



**MINISTÉRIO PÚBLICO
PORTUGAL**

PROCURADORIA-GERAL DA REPÚBLICA
CONSELHO CONSULTIVO

N.º 17/2024

(P.º13/24)

AF

Senhora Ministra da Saúde,

Excelência,

O Senhor Ministro da Saúde do XXIII Governo Constitucional pediu-nos parecer¹ a respeito da opção remuneratória pelo lugar de origem, manifestada pela Diretora-Geral da Saúde, RITA SÁ MACHADO, por um dos subdiretores-gerais, ANDRÉ PERALTA SANTOS, e pelo Diretor de Serviços de Informação e Análise, PEDRO PINTO LEITE, todos eles, trabalhadores médicos da área profissional de saúde pública.

Em vista do novo regime de dedicação plena, que, desde 1 de janeiro de 2024, se aplica aos trabalhadores médicos da área de exercício profissional de saúde pública², pretendem passar a auferir a remuneração ali estabelecida, incluindo um suplemento remuneratório, em lugar da remuneração conforme à tabela do pessoal dirigente da administração pública estadual.

A questão controvertida centra-se na relação entre o Estatuto do Pessoal Dirigente da Administração Pública do Estado³ e o regime de dedicação plena, cujo estatuto remuneratório os mencionados dirigentes reivindicam para si.

¹ Através do Ofício MS|S 1282/2024|P 080.01.03 – 526/2023, de 28 de março de 2024.

² O Decreto-Lei n.º 103/2023, de 7 de novembro, aprovou o regime jurídico de dedicação plena e o regime da organização e funcionamento das unidades de saúde familiar, e foi alterado, sucessivamente, pelo Decreto-Lei n.º 118/2023, de 20 de dezembro, e pelo Decreto-Lei n.º 17/2024, de 29 de janeiro. De acordo com o artigo 24.º, n.º 2, os efeitos remuneratórios produziram-se a partir de 1 de janeiro de 2024.

³ Aprovado pela Lei n.º 2/2004, de 15 de janeiro. A atual redação compreende as alterações efetuadas pela Lei n.º 51/2005, de 30 de agosto, pela Lei n.º 64-A/2008, de 31 de dezembro, pela Lei n.º 3-B/2010, de 28 de abril, pela Lei n.º 64/2011, de 22 de dezembro, pela Lei n.º 68/2013, de 29 de agosto, e pela Lei n.º 128/2015, de 3 de setembro. O Decreto-Lei n.º 12/2024, de 10 de

A partir das dúvidas suscitadas pelo requerimento da Senhora Diretora-Geral da Saúde, o Senhor Ministro da Saúde houve por bem solicitar que nos pronunciássemos, igualmente, acerca do direito de opção que assiste aos membros dos conselhos de administração das unidades do Serviço Nacional de Saúde e que sejam médicos, o que, por sua vez, nos devolve à relação do regime de dedicação plena e do novo Estatuto do Serviço Nacional de Saúde⁴ com o Estatuto do Gestor Público⁵.

O teor exato das questões formuladas no termo do pedido de consulta é o que se transcreve:

«O suplemento remuneratório associado ao regime de dedicação plena é compatível com a designação para cargos de direção superior de 1.º e de 2.º grau, ao abrigo do Estatuto do Pessoal Dirigente, aprovado pela Lei n.º 2/2004, de 15 de janeiro, bem como com a designação para cargos de gestores públicos ao abrigo do Estatuto do Gestor Público, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de março (aplicável aos membros dos conselhos de administração dos estabelecimentos hospitalares do Serviço Nacional de Saúde que sejam médicos), ambos na sua redação atual, que optarem pela retribuição base da sua função, cargo ou categoria correspondente à situação jurídico-funcional de origem?».

Cumpre-nos, assim, emitir parecer⁶, nos termos e para os efeitos do disposto no artigo 44.º, alínea a), do Estatuto do Ministério Público⁷.

janeiro, contém uma alteração (artigo 1.º, alínea a)) cuja entrada em vigor, porém, só ocorre em 1 de janeiro de 2025 (artigo 9.º, n.º 1).

⁴ Referimo-nos ao Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, que, porém, não se limitou a aprovar o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (ESNS), pois compreende, igualmente, o Regime de Criação, Organização e Funcionamento dos Agrupamentos de Centros de Saúde 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. A atual redação compreende as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 7-A/2023, de 30 de janeiro (Criou o Centro Hospitalar Universitário de Santo António, E. P. E., por fusão do Centro Hospitalar Universitário do Porto, E. P. E., e do Hospital de Magalhães Lemos, E. P. E.), do Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro (Criação, com natureza de entidades públicas empresariais, de unidades locais de saúde) e da Lei n.º 82/2023, de 29 de dezembro (Orçamento do Estado para 2024).

⁵ O Estatuto do Gestor Público foi aprovado pelo Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de março, e alterado pelo Decreto-Lei n.º 8/2012, de 18 de janeiro (v. Declaração de Retificação n.º 2/2012, de 25 de janeiro), pelo Decreto-Lei n.º 39/2016, de 28 de julho, pela Lei n.º 114/2017, de 29 de dezembro, pelo Decreto-Lei n.º 22-C/2021, de 22 de março, e pelo Decreto-Lei n.º 50/2022, de 19 de julho.

⁶ O Relator foi designado por despacho do Exmo. Vice Procurador-Geral da República, de 4 de abril de 2024, exarado sobre o pedido de consulta. O expediente foi presente ao Relator em 8 de abril de 2024 (Proc.º 13/2024).

⁷ Lei n.º 68/2019, de 27 de agosto, na redação que lhe conferiu a Lei n.º 2/2020, de 31 de março.

I.

Enquadramento da consulta: regime de dedicação plena, pessoal dirigente e gestores públicos.

§1. — Ao serem nomeados, em diferentes momentos, nenhum dos três dirigentes — optou ou foi autorizado a optar — pela «retribuição base da sua função, cargo ou categoria de origem», nos termos do artigo 31.º, n.º 3, do Estatuto do Pessoal Dirigente da Administração Pública do Estado (EPDAPE), motivo por que são, desde então, remunerados segundo a tabela própria dos cargos de direção em que foram investidos, i.e., de harmonia com o artigo 31.º, n.º 1, auferindo, de igual modo, o abono para despesas de representação previsto no n.º 2.

O regime de dedicação plena, que se aplica à generalidade dos médicos de saúde pública, instituído pelo Decreto-Lei n.º 103/2023, de 7 de novembro, e a produzir efeitos desde 1 de janeiro de 2024, não apenas introduziu um novo modelo de organização do trabalho de tais profissionais de saúde, como também fixou um estatuto remuneratório diferenciado.

Aos profissionais da carreira médica⁸ ou da carreira especial médica⁹ cuja área de exercício profissional seja *saúde pública*, e desde que a tal não se oponham (artigo 18.º, n.º 1), aplica-se o novo regime, sem mais, o que implica uma redução, em cinco horas, do período normal de trabalho semanal e o acréscimo de cinco horas semanais de trabalho complementar (n.º 2), a prestar nos dias úteis entre as 8 e as 20h (n.º 3), de modo a permitir a ampliação do horário de funcionamento dos serviços operativos.

Por outro lado, com relação a tais médicos cessa o dever de disponibilidade permanente¹⁰, em termos absolutos. É substituído por um

⁸ V. Decreto-Lei n.º 176/2009, de 4 de agosto, alterado pelo Decreto-Lei n.º 266-D/2012, de 31 de dezembro. É a carreira dos médicos em regime de contrato individual de trabalho, nos termos do Código do Trabalho, nas entidades públicas empresariais e nas parcerias em saúde, em regime de gestão e financiamento privados, integradas no Serviço Nacional de Saúde, nos termos dos diplomas legais que definem o regime jurídico dos trabalhadores dessas entidades, sem prejuízo da manutenção do mesmo regime laboral e do disposto em instrumento de regulamentação coletiva de trabalho.

⁹ V. Decreto-Lei n.º 177/2009, de 4 de agosto, com as alterações sucessivamente introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 266-D/2012, de 31 de dezembro, pelo Decreto-Lei n.º 103/2023, de 7 de novembro, e pelo Decreto-Lei n.º 137/2023, de 29 de dezembro. Estabelece o regime da carreira especial médica (em funções públicas), bem como os requisitos de habilitação profissional.

¹⁰ Acerca do regime de disponibilidade permanente e do trabalho suplementar pelos médicos de saúde pública ao longo da epidemia COVID-19, v. Parecer n.º 18/2020, de 10 de setembro,

regime de prevenção¹¹, organizado em escala (n.º 6), o que justifica pôr termo ao abono do suplemento remuneratório de disponibilidade permanente (artigo 23.º, alínea b)).

Em contrapartida pela disponibilidade relativa e pela prestação do trabalho complementar semanal, foi criado um suplemento mensal de 25% da remuneração base (artigo 18.º, n.º 8), a ser abonado, de igual modo, com os subsídios de férias e de Natal (n.º 9), num total de 14 prestações por ano.

Por outro lado, na remuneração do trabalho suplementar que vierem a prestar por motivo de emergências de saúde pública ou por necessidade da prática de atos imprescindíveis ou inadiáveis, a base de cálculo do valor/hora compreende o suplemento remuneratório (artigo 4.º, n.º 4), imprimindo, assim, um aumento à remuneração do trabalho suplementar.

Se, à partida, o regime de dedicação plena se aplica a todos os «trabalhadores médicos da área de saúde pública» (artigo 18.º, n.º 1), a verdade é que o legislador teve necessidade de declarar que o novo regime se pode aplicar a quem exerça funções de autoridade de saúde (n.º 10).

Não obstante, permanecem dúvidas acerca da relação com o exercício de outras funções, nomeadamente com o exercício de funções em cargos de direção da administração pública ou como gestores públicos, na eventualidade de médicos de saúde pública já se encontrarem ou virem a ser nomeados dirigentes ou designados membros dos órgãos de administração de unidades de saúde, em que são equiparados a gestores públicos.

Eis a razão de ser da consulta.

homologado por despacho da Ministra da Saúde, de 20 de outubro de 2020 (*Diário da República*, n.º 229, 2.ª Série, de 24 de novembro de 2020).

¹¹ O regime de prevenção encontra-se previsto no Acordo Coletivo de Trabalho n.º 2/2009, (*Diário da República*, n.º 198, 2.ª Série, de 13 de outubro) com as alterações que lhe foram introduzidas pelo Aviso n.º 17239/2012, (*Diário da República* n.º 250, 2.ª Série, parte J3, de 27 de dezembro) e pelo Aviso n.º 12509/2015, (*Diário da República*, 2.ª Série, de 27 de outubro de 2015), que procedeu à sua republicação, bem como, já posteriormente, pelo Aviso n.º 8746/2016 (*Diário da República*, 2.ª Série, de 5 de agosto de 2016, aplicável aos médicos sindicalizados com contratos de trabalho em funções públicas, e no Acordo Coletivo de Trabalho publicado no *Boletim do Trabalho e Emprego*, n.º 41, de 8 de novembro de 2009, aplicável a certos trabalhadores médicos sindicalizados em regime de contrato individual de trabalho, na versão alterada e republicada pelo Acordo Coletivo de Trabalho publicado no *Boletim do Trabalho e Emprego* n.º 43, de 22 de novembro de 2015, e pelo Acordo Coletivo de Trabalho publicado no *Boletim do Trabalho e Emprego* n.º 30, de 15 de agosto de 2016, aplicável aos médicos sindicalizados vinculados por contrato Individual de trabalho.

Os referidos dirigentes, nomeados ao abrigo Estatuto do Pessoal Dirigente da Administração Pública do Estado, ao manifestarem superiormente a opção pelo estatuto remuneratório da carreira e categoria que a cada um assistiria, no respetivo lugar de origem, em dedicação plena, lograram despontar questões controvertidas acerca do novo regime de trabalho que vão muito para lá da sua concreta situação funcional.

II.

Da posição dos Serviços Jurídicos da Direção-Geral da Saúde.

§2. — Chamados a pronunciarem-se, os serviços jurídicos da Direção-Geral da Saúde¹², mostraram-se favoráveis ao exercício do direito de opção, i.e., consideraram que a pretensão pode e deve ser atendida.

Apesar de o artigo 31.º, n.º 3, do Estatuto do Pessoal Dirigente da Administração Pública do Estado, limitar a opção à «retribuição base da sua função, cargo ou categoria de origem», o suplemento de dedicação plena constitui, em seu entender, um suplemento remuneratório diferente dos demais — ou nem sequer suplemento —, pelo menos, daqueles «que fazem depender a sua perceção da contraprestação efetiva de trabalho ou de outras situações factuais»; até por ser atípico o seu abono: 25% da remuneração base, pago, no entanto, 14 vezes por ano, acrescendo portanto aos subsídios de férias e de Natal.

Subsídios esses que, por não corresponderem à retribuição de um serviço efetivamente prestado, revelariam a natureza jurídica do novo suplemento remuneratório: independente da prestação de serviço assistencial efetivo.

Consequentemente, os dirigentes da Direção-Geral da Saúde que sejam médicos de saúde pública, mesmo sem prestarem serviço assistencial, teriam direito ao suplemento por ser inerente à carreira nesta específica área de atividade profissional.

O abono do novo suplemento — explica-se no parecer da Direção-Geral da Saúde — é automático e universal: a todos os médicos da área da saúde pública, tanto assim que o médico que pretenda subtrair-se ao regime de dedicação plena tem de opor-se expressamente. Seria apenas e tão-só a

¹² Parecer n.º 00/2024, de 31 de janeiro de 2024.

condição de médico de saúde pública a justificar o abono do suplemento, em nada relevando as funções concretamente desempenhadas dentro ou fora dos serviços operativos de saúde pública, dentro ou fora do Serviço Nacional de Saúde.

A Direção-Geral da Saúde louva-se no Parecer Complementar n.º 10/2011, do Conselho Consultivo da Procuradoria-Geral da República, de 6 de fevereiro de 2014¹³, para identificar «suplementos remuneratórios que não decorrem, direta e imediatamente, da prestação funcional do aposentado a exercer funções públicas, sendo, antes, devidos a circunstâncias e finalidades específicas, como sucede com as ajudas de custo, que visam a compensação por despesas efetuadas por motivo de serviço público». Isto, para concluir, assim, que «a opção pela remuneração de origem deverá atender à remuneração base acrescida deste suplemento de 25% sobre aquela, pela natureza deste suplemento ser semelhante à da remuneração base em presença».

Por conseguinte, a opção pela remuneração base compreenderia, necessariamente, o que mais não seria do que um adicional de análoga natureza.

Por outro lado, consideram os serviços jurídicos da Direção-Geral da Saúde (DGS) que, não obstante a opção dever ter sido formulada e autorizada quando da nomeação, em conformidade com o artigo 31.º, n.º 3, do Estatuto do Pessoal Dirigente da Administração Pública do Estado, é possível modificar os despachos de nomeação com fundamento na alteração substancial das circunstâncias que o regime de dedicação plena imprimiu à situação funcional dos impetrantes, convocando para o efeito o Código Civil¹⁴:

«Artigo 437.º

(Condições de admissibilidade)

1 — Se as circunstâncias em que as partes fundaram a decisão de contratar tiverem sofrido uma alteração anormal, tem a parte lesada direito à resolução do contrato, ou à modificação dele segundo juízos de equidade, desde que a exigência das obrigações por ela assumidas afete gravemente os princípios da boa-fé e não esteja coberta pelos riscos próprios do contrato.

¹³ Identifica-o, porém como parecer n.º 3154, de 2011. Trata-se, com efeito, de um parecer complementar ao Parecer n.º 10/2011, de 2 de junho de 2011, e que veio a ser homologado pelo Secretário de Estado do Ensino Superior e publicado in *Diário da República*, 2.ª Série, de 5 de março de 2014.

¹⁴ Referimo-nos ao Código Civil aprovado pelo Decreto-Lei n.º 47.344, de 25 de novembro de 1966, do qual o artigo 437.º conserva a redação originária.

2 — Requerida a resolução, a parte contrária pode opor-se ao pedido, declarando aceitar a modificação do contrato nos termos do número anterior.»

Desconsiderando a natureza jurídica da nomeação, como ato administrativo, e os princípios e normas de direito público que conformam a atividade administrativa, a começar pelo regime da revogação contido no Código do Procedimento Administrativo¹⁵, opina-se o seguinte:

«Detendo-nos nas regras gerais de alteração dos contratos a todo o tempo, como dita o artigo 437.º do Código Civil, são requisitos da alteração a todo o tempo, do contrato, a existência de uma alteração das circunstâncias em que as partes fundaram a decisão de assumirem o contrato em causa, a imprevisibilidade da alteração legal à data da nomeação no cargo: que a manter-se a remuneração correspondente ao cargo dirigente, resulta num prejuízo para uma das partes, podendo considerar-se contrária à boa-fé».

Em conclusão, seria proposta pelos serviços da DGS a modificação dos despachos de nomeação e dos termos de aceitação, de modo a neles consignar a opção pela remuneração própria dos médicos de saúde pública em regime de dedicação plena, abarcando a remuneração base e o suplemento remuneratório.

III.

Da posição da Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.

§3. — Como, porém, a referida opção suscitasse dúvidas à Secretaria-Geral do Ministério da Saúde¹⁶, foi pedido à Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), I.P., que se pronunciasse.

A ACSS, I.P., contudo, fizera publicar um elucidário em linha, contendo o esclarecimento de dúvidas atinentes ao regime de dedicação plena e em que

¹⁵ Aprovado pelo Decreto-Lei n.º 4/2015, de 7 de janeiro, e modificado pela Lei n.º 72/2020, de 16 de novembro, e pelo Decreto-Lei n.º 11/2023, de 10 de fevereiro (cf. Declaração de Retificação n.º 7-A/2023, de 28 de fevereiro, e Declaração de Retificação n.º 12-A/2023, de 10 de abril). Ora, o primeiro condicionalismo que se ergue à revogação de atos administrativos é o que consta do artigo 167.º, n.º 1: «Os atos administrativos não podem ser revogados quando a sua irrevogabilidade resulte de vinculação legal ou quando deles resultem, para a Administração, obrigações legais ou direitos irrenunciáveis.»

¹⁶ Informação n.º 4121/2014, de 22 de fevereiro (proc.º 164/2024).

apontava para a sua aplicação automática a todo e qualquer médico da área de saúde pública *em quaisquer funções no Ministério da Saúde*.

De tal sorte que um médico da área de saúde pública a exercer funções na Direção-Geral da Saúde, na Secretaria-Geral ou na ACSS, I.P., seria sempre abrangido pelo regime de dedicação plena.

Ao que sugere, haveria de auferir a remuneração base e o suplemento remuneratório, próprios de tal regime, mesmo que impossibilitado, pela natureza dos serviços ou pelo horário do seu funcionamento, de prestar trabalho complementar — tal como a lei o define — e de cumprir as demais obrigações que o regime de dedicação plena contém.

Com efeito, o referido elucidário apresenta um conjunto ordenado de respostas a perguntas frequentes¹⁷ (FAQ), no qual, a este propósito, é veiculada informação com o seguinte teor¹⁸:

«PERGUNTA 33: O regime de dedicação plena previsto para os médicos especialistas em saúde pública circunscreve-se aos médicos que trabalhem nos agrupamentos ou unidades locais de saúde?

RESPOSTA: Não. Independentemente do local onde exerça funções, o médico especialista em saúde pública fica integrado, salvo oposição do próprio, ao regime de dedicação plena. Assim, os médicos que exerçam funções em quaisquer serviços do Ministério da Saúde, exceto se declararem não o pretender, ficam abrangidos pelo regime de dedicação plena.»

Sem prejuízo de a atividade profissional médica de saúde pública ser também praticada fora dos agrupamentos de centros de saúde e das unidades locais, a formulação — «médicos que exerçam funções em quaisquer serviços do Ministério da Saúde» —, pela sua amplitude, faria crer numa aplicação de tal forma irrestrita que abstrairia do conteúdo funcional próprio dos médicos da área de saúde pública.

§4. — Não obstante, a ACSS, I.P.¹⁹, veio secundar as reservas da Secretaria-Geral quanto à perceção do suplemento, invocando, em especial, a

¹⁷https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/FAQs-Dedicacao-Plena_22DEZ2023_VF.pdf (consultado em 17 de abril de 2024).

¹⁸ Negrito original.

¹⁹ Informação n.º 14818/2024/URJCQP/ACSS, de 15 de março de 2024.

doutrina do Conselho Consultivo da Procuradoria-Geral da República, sustentada pelo Ministério da Saúde, desde a homologação do Parecer n.º 31/2010, de 16 de setembro²⁰. Embora relativo a um suplemento remuneratório da carreira de enfermagem (disponibilidade permanente), o parecer revelaria o tratamento de questões muito semelhantes, mercê da analogia com o suplemento remuneratório por dedicação plena.

Versando o respetivo pedido de consulta sobre a opção dos enfermeiros que façam parte dos órgãos de administração hospitalar, no regime público empresarial, ou dos conselhos diretivos das administrações regionais de saúde (ARS), concluíra este corpo consultivo que a opção se resumia à remuneração base.

Como tal, no entendimento consignado pelo Parecer n.º 31/2010, não assiste aos enfermeiros-diretores, em serviço nos órgãos de administração das unidades de saúde do SNS ou nos órgãos diretivos das administrações regionais de saúde (ARS), o direito a beneficiarem integralmente do *estatuto remuneratório* do lugar de origem, de modo a perceberem o suplemento de tempo acrescido, porque diferente da *remuneração base* e vinculado à prestação de atividade assistencial, que, nos órgãos de administração, deixam de praticar.

A informação produzida pela ACSS, I.P., prossegue com o enquadramento da Direção-Geral da Saúde no artigo 12.º, n.º 1, do Regime Orgânico do Ministério da Saúde²¹, observando que, de acordo com o n.º 3, esta unidade dispõe de um diretor-geral e de dois subdiretores-gerais, ao que acrescem três diretores de serviços, por via do mapa dos cargos de direção, constante da Orgânica da Direção-Geral da Saúde²².

²⁰ Homologado por despacho da Ministra da Saúde do XVIII Governo, de 24 de maio de 2011, e publicado in *Diário da República*, 2.ª Série, de 27 de junho de 2011.

²¹ No lugar da expressão «lei orgânica», preferimos empregar a expressão «regime orgânico», de modo a não cair em equívoco com a forma de lei orgânica prevista no artigo 166.º, n.º 2, da Constituição. Assim, como Regime Orgânico do Ministério da Saúde, referimo-nos ao Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de dezembro, cuja redação conheceu as correções identificadas na Declaração de Retificação n.º 12/2012, de 27 de fevereiro, e as alterações levadas a cabo pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, pelo Decreto-Lei n.º 127/2014, de 22 de agosto, pelo Decreto-Lei n.º 173/2014, de 19 de novembro, pelo Decreto-Lei n.º 152/2015, de 7 de agosto, pelo Decreto-Lei n.º 7/2017, de 9 de janeiro, pelo Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro, e pelo Decreto-Lei n.º 89/2023, de 19 de outubro.

²² Aprovada pelo Decreto Regulamentar n.º 14/2012, de 26 de janeiro. Conheceu alterações por efeito do Decreto-Lei n.º 69/2017, de 16 de junho de 2017 (Transferência de atribuições relativas ao Contacto do Serviço Nacional de Saúde da Direção-Geral da Saúde para a SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E. P. E.) e do Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro (Aprovou a orgânica da Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde). Esta última reduziu de quatro para três o número de cargos de direção intermédia de 1.º grau.

Ao abordar o regime de dedicação plena, define-o como «um modelo de organização do trabalho» que associa «o cumprimento de objetivos a um sistema retributivo misto, composto pela remuneração base, por suplementos e por incentivos ao desempenho, estes últimos no caso das USF e CRI», ou seja, das unidades de saúde familiar e dos centros de responsabilidade integrados.

Em seguida, analisa os fundamentos da pretensão dos três dirigentes, no sentido de optarem pela remuneração de origem: por um lado, o artigo 18.º, n.º 1, do Decreto-Lei n.º 103/2023, de 7 de novembro, ao dispor que «Os trabalhadores médicos da área de saúde pública consideram-se, salvo oposição expressa dos próprios, sujeitos ao regime de dedicação plena»; por outro lado, o n.º 10, em cujo teor se determina que «O disposto no presente artigo é compatível com o exercício de funções de autoridade de saúde».

Ora, o diretor-geral da Saúde é a autoridade de saúde de âmbito nacional, de acordo com o artigo 3.º, n.º 5, do Decreto-Lei n.º 82/2009, de 2 de abril²³, e um dos subdiretores gerais — aquele que for designado seu suplente — deve possuir a especialidade de saúde pública (artigo 6.º).

Faz-se notar, contudo, que, apesar de reduzir o período normal de trabalho semanal, o regime de dedicação plena importa, de modo necessário, um aumento da atividade assistencial, ao acrescentar cinco horas complementares ao período normal de trabalho (PNT):

«Na verdade, para os médicos de Saúde Pública essa onerosidade da redução do PNT para as 35h, complementando-o com as 5h adicionais e o conseqüente aumento do valor hora para efeitos de pagamento de trabalho extraordinário resulta do artigo 18.º do Decreto-Lei n.º 103/2023, de 7 de novembro, na sua redação atual.»

Depois, a ACSS, I.P., confronta-se com a determinação de o suplemento de 25% ser considerado parte da remuneração base para efeitos de cálculo do valor/hora, «apesar de ser pago a 14 meses», o que poderia imprimir-lhe igual natureza.

Objeta que o desiderato essencial do novo regime e do suplemento é, porém, o de conseguir um aumento da atividade assistencial. Algo que não sucede no caso em análise, nem no dos diretores clínicos que integram órgãos

²³ Estabeleceu um novo regime de designação, competência e funcionamento das entidades que exercem o poder de autoridades de saúde. A atual redação incorpora as alterações efetuadas pelo Decreto-Lei n.º 135/2013, de 4 de outubro.

de administração. Como tal, a atividade assistencial efetivamente prestada deve considerar-se pressuposto da dedicação plena.

Por isso, o entendimento da Direção-Geral da Saúde (DGS) colidiria com a condição dos enfermeiros diretores, membros dos conselhos de administração de unidades hospitalares, no sentido que lhe foi apontado pela Procuradoria-Geral da República, no citado Parecer n.º 31/2010, de 16 de setembro.

Transpondo a doutrina ali firmada para o caso sob consulta, dir-se-ia que os cargos dirigentes da DGS, ainda que exercidos por médicos de saúde pública, não constituem desempenho de atividade assistencial, pelo que, a serem remunerados segundo o regime de dedicação plena, tal implicaria o abono de um suplemento remuneratório por trabalho complementar sem ocorrer (nem poder ocorrer) prestação efetiva de trabalho conforme com o regime.

Observa, então, a ACSS, I.P., que a posição da DGS levaria a «admitir essa possibilidade também aos diretores clínicos, posição essa que tem sido afastada, à partida, também por comparação aos enfermeiros diretores quanto ao regime do horário acrescido».

Diretores clínicos a quem, apesar de abrangidos pelo Estatuto do Gestor Público²⁴, veio a ser facultado, por via do Decreto-Lei n.º 183/2015, de 31 de agosto²⁵, exercerem atividade médica de natureza assistencial, desde que no estabelecimento de saúde cujo conselho de administração integram. A remuneração por essa prestação, naturalmente, a tempo parcial, «corresponde a uma percentagem da remuneração da respetiva categoria correspondente ao lugar ou posto de trabalho de origem, calculada em função do número de horas semanais efetivamente prestadas, não podendo exceder 50% da remuneração que compete ao exercício de funções de gestão».

Em conclusão, alvitra-se na Informação da ACSS, I.P., o seguinte:

«Face ao exposto e não se tratando de uma matéria totalmente inequívoca, apesar de se propender pela não aplicação do regime de dedicação plena conforme os fundamentos que antecederam, propõe-

²⁴ Artigo 8.º, n.º 1, do Decreto-Lei n.º 188/2003, de 20 de agosto, na redação do Decreto-Lei n.º 183/2015, de 31 de agosto. Nos termos do artigo 20.º, n.º 2, do Estatuto do Gestor Público, o exercício de funções executivas tem lugar em regime de exclusividade, ainda que com algumas exceções.

²⁵ Procedeu à primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 188/2003, de 20 de agosto, e à sétima alteração ao Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro, no sentido de permitir a prática clínica por parte dos diretores clínicos do mesmo estabelecimento de saúde do Serviço Nacional de Saúde. Tal norma consta hoje do artigo 77.º, n.º 3, do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto

se a validação de tal entendimento, em caso de consideração superior, através de solicitação de parecer à Procuradoria-Geral da República, à semelhança do que sucedeu com os enfermeiros diretores».

§5. — Ainda na ACSS, I.P., pronunciar-se-iam, em 26 de março de 2024, o Coordenador da Unidade de Regimes Jurídicos, Carreiras e Qualificações Profissionais e a Diretora do Departamento de Planeamento e Gestão de Recursos Humanos na Saúde, ambos acompanhando as reservas suscitadas na informação.

Pelo interesse que possuem para a economia da consulta, reproduzem-se as considerações que o Coordenador da Unidade de Regimes Jurídicos, Carreiras e Qualificações Profissionais expendeu sobre a informação citada:

«O que releva para a questão jurídica em apreço é saber se os titulares de cargos de Direção Superior de 1.º e 2.º Grau designados ao abrigo do Estatuto do Pessoal Dirigente, aprovado pela Lei n.º 2/2004, de 15 de janeiro (é, designadamente, o cargo de direção superior de 1.º grau o de diretor-geral e de 2.º grau o de subdiretor-geral), bem como os Gestores Públicos, designados ao abrigo do Estatuto do Gestor Público, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de março (aplicável aos membros dos conselhos diretivos ou conselhos de administração dos estabelecimentos hospitalares do Serviço Nacional de Saúde (SNS) que sejam médicos), ambos na sua redação atual, que optarem pela retribuição base da sua função, cargo ou categoria correspondente à situação jurídico-funcional de origem inclui ou não o suplemento remuneratório associado ao regime de dedicação plena.

O regime de dedicação plena corresponde a um modelo de organização do trabalho, associando-se o cumprimento de objetivos a um sistema retributivo misto, composto pela remuneração base, por suplementos e por incentivos ao desempenho. Não obstante, não podemos deixar de referir o pressuposto que incorpora o próprio regime da dedicação plena que pretende aumentar, de certa forma, a eficiência do SNS através do aumento da atividade assistencial (cf. Decreto-Lei n.º 103/2023, de 7 de novembro, na sua redação atual).

Nos termos do disposto no artigo 31.º do Estatuto do Pessoal Dirigente: (i) a remuneração do pessoal dirigente é estabelecida em diploma próprio, o qual poderá determinar níveis diferenciados de remuneração, em função do tipo de serviço ou órgão em que exerce

funções (cf. n.º 1); (ii) não obstante o que antecede, mediante autorização expressa no despacho de nomeação, o pessoal dirigente pode optar pelo vencimento ou retribuição base da sua situação jurídico-funcional de origem, não podendo, todavia, exceder em caso algum, o vencimento base do Primeiro-Ministro.

Por seu turno, de acordo com o previsto no artigo 28.º do Estatuto do Gestor Público: (i) o vencimento mensal dos gestores públicos é fixado por Resolução do Conselho de Ministros, tendo em conta os critérios decorrentes da complexidade, exigência e responsabilidade inerentes às respetivas funções, e atendendo ainda, às práticas normais de mercado no respetivo setor de atividade; (ii) os gestores públicos/as têm, ainda, direito a um abono mensal para despesas de representação no valor de 40% do respetivo vencimento (Tabela de Remunerações dos Gestores Públicos); (iii) mediante autorização expressa no ato de designação os gestores podem optar pelo vencimento do lugar de origem, não podendo, todavia, exceder, salvo no caso do número seguinte, o vencimento do Primeiro-Ministro.

Enquanto suplemento remuneratório associado ao regime de dedicação plena, no caso particular da área de Saúde Pública, o acréscimo de 25% trata-se da compensação pelo alargamento do horário de funcionamento dos serviços ou estabelecimentos de saúde onde os trabalhadores médicos da área de saúde pública estão integrados, nos dias úteis das 8 horas às 20 horas, bem como, obrigados a permanecer contactáveis e a apresentar-se ao serviço fora do horário de funcionamento para dar resposta a uma emergência de saúde pública ou a realizar atos de natureza inadiável ou imprescindível, se escalados para o efeito (cf. artigo 18.º do Decreto-Lei n.º 103/2023, de 7 de novembro, na sua redação atual).

Na área hospitalar, há que distinguir consoante os médicos realizam ou não serviço de urgência. No caso dos médicos que realizem serviço de urgência, o suplemento remuneratório associado ao regime de dedicação plena, acréscimo de 25% calculado em função da remuneração base, implica a prestação de até 18 horas de trabalho semanal normal nos serviços de urgência, interna e externa, unidades de cuidados intensivos e unidades de cuidados intermédios, a prestar até duas jornadas de trabalho, de duração não superior a 12 horas, e, quando necessário, de um período semanal único de até 6 horas de trabalho suplementar, que não se encontra sujeita a limites máximos, quando seja necessária ao funcionamento de serviços de urgência (cf.

artigo 13.º do Decreto-Lei n.º 103/2023, de 7 de novembro, na sua redação atual).

Nos restantes casos, (médicos que não realizam serviço de urgência), as 5 horas complementares de atividade assistencial, em regime de dedicação plena, têm de ser prestadas cumulativamente, após as 17 horas nos dias úteis e pelo menos uma vez por mês ao sábado (cf. artigo 14.º do Decreto-Lei n.º 103/2023, de 7 de novembro, na sua redação atual).

Acresce que, nos termos dos Estatutos dos hospitais, centros hospitalares, institutos portugueses de oncologia e unidades locais de saúde (USL), integrados no setor empresarial do Estado ou no setor público administrativo, constantes do capítulo IV do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, na sua redação atual, os membros do conselho de administração ou do conselho diretivo que sejam médicos podem, a título excecional, em situações de interesse público, na medida em que não comprometam a sua atividade de gestores e no âmbito do mesmo estabelecimento de saúde cujo órgão máximo integram, exercer atividade médica de natureza assistencial, de forma remunerada e mediante autorização, por despacho do membro do Governo responsável pela área da saúde (cf. artigo 77.º, n.º 3).

Neste caso, a remuneração corresponde a uma percentagem da remuneração da respetiva categoria, correspondente ao lugar ou posto de trabalho de origem, calculada em função do número de horas semanais efetivamente prestadas, não podendo exceder 50% da remuneração que compete ao exercício de funções de gestão (cf. artigo 77.º, n.º 4 dos Estatutos dos hospitais, centros hospitalares, institutos portugueses de oncologia e unidades locais de saúde (USL), integrados no setor empresarial do Estado ou no setor público administrativo, constantes do capítulo IV do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, na sua redação atual).

Não pressupondo os titulares dos cargos de Direção Superior de 1.º e 2.º Grau designados ao abrigo do Estatuto do Pessoal Dirigente, bem como os Gestores Públicos, designados ao abrigo do Estatuto do Gestor Público, o exercício das funções impostas pelo regime de dedicação plena consagrado no Decreto-Lei n.º 103/2023, de 7 de novembro, na sua redação atual, nem se compatibilizando com os mesmos parece-nos que naturalmente será afastado o regime de trabalho em causa (...)».

A Diretora do Departamento de Planeamento e Gestão de Recursos Humanos na Saúde, por seu turno, formularia, a este propósito, um concreto enunciado das questões:

«Concordo.

Acompanhamos o entendimento sobre o aparente conflito ente a opção pela remuneração base de origem pelos membros dos conselhos de administração dos estabelecimentos e serviços do Serviço Nacional de Saúde e pelos titulares de cargos de direção superior de 1.º e 2.º grau com os propósitos de um modelo de organização do trabalho mais eficiente, de qualidade com ganhos de acessibilidade, a que corresponde o regime de dedicação plena e o respetivo suplemento associado à prestação das cinco horas complementares assistenciais.

Assim, nos termos e com os fundamentos constantes da presente informação e o teor do parecer antecedente, tendo em vista a aplicação uniforme do entendimento sobre a compatibilidade ou não do regime de dedicação plena com o exercício de funções de dirigente superior ou gestor público que tenham optado pelo regime remuneratório de origem, coloca-se à consideração de S. E. o Ministro da Saúde o pedido de emissão de parecer do Conselho Consultivo da Procuradoria-Geral da República.

O suplemento remuneratório associado ao regime de dedicação plena é incompatível com a designação para cargos de Direção Superior de 1.º e 2.º Grau, ao abrigo do Estatuto do Pessoal Dirigente (...), bem como com a designação para cargos [de] Gestores Públicos, ao abrigo do Estatuto do Gestor Público (...), (aplicável aos membros dos conselhos diretivos ou conselhos de administração dos estabelecimentos hospitalares do Serviço Nacional de Saúde (SNS) que sejam médicos), ambos na sua redação atual, que optarem pela retribuição base da sua função, cargo ou categoria correspondente à situação jurídico-funcional de origem?».

Por último, a vogal do Conselho Diretivo da ACSS, I.P., com poderes delegados, exarou despacho, na mesma data, concordando com a conveniência da proposta a submeter ao membro do Governo.

56. — A opção pelo regime remuneratório de dedicação plena — ponderou o Senhor Ministro — não seria mais do que um corolário da aplicação

universal de tal regime a todos os médicos de saúde pública, independentemente das funções concretamente exercidas:

«Enquanto Ministro da Saúde estive profundamente envolvido na elaboração e aprovação da legislação em causa. Neste contexto, não tenho nenhuma dúvida sobre a intenção política do legislador: disseminar o regime de dedicação plena em todo o Serviço Nacional de Saúde incluindo, naturalmente os profissionais em posições de chefia. Aliás, é o que acontece com quem ocupa posições de direção de departamento ou de serviço nos hospitais, como está estipulado no artigo 17.º do citado Decreto-Lei n.º 103/2023, de 7 de novembro, quer abrangidos pelo Estatuto do Pessoal Dirigente, quer pelo Estatuto do Gestor Público, como é o caso dos diretores clínicos. Não me parece coerente, nesse contexto, excluir os profissionais que exercem funções de direção superior.»

Embora inclinado a atender ao parecer da DGS, considerou o Senhor Ministro que as objeções suscitadas pela Secretaria-Geral e pela ACSS, IP, justificavam consultar a Procuradoria-Geral da República.

Consulta que, todavia, não deveria cingir-se à concreta questão despertada pelo requerimento da Senhora Diretora-Geral da Saúde, mas estender-se à situação dos médicos que integram os conselhos de administração das entidades públicas empresariais do setor da saúde.

Pois se o Parecer do Conselho Consultivo n.º 31/2010, de 16 de setembro, incidira na opção remuneratória exercida pelos enfermeiros diretores, ao abrigo do Estatuto do Gestor Público, importaria apurar, outrossim, em que termos podem os diretores clínicos dos conselhos de administração optar pelo vencimento do lugar de origem, na eventualidade de este se encontrar compreendido pelo novo regime de dedicação plena.

Eis o motivo por que o pedido de consulta visa saber se aos médicos que integram conselhos de administração das entidades públicas empresariais do Serviço Nacional de Saúde é permitido optarem pelo regime de dedicação plena e auferirem o suplemento remuneratório associado, prescindindo destarte da remuneração como gestores públicos.

Veremos que as duas questões — a primeira, centrada no Estatuto do Pessoal Dirigente da Administração Pública do Estado; a segunda, no Estatuto do Serviço Nacional de Saúde e no Estatuto do Gestor Público — importam percorrer as substanciais modificações, recentemente introduzidas na organização administrativa da saúde, de modo a caracterizar o regime de dedicação plena,

em particular, mas não exclusivamente, na sua aplicação aos médicos de saúde pública.

IV.

Das carreiras médicas na área profissional de saúde pública.

§7. — Partiremos do princípio de que os três dirigentes se encontram integrados na carreira especial médica, na área de exercício profissional de saúde pública.

Importa referir que a carreira médica de saúde pública começou por configurar uma carreira própria.

Surgiu associada aos «centros de saúde, que [viriam] constituir os núcleos do novo sistema de cobertura médico-sanitária», nos termos do Decreto-Lei n.º 414/71, de 27 de setembro²⁶.

Depois de reestruturada pelo Decreto-Lei n.º 519-N1/79, de 29 de dezembro, seria reconhecida uma nova carreira médica de saúde pública pelo artigo 13.º do Regime Legal das Carreiras Médicas, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 310/82, de 3 de agosto²⁷.

Neste diploma, que subsiste em algumas das suas disposições, previa-se o perfil do médico de saúde pública (artigo 17.º) e estabeleciam-se como graus da carreira o de assistente de saúde pública, de delegado de saúde e de chefe de serviço de saúde pública (artigo 18.º).

O Decreto-Lei n.º 73/90, de 6 de março²⁸, criaria uma nova carreira médica de saúde pública (artigo 14.º, n.º 1, alínea c]) com áreas específicas de

²⁶ Estabeleceu o regime legal necessário à estruturação progressiva e funcionamento regular de carreiras profissionais para os diversos grupos diferenciados de funcionários a prestar serviço no Ministério da Saúde e Assistência. Seria alterado pelo Decreto-Lei n.º 331/72, de 22 de agosto, pelo Decreto-Lei n.º 33/73, de 6 de fevereiro, pelo Decreto-Lei n.º 471/74, de 20 de setembro, pelo Decreto-Lei n.º 59/75, de 14 de fevereiro, pelo Decreto-Lei n.º 823/76, de 13 de novembro, pelo Decreto Regulamentar n.º 18/77, de 7 de março, pelo Decreto Regulamentar n.º 7/78, de 20 de fevereiro, pelo Decreto-Lei n.º 519-O/79, de 29 de dezembro, e pelo Decreto-Lei n.º 305/81, de 12 de novembro. Entrou em processo de caducidade com a progressiva aplicação do Decreto-Lei n.º 310/82, de 3 de agosto.

²⁷ A atual redação incorpora as modificações decorrentes do Decreto-Lei n.º 12-A/86, de 20 de janeiro, do Decreto-Lei n.º 150/89, de 8 de maio, do Decreto-Lei n.º 171/90, de 28 de maio, do Decreto-Lei n.º 128/92, de 4 de julho, e do Decreto-Lei n.º 266-D/2012, de 31 de dezembro.

²⁸ Antigo regime legal das carreiras médicas dos serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde. Ao longo da sua vigência conheceu alterações efetuadas pelo Decreto-Lei n.º 114/92, de 4 de junho, pelo Decreto-Lei n.º 128/92, de 4 de julho, pelo Decreto-Lei n.º 396/93, de 24 de

intervenção em Administração de Saúde, Epidemiologia, Nutrição, Saúde Ocupacional, Saúde Ambiental e Saúde Escolar (artigo 33.º).

