

**DELIBERAÇÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DA**  
**ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE**  
**(VERSÃO NÃO CONFIDENCIAL)**

Considerando que a Entidade Reguladora da Saúde nos termos do n.º 1 do artigo 4.º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto exerce funções de regulação, de supervisão e de promoção e defesa da concorrência respeitantes às atividades económicas na área da saúde nos setores privado, público, cooperativo e social;

Considerando as atribuições da Entidade Reguladora da Saúde conferidas pelo artigo 5.º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto;

Considerando os objetivos da atividade reguladora da Entidade Reguladora da Saúde estabelecidos no artigo 10.º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto;

Considerando os poderes de supervisão da Entidade Reguladora da Saúde estabelecidos no artigo 19.º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto;

Visto o processo registado sob o n.º ERS/27/2016;

**I. DO PROCESSO**

**I.1. Origem do processo**

1. A Entidade Reguladora da Saúde (ERS) teve conhecimento, em 7 de março de 2016, de duas exposições, uma subscrita por S. outra por M., nos termos das quais é questionada a obrigação de suportarem despesas hospitalares derivadas de episódios de urgência ocorridos junto da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E.P.E. (ULSBA), na sequência dos utentes em causa, seus filhos, terem sido vítimas de uma agressão e um acidente, respetivamente.
2. A ULSBA trata-se de uma entidade prestadora de cuidados de saúde registada no SRER da ERS, sob o n.º 12632

3. As exposições deram inicialmente origem ao processo de avaliação n.º AV/33/2016, tendo posteriormente, face à necessidade da ERS proceder a uma investigação mais pormenorizada da situação, e ao abrigo das suas atribuições e competências, o Conselho de Administração da ERS, por despacho de 9 de maio de 2016, ordenado a abertura de processo de inquérito registado sob o n.º ERS/027/2016, com o propósito de determinar a intervenção regulatória que se revelasse adequada à averiguação dos comportamentos da ULSBA referentes ao cumprimento do quadro legal relativo à cobrança de despesas hospitalares a utentes do SNS, atendidos nos Serviços de Urgência, quando exista uma entidade legal ou contratualmente responsável pelos encargos decorrentes da prestação de cuidados de saúde.

## **I.2. Diligências realizadas**

4. No âmbito da investigação desenvolvida pela ERS, ainda em sede de processo de avaliação registado sob o n.º AV/33/2016, realizaram-se, entre outras, as diligências consubstanciadas em:
  - (i) Pesquisa no SRER da ERS relativa ao registo da ULSBA entidade prestadora de cuidados de saúde registada no SRER da ERS sob o número 12632;
  - (ii) Pedido de elementos enviado à ULSBA, em 11 de março de 2016, e análise da respetiva resposta.
5. Já em sede do processo de inquérito foram ainda realizadas as diligências de:
  - (i) Notificação de abertura de Processo de Inquérito para a ULSBA, em 12 de maio de 2016; e
  - (ii) Notificação de abertura de Processo de Inquérito para aos exponentes S. e M., em 12 de maio de 2016.

## **I. DOS FACTOS**

### **II.1. Dos factos relativos à exposição inicial e diligências preliminares**

6. Conforme resulta da exposição subscrita por S., em suma e no que importa considerar, o seu filho foi “[...] *agredido por um [...] GNR que lhe deu cabo dos*

*dentes, [foi] para o hospital, apresenta queixa, o tribunal diz que não há provas o processo é arquivado, eu é que fico com os as despesas todas [...];*

7. Em anexo à exposição, foi ainda remetida a resposta do prestador à reclamação da utente, datada de 2 de março de 2016, nos termos da qual é informado que *"[...] o Conselho de Administração da ULSBA, deliberou que: "não aceita a posição assumida pela Entidade Reguladora da Saúde [quanto a esta questão], por entender não ter carácter vinculativo", [devendo assim o utente] proceder ao pagamento dos débitos em questão".*
8. Por outro lado, o exponente M. vem questionar *"[...] a deliberação do Conselho de Administração do Hospital de Beja [que o informou] relativamente ao acidente de viação [...] onde foi prestada assistência médica ao [seu filho] a seguradora apenas se responsabilizou pelo valor de € 1.500 (mil e quinhentos euros) [...] tendo o restante valor €11.000,00 sido faturado [ao utente]";*
9. Também nesta situação, foi informado pelo prestador, em 1 de março de 2016, que *"[...] o Conselho de Administração da ULSBA deliberou que: "não aceita a posição assumida pela Entidade Reguladora da Saúde [quanto a esta questão], por entender não ter carácter vinculativo", solicitando ao utente que procedesse ao pagamento do referido valor.*
10. A ERS interveio já quanto a esta matéria, no exercício das suas atribuições e competências, através da emissão de instruções a estabelecimentos hospitalares do SNS, na sequência da receção de várias situações referentes aos procedimentos adotados e relativos à cobrança de despesas hospitalares a utentes do SNS atendidos nos Serviços de Urgência, quando exista uma entidade legal ou contratualmente responsável pelos encargos decorrentes da prestação de cuidados de saúde.
11. É possível consultar as referidas instruções no sítio eletrónico da ERS, na área temática «Atividades de regulação» «Instruções», concretamente em Processo de Inquérito n.º ERS 68/12.
12. Nesse sentido, no dia 11 de março de 2016, por ofício remetido pela ERS, informou-se a ULSBA da necessidade de os estabelecimentos prestadores hospitalares garantirem uma atuação em conformidade com o entendimento e atuação regulatória da ERS, da qual resultou, em suma que, atento o quadro legal atualmente em vigor, a assunção dos custos resultantes da prestação de cuidados de saúde nos serviços e estabelecimentos do SNS, deve ser assegurada:

*"[...]*

- (i) *pelo orçamento do SNS, no caso da generalidade dos utentes beneficiários do SNS, incluindo os beneficiários dos subsistemas de saúde públicos (ADSE, ADM, SAD PSP e SAD GNR); ou*
- (ii) *por terceiras entidades, quando o recurso dos utentes aos serviços de saúde seja o resultado de uma ação ou omissão, que por lei ou contrato, seja da responsabilidade dessa terceira entidade, e não deva ser assumida pelo SNS (situações de utentes vítimas de agressão, ou de acidentes de viação, laborais, desportivos, etc.); ou ainda*
- (iii) *pelos utentes não beneficiários do SNS”.*

*Pelo que importa assegurar a adoção pelos estabelecimentos hospitalares do SNS, de procedimentos capazes de garantir, quer uma correta e efetiva identificação dos utentes que recorrem à prestação de cuidados de saúde;*

*Quer uma correta e efetiva identificação da situação ou facto que gerou a necessidade de recurso à prestação de cuidados de saúde e que permita, conseqüentemente, identificar, qual a entidade responsável pelos mesmos, quando os respetivos encargos não sejam suportados pelo orçamento do SNS”.*

13. Mais considerando a ERS que os Hospitais do SNS devem abster-se de, nomeadamente,

“[...]

- (i) *remeter aos utentes faturas ou quaisquer outros documentos em que seja exigido diretamente aos utentes o valor real dos encargos associados à prestação dos cuidados de saúde, em especial naquelas situações em que exista uma entidade terceira legal ou contratualmente responsável pelos mesmos, sob pena de tal transmissão de informação poder induzir o utente na errada convicção sobre a necessidade de ter de ser o próprio a suportá-los [...].”*

14. E assim, no mesmo ofício, verificando-se a necessidade de averiguar com maior profundidade a situação em causa, e ainda em sede de processo de avaliação n.º AV/33/2016, solicitou-se à ULSBA que:

“[...]