Os médicos de saúde pública que se encontravam providos em categorias e lugares da anterior carreira médica de saúde pública, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 150/89, de 8 de maio, transitaram para a carreira instituída pelo Decreto-Lei n.º 73/90, de 6 de março, de acordo com as seguintes regras: a) Os assistentes de saúde pública para a categoria de assistente; b) Os assistentes de saúde pública habilitados com o grau de assistente principal e os assistentes principais de saúde pública para a categoria de assistente graduado; c) Os chefes de serviço de saúde pública para a categoria de chefe de serviço (artigo 49.º, n.º 1).

O grau de assistente de saúde pública e os graus de assistente principal e de chefe de serviço de saúde pública da anterior carreira passaram a corresponder, para todos os efeitos, aos graus de especialista e de consultor, respetivamente (n.º 2). Por razões diversas, alguns médicos permaneceriam na antiga carreira (artigo 50.º).

O Decreto-Lei n.º 177/2009, de 4 de agosto (Regime da Carreira Especial Médica) extinguiu as carreiras médicas de clínica geral, hospitalar e de saúde pública (artigo 28.º, n.º 1) sem prejuízo, contudo, de os médicos conservarem o respetivo regime de trabalho (n.º 2).

A integração fez-se na carreira especial médica, mas segundo as diferentes áreas profissionais, instituídas, posteriormente, pelo Decreto-Lei n.º 266-D/2012, de 31 de dezembro. Uma delas, a de saúde pública.

Cumpra observar, igualmente, que o Regime da Carreira Médica e o Regime da Carreira Especial Médica preveem, ambos, para as três categorias, na área de exercício profissional de saúde pública (assistente, assistente graduado e assistente graduado sénior²⁹) conteúdos funcionais muito diferenciados³⁰:

novembro, pelo Decreto-Lei n.º 198/97, de 2 de agosto, pelo Decreto-Lei n.º 19/99, de 27 de janeiro, pelo Decreto-Lei n.º 412/99, de 15 de outubro, pelo Decreto-Lei n.º 229/2005, de 29 de dezembro, e pelo Decreto-Lei n.º 44/2007, de 23 de fevereiro.

²⁹ Diferentes são os graus de qualificação. A qualificação dos médicos tem por base as capacidades e conhecimentos técnicos adquiridos ao longo da formação profissional e compreende os graus de especialista e de consultor (artigo 4.º, n.º 1). Trata-se de títulos de habilitação profissional atribuídos pelo Ministério da Saúde e reconhecidos pela Ordem dos Médicos em função da obtenção de níveis de competência diferenciados e sujeitos a procedimento concursal (n.º 2).

³⁰ É em ambos e com igual redação o artigo 7.º-C que se reproduz.

«Artigo 7.º-C

(Área de saúde pública)

1 — Na área de saúde pública, ao assistente são atribuídas, nomeadamente, as seguintes funções:

- a) Assegurar as atividades de promoção da saúde e prevenção da doença na população em geral ou em determinados grupos que a integram;
- b) Identificar necessidades de saúde;
- c) Monitorizar o estado de saúde da população e seus determinantes;
- d) Promover e participar na formação dos médicos internos e na formação pré-graduada, pós-graduada e contínua dos diversos grupos profissionais que integram;
- e) Participar na articulação das atividades de saúde pública com as da medicina geral e familiar e hospitalar;
- f) Gerir programas e projetos nas áreas de defesa, proteção e promoção da saúde da população, no quadro dos planos nacionais de saúde ou dos respetivos programas ou planos regionais ou locais de saúde, nomeadamente vacinação, saúde ambiental, saúde escolar, saúde ocupacional e saúde oral;
- g) Responsabilizar-se por unidades funcionais de saúde pública;
- h) Exercer os poderes de autoridade de saúde;
- i) Cooperar com a autoridade de saúde;
- j) Desempenhar funções docentes;
- k) Participar em projetos de investigação científica;
- l) Integrar programas de melhoria contínua da qualidade;
- m) Participar em júris de concursos;
- n) Praticar atos médicos assistenciais nos limites do seu perfil profissional.

2 — Na área de saúde pública, ao assistente graduado são atribuídas as funções de assistente e ainda as de:

- a) Coordenar o desenvolvimento curricular dos médicos internos e dos médicos assistentes;
- b) Coordenar programas de melhoria contínua da qualidade;
- c) Promover a investigação e a vigilância epidemiológicas;

- d) Desenvolver a investigação em saúde pública;
- e) Coordenar a dinamização de projetos de informatização relativos às áreas da saúde pública;
- f) Coadjuvar os assistentes graduados seniores.

3 — Na área de saúde pública, ao assistente graduado sénior são atribuídas as funções de assistente e assistente graduado, cabendo-lhe ainda:

- a) Coordenar atividades de investigação e de formação médica em saúde pública;
- b) Avaliar o impacte das várias intervenções em saúde;
- c) Coordenar os processos de acreditação;
- d) Desempenhar cargos de direção e chefia.»

Importa realçar que, segundo o n.º 1, compete a alguns médicos desta área exercer os poderes de autoridade de saúde (alínea h)], ao passo que, a outros, apenas cooperar com a autoridade de saúde (alínea i)], o que, em todo o caso, nos remete para a rede de autoridades de saúde. Uma rede que, verdadeiramente paralela, não se confunde com a dos serviços operativos de saúde.

V.

Das Autoridades de Saúde.

§8. — As autoridades de saúde são, de acordo com o Decreto-Lei n.º 82/2009, de 2 de abril, órgãos da administração direta do Estado — desconcentrados, com exceção da autoridade nacional —, aos quais «compete a decisão de intervenção do Estado na defesa da saúde pública, na prevenção da doença e na promoção e proteção da saúde, bem como no controlo dos fatores de risco e das situações suscetíveis de causarem ou acentuarem prejuízos graves à saúde dos cidadãos ou dos aglomerados populacionais» (artigo 2.º, n.º 1).

O médico de saúde pública investido nas funções de autoridade de saúde exerce os poderes necessários ao exercício das referidas competências na sua área territorial e populacional 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 (n.º 2).

A autoridade de saúde de âmbito nacional é o diretor-geral da Saúde (artigo 3.º, n.º 3).

As autoridades de saúde de âmbito regional são os delegados de saúde regionais e os delegados de saúde regionais adjuntos, na circunscrição territorial de cada administração regional de saúde (n.º 4).

Por fim, as autoridades de saúde de âmbito local, anteriormente designadas autoridades concelhias de saúde³¹, são os delegados de saúde coordenadores e os delegados de saúde (n.º 5).

Desconhecemos os lugares de origem que, em concreto, se encontram preenchidos por cada um dos três profissionais médicos, mas presumiremos pertencerem a serviços operativos de saúde pública.

Para esse efeito, importa observar, de acordo com o Decreto-Lei n.º 81/2009, de 2 de abril³², que as funções operativas do serviço de saúde pública ao nível desconcentrado «são exercidas no departamento de saúde pública de cada administração regional de saúde e integram-se na respetiva estrutura orgânica» (artigo 2.º, n.º 1), ao passo que as de âmbito local «são exercidas nas unidades de saúde pública dos agrupamentos de centros de saúde e nas unidades locais de saúde, integrando-se nas respetivas estruturas orgânicas com as necessárias adaptações» (n.º 2).

VI.

Metodologia de análise.

§9. — Dir-se-á — nesta fase, de modo necessariamente perfunctório — que o regime de dedicação plena — aplicável aos profissionais de saúde em determinadas áreas e em determinados contextos funcionais e institucionais,

³¹ Recorde-se que o concelho permanece como circunscrição territorial da administração do Estado e das Regiões Autónomas, definido pelo território do município.

³² Reestruturou a organização dos serviços operativos de saúde pública a nível regional e local, articulando-o com a organização das administrações regionais de saúde e dos agrupamentos de centros de saúde. Alterou o Decreto-Lei n.º 222/2007, de 29 de maio (orgânica das Administrações Regionais de Saúde, I. P., sua missão e atribuições), alterou o Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro (criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde) e revogou o Decreto-Lei n.º 286/99, de 27 de julho, que estabeleceu a organização dos serviços de saúde pública, à exceção do artigo 24.º (Remunerações). Por seu turno, foi alterado e republicado com a nova redação pelo Decreto-Lei n.º 137/2013, de 7 de outubro (cf. Declaração de Retificação n.º 52/2013, de 4 de dezembro).

constitui, fundamentalmente, um novo modo de organização do trabalho dos profissionais abrangidos.

De um modo geral, a sua aplicação reduz de 40 para 35 horas semanais o período normal de trabalho semanal, ao mesmo tempo que obriga o médico a prestar, em cada semana, cinco horas de trabalho complementar, segundo especificações circunstanciais e temporais bastante precisas.

Para a generalidade dos médicos em dedicação plena, as cinco horas de trabalho complementar, prestadas em conformidade com determinados condicionalismos, proporcionam o aludido suplemento (ou outros), compensações e incentivos não pecuniários especificados na lei.

O trabalho efetivamente prestado em chamada passa a ser remunerado como trabalho suplementar e, no cálculo do seu valor/hora, a base de referência combina a remuneração base e o novo suplemento remuneratório.

Não se afigura linear, porém, a caracterização da natureza jurídica do tempo de trabalho complementar, pois embora não faça parte do período normal de trabalho, também não pode ser considerado suplementar ou extraordinário.

E, se em alguns casos, a aplicação do regime de dedicação plena importa a adesão individual do trabalhador³³, já na área de saúde pública o novo regime aplica-se a todos os médicos que a ele não se oponham, de modo expresso e formal.

Por outro lado, nada permite descortinar nas recentes alterações setoriais um sinal de inversão de paradigmas, há muito consolidados, quer no direito do trabalho em funções públicas, quer na organização administrativa da saúde.

Por último, deve ser tomado em consideração que o regime de dedicação plena surge vocacionado para o Serviço Nacional de Saúde, tendo sido aprovado como desenvolvimento do novo Estatuto, mas nem todos os médicos de saúde pública exercem funções no Serviço Nacional de Saúde.

É o caso, designadamente, dos trabalhadores médicos em funções nas administrações regionais de saúde, pois estas deixaram, recentemente, como melhor se verá³⁴, de fazer parte do Serviço Nacional de Saúde.

³³ Artigo 2.º, n.º 2, do Decreto-Lei n.º 103/2023, de 7 de novembro, na sua atual redação.

³⁴ Infra, §27. (XIV).

§10. — O ponto de partida da consulta deve estribar-se no Estatuto do Pessoal Dirigente da Administração Pública do Estado, mais precisamente, na delimitação do seu âmbito de aplicação, de modo a saber se, no exercício das funções para que foram nomeados na Direção-Geral da Saúde, em comissão de serviço, estão, ou não, os referidos dirigentes efetivamente condicionados por aquele diploma e, no que mais for pertinente, pela Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas³⁵.

Isto, porque, a aplicar-se o Estatuto do Pessoal Dirigente da Administração Pública do Estado, a opção remuneratória defronta-se com as limitações decorrentes do artigo 31.º, n.º 3, e que retomamos, transcrevendo o preceito na sua atual redação³⁶:

«O pessoal dirigente pode, mediante autorização expressa no despacho de designação, optar pelo vencimento ou retribuição base da sua função, cargo ou categoria de origem, não podendo, todavia, exceder, em caso algum, o vencimento base do Primeiro-Ministro.»

Se, por um lado, a opção obedece a um limite temporal (o momento da nomeação), por outro, a disposição transcrita leva a considerar que os suplementos remuneratórios não integram, por definição, o vencimento ou retribuição base.

Em terceiro lugar, impõe-se olhar para a recente reforma do Serviço Nacional de Saúde — e para as vicissitudes que já conheceu — a fim de compreender se algo modificou a posição orgânica da Direção-Geral da Saúde ou dos seus dirigentes. Algo, nomeadamente que tenha alterado a sua condição estatutária.

³⁵ A Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas constitui o anexo da Lei n.º 35/2014, de 20 de junho, cuja redação foi fixada pela Declaração de Retificação n.º 37-A/2014, de 19 de agosto. Temos presente a redação decorrente das alterações introduzidas sucessivamente pela Lei n.º 82-B/2014, de 31 de dezembro, pela Lei n.º 84/2015, de 7 de agosto, pela Lei n.º 18/2016, de 20 de junho, pela Lei n.º 42/2016, de 28 de dezembro, pela Lei n.º 25/2017, de 30 de maio, pela Lei n.º 70/2017, de 14 de agosto, pela Lei n.º 73/2017, de 16 de agosto, pela Lei n.º 49/2018, de 14 de agosto, pela Lei n.º 71/2018, de 31 de dezembro, pelo Decreto-Lei n.º 6/2019, de 14 de janeiro, pelo Decreto-Lei n.º 29/2019, de 20 de fevereiro, pela Lei n.º 79/2019, de 2 de setembro, pela Lei n.º 82/2019, de 2 de setembro, pela Lei n.º 2/2020, de 31 de março, pelo Decreto-Lei n.º 51/2022, de 26 de julho, pelo Decreto-Lei n.º 84-F/2022, de 16 de dezembro, pelo Decreto-Lei n.º 53/2023, de 5 de julho, pelo Decreto-Lei n.º 12/2024, de 10 de janeiro, e pelo Decreto-Lei n.º 13/2024, de 10 de janeiro.

³⁶ Conferida pela Lei n.º 51/2005, de 30 de agosto.

Com efeito, a criação da *Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde* (DE-SNS, I.P.), por via do Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro³⁷, em alguns casos, produziu, por si, e em outros, foi acompanhada, por modificações orgânicas significativas no Ministério da Saúde e nos institutos públicos que compõem a sua administração indireta.

Só aí chegados, diante de uma perspetiva das recentes transformações, estaremos em condições de compreender o regime de dedicação plena, fundado num diferente modelo de organização do trabalho no Serviço Nacional de Saúde e não, simplesmente, de valorização remuneratória.

E em condições, igualmente, de caracterizarmos a natureza jurídica do suplemento remuneratório em face do transcrito artigo 31.º, n.º 3, do EPDAPE, de modo a saber se por algum aspeto peculiar do seu regime pode — como sustenta a Direção-Geral da Saúde — ser considerado parte do vencimento ou retribuição base.

Não obstante a inequívoca qualificação pelo legislador de tal prestação como suplemento remuneratório, distinto, por conseguinte, da remuneração base, a verdade é que os serviços jurídicos da Direção-Geral da Saúde o consideram compreendido naquele elemento remuneratório, em especial, por ser abonado com os subsídios de férias e de Natal.

Esta marca privá-lo-ia, no entender da Direção-Geral da Saúde, de um dos traços fundamentais dos suplementos remuneratórios: o carácter sinalagmático com a prestação efetiva de trabalho.

E, por ser assim, remuneração e suplemento mostrar-se-iam indissociáveis, de tal forma que a opção pela remuneração base do lugar de origem alcançaria, igualmente, o novo suplemento.

Em sexto lugar, inclinaremos a nossa atenção para o regime das autoridades de saúde, uma vez que se dispõe no artigo 18.º, n.º 10, do Decreto-Lei n.º 103/2023, de 7 de novembro, que a dedicação plena é compatível com o desempenho de funções de autoridade de saúde.

Considerando que a Diretora-Geral da Saúde exerce as funções de autoridade de saúde nacional (artigo 6.º do Decreto-Lei n.º 82/2009, de 2 de abril) não se pode descurar saber se tal posição possui implicações estatutárias, em

³⁷ Alterado pelo Decreto-Lei n.º 89/2023, de 11 de outubro, e pelo Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro.

especial, remuneratórias e que, de algum modo, obliterem os condicionalismos decorrentes do artigo 31.º, n.º 3, do EPDAPE.

E se porventura as tiver, é preciso determinar o alcance da referida compatibilidade entre a dedicação plena e as funções de autoridade de saúde, uma vez que *compatibilidade* e *conformidade* não são uma mesma coisa.

Por outras palavras, admitir que as funções de autoridade de saúde possam ser exercidas em regime de dedicação plena não é o mesmo que dizer que devam ou só possam doravante ser exercidas em regime de dedicação plena.

O que se concluir a esse respeito pode, todavia, não ser válido para os outros dirigentes da DGS, uma vez que só a Diretora-Geral desempenha funções de autoridade de saúde.

Por último, já munidos de um considerável lastro de informação sistematizada, poderemos enfrentar a questão relativa à opção do diretor clínico pelo vencimento como médico. Opção que, *ex vi* do artigo 77.º, n.º 1, do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, assenta no artigo 28.º, n.º 8, do Estatuto do Gestor Público, com a seguinte redação:

«Mediante autorização expressa no ato de designação ou eleição, os gestores podem optar pelo vencimento do lugar de origem, não podendo, todavia, exceder, salvo no caso do número seguinte³⁸, o vencimento mensal do Primeiro-Ministro.»

Pese a estreita semelhança com o disposto no artigo 31.º, n.º 3, do Estatuto do Pessoal Dirigente da Administração Pública do Estado, o legislador não usou, para este efeito, o conceito «vencimento ou retribuição base da sua função, cargo ou categoria de origem», mas, simplesmente, o de «vencimento do lugar de origem».

Haveremos, então, de analisar devidamente tal subtileza de redação e apurar se amplia, ou não, o alcance da opção.

Com a orientação metodológica a nos que propomos, iremos percorrer e considerar especificadamente todos os aspetos que foram ponderados pela ACSS, I.P., pela Direção-Geral da Saúde e pela Secretaria-Geral, nos respetivos pareceres, assim como, naturalmente, a inclinação manifestada pelo órgão

³⁸ O número seguinte (n.º 9) refere-se a situações de mobilidade ou de comissão de serviço em empresas cuja função principal seja a produção de bens e serviços mercantis, incluindo serviços financeiros, o que não releva para o setor público empresarial da saúde.

consulente para uma aplicação ampla do regime de dedicação plena aos cargos de chefia e direção.

VII.

Da Direção-Geral da Saúde.

§11. — Através do Despacho n.º 10798/2023, do Ministro da Saúde, de 17 de outubro³⁹, RITA MANUEL DE SÁ MACHADO DUARTE foi designada, «em regime de comissão de serviço, por um período de cinco anos, renovável por igual período, para exercer o cargo de diretora-geral da Saúde» e autorizada a exercer, em acumulação, a atividade de docência em estabelecimentos do ensino superior.

Foi nomeada com base no artigo 12.º, n.º 3, do Regime Orgânico do Ministério da Saúde, no artigo 3.º do Regime Orgânico da Direção-Geral da Saúde, no artigo 16.º, n.º 2, e no artigo 19.º da Lei n.º 2/2004, de 15 de janeiro (Estatuto do Pessoal Dirigente da Administração Pública do Estado).

Por seu turno, através do Despacho n.º 6580/2023, do Ministro da Saúde, de 5 de junho⁴⁰, ANDRÉ PERALTA DOS SANTOS fora já designado subdiretor-geral, em regime de substituição, segundo o disposto no artigo 27.º do Estatuto do Pessoal Dirigente da Administração Pública do Estado.

PEDRO LICÍNIO CORDEIRO DOS SANTOS PINTO LEITE já se encontrava nomeado Diretor de Serviços de Informação e Análise, da Direção-Geral da Saúde, através do Despacho n.º 9604/2021, de 8 de setembro, da Diretora-Geral da Saúde⁴¹, com fundamento no artigo 21.º, n.ºs 9 e 10, do Estatuto do Pessoal Dirigente da Administração Pública do Estado.

§12. — A Senhora Diretora-Geral da Saúde desempenha um cargo de direção superior de 1.º grau, o Senhor Subdiretor-Geral um cargo de direção superior de 2.º grau e o Senhor Diretor de Serviços de Informação e Análise um cargo de direção intermédia de 1.º grau, em conformidade com o mapa anexo ao Regime Orgânico da Direção-Geral da Saúde e com o Estatuto do Pessoal Dirigente da Administração Pública do Estado:

³⁹ *Diário da República*, 2.ª Série, n.º 206, de 24 de outubro de 2023.

⁴⁰ *Diário da República*, 2.ª Série, n.º 117, de 19 de junho de 2023.

⁴¹ *Diário da República*, 2.ª Série, n.º 192, de 1 de outubro de 2021.

«Artigo 2.º

(Cargos dirigentes)

1 — São cargos dirigentes os cargos de direção, gestão, coordenação e controlo dos serviços e órgãos públicos abrangidos pela presente lei.

2 — Os cargos dirigentes qualificam-se em cargos de direção superior e cargos de direção intermédia e, em função do nível hierárquico e das competências e responsabilidades que lhes estão cometidas, subdividem-se, os primeiros, em dois graus e, os segundos, em tantos graus quantos os que a organização interna exija.

3 — São, designadamente, cargos de direção superior de 1.º grau os de diretor-geral, secretário-geral e presidente e de 2.º grau os de subdiretor-geral, de secretário-geral-adjunto, subinspetor-geral e vice-presidente.

4 — São, designadamente, cargos de direção intermédia de 1.º grau os de diretor de serviços e de 2.º grau os de chefe de divisão.

5 — (Revogado).

6 — Os diplomas orgânicos ou estatutários dos serviços e órgãos públicos abrangidos pela presente lei estabelecem, expressamente, a qualificação e grau dos respetivos cargos dirigentes, nos termos do n.º 2, a respetiva designação, bem como, tratando-se de cargos de direção intermédia de 3.º grau ou inferior, as correspondentes competências.»

A Direção-Geral da Saúde identifica-se, plenamente, com este modelo.

§13. — Com efeito a Orgânica do Ministério da Saúde considera-a, expressamente, um serviço da administração central direta do Estado, verticalmente integrado com os respetivos órgãos no Ministério da Saúde:

«Artigo 4.º

(Administração direta do Estado)

Integram a administração direta do Estado, no âmbito do MS, os seguintes serviços centrais:

- a) A Secretaria-Geral;
- b) A Inspeção-Geral das Atividades em Saúde;
- c) A Direção-Geral da Saúde».

Quanto às atribuições do Estado que lhe cumpre levar a cabo, determina-se o seguidamente transcrito:

«Artigo 12.º

(Direção-Geral da Saúde)

1 — A Direção-Geral de Saúde, abreviadamente designada por DGS, tem por missão regulamentar, orientar e coordenar as atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, definir as condições técnicas para a adequada prestação de cuidados de saúde, planear e programar a política nacional para a qualidade no sistema de saúde, bem como assegurar a elaboração e execução do Plano Nacional de Saúde (PNS).

2 — A DGS prossegue, designadamente, as seguintes atribuições:

- a) Contribuir para a obtenção de ganhos em saúde, desenvolvendo e promovendo a execução de programas em matéria de saúde pública e de melhoria da prestação de cuidados em áreas relevantes da saúde, bem como emitindo normas e orientações;
- b) Apoiar a definição das políticas, prioridades e objetivos do MS, assegurando a melhor articulação entre os seus diversos serviços e organismos, em especial o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P., em matéria de investigação científica e laboratorial;
- c) Promover o desenvolvimento, implementação, coordenação e avaliação de instrumentos, atividades e programas de segurança dos doentes e de melhoria contínua da qualidade clínica e organizacional das unidades do sistema de saúde;
- d) Regulamentar e controlar a qualidade e a segurança das atividades relativas à dádiva, colheita, análise, processamento, preservação, armazenamento e distribuição de sangue humano, de componentes sanguíneos de órgãos, tecidos e células de origem humana, sem prejuízo da articulação com a Inspeção-Geral das Atividades em Saúde, em matéria de fiscalização e inspeção;
- e) Coordenar e assegurar a vigilância epidemiológica a nível nacional e a respetiva contribuição no quadro internacional;
- f) Coordenar a gestão das crises alimentares em situação de risco grave para a saúde humana que não possa ser assegurada através da atuação isolada das autoridades competentes para o controlo oficial na área alimentar;

g) Garantir a produção e divulgação de informação adequada, designadamente estatísticas de saúde, no quadro do sistema estatístico nacional, sem prejuízo das competências do Instituto Nacional de Estatística, I. P.;

h) (*Revogada.*)

i) Acompanhar a execução das políticas e programas do MS, bem como elaborar, difundir e apoiar a criação de instrumentos de planeamento, acompanhamento e avaliação, sem prejuízo das competências da Administração Central do Sistema de Saúde, I. P., em matéria de planeamento económico-financeiro e de recursos humanos;

j) Assegurar a coordenação nacional da definição e desenvolvimento de programas de saúde, com base num sistema integrado de informação, articulando com os demais serviços e organismos do sistema de saúde, designadamente com o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P., em matéria de investigação científica e laboratorial.

3 — A DGS é dirigida por um diretor-geral, coadjuvado por dois subdiretores-gerais, cargos de direção superior de 1.º e 2.º grau, respetivamente.»

Importa sublinhar, no n.º 2, a promoção e desenvolvimento da execução de programas em matéria de saúde pública (alínea a)], a articulação com o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P. (alínea b)], a coordenação da vigilância epidemiológica a nível nacional, bem como a respetiva contribuição no quadro internacional (alínea e)] e o papel subsidiário na coordenação e gestão de crises alimentares em situação de risco grave para a saúde humana (alínea f)].

Diante de tal quadro de atribuições, MARIA JOÃO ESTORNINHO/TIAGO MACIEIRINHA⁴², classificam em cinco categorias as atribuições cometidas à Direção-Geral da Saúde: atribuições de planeamento (v.g. Plano Nacional de Saúde), atribuições de qualidade e segurança (v.g. normas e orientações de natureza clínica), atribuições de saúde pública, atribuições em matéria de apoios financeiros e atribuições concernentes às relações internacionais⁴³.

§14. — De igual modo, a Orgânica da própria Direção-Geral define-a como «um serviço central do Ministério da Saúde, integrado na administração direta do Estado, dotado de autonomia administrativa» (artigo 1.º).

⁴² *Direito da Saúde – Lições*, Universidade Católica Editora, Lisboa, 2014, p. 85 e seguintes.

⁴³ Estas foram, no entanto, substancialmente transferidas para a Secretaria-Geral por via do Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro.

Depois de descrever genericamente a superior competência do diretor-geral, estabelece que os subdiretores-gerais lhe prestam coadjuvação, suplência e exercem os poderes que a cada um sejam delegados ou subdelegados⁴⁴:

«Artigo 3.º

(Órgãos)

A DGS é dirigida por um diretor-geral, coadjuvado por dois subdiretores-gerais, cargos de direção superior de 1.º e de 2.º graus, respetivamente.»

Artigo 4.º

(Diretor-geral)

1 — Compete ao diretor-geral dirigir e orientar a ação dos órgãos e serviços da DGS, nos termos das competências que lhe sejam conferidas por lei ou que nele sejam delegadas ou subdelegadas, competindo-lhe ainda exercer as funções de autoridade de saúde nacional, nos termos previstos na lei.

2 — Os subdiretores-gerais exercem as competências que lhes sejam delegadas ou subdelegadas pelo diretor-geral, devendo este identificar a quem compete substituí-lo nas suas faltas e impedimentos.»

Aos cargos de direção superior acrescem três cargos de direção intermédia de 1.º grau (diretores de serviços), em conformidade com o artigo 8.º e com o mapa anexo à Orgânica da Direção-Geral da Saúde.

A estrutura da DGS é completada pela Portaria n.º 159/2012, de 22 de maio⁴⁵, contando, nos termos do artigo 1.º, com três unidades orgânicas nucleares:

- O Departamento da Qualidade na Saúde;
- A Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde;
- A Direção de Serviços de Informação e Análise.

Mercê das alterações levadas a cabo pela Portaria n.º 38/2023, de 31 de janeiro, foi extinta a Direção de Serviços de Coordenação das Relações Internacionais, posto que as suas competências transitaram para a Secretaria-Geral do Ministério da Saúde.

⁴⁴ Acerca do conceito de coadjuvação, v. Parecer n.º 3/2024, de 18 de janeiro (inédito).

⁴⁵ Alterada pela Portaria n.º 247/2017, de 4 de agosto, e pela Portaria n.º 38/2023, de 31 de janeiro.

VIII.

Da Autoridade de Saúde Nacional.

§15. — Por inerência, o Diretor-Geral da Saúde, nos termos e para os efeitos do disposto no Decreto-Lei n.º 82/2009, de 2 de abril, exerce as competências de autoridade de saúde nacional:

«Artigo 6.º

(Diretor-geral)

1 — Enquanto autoridade de saúde nacional, compete ao diretor-geral da Saúde:

- a) Supervisionar a atividade das autoridades de saúde em todas as áreas de competência, incluindo o cumprimento do Regulamento Sanitário Internacional;
- b) Coordenar o funcionamento global da rede de autoridades de saúde;
- c) Exercer a coordenação nacional de vigilância epidemiológica, nos termos de legislação própria;
- d) Exercer em situações de grave emergência em saúde pública, designadamente em caso de epidemias graves, mediante declaração pública do membro do Governo responsável pela área da saúde, as competências de requisição de serviços, estabelecimentos e profissionais de saúde.

2 — O diretor-geral da Saúde, enquanto autoridade de saúde nacional é substituído nos seus impedimentos por um subdiretor-geral por ele designado, com a especialidade de saúde pública, ou por um delegado regional de saúde expressamente por ele designado para o efeito.

3 — O apoio técnico e logístico à autoridade de saúde nacional é prestado pela Direção-Geral da Saúde.»

Embora as competências de autoridade de saúde nacional digam apenas respeito ao diretor-geral, os serviços da Direção-Geral da Saúde encontram-se incumbidos de lhe prestar apoio (n.º 3), assim como um dos subdiretores-gerais com a especialidade de saúde pública, se vier a ser designado suplente para este efeito, pois, em alternativa, a designação pode recair num dos cinco delegados regionais de saúde (n.º 2).

Prevê-se no artigo 5.º, do Decreto-Lei n.º 82/2009, de 2 de abril, que «nas áreas de apoio e acompanhamento à Autoridade de Saúde Nacional, incluindo o Centro de Emergências em Saúde Pública e de Avaliação e Gestão de Riscos

Associados a Radiações, o modelo de estrutura matricial assente em equipas multidisciplinares» é um «modelo estrutural misto».

À Diretora-Geral da Saúde, no exercício das funções de autoridade de saúde nacional, compete dirigir os delegados de saúde regionais, cuja nomeação, em comissão de serviço, propõe à Ministra da Saúde (artigo 4.º, n.º 1).

Delegados de saúde regionais que, por inerência, exercem as funções de diretor do departamento de saúde pública da administração regional de saúde respetiva (n.º 2).

De modo semelhante, os delegados de saúde regionais adjuntos são designados, em comissão de serviço, por despacho do membro do Governo responsável pela área da saúde, sob proposta da Diretora-Geral da Saúde, ouvido o delegado de saúde regional e após parecer favorável do conselho diretivo da administração regional de saúde territorialmente competente (n.º 3).

Um e outro são designados de entre médicos de saúde pública com o grau de consultor (n.º 4).

Ao nível local, os delegados de saúde coordenadores são designados, em comissão de serviço, pela Diretora-Geral da Saúde sob proposta do conselho diretivo da respetiva administração regional de saúde, ouvido o diretor executivo do agrupamento de centros de saúde ou o conselho de administração da unidade local de saúde a que se encontram afetos e parecer favorável do respetivo delegado de saúde regional (artigo 4.º, n.º 5).

Cabe-lhes exercer, por inerência à comissão de serviço para que foram designados, as funções de coordenador da unidade de saúde pública do respetivo agrupamento de centros de saúde, nos termos de legislação própria (n.º 6).

Deve notar-se que a inerência de funções opera de modo inverso ao da autoridade de saúde nacional. Ao passo que estas funções são inerentes às de Diretor-Geral da Saúde, no caso das autoridades regionais e locais de saúde é a direção do departamento de saúde pública ou a coordenação da unidade de saúde pública que decorre da investidura nas funções de autoridade de saúde regional ou local, respetivamente.

Por fim, cada delegado de saúde é designado, em comissão de serviço, pela Diretora-Geral da Saúde sob proposta do conselho diretivo da respetiva administração regional de saúde, ouvido o diretor executivo do agrupamento de centros de saúde ou o conselho de administração da unidade local de saúde a que se encontra afeto e mediante pareceres favoráveis dos respetivos delegados de saúde coordenadores e delegado de saúde regional (n.º 7).

Assiste-lhes o direito de opção pelo vencimento de origem, no desempenho de tais funções, pois às mencionadas comissões de serviço aplica-se, sem prejuízo de algumas disposições especiais (artigo 4.º, n.º 10 e seguintes) a Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas⁴⁶ (artigo 4.º, n.º 9).

Há, assim, uma cadeia hierárquica de autoridades de saúde, em cujo topo se encontra a Diretora-Geral da Saúde. Por isso, dos atos praticados pelos delegados de saúde regionais e seus adjuntos e pelos delegados de saúde e seus adjuntos, no exercício de poderes de autoridade, cabe recurso hierárquico para a Diretora-Geral da Saúde⁴⁷, enquanto autoridade de saúde nacional (artigo 13.º, n.º 1).

A rede das autoridades de saúde torna-se especialmente visível no Conselho das Autoridades de Saúde previsto no Decreto-Lei n.º 82/2009, de 2 de abril, que continuamos a seguir de perto:

«Artigo 11.º

(Conselho de Autoridades de Saúde)

1 — É criado o Conselho de Autoridades de Saúde, adiante designado por Conselho, com natureza consultiva e de apoio à autoridade de saúde nacional, com a seguinte composição:

- a) O diretor-geral da Saúde, que preside;
- b) Os diretores regionais de saúde das Regiões Autónomas;
- c) Os delegados de saúde regionais;

⁴⁶ O artigo 4.º, n.º 9, continua a referir-se à Lei n.º 12-A/2008, de 27 de fevereiro. De acordo, porém, com o artigo 42.º, n.º 5, da Lei n.º 35/2014, de 20 de junho, as referências aos diplomas por si revogados devem entender-se feitas para as correspondentes normas da Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas, o que vale, naturalmente para as disposições da Lei n.º 12-A/2008, de 27 de fevereiro, revogadas nos termos do artigo 42.º, n.º 1, alínea c), da Lei n.º 35/2014, de 20 de junho. A Lei n.º 12-A/2008, de 27 de fevereiro, protagonizou uma ampla reforma do direito da função pública, ao estabelecer novos regimes de vinculação, de carreiras e de remunerações dos trabalhadores que exercem funções públicas. A sua redação foi assente pelos termos da Declaração de Retificação n.º 22-A/2008, de 24 de abril, sendo, depois, alterada pela Lei n.º 64-A/2008, de 31 de dezembro, pela Lei n.º 3-B/2010, de 28 de abril, pela Lei n.º 34/2010, de 2 de setembro, pela Lei n.º 55-B/2010, de 31 de dezembro, pela Lei n.º 64-B/2011, de 30 de dezembro, pela Lei n.º 66/2012 de 31 de dezembro, pela Lei n.º 66-B/2012, de 31 de dezembro, e pelo Decreto-Lei n.º 47/2013, de 5 de abril. A entrada em vigor da Lei n.º 35/2014, de 20 de junho, apenas manteve em vigor as disposições transitórias contidas nos artigos 88.º a 115.º. Refira-se quanto a estas disposições, ainda em vigor, que a Lei n.º 80/2017, de 18 de agosto, interpretou autenticamente o disposto no n.º 7 do artigo 113.º.

⁴⁷ Por isso, pode a Diretora-Geral, enquanto autoridade de saúde nacional, «salvas as exceções previstas na lei, confirmar ou anular o ato recorrido e, se a competência do autor do ato recorrido não for exclusiva, pode também revogá-lo, modificá-lo ou substituí-lo, ainda que em sentido desfavorável ao recorrente» (artigo 197.º, n.º 1, do Código do Procedimento Administrativo).

d) Um delegado de saúde a designar pelos respetivos pares em cada região;

e) Três personalidades de reconhecido mérito da saúde pública nomeados pelo diretor-geral da Saúde.

2 — Ao Conselho compete:

a) Emitir pareceres em matérias que lhe sejam solicitadas;

b) Propor medidas normativas adequadas ao bom funcionamento da rede de autoridades de saúde;

c) Propor a realização de estudos para harmonização de procedimentos das autoridades de saúde, com o objetivo de garantir soluções adequadas ao funcionamento integrado e coerente da rede;

d) Pronunciar-se, a pedido dos membros do Governo ou de qualquer membro do Conselho, sobre aspetos de ética, sociais e legais, designadamente sobre publicitação, divulgação e disseminação de informações relacionadas com a saúde pública.

3 — O Conselho reúne ordinariamente três vezes por ano e, extraordinariamente, sempre que seja convocado pelo presidente.

4 — Os termos de organização e funcionamento do Conselho de Autoridades de Saúde constam de regulamento interno a aprovar na primeira reunião após a sua constituição.

5 — O exercício das funções referidas nos números anteriores não é remunerado.»

Uma vez que às autoridades de saúde cumpre assegurar «a intervenção oportuna e discricionária do Estado em situações de grave risco para a saúde pública, competindo-lhes, ainda, a vigilância das decisões dos órgãos e serviços operativos do Estado em matéria de saúde pública» (artigo 5.º, n.º 1), compreende-se por que motivo dirigem os departamentos de saúde pública das ARS e as unidades de saúde pública dos agrupamentos de centros de saúde e das unidades locais de saúde.

Ainda de acordo com o artigo 5.º, e sem prejuízo das competências da autoridade de saúde de âmbito regional e local, compete à Diretora-Geral da Saúde, enquanto autoridade de saúde nacional:

— Vigiar o nível sanitário dos aglomerados populacionais, dos serviços, estabelecimentos e locais de utilização pública e determinar as medidas corretivas necessárias à defesa da saúde pública (artigo 5.º, n.º 3, alínea a));

- Ordenar a interrupção ou suspensão de atividades ou serviços, bem como o encerramento dos estabelecimentos e locais onde tais atividades se desenvolvam em condições de grave risco para a saúde pública (alínea b));
- 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 (alínea c));
- Exercer a vigilância sanitária no território nacional de ocorrências que derivem do tráfego e comércio internacionais (alínea d)); e
- Proceder à requisição de serviços, estabelecimentos e profissionais de saúde em caso de epidemias graves e outras situações semelhantes (alínea e)).

Mas encontramos-nos à margem do Serviço Nacional de Saúde, bastando ver que, nos casos de situações de emergência grave em saúde pública, principalmente nas situações de calamidade ou catástrofe, compete ao Ministro da Saúde adotar «as medidas necessárias de exceção que forem indispensáveis, coordenando a atuação dos serviços centrais do Ministério com as instituições e serviços do Serviço Nacional de Saúde e as autoridades de saúde de nível nacional, regional e municipal» (artigo 5.º, n.º 4).

A referência, nesta última disposição citada, a (i) serviços centrais do Ministério da Saúde, (ii) instituições e serviços do SNS, e (iii) autoridades de saúde é de grande préstimo na compreensão da posição orgânica e institucional da Diretora-Geral da Saúde, bem como na delimitação do Serviço Nacional de Saúde.

§16. — A Lei n.º 81/2009, de 21 de agosto⁴⁸ (Sistema de Vigilância em Saúde Pública) instituiu «uma rede de âmbito nacional envolvendo os serviços operativos de saúde pública, os laboratórios, as autoridades de saúde e outras entidades dos sectores público, privado e social, cujos participantes contribuem para um sistema nacional de informação de vigilância epidemiológica, denominado SINAVE.» (artigo 1.º, n.º 2).

Isto, com os objetivos de monitorizar o estado de saúde das populações ao longo do tempo e de determinar o risco de transmissão de qualquer doença, ou outros fenómenos de saúde, bem como a prevenção da sua entrada ou

⁴⁸ Revogou a Lei n.º 2036, de 9 de agosto de 1949, e legislação complementar.

propagação em território português, mediante controlo da sua génese e evolução (artigo 3.º, n.º 1).

Este sistema assenta na articulação entre a Direção-Geral da Saúde, o Instituto Nacional de Saúde Ricardo Jorge, I. P., as autoridades de saúde, os serviços de saúde pública sedeados nas administrações regionais de saúde e os serviços de saúde pública, junto das localidades, sedeados nos agrupamentos de centros de saúde (ACES) ou nas unidades locais de saúde (ULS).

Para a coordenação de tais níveis, determinou-se a criação do Conselho Nacional de Saúde Pública:

«Artigo 4.º

(Conselho Nacional de Saúde Pública)

1 — É criado o Conselho Nacional de Saúde Pública (CNSP), designado pelo membro do Governo responsável pela área da saúde que preside, com faculdade de delegação no diretor-geral da Saúde, composto por um máximo de 20 membros, designados em representação dos sectores público, privado e social, incluindo as áreas académica e científica, com funções consultivas do Governo no âmbito da prevenção e do controlo das doenças transmissíveis e outros riscos para a saúde pública e, em especial, para análise e avaliação das situações graves, nomeadamente surtos epidémicos de grande escala e pandemias, competindo-lhe fundamentar proposta de declaração do estado de emergência, por calamidade pública.

2 — O CNSP compreende duas comissões especializadas:

- a) Comissão Coordenadora da Vigilância Epidemiológica;
- b) Comissão Coordenadora de Emergência.

3 — O CNSP elabora o seu regulamento, prevendo, no mesmo, o seu modo de funcionamento, a aprovar na primeira reunião.

4 — Os membros do CNSP exercem as suas funções de forma não remunerada.»

Cumprе à Diretora-Geral da Saúde presidir à Comissão Coordenadora da Vigilância Epidemiológica (artigo 5.º, n.º 1, alínea a)] e, por delegação da Ministra da Saúde, à Comissão Coordenadora de Emergência (artigo 7.º, n.º 5, alínea a)).

De acordo com o artigo 9.º, compete à Diretora-Geral da Saúde determinar por despacho:

- Os métodos de vigilância epidemiológica e microbiológica;
- As doenças transmissíveis e outros riscos que devam ser abrangidos pela rede de informação e comunicação;
- Os critérios de seleção das doenças transmissíveis, tendo em conta as redes de colaboração existentes em matéria de vigilância;
- A definição de casos, especialmente das características clínicas e microbiológicas;
- A natureza e tipo de dados e informações a recolher e transmitir pelas entidades ou autoridades integradas na rede;
- As orientações sobre as medidas de proteção a adotar em situações de emergência;
- As orientações sobre informação e guias de práticas corretas para uso das populações; e
- Os meios técnicos necessários e adequados aos procedimentos de divulgação e tratamento de dados de forma comparável e compatível.

Compete-lhe ainda, enquanto autoridade de saúde nacional, dirigir as ações e programas na área de prevenção e controlo das doenças transmissíveis e demais riscos em saúde pública, coadjuvada pelas demais autoridades de saúde de nível regional e de nível municipal (artigo 12.º).

Os serviços operativos de saúde pública desenvolvem atividades de notificação, de verificação e de colaboração, no âmbito da vigilância epidemiológica (artigo 13.º, n.º 1). As ocorrências que envolverem níveis de morbidade ou mortalidade superiores aos esperados para o período e local considerados devem, logo que conhecidas, ser comunicadas pelas entidades que integram a rede às autoridades de saúde, bem como aos responsáveis de estruturas locais, nomeadamente o diretor executivo dos ACES ou os conselhos de administração das ULS da área territorial relevante, os quais devem aplicar, de imediato, medidas preliminares adequadas de controlo (n.º 2).

Neste plano, é às ARS que compete providenciar pela «capacidade de resposta de saúde pública para confirmar o estado das ocorrências notificadas e apoiar ou aplicar, de imediato, medidas complementares de controlo e, se considerados de emergência, comunicar todos os dados essenciais a nível nacional para a Comissão Coordenadora de Emergência para avaliação (n.º 3).

Os critérios que determinam a existência de uma emergência «assentam na antecipação de eventuais graves repercussões sobre a saúde pública, bem como o carácter inusitado ou inesperado de uma ocorrência extraordinária, com probabilidade acrescida de disseminação da exposição ao problema identificado» (n.º 4).

É, ainda, da competência da Diretora-Geral da Saúde aprovar e adaptar «um plano de ação nacional de contingência para as epidemias, a aprovar pelo CNSP» (artigo 15.º, n.º 1), o qual deve contemplar, em especial, a prevenção e controlo a aplicar em todo o território nacional, a comunicação entre profissionais de saúde e populações, a redução de riscos ambientais potenciadores da disseminação, condições de exceção quanto à necessidade de abate de animais e arranque de espécies vegetais, e condições de segurança para o armazenamento, o transporte e a distribuição de produtos biológicos e medicamentos de acordo com as normas nacionais e internacionais aplicáveis (n.º 2).

E, apesar de competir à Ministra da Saúde «aprovar, por portaria e sob proposta do Conselho Nacional de Saúde Pública, o regulamento de notificação obrigatória de doenças transmissíveis e outros riscos em saúde pública» (artigo 16.º, n.º 1), é à Diretora-Geral da Saúde que cumpre providenciar pelas iniciativas necessárias à sua revisão e atualização (n.º 4).

De igual modo, é sob proposta da Diretora-Geral da Saúde, enquanto autoridade de saúde nacional, que a Ministra da Saúde, «pode emitir orientações e normas regulamentares no exercício dos poderes de autoridade, com força executiva imediata, no âmbito das situações de emergência em saúde pública com a finalidade de tornar exequíveis as normas de contingência para as epidemias ou de outras medidas consideradas indispensáveis cuja eficácia dependa da celeridade na sua implementação (artigo 17.º, n.º 2), sem prejuízo das «medidas de exceção indispensáveis em caso de emergência em saúde pública, incluindo a restrição, a suspensão ou o encerramento de atividades ou a separação de pessoas que não estejam doentes, meios de transporte ou mercadorias, que tenham sido expostos, de forma a evitar a eventual disseminação da infeção ou contaminação» (n.º 1).

Por fim, sempre que a gravidade o justifique «e tendo em conta os mecanismos preventivos e de reação previstos na Lei de Bases de Proteção Civil,

o Governo apresenta, após proposta do CNSP⁴⁹, baseada em relatório da CCE⁵⁰, ao Presidente da República, documento com vista à declaração do estado de emergência, por calamidade pública, nos termos da Constituição» (artigo 18.º).

IX.

Da Direção-Geral da Saúde enquanto administração direta do Estado.

§17. — Não nos restam dúvidas, pois, quanto a reconhecer que a Direção-Geral da Saúde faz parte da administração direta do Estado e que o diretor-geral da Saúde é um órgão do Estado, que atua sob a direção do Governo (artigo 199.º, alínea d], da Constituição), através do Ministro da Saúde.

Quer isto dizer, nas palavras de SÉRVULO CORREIA/FRANCISCO PAES MARQUES⁵¹, que faz parte do «conjunto de serviços pertencentes à pessoa coletiva de Direito interno Estado, hierarquicamente dependentes do Governo». Serviços organizados de modo vertical e sectorial em ministérios.

Nestes, «sob a dependência hierárquica do respetivo membro do Governo, há serviços centrais (direções-gerais, secretarias-gerais, inspeções-gerais, autoridades nacionais) e serviços periféricos, espalhados pelo território (CCDR, Comandos da GNR e da PSP, repartições de finanças, administrações regionais de saúde, direções regionais de Educação» (VIEIRA DE ANDRADE⁵²).

O poder de direção é, na verdade, o mais preciso indicador de uma relação hierárquica. Sem poder de direção não há hierarquia e, por antonomásia, tal poder identifica, salvo disposição em contrário, os demais poderes típicos do superior hierárquico: os poderes de inspeção e supervisão, o poder disciplinar, o poder de resolver conflitos de competência, o poder de delegação e o poder de

⁴⁹ Conselho Nacional de Saúde Pública.

⁵⁰ Comissão Coordenadora de Emergência.

⁵¹ *Noções de Direito Administrativo*, Volume I, 2.ª edição, Ed. Almedina, Coimbra, 2021, p. 429. Sobre a administração direta do Estado, v. Conselho Consultivo da Procuradoria-Geral da República, Parecer n.º 2/2017, de 10 de maio (*Diário da República*, 2.ª Série, de 3 de agosto de 2017), Parecer n.º 6/2013, de 18 de abril (*Diário da República*, 2.ª Série, de 7 de junho de 2013), Parecer n.º 28/2011, de 10 de novembro (inédito), Parecer Complementar n.º 30/2010, de 16 de dezembro (*Diário da República*, 2.ª Série, de 27 de janeiro de 2011), Parecer n.º 24/2010, 28 de outubro (inédito), Parecer n.º 30/2010, de 30 de setembro (inédito), Parecer n.º 60/2007, de 27 de setembro (*Diário da República*, 2.ª Série, de 17 de janeiro de 2008).

⁵² *Lições de Direito Administrativo*, 6.ª edição, Imprensa da Universidade de Coimbra, 2020, p. 115. Deve notar-se que a referência efetuada às administrações regionais de saúde encontra-se ultrapassada, uma vez que se tornaram serviços personalizados do Estado, de nível periférico ou desconcentrado. Por seu turno, as comissões de coordenação e desenvolvimento regional foram convertidas em institutos públicos (Decreto-Lei n.º 36/2023, de 26 de maio).

substituição (PAULO OTERO⁵³). A hierarquia diz-se perfeita se ao superior assistirem o poder de direção e, pelo menos, o poder de supervisão e o poder disciplinar (FREITAS DO AMARAL⁵⁴).

A administração direta do Estado, de acordo com os princípios e normas a que obedece a sua organização (Lei n.º 4/2004, de 15 de janeiro⁵⁵) integram-na «os serviços centrais e periféricos que, pela natureza das suas competências e funções, devam estar sujeitos ao poder de direção do respetivo membro do Governo» (artigo 2.º, n.º 1), incluindo «os serviços de cujas atribuições decorra, designadamente, o exercício de poderes de soberania, autoridade e representação política do Estado ou o estudo e conceção, coordenação, apoio e controlo ou fiscalização de outros serviços administrativos» (n.º 2).

Princípios e normas que, em matéria de cargos dirigentes, consignam o seguinte:

«Artigo 23.º

(Cargos dirigentes)

1 — Os dirigentes máximos dos serviços centrais executivos e de controlo e fiscalização ocupam cargos de direção superior de grau 1 e são coadjuvados por dirigentes em cargos de direção superior de grau 2, independentemente, em qualquer dos casos, da sua designação.

2 — A qualificação do cargo de direção dos dirigentes máximos dos serviços desconcentrados é definida no diploma que cria o serviço em função do nível de competências e responsabilidades que lhes sejam cometidas.

3 — Os diretores de serviços e os chefes de divisão correspondem a cargos de direção intermédia de grau 1 e de grau 2, respetivamente.

4 — As direções de serviços podem ser colocadas na dependência direta do diretor-geral ou equiparado, ou dos subdiretores-gerais ou equiparados, neste caso em termos a fixar por despacho do dirigente máximo.

5 — Podem existir divisões dependentes diretamente do diretor-geral ou de um dos subdiretores-gerais.»

⁵³ *Conceito e Fundamento da Hierarquia Administrativa*, Coimbra Editora, 1992, p. 148 e seguintes.

⁵⁴ *Conceito e Natureza do Recurso Hierárquico*, 2.ª edição, Ed. Almedina, Coimbra, 2005, p. 56 e seguinte.

⁵⁵ A atual redação incorpora as sucessivas alterações efetuadas pela Lei n.º 51/2005, de 30 de agosto, pelo Decreto-Lei n.º 200/2006, de 25 de outubro, pelo Decreto-Lei n.º 105/2007, de 3 de abril, pela Lei n.º 64-A/2008, de 31 de dezembro, pela Lei n.º 57/2011, de 28 de novembro, pelo Decreto-Lei n.º 116/2011, de 5 de dezembro, e pela Lei n.º 64/2011, de 22 de dezembro.

Em linha com esta formulação, a Diretora Geral da Saúde é a dirigente máxima de um serviço central executivo, ocupando um cargo de direção superior de 1.º grau e é coadjuvada por dois dirigentes com cargos de direção superior de 2.º grau.

A Direção-Geral da Saúde é, por conseguinte, em face da referida Lei n.º 4/2004, de 15 de janeiro, um serviço central (artigo 11.º, n.º 4, alínea b)), executivo e de coordenação (n.º 2, alíneas a) e c)), incumbido, a título principal, de concretizar a política de saúde definida pelo Governo (artigo 13.º).

§18. — O Decreto-Lei n.º 32/2024, de 10 de maio, ao definir a organização e funcionamento do XXIV Governo Constitucional, confirma a relação hierárquica entre a Diretora-Geral da Saúde e a Ministra da Saúde (*poder de direção*), em contraponto com as relações interadministrativas mais ténues que esta mantém com a administração indireta (*superintendência e tutela*):

«Artigo 21.º

(Saúde)

1 — O Ministério da Saúde é o departamento governamental que tem por missão formular, conduzir, executar e avaliar a política nacional de saúde e, em especial, do Serviço Nacional de Saúde, garantindo uma aplicação e utilização sustentáveis de recursos e a avaliação dos seus resultados.

2 — A Ministra da Saúde exerce o poder de direção sobre:

- a) A Secretaria-Geral do Ministério da Saúde;
- b) A Inspeção-Geral das Atividades em Saúde;
- c) A Direção-Geral da Saúde.

3 — A Ministra da Saúde exerce os poderes de superintendência e tutela sobre:

- a) A Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, I. P.;
- b) A Administração Central do Sistema de Saúde, I. P.;
- c) O INFARMED - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I. P.;
- d) O Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências, I. P.;
- e) O Instituto Nacional de Emergência Médica, I. P.;
- f) O Instituto Português do Sangue e da Transplantação, I. P.;
- g) O Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P.;

h) Os serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde.

4 — A Ministra da Saúde, conjuntamente com o Ministro de Estado e das Finanças, exerce a tutela, nas matérias da sua competência, sobre o Serviço de Utilização Comum dos Hospitais.

5 — A Ministra da Saúde coordena, em conjunto com a Ministra do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

6 — Sem prejuízo dos poderes legalmente conferidos ao Conselho de Ministros e ao Ministro de Estado e das Finanças, a Ministra da Saúde exerce as competências que lhe são atribuídas por lei sobre as entidades do setor empresarial do Estado no domínio da saúde, que compreende:

a) Os estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde com natureza de entidade pública empresarial;

b) Os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E. P. E.

7 — O Conselho Nacional de Saúde é o órgão consultivo da Ministra da Saúde.

8 — A Ministra da Saúde exerce ainda os poderes que lhe são conferidos pelo n.º 10 do artigo 20.º e pelo artigo 40.⁵⁶»

Temos assim, pois, que a orgânica do XXIV Governo em nada alterou a caracterização da Direção-Geral da Saúde sobre a qual a Ministra da Saúde exerce poderes de direção, tal como sucede com a Secretaria-Geral do Ministério da Saúde e com a Inspeção-Geral das Atividades em Saúde (n.º 2).

Só relativamente a estes órgãos e serviços se divisa uma relação hierárquica em face da Ministra da Saúde, pois em relação aos institutos públicos (n.º 3 e n.º 8) e às entidades públicas empresariais do setor (n.º 6) o Governo limita-se a exercer poderes de superintendência e tutela, em alguns casos, conjuntamente com outros membros do Governo (n.º 4 e n.º 6).

⁵⁶ O artigo 20.º, n.º 10, dispõe que o acompanhamento das atividades de interesse público desenvolvidas pela Agência para a Investigação Clínica e Inovação Biomédica, na área da investigação clínica e da translação, e pelo Conselho Nacional dos Centros Académicos Clínicos, é feito pelo Ministro da Educação, Ciência e Inovação em coordenação com a Ministra da Saúde. Por seu turno, o artigo 40.º conserva na Ministra da Saúde os poderes de superintendência e tutela sobre as administrações regionais de saúde (ARS), enquanto subsistirem.

X.

Das administrações regionais de saúde.

§19. — A Orgânica do Ministério da Saúde consagra poderes de superintendência e tutela por parte do Ministro, relativamente às administrações regionais de saúde I.P. do Norte, do Centro, de Lisboa e Vale do Tejo, do Alentejo, e do Algarve (artigo 5.º, n.º 2), sem aparente correspondência no artigo 21.º da Orgânica do XXIV Governo.

Todavia, o artigo 21.º, n.º 8, da Orgânica do XXIV Governo, devolve-nos ao artigo 40.º cujo teor é o seguinte:

«Enquanto existirem as atuais administrações regionais de saúde, os poderes de superintendência e tutela sobre elas exercidos competem à Ministra da Saúde.»

Aliás, já antes, a Resolução do Conselho de Ministros n.º 123/2022, de 14 de dezembro, identificara domínios de atividade na área da saúde a transferir das administrações regionais (ARS) para as comissões de coordenação e desenvolvimento regional (CCDR) ou a com elas partilhar.

Tal significa que, nos termos do Decreto-Lei n.º 200/2006, de 25 de outubro⁵⁷, prevê-se com relação àqueles cinco institutos públicos — com atribuições de saúde pública — virem a ser extintos ou fundidos e, não, simplesmente, reestruturados.

E, mais tarde, o Despacho n.º 4764/2023, da Secretária de Estado da Promoção da Saúde, de 10 de abril⁵⁸, criando uma comissão para a elaboração de uma proposta de organização e funcionamento dos serviços de saúde pública, refere-se, no exórdio, a um processo de transferência de atribuições das administrações regionais de saúde para as comissões de coordenação e desenvolvimento regional.

⁵⁷ Enquadramento procedimental relativo à extinção, fusão e reestruturação de serviços da Administração Pública e à racionalização de efetivos.

⁵⁸ *Diário da República*, n.º 78, 2.ª Série, de 20 de abril de 2023.

Por seu turno, o artigo 3.º, alínea b), do Anexo ao Decreto-Lei n.º 36/2023, de 26 de maio⁵⁹, elenca a saúde entre os domínios da integração e articulação territorial de políticas públicas a cargo das CCDR.

Às CCDR cabe-lhes, assim, colaborar com a recém-criada Direção Executiva-Serviço Nacional de Saúde, I. P., a nível regional, no âmbito do apoio técnico a prestar às instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde, bem como da respetiva avaliação (artigo 4.º, n.º 1, alínea I)).

Por sua vez, no artigo 37.º, n.º 2, alínea b), são atribuídos poderes de autoridade sanitária aos trabalhadores das CCDR, I.P., que exerçam funções de fiscalização e vigilância.

As ARS continuam, porém, a desempenhar um papel crucial na organização administrativa da saúde pública, uma vez que o Decreto-Lei n.º 81/2009, de 2 de abril, confia as funções operativas do serviço de saúde pública de âmbito regional ao departamento de saúde pública de cada administração regional de saúde, o qual se integra na respetiva estrutura orgânica (artigo 2.º, n.º 1).

O departamento integra, segundo a dimensão populacional da sua área de intervenção, não apenas médicos com o grau de especialista em saúde pública e enfermeiros (preferencialmente com diferenciação em saúde pública ou saúde comunitária), como também técnicos superiores de saúde nos ramos de engenharia sanitária, laboratório, nutrição e psicologia, técnicos de diagnóstico e terapêutica das áreas de saúde ambiental, análises clínicas e de saúde pública e saúde oral, e, sem prejuízo de os seus préstimos poderem ser partilhados entre serviços e sectores de outros departamentos ou unidades, técnicos das áreas de informática, estatística e comunicação (artigo 7.º, n.º 3).

Todavia, de momento, com relação aos médicos de saúde pública em funções nas administrações regionais de saúde, a começar pelos que

⁵⁹ Procedeu à reestruturação das Comissões de Coordenação e Desenvolvimento Regional (CCDR), instituídas pelo Decreto-Lei n.º 228/2012, de 25 de outubro, convertendo-as em institutos públicos de regime especial e âmbito regional e aprovou a respetiva orgânica em anexo. Transferiu atribuições de serviços periféricos da administração direta e indireta do Estado para as Comissões de Coordenação e Desenvolvimento Regional, I. P. (CCDR, I. P.) e Reestruturou e procedeu à integração de diversos serviços periféricos da administração direta e indireta do Estado nas CCDR, I. P. A redação originária sofreu correções por via da Declaração de Retificação n.º 15-A/2023, de 25 de julho, e conheceu alterações por meio do Decreto-Lei n.º 114/2023, de 4 de dezembro.

desempenham funções nos serviços operativos de saúde pública, nada afasta a aplicação do regime de dedicação plena, tanto quanto pratiquem o novo modelo de organização do trabalho, não obstante aqueles cinco institutos públicos terem sido excluídos do Serviço Nacional de Saúde⁶⁰⁻⁶¹.

XI.

Do âmbito de aplicação do Estatuto do Pessoal de Dirigente da Administração Pública do Estado (EPDAPE).

§20. — Ao pessoal dirigente da Direção-Geral da Saúde aplica-se, sem dúvida, o Estatuto do Pessoal Dirigente da Administração Pública do Estado, em cujo artigo 1.º, n.º 1, se dispõe:

«A presente lei estabelece o estatuto do pessoal dirigente dos serviços e órgãos da administração central, local e regional do Estado.»

A referência à administração central, local e regional do Estado compreende todos os serviços personalizados, fundos autónomos e institutos públicos que, indiretamente prosseguem atribuições do Estado, independentemente da circunscrição territorial que os delimita.

No entanto, aos dirigentes de tal setor da administração estadual (indireta) a aplicação não tem lugar quanto às matérias especificamente reguladas pela Lei-Quadro dos Institutos Públicos⁶² (artigo 1.º, n.º 2).

⁶⁰ Fora o próprio Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro, que aprovara o anterior Estatuto do SNS, a criar as novas administrações regionais de saúde no seu âmbito e extinguiu as ARS criadas nos termos do Decreto-Lei n.º 254/82, de 29 de junho (artigo 3.º). Assim, no artigo 6.º do anterior Estatuto do SNS, dispunha-se que em cada região de saúde haveria uma administração regional de saúde, designada por ARS (n.º 1), com personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira e património próprio (n.º 2) incumbida de funções de planeamento, distribuição de recursos, orientação e coordenação de atividades, gestão de recursos humanos, apoio técnico e administrativo e ainda de avaliação do funcionamento das instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde (n.º 3).

⁶¹ Como se confirmará, infra, §27 (XIV).

⁶² Lei n.º 3/2004, de 15 de janeiro, cuja redação atual conta com as vicissitudes operadas pela Lei n.º 51/2005, de 30 de agosto, pelo Decreto-Lei n.º 200/2006, de 25 de outubro, pelo Decreto-Lei n.º 105/2007, de 3 de abril, pela Lei n.º 64-A/2008, de 31 de dezembro, pelo Decreto-Lei n.º 40/2011, de 22 de março, pela Resolução da Assembleia da República n.º 86/2011, de 11 de abril, da Lei n.º 57/2011, de 28 de novembro, pelo Decreto-Lei n.º 5/2012, de 17 de janeiro, pelo Decreto-Lei n.º 132/2012, de 20 de junho, pela Lei n.º 24/2012, de 9 de julho, pela Lei n.º 66-B/2012, de 31 de dezembro, pelo Decreto-Lei n.º 102/2013, de 25 de julho, pelo Decreto-Lei n.º 40/2015, de 16 de março, pelo Decreto-Lei n.º 96/2015, de 29 de maio, pelo Decreto-Lei n.º 53/2022, de 12 de agosto, e pelo Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro.

Embora o artigo 1.º, n.º 5, e os números seguintes do mesmo artigo do EPDAPE enumerem uma série de cargos dirigentes excluídos, em maior ou menor medida, da sua aplicação, nenhum deles diz respeito à Direção-Geral da Saúde:

« (...)

5 — A presente lei não se aplica aos cargos dirigentes:

- a) Dos órgãos e serviços de apoio ao Presidente da República, à Assembleia da República e aos tribunais;
- b) Das Forças Armadas, das forças e serviços de segurança e dos órgãos públicos que exercem funções de segurança interna, nos termos definidos pela Lei de Segurança Interna, bem como do Sistema de Informações da República Portuguesa, do Gabinete Nacional de Segurança e do serviço que tenha por missão assegurar a gestão do sistema prisional;
- c) Dos órgãos de gestão dos estabelecimentos de ensino;
- d) Dos órgãos de gestão dos estabelecimentos do sector público administrativo de saúde;
- e) Do Ministério dos Negócios Estrangeiros que, por força de disposição legal própria, tenham de ser providos por pessoal da carreira diplomática ou para cujo provimento tenha sido escolhido pessoal da mesma carreira ou que sejam exercidos nos serviços externos;
- f) Integrados em carreiras.

6 — Os titulares dos cargos de direção superior dos serviços e organismos do Ministério da Justiça que devam ser providos por magistrados judiciais ou por magistrados do Ministério Público são designados por despacho do membro do Governo responsável pela área da justiça.

7 — O titular do cargo de direção superior de 1.º grau da Autoridade Nacional de Proteção Civil quando provido por oficial das Forças Armadas ou das forças de segurança, assim como os titulares dos cargos de direção superior dos serviços e organismos do Ministério da Administração Interna quando, nos termos dos respetivos diplomas orgânicos ou estatutários que expressamente o permitam, sejam efetivamente providos por magistrados judiciais ou por magistrados do Ministério Público, são designados por despacho do membro do Governo responsável pela área da administração interna.

8 — As designações realizadas nos termos do n.º 6 e do número anterior operam sem necessidade de recurso a procedimento concursal, em regime de comissão de serviço, por um período de três anos, renovável por igual período, aplicando-se, com as necessárias adaptações, o disposto nos artigos 18.º e 19.º da presente lei.»

É certo que se encontram excluídos os titulares dos órgãos de gestão dos estabelecimentos do setor público administrativo de saúde⁶³ (artigo 1.º, n.º 5, alínea d)), mas estes não compreendem a Direção-Geral da Saúde, a qual, de resto, não tem estabelecimentos a seu cargo.

Tal sector público de estabelecimentos corresponde a um modo de gestão não empresarial, diferente do da maioria dos hospitais e centros hospitalares, subordinado ao Decreto-Lei n.º 188/2003, de 20 de agosto⁶⁴.

De acordo com o artigo 1.º, constitui o regime dos hospitais do sector público administrativo (S.P.A) integrados na rede de prestação de cuidados de saúde, referidos no artigo 2.º, n.º 1, alínea a), do Regime Jurídico da Gestão Hospitalar, aprovado pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro⁶⁵, e mais tarde do Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro⁶⁶, até à sua revogação⁶⁷.

Este último diploma, no artigo 2.º, alínea a), considerava-os «entidades públicas, dotadas de personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira, com ou sem autonomia patrimonial», por contraste com as «entidades públicas, dotadas de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial» (alínea b)) e com as entidades privadas com quem fossem celebrados contratos para a realização

⁶³ Na versão originária do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (Anexo II) eram apenas o Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro — Rovisco Pais, o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, o Hospital Arcebispo João Crisóstomo — Cantanhede, o Hospital Dr. Francisco Zagalo — Ovar e o Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto. Foram extintos, contudo, pelo artigo 7.º, n.º 1, do Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, e integrados em unidades de saúde locais. Por esta razão, abstermo-nos de maiores desenvolvimentos acerca desta categoria.

⁶⁴ Alterado pelo Decreto-Lei n.º 183/2015, de 31 de agosto.

⁶⁵ Aprovou um novo regime jurídico da gestão hospitalar que vigorou até à sua revogação global pelo Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro.

⁶⁶ Regime Jurídico e os Estatutos aplicáveis às unidades de saúde do Serviço Nacional de Saúde com a natureza de Entidades Públicas Empresariais, bem como as integradas no Setor Público Administrativo. Alterado pelo Decreto-Lei n.º 44/2018, de 18 de junho, pelo Decreto-Lei n.º 75/2019, de 30 de maio, pelo Decreto-Lei n.º 33/2021, de 12 de maio, e pelo Decreto-Lei n.º 100-A/2021, de 17 de novembro, seria globalmente revogado pelo Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, sem prejuízo do regime transitório que este último garantiu (artigo 104.º).

⁶⁷ Pelo Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto.

de prestações de saúde «através de um estabelecimento de saúde integrado ou a integrar no SNS, em regime de parcerias público-privadas» (alínea c]).

No artigo 33.º, n.º 1, o seu regime era devolvido ao dos institutos públicos, sem embargo, naturalmente, das especificidades previstas no próprio Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro.

Refira-se que, porém, já na versão originária do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, (Anexo II) formavam um conjunto muito reduzido⁶⁸.

Viriam a ser extintos, pouco depois, todos eles, pelo artigo 7.º, n.º 1, do Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, e integrados em unidades locais de saúde.

É por isso que, não obstante subsistirem intocadas múltiplas normas, gerais e especiais, relativas às unidades de saúde S.P.A., abster-nos-emos de maiores desenvolvimentos acerca do seu regime de pessoal e do estatuto remuneratório dos membros dos seus órgãos de direção e administração.

§21. — Se o Estatuto do Pessoal Dirigente da Administração Pública do Estado se aplica, integralmente, aos dirigentes da Direção-Geral da Saúde, o mesmo não ocorre — já o assinalámos — com relação aos dirigentes dos institutos públicos, em face da mencionada ressalva de matérias reguladas, especificamente pela respetiva Lei-Quadro.

Estão, atualmente, neste caso os diretores executivos dos agrupamentos de centros de saúde (ACES).

Anteriormente, porém, nos termos do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro⁶⁹, os ACES constituíam serviços desconcentrados das administrações

⁶⁸ O Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro — Rovisco Pais, o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, o Hospital Arcebispo João Crisóstomo — Cantanhede, o Hospital Dr. Francisco Zagalo — Ovar e o Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto.

⁶⁹ Estabeleceu o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde (ACES), determinou a extinção de todas as sub-regiões de saúde com a criação dos referidos ACES e mais determinou que os centros de saúde regulados pelo Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de maio, alterado pelo Decreto-Lei n.º 39/2002, de 26 de fevereiro, e ripristinado pelo Decreto-Lei n.º 88/2005, de 3 de junho, deixassem de estar sujeitos a esse diploma a partir do momento em que fossem integrados em ACES. A sua redação seria retificada (Declaração de Retificação n.º 20/2008, de 22 de abril) e alterada pelo Decreto-Lei n.º 81/2009, de 2 de abril, pelo Decreto-Lei n.º 102/2009, de 11 de maio, pelo Decreto-Lei n.º 248/2009, de 22 de setembro, pelo Decreto-Lei n.º 253/2012, de 27 de novembro, pelo Decreto-Lei n.º 137/2013, de 7 de outubro, pelo Decreto-Lei n.º 239/2015, de 14 de outubro, e pelo Decreto-Lei n.º 23/2019, de 30 de janeiro. Veio a ser globalmente revogado pelo Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto.

regionais de Saúde, I. P. (ARS, I. P.)» e encontravam-se sujeitos ao seu poder de direção, integrando o Serviço Nacional de Saúde.

As funções dos centros de saúde, assim agrupados, compreendiam tarefas de saúde pública, na linha tradicional.

Eram descritas nos termos seguintes:

«Artigo 5.º

(Âmbito de intervenção)

1 — Os centros de saúde componentes de ACES intervêm nos âmbitos:

- a) Comunitário e de base populacional;
- b) Personalizado, com base na livre escolha do médico de família pelos utentes;
- c) Do exercício de funções de autoridade de saúde.

2 — Para fins de saúde comunitária e de apoio domiciliário, são abrangidas por cada centro de saúde as pessoas residentes na respetiva área geográfica, ainda que temporariamente.

3 — Para fins de cuidados personalizados, são utentes de um centro de saúde todos os cidadãos que nele queiram inscrever-se, com prioridade, havendo carência de recursos, para os residentes na respetiva área geográfica.»

O presidente e os vogais do conselho clínico de cada ACES eram abonados com um suplemento remuneratório a definir pelo Governo (artigo 29.º, n.º 4 e n.º 5⁷⁰) e podiam ser dispensados parcialmente do exercício das suas funções profissionais (n.º 2).

Por seu turno, o cargo de diretor executivo era equiparado — mas, apenas para efeitos remuneratórios — a cargo de direção superior de 2.º grau (artigo 21.º, n.º 3).

Com o Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, os ACES adquiriram personalidade jurídica de direito público.

⁷⁰ Por despacho conjunto dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças, Administração Pública e da saúde, a ser aprovado no prazo de 90 dias (artigo 43.º).

Constituídos por centros de saúde, são hoje institutos públicos de regime especial, integrados na administração indireta do Estado, dotados de autonomia administrativa e podendo deter património próprio (artigo 33.º, n.º 1).

De acordo com o artigo 33.º, n.º 2, do ESNS, cada centro de saúde que integra um ACES é, por sua vez, um conjunto de unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários que intervêm nos seguintes âmbitos:

- a) Comunitário e de base populacional;
- b) Personalizado com base na livre escolha pelos utentes;
- c) Exercício de funções de autoridade de saúde, quando aplicável;
- d) Intervenção nos comportamentos aditivos, quando aplicável.

Note-se que nem todos os centros de saúde se encontram integrados em ACES⁷¹, pois o artigo 62.º do ESNS refere-se à sua integração em unidades locais de saúde: estabelecimentos de saúde que providenciam, por si, a prestação integrada de cuidados de saúde primários e hospitalares e, eventualmente, de cuidados continuados integrados e de cuidados paliativos⁷².

Encontram-se sujeitos a uma dupla orientação e controlo. Na medida em que prosseguem atribuições do Ministério da Saúde, à superintendência e tutela do respetivo membro do Governo. No domínio prestacional, à Direção Executiva do SNS.

Embora somente para efeitos remuneratórios, o diretor executivo do agrupamento continua equiparado a titular de cargo de direção superior de 2.º grau (artigo 48.º, n.º 4, do ESNS). O presidente e os vogais do conselho clínico auferem as remunerações do cargo e categoria respetivos, segundo a posição e nível remuneratório, com o acréscimo de «um suplemento remuneratório a fixar

⁷¹ Os centros de saúde, criados pelo Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de setembro, foram reformulados com a institucionalização das primeiras administrações regionais de saúde pelo Decreto-Lei n.º 254/82, de 29 de junho, e regulamentados pelo Despacho Normativo n.º 97/83, de 28 de fevereiro, tendo-se mantido na dependência orgânica e funcional das administrações regionais de saúde. O Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de maio, concedeu personalidade jurídica e autonomia aos centros de saúde, individualmente ou associados, sempre dotados de uma unidade operativa de saúde pública (artigo 10.º, n.º 1, alínea b)), com os poderes de autoridade de saúde (artigo 14.º, n.º 3). O diretor da unidade operativa de saúde pública seria sempre um médico da carreira de saúde pública com, pelo menos, cinco anos de exercício (n.º 7). Alterado pelo Decreto-Lei n.º 39/2002, de 26 de fevereiro, este diploma foi revogado pelo Decreto-Lei n.º 60/2003, de 1 de abril, mas repristinado pelo Decreto-Lei n.º 80/2005, de 3 de julho, para ser, de novo, parcialmente revogado pelo Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, e, por fim, globalmente revogado pelo Decreto-Lei n.º 102/2009, de 11 de maio.

⁷² Artigo 10.º, n.º 4 e n.º 5.

por despacho dos membros do Governo responsáveis pelas áreas da Administração Pública, das finanças e da saúde⁷³» (n.º 5).

§22. — Absolutamente excluídos do Estatuto do Pessoal Dirigente da Administração Pública do Estado encontram-se os membros dos órgãos de administração dos estabelecimentos de saúde, E. P. E., os quais, embora pertençam à administração indireta do Estado, mercê da sua estrutura empresarial, obedecem a um tratamento autónomo.

Importa que nos detenhamos um pouco mais neste conjunto de gestores, pois é sobre a sua situação funcional, quando médicos, que recai a segunda questão do pedido de consulta.

Com efeito, os hospitais, centros hospitalares, institutos portugueses de oncologia e unidades locais de saúde do Serviço Nacional de Saúde integram o setor empresarial do Estado (artigo 63.º, n.º 1, do ESNS).

São pessoas coletivas de direito público com natureza empresarial, constituídas por tempo indeterminado, integradas na administração indireta do Estado e dotadas de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, nos termos do respetivo regime jurídico, como se dispõe no artigo 63.º, n.º 2, do ESNS.

Não obstante serem entidades públicas empresariais, o Regime Jurídico do Setor Empresarial (RJSE⁷⁴) apenas se aplica subsidiariamente (artigo 70.º do RJSE e artigo 66.º, n.º 1, do ESNS).

Tais entidades encontram-se, não sob a direção, mas sob a superintendência e tutela administrativa e financeira do Governo (artigo 67.º do ESNS).

Apesar de a Orgânica do XXIV Governo, no artigo 21.º, n.º 6, se referir, indistintamente, a competências da Ministra da Saúde que lhe são atribuídas por lei sobre as entidades do setor empresarial do Estado (e sem prejuízo dos poderes legalmente conferidos ao Conselho de Ministros e ao Ministro de Estado e das Finanças), a Orgânica do Ministério da Saúde continua a conferir poderes de superintendência e de tutela administrativa à Ministra da Saúde.

⁷³ A ser publicado no prazo de 180 dias contados da entrada em vigor do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto (artigo 103.º, n.º 1, alínea c]).

⁷⁴ Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro, cuja redação atual compreende as modificações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 75-A/2014, de 30 de setembro, e pela Lei n.º 42/2016, de 28 de dezembro.

Assim, de acordo com o artigo 7.º, «o membro do Governo responsável pela área da saúde exerce poderes de superintendência e tutela, nos termos da lei, sobre todos os serviços e estabelecimentos do SNS, independentemente da respetiva natureza jurídica», determinando-se, em especial sobre as entidades públicas empresariais o seguinte:

«Artigo 9.º

(Sector empresarial do Estado)

1 — As orientações estratégicas, a implementação dos respetivos planos e os relatórios de execução financeira ficam condicionados à apreciação e aprovação do membro do Governo responsável pela área das finanças.

2 — Sem prejuízo dos poderes conferidos por lei ao Conselho de Ministros e ao membro do Governo responsável pela área das finanças, a competência relativa à definição das orientações estratégicas das entidades do sector empresarial do Estado com atribuições no domínio da saúde, bem como ao acompanhamento da respetiva execução, é exercida pelo membro do Governo responsável pela área da saúde.»

Contudo, à Direção Executiva do SNS está reservada uma intervenção fundamental neste domínio.

Assim, os membros dos conselhos de administração dos hospitais, centros hospitalares, institutos portugueses de oncologia e unidades locais de saúde (ULS) são designados pelo Conselho de Ministros, embora sob proposta da Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, «de entre individualidades que reúnam os requisitos previstos no Estatuto do Gestor Público, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de março, na sua redação atual, e possuam formação em Administração ou Gestão, preferencialmente na área da saúde, e experiência profissional adequada, sendo o diretor clínico um médico, e o enfermeiro-diretor um enfermeiro» (artigo 69.º, n.º 3, do ESNS).

Entre tais administradores, são designados, obrigatoriamente, um diretor clínico, um enfermeiro-diretor e um vogal proposto pelo Ministro das Finanças (artigo 69.º, n.º 1, alínea b)], do ESNS), o que revela, da parte do legislador, a intenção de não implementar no governo hospitalar «um modelo de gestão puramente financeiro⁷⁵.»

Aos médicos⁷⁶, como referimos, permite-se que exerçam atividade médica de natureza assistencial, no estabelecimento de saúde cujo órgão

⁷⁵ MARIA JOÃO ESTORNINHO/TIAGO MACIEIRINHA, obra citada, p. 136.

⁷⁶ O diretor clínico é-o, necessariamente.

máximo integram, de forma remunerada e mediante autorização, por despacho do membro do Governo responsável pela área da saúde», embora «a título excecional, em situações de interesse público» e na medida em que isso não comprometa a sua atividade enquanto gestores (artigo 77.º, n.º 3, do ESNS).

A designação dos administradores encontra-se vinculada ao disposto nos artigos 12.º, 13.º e 15.º do Estatuto do Gestor Público (artigo 69.º, n.º 4, do Estatuto do SNS) e, com as devidas adaptações é esse o Estatuto que conforma a sua situação funcional (artigo 77.º, n.º 1, do Estatuto do SNS).

Teremos oportunidade de regressar a esta remissão⁷⁷ a fim de esclarecer de que modo, em conformidade com o artigo 28.º, n.º 8, do Estatuto do Gestor Público, podem tais gestores, quando médicos, optar pelo estatuto remuneratório associado ao regime de dedicação plena ou apenas pela remuneração base.

XII.

Do direito de opção remuneratória do pessoal dirigente.

§23. — Assente a aplicação do Estatuto do Pessoal Dirigente da Administração Pública do Estado ao pessoal dirigente da Direção-Geral da Saúde podemos encontrar a matriz do seu estatuto remuneratório nas disposições seguidamente reproduzidas:

«Artigo 31.º

(Estatuto remuneratório)

1 — A remuneração do pessoal dirigente é estabelecida em diploma próprio, o qual poderá determinar níveis diferenciados de remuneração em função do tipo de serviço ou órgão em que exerce funções.

2 — Ao pessoal dirigente são abonadas despesas de representação de montante fixado em despacho do Primeiro-Ministro e do membro do Governo responsável pela área da Administração Pública.

3 — O pessoal dirigente pode, mediante autorização expressa no despacho de designação, optar pelo vencimento ou retribuição base da sua função, cargo ou categoria de origem, não podendo, todavia, exceder, em caso algum, o vencimento base do Primeiro-Ministro.

⁷⁷ Infra, §§ 64 e seguintes (XXIV).

4 — Os titulares dos cargos de direção intermédia que não tenham vínculo à Administração Pública não podem optar pelo vencimento ou retribuição base da sua função, cargo ou categoria de origem.

5 — Para efeitos do disposto no n.º 3, é adotado como referência o vencimento ou retribuição base médio efetivamente percebido durante o ano anterior à data do despacho de designação.

6 — A identificação dos níveis remuneratórios correspondentes às remunerações base dos cargos de direção intermédia de 3.º grau ou inferior é efetuada no diploma orgânico ou estatutário que os preveja.

7 — Aos titulares de cargos de direção superior são atribuídos prémios de gestão em termos definidos em decreto regulamentar.

8 — Aos titulares de cargos de direção intermédia são atribuídos prémios de desempenho nos termos previstos, com as necessárias adaptações, para os trabalhadores que exercem funções públicas.»

Nem a Senhora Diretora-Geral, nem o Senhor Subdiretor-Geral em causa, nem o Senhor Diretor de Serviços de Informação e Análise optaram ou foram autorizados a optar, nos atos individuais de designação, pelo «vencimento ou retribuição base da sua função, cargo ou categoria de origem» (n.º 3).

Por isso, e de harmonia com o n.º 1, auferem a remuneração estabelecida em diploma próprio.

Trata-se do Decreto-Lei n.º 383-A/87, de 23 de dezembro, cujo artigo 1.º, n.º 1, dispõe que «os vencimentos mensais ílíquidos do pessoal dirigente (...) serão determinados em percentagem do valor padrão (100%) fixado para o cargo de diretor-geral em despacho conjunto do Primeiro-Ministro e do Ministro das Finanças.»

Nos termos do artigo 1.º, n.º 2, de tal diploma, os subdiretores-gerais ou equiparados auferem 85% do vencimento mensal ílíquido do diretor-geral, enquanto os diretores de serviços ou equiparados auferem 80%.

Este regime remuneratório «pressupõe a obrigatoriedade do efetivo exercício de funções dirigentes» (n.º 3).

Por efeito da última atualização, levada a cabo pelo Decreto-Lei n.º 108/2023, de 22 de novembro, com efeitos a 1 de janeiro de 2024, a remuneração base mensal daqueles três dirigentes é a que se encontra fixada nestes montantes:

— Diretor-Geral: € 4009,89;

- Subdiretor-geral: € 3408,41; e
- Diretor de Serviços ou equiparado: € 3207,91.

Por outro lado, de acordo com o artigo 31.º, n.º 2, do EPDAPE, é pago a tais dirigentes um abono para despesas de representação e que o Decreto-Lei n.º 108/2023, de 22 de novembro, fixou do seguinte modo:

- Diretor-Geral: € 835,49;
- Subdiretor-Geral: € 626,94; e
- Diretor de Serviços ou equiparado: € 334,19.

§24. — Poderiam, em alternativa à remuneração base fixada para o seu cargo, ter optado «pelo vencimento ou retribuição base da sua função, cargo ou categoria de origem», mediante autorização expressa no despacho de designação (artigo 31.º, n.º 3, do EPDAPE).

Contudo, tal opção circunscrever-se-ia ao vencimento ou retribuição base, pelo que não poderia compreender outros elementos remuneratórios, designadamente suplementos ou prémios de desempenho a que pudessem ter direito no lugar de origem, mesmo antes da criação do regime de dedicação plena.

Tal não impede, contudo, o recebimento de outras prestações que se devam às características do próprio cargo ou da atividade desenvolvida, como sustentam PAULO VEIGA E MOURA/CÁTIA ARRIMAR⁷⁸:

«Ao limitar a possibilidade de opção apenas à remuneração base, o legislador aponta no sentido da possibilidade de se auferirem no serviço de destino, em acumulação com a remuneração base de origem, regalias ou outras componentes remuneratórias que não sejam reconduzíveis a tal remuneração e que sejam decorrentes do exercício das funções que efetivamente se prestam neste último serviço ou inerentes ao estatuto remuneratório do cargo que se ocupa ou se exerce em tal serviço. Se esta não tivesse sido a intenção do legislador, seguramente teria determinado a possibilidade de opção pelo estatuto remuneratório de origem e não apenas por uma das componentes (a remuneração base) de tal estatuto. Para além disso, não faria sentido que só por ter optado pela remuneração base de origem já não se pudesse beneficiar dos

⁷⁸ *Comentários à Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas*, 1.º Volume, Coimbra Editora, 2014, p. 466.

suplementos que pretendem remunerar condições particulares de trabalho no serviço de destino (...).».