1. *Se pronunciem sobre todo o teor da exposição remetida à ERS;*
2. *Identifiquem todos os procedimentos, atuais e futuros, adotados nessa unidade hospitalar quando dão entrada utentes do SNS, sempre que exista*

*uma entidade legal ou contratualmente responsável pelos encargos decorrentes da prestação de cuidados de saúde, remetendo os respetivos suportes documentais;*

3. *Procedam ao envio de quaisquer esclarecimentos complementares julgados necessários e relevantes à análise do caso concreto.*

15. Em 21 de abril de 2016, a ULSBA veio prestar os seguintes esclarecimentos:

*“[...]*

1. *No que se refere à reclamação deduzida [por] M., em virtude da fatura enviada pela prestação de cuidados a seu filho [...] tal como ressalta da mesma, trata-se de uma situação de diferendo entre a Seguradora e o Segurado, tendo aquela apenas assumido o pagamento de parte do valor da fatura, na quantia de €1500,00.*

*Assim, entendeu o Conselho de Administração dever ser tal assunto tratado diretamente entre o Segurado e a sua Seguradora, não podendo a [...] intervir substituindo-se ao segurado, em tal diferendo mas, outrossim, devendo promover, como é sua obrigação, a cobrança pelos serviços prestados.*

2. *No que tange à reclamação da utente S., efetivamente foi apresentada a fatura pelos cuidados de saúde prestados a seu [filho], na quantia referida na reclamação.*

3. *É prática seguida na [ULSBA] e no Serviço de Admissão de Doentes, registar o próprio utente como entidade responsável pelo pagamento sempre que se verificam quaisquer das seguintes situações:*

- 1) *Utentes com cartão de ADSE com validade expirada.*

- 2) *Motivo de admissão é acidente de viação e não é apresentada apólice do seguro;*

- 3) *Motivo de admissão é acidente de viação e é apresentada apólice do seguro, mas a companhia não reconhece responsabilidade ou o plafond do seguro não cobre a totalidades dos encargos e a parto não coberta é faturada ao utente;*

- 4) *Motivo de admissão é acidente em trabalho e não é apresentada apólice do seguro;*

5) *Motivo de admissão é acidente escolar e não é apresentada apólice do seguro;*

6) *Motivo de admissão é Agressão;*

7) *Utente não apresenta número do SNS;*

8) *Utente estrangeiro que não apresenta cartão SNS (residentes) ou cartão europeu de saúde, no caso de não residentes provenientes de países com acordos bilaterais com a EU, ou outro documento que habilite a faturação ao SNS / Segurança Social / A RS A (certidão, credencial ou formulário respetivo emitido por SS do país de origem, ou embaixada ou outro organismo, conforme instruções do Manual de Acolhimento ao Cidadão Estrangeiro, da ACSS).*

4. *Tal convicção que conduz a [ULSBA] a adotar este comportamento, resulta da interpretação que faz do Artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa, na sua redação atual, ao determinar que o acesso à saúde é tendencialmente gratuito e não já totalmente gratuito, como sucedia na redação inicial dessa norma constitucional. Por outro lado, a prestação de cuidados de saúde e a conseqüente emissão de fatura, o que também conseqüentemente tem relevância do ponto de vista contabilístico porquanto deve ser depois considerado no Relatório & Contas levado a proveitos.*

5. *Acresce que, em virtude do diferente entendimento que se tem verificado acerca do alcance do "tendencialmente gratuito" entre a tutela e os pareceres emitidos pela ERS, como sobressai do ofício a que ora se responde, solicitamos oportunamente e uma vez mais parecer superior acerca do comportamento a adotar sobre a cobrança da prestação de cuidados de saúde prestados em diversas situações e, nomeadamente, em situações análogas aquelas que estão plasmadas nas reclamações agora em apreço".*

## **II.2. Das diligências instrutórias realizadas em sede de processo de inquérito**

16. Em 12 de maio de 2016, foram notificados o prestador e os exponentes da abertura do processo de inquérito sob o n.º ERS/027/2016, não tendo os mesmos, até à presente data, vindo trazer mais qualquer informação aos autos.

### **II.3. Da exposição recebida em 14 de julho de 2016**

17. Posteriormente, em 14 de julho de 2016, foi recebida nova exposição do utente J., que informa ter recebido uma fatura da ULSBA, relativa à prestação de cuidados de saúde na sequência de um acidente de viação, no valor de 27.239, 51 EUR, conforme fatura em anexo.
18. Nessa sequência, foi decidida a apensação desta exposição ao presente processo de inquérito, por se referir a matéria e prestador objetos de análise no mesmo.

## **III. DO DIREITO**

### **III.1. Das atribuições e competências da ERS**

19. De acordo com o n.º 1 do artigo 4.º e o n.º 1 do artigo 5.º, ambos dos Estatutos da ERS aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, 22 de agosto, a ERS tem por missão a regulação, supervisão, e a promoção e defesa da concorrência, respeitantes às atividades económicas na área da saúde dos setores privados, público, cooperativo e social, e, em concreto, da atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde.
20. Sendo que estão sujeitos à regulação da ERS, nos termos do n.º 2 do artigo 4.º dos mesmos Estatutos, todos os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, do sector público, privado, cooperativo e social, independentemente da sua natureza jurídica;
21. Neste contexto, a ULSBA trata-se de uma entidade prestadora de cuidados de saúde registada no SRER da ERS, sob o n.º 12632;
22. As atribuições da ERS, de acordo como disposto nas alíneas b) e c) do n.º 2 do artigo 5.º dos Estatutos da ERS, compreendem a supervisão da atividade e funcionamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, no que respeita à garantia dos direitos relativos ao acesso aos cuidados de saúde, à prestação de cuidados de saúde de qualidade, bem como dos demais direitos dos utentes, e ainda, à legalidade e transparência das relações económicas entre os diversos operadores, entidades financiadoras e utentes.
23. Ademais, constituem objetivos da ERS, nos termos do disposto nas alíneas b), c) e e) do artigo 10.º do mencionado diploma, assegurar o cumprimento dos critérios de acesso aos cuidados de saúde, garantir os direitos e interesses legítimos dos

utentes e zelar pela legalidade e transparência das relações económicas entre todos os agentes do sistema.

24. Competindo-lhe, na execução dos preditos objetivos, e conforme resulta dos artigos 12.º e 15.º dos Estatutos, assegurar o acesso universal e equitativo ao serviço público de saúde, e também analisar as relações económicas nos vários segmentos da economia da saúde, tendo em vista o fomento da transparência, da eficiência e da equidade do sector, bem como a defesa do interesse público e dos interesses dos utentes.
25. Nos termos do disposto na alínea e) do artigo 15.º dos seus Estatutos, incumbe ainda à ERS *“pronunciar-se sobre o montante das taxas e preços de cuidados de saúde administrativamente fixados, ou estabelecidos por convenção entre o SNS e entidades externas e zelar pelo seu cumprimento”*.
26. Para tanto, a ERS pode assegurar tais incumbências mediante o exercício dos seus poderes de supervisão, quer zelando pela aplicação das leis e regulamentos e demais normas aplicáveis às atividades sujeitas à sua regulação, quer emitindo ordens e instruções, bem como recomendações ou advertências individuais, sempre que tal seja necessário, sobre quaisquer matérias relacionadas com os objetivos da sua atividade reguladora, incluindo a imposição de medidas de conduta e a adoção das providências necessárias à reparação dos direitos e interesses legítimos dos utentes – cfr. alíneas a) e b) do artigo 19.º dos Estatutos da ERS.

### **III.2. Do direito de acesso universal e equitativo ao serviço público de saúde e do respeito pelo montante das taxas e preços de cuidados de saúde administrativamente fixados**

27. O direito à proteção da saúde está consagrado no artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa (CRP), visando garantir o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde, o qual será assegurado, entre outras obrigações impostas constitucionalmente, através da criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito.
28. A concretização do direito à proteção da saúde estava, porém, dependente de uma intervenção legislativa conformadora desse direito – a qual foi realizada, desde

logo, com a aprovação da Lei do Serviço Nacional de Saúde (Lei n.º 56/79, de 15 de setembro).

29. Por outro lado, nos termos do artigo 2.º do Estatuto do SNS, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93 de 15 de janeiro, “[...] o SNS tem como objetivo a efetivação, por parte do Estado, da responsabilidade que lhe cabe na proteção da saúde individual e coletiva”, isto é, da obrigação que vem prevista no citado artigo 64.º da CRP.

30. A Lei de Bases da Saúde (LBS), aprovada pela Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, em concretização da imposição constitucional contida no referido preceito, estabelece na sua Base XXIV como características do SNS:

*“a) Ser universal quanto à população abrangida;*

*b) Prestar integralmente cuidados globais ou garantir a sua prestação;*

*c) Ser tendencialmente gratuito para os utentes, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos;*

*d) Garantir a equidade no acesso dos utentes, com o objetivo de atenuar os efeitos das desigualdades económicas, geográficas e quaisquer outras no acesso aos cuidados;*

[...]”.