Refira-se que, no entanto, o percebimento de adicionais ou suplementos do lugar de exercício (de destino) pode encontrar-se sujeito a ter como base de cálculo, não a remuneração base por que o dirigente optou, mas a remuneração base própria do cargo efetivamente exercido.

Tal entendimento, embora em contexto legislativo pretérito, foi adotado por este corpo consultivo no Parecer n.º 47/92, de 14 de julho de 1993⁷⁹.

Ali, depois de explicado por que «não pode em geral afirmar-se um princípio de interdição de cumulação — a menos que a lei o afastasse⁸⁰ — de remunerações de origem com remunerações do cargo efetivamente desempenhado», considerou-se, na 13.ª conclusão, o seguinte:

«O suplemento de risco (...) calcula-se por incidência da percentagem em que se exprime sobre a remuneração base do cargo de motorista a que se encontra vinculado e não sobre a remuneração base do cargo de origem».

E na 15.ª conclusão, mais se expendeu o que transcrevemos:

«1 — Os funcionários que exercem transitoriamente funções, nos regimes de destacamento, requisição e comissão de serviço, nomeadamente, em lugar ou cargo diferente daquele em que se encontram providos com estabilidade, e que, por opção (cf. v.g. o artigo 7.º do Decreto-Lei n.º 353-A/89, de 16 de outubro) ou por aplicação dos ditames legais de mobilidade respetivos, vencem pelo estatuto remuneratório de origem, podem, em princípio, cumular esta remuneração com a remuneração acessória, porventura vinculada ao cargo efetivamente exercido, destinada a retribuir trabalho ou especificidade de trabalho inerentes a este cargo; 2 — Por via de regra, a vinculação desta remuneração acessória ao cargo efetivamente desempenhado impõe, quando se exprima em percentagem da remuneração base do cargo, o seu cálculo por incidência da percentagem sobre a remuneração base do cargo de destino e não do cargo de origem; 3 — A mesma remuneração acessória não é, em princípio, cumulável com fatores remuneratórios ou remunerações acessórias da mesma natureza, vinculados ao lugar de origem com vista

⁷⁹ *Diário da República*, 2.ª Série, n.º 76, de 31 de março de 1994.

⁸⁰ Como afasta, atualmente, o artigo 154.º, n.º 1, da Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas.

à retribuição de trabalho ou especificidades de trabalho deste lugar essencialmente idênticas às retribuídas por aquela remuneração acessória do cargo concretamente exercido; 4 - Não é possível afirmar em geral o princípio de ser interdito cumular, como quer que seja, remunerações de origem com remunerações, nomeadamente acessórias, do cargo desempenhado, o qual só sofreria derrogação quando a lei concretamente o permitisse.»

Uma vez que o abono para despesas de representação do pessoal dirigente é hoje de valor fixo, não se levantam questões acerca do modo de cálculo. A opção pela remuneração base em nada afeta o seu percebimento, mas também não determina um aumento em proporção à remuneração base de origem.

§25. — A Diretora-Geral da Saúde, os subdiretores-gerais e os diretores de serviços encontram-se sob o regime de isenção de horário de trabalho, não lhes sendo, por isso, «devida qualquer remuneração por trabalho prestado fora do período normal de trabalho» (artigo 13.º do EPDAPE).

Isenção de horário que os não subtrai ao dever geral de assiduidade, ao cumprimento do período normal de trabalho, nem ao dever de, a qualquer momento, comparecerem ao serviço quando chamados (artigo 34.º, alínea c], do EPDAPE, e artigo 117.º, n.º 1, da Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas).

Por conseguinte, como observa MARGARIDA BAPTISTA, não lhes é devida remuneração suplementar, em conformidade com o artigo 118.º, n.º 5, da Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas. A remuneração base dos dirigentes já considera os encargos próprios da atividade e, ademais, usufruem de regalias e suplementos remuneratórios específicos, como o abono para despesas de representação⁸¹.

Por definição, em isenção de horário, não há trabalho que deva ser considerado suplementar⁸², *nem complementar*.

A isenção de horário, na sua versão comum — explicam PAULO VEIGA E MOURA/CÁTIA ARRIMAR⁸³ — dispensa o trabalhador do cumprimento do dever

⁸¹ *Estatuto do Pessoal Dirigente dos Serviços e Organismos da Administração Pública – Anotado – Lei n.º 2/2004, de 15 de janeiro*, Ed. Almedina, Coimbra, 2023, p. 86.

⁸² Com exceção dos casos previstos no artigo 164.º da Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas.

⁸³ Obra citada, p. 399.

de pontualidade e, por seu turno, o empregador da obrigação de o remunerar por trabalho suplementar.

E acrescentam⁸⁴:

«A isenção de horário é um estágio evolutivo da jornada flexível, permitindo ao trabalhador gerir de forma mais ampla os seus tempos de trabalho, uma vez que, ao contrário daquela, nem sequer tem plataformas fixas de presença obrigatória no serviço ou um número máximo de horas diárias de trabalho que seja possível realizar.»

No artigo 118.º, n.º 1, da Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas, preveem-se, ainda, como modalidades da isenção de horário, a «não sujeição aos limites máximos do período normal de trabalho» (alínea a]) e a «possibilidade de alargamento da prestação a um determinado número de horas, por dia ou por semana⁸⁵» (alínea b]), mas, em todo o caso, sem sujeição aos limites máximos dos períodos normais de trabalho (n.º 2).

Isto, sem prejuízo do direito aos dias de descanso semanal obrigatórios, aos feriados obrigatórios e aos dias e meios dias de descanso complementar, mas não, precisamente no caso do pessoal dirigente, o direito ao descanso diário de 11 horas consecutivas entre dois períodos de trabalho consecutivos (artigo 118.º, n.º 5), sem prejuízo porém de um período de descanso razoável que permita revigorar o dirigente entre dois períodos de trabalho consecutivos (n.º 6).

O pessoal dirigente desempenha os cargos para que for nomeado em exclusividade (artigo 16.º, n.º 1), sem prejuízo da atividade docente que a Senhora Diretora-Geral se encontra autorizada a exercer, mas não pode, por conseguinte, exercer atividade médica profissional, dentro ou fora do Serviço Nacional de Saúde, havendo de renunciar ao exercício de quaisquer outras atividades ou funções de natureza profissional, públicas ou privadas, que exercesse com carácter regular, ou não, e independentemente da respetiva remuneração (artigo 16.º, n.º 2).

Algo que distingue o seu regime daquele que se aplica aos médicos com funções de chefia ou direção de serviços e departamentos nas unidades de saúde e que os distingue dos médicos designados membros dos conselhos de administração, nomeadamente diretores clínicos dos hospitais, centros

⁸⁴ Idem.

⁸⁵ Nunca superior a duas horas por dia ou a 10 horas por semana (artigo 118.º, n.º 4).

hospitalares, institutos de oncologia e unidades locais do Serviço Nacional de Saúde.

Independentemente do vínculo de origem, gozam dos direitos gerais reconhecidos aos trabalhadores em funções públicas do serviço ou órgão em que exerçam funções (artigo 28.º, n.º 1, do EPDAPE) e conservam o direito ao lugar de origem e ao regime de segurança social por que estão abrangidos, não podendo ser prejudicados nas suas carreiras profissionais por causa do exercício das funções dirigentes, relevando para todos os efeitos no lugar de origem o tempo de serviço prestado nestes cargos (n.º 2).

De modo a enfrentarmos a questão concernente ao regime de dedicação plena, por cuja componente remuneratória os mencionados dirigentes pretendem optar, impõe-se descortinar o seu contexto, no âmbito mais vasto da recente reforma conhecida pelo Serviço Nacional de Saúde e pela criação do regime de dedicação plena.

XIII.

Do regime de dedicação plena nas Bases da Saúde

§26. — As Bases da Saúde, aprovadas em anexo à Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, contêm importantes disposições relativas ao SNS; algumas sugerindo a necessidade de modificações ao respetivo Estatuto, como viria a suceder.

Nos termos da Base 1-4, é através do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e dos Serviços Regionais de Saúde (Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira) que o Estado promove e garante o direito à proteção da saúde, mas é também por meio «de outras instituições públicas, centrais, regionais e locais.»

Em matéria de saúde pública, a nova lei abstém-se de fixar um papel ao SNS, ao contrário do que, mais tarde, veio a efetuar o novo Estatuto.

Assim, em matéria de saúde pública, as Bases limitam-se ao seguinte:

«Base 10

(Saúde pública)

1 — Compete ao Estado acompanhar a evolução do estado de saúde da população, do bem-estar das pessoas e da comunidade, através do

desenvolvimento e da implementação de instrumentos de observação em saúde.

2 — O membro do Governo responsável pela área da saúde deve identificar áreas específicas de intervenção, programas e ações de promoção da saúde e da prevenção da doença ao longo da vida, tendo presentes os problemas de saúde com maior impacto na morbilidade e na mortalidade, os desafios sociodemográficos e a existência de determinantes não modificáveis, bem como sociais, económicos, comerciais, ambientais, de estilo de vida e de acesso aos serviços.»

A organização administrativa da saúde, insiste-se, não se encontra confinada ao SNS.

Na verdade, há um conceito operativo mais amplo — o de sistema de saúde — em que o SNS desempenha um papel fundamental, mas não exclusivo:

«Base 19

(Sistema de saúde)

1 — O funcionamento do sistema de saúde não pode pôr em causa o papel central do SNS enquanto garante do cumprimento do direito à saúde.

2 — A lei prevê os requisitos para a abertura, modificação e funcionamento dos estabelecimentos que prestem cuidados de saúde, independentemente da sua natureza jurídica ou do seu titular, com vista a garantir a qualidade e segurança necessárias.»

O conceito de sistema de saúde não visa simplesmente abarcar o sector privado e o sector social de saúde. Assim, a administração direta do Ministério da Saúde (Direção-Geral, Secretaria-Geral e Inspeção-Geral) faz parte do sistema de saúde, mas não do Serviço Nacional de Saúde.

As matrizes essenciais da organização e funcionamento do SNS surgem nas Bases da Saúde apresentadas do seguinte modo:

«Base 22

(Organização e funcionamento do Serviço Nacional de Saúde)

1 — A lei regula a organização e o funcionamento do SNS e a natureza jurídica dos vários estabelecimentos e serviços prestadores que o integram, devendo o Estado assegurar os recursos necessários à efetivação do direito à proteção da saúde.

2 — A organização e funcionamento do SNS sustenta-se em diferentes níveis de cuidados e tipologias de unidades de saúde, que trabalham de forma articulada, integrada e intersectorial.

3 — A organização interna dos estabelecimentos e serviços do SNS deve basear-se em modelos que privilegiam a autonomia de gestão, os níveis intermédios de responsabilidade e o trabalho de equipa.

4 — O funcionamento dos estabelecimentos e serviços do SNS deve apoiar-se em instrumentos e técnicas de planeamento, gestão e avaliação que garantam que é retirado o maior proveito, socialmente útil, dos recursos públicos que lhe são alocados.

5 — O funcionamento do SNS sustenta-se numa força de trabalho planeada e organizada de modo a satisfazer as necessidades assistenciais da população, em termos de disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade, evoluindo progressivamente para a criação de mecanismos de dedicação plena ao exercício de funções públicas, estruturadas em carreiras, devendo ser garantidas condições e ambientes de trabalho promotores de satisfação e desenvolvimento profissionais e da conciliação da vida profissional, pessoal e familiar.

6 — Ao SNS incumbe promover, nos seus estabelecimentos e serviços e consoante a respetiva missão, as condições adequadas ao desenvolvimento de atividades de ensino e de investigação clínica.»

Vale a pena observar que o n.º 5 programa «a criação de mecanismos de dedicação plena ao exercício de funções públicas», ali se descortinando a primeira diretriz relativa a um novo modelo de organização do trabalho assistencial nas unidades do Serviço Nacional de Saúde, mas não para além dele.

Depois de traçar, na Base 28, um enquadramento geral dos profissionais de saúde, a Lei n.º 95/2019 dedica-se, especificamente, aos profissionais do Serviço Nacional de Saúde, programando o seguinte:

«Base 29

(Profissionais do SNS)

1 — Todos os profissionais de saúde que trabalham no SNS têm direito a uma carreira profissional que reconheça a sua diferenciação na área da saúde.

2 — O Estado deve promover uma política de recursos humanos que garanta:

- a) A estabilidade do vínculo aos profissionais;
- b) O combate à precariedade e à existência de trabalhadores sem vínculo;
- c) O trabalho em equipa, multidisciplinar e de complementaridade entre os diferentes profissionais de saúde;
- d) A formação profissional contínua e permanente dos seus profissionais.

3 — O Estado deve promover uma política de recursos humanos que valorize a dedicação plena como regime de trabalho dos profissionais de saúde do SNS, podendo, para isso, estabelecer incentivos.»

De par com as referências ao «trabalho em equipa, multidisciplinar e de complementaridade entre os diferentes profissionais de saúde» (n.º 2, alínea b)) insiste-se na valorização da «dedicação plena como regime de trabalho dos profissionais de saúde do SNS», abrindo-se a porta à fixação de incentivos com tal desiderato (n.º3).

De certo modo, o regime de dedicação plena terá tido como vocação primeira o trabalho assistencial no Serviço Nacional de Saúde, o que incluiria a larguíssima maioria do pessoal médico de saúde pública, visto dele fazerem parte as administrações regionais de saúde com os seus departamentos de saúde, os ACES e as ULS com as respetivas unidades de saúde pública.

XIV.

Do novo Estatuto do Serviço Nacional de Saúde.

§27. — O Serviço Nacional de Saúde⁸⁶ seria, menos de três anos depois, objeto de ampla reforma, protagonizada pelo já citado Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto.

⁸⁶ Acerca da história, natureza jurídica e regime do Serviço Nacional de Saúde, v. Parecer n.º 9/2022, de 14 de julho (*Diário da República*, 2.ª Série, n.º 164, de 25 de agosto de 2022), Parecer n.º 37/2016, de 29 de junho de 2017 (inédito), Parecer n.º 34/2016, de 2 de março de 2017 (*Diário da República*, 2.ª Série, de 29 de agosto de 2017), Parecer n.º 33/2015, de 25 de maio de 2016 (inédito), Parecer n.º 12/2015, de 20 de outubro de 2016 (*Diário da República*, 2.ª Série, de 17 de maio de 2017), Parecer n.º 26/2014, de 16 de outubro (inédito), Parecer n.º 137/2001, s.d. (*Diário da República*, 2.ª Série, de 10 de janeiro de 2002), Parecer n.º 83/99, de 28 de setembro de 2000 (*Diário da República*, 2.ª Série, de 10 de abril de 2002), Parecer n.º 48/98, de 29 de abril de 1999 (*Diário da República*, 2.ª Série, de 4 de janeiro de 2000), Parecer n.º 51/95, s.d. (*Diário da República*, 2.ª Série, n.º 213, de 13 de setembro de 1996), Parecer n.º 1/95, de 9 de março (*Diário da*

Tal diploma contém um novo Estatuto, revogando o anterior, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro⁸⁷, e que, fruto de múltiplas alterações avulsas, ao longo de três décadas, se encontraria demasiado fragmentado com prejuízo da sua compreensão global, no dizer do preâmbulo.

Por outro lado, e ainda segundo o preâmbulo, impunha-se a conformação com as novas Bases da Saúde (Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro).

Prosseguem as considerações preambulares, informando que o novo Estatuto vem «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.»

A necessidade de articulação deixa adivinhar que a Direção-Geral da Saúde permanece à margem do Serviço Nacional de Saúde.

E, na verdade, o Serviço Nacional de Saúde é, de acordo com o artigo 2.º, n.º 1, o conjunto organizado e articulado de estabelecimentos e serviços públicos, dirigido pelo Ministério da Saúde, que efetiva a responsabilidade que cabe ao Estado na proteção da saúde e que presta:

- a) Cuidados de saúde, nas vertentes de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos;
- b) Serviços de saúde, instrumentais à prestação de cuidados de saúde».

República, 2.ª Série, n.º 150, de 1 de julho de 1995), Parecer n.º 65/91, de 5 de dezembro (inédito), Parecer n.º 121/90, de 10 de janeiro de 1991 (*Diário da República*, 2.ª Série, n.º 127, de 4 de junho de 1991), Parecer n.º 93/87, de 11 de março de 1988 (*Diário da República*, 2.ª Série, n.º 224, de 27 de setembro de 1988), Parecer n.º 28/85, de 20 de junho (*Diário da República*, 2.ª Série, n.º 270, de 23 de novembro de 1985). Na doutrina, v. LICÍNIO LOPES, *Direito Administrativo da Saúde*, in *Tratado de Direito Administrativo Especial* (PAULO OTERO e PEDRO GONÇALVES), volume III, Ed. Almedina, Coimbra, p. 210 e seguintes.

⁸⁷ A versão originária do anterior Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, cuja redação ficaria assente pela Declaração de Retificação n.º 42/93, de 31 de março, veio a ser alterada, até à sua revogação pelo Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, pelo Decreto-Lei n.º 77/96, de 18 de junho, pelo Decreto-Lei n.º 53/98, de 11 de março, pelo Decreto-Lei n.º 97/98, de 18 de abril, pelo Decreto-Lei n.º 401/98, de 17 de dezembro, pelo Decreto-Lei n.º 156/99, de 10 de maio, pelo Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de maio, pelo Decreto-Lei n.º 68/2000, de 26 de abril, pelo Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto, pelo Decreto-Lei n.º 223/2004, de 3 de dezembro, pelo Decreto-Lei n.º 222/2007, de 29 de maio, pelo Decreto-Lei n.º 276-A/2007, de 31 de julho, pelo Decreto-Lei n.º 177/2009, de 4 de agosto, pela Lei n.º 66-B/2012, de 31 de dezembro, e pela Lei n.º 82-B/2014, de 31 de dezembro.

Quer isto dizer que o Serviço Nacional de Saúde possui, fundamentalmente, natureza prestacional: cuidados de saúde e serviços de saúde.

Em plena sintonia com o preâmbulo, o Estatuto vem confirmar que nem a Direção-Geral da Saúde nem as ARS integram o Serviço Nacional de Saúde:

«Artigo 3.º

(Estabelecimentos e serviços)

1 – Para efeitos do presente Estatuto, os estabelecimentos e serviços do SNS são os seguintes:

- a) Os ACES;
- b) Os hospitais, centros hospitalares, institutos portugueses de oncologia e as ULS, integrados no setor empresarial do Estado ou no setor público administrativo;
- c) O Instituto Nacional de Emergência Médica, I. P.;
- d) O Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P.;
- e) O Instituto Português do Sangue e da Transplantação, I. P.;
- f) A SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E. P. E., na vertente de telessaúde;
- g) Os estabelecimentos e serviços a que alude o n.º 2 do artigo 2.º com os quais, nos termos do mesmo artigo, sejam celebrados contratos que tenham por objeto a prestação de cuidados ou de serviços de saúde.

2 — Os estabelecimentos e serviços previstos no número anterior atuam de acordo com as suas missões, atribuições e competências, nos termos da lei e em articulação com os restantes serviços e organismos do Ministério da Saúde.»

Ilustração de como o SNS reveste uma natureza eminentemente prestacional encontra-se no artigo 3.º, n.º 1, alínea f), pois de acordo com esta disposição, a SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E. P. E., apenas integra o SNS, na vertente de telessaúde (prestacional).

§28. — Uma das principais inovações do Estatuto é, sem dúvida, a criação da *Direção Executiva*, a quem cumpre coordenar a «resposta assistencial das unidades de saúde do SNS, bem como daquelas que integram a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP), assegurando o seu funcionamento em rede — papel que se

revelou particularmente necessário no combate à pandemia da doença COVID-19 e que se considera essencial reforçar.»

A Direção Executiva foi, de igual modo, pensada para assumir «competências antes cometidas a outras instituições, em especial, a gestão do acesso a cuidados de saúde, da RNCCI e da RNCP, cabendo-lhe ainda propor a designação dos membros dos órgãos de gestão das unidades de saúde.»

Em vista das amplas missões a consignar à Direção Executiva, o legislador terá sentido até alguma necessidade de justificar a subsistência de certas estruturas do Ministério da Saúde:

«A função da Direção Executiva do SNS distingue-se, naturalmente, da do Ministério da Saúde, ao qual competem, para além da condução da política nacional de saúde, responsabilidades específicas relativas ao SNS, mas não a coordenação operacional das suas respostas. Distingue-se, ainda, da função da Administração Central do Sistema de Saúde, I. P. (ACSS, I. P.), — cuja missão se centra no planeamento e gestão de recursos financeiros, no planeamento de recursos humanos e da rede de instalações e equipamentos e na contratação da prestação de cuidados, numa ótica de sistema de saúde — e da função das administrações regionais de saúde, I. P. (ARS, I. P.) — cuja missão deixa de incluir a prestação de cuidados e foca-se no planeamento regional dos recursos, numa ótica de coordenação intersectorial, promovendo a coesão territorial na área da saúde.»

Se, na verdade, o Serviço Nacional de Saúde se caracteriza pelo carácter prestacional, então, compreende-se que nem a Direção-Geral da Saúde, nem as ARS, I.P., à margem da prestação de cuidados e serviços de saúde, o integrem.

Ainda no mesmo preâmbulo, são sumariadas as inovações na organização e funcionamento das unidades prestadoras de cuidados de saúde:

«Ao elencar as unidades prestadoras de cuidados de saúde que integram o SNS — os agrupamentos de centros de saúde (ACES), os hospitais, os centros hospitalares, os institutos portugueses de oncologia e as unidades locais de saúde (ULS), integrados no setor empresarial do Estado ou no setor público administrativo —, o Estatuto do SNS aproveita para rever os seus regimes de criação, organização e funcionamento e respetivos estatutos, atualizando-os. Destaca-se a alteração da natureza jurídica dos ACES, que são considerados institutos públicos de regime especial, dotados de autonomia administrativa e património próprio, com responsabilidades de contratualização da prestação de cuidados de

saúde primários com a ACSS, I. P., à semelhança do que acontece com as unidades hospitalares.

(...) [O] normativo sobre a caracterização da organização e funcionamento do SNS reitera a prioridade relativa à gestão pública das unidades de saúde e à constituição de sistemas locais de saúde, enquanto estruturas de participação e desenvolvimento da colaboração das instituições que, numa determinada área geográfica, desenvolvem atividades que contribuem para a melhoria da saúde das populações.»

§29. — Em matéria de pessoal, o preâmbulo professa como aspeto primordial da reforma a instituição do regime de dedicação plena, enquanto «instrumento de contratualização individual e valorização do desempenho, que visa contribuir para a melhoria do acesso dos utentes e da retenção e motivação dos profissionais de saúde no SNS.»

Caracteriza-o sumariamente a par das demais inovações em matéria laboral:

«Trata-se de um regime de aplicação progressiva que se inicia pelos trabalhadores médicos do SNS, numa base voluntária, exceto para os novos diretores de serviço ou de departamento, e de compromisso assistencial. A matéria dos recursos humanos do SNS não se encerra sem que o Estatuto do SNS defina, igualmente, um regime excecional de contratação, de realização de trabalho suplementar e de mobilidade no SNS, instrumentos de uma gestão mais flexível num setor fortemente dependente de uma força de trabalho diferenciada que se pretende organizada em carreiras. Por um lado, os órgãos máximos de gestão dos estabelecimentos e serviços do SNS reforçam a autonomia para a contratação de trabalhadores, independentemente da modalidade de contrato, no âmbito dos respetivos instrumentos de gestão. Além disso, aqueles estabelecimentos e serviços passam a dispor de um regime de trabalho suplementar que enquadra quer a sua prestação em entidade distinta daquela a que o trabalhador se encontra vinculado quer a sua remuneração majorada quando seja ultrapassado o limite anual fixado.»

O regime de dedicação plena partiria, em regra, da adesão individual do pessoal médico — aparentemente, de todo o pessoal médico em serviço assistencial.

§30. — Se o anterior Estatuto deixava à margem as incumbências estaduais de saúde pública e a sua organização administrativa, o novo determina aquilo que seguidamente se transcreve:

«Artigo 12.º
(Saúde pública)

1 — Os serviços de saúde pública têm como funções promover a saúde, prevenir a doença e prolongar a vida saudável da população, atuando na preparação e resposta a emergências de saúde pública, em articulação com a saúde alimentar, ambiental e animal.

2 — Os serviços de saúde pública desenvolvem a sua ação através de:

- a) Instrumentos de avaliação e monitorização do estado de saúde, dos fatores que o influenciam e das necessidades e recursos das comunidades;
- b) Vigilância de eventos relacionados com a saúde que afetam as comunidades;
- c) Medidas formuladas para melhorar e proteger a saúde dos cidadãos;
- d) Ações de informação e educação dirigidas às comunidades sobre a saúde e os seus determinantes.

3 — A organização e funcionamento dos serviços de saúde pública são aprovados por diploma próprio e as suas estruturas atuam com autonomia e independência técnicas.»

Contudo, nada permite inferir que as autoridades de saúde ou os departamentos de saúde pública integrados nas administrações regionais de saúde tenham passado ou venham a fazer parte do Serviço Nacional de Saúde.

Apenas as unidades de saúde pública dos agrupamentos de centros de saúde e das unidades locais de saúde integram, inequivocamente, o Serviço Nacional de Saúde. O n.º 3 remete a organização e funcionamento dos respetivos serviços para diploma próprio, limitando-se a garantir estruturas dotadas de «autonomia e independência técnicas», mas esse diploma subsiste no Decreto-Lei n.º 81/2009, de 2 de abril, o qual assenta no papel das ARS com relação à saúde pública e no pressuposto de estas continuarem no Serviço Nacional de Saúde.

XV.

Dos serviços operativos de saúde pública.

§31. — Na verdade, «as funções operativas do serviço de saúde pública de área de intervenção regional são exercidas no departamento de saúde pública

de cada administração regional de saúde e integram-se na respetiva estrutura orgânica» (artigo 2.º, n.º 1).

Embora, em estreita relação orgânica com as autoridades de saúde, não esgotam as suas competências:

«Artigo 3.º
(Competências)

1 — Os serviços de natureza operativa de saúde pública são serviços públicos criados em função da dimensão populacional residente na área respetiva de intervenção, com competência para:

- a) Identificar necessidades de saúde;
- b) Monitorizar o estado de saúde da população e seus determinantes;
- c) Promover a investigação e a vigilância epidemiológicas;
- d) Avaliar o impacto das várias intervenções em saúde;
- e) Gerir programas e projetos nas áreas de defesa, proteção e promoção da saúde da população, no quadro dos planos nacionais de saúde ou dos respetivos programas ou planos regionais ou locais de saúde, nomeadamente vacinação, saúde ambiental, saúde escolar, saúde ocupacional e saúde oral;
- f) Participar na execução das atividades dos programas descritos na alínea anterior, no que respeita aos determinantes globais da saúde ao nível dos comportamentos e do ambiente;
- g) Promover e participar na formação pré-graduada e pós-graduada e contínua dos diversos grupos profissionais que integram.

2 – Os serviços de natureza operativa de saúde pública devem orientar a sua intervenção para a prossecução das Operações Essenciais de Saúde Pública, nos termos da Organização Mundial da Saúde, nomeadamente:

- a) Manter a vigilância da saúde e bem-estar dos cidadãos, incluindo a recolha de dados para a produção de estatísticas, e medidas de acompanhamento nas áreas das doenças comunicáveis e não comunicáveis, saúde mental, saúde materna e infantil, saúde ocupacional e ambiente, bem como proceder a inquéritos e outras medidas de seguimento de estilos de vida e padrões de comportamento;
- b) Monitorização e resposta a riscos e emergências em saúde pública, incluindo riscos químicos, biológicos, radiológicos e nucleares;

- c) Contribuir para assegurar a proteção da saúde nas vertentes ambiental, climática, ocupacional, alimentar e de outras constantes do Plano Nacional de Saúde;
- d) Promover a saúde através de ações sobre os determinantes sociais, com especial enfoque na identificação de pessoas e populações com riscos diferenciados, contribuindo para políticas intersectoriais que promovam a saúde e progressivamente eliminem as desigualdades;
- e) Atuar na prevenção da doença, em particular pela eliminação da exposição a agentes nocivos para a saúde, garantir a cobertura vacinal adequada, modelação de comportamentos e participando em programas de deteção precoce;
- f) Contribuir para a planificação das ações e atividades necessárias para a manutenção da saúde das populações, incluindo a avaliação de impactos na saúde de políticas transversais;
- g) Manter a formação e certificação dos recursos humanos da saúde pública;
- h) Promover a gestão sustentável de recursos financeiros e materiais disponíveis;
- i) Assegurar a sensibilização das pessoas, mantendo e melhorando continuamente a comunicação sobre saúde e a mobilização social para as responsabilidades individuais e coletivas para com a saúde pública;
- j) Prosseguir investigação em saúde pública, incluindo sobre serviços de saúde, com vista a produzir conhecimentos para a elaboração e implementação de políticas de saúde.

3 — As competências dos serviços de natureza operativa de saúde pública integram o exercício do poder de autoridade de saúde, no cumprimento da obrigação do Estado de intervir na defesa da saúde pública, conforme legislação especial aplicável.»

A este nível — de cada ARS, I.P. — o dirigente do departamento de saúde pública (diretor) é designado por inerência à nomeação da autoridade de saúde regional (artigo 5.º-A), ao contrário do que sucede com o diretor-geral da Saúde que, por inerência, é a autoridade de saúde nacional.

Compete-lhe, de acordo com o artigo 6.º, n.º 1:

- Assegurar o funcionamento do serviço e o cumprimento dos objetivos programados, orientado por critérios de eficiência e qualidade técnica, com vista à sua melhoria contínua (alínea a));
- Promover a avaliação sistemática das atividades, de acordo com os objetivos e competências previstos (alínea b));
- Elaborar o regulamento interno do departamento de saúde pública e submetê-lo à aprovação do conselho diretivo da ARS (alínea c))
- Elaborar a proposta do plano de ação e respetivo orçamento e submetê-lo a aprovação do conselho diretivo da ARS e assegurar a sua execução (alínea d));
- Garantir o funcionamento operacional do sistema de informação, nos seus componentes de circuito interno, circuitos entre serviços de nível regional e local e circuitos de informação resultantes da articulação com as outras instituições relevantes para a saúde da população da região (alínea e));
- Promover uma articulação e cooperação eficientes com os demais serviços de saúde e outras entidades externas (alínea f));
- Assegurar a formação pós-graduada e contínua dos diversos grupos profissionais sob a sua direção (alínea g)).

A direção dos departamentos de saúde pública considera-se cargo de direção intermédia de 1.º grau (v.g. artigo 2.º, n.º 1, da Portaria n.º 153/2012, de 22 de maio⁸⁸) e confere ao diretor um acréscimo remuneratório de 15% «da remuneração estabelecida para o 1.º escalão da respetiva categoria, em dedicação exclusiva e horário de trinta e cinco horas semanais» (artigo 24.º, n.º 1, do Decreto-Lei n.º 286/99, de 27 de julho⁸⁹). Acréscimo que é de 10% no caso do médico que exerça as funções de seu adjunto (n.º 2).

⁸⁸ Aprova os estatutos da ARS Norte, I.P. Veio a ser alterada pela Portaria n.º 213/2013, de 27 de junho, e pelo Decreto-Lei n.º 89/2023, de 11 de outubro. Disposições análogas encontram-se nos Estatutos da ARS-Centro, I.P. (Portaria n.º 164/2012, de 22 de maio, alterada pela Portaria n.º 214/2013, de 27 de junho, e pelo Decreto-Lei n.º 89/2023, de 11 de outubro), da ARS-Lisboa e Vale do Tejo I.P. (Portaria n.º 161/2012, de 22 de maio, alterada pela Portaria n.º 211/2013, de 27 de junho, e pelo Decreto-Lei n.º 89/2023, de 11 de outubro) da ARS-Alentejo I.P. (Portaria n.º 157/2012, de 22 de maio, alterada pela Portaria n.º 210/2013, de 27 de junho, e pelo Decreto-Lei n.º 89/2023, de 11 de outubro) e ARS-Algarve, I.P. (Portaria n.º 156/2012, de 22 de maio, alterada pela Portaria n.º 212/2013, de 27 de junho, e pelo Decreto-Lei n.º 89/2023, de 11 de outubro).

⁸⁹ Alterado pelo Decreto-Lei n.º 222/2007, de 29 de maio. O Decreto-Lei n.º 81/2009, de 2 de abril, revogou globalmente este diploma, com exceção, precisamente, do artigo 24.º.

As administrações regionais de saúde⁹⁰, cuja orgânica geral se encontra no Decreto-Lei n.º 22/2012, de 29 de maio⁹¹, subsistem como «institutos públicos integrados na administração indireta do Estado, dotados de autonomia administrativa, financeira e património próprio» (artigo 1.º, n.º 1), e conservam como direito subsidiário, não só a Lei-Quadro dos Institutos Públicos, como também o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (n.º 3).

Entre as suas atribuições, assinala-se a de «Desenvolver e fomentar atividades no âmbito da saúde pública, de modo a garantir a proteção e promoção da saúde das populações» (artigo 3.º, n.º 2, alínea d)).

Uma vez que as ARS deixaram de fazer parte do Serviço Nacional de Saúde, este, no domínio da saúde pública, como já adiantámos, apenas compreende a existência das unidades de saúde pública dos ACES (artigo 38.º, n.º 1, alínea e)) ou das ULS (artigo 62.º).

Unidades de saúde pública definidas como unidades dotadas de autonomia funcional e técnica, compostas «entre outros profissionais, por médicos de saúde pública, enfermeiros especialistas na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública e técnicos superiores das áreas de diagnóstico e terapêutica», às quais, na respetiva circunscrição territorial, compete (artigo 38.º, n.º 9):

- A vigilância epidemiológica,
- A elaboração de informações e planos no domínio da saúde pública,
- A gestão de programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde da população e de grupos específicos, e
- A colaboração no exercício de funções de autoridade de saúde.

A este nível, o coordenador da unidade de saúde pública tem direito a um acréscimo remuneratório «da remuneração estabelecida para o 1.º escalão

⁹⁰ A sua origem remonta às administrações distritais de saúde, criadas pelo Decreto-Lei n.º 488/75, de 4 de setembro, como, no dizer do preâmbulo, «lançamento das bases de um serviço nacional de saúde». Viriam a ser reorganizadas pelo Decreto-Lei n.º 519-O2/79, de 29 de dezembro, e substituídas pelas administrações regionais de saúde (Decreto-Lei n.º 254/82, de 29 de junho). O Decreto-Lei n.º 335/93, de 29 de setembro, aprovou o regulamento das administrações regionais de saúde dotou-as de personalidade jurídica, aplicando-se até à entrada em vigor do Decreto-Lei n.º 222/2007, de 29 de maio.

⁹¹ Modificado pelo Decreto-Lei n.º 67/2013, de 17 de maio, pelo Decreto-Lei n.º 127/2014, de 22 de agosto, e pelo Decreto-Lei n.º 74/2016, de 8 de novembro.

da respetiva categoria, em dedicação exclusiva e horário de trinta e cinco horas semanais» (artigo 24.º, n.º 4, do Decreto-Lei n.º 286/99, de 27 de julho).

§32. — No mais, quanto às relações do Serviço Nacional de Saúde com a Direção-Geral da Saúde e com as ARS, o Estatuto não vai além de um quadro genérico de coordenação:

«Artigo 32.º

(Articulação com outras entidades)

No desenvolvimento da sua função de prestação de cuidados e serviços de saúde, o SNS promove um ambiente de articulação com as entidades envolvidas na obtenção de ganhos em saúde, em especial, outros serviços e organismos do Ministério da Saúde, instituições do setor privado e social, agentes económicos da área da saúde, Entidade Reguladora da Saúde e outras entidades com competências de regulação, associações públicas profissionais, estruturas representativas dos profissionais de saúde e sindicatos.»

Não deve, pois, como observa ANA F. NEVES⁹², perder-se de vista o conceito operativo de Sistema de Saúde, «nas suas três dimensões fundamentais, a do Serviço Nacional de Saúde (SNS), o das instituições públicas na área da saúde que não o integram e o da participação das instituições de saúde do sector privado e do sector social na garantia de tais prestações».

XVI.

Da Direção Executiva do SNS.

§33. — De acordo com o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, a Direção Executiva, a instituir, assumiria uma função diretiva central que, tradicionalmente competia aos membros do Governo, às administrações regionais de saúde e à ACSS, I.P.

Não apenas se prevê um vasto quadro de funções próprias da Direção Executiva, como também poderes e tarefas a delegar pelo Governo, colegialmente ou pelo Ministro da Saúde⁹³:

⁹² *Direito da Organização Administrativa e Serviço Público*, Ed. Almedina, Coimbra, 2023, p. 189 e seguinte.

⁹³ Antes de se saber se a Direção Executiva viria a ter personalidade jurídica, não era possível, em rigor, empregar a expressão ‘atribuições’, nem a expressão ‘competências’.

«Artigo 9.º

(Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde)

1 — O SNS é dirigido, a nível central, por uma direção executiva, doravante designada Direção Executiva do SNS, 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 Referenciação 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.

2 — As atribuições previstas no número anterior são exercidas sobre todas as unidades de saúde previstas no artigo seguinte, sendo os respetivos membros dos órgãos de gestão designados sob proposta da Direção Executiva do SNS, sem prejuízo do disposto nos números seguintes.

3 — O membro do Governo responsável pela área da saúde pode delegar na Direção Executiva do SNS a competência para a designação dos diretores executivos dos ACES, nos termos do disposto no artigo 44.º do presente decreto-lei.

4 — O Conselho de Ministros pode delegar na Direção Executiva do SNS as competências para a designação dos membros dos órgãos de gestão dos hospitais, centros hospitalares, institutos portugueses de oncologia e ULS, nos termos do disposto nos artigos 69.º, 70.º e 77.º do presente decreto-lei e no Estatuto do Gestor Público, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de março, na sua redação atual.

5 — O exercício das competências a que se refere o n.º 1 é enquadrado pelo planeamento e gestão de recursos financeiros e pelo planeamento de recursos humanos e da rede de instalações e equipamentos desenvolvidos pela Administração Central do Sistema de Saúde, I. P. (ACSS, I. P.).

6 — A natureza jurídica, organização e funcionamento da Direção Executiva do SNS são definidos em diploma próprio.»

Incluem-se poderes de natureza regulamentar (n.º 1, alínea g)), a iniciativa (n.º 2) ou mesmo, por delegação de poderes⁹⁴, a designação dos diretores executivos dos ACES (n.º 3) e dos membros dos órgãos de gestão dos hospitais, centros hospitalares, institutos portugueses de oncologia e ULS (n.º 4).

§34. — Na concretização do n.º 6 do artigo 9.º do ESNS, com respeito à natureza jurídica da Direção Executiva, optaria o Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro⁹⁵, pela criação de um instituto público de regime especial — *Direção*

⁹⁴ Delegação em sentido impróprio, porque interadministrativa.

⁹⁵ Cujas atual redação conta com as modificações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 89/2023, de 11 de outubro, e pelo Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro.

Executiva do Serviço Nacional de Saúde, I. P. (DE-SNS, I. P.) — do mesmo passo que aprovava a respetiva orgânica⁹⁶.

Tal não poderia deixar de importar repercussões em matéria de organização e funcionamento da administração central, direta e indireta, do Ministério da Saúde.

Assim, o Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro, imprimiu alterações:

- À Lei-Quadro dos Institutos Públicos;
- À orgânica do Ministério da Saúde;
- À orgânica das Administrações Regionais de Saúde, I. P.;
- À orgânica da Administração Central do Sistema de Saúde, I. P.⁹⁷;
- À orgânica da Direção-Geral da Saúde; e
- À orgânica da Secretaria-Geral do Ministério da Saúde⁹⁸.

Por outro lado, ocasionou a necessidade de verdadeiras reestruturações, nos termos seguidamente reproduzidos do Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro:

«Artigo 3.º

(Reestruturação e sucessão)

1 — São objeto de reestruturação, nos termos previstos nos artigos 6.º a 13.º, os seguintes serviços e organismos do Ministério da Saúde (MS):

- a) A Secretaria-Geral (SG);
- b) A Direção-Geral da Saúde (DGS);
- c) A Administração Central do Sistema de Saúde, I. P. (ACSS, I. P.);
- d) As Administrações Regionais de Saúde, I. P. (ARS, I. P.).

2 — A DE-SNS, I. P., 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 (RNCP).

⁹⁶ Os estatutos deste novo instituto público foram publicados mais de um ano depois, através da Portaria n.º 306-A/2023, de 12 de outubro

⁹⁷ Decreto-Lei n.º 35/2012, de 15 de fevereiro, modificado pelo Decreto-Lei n.º 173/2014, de 19 de novembro, pelo Decreto-Lei n.º 206/2015, de 23 de setembro, e pelo Decreto-Lei n.º 38/2018, de 11 de junho.

⁹⁸ Decreto Regulamentar n.º 23/2012, de 9 de fevereiro, na redação que lhe conferia o Decreto Regulamentar n.º 4/2016, de 8 de novembro.

3 — A SG-MS sucede nas atribuições da DGS em matéria de coordenação das relações internacionais do MS.

4 — A ACSS, I. P., 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.»

§35. — É o artigo 8.º do Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro, que procede a modificações na Orgânica da Direção-Geral da Saúde.

Apesar de a terem privado de algumas atribuições do Estado, de modo algum se pretendeu integrá-la no Serviço Nacional de Saúde, tão-pouco que o pessoal dirigente visse modificado o estatuto que se lhe aplicava: o EPDAPE.

Assim, onde no artigo 2.º, n.º 1, do Decreto Regulamentar n.º 14/2012, de 26 de janeiro, se incumbia a Direção-Geral da Saúde de «regulamentar, orientar e coordenar as atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, definir as condições técnicas para a adequada prestação de cuidados de saúde, planear e programar a política nacional para a qualidade no sistema de saúde, bem como assegurar a elaboração e execução do Plano Nacional de Saúde e, ainda, a coordenação das relações internacionais do Ministério da Saúde (MS)» passou a dispor-se o seguinte:

«A DGS tem por missão regulamentar, orientar e coordenar as atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, definir as condições técnicas para a adequada prestação de cuidados de saúde, planear e programar a política nacional para a qualidade no sistema de saúde, bem como assegurar a elaboração e execução do Plano Nacional de Saúde (PNS).»