31. Qualificando o n.º 1 da Base XXV da referida Lei, como “[...] *beneficiários do Serviço Nacional de Saúde todos os cidadãos portugueses*”.

32. Resultando, assim, que a todos deve ser garantido o acesso aos cuidados de saúde prestados no SNS, independentemente da sua condição económica.

33. Ora, o SNS surge, neste sentido, como o “conjunto ordenado e hierarquizado de instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde, funcionando sob a superintendência ou a tutela do Ministro da Saúde” – cfr. artigo 1.º do Estatuto do SNS, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro.

34. Sendo a este nível que deve garantir uma cobertura integral, quer quanto à população abrangida (universalidade), quer quanto ao tipo de cuidados médicos abrangidos (generalidade), na prestação de cuidados de saúde.

35. Convém, no entanto, esclarecer que o SNS possui uma dupla dimensão ou perspetiva, de garante da prestação de cuidados de saúde aos seus beneficiários, e de um acesso tendencialmente gratuito a essa prestação, através do seu financiamento.

36. E nessa segunda dimensão ou perspetiva, de financiador, “[o] *Serviço Nacional de Saúde é financiado pelo Orçamento do Estado, através do pagamento dos actos e actividades efectivamente realizados segundo uma tabela de preços que consagra uma classificação dos mesmos actos, técnicas e serviços de saúde*” – cfr. Base XXXIII n.º 1 da LBS.
37. Ora, é com esse intuito que, em concretização da imposição constitucional de existência de um SNS tendencialmente gratuito, a alínea c) da Base XXIV da LBS, estabelece o princípio da gratuitidade tendencial.
38. Pelo que será admissível a cobrança de determinados valores que, embora tenham uma componente exigível ao utente, possuam apenas uma função de moderação do consumo de cuidados de saúde.
39. Com efeito, de acordo com o disposto no n.º 1 da Base XXXIV da LBS, podem ser cobradas taxas moderadoras “[...] *com o objetivo de completar as medidas reguladoras do uso dos serviços de saúde*”, as quais constituiriam “*receita do Serviço Nacional de Saúde*”;
40. Sendo certo que a própria LBS ressalva, desde logo, que “*Das taxas referidas no número anterior são isentos os grupos populacionais sujeitos a maiores riscos e os financeiramente mais desfavorecidos, nos termos determinados na lei*” (vd. n.º 2 da Base XXXIV da LBS).
41. E quanto a este princípio da gratuitidade tendencial, note-se que o Tribunal Constitucional teve oportunidade de interpretar o conceito e sentido da expressão “*tendencialmente gratuito*”, introduzida no texto constitucional aquando da revisão constitucional de 1989;
42. Sendo que a expressão “*tendencialmente gratuito*” não é entendida pelo Tribunal Constitucional, no seu Acórdão n.º 731/95, de 14 de dezembro, como tendo invertido o princípio da gratuitidade, mas antes como estabelecendo a possibilidade de existirem exceções àquele princípio, nomeadamente quando o objetivo seja o de racionalizar a procura de cuidados de saúde (*in casu* através da aplicação de taxas moderadoras).
43. Efetivamente, o Tribunal Constitucional entendeu, no Acórdão citado, que:
- “[...] *o Serviço Nacional de Saúde, cuja criação a Constituição determina, não é apenas um conjunto de prestações e uma estrutura organizatória; não é apenas um conjunto mais ou menos avulso de serviços (hospitais, etc.) —, é um serviço em sentido próprio. É, por isso, uma estrutura a se, um complexo*

*de serviços, articulado e integrado». Embora da alínea a) do n.º 2 do artigo 64.º da Constituição não possa retirar-se um modelo único de organização do Serviço Nacional de Saúde, cuja criação aí se prescreve (cfr. o Acórdão n.º 330/89), certo é que a «liberdade» deferida ao legislador para a sua conformação sofre dos limites estabelecidos nesse mesmo preceito e que são a universalidade do Serviço Nacional de Saúde, a sua generalidade e a sua gratuitidade tendencial, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos”.*

44. Nesse sentido, o Tribunal Constitucional, especificamente sobre o conceito de gratuitidade tendencial, esclareceu ainda que:

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

45. Por sua vez, o Decreto-lei n.º 11/93, de 15 de janeiro, que aprovou o Estatuto do SNS, veio estabelecer, nos termos do seu artigo 23.º que, para além do Estado, respondem pelos encargos resultantes da prestação de cuidados de saúde, os utentes beneficiários do SNS, na parte que lhes couber, tendo em atenção as suas condições económicas e sociais;

46. Devendo entender-se que o legislador estaria aí a fazer referência às taxas moderadoras uma vez que, estando os decretos-lei de desenvolvimento subordinados a uma Lei de Bases, nos termos do n.º 2 do artigo 112.º, 2.ª parte da

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

47. Assim, em desenvolvimento quer do disposto na Base XXXIV da LBS<sup>1</sup>, quer do disposto no referido artigo 23.º do Estatuto do SNS, o Decreto-Lei n.º 173/2003, de 1 de agosto (diploma que regulou a matéria de taxas moderadoras até à aprovação do Decreto-Lei 113/2011, de 29 de novembro) fixava taxas moderadoras no acesso a determinados cuidados de saúde, como seja nas consultas nos centros de saúde, nas consultas externas nos hospitais e nos serviços de urgência dos hospitais, e não previu a cobrança de taxas moderadoras no acesso ao internamento ou em intervenções cirúrgicas.
48. No n.º 4 do artigo 2.º do referido diploma encontrava-se estabelecido que “[t]odos os utentes, incluindo os beneficiários de subsistemas de saúde ou aqueles por quem qualquer entidade, pública ou privada, seja responsável, estão sujeitos ao pagamento de taxas moderadoras, excepto os que estão isentos [...]”.
49. Quanto às isenções do pagamento de taxas moderadoras, as mesmas encontravam-se elencadas no artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 173/2003, de 1 de agosto.
50. Posteriormente, o Decreto-Lei 113/2011, de 29 de novembro<sup>23</sup> veio rever o quadro legal aplicável, “*determinando as taxas moderadoras aplicáveis [...]*”, tendo procedido à alteração (no sentido do aumento) dos valores das taxas moderadoras e instituído regras de revisão, e procedido ainda à reapreciação das categorias de isenção de pagamento das taxas moderadoras.
51. Em concreto, este diploma veio então regular “[...] o acesso às prestações do SNS por parte dos utentes no que respeita ao regime das taxas moderadoras e à aplicação de regimes especiais de benefícios, tendo por base a definição das situações determinantes de isenção de pagamento ou de participação, como situações clínicas relevantes de maior risco de saúde ou situações de insuficiência económica” .
52. Note-se que, nos termos do artigo 2.º do Decreto-Lei 113/2011, de 29 de novembro, o pagamento de taxas moderadoras apenas se aplica às “prestações

---

<sup>1</sup> Que estabelece, recorde-se, que podem ser cobradas taxas moderadoras “com o objetivo de completar as medidas reguladoras do uso dos serviços de saúde”.

<sup>2</sup> Publicado no DR, I Série, n.º 229, de 29-11-2011.

<sup>3</sup> O Decreto-Lei n.º 61/2015 de 22 de abril, procedeu à quinta alteração ao Decreto-Lei 113/2011, de 29 de novembro, republicado pelo Decreto-lei n.º 117/2014, de 5 de agosto.

de saúde, cujos encargos sejam suportados, pelo orçamento do SNS”, que sejam efetuadas aquando do acesso:

- (i) “[a] consultas nos prestadores de cuidados de saúde primários, no domicílio, nos hospitais e em outros estabelecimentos de saúde públicos ou privados, designadamente em entidades convencionadas”;
- (ii) “[à] realização de exames complementares de diagnóstico e terapêutica em serviços de saúde públicos ou privados, designadamente em entidades convencionadas, com exceção dos efetuados em regime de internamento”;
- (iii) “[aos] serviços de atendimento permanente dos cuidados de saúde primários e serviços de urgência hospitalar”; e
- (iv) “[ao] hospital de dia”.

53. Neste contexto, a Portaria n.º 306-A/2011, de 20 de dezembro<sup>4</sup>, aprovou, em concretização do Decreto-lei n.º 113/2011, de 29 de novembro, os valores das taxas moderadoras aplicáveis às diversas prestações de cuidados de saúde no SNS<sup>5</sup>, bem como as regras de apuramento e cobrança das mesmas taxas moderadoras.

---

<sup>4</sup> Publicada no DR, I Série, n.º 242, de 20-12-2011.

<sup>5</sup> O artigo 4.º da Portaria n.º 306-A/2011, de 20 de dezembro, em complemento do disposto no artigo 7.º do Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro, estabelece as regras de cobrança e pagamento das taxas moderadoras:

“Artigo 4.º

*Cobrança e pagamento das taxas moderadoras*

1- Sem prejuízo do disposto no artigo 7.º do Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de Novembro, as taxas moderadoras são devidas e devem ser pagas no momento da apresentação do utente na consulta, da admissão na urgência ou da realização das sessões de hospital de dia e, ainda, no momento da realização de actos complementares de diagnóstico e terapêutica.

2- A taxa moderadora devida pela realização da consulta no domicílio, deve ser paga no momento em que a entidade responsável pela cobrança considerar mais adequada ao seu funcionamento interno.

3- Os serviços e estabelecimentos que integram o Serviço Nacional de Saúde ou que têm contrato ou convenção com o Serviço Nacional de Saúde devem providenciar todos os meios para a efectiva cobrança das taxas moderadoras, designadamente através de terminais de pagamento automático com cartão bancário, e, nos casos de pagamento a título excepcional em momento posterior, providenciar a possibilidade de pagamento através de referência bancária.

4 — Nos casos excepcionais em que as taxas moderadoras não sejam cobradas no momento da realização do acto, as entidades, com a obrigação de cobrança respectiva, devem proceder à identificação e notificação do utente logo de imediato no momento em que a taxa é devida, considerando -se o utente interpelado, desde esse momento, para efectuar o pagamento no

54. Ora, recorde-se que, para cumprimento do objetivo regulatório da ERS de “*zelar pela legalidade e transparência das relações económicas entre todos os agentes do sistema*” (alínea e) do artigo 10.º dos Estatutos da ERS);
55. Incumbe a esta Entidade “*pronunciar-se sobre o montante das taxas e preços de cuidados de saúde administrativamente fixados [...] e zelar pelo seu cumprimento*” (alínea e) do artigo 15.º dos Estatutos da ERS).
56. Assim, tendo em atenção o quadro legal vindo de expor – mais concretamente a LBS, o Estatuto do SNS, o Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro, na versão republicada pelo Decreto-Lei n.º 128/2012, de 21 de junho, e a Portaria n.º 306-A/2011, de 20 de dezembro –, aos utentes do SNS apenas poderão ser cobradas diretamente as taxas moderadoras correspondentes aos cuidados de saúde que lhe tenham sido efetivamente prestados, sem prejuízo das isenções previstas no artigo 2.º do referido Decreto-Lei;
57. As quais visam apenas cumprir uma função de racionalização da utilização dos serviços de saúde.
58. De tanto resulta, então, que os estabelecimentos hospitalares do SNS se acham obrigados ao integral respeito dos direitos dos utentes, designada mas não limitadamente em matéria de proibição de cobrança de quaisquer encargos, que não aqueles previstos pelo próprio quadro do SNS;
59. Isto é, ao escrupuloso cumprimento das taxas e preços de cuidados de saúde administrativamente fixados;
60. Sendo certo que, nos termos do n.º1 do artigo 25.º do Estatuto do SNS, “[o]s *limites mínimos e máximos dos preços a cobrar pelos cuidados prestados no quadro do SNS são estabelecidos por portaria do Ministro da Saúde*”, o mesmo acontecendo com o montante das taxas moderadoras fixadas na Portaria n.º 306-A/2011, de 20 de dezembro.

---

*prazo máximo de 10 dias, nos termos do n.º 3 do artigo 7.º do Decreto -Lei n.º 113/2011 de 29 de Novembro.*

*5- A cobrança da taxa moderadora devida pela realização de acto complementar subsequente a outro e de realização diferida no tempo conforme indicação clínica e consentimento informado do utente, deve ocorrer no momento da realização desse acto complementar e no local de realização correspondente.*

*6- No caso de o utente não comparecer no momento da realização da prestação de serviço de saúde pela qual é devida e já foi paga taxa moderadora, apenas há lugar ao reembolso da importância liquidada se a ausência for justificada por motivos não imputáveis ao próprio.”.*

61. De onde decorre a impossibilidade de virem os próprios estabelecimentos hospitalares do SNS cobrar aos utentes quaisquer valores que não estejam expressamente previstos no quadro legal aplicável.
62. Ainda assim, e como visto *supra*, a evolução legislativa tem sido no sentido de se garantir que, nas situações em que sejam exigíveis taxas moderadoras, se verifique o efetivo pagamento pelos utentes aos quais as mesmas sejam exigíveis, sob pena de incorrerem em ilícito contraordenacional punível com coima;
63. O que não significa, contudo, que seja admissível a adoção pelos estabelecimentos hospitalares do SNS de procedimentos para garantia do efetivo pagamento de taxas moderadoras que possam passar por fazer repercutir nos utentes os custos dos cuidados de saúde que lhes foram prestados em tais estabelecimentos.

### **III.3. Da admissibilidade ou não de cobrança das despesas hospitalares aos utentes do SNS quando haja um terceiro legal ou contratualmente responsável pelos encargos decorrentes da prestação de cuidados de saúde**

64. Importa recordar que o SNS não se apresenta apenas como prestador de cuidados de saúde, mas igualmente como garante de um acesso tendencialmente gratuito aos seus beneficiários a essa prestação, através do seu financiamento.
65. Nessa segunda dimensão, de financiador, “[o] *Serviço Nacional de Saúde é financiado pelo Orçamento do Estado, através do pagamento dos actos e actividades efectivamente realizados segundo uma tabela de preços que consagra uma classificação dos mesmos actos, técnicas e serviços de saúde*” – cfr. n.º 1.º da Base XXXIII da LBS;
66. Porém, da análise da LBS, mais concretamente da referida *Base XXXIII*<sup>6</sup>, bem como do próprio Estatuto do SNS, em especial o seu artigo 23.º, resultava a existência de outras formas de financiamento da prestação de cuidados de saúde, para além do SNS, específicas de determinadas categorias de cidadãos.

---

<sup>6</sup> Conforme resulta da alínea b) do n.º 2 da Base XXXIII da LBS “os serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde podem cobrar [...] o pagamento de cuidados de saúde por parte de terceiros responsáveis, legal ou contratualmente, nomeadamente subsistemas de saúde [...]”. Por seu lado, a alínea b) do n.º 1 do artigo 23.º do Estatuto do SNS, resulta que “[...] respondem pelos encargos resultantes da prestação de cuidados de saúde prestados no quadro do SNS [...] os subsistemas de saúde [...]”.

67. Conforme resulta do n.º 2 da Base XXXIII da LBS, “os serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde podem cobrar [...]

- a) *O pagamento de cuidados em quarto particular ou outra modalidade não prevista para a generalidade dos utentes;*
- b) *O pagamento de cuidados de saúde por parte de terceiros responsáveis, legal ou contratualmente, nomeadamente subsistemas de saúde ou entidades seguradoras;*
- c) *O pagamento de cuidados prestados a não beneficiários do Serviço Nacional de Saúde quando não há terceiros responsáveis;*
- d) *O pagamento de taxas por serviços prestados ou utilização de instalações ou equipamentos nos termos legalmente previstos;*
- e) *O produto de rendimentos próprios;*
- f) *O produto de benemerências ou doações;*
- g) *O produto da efectivação de responsabilidade dos utentes por infracções às regras da organização e do funcionamento do sistema e por uso doloso dos serviços e do material de saúde.* (sublinhado nosso).