Por outro lado, quando no artigo 2.º, n.º 2, alínea a), se incumbia a Direção-Geral da Saúde de «Emitir normas e orientações, quer clínicas quer organizacionais, desenvolver e promover a execução de programas em matéria de saúde pública e para melhoria da prestação de cuidados em áreas relevantes da saúde, nomeadamente nos cuidados de saúde primários, hospitalares, continuados e paliativos», passou a dispor-se o seguinte:

«Contribuir para a obtenção de ganhos em saúde, desenvolvendo e promovendo a execução de programas em matéria de saúde pública e de melhoria da prestação de cuidados em áreas relevantes da saúde, bem como emitindo normas e orientações».

Se no artigo 2.º, n.º 2, alínea e), era incumbida a Direção-Geral da Saúde de «Apoiar a definição das políticas, prioridades e objetivos do Ministério da Saúde e promover a procura de ganhos em saúde, assegurando a melhor articulação entre os diversos serviços e organismos», passou a determinar-se o seguinte:

«Apoiar a definição das políticas, prioridades e objetivos do MS, assegurando a melhor articulação entre os seus diversos serviços e organismos, em especial o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P., em matéria de investigação científica e laboratorial».

Por outro lado, ao passo que o artigo 2.º, n.º 2, alínea g), incumbia a Direção-Geral da Saúde de «Apoiar a definição das políticas, prioridades e objetivos do Ministério da Saúde e promover a procura de ganhos em saúde, assegurando a melhor articulação entre os diversos serviços e organismos» — correspondendo à atual alínea g) — passou a determinar-se o seguinte:

«Promover o desenvolvimento, implementação, coordenação e avaliação de instrumentos, atividades e programas de segurança dos doentes e de melhoria contínua da qualidade clínica e organizacional das unidades do sistema de saúde».

E onde no artigo 2.º, n.º 2, alínea h), era incumbida a Direção-Geral da Saúde de «Analisar, certificar e divulgar a qualidade da prestação dos cuidados de saúde primários, hospitalares, continuados e paliativos» lê-se atualmente «Analisar, certificar e divulgar a qualidade das unidades de saúde do sistema de saúde».

Por fim, o Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro, revogou o artigo 2.º, n.º 2, a alínea n), em cujo enunciado se encarregava a DGS de «Coordenar a atividade do Ministério da Saúde no domínio das relações europeias e internacionais, assegurando a sua articulação com os serviços do Ministério dos Negócios Estrangeiros no âmbito das suas atribuições próprias, garantindo a coerência das intervenções operacionais dos serviços e organismos do Ministério da Saúde».

Assim, o mapa dos cargos de direção conquanto tenha mantido dois subdiretores-gerais, reduziu de quatro para três os diretores de serviços (Anexo III do Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro).

§36. — As atribuições da DE-SNS, IP, encontram-se discriminadas no Anexo I do Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro:

«Artigo 3.º

(Missão e atribuições)

1 — A DE-SNS, I. P., tem por missão 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.

2 — A DE-SNS, I. P., prossegue as seguintes atribuições:

- 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), ao longo do percurso de saúde do utente;
- b) Gerir a RNCCI, incluindo a área de saúde mental, assumindo a coordenação nacional na área da saúde, para efeitos do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, na sua redação atual, em articulação com os demais organismos competentes;
- c) Gerir a RNCP, assumindo a sua coordenação, para efeitos da base XI da Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro, em articulação com os demais organismos competentes, e integrando a Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (CNCP);
- d) Assegurar o funcionamento em rede do SNS, nomeadamente através da articulação nacional dos diferentes estabelecimentos e serviços, da integração dos diversos níveis de cuidados e da procura de respostas de proximidade;
- e) Estabelecer e operacionalizar, através das redes estabelecidas, dos sistemas locais de saúde e outras parcerias, iniciativas orientadas para a promoção da saúde e prevenção da doença;
- f) Definir os pontos da rede de cuidados de saúde primários e a respetiva carteira de serviços, garantindo a proximidade e equidade no acesso;
- g) Coordenar o processo de criação e revisão das Redes de Referência Hospitalar, e garantir a sua implementação e gestão;
- h) Propor à ACSS, I. P., sempre que necessário para garantir a realização do direito à proteção da saúde, a celebração de contratos com entidades do setor privado e social e com profissionais em regime de trabalho independente, nos termos do artigo 29.º do Estatuto do SNS;
- i) Promover a evolução progressiva da organização das unidades de saúde do SNS para sistemas integrados de cuidados, enquanto grupos

de unidades de saúde coordenados por um gestor de rede, que correspondam às adequadas unidades territoriais;

j) Assegurar o alinhamento da governação clínica institucional com a governação de saúde, considerando as recomendações do Plano Nacional de Saúde;

k) Garantir a melhoria contínua do acesso ao SNS, bem como assegurar a gestão do sistema de acesso, dos tempos de espera e do sistema de inscritos para cirurgia;

l) Coordenar e centralizar a produção de informação e estatísticas das unidades de saúde do SNS, nomeadamente produção e desempenho assistencial;

m) Identificar, em coordenação com a ACSS, I. P., os recursos financeiros necessários ao SNS, e proceder à respetiva alocação;

n) Negociar, com a ACSS, I. P., e em representação das unidades de saúde do SNS, o acordo-quadro relativo à prestação de cuidados de saúde no SNS, as cláusulas gerais dos contratos-programa e os termos de referência para a contratualização;

o) Celebrar contratos-programa com as unidades de saúde do SNS e com a ACSS, I. P.;

p) Definir as prioridades e emitir as diretrizes a que devem obedecer os planos de atividades dos estabelecimentos e serviços do SNS, bem como os critérios de avaliação dos resultados obtidos, promovendo o seu acompanhamento na dimensão assistencial e financeira;

q) Emitir normas e orientações no âmbito da integração de cuidados, serviços e redes do SNS;

r) Dar parecer sobre os projetos de mapas ou dotações de pessoal das unidades de saúde do SNS, em linha com o plano plurianual de recursos humanos;

s) Definir, conjuntamente com a ACSS, I. P., as prioridades e respostas a assegurar pelos sistemas de informação e comunicação a fornecer pela SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E. P. E. (SPMS, E. P. E.);

t) Monitorizar o desempenho e resposta do SNS, designadamente através de inquéritos de satisfação aos beneficiários ou utentes e profissionais de saúde;

- u) Promover a participação pública no SNS, garantindo a intervenção dos beneficiários do SNS, designadamente, das associações de utentes, nos processos de tomada de decisão;
- v) Promover uma cultura organizacional de liderança e inovação em todo o SNS, designadamente estimulando métodos de trabalho em equipa e mecanismos de retorno do desempenho;
- w) Reforçar a identidade do SNS como um todo, designadamente definindo e desenvolvendo uma imagem e cultura comuns;
- x) Assegurar a representação do SNS;
- y) Exercer as demais competências que lhe sejam atribuídas por lei, bem como praticar os atos que lhe sejam delegados.

3 — No âmbito das suas atribuições, a DE-SNS, I. P., pode emitir regulamentos, orientações, diretrizes e instruções genéricas e específicas que vinculam os estabelecimentos e serviços do SNS previstos no n.º 1 do artigo 3.º do Estatuto do SNS, devendo estes prestar à DE-SNS, I. P., toda a colaboração e informação necessárias à prossecução das suas atribuições, nomeadamente as relativas à coordenação, monitorização e controlo das atividades do SNS.»

Este quadro de atribuições representa uma extensa devolução de poderes da administração central do Estado, *maxime* do Governo, a favor do novo instituto público, mas permite também recortar o papel que continua a pertencer à ACSS, I.P., no sistema de saúde, exigindo, não raro, uma cuidada coordenação.

E se o SNS não adquire, ele próprio, personalidade jurídica, até por integrar um vasto número de entidades públicas empresariais e institutos públicos, pode ser delimitado o seu âmbito a partir da esfera de atribuições confiadas à DE-SNS, I.P.

§37. — Para dar resposta a tais atribuições, a Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, I.P., compreende uma estrutura interna ampla e complexa.

Assim, ao nível superior, de acordo com o artigo 4.º, conta com os seguintes órgãos:

- O diretor executivo (artigo 5.º);
- O conselho de gestão, presidido pelo diretor executivo, a quem presta coadjuvação em matéria de integração da prestação de cuidados de saúde, de funcionamento em rede e referênciação, de acesso a cuidados

de saúde e direitos dos utentes, de participação das pessoas no SNS e de governação e inovação (artigo 6.º, n.º 1), sendo composto por cinco vogais (n.º 2);

— O conselho estratégico, órgão de coordenação da definição das estratégias de recursos do SNS (artigo 7.º, n.º 1) e composto pelo diretor executivo, pelo presidente do conselho diretivo da ACSS, I. P., e pelo presidente do conselho de administração da SPMS, E. P. E. (n.º 2);

— A assembleia de gestores, órgão de consulta e participação da DE-SNS, I. P., e «que contribui para a definição das linhas gerais de atuação do SNS, competindo-lhe dar parecer sobre todas as matérias que lhe sejam submetidas pelo diretor executivo e emitir recomendações por sua iniciativa» (artigo 8.º, n.º 1), sendo integrada:

— Pelos diretores executivos dos agrupamentos de centros de saúde (ACES);

— Pelos presidentes dos conselhos de administração e dos conselhos diretivos dos hospitais, centros hospitalares, institutos portugueses de oncologia e unidades locais de saúde;

— Pelo presidente do conselho diretivo do Instituto Nacional de Emergência Médica, I. P.,

— Pelo presidente do conselho diretivo do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P.,

— Pelo presidente do conselho diretivo do Instituto Português do Sangue e da Transplantação, I. P.,

— Pelo presidente do conselho diretivo do Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências, I. P., e

— Pelo presidente do conselho de administração da SPMS, E. P. E. (n.º 2);

— O fiscal único (artigo 9.º); e

— O conselho consultivo, presidido pelo diretor executivo e composto, entre outros, «pelas associações representantes de pessoas que vivem com doença.» (artigo 9.º-A, n.º 1).

Ao diretor executivo e aos membros do conselho de gestão é aplicável o Estatuto do Gestor Público e, subsidiariamente, a Lei-Quadro dos Institutos Públicos (artigo 4.º, n.º 2).

No entanto, o estatuto remuneratório dos membros da DE-SNS, I.P., é o da Entidade Reguladora da Saúde (n.º 3), i.e., o disposto no artigo 39.º do Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto.

Uma nota para registar que o diretor-geral da Saúde não integra nenhum dos órgãos da DE-SNS, I.P.

§38. — Por outro lado, de acordo com o artigo 1.º, n.º 2, dos Estatutos da DE-SNS, I.P., aprovados pela Portaria n.º 306-A/2023, de 12 de outubro, constituem seus departamentos, que podem funcionar de modo territorialmente desconcentrado:

- O Departamento de Estudos e Planeamento;
- O Departamento de Contratualização;
- O Departamento de Gestão de Pessoas, Promoção do Bem-Estar, Diversidade e Sustentabilidade;
- O Departamento de Gestão da Rede de Serviços e Recursos em Saúde;
- O Departamento de Gestão de Instalações e Equipamentos;
- O Departamento de Sustentabilidade Económico-Financeira;
- O Departamento de Gestão da Transformação Digital;
- O Departamento de Compras e Logística;
- O Departamento para a Gestão da Doença Crónica;
- O Departamento de Gestão da Qualidade em Saúde e Segurança do Utente; e
- O Departamento de Formação, Investigação, Inovação e Desenvolvimento.

Ao invés, de acordo com o n.º 3, são de administração geral e, por isso, serviços comuns:

- O Serviço de Gestão Interna;
- O Serviço Jurídico;
- O Serviço de Comunicação e Marca; e
- O Serviço de Auditoria Interna.

§39. — Na Orgânica do Ministério, a DE-SNS, IP., surge classificada como administração indireta e sob a tutela e superintendência da Ministra da Saúde (artigo 5.º, n.º 1, alínea a)).

Superintendência e tutela que, apesar das atribuições da DE-SNS, I.P., o Governo conserva relativamente a «todos os serviços e estabelecimentos do SNS, independentemente da respetiva natureza jurídica» (artigo 7.º, n.º 1), ou seja, relativamente a «todos os serviços e entidades públicas prestadoras de cuidados de saúde, designadamente os agrupamentos de centros de saúde, os estabelecimentos hospitalares, independentemente da sua designação, e as unidades locais de saúde» (n.º 2).

XVII.

Da evolução do regime dedicação plena no Estatuto do SNS.

§40. — Tendo em vista a caracterização do novo regime de dedicação plena e do seu âmbito de aplicação, importa retomar o Estatuto do SNS, naquilo que consagrou em matéria do pessoal que exerce funções nos estabelecimentos de saúde que o integram:

«Artigo 14.º

(Recursos humanos do Serviço Nacional de Saúde)

1 — O funcionamento do SNS é baseado numa força de trabalho que se estrutura em carreiras, planeada e organizada de modo a satisfazer as necessidades assistenciais da população, em termos de disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade.

2 — O planeamento e a organização da força de trabalho do SNS devem ainda ter em consideração o desenvolvimento das atividades de investigação clínica e de inovação em saúde.

3 — As unidades de saúde do SNS devem garantir condições e ambientes de trabalho seguros e promotores de satisfação e desenvolvimento profissional e de conciliação da vida profissional, pessoal e familiar, designadamente cooperando na oferta de creches.

4 — A política de recursos humanos do SNS é definida pelo membro do Governo responsável pela área da saúde e é baseada num plano plurianual.

5 — A aprovação do plano plurianual previsto no número anterior carece de parecer prévio vinculativo dos membros do Governo responsáveis pelas áreas da Administração Pública e das finanças.

Artigo 15.º

(Legislação aplicável)

1 — Os profissionais que trabalham no SNS estão sujeitos, em função da natureza jurídica do respetivo estabelecimento ou serviço, às regras próprias da Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas, aprovada em anexo à Lei n.º 35/2014, de 20 de junho, na sua redação atual (LTFP), ou do Código do Trabalho, aprovado em anexo à Lei n.º 7/2009, de 12 de fevereiro, na sua redação atual, sem prejuízo do disposto no número seguinte.

2 — Em derrogação da lei geral podem ser fixadas regras sobre carreiras, mobilidade, duração dos períodos de trabalho, pactos de permanência, defesa contra os riscos do exercício profissional e garantia de independência técnica e científica para os profissionais de saúde que são prestadores diretos de cuidados.

3 — Sem prejuízo da sua missão e da sua integração em carreiras próprias, os profissionais que trabalham no SNS incorporam um sistema específico e diferenciado que se pauta, em especial, pelos seguintes princípios:

- a) Adequação das carreiras e correspondentes profissões aos objetivos da política de saúde;
- b) Garantia da equidade entre carreiras e seus profissionais;
- c) Promoção de estruturas organizacionais e modelos de gestão que fomentem o trabalho em equipa focado na melhoria do estado de saúde de indivíduos e populações;
- d) Valorização dos profissionais, baseada no mérito e no desenvolvimento das competências necessárias a modelos inovadores de organização do trabalho.»

A Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas ou o Código do Trabalho⁹⁹, consoante a relação jurídica de emprego, constituem o regime comum dos trabalhadores do Serviço Nacional de Saúde (artigo 15.º, n.º 1).

⁹⁹ Referimo-nos ao Código do Trabalho aprovado pela Lei n.º 7/2009, de 12 de fevereiro, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 105/2009, de 14 de setembro, pela Lei n.º 53/2011, de 14 de outubro, pela Lei n.º 23/2012, de 25 de junho, pela Lei n.º 47/2012, de 29 de agosto, pela Lei n.º 69/2013, de 30 de agosto, pela Lei n.º 27/2014, de 8 de maio, e pela Lei n.º 55/2014, de 25 de agosto, pela Lei n.º 28/2015, de 14 de abril, pela Lei n.º 120/2015, de 1 de setembro, pela Lei n.º 8/2016, de 1 de abril, pela Lei n.º 28/2016, de 23 de agosto, pela Lei n.º 73/2017, de 16 de agosto (Declaração de Retificação n.º 28/2017, de 2 de outubro), pela Lei n.º 14/2018, de 19 de março, pela Lei n.º 90/2019, de 4 de setembro, pela Lei n.º 93/2019, de 4 de setembro, pela Lei n.º

A dualidade das carreiras médicas e de enfermagem reflete essa mesma dualidade¹⁰⁰.

Isto, sem prejuízo de nenhuma delas ser absolutamente pautada ou inteiramente imune à aplicação de normas de direito público ou de direito privado (artigo 15.º, n.º 2).

Se ao nível global do Serviço Nacional de Saúde, o primado é da Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas ou do Código do Trabalho, já, porém, ao nível dos estabelecimentos de saúde, personalizados como entidades públicas empresariais (E.P.E.), em princípio, não seria assim:

«Artigo 98.º

(Trabalhadores)

1 — Os trabalhadores do estabelecimento de saúde, E. P. E., estão sujeitos ao regime do contrato de trabalho, nos termos do Código do Trabalho, bem como ao regime constante dos diplomas que definem o regime legal de carreira de profissões da saúde, demais legislação laboral, normas imperativas sobre títulos profissionais, instrumentos de regulamentação coletiva de trabalho e regulamentos internos.

2 — O estabelecimento de saúde, EPE, deve prever anualmente uma dotação global de pessoal, através dos respetivos orçamentos, considerando os planos de atividade, a aprovar em sede de plano de desenvolvimento organizacional.

3 — Os trabalhadores do estabelecimento de saúde, S. P. A., regem-se pelas normas aplicáveis aos trabalhadores que exercem funções públicas.»

Com efeito, continua a admitir-se que os trabalhadores com vínculo de emprego público já providos em postos de trabalho dos mapas de pessoal do estabelecimento de saúde, E. P. E., conservem integralmente o seu estatuto jurídico, sem prejuízo do disposto na Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas, na sua redação atual (artigo 100.º, n.º 1).

18/2021, de 8 de abril, pela Lei n.º 83/2021, de 6 de dezembro, pela Lei n.º 1/2022, de 3 de janeiro, e pela Lei n.º 13/2023, de 3 de abril (Declaração de Retificação n.º 13/2023, de 29 de maio).

¹⁰⁰ Assim, o Decreto-Lei n.º 247/2009, de 22 de setembro, estabelece o regime da carreira de enfermagem nas entidades públicas empresariais e nas parcerias em saúde, bem como os respetivos requisitos de habilitação profissional e percurso de progressão profissional e de diferenciação técnico-científica, ao passo que o Decreto-Lei n.º 248/2009, de 22 de setembro, define o regime da carreira especial de enfermagem, bem como os respetivos requisitos de habilitação profissional. Quanto às carreiras médicas, v. *Infra*, §41 e §42.

A cada trabalhador assiste o direito a optar, em definitivo, pelo regime do contrato de trabalho, «mediante acordo escrito com o conselho de administração, tornando-se efetiva, para todos os efeitos legais, a cessação do vínculo de emprego público com a sua publicação no Diário da República, data em que o contrato de trabalho a celebrar com o estabelecimento de saúde, E. P. E., passa a produzir efeitos.» (artigo 101.º).

Já o contrário — converter o contrato individual de trabalho num contrato administrativo — não se mostra possível.

§41. — Quanto aos médicos em regime de contrato individual de trabalho, aplica-se o Regime da Carreira Médica (Decreto-Lei n.º 176/2009, de 4 de agosto¹⁰¹), em que o período normal de trabalho surge definido nos termos seguintes:

«Artigo 15.º-A
(Tempo de trabalho)

1 — O período normal de trabalho dos trabalhadores médicos é de 8 horas diárias e 40 horas semanais, organizadas de segunda a sexta-feira, sem prejuízo do disposto nos números seguintes.

2 — O regime de trabalho correspondente a 40 horas de trabalho implica a prestação de até 18 horas de trabalho semanal normal nos serviços de urgência, externa e interna, unidades de cuidados intensivos e unidades de cuidados intermédios, a prestar até duas jornadas de trabalho, de duração não superior a 12 horas e com aferição do total de horas realizadas num período de referência de 8 semanas, sendo pago o trabalho extraordinário que exceda as 144 horas do período normal de trabalho, relativamente ao referido período de aferição.

3 — Os médicos não podem realizar, em média, mais de 48 horas por semana, incluindo trabalho suplementar, num período de referência de 6 meses.

4 — Sem prejuízo da obrigação de prestar trabalho suplementar nos termos gerais, os trabalhadores médicos devem prestar, quando necessário, um período semanal único até 6 horas de trabalho

¹⁰¹ A designação oficial completa é a seguinte: regime da carreira dos médicos nas entidades públicas empresariais e nas parcerias em saúde, bem como dos respetivos requisitos de habilitação profissional e percurso de progressão profissional e de diferenciação técnico-científica

extraordinário no serviço de urgência externa e interna, em unidades de cuidados intensivos e em unidades de cuidados intermédios.

5 — O cumprimento do período normal de trabalho nos serviços de urgência, externa e interna, unidades de cuidados intensivos e unidades de cuidados intermédios, ocorre no período compreendido entre as zero horas de segunda-feira e as 24 horas de domingo, sem prejuízo da parte final do n.º 2.»

E mais se determina que tais médicos possam «exercer funções de direção, chefia, ou coordenação de departamentos, serviços ou unidades funcionais do Serviço Nacional de Saúde, desde que sejam titulares das categorias de assistente graduado sénior ou, em casos devidamente fundamentados, de assistente graduado» (artigo 17.º-A, n.º 1), «em comissão de serviço por três anos, renovável por iguais períodos» (n.º 2) e permitindo «a manutenção da atividade de prestação de cuidados de saúde por parte dos médicos», desde que não prevalecendo sobre a comissão de serviço (n.º 3).

§42. — Aos médicos integrados na carreira especial médica, cuja relação jurídica de emprego público assenta num contrato de trabalho em funções públicas, aplica-se o Decreto-Lei n.º 177/2009, de 4 de agosto, o qual, na verdade, em matéria de tempo de trabalho, se limita a reproduzir o transcrito artigo 15.º-A, do Decreto-Lei n.º 176/2009:

«Artigo 20.º

(Tempo de trabalho)

1 – O período normal de trabalho dos trabalhadores médicos é de 8 horas diárias e 40 horas semanais, organizadas de segunda a sexta-feira, sem prejuízo do disposto nos números seguintes.

2 – O regime de trabalho correspondente a 40 horas de trabalho implica a prestação de até 18 horas de trabalho semanal normal nos serviços de urgência, externa e interna, unidades de cuidados intensivos e unidades de cuidados intermédios, a prestar até duas jornadas de trabalho, de duração não superior a 12 horas e com aferição do total de horas realizadas num período de referência de 8 semanas, sendo pago o trabalho extraordinário que exceda as 144 horas do período normal de trabalho, relativamente ao referido período de aferição.

3 – Os médicos não podem realizar, em média, mais de 48 horas por semana, incluindo trabalho suplementar, num período de referência de 6 meses.

4 – Sem prejuízo da obrigação de prestar trabalho suplementar nos termos gerais, os trabalhadores médicos devem prestar, quando necessário, um período semanal único até 6 horas de trabalho extraordinário no serviço de urgência, em unidades de cuidados intensivos e em unidades de cuidados intermédios.

5 – O cumprimento do período normal de trabalho nos serviços de urgência, externa e interna, unidades de cuidados intensivos e unidades de cuidados intermédios, ocorre no período compreendido entre as zero horas de segunda-feira e as 24 horas de domingo, sem prejuízo da parte final do n.º 2.»

Também este regime permite aos médicos da carreira especial «exercer funções de direção, chefia, ou coordenação de departamentos, serviços ou unidades funcionais do Serviço Nacional de Saúde, desde que sejam titulares das categorias de assistente graduado sénior ou, em casos devidamente fundamentados, de assistente graduado» (artigo 23, n.º 1), «em comissão de serviço por três anos, renovável por iguais períodos» (n.º 2) e permitindo «a manutenção da atividade de prestação de cuidados de saúde por parte dos médicos», desde que não prevalecendo sobre as funções de direção (n.º 3).

Tal como a carreira médica das entidades públicas empresariais, também a carreira especial médica, desde as alterações levadas a cabo pelo Decreto-Lei n.º 266-D/2012, de 31 de dezembro, encontra-se organizada por cinco áreas de exercício profissional: hospitalar, medicina geral e familiar, saúde pública, medicina legal e medicina do trabalho (artigo 7.º, n.º 1).

É legítimo supor que, em face dos poderes públicos de autoridade que são chamados a exercer, os médicos com a especialidade de saúde pública, na sua larga maioria, conservem uma relação jurídica de emprego público e pertençam, como tal, à carreira especial médica.

§43. — Tanto assim que, apenas no artigo 21.º do Regime da Carreira Especial Médica, se previa o pagamento de um suplemento remuneratório¹⁰² de €800,00 (n.º 3) aos novos médicos de saúde pública em regime de disponibilidade permanente, a exercerem efetivamente funções nos departamentos de saúde pública das administrações regionais de saúde e nas unidades de saúde pública dos agrupamentos de centros de saúde (n.º 1).

¹⁰² Acerca de tal suplemento e do regime de trabalho suplementar dos médicos de saúde pública, v. Parecer n.º 18/2020, de 10 de setembro, homologado por despacho da Ministra da Saúde, de 20 de outubro de 2020, e publicado in *Diário da República*, n.º 229, 2.ª Série, de 24 de novembro de 2020.

Fora, inicialmente, o artigo 10.º do Decreto-Lei n.º 82/2009, de 2 de abril, a prever um suplemento remuneratório a favor dos médicos que se encontrassem no exercício efetivo de funções de autoridade de saúde, implicando a obrigatória apresentação ao serviço sempre que solicitados, e cujo montante pecuniário e condições de pagamento seriam fixados por portaria dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças, da Administração Pública e da saúde.

A despeito de o citado normativo ter relegado, para portaria, a fixação do montante do suplemento e das condições a que deveria obedecer o seu pagamento, coube ao citado artigo 21.º do Decreto-Lei n.º 177/2009, de 4 de agosto, a regular esta matéria.

Dispunha-se o abono de um suplemento remuneratório aos trabalhadores médicos posteriormente recrutados, desde que «sujeitos ao regime de disponibilidade permanente no exercício efetivo de funções nos departamentos de saúde pública das administrações regionais de saúde e nas unidades de saúde pública dos agrupamentos de centros de saúde.» (n.º 1).

Considerava-se regime de disponibilidade permanente «a obrigatoriedade de apresentação ao serviço sempre que [fosse] solicitado, mesmo que fora do período normal de trabalho» (n.º 2).

O suplemento fora fixado em €800,00 e haveria de ser atualizado anualmente, «através de portaria conjunta dos membros do Governo responsáveis pelas áreas da Administração Pública e da saúde» (n.º 4).

Prevvia-se no n.º 5, por fim, que, sem prejuízo do disposto nos números anteriores, em casos de situação de emergência, catástrofe ou outras situações excecionais que o justificassem, o diretor-geral da Saúde poderia determinar, por despacho do qual constassem os nomes dos médicos e o prazo de tais funções, a extensão do regime de disponibilidade aí previsto a outros profissionais médicos.

O artigo 21.º do Decreto-Lei n.º 177/2009, de 4 de agosto, foi revogado pelo artigo 23.º, alínea b), do Decreto-Lei n.º 103/2023, de 7 de novembro, justamente por se entender que o regime de dedicação plena viera consumir a disponibilidade permanente dos profissionais médicos de saúde pública.

Mas, como de harmonia com o artigo 20.º, n.º 4, alínea b), do Decreto-Lei n.º 103/2023, de 7 de novembro, é permitido aos «médicos da área de saúde pública, incluindo os que exerçam funções de autoridade de saúde», recusarem

a aplicação do regime de dedicação plena e manterem «integralmente o regime a que se encontravam sujeitos antes da produção de efeitos do presente decreto-lei, incluindo os suplementos remuneratórios e deveres que lhes estavam associados», subsistiria, residualmente o suplemento de disponibilidade permanente.

Ele diz respeito, nestes termos ao exercício efetivo de funções de autoridade de saúde que impliquem a obrigatoriedade de apresentação ao serviço sempre que solicitado, previsto no artigo 10.º do Decreto-Lei n.º 82/2009, de 2 de abril. Depois de o Decreto-Lei n.º 10/2023, de 10 de fevereiro¹⁰³, no artigo 61.º, ter reduzido para €200,00 o seu montante, o Decreto-Lei n.º 17/2024, de 29 de janeiro, manteve-o inalterado (artigo 61.º).

§44. — Como vimos, já a Lei de Bases da Saúde apontava para a criação de mecanismos de dedicação plena ao exercício de funções públicas, no âmbito do SNS (Base 22-5 e Base 29-3), mas a concretização dos contornos de tal regime seria confiada ao novo Estatuto do SNS.

Descortinava-se uma completa vinculação entre o regime de dedicação plena e o Serviço Nacional de Saúde que, no entanto, não sobreviveria intacta.

Na versão originária do Estatuto, manifestar-se-ia, nomeadamente para reconhecer a dedicação plena como um direito dos trabalhadores médicos dos estabelecimentos e serviços do SNS (artigo 16.º, n.º 1) e para dele excluir apenas os médicos em regime de dedicação exclusiva e de trabalho a tempo parcial (n.º 2).

Tal direito seria exercido mediante requerimento e assinatura de uma carta de compromisso assistencial com a instituição à qual o médico se encontrasse vinculado, de onde constariam, «para um horizonte temporal de três anos, os objetivos e metas a alcançar», especificados «em ganhos de acessibilidade, qualidade e eficiência» (n.º 4).

A renovação, no termo de três anos, só poderia ter lugar sob avaliação favorável pelo órgão máximo de gestão da instituição, validando o cumprimento dos objetivos e metas definidos, ao que se seguiria a assinatura de uma nova «carta de compromisso assistencial» (n.º 5).

Mediante aviso prévio de três meses, no mínimo, o médico poderia renunciar ao regime de dedicação plena (n.º 7).

¹⁰³ Normas de execução do Orçamento de Estado aprovado pela Lei n.º 82/2023, de 29 de dezembro.

Com base no incumprimento dos compromissos assumidos, também a administração poderia, unilateralmente, fazer cessar a aplicação do regime de dedicação plena (n.º 6).

Por outro lado, declarava-se a incompatibilidade apenas «com o exercício de funções de direção técnica, coordenação e chefia em instituições privadas e do setor social de prestação de cuidados de saúde», e sem prejuízo da atividade em consultório médico (n.º 3).

Apenas com relação aos médicos que viessem a ser designados em regime de comissão de serviço para exercer funções de direção de serviço ou de departamento, nas unidades de saúde, o regime de dedicação plena seria obrigatório, segundo uma carta de compromisso de gestão em metas organizacionais de melhoria da acessibilidade, qualidade e eficiência do respetivo serviço ou departamento (n.º 8).

Para diploma próprio eram relegados os seguintes aspetos (n.º 9):

- a) O modelo de organização do trabalho, compreendendo um acréscimo do período normal de trabalho semanal;
- b) O regime remuneratório, designadamente prémios de desempenho associados à atividade executada; e
- c) A carga horária semanal de funções assistenciais realizadas em instituições privadas e do setor social de prestação de cuidados de saúde, pelos diretores de serviço ou de departamento, incompatível com o regime de dedicação plena.

Por fim, auspiciava-se o alargamento, gradual e progressivo do regime de dedicação plena, «a trabalhadores de outras profissões regulamentadas do setor da saúde, nos termos a definir em legislação especial, nomeadamente em sede de regime legal das correspondentes carreiras» (n.º 10).

XVIII.

O regime de dedicação plena no Decreto-Lei n.º 103/2023, de 7 de novembro.

§45. — Tal matriz do regime de dedicação plena não vingaria, pois, concomitantemente à publicação do diploma que cumpriria tal missão, o próprio artigo 16.º do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde seria revogado, por completo.

Com efeito, o Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, revogou todas as disposições daquele preceito e embora lhe tenha aditado um artigo com igual epígrafe, pouco ou nada subsistiria.

Tal revogação e o teor substancialmente mais parcimonioso do preceito aditado prenunciavam uma modificação significativa:

«Artigo 16.º-A

(Regime de dedicação plena)

O regime de dedicação plena corresponde a um modelo de organização do trabalho estabelecido em diploma próprio.»

E, com efeito, a publicação, na mesma data, do Decreto-Lei n.º 103/2023, trouxe consigo alterações de vulto ao paradigma originário.

Modificações que, a título principal, visavam reforçar o papel das unidades locais de saúde (ULS), por constituírem estabelecimentos de saúde que garantem a prestação integrada de cuidados de saúde primários e hospitalares e assim melhor correspondem ao objetivo programático da integração de cuidados, enunciado pela Base 20, n.º 2, alínea d), da Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro.

Mas, se na verdade, o Decreto-Lei n.º 102/2023 criou novas ULS, nelas integrando estabelecimentos de saúde S.P.A., hospitais e centros hospitalares existentes com os ACES, do mesmo passo, abriu as portas a ajustamentos nada despidiendos «ao enquadramento genérico para o desenvolvimento do regime de dedicação plena, bem como à estrutura do SNS»: a mencionada revogação do artigo 16.º e o aditamento do artigo 16.º-A ao Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, apontando para uma versão bem mais circunscrita do regime de dedicação plena que o Decreto-Lei n.º 103/2023, de 7 de novembro, empreenderia.

§46. — Este, por seu turno, começa por reafirmar, no preâmbulo, que o regime de dedicação plena «corresponde a um modelo de organização do trabalho, assente, contudo, apenas no trabalho desenvolvido por equipas multidisciplinares que integram as unidades de saúde familiares (USF), na área dos cuidados de saúde primários, e os centros de responsabilidade integrada (CRI), na área hospitalar, associando-se o cumprimento de objetivos previamente contratualizados a um sistema retributivo misto, composto pela remuneração base, por suplementos e por incentivos ao desempenho».

Com tal delimitação, o regime de dedicação plena perderia a vocação tendencialmente voluntária e universal no Serviço Nacional de Saúde que o respetivo Estatuto, na versão originária, preconizava.

Na verdade, se, originariamente, era apenas obrigatório para os médicos a exercerem funções de direção, passa a aplicar-se, embora sem prejuízo de renúncia, a outras três áreas e setores dos cuidados de saúde:

«Artigo 2.º

(Âmbito de aplicação)

1 — Encontram-se sujeitos ao regime dedicação plena, independentemente do regime de vinculação:

a) Na área dos cuidados de saúde primários, as equipas multiprofissionais que integrem unidades de saúde familiar (USF);

b) Na área hospitalar:

i) As equipas multiprofissionais que integrem os centros de responsabilidade integrados (CRI); e

ii) Os trabalhadores médicos designados, em regime de comissão de serviço, para o exercício de funções de direção de serviço ou de departamento dos estabelecimentos e serviços de saúde do SNS;

c) Na área de saúde pública, os trabalhadores médicos.

2 — O regime de dedicação plena pode ainda ser aplicado aos trabalhadores médicos das áreas dos cuidados de saúde primários e hospitalar que manifestem interesse em aderir individualmente ao regime, designadamente nas situações em que não seja possível integrarem uma USF ou um CRI, nos termos do disposto no artigo seguinte».

Daqui resulta que também os médicos das equipas multiprofissionais integradas em unidades de saúde familiar (cuidados de saúde primários), os médicos a prestar trabalho na área de saúde pública e os que façam parte de equipas multiprofissionais hospitalares, integradas em centros de responsabilidade integrados (CRI) passaram ao regime de dedicação plena.

A adesão passou a constituir um direito restrito aos trabalhadores médicos das áreas hospitalar e dos cuidados de saúde primários que, por razões objetivas, não integrem, respetivamente, um centro de responsabilidade

integrados¹⁰⁴ nem uma unidade de saúde familiar e processa-se nos seguintes termos:

«Artigo 3.º

(Adesão individual ao regime de dedicação plena)

1 – A adesão individual ao regime de dedicação plena faz-se mediante declaração do trabalhador médico, a dirigir ao órgão máximo de gestão do estabelecimento ou serviço de saúde, e produz efeitos no primeiro dia do mês seguinte ao da sua apresentação.

2 – A adesão individual ao regime de dedicação plena não se aplica aos trabalhadores médicos em regime de trabalho a tempo parcial.»

É bem de ver por que motivo o artigo 2.º, n.º 2, não prevê nem a adesão individual dos médicos de saúde pública nem dos médicos a exercer, em comissão de serviço, funções de direção de serviço ou de departamento dos estabelecimentos prestacionais do Serviço Nacional de Saúde.

Com efeito, à partida, já se encontram — todos eles — sujeitos, *ope legis*, ao regime de dedicação plena. Em caso algum têm de aderir individualmente ao regime. Podem, pelo contrário, renunciar.

A dedicação plena permite conservar o regime laboral originário, tanto quanto ambos se revelem compatíveis entre si (artigo 5.º, n.º 1), mas mesmo em caso de incompatibilidade, o regime de origem apenas se suspende e esse facto não pode prejudicar os efeitos decorrentes da avaliação de desempenho dos trabalhadores médicos no regime jurídico de origem (n.º 2).

Tais prescrições deixam antever que o regime de dedicação plena pressupõe o exercício efetivo de funções em contexto de prestação de cuidados de saúde, i.e., trabalho assistencial.

Quanto ao tempo por que se aplica o regime de dedicação plena, determina-se o seguinte:

«Artigo 6.º

(Duração do regime de dedicação plena)

¹⁰⁴ O regime jurídico dos centros de responsabilidade integrados em hospitais do Serviço Nacional de Saúde viria a ser aprovado pelo Decreto-Lei n.º 118/2023, de 20 de dezembro, o qual cuidaria também do regime de dedicação plena nestes e nas unidades de saúde familiar, alterando, para o efeito, o Decreto-Lei n.º 103/2023, de 7 de novembro. Acerca da génese e características de tais centros, v. MARIA JOÃO ESTORNINHO/TIAGO MACIEIRINHA, obra citada, p. 134 e seguintes.

1 — O regime de dedicação plena não está sujeito a duração máxima, nem depende de renovação.

2 — Sem prejuízo do disposto no número anterior, no caso da adesão individual do trabalhador médico ao regime de dedicação plena, a que se refere o n.º 2 do artigo 2.º, a aplicação do regime pode cessar nas seguintes situações:

a) Com fundamento no incumprimento reiterado dos compromissos assumidos pelo trabalhador médico;

b) Mediante renúncia do trabalhador médico ao regime de dedicação plena.

3 — No caso da alínea a) do número anterior, da decisão do órgão máximo de gestão do estabelecimento ou serviço de saúde cabe recurso para o membro do Governo responsável pela área da saúde.

4 — No caso da alínea b) do número anterior, o trabalhador médico pode, a todo o tempo, renunciar ao regime de dedicação plena mediante um aviso prévio escrito de, pelo menos, 90 dias, dirigido ao órgão máximo de gestão do estabelecimento ou serviço de saúde ao qual se encontra vinculado.»

Por outro lado, e contrariamente ao regime de dedicação exclusiva, a dedicação plena não importa uma absoluta interdição da prestação de trabalho fora do Serviço Nacional de Saúde, pois, sem embargo das incompatibilidades e impedimentos que decorrem da Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas e da Lei de Bases da Saúde (artigo 7.º, n.º 1), os trabalhadores médicos em dedicação plena só não podem exercer atividade nos setores privado e social do sistema de saúde que importem o exercício de funções de direção técnica, coordenação e chefia, nem podem deter participação superior a 10% no capital social de entidades convencionadas com o Serviço Nacional de Saúde, por si, por cônjuge ou por parentes em linha reta de 1.º grau (n.º 2). Excetua-se a prática clínica individual em consultório médico (artigo 7.º, n.º 3).

Em conformidade com o artigo 7.º, n.º 4, «a acumulação de atividade assistencial, subordinada ou autónoma, em entidades privadas ou do setor social, por parte de trabalhadores médicos que se encontrem em regime de dedicação plena, depende de requerimento, com os elementos indicados no n.º 2 do artigo 23.º da LTFP e carece de prévia autorização pelo respetivo órgão máximo de gestão do estabelecimento ou serviço de saúde, não podendo dela resultar para o SNS qualquer responsabilidade pelos encargos resultantes dos cuidados por esta forma prestados aos seus beneficiários, nem afetar a

satisfação de necessidades permanentes ou temporárias do serviço a que o médico se encontra vinculado».

§47. — As linhas gerais do regime remuneratório dos trabalhadores em dedicação plena encontram-se no capítulo II, do Decreto-Lei n.º 103/2023, de 7 de novembro:

«Artigo 4.º

(Regime remuneratório associado ao regime de dedicação plena)

1 — O regime remuneratório associado ao regime da dedicação plena nas áreas dos cuidados de saúde primários, hospitalar e de saúde pública é o previsto, respetivamente, nos capítulos III a V, com as especificidades constantes nos números seguintes.

2 — No caso dos trabalhadores médicos, os níveis remuneratórios correspondentes às posições remuneratórias das categorias das carreiras médica e especial médica constam do anexo III do presente decreto-lei e do qual faz parte integrante.

3 — Sem prejuízo do regime aplicável à área dos cuidados de saúde primários, nas áreas hospitalar e de saúde pública, o valor da hora normal de trabalho é calculado através da fórmula:

$$\frac{[(Rb+S) \times 12]}{52 \times 40}$$

Em que:

- a) Rb é a remuneração base mensal; e
- b) S é o suplemento associado à prestação das cinco horas complementares de atividade assistencial.

4 — A compensação horária que serve de base ao cálculo do trabalho suplementar é apurada segundo a fórmula prevista no número anterior.

5 — Para efeitos do disposto no n.º 2, a transição dos trabalhadores médicos para a estrutura remuneratória do regime da dedicação plena faz-se na mesma categoria e de acordo com o anexo IV do presente decreto-lei e do qual faz parte integrante.»

A diferença no âmbito de aplicação do n.º 1 e do n.º 2 permite reconhecer a aplicação do regime de dedicação plena a outros profissionais de saúde, além do pessoal médico, ainda que de modo limitado.

Por outro lado, os n.ºs 3 e 4 tornam mais claro que trabalho complementar e trabalho suplementar não se confundem e que o acréscimo de 25% da remuneração base pago aos médicos em dedicação plena é considerado

pelo legislador um verdadeiro suplemento remuneratório, em contrapartida da prestação semanal de cinco horas de trabalho complementar — «suplemento associado à prestação das cinco horas complementares de atividade assistencial», na expressão da alínea b) do n.º 3.