68. Por seu lado, do n.º 1 do artigo 23.º do Estatuto do SNS resulta que “[...] respondem pelos encargos resultantes da prestação de cuidados de saúde prestados no quadro do SNS:

- a) *Os utentes não beneficiários do SNS* e os beneficiários na parte que lhes couber, tendo em conta as suas condições económicas e sociais;
- b) *Os subsistemas de saúde, neles incluídas as instituições particulares de solidariedade social, nos termos dos seus diplomas orgânicos ou estatutários;*
- c) *As entidades que estejam a tal obrigadas por força de lei ou de contrato;*
- d) *As entidades que se responsabilizem pelo pagamento devido pela assistência em quarto particular ou por outra modalidade não prevista para a generalidade dos utentes;*

- e) Os responsáveis por infração às regras de funcionamento do sistema ou por uso ilícito dos serviços ou material de saúde. (sublinhado nosso).

69. Por seu lado, o artigo 25.º do Estatuto do SNS estabelecia ainda que “[o]s *limites mínimos e máximos dos preços a cobrar pelos cuidados prestados no quadro do SNS são estabelecidos por Portaria do Ministro da Saúde [...]*”.

70. Nesse sentido, a Portaria n.º 132/2009, de 30 de janeiro, que aprovou o Regulamento das Tabelas de Preços das Instituições e Serviços Integrados no Serviço Nacional de Saúde, veio estabelecer “[o] *valor das prestações de saúde realizadas pelas instituições e serviços previstas no artigo seguinte, e que devam ser cobradas aos subsistemas de saúde cujos beneficiários a eles recorram, bem como a quaisquer entidades, públicas ou privadas, responsáveis pelos respectivos encargos [...]*”<sup>7</sup>.

71. Em consonância com o disposto em tal Portaria, a minuta dos Contratos Programa dos Hospitais do SNS, aprovada pelo Despacho do Secretário de Estado da Saúde n.º 721/2006, de 11 de Janeiro, referia que o financiamento dos Hospitais do SNS deveria assentar numa produção contratada que “[...] *respeita apenas aos beneficiários do SNS, não considerando os cuidados prestados a utentes dos serviços de saúde das Regiões Autónomas, de subsistemas públicos e privados e de quaisquer outros terceiros legal ou contratualmente responsáveis*” – cfr. Cláusula 6.ª das cláusulas contratuais gerais da referida minuta.

72. Isto significa que, de acordo com a legislação até então em vigor, os custos resultantes da prestação de cuidados de saúde nos serviços e estabelecimentos do SNS eram:

- (i) assegurados pelo orçamento do SNS, no caso da generalidade dos beneficiários do SNS;
- (ii) financiados pelos subsistemas de saúde para os seus beneficiários;
- (iii) suportados por terceiras entidades, quando o recurso dos utentes aos serviços de saúde fosse o resultado de uma ação ou omissão, que por lei ou contrato, devesse ser da responsabilidade dessa terceira entidade e não assumida pelo SNS (situações de vítimas de agressão, ou de acidentes de viação, laborais, desportivos, etc.);

---

<sup>7</sup> A Portaria atualmente em vigor é a Portaria n.º 20/2014, de 29 de janeiro.

(iv) suportados pelos utentes não beneficiários do SNS<sup>8</sup>.

73. Tal enquadramento sofreu uma alteração significativa com a aprovação do Orçamento de Estado para 2011.

74. Efetivamente, a Lei n.º 55-A/2010, de 31 de dezembro, veio determinar, no n.º 1 do seu artigo 160.º, que “os encargos com as prestações de saúde realizadas por estabelecimentos e serviços do SNS aos beneficiários da ADSE, [...], da (SAD da GNR e PSP) [...] e da [...] (ADM) [...], são suportados pelo Orçamento do SNS”.

75. Nessa sequência, na minuta do acordo modificativo do contrato programa para 2012, homologado pelo Secretário de Estado da Saúde em 23 de abril de 2012, é referido no n.º 4 da Cláusula primeira do Anexo I que “A produção a contratar considera a atividade relativa aos utentes do SNS, incluindo os beneficiários dos Subsistemas de Saúde da ADSE, da SAD GNR e PSP e da ADM das Forças Armadas.”.

76. Isto significa que face ao quadro legal atualmente em vigor, os custos resultantes da prestação de cuidados de saúde nos serviços e estabelecimentos do SNS são:

(i) assegurados pelo orçamento do SNS, no caso da generalidade dos beneficiários do SNS, incluindo os beneficiários dos subsistemas de saúde públicos (ADSE, ADM, SAD PSP e SAD GNR);

(ii) suportados por terceiras entidades, quando o recurso dos utentes aos serviços de saúde seja o resultado de uma ação ou omissão que, por lei ou contrato, seja da responsabilidade dessa terceira entidade, e não deva ser assumida pelo SNS (situações de utentes vítimas de agressão, ou de acidentes de viação, laborais, desportivos, etc.);

(iii) suportados pelos utentes não beneficiários do SNS.

77. Recorde-se que o presente processo de inquérito incide sobre a análise dos procedimentos adotados pela ULSBA, quando os custos decorrentes da prestação de cuidados de saúde devam ser suportados por terceiros legal ou contratualmente responsáveis.

---

<sup>8</sup> Para efeitos desta análise, devem considerar-se utentes não beneficiários do SNS aqueles que não se identifiquem como tal perante as instituições do SNS.

78. Para que tal seja possível, ou seja, para que os hospitais do SNS possam responsabilizar tais entidades terceiras, torna-se necessário que estejam implementados procedimentos que permitam a correta identificação, aquando da prestação dos cuidados de saúde, dos utentes e/ou dos terceiros pagadores.
79. Refira-se, a título prévio, e quanto à questão da identificação dos utentes e terceiros pagadores, o que se encontrava estabelecido quer no Decreto-Lei n.º 198/95, de 29 de julho, na redação dada pelo artigo único do Decreto-Lei n.º 52/2000, de 7 de abril, quer na minuta dos Contratos Programa dos Hospitais do SNS, aprovada pelo Despacho n.º 721/2006, de 11 de janeiro.
80. Assim, nos termos do disposto no artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 198/95, de 29 de julho, na redação dada pelo artigo único do Decreto-Lei n.º 52/2000, de 7 de abril, os utentes beneficiários do SNS, sempre que utilizem os serviços dos estabelecimentos integrados no SNS, devem identificar-se adequadamente;
81. Contudo, encontra-se ainda ali determinado que “[a] *não identificação dos utentes [...] não pode, em caso algum, determinar a recusa de prestações de saúde*” – cfr. n.º 2 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 198/95, de 29 de julho, na redação dada pelo artigo único do Decreto-Lei n.º 52/2000, de 7 de abril;
82. Bem como que “[aos] *utentes não é cobrada, com exceção das taxas moderadoras, quando devidas, qualquer importância relativa às prestações de saúde quando devidamente identificados nos termos deste diploma ou desde que façam prova, nos 10 dias seguintes à interpelação para pagamento dos encargos com os cuidados de saúde prestados, de que são titulares ou requereram a emissão do cartão de identificação de utente do Serviço Nacional de Saúde.*” – cfr. n.º 3 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 198/95, de 29 de julho, na redação dada pelo artigo único do Decreto-Lei n.º 52/2000, de 7 de abril.
83. Faz-se notar que no preâmbulo do Decreto-Lei n.º 52/2000, de 7 de abril, a nova redação dos n.º 2 e 3 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 198/95, de 29 de julho era justificada com a necessidade de “[...] *associar consequências à não identificação do cartão e que assentam no pressuposto que o utente não identificado não é beneficiário do Serviço Nacional de Saúde, associando o ónus do pagamento directo do utente pelos encargos decorrentes de cuidados de saúde, quando não se apresente devidamente identificado nas instituições e serviços prestadores ou não indique terceiro, legal ou contratualmente responsável. Esta responsabilização prática das instituições e serviços integrados no Serviço Nacional de Saúde fica agora mitigada pela possibilidade de o utente se eximir da responsabilidade pelos*

*cuidados de saúde prestados requerendo o respectivo documento de identificação.*<sup>9</sup> (sublinhado nosso).

84. Do Decreto-Lei n.º 198/95, de 29 de julho, na redação dada pelo artigo único do Decreto-Lei n.º 52/2000, de 7 de abril, resulta então a obrigatoriedade de identificação dos beneficiários do SNS, quando recorrem a cuidados de saúde prestados nos estabelecimentos do SNS;
85. Sob pena de, não se identificando, não serem considerados beneficiários do SNS, sendo-lhes, associado o ónus do pagamento direto dos encargos decorrentes da prestação de cuidados de saúde, conforme resulta, desde logo, da alínea a) do n.º1 do artigo 23.º do Estatuto do SNS.
86. Ainda que “[a] não identificação dos utentes [...] não pode, em caso algum, determinar a recusa de prestações de saúde” – cfr. n.º 2 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 198/95, de 29 de julho, na redação dada pelo artigo único do Decreto-Lei n.º 52/2000, de 7 de abril.
87. Por seu turno, a minuta dos Contratos Programa dos Hospitais do SNS aprovada pelo Despacho do Secretário de Estado da Saúde n.º 721/2006, de 11 de janeiro, estabelece igualmente, na sua Cláusula 12.<sup>a</sup>, ser obrigação que impende sobre os hospitais do SNS “[...] identificar e determinar a entidade responsável pelo pagamento dos serviços prestados a cada utente, designadamente os terceiros pagadores, em todas as situações em que estes sejam susceptíveis de ser responsabilizados”.

---

<sup>9</sup> Importa referir a este respeito que, a exigência imposta pelo n.º 3 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 198/95, de 29 de julho, na redação dada pelo artigo único do Decreto-Lei n.º 52/2000, de 7 de abril, de os utentes se apresentarem perante os serviços de saúde devidamente identificados como beneficiários do SNS, sob pena de poderem, caso não se identifiquem, ser considerados como não beneficiários do SNS, e como tal serem responsáveis pelo pagamento dos encargos decorrentes dos cuidados de saúde que lhe foram prestados, foi objeto de fiscalização sucessiva concreta da constitucionalidade. O Tribunal Constitucional pronunciou-se no sentido da inconstitucionalidade material da referida disposição no Acórdão n.º 67/2007, de 30 de janeiro, tendo reiterado tal juízo nas decisões sumárias nºs 557/07 e 274/08.

Nesse sentido, o Ministério Público requereu nos termos do artigo 82.º da Lei de Organização, Funcionamento e Processo do Tribunal Constitucional, aprovada pela Lei n.º 28/82, de 15 de novembro, e alterada, por último, pela Lei n.º 13-A/98, de 26 de fevereiro (LTC), a apreciação e a declaração, com força obrigatória geral, da inconstitucionalidade da norma constante do artigo 2º, nº 3 do Decreto-Lei nº 198/95, de 29 de julho, na redação resultante do artigo único do Decreto-Lei nº 52/2000, de 7 de abril.

Assim, o Tribunal Constitucional, no seu Acórdão n.º 221/2009, de 5 de maio, decidiu, com força obrigatória geral, não declarar a inconstitucionalidade da referida norma, quando interpretada no sentido de obrigar ao pagamento dos serviços prestados apenas pelo facto de o utente não ter cumprido o ónus de demonstração de titularidade do cartão de utente no prazo de dez dias subsequentes à interpelação para pagamento dos encargos com os cuidados de saúde.

88. Com o intuito de clarificar o conceito de terceiros responsáveis, o então Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (IGIF), entretanto extinto e substituído nas suas atribuições pela ACSS, emitiu a Circular Informativa n.º1 2005.07.01 IGIF, na qual era esclarecido que:

*“De acordo com a alínea b) da Base XXXIII da Lei de Base da saúde, vertida no n.º1 do artigo 23.º do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro, quando da prestação dos cuidados de saúde resultem encargos ou despesas que as instituições hospitalares têm direito que sejam ressarcidos e exista um terceiro legal contratualmente responsável, é sobre este terceiro que recai a responsabilidade quer pelos danos que o assistido sofreu, quer pelo pagamento de todos os encargos que decorram da prestação de cuidados de saúde do mesmo.”;*

89. A referida Circular apresentava a definição de terceiro legal ou contratualmente responsável, “[...] como alguém exterior à relação estabelecida entre o hospital e o assistido, [que] deve proceder ao pagamento de todos os encargos ou despesas decorrentes da assistência hospitalar prestada, dependendo a imputação da responsabilidade apenas da existência de norma legal ou contrato”;

90. Sendo que “[a] responsabilidade do terceiro legal ou contratualmente responsável advém naturalmente da própria existência de uma norma legal ou contrato e não devido a qualquer tipo de culpa ou responsabilidade do assistido.”;

91. Acrescentando-se ainda que “[...] a situação mais comum de terceiros responsáveis são aqueles que são responsáveis por virtude de situação de responsabilidade civil, conferindo nestas situações o n.º 2 do artigo 492.º do Código Civil aos estabelecimentos hospitalares, médicos e outras pessoas ou entidades que tenham contribuído para o tratamento da vítima, o direito de exigir a indemnização pelos encargos decorrentes da assistência prestada.”.

92. Tal Circular Informativa veio ainda clarificar que, “[q]uando não haja terceiros responsáveis, não existe uma obrigação legal de pagamento dos cuidados de saúde que impenda sobre os assistidos, beneficiários do Serviço Nacional de Saúde. Ou seja, nos casos em que a razão da necessidade dos cuidados de saúde seja, por exemplo, imputável à própria conduta do assistido este não deve, enquanto utente e beneficiário do Serviço Nacional de Saúde, suportar os custos da prestação dos cuidados que lhe tenham sido ministrados.” (sublinhado nosso).

93. Sendo ali ainda referido, na esteira do entendimento *expresso* pela ERS *supra* – III.2. Do direito de acesso universal e equitativo ao serviço público de saúde e do respeito pelo montante das taxas e preços de cuidados de saúde administrativamente fixados –, que “[o] *caráter tendencialmente gratuito do Serviço Nacional de Saúde imposto pelo n.º 2 do artigo 64.º da Lei Fundamental impede que um assistido beneficiário do Serviço Nacional de Saúde, ainda que tenha tido uma conduta culposa na produção dos danos que motivam a prestação de saúde seja obrigado a suportar as despesas e os encargos decorrentes da sua assistência.*”.
94. Por último, era ainda esclarecido pela referida Circular que “[n]as *situações em que a conduta culposa gerou outras vítimas, e não existindo outro terceiro responsável, nomeadamente uma seguradora responsável, o agente, enquanto responsável pelo facto danoso, deve suportar os custos da assistência hospitalar que foi necessário prestar à sua vítima, nos termos do disposto no n.º 2 do artigo 492.º do Código Civil, uma vez que nesse caso o autor do dano é um terceiro e não o próprio assistido, sendo esse terceiro legalmente responsável.*”.
95. Assim, da leitura da referida Circular é possível concluir que os hospitais do SNS têm direito a ser *ressarcidos* dos custos ou encargos com a prestação de cuidados de saúde aos utentes (assistidos), sempre que exista um terceiro legal ou contratualmente responsável, seja ele uma entidade seguradora ou um agente, enquanto responsável pelo facto danoso.
96. No entanto, ficou igualmente claro que, caso não existam terceiros responsáveis pelo facto que gerou a necessidade de prestação de cuidados de saúde, a beneficiários do SNS, não impende uma qualquer obrigação legal de pagamento dos cuidados de saúde que lhes foram prestados em hospital do SNS, mesmo que a razão da necessidade de tais cuidados tenha sido imputável à própria conduta do assistido;
97. Isto porque o assistido não pode, enquanto beneficiário do SNS, ser responsabilizado pelos os custos dos cuidados que lhe tenham sido ministrados.
98. Posteriormente, a Circular Normativa da ACSS n.º 11/2011/UOFC, de 7 de abril de 2011, relativa às “*Condições e Procedimentos de pagamento das prestações de saúde realizadas aos beneficiários do SNS, subsistemas públicos da ADSE, da SAD da GNR e da PSP e da ADM das Forças Armadas que devam ser cobradas pelas Unidades de Saúde ao abrigo do Contrato-programa – Acordo Modificativo*”.

de 2011”, veio determinar, junto dos estabelecimentos hospitalares do SNS, a forma como deveriam proceder à identificação dos utentes e terceiros pagadores.