Ademais, o suplemento remuneratório decorrente do trabalho complementar integra a base de cálculo da compensação horária do trabalho suplementar (n.º 4), o que o equipara, mas só para tal efeito, à remuneração base.

A partir deste regime comum, porém, a dedicação plena conhece diferenças significativas, segundo os conjuntos dos diferentes profissionais de saúde abrangidos.

Há, por assim dizer, vários regimes de dedicação plena.

Antes de os observarmos, um a um, cumpre referir que o novo Estatuto do SNS institui ainda regimes excecionais de contratação (artigo 17.º) de trabalho suplementar (artigo 18.º) e de mobilidade (artigo 19.º) e a previsão de «incentivos financeiros e não financeiros como instrumento de estímulo à fixação de profissionais de saúde em zonas geográficas carenciadas para melhoria da equidade no acesso, designadamente ao aumento dos dias de férias, dos dias de formação, do tempo dedicado à investigação e à telessaúde e à flexibilização do regime de mobilidade» (artigo 20.º).

XIX.

Dos regimes específicos de dedicação plena.

§48. — No capítulo III do Decreto-Lei n.º 103/2023, de 7 de novembro, encontra-se o regime de dedicação plena na área dos cuidados de saúde primários, aplicável, em conformidade com o artigo 2.º, n.º 1, alínea a), apenas aos médicos integrados em equipas multiprofissionais de unidades de saúde familiar (USF).

O período normal de trabalho de 40 horas semanais é reduzido para 35, sem prejuízo de «incrementos ajustados ao aumento de unidades ponderadas¹⁰⁵ da lista de utentes» (artigo 9.º, n.º 1), havendo o horário individual de ser fixado

¹⁰⁵ As unidades ponderadas majoram alguns utentes segundo critérios etários, mas será substituído pelo índice de complexidade do utente (ICU), incluindo para efeitos de aplicação do disposto na alínea a) do n.º 1 do artigo 29.º, na alínea a) do n.º 1 do artigo 31.º e no n.º 1 do artigo 32.º, a partir de 1 de janeiro de 2025 (artigo 37.º, n.º 1, do Anexo I).

«pelo órgão máximo de gestão do estabelecimento ou serviço de saúde» (artigo 9.º, n.º 2).

A aplicação do regime de dedicação plena importa que o médico «preste cuidados a uma lista com uma dimensão mínima de 1750 utentes, correspondendo, em média, a 2164 unidades ponderadas» e dependerá da sua iniciativa de adesão (artigo 10.º, n.º 1).

Em contrapartida (n.º 2), auferir um suplemento associado ao aumento das unidades ponderadas da lista de utentes, nos termos do disposto na alínea a) do n.º 1 do artigo 29.º do anexo I, ou seja, um montante fixo de €130,00, «por cada aumento de 55 UP acima de 1917 UP».

Excecionalmente, se as características territoriais e demográficas assim o justificarem, o Governo pode autorizar o abono de tal suplemento ainda que a lista de utentes a seu cargo possua dimensão inferior (artigo 10.º, n.º 4).

O suplemento remuneratório aqui previsto não corresponde ao modelo genérico de 25% sobre a remuneração base e que se aplica v.g. aos médicos de saúde pública.

Trata-se de um montante fixo, aumentado proporcionalmente à extensão da lista de utentes.

Decerto porque não se prevê, aqui, um tempo certo de trabalho complementar, pois, de acordo com o artigo 23.º, n.º 2, do Anexo I, «O horário de trabalho tem como base as 35 horas semanais com incrementos ajustados ao suplemento associado ao aumento de unidades ponderadas (UP) da lista de utentes, previsto na alínea a) do n.º 1 do artigo 28.º, no n.º 1 do artigo 29.º, no n.º 1 do artigo 30.º, no n.º 1 do artigo 31.º, no n.º 1 do artigo 32.º e no n.º 1 do artigo 33.º».

Dos artigos 28.º e 29.º do Anexo I resulta o abono de suplementos e compensações vários, uns de montante fixo, outros, variáveis; uns calculados por cada serviço prestado, outros, genericamente, pelo acréscimo de funções ou atividades; uns de vencimento mensal, outros de vencimento anual; uns individuais, outros coletivos.

Assim, podemos recensear as seguintes prestações:

1) *Suplemento mensal associado ao aumento, em unidades ponderadas, da dimensão mínima da lista de utentes*, de acordo com o artigo 9.º, n.º 2¹⁰⁶, e a calcular do seguinte modo:

- € 130,00, se a dimensão mínima da lista for igual ou superior a 1550 utentes;
- Mais €130,00 por cada aumento de 55 unidades ponderadas acima de 1917;
- Aumentos da dimensão mínima da lista de utentes do médico que são valorizados até a lista atingir 2412 unidades ponderadas, cujo valor a pagar é majorado com o fator de 1,8 sobre os primeiros seis aumentos de 55 unidades ponderadas.

Tal suplemento contribui para a aposentação ou reforma do trabalhador médico.

2) *Suplemento pela prestação de cuidados médicos ao domicílio*, no valor de €30,00, por cada consulta e até ao limite máximo de 20 domicílios por mês, o qual, em parte, reveste a natureza de ajudas de custo, pois consideram-se incluídas as despesas desembolsadas pelo médico para a prestação de cuidados domiciliários aos seus utentes ou aos de outro médico da equipa;

3) *Suplemento de coordenador da equipa multiprofissional*, no valor mensal de € 910,00;

4) *Suplemento de orientador de formação* (atividade que pode ser assumida por qualquer médico da USF, incluindo o respetivo coordenador), no valor de €520,00 por mês;

5) *Suplemento por acréscimo de tempo de trabalho*, mediante acordo do médico, associado ao alargamento do período de funcionamento:

- No valor de € 180,00, nos dias úteis; e
- No valor de € 235,00, aos sábados, domingos e feriados,
- A multiplicar pelo número de horas de alargamento semanal acordado, que é devido ao grupo de médicos que integra a unidade de saúde familiar,

¹⁰⁶ «2 - A lista prevista no número anterior tem uma dimensão mínima de 1917 unidades ponderadas, obtidas pela aplicação dos seguintes fatores:

- a) O número de crianças dos 0 aos 6 anos de idade é multiplicado pelo fator 1,5;
- b) O número de adultos entre os 65 e os 74 anos de idade é multiplicado pelo fator 2;
- c) O número de adultos com idade igual ou superior a 75 anos é multiplicado pelo fator 2,5.»

- A repartir pela equipa, sendo paga, mensalmente, a cada médico, a respetiva quota-parte.

6) *Compensação pelo incremento do desempenho da equipa, segundo o índice de desempenho da equipa (IDE¹⁰⁷):*

- No valor máximo de € 2860,00 por mês;
- Contribui para a aposentação ou reforma.

7) *Compensação associada à carteira adicional de serviços¹⁰⁸, a fixar anualmente, e auferida mediante prévio acordo com vista à colaboração com outras unidades funcionais do ACES ou da ULS responsáveis pela intervenção, designadamente, em grupos da comunidade, no âmbito da saúde escolar, da saúde oral e da saúde ocupacional, em projetos dirigidos a cidadãos em risco de exclusão social, nos cuidados continuados integrados, no atendimento a adolescentes e jovens, na prestação de outros cuidados que se mostrem pertinentes e previstos no Plano Nacional de Saúde, como também na resposta a utentes sem médico de família atribuído, a utentes esporádicos e em cuidados de telessaúde dirigidos a grupos populacionais específicos.*

Acrescem os incentivos institucionais, «nomeadamente, no acesso a informação técnica, na participação em conferências, simpósios, colóquios, cursos de formação e seminários sobre matérias de diferentes atividades da carteira de serviços da unidade funcional, desde que inseridos no plano de formação dos seus profissionais, no apoio à investigação, na atualização, manutenção e aquisição de equipamentos para o funcionamento da unidade funcional, na melhoria das amenidades de exercício de funções da equipa multiprofissional e acolhimento dos utentes ou no desenvolvimento de processos de melhoria da qualidade e de acreditação» (artigo 35.º, n.º 2).

De referir que só nos cuidados de saúde primários o regime se aplica a outros profissionais, além dos médicos. Assim, aos enfermeiros e aos assistentes

¹⁰⁷ A Portaria n.º 411-A/2023, de 5 de dezembro, regula o índice de desempenho da equipa multiprofissional das unidades de saúde familiar de modelo B, e a atribuição dos incentivos institucionais a estas e às unidades de cuidados de saúde personalizados. Por seu turno, a Portaria n.º 454-A/2023, de 28 de dezembro, estabeleceu o procedimento de candidatura aplicável à constituição de unidades de saúde familiar modelo B, os processos de monitorização e de acompanhamento, além dos mecanismos de transição.

¹⁰⁸ O Despacho n.º 12456-B/2023, do Ministro da Saúde, de 4 de dezembro de 2023, determinou a carteira básica de serviços e os princípios da carteira adicional de serviços das unidades de saúde familiar (*Diário da República*, n.º 234, 2.ª Série, de 5 de dezembro de 2023).

técnicos das equipas multiprofissionais das USF são abonados os suplementos previstos nos artigos 30.º e seguintes.

§49. — Por seu turno, o regime de dedicação plena na área hospitalar é objeto do capítulo IV.

Tendo presente que o acrónimo CRI significa *centros de responsabilidade integrados*¹⁰⁹, o horário e o período normal de trabalho destes médicos passou a estar configurado nos seguintes termos:

«Artigo 12.º

(Horário de trabalho e período normal de trabalho dos médicos)

1 — O horário de trabalho tem como base um período normal de trabalho semanal de 35 horas, às quais acrescem 5 horas

¹⁰⁹ Cujo regime se encontra no Anexo II, aditado ao Decreto-Lei n.º 103/2023, de 7 de novembro, pelo Decreto-Lei n.º 118/2023, de 20 de dezembro. Os CRI, nos termos do artigo 3.º, n.º 1, do mencionado anexo «são estruturas orgânicas de gestão intermédia, dependentes dos conselhos de administração das entidades do SNS, que visam potenciar os resultados da prestação de cuidados de saúde, melhorando a acessibilidade dos utentes e a qualidade dos serviços prestados, aumentando a produtividade, a eficácia e a eficiência dos recursos aplicados e contribuindo para elevar o nível de satisfação dos utentes e dos profissionais do SNS». São constituídos «por equipas multiprofissionais, organizadas de forma flexível, em função da realidade concreta de cada entidade do SNS e das necessidades em saúde que visam satisfazer, privilegiando-se a organização em serviço ou unidade funcional, podendo nalguns casos, excecionalmente, envolver uma unidade orgânica inferior quando a dimensão ou especificidade da entidade do SNS o justificar». Trata-se de equipas de profissionais de saúde, que, de modo voluntário aderem a este modelo de organização, se possuírem o perfil adequado em função do respetivo plano de ação, designadamente, médicos, enfermeiros, administradores hospitalares, técnicos superiores, técnicos superiores de saúde, técnicos superiores das áreas de diagnóstico e terapêutica, assistentes técnicos e técnicos auxiliares de saúde (artigo 10.º, n.º 1) De acordo com o artigo 3.º, n.º 3, «A equipa multiprofissional do CRI deve potenciar as aptidões e competências de cada grupo profissional e contribuir para o estabelecimento de uma relação interpessoal e profissional estável.». Assim, «dispõem de autonomia organizativa e técnica, integrando-se numa lógica de trabalho em rede com outros serviços da entidade do SNS onde se integram» (artigo 3.º, n.º 4). Cada CRI tem por missão prestar cuidados de saúde «dentro do perfil assistencial definido no seu plano de ação, garantindo a centralidade no utente, a acessibilidade, a tempestividade, a continuidade, a qualidade, a segurança, a eficiência e a efetividade da prestação de cuidados de saúde, tendo como objetivo a melhoria dos resultados e dos ganhos em saúde» (artigo 4.º). Cada CRI tem como diretor «um trabalhador médico de reconhecido mérito, que obrigatoriamente possua formação e competências demonstradas em gestão, e deve exercer toda a sua atividade profissional na entidade do SNS», sem prejuízo das acumulações consentidas, nos termos do artigo 7.º do Decreto-Lei n.º 103/2023, pelo regime de dedicação plena (artigo 13.º, n.º 1). O diretor preside ao conselho de gestão do CRI, integrado por «um administrador hospitalar ou outro profissional com experiência comprovada de gestão em saúde e, ainda, outro profissional, que deve ser um enfermeiro no caso dos serviços médicos e cirúrgicos e um técnico superior das áreas de diagnóstico e terapêutica no caso dos serviços complementares de diagnóstico e terapêutica» (artigo 14.º, n.º 1).

complementares de atividade assistencial, num total de 40 horas semanais.

2 — Nos CRI dos serviços de urgência, as 5 horas complementares a que se refere o número anterior são prestadas nesses serviços.

3 — Sem prejuízo da prestação de trabalho em serviços de urgência, o período normal de trabalho diário tem um limite de 9 horas.»

No caso de médicos que não prestem trabalho em serviços de urgência, «por motivo de dispensa ou atenta a especialidade», as cinco horas complementares de atividade assistencial são prestadas após as 17 horas nos dias úteis e, pelo menos, uma vez por mês ao sábado¹¹⁰ (artigo 14.º, n.º 1).

Os médicos que prestem serviço de urgência e concedam o seu acordo (artigo 13.º, n.º 2) obrigam-se a prestar (n.º 1):

— Até 18 horas de trabalho semanal normal nos serviços de urgência, externa e interna, unidades de cuidados intensivos e unidades de cuidados intermédios, agrupadas num máximo de duas jornadas de trabalho com duração não superior a 12 horas (alínea a));

— Um período semanal único, nunca além de seis horas, de trabalho suplementar no serviço de urgência, externa e interna, e em unidades de cuidados intensivos e em unidades de cuidados intermédios, quando tal se mostre necessário (alínea b)), sem que tal trabalho suplementar se encontre sujeito a limites máximos — quando necessário ao funcionamento de serviços de urgência — embora com um limite semanal de 48 horas, incluindo trabalho suplementar, num período de referência de seis meses, e sem exceder 250 horas de trabalho suplementar por ano (alínea c));

— Trabalho noturno com direito a descanso diário entre jornadas, mas sem direito a descanso compensatório que reduza o período normal de trabalho semanal (alínea d)); e

— Trabalho em estabelecimento ou serviço de saúde distinto daquele a cujo mapa de pessoal pertence, desde que se situe até 30 km e se destine a assegurar o funcionamento da rede de urgências metropolitanas ou for efeito necessário da gestão integrada dos serviços de urgência de dois ou mais serviços e estabelecimentos de saúde (alínea e)).

¹¹⁰ Excecionalmente, e mediante decisão fundamentada da DE-SNS, I. P., pode ser dispensada a prestação das 5 horas complementares de atividade assistencial em sábados (artigo 14.º, n.º 2).

As 18 horas de trabalho normal e as seis de trabalho suplementar em serviços de urgência podem ser convertidas, respetivamente, em 36 e 12 horas de prevenção, por conveniência de serviço e obtido o acordo do médico¹¹¹ (artigo 13.º, n.º 3).

O regime de prevenção permite ao médico permanecer ausente do local de trabalho, desde que contactável e obriga-o a comparecer em menos de 45 minutos, para o desempenho de um ato médico assistencial de urgência (n.º 4).

O artigo 15.º deixa muito clara a relação sinalagmática entre o abono do suplemento remuneratório e o trabalho complementar — 25% da remuneração base e dos subsídios de férias e de Natal (n.º 2) — ao especificar que é a prestação das cinco horas complementares de atividade assistencial que confere tal direito (n.º 1).

Vale a pena, pois reproduzir o seu teor:

«Artigo 15.º

(Suplemento remuneratório associado à prestação de trabalho complementar)

1 — A prestação das 5 horas complementares de atividade assistencial confere direito a um suplemento correspondente a 25 % da remuneração base mensal.

2 — O suplemento a que se refere o número anterior é considerado no cálculo dos subsídios de férias e de Natal.»

Por sua vez, a diferenciação remuneratória conhece os particularismos definidos no Anexo II do Decreto-Lei n.º 103/2023, de 7 de novembro.

A remuneração mensal dos profissionais que integram a equipa multiprofissional de um centro de responsabilidades integrado compreende o suplemento devido ao trabalho complementar, além da remuneração base, de compensações e suplementos eventuais pelo desempenho (artigo 26.º, n.º 1).

A remuneração base é a que decorre da categoria e posição remuneratória de cada trabalhador, em regime de tempo completo. No caso dos médicos, segundo as tabelas do Anexo III.

¹¹¹ Em conformidade com o n.º 5, o regime de prevenção compreendido no regime dedicação plena deve ser objeto de acordo escrito entre o órgão máximo de gestão do estabelecimento ou serviço de saúde e o trabalhador médico. Este pode denunciar o acordo, por declaração dirigida ao órgão máximo de gestão do estabelecimento ou serviço de saúde, a qual produz efeitos 30 dias após a data da sua apresentação (n.º 6).

Preveem-se, no artigo 27.º do Anexo II, suplementos e compensações associadas ao desempenho, nos termos seguidamente discriminados:

- 1) *Suplemento pelo exercício das funções de diretor do CRI*, no valor de € 910,00, por mês;
- 2) *Suplemento por funções de orientador da formação do internato médico*, no valor de €520,00, por mês;
- 3) *Suplemento eventual, associado à integração de cuidados decorrentes do exercício de funções específicas* a assegurar por profissionais de saúde abrangidos pela Base 28-1, da Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, nos termos a definir em portaria;
- 4) *Suplemento por trabalho complementar* prestado por médicos, nos termos já enunciados supra (previstos no artigo 15.º do decreto-lei).
- 5) *Compensação pelo desempenho*, segundo o IDE, «no qual se ponderam, designadamente, os ganhos obtidos e o valor criado, medidos de acordo com métricas relacionadas com desempenho assistencial, o acesso, a qualidade, a eficiência e a integração de cuidados» (artigo 27.º, n.º 2), a definir em portaria (n.º 3).

Todavia, a soma dos pagamentos associados ao suplemento previsto em (3) e à compensação pelo desempenho «não pode exceder, por mês, e em relação a cada profissional, 40 % da remuneração base mais elevada prevista para a respetiva carreira, tendo como referência as tabelas em vigor à data da produção de efeitos do Decreto-Lei n.º 103/2023, de 7 de novembro (artigo 27.º, n.º 4).

§50. — Ver-se-á, seguidamente, em que consiste o regime de dedicação plena, ao nível remuneratório e da duração do trabalho, próprio dos médicos que, em regime de comissão de serviço, exercem funções de direção de serviço ou de departamento do Serviço Nacional de Saúde.

Importa, porém, uma nota antecedente relativa às funções de chefia ou direção nas carreiras médicas, a fim de dissipar possíveis equívocos com os cargos de direção na administração pública direta ou indireta do Estado e com os mandatos em órgãos de administração das entidades públicas empresariais do sector da saúde.

Ambos os regimes de carreiras médicas — Decreto-Lei n.º 176/2009 e Decreto-Lei n.º 177/2009, de 4 de agosto — preveem o exercício de funções de direção, chefia ou coordenação de departamentos, serviços ou unidades funcionais do SNS, desde que pertençam à categoria de assistente graduado

sénior ou, excecionalmente, de assistente graduado (artigo 17.º-A e artigo 23.º, respetivamente).

Na falta de uma definição da remuneração devida pelo exercício de tais funções, entendeu a ACSS, IP, por via da Circular Informativa n.º 5/2019/ACSS, de 4 de abril, reatar o abono dos acréscimos remuneratórios, anteriormente «calculados nos termos estatuídos pelo n.º 1 do artigo 44.º, n.º 3 do artigo 45.º e artigo 61.º, todos do Decreto-Lei n.º 73/90, de 6 de março», acrescentando «à remuneração base correspondente à categoria e posição remuneratória detidas pelo trabalhador médico».

Todos estes preceitos já se encontravam revogados pelo artigo 36.º do Decreto-Lei n.º 177/2009, de 4 de abril, mas, na falta de portaria que quantificasse os mencionados acréscimos, acabaram por conhecer uma aplicação póstuma por via regulamentar.

Ora, de acordo com o artigo 44.º, n.º 1, do Decreto-Lei n.º 73/90, de 6 de março, os médicos a exercerem funções de direção auferiam, pelo exercício de tais cargos, os seguintes acréscimos, a incidir sobre a remuneração estabelecida para a respetiva categoria, em dedicação exclusiva e horário de 35 horas semanais:

- a) Diretor de departamento - 15%;
- b) Diretor de serviço - 10%.

Por aplicação do artigo 61.º, aos adjuntos do diretor clínico era assegurado um acréscimo salarial igual ao de diretor de serviços e ao chefe de equipa um acréscimo salarial de 5% (artigo 45.º, n.º 3).

Conquanto isso não determine a sua incompatibilidade, o certo é que tais acréscimos não surgem previstos no regime de dedicação plena, tal como se apresenta no Decreto-Lei n.º 103/2023, de 7 de novembro:

«Artigo 17.º

(Duração e organização do horário de trabalho)

1 — Os trabalhadores médicos que exerçam, em regime de comissão de serviço, funções de direção de serviço ou de departamento do SNS estão sujeitos a um horário de trabalho que tem como base um período normal de trabalho semanal de 35 horas, às quais acrescem 5 horas complementares de atividade assistencial, num total de 40 horas semanais.

2 — A prestação das 5 horas complementares de atividade assistencial referida no número anterior confere direito a um suplemento correspondente a 25 % da remuneração base mensal.

3 — O suplemento a que se refere o número anterior é considerado no cálculo dos subsídios de férias e de Natal.

4 — Em derrogação do disposto no n.º 2 do artigo 4.º, o trabalhador tem o direito de optar, a todo o tempo, pela remuneração base devida na situação jurídico-funcional de origem.

5 — O disposto no número anterior não se aplica ao suplemento previsto no n.º 2.»

De acordo com o n.º 1, o regime de dedicação plena importa para os profissionais médicos que exerçam, em regime de comissão de serviço, funções de direção de serviço ou de departamento uma redução em cinco horas do período normal de trabalho semanal (de 40 para 35 horas), desde que prestem trabalho complementar (mais cinco horas), o qual terá de consistir, necessariamente, em atividade assistencial (n.º 2).

Em contrapartida, a dedicação plena proporciona ao trabalhador médico o suplemento remuneratório correspondente a 25% da remuneração base mensal (n.º 2), pago em igual proporção com os subsídios de férias e de Natal (n.º 3).

Em todo o caso, a comissão de serviço para exercer funções de direção de serviço ou de departamento em regime de dedicação plena permite-lhe optar, a todo o tempo, pela remuneração base devida na situação jurídico-funcional de origem (n.º 4), em termos que representam, segundo a lei, uma derrogação ao artigo 4.º n.º 2.

Derrogação, portanto à norma que estabelece para os trabalhadores médicos a correspondência entre os níveis remuneratórios e as posições remuneratórias, segundo as categorias da carreira especial médica, constantes do Anexo III do Decreto-Lei n.º 103/2023, de 7 de novembro, assim como do Anexo I ao Decreto-Lei n.º 137/2023, de 29 de dezembro¹¹².

¹¹² Alteração das estruturas remuneratórias aplicável aos trabalhadores médicos integrados na carreira especial médica, bem como aos médicos internos.

Ali consta, de igual modo, a estrutura remuneratória aplicável aos trabalhadores médicos em regime de dedicação plena ou que permanecem em antigos regimes de duração do tempo de trabalho e nível de dedicação¹¹³:

Assim, em geral:

Posição remuneratória								
Assistente Graduado sénior	1. ^a	2. ^a	3. ^a					
Nível remuneratório	76	86	96					
Assistente Graduado	1. ^a	2. ^a	3. ^a	4. ^a	5. ^a	6. ^a		
Nível remuneratório	60	62	64	66	68	70		
Assistente	1. ^a	2. ^a	3. ^a	4. ^a	5. ^a	6. ^a	7. ^a	8. ^a
Nível remuneratório	51	53	54	55	56	57	58	59

Contudo, se ao médico que, em comissão de serviço, exerce funções de direção de serviço ou de departamento assistir, no lugar de origem, um dos três regimes pretéritos que permanecem aplicáveis a situações anteriormente constituídas, pode optar pela remuneração:

— De dedicação exclusiva de 42 horas de trabalho normal de semana:

Assistente Graduado sénior	1. ^a	2. ^a	3. ^a	4. ^a		
Nível remuneratório	94	100	105	108		
Assistente Graduado	1. ^a	2. ^a	3. ^a	4. ^a	5. ^a	6. ^a
Nível remuneratório	78	86	92	94	97	100
Assistente	1. ^a	2. ^a	3. ^a	4. ^a	5. ^a	
Nível remuneratório	64	70	72	75	78	

¹¹³ Nos termos do artigo 5.º, n.º 2, do Decreto-Lei n.º 266-D/2012, de 31 de dezembro.

— De 35 horas/semana com dedicação exclusiva:

Assistente Graduado sénior	1. ^a	2. ^a	3. ^a	4. ^a		
Nível remuneratório	65	69	73	76		
Assistente Graduado	1. ^a	2. ^a	3. ^a	4. ^a	5. ^a	6. ^a
Nível remuneratório	53	59	63	65	67	69
Assistente	1. ^a	2. ^a	3. ^a	4. ^a	5. ^a	
Nível remuneratório	42	46	48	51	53	

— De 35 horas/semana sem dedicação exclusiva.

Assistente Graduado sénior	1. ^a	2. ^a	3. ^a	4. ^a		
Nível remuneratório	50	53	56	57		
Assistente Graduado	1. ^a	2. ^a	3. ^a	4. ^a	5. ^a	6. ^a
Nível remuneratório	41	45	48	50	51	53
Assistente	1. ^a	2. ^a	3. ^a	4. ^a	5. ^a	
Nível remuneratório	34	36	37	39	41	

O artigo 17.º, n.º 5, exclui da opção o suplemento remuneratório, ao determinar que «O disposto no número anterior não se aplica ao suplemento previsto no n.º 2».

Recorde-se que o número referido como anterior (n.º 4) confere ao trabalhador, em derrogação dos montantes fixados nas tabelas remuneratórias, «o direito de optar, a todo o tempo, pela remuneração base devida na situação jurídico-funcional de origem»

Quer isto dizer, em primeiro lugar, que, a optar pela remuneração base do regime de origem, o médico em dedicação plena não perde o suplemento remuneratório de 25%.

Todavia, a sua base de cálculo permanece inalterada, ou seja, é constituída pela remuneração base, segundo o Anexo III ao Decreto-Lei n.º 103/2023, de 7 de novembro (igual à do Anexo I ao Decreto-Lei n.º 137/2023, de 29 de dezembro) visto que a lei o salvaguardou expressamente, ao dispor que a derrogação não se aplica ao suplemento remuneratório (n.º 5).

Não obstante o suplemento ser calculado pela remuneração base inerente ao cargo em exercício, e não pela remuneração base por que se optou, esta norma permite demonstrar que não há um nexo incindível, no regime de dedicação plena, entre a remuneração base e o suplemento remuneratório, ao contrário do que foi sustentado pelos serviços jurídicos da Direção-Geral da Saúde.

É este o sentido — não se descortina, razoavelmente nenhum outro — que se retira do artigo 17.º, n.º 5.

Em suma, confirma-se que, no regime de dedicação plena, o vínculo entre remuneração base e o suplemento remuneratório associado ao trabalho complementar é relativo, pois este pode ser calculado sobre uma remuneração base de montante inferior àquela que é efetivamente percebida pelo trabalhador médico.

Vemos, assim, avolumarem-se os argumentos que convergem para não acompanharmos a conceção dos serviços jurídicos da DGS e de acordo com a qual o suplemento remuneratório, apesar do *nomen juris*, constituiria parte da remuneração base.

§51. — Analisemos, por fim, as prescrições do Decreto-Lei n.º 103/2023, de 7 de novembro, especificamente concernentes ao regime de dedicação plena dos médicos da área de saúde pública:

«Artigo 18.º
(Regime)

1 — Os trabalhadores médicos da área de saúde pública consideram-se, salvo oposição expressa dos próprios, sujeitos ao regime de dedicação plena.

2 — O horário de trabalho dos trabalhadores médicos da área de saúde pública em dedicação plena tem por base um período normal de trabalho semanal de 35 horas, às quais acrescem 5 horas de atividade complementar, num total de 40 horas semanais.

3 — As 5 horas de atividade complementar referidas no número anterior são prestadas de modo a assegurar o normal funcionamento dos serviços ou estabelecimentos de saúde onde os trabalhadores médicos da área de saúde pública estão integrados, nos dias úteis das 8 horas às 20 horas.

4 — O horário de trabalho do médico da área de saúde pública é aprovado pelo órgão máximo de gestão do estabelecimento ou serviço de saúde.

5 — Para além do disposto nos números anteriores, os trabalhadores médicos da área de saúde pública em dedicação plena estão, quando escalados para o efeito, obrigados a permanecer contactáveis e a apresentar-se ao serviço fora do horário de funcionamento previsto no n.º 3, de modo a dar resposta a uma emergência de saúde pública ou a realizar atos de natureza inadiável ou imprescindível.

6 — Para os efeitos previstos no número anterior, as unidades de saúde pública, bem como os demais serviços e entidades, elaboram uma escala mensal, mediante consulta a todos os médicos da área de saúde pública abrangidos.

7 — O trabalho prestado ao abrigo do n.º 5 é remunerado pelo valor correspondente ao do trabalho suplementar.

8 — A prestação das 5 horas complementares de atividade referida nos n.ºs 2 e 3 confere direito a um suplemento correspondente a 25 % da remuneração base.

9 — O suplemento a que se refere o número anterior é considerado no cálculo dos subsídios de férias e de Natal.

10 — O disposto no presente artigo é compatível com o exercício de funções de autoridade de saúde.»

À partida, a aplicação do regime tem lugar em relação a todos os médicos de saúde pública: a começar pelos que exercem funções no Serviço Nacional de Saúde, mas sem poder contemplar o exercício de todas e quaisquer funções no Ministério da Saúde.

À semelhança do que encontrámos no artigo 17.º, com relação ao exercício de funções de chefia, também aqui o período normal de trabalho semanal de 40 horas se reduz para 35, embora acresçam, semanalmente, cinco horas de trabalho complementar (n.º 2), o qual é prestado «de modo a assegurar o normal funcionamento dos serviços ou estabelecimentos de saúde onde os

trabalhadores médicos da área de saúde pública estão integrados, nos dias úteis das 8 horas às 20 horas» (n.º 3).

O suplemento remuneratório de 25% sobre a remuneração base decorre da prestação semanal de cinco horas de trabalho complementar (n.º 8) e estende-se aos subsídios de férias e de Natal (n.º 9). Por conseguinte, é abonado 14 vezes por ano.

Contudo, em vez da obrigação de disponibilidade permanente, o médico de saúde pública em dedicação plena encontra-se em regime de disponibilidade programada ou relativa. Está obrigado a permanecer contactável e a apresentar-se ao serviço fora do horário de funcionamento previsto, de modo a dar resposta a uma emergência de saúde pública ou a realizar atos de natureza inadiável ou imprescindível, (regime de chamada), mas segundo uma escala (n.º 5), elaborada mediante consulta a todos os médicos da área de saúde pública abrangidos (n.º 6).

Por outro lado, em vez de um suplemento de montante fixo em contrapartida da disponibilidade permanente, o trabalho que vier a ser prestado em dia de descanso ou entre as 20h e as 8h dos dias úteis, a fim de dar resposta a emergências de saúde pública ou a praticar atos de natureza inadiável ou imprescindível, passa a ser remunerado como trabalho suplementar¹¹⁴.

Por fim, assegura-se, no n.º 10, que o regime de dedicação plena é compatível com o desempenho das funções de autoridade de saúde.

A contrario sensu, a lei admite haver casos de incompatibilidade entre o regime de dedicação plena e outros regimes de exercício de funções por médicos, compreendendo médicos da área da saúde pública.

Uma vez que nem todos os médicos de saúde pública exercem funções de autoridade de saúde e que a organização dos serviços de saúde pública extravasa amplamente o tratamento do SNS, relegaremos este aspeto para ulterior momento¹¹⁵.

¹¹⁴ Recorde-se que, nos termos do já citado Parecer n.º 18/2020, de 10 de setembro, deste corpo consultivo, haveria, em regra, incompatibilidade lógica entre o regime de disponibilidade permanente a que os médicos de saúde pública estavam afetos e a subsequente remuneração como trabalho suplementar da prestação que viesse a ser efetuada consequentemente (Conclusão 42.^a), o que não nos impediu de concluir, outrossim que, enquanto perdurasse a suspensão dos limites de duração do trabalho suplementar, valia para os médicos em saúde pública o limite de 200 horas anuais de trabalho prestado fora do horário (por analogia com o artigo 120.º, n.º 1, da LGTFP).

¹¹⁵ *Infra*, §59 (XXII).

XX.

Da opção remuneratória pelo regime de dedicação plena.

§52. — Os trabalhadores médicos da área de saúde pública, como quaisquer outros trabalhadores em funções públicas, nomeados para um cargo dirigente da administração central do Estado, só poderiam auferir a remuneração base própria do lugar de origem se por ela optassem quando da nomeação e uma vez obtida autorização.

Isto, porque o artigo 31.º, n.º 3, do EPDAPE¹¹⁶, contém, no seu enunciado literal, um limite temporal: o pessoal dirigente só poderia optar pelo vencimento ou retribuição base da sua função, cargo ou categoria de origem, sob autorização expressa no despacho de designação. Não a todo o tempo, pois, mas só quando da nomeação e mediante autorização do órgão que a pratica.

Uma vez que nada se dispusera em contrário nos despachos de nomeação, nenhum dos dirigentes em causa poderia exercer «*a todo o tempo*» a opção pela remuneração base da função, cargo ou categoria de origem.

Tem, no entanto este corpo consultivo, vindo a considerar que tal direito passou a poder ser exercido a todo o tempo desde a entrada em vigor da Lei n.º 12-A/2008, de 27 de fevereiro, ao ter revogado de forma tácita aquela norma do EPDAPE, na parte em que sujeitava a opção remuneratória a autorização exarada no ato de designação, impedindo, deste modo, o seu exercício superveniente.

Confrontados com a antinomia entre o artigo 31.º, n.º 3, do EPDAPE, e o artigo 72.º, n.º 1, da Lei n.º 12-A/2008, de 27 de fevereiro, concluímos, no Parecer n.º 29/2014, de 20 de novembro de 2014¹¹⁷, que a primeira disposição fora tacitamente revogada, em parte, mas, justamente no segmento que apontava para a irreversibilidade da opção — tomada ou não tomada, quando da designação.

E mais entendeu este Conselho que a revogação da Lei n.º 12-A/2008, de 27 de fevereiro, por parte da Lei n.º 35/2014, de 20 de junho, não fez reverter a aludida revogação tácita, pois a Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas

¹¹⁶ Tal redação é fruto da Lei n.º 51/2005, de 30 de agosto, pois, com efeito, a redação originária do artigo 31.º era esta, simplesmente: «A remuneração do pessoal dirigente é estabelecida em diploma próprio, o qual poderá determinar níveis diferenciados de remuneração, em função do tipo de serviço ou organismo em que exerce funções.

¹¹⁷ *Diário da República*, 2.ª Série, de 29 de dezembro de 2014.

dispõe de igual modo acerca da opção remuneratória nas comissões de serviço desempenhadas por trabalhadores em funções públicas com vínculo por tempo indeterminado.

Entre as conclusões de tal parecer, relevam, essencialmente, as que passamos a transcrever:

«1— O artigo 72.º, n.º 1, da Lei n.º 12-A/2008, de 27 de fevereiro, estabelece que o trabalhador cuja relação jurídica de emprego público se constitua por comissão de serviço tem o direito de optar, a todo o tempo, pela remuneração base devida na situação jurídico-funcional de origem que esteja constituída por tempo indeterminado, sendo que esta solução foi mantida pelo artigo 154.º, n.º 1, da Lei n.º 35/2014, de 20 de junho.

2 — O artigo 31.º, n.º 3, da Lei n.º 2/2004, de 15 de janeiro, por sua vez, estabelece que o pessoal dirigente pode, mediante autorização expressa no despacho de designação, optar pelo vencimento ou retribuição base da sua função, cargo ou categoria de origem, não podendo, todavia, exceder, em caso algum, o vencimento base do Primeiro-Ministro.

3 — A Lei n.º 12-A/2008, de 27 de fevereiro, é posterior à Lei n.º 2/2004, de 15 de janeiro, pelo que devem considerar-se revogadas as normas deste último diploma que sejam contrárias à Lei n.º 12-A/2008, de 27 de fevereiro, uma vez que esta regula de forma global a matéria relativa aos regimes de vinculação, de carreiras e de remunerações dos trabalhadores que exercem funções públicas e tem, por isso, preferência aplicativa. Trata-se de uma revogação parcial tácita, por incompatibilidade de soluções normativas.

4 — Sendo assim, no que respeita ao regime da opção pela remuneração base por parte do pessoal dirigente, o n.º 1 do artigo 72.º da Lei n.º 12-A/2008, de 27 de fevereiro, revogou o n.º 3 do artigo 31.º da Lei n.º 2/2004, de 15 de janeiro, o que significa que os trabalhadores designados em comissão de serviço podem optar a todo o tempo pela remuneração base devida na situação jurídico-funcional de origem que esteja constituída por tempo indeterminado.

(...)».

Mais tarde, reiterando tal posição, o Parecer n.º 1/2016, de 21 de abril de 2016¹¹⁸, consignou entre as conclusões o seguinte:

¹¹⁸ *Diário da República*, 2.ª Série, de 10 de outubro de 2016.

«11.^a — (...) [Existindo] colisão normativa entre a disposição constante do artigo 72.º, n.º 1, da Lei n.º 12-A/2008 (consignando que o trabalhador pode efetuar a opção remuneratória a todo o tempo) e a constante do artigo 31.º, n.º 3, da Lei n.º 2/2004 (estatuindo que a opção depende de autorização expressa a exarar no despacho de designação), deverá entender-se que o artigo 72.º da Lei n.º 12-A/2008 revogou, nessa medida, o n.º 3 do artigo 31.º da Lei n.º 2/2004, o que significa que os trabalhadores designados em comissão de serviço como dirigentes podem optar a todo o tempo pela remuneração base devida na situação jurídico-funcional de origem que esteja constituída por tempo indeterminado».

Com efeito, a Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas, apesar de ter revogado o artigo 72.º, n.º 1, da Lei n.º 12-A/2008, de 27 de fevereiro¹¹⁹, preservou a referida alteração tácita, ao adotar disposição análoga sobre a opção remuneratória de quem exerça funções públicas em comissão de serviço¹²⁰, como é o caso do pessoal dirigente (artigo 9.º, n.º 1):

«Artigo 154.º

(Opção pela remuneração base)

1 — Quando o vínculo de emprego público se constitua por comissão de serviço, ou haja lugar a cedência de interesse público, o trabalhador tem o direito de optar, a todo o tempo, pela remuneração base devida na situação jurídico-funcional de origem que esteja constituída por tempo indeterminado.

2 — No caso de cedência de interesse público para o exercício de funções em órgão ou serviço a que a presente lei é aplicável, com a opção pela remuneração a que se refere o número anterior, a remuneração a pagar

¹¹⁹ V. Artigo 42.º, n.º 1, alínea c), da Lei n.º 35/2014, de 20 de junho.

¹²⁰ A respeito da relação jurídico-administrativa constituída pela comissão de serviço, na doutrina mais recente do Conselho Consultivo da Procuradoria-Geral da República, v. Parecer n.º 12/2023, de 11 de julho (inédito), Parecer n.º 10/2022, de 9 de fevereiro de 2023 (inédito), Parecer n.º 34/2019, de 3 de dezembro de 2020, Parecer n.º 2/2020, de 23 de abril de 2020, Parecer n.º 26/2020, de 18 de fevereiro de 2021 (*Diário da República*, n.º 87, 2.ª Série, de 5 de maio de 2021), Parecer n.º 1/2016, de 21 de abril de 2016 (*Diário da República*, Série II, de 10 de outubro de 2016), Parecer n.º 5/2016, de 7 de abril de 2016 (inédito), Parecer n.º 29/2014, de 29 de novembro de 2014 (*Diário da República*, Série II, de 29 de dezembro de 2014), Parecer n.º 9/2011, de 14 de fevereiro de 2013 (inédito), Parecer n.º 18/2011, de 27 de outubro de 2011 (inédito), Parecer n.º 57/2006, de 29 de maio de 2008 (inédito), Parecer n.º 106/2006, de 6 de dezembro de 2007 (inédito), Parecer n.º 106/2005, de 27 de abril de 2006 (inédito), Parecer n.º 66/2004, de 21 de abril de 2005 (*Diário da República*, Série II, de 8 de agosto de 2005) e Parecer n.º 93/2004, de 17 de março de 2005 (*Diário da República*, Série II, de 22 de setembro de 2005).

não pode exceder, em caso algum, a remuneração base do Primeiro-Ministro.»

Se, porém, é lícito optar a todo o tempo, continua a não ser permitido optar integralmente pelo estatuto remuneratório de origem, pois, com efeito, a opção é circunscrita à retribuição base, pelo que importa precisar em que consiste.

O uso desta expressão tem um alcance restritivo e que visa, principalmente impedir a cumulação de suplementos — do lugar de exercício e do lugar de origem — de idêntica natureza e finalidade ou sem relação com as funções exercidas efetivamente.

§53. — A opção exclui os suplementos remuneratórios que fossem devidos ao titular do cargo no seu lugar de origem, tanto em conformidade com o artigo 31.º, n.º 3 do EPDAPE, como com o artigo 154.º, n.º 1, da LGTFP.

Considerando que, literalmente, tal opção recai apenas na remuneração base, excluídos ficam, a *contrario sensu*, os suplementos remuneratórios que ao trabalhador seriam abonados se tivesse permanecido a exercer a função, a desempenhar o cargo ou a prestar trabalho em conformidade com a carreira e categoria que o vínculo de emprego público lhe proporciona.

A norma¹²¹ revela-se ainda mais clara se compararmos o seu teor com o do pretérito Decreto-Lei n.º 353-A/89, de 16 de outubro¹²²:

«Artigo 7.º

(Opção de remuneração)

Em todos os casos em que o funcionário passe a exercer transitoriamente funções em lugar ou cargo diferente daquele em que está provido é-lhe reconhecida a faculdade de optar a todo o tempo pelo estatuto remuneratório devido na origem.»

¹²¹ V. No Parecer n.º 1/2016, empreende-se uma luminosa retrospectiva pela opção remuneratória de quem desempenhe um certo cargo público transitoriamente, de modo especial, em comissão de serviço.