99. Em tal Circular Normativa encontrava-se, desde logo, estabelecido que “[a]s unidades de saúde estão obrigadas a identificar os utentes do SNS através do cartão de utente, de acordo com o artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 198/95, de 29 de Julho, na redação dada pelo artigo único do Decreto-Lei n.º 52/2000, de 7 de Abril, ou de acordo com o cartão de cidadão que o substitui.”;

100. Mais se encontrava ali determinado que os estabelecimentos hospitalares do SNS deveriam:

- (i) sempre que o utente não apresentasse cartão de identificação ou elemento comprovativo de que o mesmo já havia sido requerido, solicitar-lhe

*“[...] outros elementos de identificação que permitam à instituição aferir da condição de beneficiário do SNS à data da assistência. Assim, deve a instituição proceder à identificação tão completa quanto possível do utente, recolhendo os seguintes elementos:*

- a) Nome completo;*
- b) N.º de bilhete de identidade, data de emissão e local;*
- c) Data de nascimento;*
- d) Naturalidade;*
- e) Filiação;*
- f) Residência;*
- g) N.º de telefone de contacto;*
- h) No caso do utente ser menor, todos os elementos de identificação exigidos nas alíneas anteriores devem ser reunidos também no que diz respeito a um dos pais do menor.”.*

- (ii) verificar oficiosamente, no Registo Nacional de Utentes (RNU), a situação de beneficiário do SNS; ou
- (iii) solicitar informação oficiosamente ao Centro de Saúde, “[c]aso a instituição conclua que o utente não está inscrito na base, e não [tenha] a instituição elementos de identificação para comprovar da situação de beneficiário do SNS”.

101. No que se refere à questão da identificação de terceiros pagadores, encontrava-se estabelecido na Circular Normativa da ACSS n.º 11/2011/UOFC, de 7 de abril de 2011, que

*“[a]s unidades de saúde devem ainda identificar e determinar a entidade responsável pelo pagamento dos serviços prestados a cada utente, designadamente os terceiros pagadores, em todas as situações que estes sejam suscetíveis de serem responsabilizados. Para este efeito, as unidades de saúde devem ter um sistema de informação acessível que permita, entre outros, identificar:*

- a) Nome do utente;*
- b) Número de cartão de utente;*
- c) Centro de saúde onde o utente está inscrito;*
- d) Terceiro pagador;*
- e) Número de subsistema.”*

102. Em tal Circular, era igualmente determinado que

- (i) quando existisse “[...] *um terceiro legal ou contratualmente responsável (nomeadamente, subsistemas de saúde, seguradoras, assim como situações de responsabilidade civil como terceiro autor de agressão, acidentes de viação ou de trabalho) os serviços devem ainda registar as circunstâncias de fato (tempo, modo e lugar) que geram a responsabilidade, os dados respeitantes ao terceiro (nome completo, número de bilhete de identidade, data de nascimento, naturalidade, filiação, residência, número de telefone de contato), incluindo também apólice de seguro ou matrícula do veículo, quando for o caso.*” (sublinhado nosso).

- (ii) nas situações em que existissem terceiros responsáveis, os encargos decorrentes da prestação de tais cuidados de saúde “[...] devem ser faturadas diretamente às entidades que devem suportar os encargos das prestações de saúde, não podendo o episódio ser faturado ao Serviço Nacional de Saúde, constituindo infração grave do contrato-programa as situações em que haja lugar à inclusão na faturação ao Serviço Nacional de Saúde das situações referidas nos termos do n.º 1 do artigo 158.º da Lei do Orçamento de Estado de 2010.” (sublinhado nosso);
- (iii) em caso de não ser possível aos hospitais do SNS identificar os terceiros responsáveis, ou em caso de não ser possível efetivar a cobrança dos encargos decorrentes dos cuidados de saúde prestados, tal “[...] *não determina a responsabilidade do Serviço Nacional de Saúde ao abrigo do contrato-programa.*”; e
- (iv) em caso de se verificarem erros de faturação seria possível, excepcionalmente, a emissão de notas de crédito à ACSS, as quais devem ser “[...] *acompanhadas de uma justificação individualizada por fatura quanto ao erro de faturação que determinou a sua emissão.*”.

103. Note-se que o estabelecimento de penalizações, no âmbito dos contratos-programa, por incorreta identificação das situações de responsabilidade civil, foi introduzido pela Lei do Orçamento de Estado para 2010 (Lei n.º 3-B/2010, de 28 de abril) que, no n.º 1 do seu artigo 153.º (sob a epígrafe Receitas do SNS), veio estabelecer que

*“O Ministério da Saúde, através da Administração Central do Sistema de Saúde, I. P., implementa as medidas necessárias à facturação e à cobrança efectiva de receitas, devidas por terceiros legal ou contratualmente responsáveis, nomeadamente entidades seguradoras, mediante o estabelecimento de penalizações, no âmbito dos contratos-programa, por incorrecta identificação das situações de responsabilidade civil, com vista a evitar a diminuição significativa de receitas desta proveniência.”*<sup>10</sup>.

---

<sup>10</sup> Tal preceito foi mantido na Lei do Orçamento de Estado para 2011 (Lei n.º 55-A/2010 de 31 de dezembro) no n.º 1 do seu artigo 158.º, sob a epígrafe “Receitas do SNS”.

104. Posteriormente, a Lei do Orçamento de Estado para 2012 (Lei n.º 64-B/2011, de 30 de dezembro), para além de ter mantido o estabelecimento de penalizações, no âmbito dos contratos-programa, por incorreta identificação das situações de responsabilidade civil, veio determinar a necessidade de implementação “[...] de forma progressiva [d]as medidas necessárias para que, na facturação dos serviços prestados aos utentes do SNS seja incluída informação relativa ao custo efectivo dos serviços usufruídos pelos utentes que não sujeitos a pagamento” – cfr. o n.º 2 do seu artigo 188.º (sob a epígrafe Receitas do SNS);
105. Bem como veio determinar que “[a] responsabilidade de terceiro pelos encargos das prestações de saúde de um sujeito exclui, na medida dessa responsabilidade, a do SNS.” – cfr. o n.º 3 do seu artigo 188.º (sob a epígrafe Receitas do SNS)<sup>11</sup>.
106. Relativamente ao n.º 2 do artigo 188.º da Lei n.º 64-B/2011, de 30 de dezembro, refira-se que, por Despacho do Secretário de Estado da Saúde n.º 5007/2013, de 12 de abril<sup>12</sup>, foi determinado que “[a]s instituições hospitalares do Serviço Nacional de Saúde (SNS) disponibilizam a informação de custos incorridos com todas as prestações de saúde realizadas ao utente de acordo com a tabela de preços do SNS, preferencialmente e sempre que possível por via electrónica.”;
107. Embora ali também se preveja que tal informação não deva ser prestada em situações de “[p]restações de saúde realizadas ao utente, cujos encargos não sejam suportados pelo orçamento do SNS.”;
108. O que significa que, naquelas situações em que exista um terceiro legal ou contratualmente responsável pelos encargos decorrentes da prestação de cuidados de saúde, ao utente não deve ser remetida a informação sobre tais encargos.
109. A Lei n.º 64-B/2011, de 30 de dezembro (Orçamento de Estado para 2012) veio ainda introduzir alterações no regime de cobrança de dívidas relativas a prestações de saúde a terceiros responsáveis, que havia sido inicialmente aprovado pelo Decreto-lei n.º 218/99, de 15 de junho.
110. Importa notar que, em tal diploma, se encontra previsto que as entidades terceiras legal ou contratualmente responsáveis pelos encargos decorrentes da prestação de cuidados de saúde “[...] podem ser directamente demandadas pelas

---

<sup>11</sup> Tais preceitos foram mantidos na Lei do Orçamento de Estado para 2013 (Lei n.º 66-B/2012, de 31 de dezembro) nos n.ºs 1, 4 e 5 do seu artigo 149.º, sob a epígrafe “Receitas do SNS”.

<sup>12</sup> Publicado no Diário da República, 2.ª Série, n.º 72, de 12 de abril.