¹²² Estatuto remuneratório dos funcionários e agentes da Administração Pública e estrutura das remunerações base das carreiras e categorias ali contempladas. Foi revogado pela Lei n.º 12-A/2008, de 27 de fevereiro, cujo artigo 72.º limitou o objeto da opção: «Quando a relação jurídica de emprego público se constitua por comissão de serviço, ou haja lugar a cedência de interesse público, o trabalhador tem o direito de optar, a todo o tempo, pela remuneração base devida na situação jurídico-funcional de origem que esteja constituída por tempo indeterminado.»

Em lugar da opção global pelo *estatuto remuneratório* devido na origem (artigo 7.º do Decreto-Lei n.º 353-A/89, de 16 de outubro), o artigo 31.º, n.º 3, do EPDAPE, só admite a opção pela *remuneração base*.

A diferença salta à vista.

Escreveu-se, a este propósito, no Parecer n.º 26/2020, de 18 de fevereiro de 2021¹²³, o seguinte:

«No âmbito da legislação geral aplicável aos funcionários ou trabalhadores com vínculo de emprego público, que exercem funções em regime de comissão de serviço, a possibilidade de opção reportava-se, inicialmente, ao “estatuto remuneratório de origem” mas, com a entrada em vigor da Lei n.º 12-A/2008, tal opção passou a restringir-se à remuneração base.

Essa tendência tinha-se já manifestado relativamente ao pessoal dirigente dos serviços e organismos da administração central, regional e local do Estado, cujo estatuto, aprovado pela Lei n.º 2/2004, de 15 de janeiro, na alteração introduzida pela Lei n.º 51/2005, de 30 de agosto, passou a estabelecer, no n.º 3 do artigo 31.º, que “O pessoal dirigente pode, mediante autorização expressa no despacho de nomeação, optar pelo vencimento ou retribuição base da sua função, cargo ou categoria de origem, não podendo, todavia, exceder, em caso algum, o vencimento base do Primeiro-Ministro”; o n.º 5 do mesmo artigo concretizava que, para esse efeito, «é adotado como referência o vencimento ou retribuição base médio percebido durante o ano anterior à data do despacho de nomeação”».

E continua o parecer, explicando que, depois disso, sempre que, a título excecional, se quis potenciar a opção por todo o estatuto remuneratório houve necessidade de o afirmar expressamente.

Ponderamos, no entanto, que determinados suplementos, vinculados a uma determinada condição estatutária, devem acompanhar o trabalhador no exercício transitório de outras funções, pelo menos se, não obstante o exercício de tais funções, as limitações que justificam o suplemento na origem perdurarem e não for devida no serviço de destino nenhuma retribuição ou gratificação com o mesmo fim.

¹²³ Homologado por despacho de 25 de março de 2021, do Secretário de Estado da Presidência do Conselho de Ministros e publicadas as conclusões in *Diário da República*, n.º 87, 2.ª Série, de 5 de maio de 2021.

São suplementos inerentes a determinados corpos especiais de servidores do Estado, aos quais não se aplica, senão subsidiariamente, a Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas e que visam compensar limitações ou restrições impostas pela condição estatutária pessoal.

No Parecer n.º 57/2006, de 29 de maio de 2008¹²⁴, concluiu esta instância da Procuradoria-Geral da República que o subsídio de compensação dos magistrados, ao tempo em que era apenas substitutivo do direito ao uso de casa de habitação mobilada, implicava que se encontrassem «no exercício efetivo das suas funções próprias ou de funções que por lei lhes sejam equivalentes ou equiparadas».

Mais recentemente, no Parecer n.º 4/2023, de 2 de junho¹²⁵, diante de alterações legislativas relevantes, este corpo consultivo dividiu no subsídio de compensação das magistraturas um suplemento «inerente ao cargo e não ao seu exercício (como acontece no caso dos jubilados), sendo as faltas por doença irrelevantes para o cálculo e abono do seu montante».

Um outro caso foi objeto do Parecer n.º 5/2016, de 7 de abril¹²⁶, no qual se concluiu que aos militares em comissão de serviço normal num gabinete ministerial assiste o direito a perceberem o suplemento da condição militar, se, como se prevê no Decreto-Lei n.º 11/2012, de 20 de janeiro, optarem globalmente pelo *estatuto remuneratório* de origem. Naturalmente que a referência, na lei, ao estatuto remuneratório contribui com clareza.

Ainda assim, o estatuto remuneratório deve sempre ser analisado, como este órgão da Procuradoria-Geral da República tem entendido reiteradamente, pois, mesmo quando, excecionalmente a lei permita optar pelo estatuto de origem, de modo global, não é admissível cumular suplementos cuja razão de ser se sobreponha.

Paradigmático a esse respeito mostra-se o Parecer n.º 18/2011, de 27 de outubro¹²⁷, no qual se concluiu que o subsídio de residência previsto no artigo 1.º do Decreto-Lei n.º 331/88, de 27 de setembro, para diretores-gerais ou equiparados sem residência permanente no local onde estejam sediados os respetivos serviços ou organismos (ou numa área circundante de 150 km) e que visa compensar despesas de alojamento é incompatível com o subsídio de

¹²⁴ Inédito.

¹²⁵ Aguarda edição.

¹²⁶ Inédito.

¹²⁷ Inédito.

compensação dos magistrados porque substitutivo do direito a casa de habitação mobilada:

«Os abonos mencionados nas conclusões anteriores, porque prosseguem uma finalidade compensatória das despesas que os respetivos beneficiários são obrigados a suportar com um alojamento que, legalmente, o Estado lhes deve facultar, não são cumuláveis, conforme disposto no artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 331/88.»

E já muito antes, o Parecer n.º 47/92, de 13 de julho de 1993¹²⁸ apontara para a necessidade de impedir a cumulação de suplementos de igual natureza ou com um propósito semelhante:

«A mesma remuneração acessória não é, em princípio, cumulável com fatores remuneratórios ou remunerações acessórias da mesma natureza, vinculados ao lugar de origem com vista à retribuição de trabalho ou especificidades de trabalho deste lugar essencialmente idênticas às retribuídas por aquela remuneração acessória do cargo concretamente exercido.»

A não ser assim, ocorreria um locupletamento indevido por parte do trabalhador e um injustificado agravamento da despesa pública.

XXI.

Do suplemento remuneratório dos médicos de saúde pública em dedicação plena.

§54. — Os suplementos remuneratórios não integram a remuneração base, independentemente do regime que apresentem e do modo como se calculam.

Há, sem dúvida, alguma identidade de natureza, pois remuneração base e suplementos desempenham uma função remuneratória do trabalho prestado efetivamente ou da disponibilidade do trabalhador para o prestar.

O que caracteriza o suplemento é aquilo que ele visa remunerar: não a quantidade de trabalho ou o tempo de disponibilidade, mas, sim, as condições agravadas da sua prestação por comparação com as condições de prestação por outros trabalhadores da mesma carreira e de igual categoria.

Se integrarem a remuneração base, então, não são suplementos.

¹²⁸ Local citado.

O facto, porém, de serem calculados a partir da remuneração base não lhes retira o carácter suplementar. Pelo contrário, reforça-o.

É ANTÓNIO MONTEIRO FERNANDES¹²⁹ a chamar a atenção para os riscos que envolvem o alargamento da remuneração base a prestações que por ela devam ser calculadas, ao conferir-se um peso desmesurado à periodicidade do seu pagamento:

«Basta pensar no exemplo do trabalho suplementar sistematicamente prestado no mesmo montante todos os meses: a remuneração dele deveria calcular-se sobre uma base de que faria parte ... a remuneração a calcular. E não é o subsídio de Natal uma prestação “regular e periódica”, obrigatória e integrante da “contrapartida trabalho?” Se é, não deveria (...) o seu valor ser considerado no cálculo do ... subsídio de Natal?»

Ora, no artigo 146.º da Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas, distinguem-se precisamente:

- A remuneração base;
- Os suplementos remuneratórios; e
- Os prémios de desempenho.

Por seu turno, a remuneração base é, nos termos do artigo 150.º, n.º 1, «o montante pecuniário correspondente ao nível remuneratório da posição remuneratória onde o trabalhador se encontra na categoria de que é titular ou do cargo exercido em comissão de serviço».

Por isso, qualquer prestação pecuniária paga ao trabalhador que exceda o montante próprio do nível remuneratório e da posição em que se encontra não é remuneração base.

É paga, cada ano, em 14 prestações, «correspondendo uma delas ao subsídio de Natal e outra ao subsídio de férias» (n.º 2), o que não significa que esse atributo seja um traço identificador da remuneração base.

E, de novo, convocando ANTÓNIO MONTEIRO FERNANDES¹³⁰, dir-se-á o seguinte:

¹²⁹ A noção de retribuição no regime do contrato de trabalho: uma revisão da matéria, in *Estudos dedicados ao Professor Doutor Bernardo da Gama Lobo Xavier*, Volume I, Universidade Católica Editora, Lisboa, 2015, p. 304 e seguinte.

¹³⁰ Local citado, p. 306. Itálico no original.

«Assim, a determinação dos valores a tomar em conta na fixação do montante de certas prestações, como o subsídio de férias ou o subsídio de Natal, em função de referências normativas como a de “retribuição mensal”, só pode corretamente alcançar-se através da ponderação da *razão de ser das prestações* que se trata de apurar – nos casos, o subsídio de férias ou o subsídio de Natal – e da *função que lhes cabe no equilíbrio contratual* subjacente às relações de trabalho. Só assim — partindo do “sentido de resultado” para a identificação dos componentes — se pode erradicar todo o risco de circularidade^(X) e, portanto, de disfunção na fisiologia do sistema remuneratório»

Apesar de calculados a partir do valor da remuneração base, os subsídios de férias e de Natal, não constituem remuneração base.

Nem por isso, contudo, deixam de possuir natureza sinalagmática e de ter um escopo remuneratório, como notam DAVID FALCÃO/SÉRGIO TENREIRO TOMÁS¹³¹:

«Os subsídios de férias e Natal, bem como a retribuição durante o período de férias são, pela sua periodicidade, parcelas retributivas corresponsivas da retribuição global, apesar de não terem diretamente uma relação de corresponsividade ou contrapartida direta com o trabalho prestado».

São ambos subsídios anuais: o subsídio de férias, visando efetivar o direito ao repouso e o de Natal «um puro suplemento remuneratório» (ANTÓNIO MENEZES CORDEIRO¹³²). Na verdade, o subsídio de Natal constitui uma remuneração qualificada do trabalho prestado no mês de novembro, que, socialmente tem por fundamento o acréscimo dos encargos familiares com as festas tradicionais próprias da época¹³³.

Por conseguinte, não acompanhamos a posição sustentada pela Direção-Geral da Saúde, segundo a qual, o suplemento remuneratório inerente ao regime de dedicação plena, por ser abonado com os subsídios de férias e de Natal, constituiria uma prestação livre na causa, alheia, por completo, ao serviço efetivo prestado ou à disponibilidade para o prestar.

^(X) Isto é, de determinação de valores com base noutros que se calculam com base nos primeiros.

¹³¹ *Lições de Direito do Trabalho (A Relação Individual de Trabalho)*, 13.ª edição, Ed. Almedina, Coimbra, 2024, p. 249.

¹³² *Direito do Trabalho, II (Direito Individual)*, Ed. Almedina, Coimbra, 2019, p. 709.

¹³³ Ainda que situando o pagamento do mês de férias nas prestações sem contrapartida com a atividade, PEDRO ROMANO MARTÍNEZ considera-o como retribuição (*Direito do Trabalho*, 11.ª edição, Ed. Almedina, Coimbra, 2023, p. 591).

Nem podemos acompanhar a conclusão dali retirada: de que o suplemento remuneratório decorreria simplesmente da integração na carreira especial médica, na área da saúde pública.

§55. — Os suplementos remuneratórios, como faz notar PAULO VEIGA E MOURA¹³⁴, traduzem concretizações «do direito fundamental à retribuição segundo “a quantidade, natureza e qualidade do trabalho”».

Por isso, a Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas caracteriza-os nos termos seguintes:

«Artigo 159.º

(Condições de atribuição dos suplementos remuneratórios)

1 — São suplementos remuneratórios os acréscimos remuneratórios devidos pelo exercício de funções em postos de trabalho que apresentam condições mais exigentes relativamente a outros postos de trabalho caracterizados por idêntico cargo ou por idênticas carreira e categoria.

2 — Os suplementos remuneratórios estão referenciados ao exercício de funções nos postos de trabalho referidos na primeira parte do número anterior, sendo apenas devidos a quem os ocupe.

3 — São devidos suplementos remuneratórios quando trabalhadores, em postos de trabalho determinados nos termos do n.º 1, sofram, no exercício das suas funções, condições de trabalho mais exigentes:

a) De forma anormal e transitória, designadamente as decorrentes de prestação de trabalho suplementar, noturno, em dias de descanso semanal, complementar e feriados e fora do local normal de trabalho; ou

b) De forma permanente, designadamente as decorrentes de prestação de trabalho arriscado, penoso ou insalubre, por turnos, em zonas periféricas, com isenção de horário e de secretariado de direção.

4 — Os suplementos remuneratórios são apenas devidos enquanto perdurem as condições de trabalho que determinaram a sua atribuição e haja exercício de funções efetivo ou como tal considerado em lei.

¹³⁴ *Função Pública: Regime Jurídico, Direitos e Deveres dos Funcionários e Agentes*, 1.º Volume, Coimbra Editora, 1999, p. 312.

5 — Os suplementos remuneratórios devem ser fixados em montantes pecuniários e só excepcionalmente podem ser fixados em percentagem da remuneração base mensal.

6 — Os suplementos remuneratórios são criados por lei, podendo ser regulamentados por instrumento de regulamentação coletiva de trabalho.»

O n.º 2 e o n.º 4 mostram-se especialmente eloquentes a respeito do nexos entre os suplementos remuneratórios e o efetivo exercício de funções ou, pelo menos, uma sua ficção legal — «como tal considerado em lei».

Ao contrastar a Lei n.º 12-A/2008, de 27 de fevereiro, com o regime precedente¹³⁵, este corpo consultivo pôde confirmar, no Parecer n.º 36/2009, de 1 de fevereiro de 2010¹³⁶, que se tinha reforçado a relação entre suplementos remuneratórios e o efetivo exercício de determinadas funções:

«Continuam a constituir acréscimos à remuneração base, visando remunerar o trabalhador pelas específicas condições em que o trabalho é prestado ou pelas particularidades que envolvem a sua execução, apenas são devidos se e enquanto perdurarem as condições específicas e concretas que os determinam e, no caso dos trabalhadores em regime de nomeação, continuam a ser criados por ato legislativo.

Porém, no novo regime, o legislador deu especial relevância às particularidades e exigências de cada posto de trabalho e já não de determinada categoria, carreira ou função. Esse é um elemento distintivo essencial do qual decorre, segundo VEIGA E MOURA e CÁTIA ARRIMAR^(X) que «não haverá suplemento por a carreira, categoria ou cargo envolver uma especificidade inexistente noutras carreiras, categorias ou cargos, mas apenas quando no interior da mesma carreira, categoria ou cargo existirem postos de trabalho que fazem apelo a exigências acrescidas em face dos demais postos de trabalho de idêntica carreira, categoria ou cargo».

¹³⁵ Do Decreto-Lei n.º 184/89, de 2 de junho.

¹³⁶ *Diário da República*, 2.ª Série, de 26 de março de 2010. Na mesma linha, v. Parecer n.º 5/2011, de 3 de março de 2011 (inédito),

^(X) Obra citada, página 155.

E já o voltou a afirmar em repetidas ocasiões¹³⁷ sob a vigência da Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas, cujo artigo 159.º vimos de recender.

§56. — Aclarou-se, no Parecer n.º 4/2023, de 2 de junho¹³⁸, que «Os suplementos remuneratórios são acréscimos à remuneração base, visando abonar o trabalhador pelas específicas condições de trabalho e pelas particularidades da sua execução.»

Neste sentido, o Decreto-Lei n.º 25/2015, de 6 de fevereiro¹³⁹, regulou de modo mais preciso o regime dos suplementos remuneratórios no trabalho em funções públicas.

Embora sem valor reforçado com relação aos atos legislativos que criem ou modifiquem suplementos remuneratórios, procurou circunscrever os fundamentos da sua atribuição e possui um elevado valor hermenêutico:

«Artigo 2.º

(Fundamentos de atribuição de suplementos remuneratórios)

1 — A atribuição de suplementos remuneratórios só é devida quando as condições específicas ou mais exigentes não tenham sido consideradas, expressamente, na fixação da remuneração base da carreira ou cargo, e enquanto perdurem as condições de trabalho que determinaram a sua atribuição e haja exercício de funções efetivo ou como tal considerado em lei.

2 — Constituem fundamento para a atribuição de suplemento remuneratório com carácter permanente, as obrigações ou condições específicas seguintes:

- a) Disponibilidade permanente para a prestação de trabalho a qualquer hora e em qualquer dia, sempre que solicitada pela entidade empregadora pública;
- b) Prevenção ou piquete para assegurar o funcionamento ininterrupto do órgão ou serviço;
- c) Isenção de horário de trabalho;

¹³⁷ V. Parecer n.º 26/2020, de 18 de fevereiro de 2021 (local citado), Parecer n.º 18/2020, de 10 de setembro (local citado), Parecer n.º 25/2016, de 15 de dezembro (inérito), Parecer n.º 5/2016, de 7 de abril (citado), Parecer n.º 18/2015, de 9 de julho (inérito).

¹³⁸ Aguarda edição.

¹³⁹ Explicita as obrigações ou condições específicas que podem fundamentar a atribuição de suplementos remuneratórios aos trabalhadores abrangidos pela Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas (LTFP), aprovada pela Lei n.º 35/2014, de 20 de junho, bem como a forma da sua integração na Tabela Única de Suplementos (TUS).

- d) Penosidade da atividade ou tarefa realizada originando sobrecarga física ou psíquica ou originada pelo horário em que é prestada a função;
- e) Risco inerente à natureza das atividades e tarefas concretamente cometidas, de investigação criminal, ou de apoio à investigação criminal, proteção e socorro, informações de segurança, segurança pública, quer em meio livre, quer em meio institucional, fiscalização e inspeção;
- f) Insalubridade suscetível de degradar o estado de saúde do trabalhador devido aos meios utilizados ou pelas condições climatéricas ou ambientais inerentes à prestação do trabalho;
- g) Manuseamento ou guarda de valores, numerário, títulos ou documentos representativos de valores ou numerário;
- h) Alojamento ou residência determinada pelo Estado, sem possibilidade de usufruir de alojamento ou residência facultado pelo Estado;
- i) Necessidades de representação do cargo ou função;
- j) Exercício de funções de administração e cobrança tributária e aduaneira.

3 — Constituem fundamento para a atribuição de suplemento remuneratório com carácter transitório, as seguintes obrigações temporárias ou condições específicas delimitadas no tempo:

- a) Missão humanitária e de paz;
- b) Mudança ou alteração temporária do local de trabalho determinada pelo Estado, sem possibilidade de usufruir de alojamento ou residência facultado pelo Estado;
- c) Prevenção ou piquete temporário;
- d) Trabalho suplementar;
- e) Trabalho noturno ocasional;
- f) Exercício de funções de coordenação, quando legalmente previstas e não integradas em categoria ou cargo;
- g) Exercício de funções nas Regiões Autónomas por trabalhadores com vínculo de emprego público afetos a órgão ou serviço sediado no continente e cuja deslocação seja da iniciativa do órgão ou serviço.

4 — Os suplementos remuneratórios a que se refere o n.º 2, bem como os do n.º 3 quando a situação que os originou se prolongue por mais de um ano, são devidos e pagos em 12 meses por ano.»

O suplemento remuneratório previsto no regime de dedicação plena enquadra-se na categoria de suplementos do n.º 2: aqueles que remuneram as condições de trabalho particularmente onerosas ou exigentes do regime de dedicação plena e que não são comuns a toda a carreira especial médica.

No caso dos médicos de saúde pública, a relação sinalagmática é estabelecida com a prestação de cinco horas semanais de trabalho complementar, num período alargado dos dias úteis, de modo a assegurar o normal funcionamento dos serviços ou estabelecimentos de saúde onde os trabalhadores prestam a sua atividade (artigo 18.º, n.º 3, do Decreto-Lei n.º 103/2023, de 7 de novembro).

De acordo com o artigo 2.º, n.º 4, do Decreto-Lei n.º 25/2015, 6 de fevereiro, haveria de ser pago em 12 prestações por ano, incluindo, pois, o mês de férias, mas nada impede o legislador de fracionar o seu pagamento em 14 prestações por ano.

§57. — Não pode extrair-se de tal disposição, sem incorrer em petição de princípio, que todas as prestações remuneratórias pagas com os subsídios de férias e de Natal se convertem em remuneração base ou que são devidas independentemente das condições diferenciadas em que o trabalho é prestado.

Trata-se apenas de redistribuir por 14 prestações um suplemento que, de outro modo, seria fracionado em 12, mas de montante superior.

Refira-se, aliás, que o subsídio de Natal não perdeu a sua natureza quando, entre 2013 e 2017 foi pago em duodécimos¹⁴⁰.

Em síntese, o suplemento remuneratório próprio do regime de dedicação plena harmoniza-se, plenamente com este regime:

«Artigo 4.º

(Valor dos suplementos remuneratórios)

1 — O valor do suplemento remuneratório deve considerar o conjunto das obrigações ou condições específicas identificadas para o posto de

¹⁴⁰ Assim, de acordo com o artigo 28.º, n.º 1, da Lei n.º 66-B/2012, de 31 de dezembro, «Durante a vigência do Programa de Assistência Económica e Financeira (PAEF), o subsídio de Natal ou quaisquer prestações correspondentes ao 13.º mês a que as pessoas a que se refere o n.º 9 do artigo anterior tenham direito, nos termos legais, é pago mensalmente, por duodécimos.». E, nos termos do artigo 29.º, n.º 1, seria suspenso o pagamento do subsídio de férias ou quaisquer prestações correspondentes ao 14.º mês às pessoas a que se referia o n.º 9 do artigo 27.º cuja remuneração base mensal fosse superior a € 1100,00. Só a Lei n.º 114/2017, de 28 de dezembro, faria retomar o pagamento do subsídio de Natal, por inteiro, no mês de novembro.

trabalho, salvo os elementos ocasionais ou não permanentes, de acordo com os níveis definidos no diploma legal que o cria.

2 — O número máximo de níveis a prever nos termos do número anterior é de 10.

3 — O valor dos suplementos remuneratórios é fixado em montante pecuniário e apenas excecionalmente em percentagem da remuneração base, não sendo atualizados, em regra, com a progressão na carreira.

4 — Os suplementos remuneratórios por trabalho noturno, de turno e por trabalho suplementar são fixados em percentagem da remuneração base mensal.»

Se é certo que, de acordo com o artigo 4.º, n.º 3, o valor do suplemento deveria ser fixado em montante pecuniário, a verdade é que o mesmo preceito admite, embora excecionalmente, que os suplementos sejam fixados «em percentagem da remuneração base», desde que não sejam atualizados, «em regra, com a progressão na carreira.»

Aliás, «os suplementos remuneratórios por trabalho noturno, de turno e por trabalho suplementar» devem ser fixados em percentagem da remuneração base mensal (n.º 4).

Ora, o trabalho complementar associado ao regime de dedicação plena, pese embora não represente trabalho suplementar, nem noturno, nem por turnos, é prestado para além do período normal de trabalho, pelo que a sua natureza até se encontra mais próxima deste tipo de suplementos remuneratórios do que poderia parecer.

Por outro lado, o trabalho prestado em consequência do regime de chamada é, agora, considerado trabalho suplementar. Como tal, as limitações impostas pelo regime de disponibilidade relativa encontram-se estreitamente associadas à eventual prestação de trabalho suplementar, que pode ser noturno e recair em dias de descanso.

O acréscimo calculado sobre o montante da remuneração base (25%) retribui, especificamente, as cinco horas de atividade complementar, como se dispõe no artigo 18.º, n.º 8, do Decreto-Lei n.º 103/2023, de 7 de novembro.

E se, de acordo com o n.º 9, é refletido «no cálculo dos subsídios de férias e de Natal» por igual acréscimo de 25%, nem por isso deixa de constituir um suplemento remuneratório, segundo a expressão que o legislador não hesitou em empregar.

No mês de férias, é certo, o médico não presta serviço efetivo e são-lhe pagos remuneração base com suplemento remuneratório e subsídio de férias com suplemento remuneratório, mas perdura, não obstante, o sinalagma.

Além de se pretender fomentar o repouso do trabalhador, procura-se recompensá-lo pelo desgaste e penosidade superiores, decorrentes do tempo de trabalho complementar prestado ao longo do ano. Desgaste e penosidade comuns a todos os trabalhadores médicos. Desgaste e penosidade agravados, no caso dos profissionais de saúde em dedicação plena.

Nada impede o legislador de distribuir o seu abono por um maior número de prestações sem com isso converter o suplemento em remuneração base¹⁴¹ ou o privar do sinalagma com as circunstâncias diferenciadas em que o trabalho foi prestado ao longo do ano.

§58. — A respeito de norma análoga, contida no Decreto-Lei n.º 437/91, de 8 de novembro¹⁴², atinente ao regime de tempo acrescido na carreira de enfermagem, considerámos no já citado Parecer n.º 31/2010, de 16 de setembro, o seguinte:

«Na verdade, pode causar alguma perplexidade o facto de o acréscimo remuneratório correspondente ao regime de horário acrescido relevar para efeitos de pagamento dos subsídios de férias e de Natal e de fixação da pensão de aposentação (...).

¹⁴¹ O que não impede que, para efeitos diversos, um suplemento remuneratório seja considerado parte da remuneração. Assim, considerou o Tribunal Central Administrativo Sul, em acórdão de 30 de janeiro de 2020 (Proc.º I 726/11.3BELSB) que o suplemento remuneratório pelo desempenho das funções de Adjunto do Diretor, «é de atribuição obrigatória para os funcionários que reúnam os requisitos e efetivamente exerçam funções no âmbito da administração escolar como Adjuntos do Diretor da Escola e tem carácter permanente (e não meramente esporádico ou anormal), pois é devido ao docente durante o período em que exercer as referidas funções», daí retirando que «tal suplemento remuneratório constitui remuneração para efeitos do Estatuto da Aposentação, sujeita a descontos para a aposentação, nos termos do artigo 6.º do Estatuto da Aposentação, e a considerar para cálculo da pensão, nos termos dos artigos 47.º, n.º 1, al b) e 48.º do E.A.»

¹⁴² Antigo regime da carreira de enfermagem, aplicável aos enfermeiros providos em lugares de quadro ou mapas de pessoal dos estabelecimentos e serviços dependentes do Ministério da Saúde, aos enfermeiros dos organismos dependentes de outros ministérios, ou por eles tutelados, onde se encontra prevista a carreira de enfermagem, e às Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira, sem prejuízo das competências administrativas dos serviços regionais, e ainda a enfermeiros deste âmbito em contrato administrativo de provimento (agentes). De acordo com o artigo 55.º, ao regime de tempo acrescido «corresponde um acréscimo remuneratório de 37% da remuneração base, o qual só é devido em situação de prestação efetiva de trabalho» (n.º 3), relevando para efeitos de pagamento dos subsídios de férias e de Natal (n.º 7). Apesar da revogação do Decreto-Lei n.º 437/91, de 8 de novembro, pelo Decreto-Lei n.º 248/2009, de 22 de setembro, o artigo 55.º foi mantido em vigor (artigo 28.º).

Numa sobrevalorização destes efeitos poderia aventar-se a hipótese de o acréscimo integrar a remuneração base. Não cremos que seja assim. Trata-se de opção legislativa baseada porventura na circunstância de as necessidades dos serviços imporem a manutenção dessa modalidade de trabalho durante um período que pode ser longo, fator que, no plano dogmático, não afeta a qualificação do acréscimo de 37% da remuneração base como suplemento remuneratório.

Esta qualificação não é perturbada pela alusão feita, no n.º 3 do artigo 55.º, à remuneração base, aqui utilizada tão-só como ponto de referência para o cálculo do acréscimo remuneratório, procedimento que à data era considerado comum em matéria de fixação do montante de suplementos.»

E prosseguiu este corpo consultivo, naquele Parecer, com a caracterização do acréscimo remuneratório, fazendo notar que, na sua génese, encontrava-se a modalidade de trabalho em causa:

«Na origem do regime de trabalho acrescido está o recurso ao trabalho extraordinário, suplemento tipificado na lei que consiste na compensação atribuída ao trabalhador pelo trabalho prestado para além da sua jornada diária de trabalho. A necessidade do recurso massivo ao trabalho extraordinário terá conduzido à ponderação de um regime alternativo, traduzido no alargamento do período de trabalho com atribuição regular do correspondente acréscimo remuneratório.

Assim se compreende o relevo que o Despacho n.º 27.144/2005 (2.ª série) confere às horas extraordinárias no processo de atribuição do horário acrescido: um dos elementos a ponderar é o número de horas extraordinárias praticadas nos últimos 12 meses no estabelecimento ou serviço proponente [n.º 1, alínea c)] e, na análise da vantagem económica do recurso ao horário de tempo acrescido, a metodologia utilizada consiste em calcular os encargos correspondentes à atribuição dos horários acrescidos propostos, comparativamente com os encargos decorrentes do correspondente pagamento de horas extraordinárias [cf. n.º 2, alínea iii), e Circular Normativa n.º 1, de 12 de Janeiro de 2006].

[...]

Consideramos, pelas razões expostas, que o acréscimo de 37% da remuneração base, previsto no n.º 3 do artigo 55.º do Decreto-Lei n.º 437/91, de 8 de novembro, para o regime de horário acrescido na

carreira de enfermagem, reveste a natureza de suplemento remuneratório.»

O Tribunal da Relação do Porto, por acórdão de 7 de novembro de 2022¹⁴³, relativo a enfermeiro com contrato individual de trabalho (Decreto-Lei n.º 247/2009, de 22 de setembro), entendeu que «para a atribuição do suplemento de €150,00 a que se reporta o citado artigo 4.º, n.º 3, não basta que o enfermeiro se encontre habilitado com o título de enfermeiro especialista, sendo ainda necessário que desenvolva o conteúdo funcional previsto nas alíneas j) a p) do n.º 1 do artigo 9.º do Decreto-Lei n.º 248/2009 [e, de forma similar, no artigo 9.º, do Decreto-Lei n.º 247/2009], não se exigindo, todavia, o exercício cumulativo de todas as funções previstas nestas alíneas.»

De igual modo, acordou o Tribunal Central Administrativo Norte, em 2 de junho de 2021¹⁴⁴, na necessidade de correspondência entre as funções exercidas e o percebimento do suplemento remuneratório:

«Para que os trabalhadores da Apelante, com a categoria de assistentes técnicos, pudessem usufruir da perção do abono para falhas, era imperativo, na vigência do Decreto-Lei n.º 4/89, de 6 de junho, e Despacho n.º 15.409, de 30 de junho, que ocupassem, cada um deles, no mapa de pessoal do respetivo serviço, posto de trabalho nas áreas de tesouraria ou cobrança que envolvesse a responsabilidade inerente ao manuseamento ou guarda de valores, numerário, títulos ou documentos.»

Bem andou, pois, a ACSS, I.P., ao ter considerado na informação elaborada que o suplemento remuneratório de 25%, associado ao regime de dedicação plena, no caso dos médicos da área profissional de saúde pública, visa retribuir o esforço despendido com o alargamento do horário de funcionamento dos serviços ou estabelecimentos de saúde em que os trabalhadores médicos se acham integrados, nos dias úteis das 8 horas às 20 horas, além de obrigados, a permanecerem contactáveis e a apresentarem-se ao serviço fora do horário para darem resposta a emergências de saúde pública ou praticarem atos inadiáveis ou imprescindíveis, quando escalados para o efeito.

Informação essa que, muito avisadamente, fez notar que o regime de dedicação plena representa, para os médicos de saúde pública, um aumento da atividade assistencial, ao acrescentar cinco horas complementares de atividade prestacional de cuidados ou serviços de saúde ao período normal de trabalho:

¹⁴³ 4.ª Secção, Proc. 8027/20.0T8PRT.P1.

¹⁴⁴ 1.ª Secção, Proc. 00407/19.0BEVIS.

«Na verdade, para os médicos de Saúde Pública essa onerosidade da redução do PNT para as 35h, complementando-o com as 5h adicionais e o consequente aumento do valor hora para efeitos de pagamento de trabalho extraordinário resulta do artigo 18.º do Decreto-Lei n.º 103/2023, de 7 de novembro, na sua redação atual.»

E, por isso, bem considerou a Senhora Diretora do Departamento de Planeamento e Gestão de Recursos Humanos na Saúde, em 26 de março de 2024, que «o suplemento remuneratório de dedicação plena é incompatível com a designação para cargos de Direção Superior de 1.º e 2.º Grau.»

XXII.

Da compatibilidade entre o regime de dedicação plena e o exercício das funções de autoridade de saúde.

§59. — Contudo, o artigo 18.º, n.º 10, do Decreto-Lei n.º 103/2023, de 7 de novembro, não exclui do regime de dedicação plena os médicos que exerçam funções de autoridade de saúde.

Pelo contrário, ali se ressalva o seguinte:

«O disposto no presente artigo é compatível com o exercício de funções de autoridade de saúde.»

Dir-se-ia que esta norma indexaria o desempenho das funções de autoridade de saúde ao regime de dedicação plena.

A verdade, porém, é que tal disposição não permite afirmar mais do que ali se enuncia: que o regime de dedicação plena é compatível com o exercício de funções de autoridade de saúde, i.e., que o exercício de funções de autoridade de saúde, por si próprio, não afasta a aplicação do regime ao médico de saúde pública investido no cargo.

Mas, pressupõe, naturalmente que tais funções sejam exercidas em dedicação plena.

E, de modo algum, permite afirmar que o regime é, igualmente compatível com o exercício de cargos de direção superior ou intermédia, compreendidos pelo EPDAPE.

Quanto ao médico de saúde pública que exerça funções de autoridade de saúde e ao qual não se aplique o EPDAPE, não se levantam problemas de

compatibilidade. O regime de dedicação plena aplica-se integralmente, a menos que o médico a ela renuncie, continuando a perceber o subsídio de disponibilidade permanente.

Tivemos oportunidade de verificar que o regime de dedicação plena não permite o abono do suplemento de disponibilidade permanente, o que bem se compreende em vista da qualificação do trabalho consequente como trabalho suplementar e que, embora partindo da obrigação de permanecer contactável e de se apresentar ao serviço fora do horário de funcionamento, de modo a dar resposta a uma emergência de saúde pública ou a realizar atos de natureza inadiável ou imprescindível, obedece, agora, a escalas previamente divulgadas (artigo 18.º, n.ºs 5 e 6, do Decreto-Lei n.º 103/2023, de 7 de novembro).

O antigo suplemento permanece abonado apenas aos médicos de saúde pública — com ou sem funções de autoridade de saúde — que tenham renunciado ao regime de dedicação plena. Por seu turno, o trabalho que prestarem como consequência dessa obrigação não é considerado suplementar.

O artigo 18.º, n.º 10, do Decreto-Lei n.º 103/2023, de 7 de novembro, ao afirmar que o regime de dedicação plena é compatível com o exercício de funções de autoridade de saúde, não afirma que um e outro estatuto sejam indissociáveis. Não garante que o exercício de funções de autoridade de saúde exija o regime de dedicação plena, que haja uma relação de conformidade entre ambos. Apenas garante que não há uma incompatibilidade de princípio.

O escopo desta norma é o de dissipar dúvidas acerca da exclusão dos médicos da área da saúde pública investidos, apenas, como autoridades de saúde e que, por inerência, desempenhem outras funções de saúde pública, ao nível local ou nas ARS.

O regime de dedicação plena — diz o preceito — é compatível com o exercício de funções de autoridade de saúde, mas não é, porém, uma consequência inelutável, em especial, para quem desempenhe as funções de autoridade de saúde por inerência, como sucede com o diretor-geral da Saúde.

A *compatibilidade* a que se refere o citado artigo 18.º, n.º 10, do Decreto-Lei n.º 103/2023, de 7 de novembro, não representa *conformidade* e, por conseguinte, não permite derrogar o artigo 31.º, n.º 3, do EPDAPE, nem o disposto no artigo 154.º, n.º 1, da Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas, na parte em que restringem a opção do nomeado à remuneração base.

Apenas se admite que as funções de autoridade de saúde sejam desempenhadas por médico de saúde pública em regime de dedicação plena, mas não determina que as funções de autoridade de saúde importem o regime de dedicação plena.

Por conseguinte, se o médico investido nas funções de autoridade de saúde não puder cumprir as obrigações inerentes ao regime de dedicação plena, designadamente por exercer cargo dirigente compreendido no EPDAPE, cessa a compatibilidade, ou melhor dizendo, desponta a incompatibilidade.

§60. — A isto acresce, no caso da autoridade de saúde nacional, que as funções decorrentes do cargo são exercidas por inerência a um cargo dirigente em regime de isenção de horário, pelo que o trabalho que vier a ser prestado fora do período normal de trabalho já se considera remunerado.

Isto, ao contrário, precisamente, do que sucede com as demais autoridades de saúde, cujos cargos diretivos são, ao invés, esses sim, exercidos por inerência.

Já no Parecer n.º 49/84, de 11 de outubro¹⁴⁵, este corpo consultivo fora chamado a pronunciar-se acerca da inerência no cargo de delegado de saúde, concluindo o seguinte:

«1 — Os médicos municipais, a partir da entrada em vigor do Decreto-Lei n.º 373/79, de 8 de setembro, acumulando, ou não, o cargo de delegado ou subdelegado de saúde, puderam manter o regime de trabalho até aí praticado ou requerer a passagem aos regimes de tempo completo ou parcial, nos termos do artigo 11.º daquele diploma legal;

2 — O exercício de funções segundo o regime de trabalho — de permanente disponibilidade — até essa data praticado, a que corresponde o vencimento da letra "F", a pagar pelas autarquias locais, continuou a ser compatível, com o exercício, por inerência, e remunerável com vencimento complementar, dos referidos cargos de delegado e subdelegado de saúde;

3 — A passagem dos médicos municipais ao regime de tempo completo, com direito ao vencimento da letra "F", implicava a cessação das funções de delegado ou subdelegado de saúde;

4 — A passagem dos médicos municipais ao regime de tempo parcial, remunerável pelas autarquias locais nos termos do n.º 2 do artigo 19.º

¹⁴⁵ *Diário da República*, n.º 74, 2.ª Série, de 29 de março de 1985.

do Decreto-Lei n.º 373/79, tendo por base o vencimento da letra "F", era compatível com o exercício de funções, em acumulação e por inerência legal, dos referidos cargos da carreira de saúde pública».

A inerência não constitui sequer acumulação de funções¹⁴⁶, antes representa, valendo-nos de MARCELLO CAETANO¹⁴⁷, a «investidura obrigatória num cargo por disposição legal, em virtude do exercício de outro cargo.»

Aliás, à exclusividade dos titulares de cargos de direção superior do 1.º grau e do 2.º grau, e equiparados, enquanto titulares de altos cargos públicos, segundo a Lei n.º 52/2019, de 31 de julho¹⁴⁸ (artigo 3.º, n.º 1, alínea f)), é subtraído, precisamente o exercício das funções ou atividades derivadas do cargo e das que são exercidas por inerência (artigo 6.º, n.º 2, alínea a)).

Como tal, o facto de a Senhora Diretora-Geral da Saúde exercer, inerentemente, as funções de autoridade de saúde em nada a subtrai ao Estatuto por que foi nomeada: o Estatuto do Pessoal Dirigente da Administração Pública do Estado.

Não obstante o regime de dedicação plena ser compatível com tais funções (artigo 18.º, n.º 10, do Decreto-Lei n.º 103/2023, de 7 de novembro), o cargo de direção superior que exerce não o é.

A incompatibilidade decorre, não do exercício, por inerência, das funções de autoridade de saúde, mas do cargo de direção superior em que se encontra investida.

¹⁴⁶ Sobre inerência de cargos ou funções, v. Acórdão do Supremo Tribunal Administrativo, 2.ª Subsecção, de 17 de janeiro de 2007 (Proc. 993/06), Acórdão do Tribunal Central Administrativo Sul, de 10 de novembro de 2005 (Proc. 12206/03). Do Conselho Consultivo da Procuradoria-Geral da República, além do parecer citado, v. Parecer n.º 18/2015, de 9 de julho, Parecer n.º 11/2010, de 3 de março de 2011 (inérito), Parecer n.º 161/2003, de 17 de junho de 2004 (inérito), Parecer n.º 80/2003, de 15 de janeiro de 2004 (*Diário da República*, 2.ª Série, de 27 de março de 2004), Parecer n.º 24/2003, de 26 de junho (inérito), Parecer n.º 2/97, de 10 de abril de 1997, in *Diário da República*, n.º 283, 2.ª Série, de 9 de dezembro de 1997, Parecer n.º 45/87, de 28 de janeiro de 1988 (*Diário da República*, n.º 289, 2.ª Série, de 16 de dezembro de 1988), Parecer n.º 25/66, de 30 de junho (inérito).

¹⁴⁷ *Manual de Direito Administrativo*, Vol. II, 9.ª edição (2.ª reimpressão), Livraria Almedina, Coimbra, 1983, p. 654.

¹⁴⁸ Regime do Exercício de Funções por Titulares de Cargos Políticos e Altos Cargos Públicos. A atual redação é fruto de sucessivas alterações: primeiro, pela Lei n.º 69/2020, de 9 de novembro, depois, pela Lei n.º 58/2021, de 18 de agosto, pela Lei n.º 4/2022, de 6 de janeiro, pela Lei n.º 25/2024, de 20 de fevereiro, e pela Lei n.º 26/2024, de 20 de fevereiro.

XXIII.

Da incompatibilidade entre dedicação plena e o exercício de cargos dirigentes na administração direta do Estado.

§61. — Haveremos, então, de responder perentoriamente à primeira das perguntas contidas no pedido de consulta.

A resposta é negativa como já se fora descortinando a partir dos elementos que fomos recolhendo e das considerações que foram sendo formuladas.

É certo que o regime de dedicação plena dos trabalhadores médicos na área da saúde pública não se circunscreve ao Serviço Nacional de Saúde, como poderia sugerir o aparente vínculo entre o Decreto-Lei n.º 103/2023, de 7 de novembro, e o Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto (Estatuto do Serviço Nacional de Saúde).

Não é por esse motivo, todavia, que se mostra inaplicável aos titulares de cargos dirigentes da Direção-Geral da Saúde e que sejam trabalhadores da carreira especial médica na área da saúde pública.

É porque a aplicação do regime de dedicação plena se revela, acima de tudo, um regime de organização do trabalho, tal como foi acentuado pelo Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, através do artigo 16.º-A, aditado ao Estatuto do Serviço Nacional de Saúde.

Assim, quando no artigo 18.º, n.º 1, do Decreto-Lei n.º 103/2023, de 7 de novembro, se dispõe que «os trabalhadores médicos da área de saúde pública, consideram-se, salvo oposição expressa dos próprios, sujeitos ao regime de dedicação plena», não basta verificar se um determinado médico pertence à carreira naquela área profissional.

O elemento teleológico e o elemento sistemático¹⁴⁹ conduzem a uma interpretação ligeiramente restritiva da norma, ou melhor, revelam os limites implícitos da sua previsão.

Assim, da razão de ser do regime de dedicação plena, por um lado, e da sua coordenação com outros regimes da ordem jurídica, concernentes ao

¹⁴⁹ A respeito dos elementos da interpretação jurídica, v. Parecer n.º 16/2024, de 23 de maio, Parecer n.º 32/2017, de 19 de janeiro de 2018 (*Diário da República*, 2.ª Série, de 18 de abril de 2018), Parecer n.º 10/2016, de 16 de junho (*Diário da República*, 2.ª Série, de 13 de julho de 2016), Parecer n.º 11/2016, de 25 de maio (*Diário da República*, 2.ª Série, de 1 de junho de 2016), Parecer n.º 8/2014, de 25 de junho de 2015 (www.ministeriopublico.pt/pareceres), Parecer n.º 25/2014, de 5 de março de 2015 (*Diário da República*, 2.ª Série, de 30 de outubro de 2015), Parecer n.º 23/2014, de 12 de junho (*Diário da República*, 2.ª Série, de 30 de junho de 2014),

trabalho em funções públicas, por outro, decorrem pressupostos de aplicação que recortam negativamente o seu âmbito.

Por isso, o legislador, consciente de que o regime de dedicação plena iria suscitar questões de compatibilidade com outros regimes jurídicos, teve necessidade de cuidar expressamente da compatibilidade com as funções de autoridade de saúde (artigo 18.º, n.º 10, do Decreto-Lei n.º 103/2023, de 7 de novembro).

Ao nível sistemático, releva o artigo 4.º, n.º 3, alínea b), do Decreto-Lei n.º 103/2023, de 7 de novembro, quando considera o suplemento remuneratório como estando «associado à prestação das cinco horas complementares *de atividade assistencial*¹⁵⁰». Associação que surge reiterada no artigo 15.º, n.º 1, e no artigo 17.º, n.º 2.

O elemento sistemático, que JOÃO BAPTISTA MACHADO¹⁵¹ identifica com o «contexto da lei e os lugares paralelos», baseia-se, segundo o Autor, «no postulado da unidade intrínseca do ordenamento», de tal sorte que «é legítimo recorrer à norma mais clara e explícita para fixar a interpretação de outra norma (paralela) mais obscura ou ambígua».

Por isso, a interpretação e a aplicação das normas jurídicas constituem um processo dialético, nas palavras de KARL LARENZ¹⁵².

Como tal, o disposto no artigo 18.º, n.º 1, do Decreto-Lei n.º 103/2023, de 7 de novembro, não pode ser observado como indiferente a todas as demais normas que o rodeiam, que lhe dão sentido e que conformam a sua interpretação.

§62. — É inevitável considerar que um dos pressupostos implícitos de aplicação do artigo 18.º, n.º 1, do Decreto-Lei n.º 103/2023, de 7 de novembro, é o de o trabalhador se encontrar a praticar o conteúdo funcional próprio dos trabalhadores da carreira especial médica na área profissional de saúde pública (artigo 7.º-C do Decreto-Lei n.º 177/2009, de 4 de agosto).

Se um médico da área de saúde pública, em mobilidade, se encontra, exclusivamente, a exercer funções docentes, alheias à saúde pública, não obstante o desempenho de funções docentes constituir parte do conteúdo

¹⁵⁰ Itálico nosso.

¹⁵¹ *Introdução ao Direito e ao Discurso Legitimador*, Ed. Almedina, Coimbra, 1982, 21.ª reimpressão (2013), p. 183.

¹⁵² *Metodologia da Ciência do Direito*, tradução de JOSÉ LAMEGO, 7.ª edição, Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa, 2014, p. 293.

funcional de médico assistente (artigo 7.º-C, n.º 1, alínea j), do Decreto-Lei n.º 177/2009, de 4 de agosto) não pode ser-lhe aplicado o regime de dedicação plena. Não basta ser médico especialista em saúde pública.

A aplicação tem, ainda, como pressuposto que as funções estejam a ser exercidas em condições de o trabalhador médico poder cumprir as obrigações inerentes ao regime de dedicação plena.

É, mais uma vez, o elemento sistemático, rastreado em outras disposições do próprio regime que o revela.

Veja-se que as cinco horas de atividade complementar devem ser prestadas «de modo a assegurar o normal funcionamento dos serviços ou estabelecimentos de saúde onde os trabalhadores médicos da área de saúde pública estão integrados, nos dias úteis das 8 horas às 20 horas» (artigo 18.º, n.º 3, do Decreto-Lei n.º 103/2023, de 7 de novembro). Ora, não é possível dar cumprimento a uma das obrigações se o serviço ou estabelecimento encerrar às 17 horas.

Só deste modo pôde determinar-se aos centros de saúde, de acordo com o artigo 37.º, n.º 2, do ESNS, que assegurem «o seu funcionamento normal entre as 8 e as 20 horas nos dias úteis, podendo o horário de funcionamento ser alargado até às 24 horas, nos dias úteis, e aos sábados, domingos e feriados, em função das necessidades em saúde da população, características geodemográficas da área por eles abrangida e da disponibilidade de recursos».

Por fim, importa recordar que, o artigo 18.º, n.º 2, determina que o horário de trabalho dos trabalhadores médicos da área de saúde pública em dedicação plena tem por base um período normal de trabalho semanal de 35 horas.

Ao invés, os trabalhadores médicos a ocupar cargos de direção, em conformidade com o Estatuto do Pessoal Dirigente da Administração Pública do Estado não têm sequer horário de trabalho.

Encontram-se sob isenção de horário, não lhes sendo, «por isso, devida qualquer remuneração por trabalho prestado fora do período normal de trabalho» (artigo 13.º do EPDAPE).

§63. — Encontrando-se em comissão de serviço de direito público, podem, isso sim, optar pela remuneração base que lhes seria devida no lugar de origem (artigo 31.º, n.º 3, do EPDAPE, e artigo 154.º, n.º 1, da LGTFP), o que não significa aplicar-se-lhes o regime de dedicação plena, nem sequer o estatuto remuneratório daí decorrente.

Em especial, ficará de fora o suplemento remuneratório do regime de dedicação plena, mas também qualquer outro suplemento remuneratório que não seja intrínseco a uma condição estatutária pessoal.

Tal suplemento é um verdadeiro e próprio suplemento remuneratório e de nenhum modo pode considerar-se parte da remuneração base ou desvinculado da razão de ser que levou a instituí-lo.

Mas, por outro lado, se o dirigente optar pela remuneração base do regime de dedicação plena, não perde o abono para despesas de representação previsto no artigo 31.º, n.º 2, do EPDAPE, nem outras regalias que, eventualmente o compensem pelo exercício do cargo.

XXIV.

Da opção remuneratória pelo diretor clínico: o Estatuto do Gestor Público

§64. — Iremos, por fim, responder à segunda das perguntas veiculadas pelo pedido de consulta e que diz respeito ao direito de opção a exercer pelos membros dos conselhos de administração de unidades de saúde do SNS e que sejam médicos.

Trata-se, em especial, dos diretores clínicos, enquanto membros dos conselhos de administração dos hospitais, centros hospitalares, institutos de oncologia e unidades locais de saúde integrados no setor empresarial do Estado.

Vale a pena tomar em linha de conta o que cumpre ao diretor clínico¹⁵³, nos termos do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde:

«Artigo 73.º

(Diretor clínico)

Compete ao diretor clínico a coordenação da atividade assistencial do estabelecimento de saúde, E. P. E., ou estabelecimentos de saúde, S. P. A., que inclui a qualidade e prontidão dos cuidados de saúde prestados e, designadamente:

a) Coordenar a elaboração dos planos de ação apresentados pelos vários serviços e departamentos de ação médica e, no caso do estabelecimento de saúde, E. P. E., que assuma a forma de ULS, igualmente pelas

¹⁵³ Para uma caracterização das funções do diretor clínico, v. MARIA JOÃO ESTORNINHO/TIAGO MACIEIRINHA, obra citada, p. 138 e seguinte.

unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários, a integrar no plano de ação global do estabelecimento;

b) Assegurar uma integração adequada da atividade médica dos serviços e departamentos, e, no caso do estabelecimento de saúde, E. P. E., que assuma a forma de ULS, igualmente das unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários;

c) Propor medidas necessárias à melhoria das estruturas organizativas, funcionais e físicas dos serviços de ação médica e, no caso do estabelecimento de saúde, E. P. E., que assuma a forma de ULS, igualmente das unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários, dentro de parâmetros de eficiência e eficácia reconhecidos, que produzam os melhores resultados face às tecnologias disponíveis;

d) Promover o desenvolvimento de atividades de investigação clínica e inovação em saúde;

e) Aprovar as orientações clínicas relativas à prescrição de medicamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica, bem como os protocolos clínicos adequados às patologias mais frequentes, respondendo perante o conselho de administração pela sua adequação em termos de qualidade e de custo-benefício;

f) Desenvolver a implementação de instrumentos de garantia de qualidade técnica dos cuidados de saúde, em especial no que diz respeito aos indicadores de desempenho assistencial e segurança dos doentes, reportando e propondo correção em caso de desvios;

g) Decidir sobre conflitos de natureza técnica entre serviços de ação médica;

h) Decidir as dúvidas que lhe sejam presentes sobre deontologia médica, desde que não seja possível o recurso, em tempo útil, à comissão de ética;

i) Participar na gestão do pessoal médico, designadamente nos processos de admissão e mobilidade interna, ouvidos os respetivos diretores de serviço;

j) Promover e acompanhar o processo de avaliação do pessoal médico;

k) Acompanhar e avaliar sistematicamente outros aspetos relacionados com o exercício da medicina e com a formação médica, promovendo a sua atualização permanente.»

As funções de diretor clínico não coincidem com as dos «trabalhadores médicos designados, em regime de comissão de serviço, para o exercício de funções de direção de serviço ou de departamento dos estabelecimentos e serviços de saúde do SNS» (artigo 2.º, n.º 1, alínea b), ii), do Decreto-Lei n.º 103/2023, de 7 de novembro).

A direção de serviços e departamentos diz respeito à organização que o Estatuto Nacional de Saúde consignou no artigo 89.º.

Assim, os estabelecimentos de saúde das E. P. E. do sector «são constituídos por unidades funcionais, serviços e departamentos de ação médica, de meios complementares de diagnóstico e terapêutica e de atividades de apoio» (n.º 1)

Por sua vez:

— As unidades funcionais são «agregações especializadas de recursos humanos e tecnológicos que atuam em cooperação com as demais, podendo ser integradas em serviços ou departamentos, ou partilhadas por serviços ou departamentos distintos» (artigo 2.º, n.º 2, alínea a));

— Os serviços «são as células básicas da organização e funcionam autonomamente ou integrados em departamentos» (artigo 2.º, n.º 2, alínea b)); e

— Os departamentos «são agregações de serviços com afinidade técnica ou complementaridade de atividade, podendo integrar, também, unidades funcionais» (artigo 2.º, n.º 2, alínea c)).

Mais se dispõe no artigo 89.º, n.º 3, que «os estabelecimentos de saúde, E. P. E., que assumam o modelo de ULS, são também constituídos por unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários e devem seguir, com as necessárias adaptações, o regime e a estrutura definidos no regime de criação, organização e funcionamento dos ACES».

Permite-se, no entanto, aos estabelecimentos de saúde, E. P. E. que adotem «outros modelos de organização funcional interna, indutores de maior articulação e coordenação, como a organização por programas de saúde, por respostas a doenças ou utentes específicos» (n.º 4).

É bem de ver que as funções de diretor clínico assumem uma amplitude superior, pois, logo a primeira incumbência do cargo consiste em «coordenar a elaboração dos planos de ação apresentados pelos vários serviços e departamentos de ação médica» (artigo 73.º, alínea a)) e a segunda consiste em

«assegurar uma integração adequada da atividade médica dos serviços e departamentos» (alínea b)).

Assim, o diretor clínico desempenha uma função coordenadora e integradora dos diretores dos serviços, departamentos e outras unidades orgânicas do hospital, do centro hospitalar, do instituto de oncologia ou da unidade local de saúde.

§65. — Os membros dos conselhos de administração das entidades públicas empresariais do sector da saúde, já o vimos, encontram-se sujeitos, não ao Estatuto do Pessoal Dirigente da Administração Pública do Estado, mas, sim, ao Estatuto do Gestor Público (artigo 77.º, n.º 1, do ESNS).

De entre os membros do conselho de administração, só os diretores clínicos podem ser autorizados pela Ministra da Saúde, a título excecional, por razões de interesse público e na medida em que não comprometam a sua atividade de direção clínica, exercer atividade médica de natureza assistencial, de forma remunerada, desde que no estabelecimento de saúde cujo órgão máximo integra ou no seu âmbito (artigo 77.º, n.º 3, ESNS).

A remuneração pela atividade médica assistencial que pratiquem¹⁵⁴ acresce à remuneração própria de membro do conselho de administração — que é, em princípio, a de gestor público — sem exceder, em caso algum, 50%, do seu montante (artigo 77.º, n.º 4) e, em caso algum, pode ser abonada pelo regime de dedicação plena.

Dizemos que é, em princípio, a remuneração como gestor público, pois é-lhes permitido pelo artigo 28.º, n.º 8, do Estatuto do Gestor Público, optar «pelo vencimento do lugar de origem.»

Contudo, a opção exige «autorização expressa no ato de designação ou eleição», o que vimos ter deixado de suceder com relação aos dirigentes da administração pública em comissão de serviço, faltando saber se também a Lei n.º 12-A/2008, de 2008, de 27 de fevereiro, e a Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas eliminaram aquele condicionalismo, de modo a permitir aos gestores públicos o exercício do direito de opção a todo o tempo.

§66. — Com efeito, apesar de o artigo 31.º, n.º 3, do EPDAPE, ter sido parcialmente revogado pelo artigo 72.º, n.º 1, da Lei n.º 12-A/2008, de 27 de fevereiro, o mesmo já não se pode afirmar do artigo 28.º, n.º 8, do Estatuto do Gestor Público.

¹⁵⁴ A calcular em proporção remuneração da respetiva categoria e correspondente ao lugar ou posto de trabalho de origem (artigo 77.º, n.º 4, do ESNS).

Na verdade, aquela revogação, como se firmou no Parecer n.º 29/2014, ocorreu pelo tratamento global que a Lei n.º 12-A/2008, de 27 de fevereiro, e depois, a Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas vieram conceder à comissão de serviço, o que não vale para o Estatuto do Gestor Público.

Assim, na Lei n.º 12-A/2008, de 27 de fevereiro, dispunha-se o seguinte:

«Artigo 72.º

(Opção de remuneração base)

1 — Quando a relação jurídica de emprego público se constitua por comissão de serviço, ou haja lugar a cedência de interesse público, o trabalhador tem o direito de optar, a todo o tempo, pela remuneração base devida na situação jurídico-funcional de origem que esteja constituída por tempo indeterminado.

2 — No caso de cedência de interesse público para o exercício de funções em órgão ou serviço a que a presente lei é aplicável, com a opção pela remuneração a que se refere o número anterior, a remuneração a pagar não pode exceder, em caso algum, a remuneração base do Primeiro-Ministro.»

A Lei n.º 12-A/2008, de 27 de fevereiro, apesar de excluir do seu âmbito objetivo as entidades públicas empresariais (artigo 3.º, n.º 5), tinha aplicação, com as necessárias adaptações, aos trabalhadores com a qualidade de funcionário ou agente de pessoas coletivas que se encontrassem excluídas do seu âmbito de aplicação objetivo (artigo 2.º, n.º 2).

Assim, a designação de um trabalhador da carreira especial médica para o conselho de administração de uma unidade de saúde E.P.E. não afastava a aplicação da Lei n.º 12-A/2008, de 27 de fevereiro.

Dispunha-se acerca do direito aplicável às comissões de serviço:

«Artigo 82.º

(Fontes normativas da comissão de serviço)

1 — As fontes normativas do regime jurídico-funcional aplicável aos trabalhadores cuja relação jurídica de emprego público está constituída por comissão de serviço são, por esta ordem:

- a) A presente lei e a legislação que a regulamenta, na parte aplicável;
- b) As leis gerais cujo âmbito de aplicação subjetivo abranja todos os trabalhadores, independentemente da modalidade de constituição da

relação jurídica de emprego público ao abrigo da qual exercem funções, na parte aplicável;

c) As leis especiais aplicáveis à correspondente comissão de serviço, nas matérias que, face ao disposto na lei, possam regular;

d) Subsidiariamente, as aplicáveis à relação jurídica de emprego público de origem, quando a haja e subsista;

e) As previstas no artigo 80.º, quando não haja ou não subsista relação jurídica de emprego público de origem.

2 — É aplicável, com as necessárias adaptações, o disposto no n.º 2 e nas alíneas b), primeira parte, e c) a h) do n.º 3 do artigo 80.º»

Por seu turno, a Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas, por via do artigo 1.º, n.º 6, considera-se «aplicável, com as necessárias adaptações, a outros trabalhadores com contrato de trabalho em funções públicas que não exerçam funções nas entidades referidas nos números anteriores», ou seja, que não exerçam funções em serviços da administração direta e indireta do Estado, em serviços da administração regional e da administração autárquica (n.º 2), nos serviços de apoio do Presidente da República, dos tribunais e do Ministério Público e respetivos órgãos de gestão e outros órgãos independentes (n.º 3) ou nos serviços de apoio à Assembleia da República (n.º 4).

É o caso dos trabalhadores da carreira especial médica a exercer funções em entidades públicas empresariais, pois a relação jurídica de emprego público de tais trabalhadores é constituída por contrato de trabalho em funções públicas (artigo 2.º do Regime da Carreira Especial Médica).

E, por seu turno, o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde salvaguarda, de modo expresso e inequívoco, a situação jurídica dos trabalhadores em funções públicas providos em lugares e cargos das entidades públicas empresariais do sector:

«Artigo 100.º

(Regime transitório dos trabalhadores com vínculo de emprego público)

1 — Os trabalhadores com vínculo de emprego público que, à data da entrada em vigor do presente decreto-lei, estejam providos em postos de trabalho dos mapas de pessoal do estabelecimento de saúde, E. P. E., mantêm integralmente o seu estatuto jurídico, sem prejuízo do disposto na LTFP, na sua redação atual.

2 — Os mapas de pessoal das unidades de saúde referidas no número anterior mantêm-se com caráter residual exclusivamente para efeitos de desenvolvimento da carreira daqueles trabalhadores, sendo os respetivos postos de trabalho a extinguir quando vagarem, da base para o topo.

3 — Os concursos de pessoal que estejam pendentes e os estágios e cursos de especialização em curso à data de entrada em vigor do presente decreto-lei mantêm-se válidos.

4 — Os trabalhadores a que se refere o presente artigo podem optar a todo o tempo pelo regime do contrato de trabalho nos termos dos artigos seguintes.»

Já não é o caso, porém, dos trabalhadores da carreira dos médicos nas entidades públicas empresariais e nas parcerias em saúde (Decreto-Lei n.º 176/2009, de 4 de agosto), pois encontram-se «em regime de contrato individual de trabalho, nos termos do Código do Trabalho, nas entidades públicas empresariais e nas parcerias em saúde, em regime de gestão e financiamento privados, integradas no Serviço Nacional de Saúde, nos termos dos diplomas legais que definem o regime jurídico dos trabalhadores dessas entidades, sem prejuízo da manutenção do mesmo regime laboral e do disposto em instrumento de regulamentação coletiva de trabalho.» (artigo 2.º, n.º 1).

§67. — À partida, o Estatuto do Gestor Público mostra-se alheio à comissão de serviço de direito público, uma vez que o Regime Jurídico do Sector Público Empresarial (RJSPE) determina no artigo 14.º, n.º 1, que as empresas públicas se regem pelo direito privado, embora com as especificidades decorrentes do próprio RJSPE e dos diplomas que procedam à criação ou constituição de cada empresa pública e à provação dos respetivos estatutos.

Prevê-se, é certo, que os trabalhadores com relação jurídica de emprego público exerçam funções nas empresas públicas por acordo de cedência de interesse público (artigo 19.º, n.º 1) e que os trabalhadores das empresas públicas exerçam funções em órgãos ou serviços abrangidos pelo âmbito de aplicação da Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas, «com utilização da modalidade adequada de constituição da relação jurídica de emprego público, por acordo de cedência de interesse público, nos termos daquela lei» (n.º2). Quanto a estes últimos, é-lhes permitido, expressamente, «optar pela retribuição base de origem» (n.º 3).

A comissão de serviço ali consagrada restringe-se aos trabalhadores das empresas públicas, nos seguintes termos:

«Artigo 20.º

(Comissão de serviço)

1 — Os trabalhadores das empresas públicas podem exercer, em comissão de serviço, funções de carácter específico em outras empresas públicas, mantendo todos os direitos inerentes ao seu estatuto profissional na empresa de origem, incluindo os benefícios de reforma e sobrevivência, considerando-se todo o período da comissão como serviço prestado na empresa de origem.

2 — Os trabalhadores referidos no número anterior podem optar pela retribuição de base de origem.

3 — A retribuição e demais encargos dos trabalhadores em comissão de serviço são da responsabilidade da entidade onde se encontra a exercer funções.»

Se em comissão de serviço for designado um trabalhador em funções públicas, nomeadamente um médico da carreira especial, tal como no caso da cedência de interesse público, admite-se a opção pela retribuição base de origem.

E se essa designação ocorrer para um cargo de gestor público?

No Estatuto do Gestor Público, a única comissão de serviço ali compreendida é de direito privado¹⁵⁵, pois, como vimos, é o direito privado que se aplica ao sector público empresarial da saúde.

O Estatuto do Gestor Público circunscreve o âmbito de aplicação da comissão de serviço ao quadro empresarial:

«Artigo 16.º

(Comissão de serviço)

Para o exercício das funções de gestor podem ser designados, em regime de comissão de serviço, trabalhadores da própria empresa, da empresa

¹⁵⁵ Sobre o objeto da comissão de serviço, dispõe o Código do Trabalho, no artigo 161.º, o seguinte: «Pode ser exercido, em comissão de serviço, cargo de administração ou equivalente, de direção ou chefia diretamente dependente da administração ou de diretor-geral ou equivalente, funções de secretariado pessoal de titular de qualquer desses cargos, ou ainda, desde que instrumento de regulamentação coletiva de trabalho o preveja, funções cuja natureza também suponha especial relação de confiança em relação a titular daqueles cargos e funções de chefia.» E, a respeito do seu regime, admite-se que certo cargo ou funções possam ser exercidos em comissão de serviço por trabalhador da empresa ou por outro admitido para o efeito (artigo 162.º, n.º 2), garantindo-se que o tempo de serviço prestado em regime de comissão de serviço contará para efeitos de antiguidade do trabalhador como se tivesse sido prestado na categoria de que este é titular (n.º 5).

mãe, ou de outras relativamente às quais aquela ou a sua empresa mãe exerçam direta ou indiretamente influência dominante nos termos do n.º 1 do artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 558/99, de 17 de Dezembro.»

Relativamente à designação como gestores públicos de trabalhadores em funções públicas, admite a mobilidade nos termos seguidamente reproduzidos:

«Artigo 17.º
(Mobilidade)

1 — Os trabalhadores com relação jurídica de emprego público podem exercer funções de gestor por acordo de cedência de interesse público, nos termos da Lei n.º 12-A/2008, de 27 de Fevereiro.

2 — Os trabalhadores de empresas públicas ou privadas podem exercer funções de gestor por acordo de cedência ocasional, nos termos da lei.»

A opção pela retribuição base de origem há de efetuar-se, nos termos do artigo 28.º, n.º 8, do Estatuto do Gestor Público, i.e., «mediante autorização expressa no ato de designação ou eleição», pelo vencimento do lugar de origem, e sem exceder, em princípio, o vencimento mensal do Primeiro-Ministro.

Pelas razões que expusemos, não pode dizer-se que tenha ocorrido com esta norma o mesmo que sucedeu com o artigo 31.º, n.º 3, do EPDAPE, pois nem a Lei n.º 12-A/2008, de 27 de fevereiro, nem a Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas regulam a comissão de serviço nem a opção remuneratória no direito privado.

O que pode admitir-se — isso sim — é que o estatuto pessoal do médico com contrato de trabalho em funções públicas, por via do artigo 1.º, n.º 6, da Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas, prevaleça a título de lei especial, fundamentando a aplicação do artigo 154.º e, destarte, facultando a opção pela remuneração a todo o tempo.

Com efeito, o artigo 1.º, n.º 6, da Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas, faz com que a sua própria aplicação se estenda para além do âmbito material ou institucional, aplicando-se «a quem seja titular de um vínculo de emprego público e se encontre a trabalhar ao serviço de uma entidade não abrangida na previsão da lei, designadamente (mas não só) as enunciadas no artigo 2.º» (PAULO VEIGA E MOURA/CÁTIA ARRIMAR¹⁵⁶).

¹⁵⁶ Obra citada, p. 87.

Enunciadas no artigo 2.º são, justamente, as entidades públicas empresariais (n.º 1, alínea b)).

Todavia, a opção prevista no artigo 28.º, n.º 8, do Estatuto do Gestor Público, permaneceu intocada para os gestores públicos que não sejam trabalhadores em funções públicas.

Por conseguinte, o médico com contrato individual de trabalho nomeado diretor clínico de uma unidade de saúde E.P.E., só no momento da designação pode optar pela remuneração do regime de dedicação plena e se for essa a que lhe compete no lugar de origem.

E terá de obter autorização do órgão que o designa: o Conselho de Ministros (artigo 9.º, n.º 4, do ESNS) «mediante proposta da Direção Executiva do SNS» (artigo 69.º, n.º 3).

As designações já praticadas não podem ser modificadas com fundamento em alteração objetiva das circunstâncias de facto, pois exige o artigo 167.º, n.º 2, alínea c), do Código do Procedimento Administrativo, que se trate de circunstâncias de facto (e não de direito) e, sobretudo, em face das quais o ato não poderia ter sido praticado.

Por outro lado, também a opção pelo vencimento do lugar de origem, no artigo 28.º, n.º 8, do Estatuto do Gestor Público, não pode ser entendida como opção pelo estatuto remuneratório ou por algo que vá além da remuneração base, até porque, como vimos, o RJSPE, nos artigos 19.º, n.º 3, e 20.º, n.º 2, é muito claro acerca do âmbito da opção: apenas a remuneração base.

O contraste com a anterior redação do artigo 28.º, n.º 8, do Estatuto do Gestor Público (o então n.º 9 do artigo 28.º) mostra-se revelador:

«Nos casos previstos no artigo 16.º e na alínea a) do n.º 1 do artigo 17.º, e quando ocorrer autorização expressa do membro do Governo responsável pela área das finanças, os gestores podem optar pela remuneração do lugar de origem, mantendo as regalias ou benefícios remuneratórios que aí detinham.»

Ocorreu, sem dúvida, uma diminuição do objeto da opção, pois a preservação das regalias ou benefícios remuneratórios — v.g. os suplementos remuneratórios — deixaram de ter cabimento na expressão enxuta que lhe sucedeu: «vencimento do lugar de origem».

XXV.

CONCLUSÕES

Recapitularemos o essencial da análise levada a cabo, em função das questões diretamente suscitadas e das demais questões controvertidas e inevitavelmente despontadas, ao apresentarmos, por fim, as conclusões seguidamente enunciadas:

- 1.^a — O *regime de dedicação plena*, tal como veio a ser instituído pelo Decreto-Lei n.º 103/2023, de 7 de novembro, aplica-se a todos os médicos da área profissional de saúde pública que a tal se não oponham (artigo 18.º, n.º 1), mesmo que exerçam funções públicas em órgão ou serviço à margem do Serviço Nacional de Saúde (SNS), o que, porém, não dispensa o preenchimento de *pressupostos implícitos*, decorrentes da natureza, do regime e da própria razão de ser deste novo regime de organização do trabalho.
- 2.^a — Aplica-se aos médicos especialistas de saúde pública que se encontrem a prestar trabalho — conforme, no essencial — com o conteúdo funcional definido no artigo 7.º-C de ambos os regimes de carreira médica (Decreto-Lei n.º 176/2009 e Decreto-Lei n.º 177/2009, ambos de 4 de agosto) e desde que as funções desempenhadas permitam o cumprimento das obrigações que, para o trabalhador médico, decorrem do regime de dedicação plena.
- 3.^a — Entre tais obrigações, conta-se a disponibilidade para, fora do horário de trabalho, em intervalos de tempo previamente ordenados, e mediante chamada, praticarem, *como trabalho suplementar*, atos imprescindíveis ou inadiáveis e acudirem a emergências de saúde pública (artigo 18.º, n.º 5).
- 4.^a — E conta-se, não obstante a concomitante redução de 35 para 40 horas semanais do período normal de trabalho, a prestação de cinco horas de *trabalho complementar*, semanalmente, em ordem a conseguir que os estabelecimentos e serviços onde exercem funções permaneçam abertos todos os dias úteis, das 8 às 20 horas (artigo 18.º, n.º 3).
- 5.^a — O regime de dedicação plena também se aplica na área dos *cuidados de saúde primários* e na *área hospitalar*: no primeiro caso, aos trabalhadores integrados nas equipas multiprofissionais das unidades

de saúde familiar (USF) e, no segundo caso, aos trabalhadores integrados em equipas multiprofissionais dos centros de responsabilidade integrados (CRI) e aos médicos a exercer, em comissão de serviço, funções de direção de serviço ou de departamento em hospitais, centros hospitalares, institutos de oncologia e unidades locais de saúde (artigo 2.º, n.º 1).

6.ª — Por isso, a aplicação do regime de dedicação plena conhece variantes, cada uma com particularidades muito significativas de regime, mas sem prejuízo de todas assumirem um *modo de organização do trabalho diferenciado* e um estatuto remuneratório adequado que faz acrescer à remuneração base suplementos, compensações e até incentivos não pecuniários.

7.ª — Como resulta do artigo 16.º-A do *Estatuto do Serviço Nacional de Saúde*, trata-se, fundamentalmente de um modo diferenciado de organização do trabalho e um dos seus pilares encontra-se na introdução de uma nova categoria de tempo de trabalho — o *trabalho complementar* — que, não sendo prestado no período normal, nem por isso constitui trabalho suplementar ou extraordinário.

8.ª — A diferenciação do regime de dedicação plena encontra o seu fundamento e razão de ser no *incremento da atividade assistencial*, em particular, através da ampliação dos horários de funcionamento e de abertura ao público das unidades de saúde.

9.ª — Na área profissional de saúde pública, encontram-se em condições de satisfazer os pressupostos e requisitos do regime de dedicação plena os médicos especialistas afetos às unidades de saúde pública dos agrupamentos de centros de saúde (ACES) e das unidades locais de saúde (ULS), além de outros médicos de saúde pública a exercer funções nos demais serviços operativos desta área, designadamente nas administrações regionais de saúde (ARS), em conformidade com a organização delineada pelo Decreto-Lei n.º 81/2009, de 2 de abril.

10.ª — O *suplemento remuneratório* de 25% sobre a remuneração base decorre da atividade assistencial prestada, semanalmente, a título de trabalho complementar, em horário a definir entre as 8 e as 20 horas dos dias úteis (artigos 4.º, n.º 3, alínea b], e 18.º, n.º 3, do Decreto-Lei n.º 103/2023, de 7 de novembro).

- 11.^a** — À margem desse âmbito, encontram-se as funções e o modelo de trabalho do pessoal dirigente, a exercer funções nos serviços executivos ou de coordenação da administração direta do Estado, como são as direções-gerais e as secretarias-gerais.
- 12.^a** — O exercício de funções em cargos de direção superior ou intermédia, nos órgãos e serviços da administração direta do Estado ou em outros que não pratiquem nem possam praticar o modo de organização do trabalho próprio do regime de dedicação plena, mostra-se *incompatível* com o estatuto remuneratório inerente a tal regime.
- 13.^a** — A Direção-Geral da Saúde constitui um serviço de tipo executivo da política pública de saúde definida pelo Governo, sem atividade prestacional de cuidados ou serviços de saúde, motivo por que as funções dirigentes ali desempenhadas, ainda que por médicos especialistas em saúde pública, não se conformam com os pressupostos do regime de dedicação plena.
- 14.^a** — Os cargos de direção superior ou intermédia na administração direta do Estado são exercidos no regime de *isenção de horário* de trabalho, de acordo com o artigo 13.º do *Estatuto do Pessoal Dirigente da Administração Pública do Estado*, motivo por que os seus titulares auferem uma remuneração definida em tabela própria e suplementos, como o abono para despesas de representação, os quais visam compensar os dirigentes pela disponibilidade contínua a que se encontram adstritos, não podendo, no entanto, ser-lhes abonada qualquer remuneração em contrapartida do trabalho que prestem fora do período normal.
- 15.^a** — Não obstante admitir-se no artigo 18.º, n.º 10, do Decreto-Lei n.º 103/2023, de 7 de novembro, a compatibilidade do regime de dedicação plena com o exercício das *funções de autoridade de saúde*, e conquanto a Diretora-Geral da Saúde exerça as funções de autoridade de saúde nacional, por inerência, isso não estende a compatibilidade ao cargo dirigente.
- 16.^a** — Se o exercício das funções de autoridade de saúde não é condição necessária — muito menos, suficiente — para aplicar o regime de dedicação plena, tal não impede a sua aplicação a quem seja nomeado

autoridade de saúde, ao nível regional ou local, e, por inerência, desempenhe outras funções nos serviços operativos de saúde pública.

17.^a — As recentes reestruturações orgânicas, decorrentes da criação, pelo Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro, da *Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, I.P.*, não subtraíram a Direção-Geral da Saúde à administração direta do Ministério da Saúde, nem os seus dirigentes à integral aplicação do *Estatuto do Pessoal Dirigente da Administração Pública do Estado*.

18.^a — Os trabalhadores médicos da área profissional de saúde pública investidos em cargos dirigentes podem, por isso, de harmonia com o artigo 154.º, n.º 1, da *Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas*, optar, *a todo o tempo*, pela remuneração base que o regime de dedicação plena lhes proporcionaria nos lugares de origem respetivos, seja nas unidades de saúde pública dos ACES e das ULS, seja nos departamentos de saúde pública das ARS.

19.^a — Opção essa que, porém, circunscrita à *remuneração base*, não pode compreender, porque distintos, os prémios de desempenho, nem os suplementos remuneratórios abonados no serviço de origem (artigo 146.º da *Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas*), designadamente o suplemento mensal de 25% da remuneração base, próprio do regime de dedicação plena.

20.^a — A circunstância de tal prestação ser abonada com cada remuneração mensal e conjuntamente com os subsídios de férias e de Natal, i.e., em 14 prestações ao longo de cada ano, em nada diminui a sua natureza de suplemento remuneratório, pois destina-se, com carácter sinalagmático, a retribuir o trabalhador médico pelas condições diferenciadas em que presta trabalho complementar e proporciona a sua disponibilidade, fora do horário, no regime de dedicação plena.

21.^a — Tal suplemento remuneratório possui autonomia e não constitui mero prolongamento da remuneração base, sem o que jamais seria possível apurar o seu valor, atendendo a que o próprio cálculo incide, precisamente, na remuneração base (artigo 18.º, n.º 8, do Decreto-Lei n.º 103/2023, de 7 de novembro).

22.^a — O abono do suplemento remuneratório encontra-se vinculado às *condições diferenciadas* em que é prestado o trabalho médico no regime

de dedicação plena, mas só enquanto perdurarem tais condições, não podendo, de modo algum, considerar-se inerente à carreira especial médica na área profissional de saúde pública, contrariamente a suplementos remuneratórios que acompanham os agentes de certos corpos especiais, porque sujeitos a restrições estatutárias na sua vida pessoal, independentemente das funções públicas que, transitoriamente, venham a desempenhar.

23.^a — A opção remuneratória a que se referem a *Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas* (artigo 154.º, n.º 1) e o *Estatuto do Pessoal Dirigente da Administração Pública do Estado* (artigo 31.º, n.º 3) diz respeito apenas à *remuneração base*, ao contrário da pretérita opção pelo *estatuto remuneratório* de origem, no exercício transitório de funções em diferente lugar ou cargo, consentida pelo artigo 7.º do Decreto-Lei n.º 353-A/89, de 16 de outubro, há muito revogado.

24.^a — Aos médicos que, em comissão de serviço, exercem *funções de direção de serviços ou de departamentos* nas unidades locais de saúde, institutos de oncologia, hospitais ou centros hospitalares do Serviço Nacional de Saúde, é permitido optar pela remuneração base do lugar de origem (artigo 17.º, n.º 4, do Decreto-Lei n.º 103/2023, de 7 de novembro), sem prejuízo do suplemento remuneratório (n.º 5), o que confirma não serem as duas prestações incindíveis uma da outra.

25.^a — O Decreto-Lei n.º 103/2023, de 7 de novembro, atribuiu a tais médicos o regime de dedicação plena (artigos 2.º, n.º 1, alínea b), ii), e 17.º, n.º 1), mas não, porém, aos *diretores clínicos*, nem a nenhum outro profissional de saúde designado para os órgãos de administração.

26.^a — Contudo, o artigo 77.º, n.º 1, do *Estatuto do Serviço Nacional de Saúde*, manda aplicar aos diretores clínicos, enquanto membros dos conselhos de administração dos hospitais, centros hospitalares, institutos de oncologia ou unidades locais de saúde, o *Estatuto do Gestor Público*.

27.^a — Por seu turno, o artigo 28.º, n.º 8, do *Estatuto do Gestor Público*, permite-lhes optar pelo vencimento do lugar de origem, sem que nada exclua a eventualidade de ali ser praticado o regime de dedicação plena e de, como tal, o diretor clínico ter direito a perceber a remuneração base correspondente.

- 28.^a** — *Vencimento* tem o significado de *remuneração base* e, por outro lado, do confronto entre a atual redação da norma — conferida pelo Decreto-Lei n.º 8/2012, de 18 de janeiro — e a anterior redação (artigo 28.º, n.º 9) resulta inequívoca a intenção de excluir da opção «*as regalias ou benefícios remuneratórios*» que possam acrescer à remuneração base, como é o caso dos suplementos remuneratórios.
- 29.^a** — O exercício das funções de gestor público, em comissão de serviço, desempenhada por trabalhadores da própria empresa ou do grupo de empresas, encontra-se, em princípio, submetido ao *Código do Trabalho* (artigo 161.º e seguintes), pois é esse o direito aplicável às empresas públicas, sem embargo das especificidades decorrentes do *Regime Jurídico do Sector Público Empresarial*, dos diplomas que procedam à criação ou constituição de cada empresa pública e dos respetivos estatutos (artigo 14.º, n.º 1).
- 30.^a** — Ao contrário do que sucedeu com o artigo 31.º, n.º 3, do *Estatuto do Pessoal Dirigente da Administração Pública do Estado*, o artigo 28.º, n.º 8, do *Estatuto do Gestor Público*, não foi parcialmente revogado pelo artigo 72.º, n.º 1, da Lei n.º 12-A/2008, de 27 de fevereiro, pois este concedeu uma nova disciplina à comissão de serviço no trabalho em funções públicas e à opção remuneratória que esta encerra; não à comissão de serviço de direito privado nas empresas públicas.
- 31.^a** — Com efeito, os gestores públicos só eventualmente desempenham em comissão de serviço o cargo para que são eleitos ou nomeados (artigo 16.º do *Estatuto do Gestor Público*) e tal comissão de serviço mostra-se, em princípio, totalmente alheia à *Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas*.
- 32.^a** — Por conseguinte, a opção remuneratória do diretor clínico, enquanto gestor público, não pode ser manifestada a todo o tempo e precisa de ser autorizada, visto que o artigo 28.º, n.º 8, do *Estatuto do Gestor Público*, incólume às vicissitudes da legislação geral ou especial sobre trabalho em funções públicas, continua a impedir que se autorize o exercício da opção em momento posterior ao ato de designação.
- 33.^a** — Tão-pouco a nomeação pelo Conselho de Ministros ou pela Ministra da Saúde pode, neste caso, ser modificada com fundamento em alteração objetiva das circunstâncias de facto, pois, ainda que o artigo 167.º, n.º 2, alínea c), do *Código do Procedimento Administrativo*,

consinta, excecionalmente, a revogação de atos administrativos por alterações radicais *rebus sic stantibus*, exige tratar-se de circunstâncias em face das quais o ato não pudesse ter sido praticado, o que não é o caso.

34.^a — Se, no entanto, o diretor clínico for trabalhador médico da carreira especial, regulada pelo Decreto-Lei n.º 177/2009, de 4 de agosto, encontrando-se, por isso, numa relação jurídica de emprego público, assente num contrato administrativo de trabalho em funções públicas, por tempo indeterminado, pode invocar a aplicação do artigo 154.º, n.º 1, da *Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas*, e optar pela remuneração base de origem, mesmo depois de nomeado e sem necessidade de autorização.

35.^a — Isto, porque o artigo 1.º, n.º 6, da *Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas*, estende a sua aplicação às entidades públicas empresariais com relação aos trabalhadores dos seus mapas de pessoal que conservem um vínculo de emprego público.

36.^a — Apenas nesses casos, pode a comissão de serviço prevista no artigo 16.º do *Estatuto do Gestor Público* ser considerada comissão de serviço de direito público e, como tal, ao abrigo da *Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas*.

37.^a — Ainda assim, ao diretor clínico que, por ser trabalhador em funções públicas, é facultado optar, a todo o tempo, pela remuneração base do regime de dedicação plena — se o regime se aplicar no lugar de origem — não é lícito abonar nenhum dos suplementos, compensações, gratificações ou incentivos que integrem o respetivo estatuto remuneratório.

38.^a — Em síntese final, importa reter que o suplemento remuneratório dos médicos de saúde pública em dedicação plena, seja por aplicação direta do Decreto-Lei n.º 103/2023, de 7 de novembro, seja por opção do interessado, nunca é compatível com o exercício de cargos dirigentes na administração pública do Estado, nem com o mandato para que sejam designados como membros dos conselhos de administração das unidades locais de saúde, hospitais, centros hospitalares ou institutos de oncologia do Serviço Nacional de Saúde.