*instituições e serviços integrados no Serviço Nacional de Saúde [...]” – cfr. n.º 1 do artigo 4.º do Decreto-lei n.º 218/99, de 15 de junho;*

111. Devendo o utente “[...] *indicar a existência de apólice de seguro válida e eficaz que cubra os cuidados de saúde prestados.*” – cfr. n.º 2 do artigo 4.º do referido diploma.
112. Mais se encontrando estabelecido em tal diploma que “[a]s *instituições e serviços integrados no Serviço Nacional de Saúde podem constituir-se partes civis em processo penal relativo a facto que tenha dado origem à prestação de cuidados de saúde, para dedução de pedido de pagamento das respectivas despesas.*” – cfr. n.º 1 do artigo 6.º do referido diploma.
113. As regras a aplicar pelos hospitais do SNS na identificação dos utentes e terceiros pagadores, constam ainda quer da Circular Normativa da ACSS n.º 33/2012/CD, de 19 de julho, quer da Circular Normativa da ACSS n.º 9/2013/DPS, de 5 de março, as quais apresentam conteúdo idêntico àquele incluído na Circular Normativa da ACSS n.º 11/2011/UOFC, de 7 de abril, *supra* melhor descrita.
114. Ainda assim, a Circular Normativa da ACSS n.º 33/2012/CD, de 19 de julho, veio estabelecer que, embora a não identificação dos utentes não possa determinar a recusa de prestações de saúde, “[...] *caso o utente não se apresente devidamente identificado nas instituições e serviços prestadores ou não indique terceiro, legal ou contratualmente responsável e não faça prova, nos 10 dias seguintes à interpelação para pagamento dos encargos com os cuidados de saúde prestados, de que é titular ou requereu a emissão do cartão de identificação de utente do Serviço Nacional de Saúde, será responsável pelo pagamento dos encargos decorrentes da assistência prestada, devendo a faturação ser emitida em seu nome.*”.
115. Importa a este respeito recordar o disposto no preâmbulo do Decreto-Lei n.º 52/2000, de 7 de abril, no qual a nova redação dos n.º 2 e 3 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 198/95, de 29 de julho era justificada com a necessidade de “[...] *associar consequências à não identificação do cartão e que assentam no pressuposto que o utente não identificado não é beneficiário do Serviço Nacional de Saúde, associando o ónus do pagamento directo do utente pelos encargos decorrentes de cuidados de saúde, quando não se apresente devidamente identificado nas instituições e serviços prestadores ou não indique terceiro, legal ou contratualmente responsável. Esta responsabilização prática das instituições e serviços integrados no Serviço Nacional de Saúde fica agora mitigada pela*

*possibilidade de o utente se eximir da responsabilidade pelos cuidados de saúde prestados requerendo o respectivo documento de identificação.”.*

116. Do exposto resulta então que, face ao quadro legal atualmente em vigor, e ademais já sufragado pelo juízo de constitucionalidade do Tribunal Constitucional<sup>13</sup>, apenas é admissível fazer repercutir sobre os utentes os encargos diretos decorrentes dos cuidados de saúde nos casos em que estes não se apresentem perante os estabelecimentos do SNS devidamente identificados como beneficiários do SNS, ou não indiquem terceiro legal ou contratualmente responsável;
117. E, cumulativamente com uma dessas situações, não façam prova “*nos 10 dias seguintes à interpelação para pagamento dos encargos com os cuidados de saúde prestados, de que é titular ou requereu a emissão do cartão de identificação de utente do Serviço Nacional de Saúde*”.
118. Daqui resulta que aos beneficiários do SNS que façam prova dessa qualidade, nunca poderá ser exigível o pagamento dos encargos diretos decorrentes da prestação dos cuidados de saúde, mesmo naquelas situações em haja um terceiro legal ou contratualmente responsável;
119. Ou seja, naquelas situações de recurso a cuidados de saúde na sequência de agressões ou de um acidente de viação, de trabalho ou desportivo, entre outros, ao utente nunca poderão ser imputados os encargos diretos decorrentes da prestação de cuidados de saúde, mesmo que não seja possível identificar o agressor ou a entidade seguradora responsável, ou esta última não assuma a responsabilidade;
120. Apenas lhe sendo exigível que faça prova de que é beneficiário do SNS e de que procurou fornecer todos os elementos que permitam a identificação do terceiro legal ou contratualmente responsável.
121. Devendo-se, contudo, reiterar que, se o utente não se identificar cabalmente, nos termos legalmente previstos, enquanto beneficiário do SNS, será considerado como utente não beneficiário do SNS, e como tal deverá suportar o pagamento

---

<sup>13</sup> Recorde-se que, o Tribunal Constitucional, no seu Acórdão n.º 221/2009, de 5 de maio, decidiu, com força obrigatória geral, não declarar a inconstitucionalidade do n.º 2 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 198/95, de 29 de julho, na redação dada pelo artigo único do Decreto-Lei n.º 52/2000, de 7 de abril, quando interpretado no sentido de obrigar ao pagamento dos serviços prestados apenas pelo facto de o utente não ter cumprido o ónus de demonstração de titularidade do cartão de utente no prazo de dez dias subsequentes à interpelação para pagamento dos encargos com os cuidados de saúde.

dos encargos decorrentes da prestação de cuidados de saúde, conforme resulta, desde logo, da alínea a) do n.º 1 do artigo 23.º do Estatuto do SNS.

122. Nesse caso, em que aos hospitais do SNS não seja possível obter o ressarcimento, por terceiro legal ou contratualmente responsável pelos encargos decorrentes dos cuidados prestados ao utente (assistido);
123. E, não sendo possível, como visto *supra*, fazer repercutir tais encargos sobre o SNS, salvo em situações excepcionais de erro de identificação, e sob pena de penalizações no âmbito do contrato programa;
124. Tais dívidas têm que ser declaradas pelos hospitais do SNS como incobráveis, conforme disposto no Despacho 267/2005, de 7 de setembro que, de entre os critérios para declaração das dívidas incobráveis, estabeleceu na alínea b) do seu n.º 1 “[...] *a inexistência de elementos que permitam identificar a entidade responsável ou a localização do devedor*”.
125. Refira-se a esse respeito que a Circular Informativa n.º 6/2011/UOGF, de 15 de fevereiro, da ACSS, prevê que, relativamente à possibilidade de declarar dívidas como incobráveis, “[a]s *instituições do SNS podem declarar quaisquer dívidas como incobráveis, desde que se verifique um dos critérios determinados no Despacho 267/2005, de 7 de setembro, do Secretário de Estado da Saúde, a saber:*
- [...] b) *A inexistência de elementos que permitam identificar a entidade responsável ou a localizar o devedor*”.
126. Acrescentando-se ainda na referida Circular Informativa que “[...] *sendo as dívidas declaradas como incobráveis, deixam as instituições de estar obrigadas a proceder à sua cobrança judicial*”.
127. Por último, refira-se que as instituições do SNS não poderão, para o efeito de garantir o ressarcimento dos encargos resultantes da prestação de cuidados de saúde, quando se tenha verificado um facto suscetível de gerar responsabilidade de terceiros, remeter aos beneficiários do SNS, e que se tenham identificado devidamente como tal, um qualquer documento que contenha a informação de custos incorridos com todas as prestações de saúde realizadas ao utente de acordo com a tabela de preços do SNS;
128. Uma vez que, conforme dispõe o Despacho do Secretário de Estado da Saúde n.º 5007/2013, de 12 de abril, tal informação não deve ser prestada em situações

de “[p]restações de saúde realizadas ao utente, cujos encargos não sejam suportados pelo orçamento do SNS.”;

129. O que significa que, naquelas situações em que exista um terceiro legal ou contratualmente responsável pelos encargos decorrentes da prestação de cuidados de saúde, ao utente não deve ser remetida a informação sobre tais encargos.

#### **III.4. Análise da situação concreta**

130. Ora, recorde-se, em primeiro lugar que, quanto à questão da cobrança de despesas hospitalares aos utentes em causa nos presentes autos, a ERS já interveio, no exercício das suas atribuições e competências, através da emissão de instruções a estabelecimentos hospitalares do SNS, na sequência do conhecimento de várias situações referentes aos procedimentos adotados e relativos à cobrança de despesas hospitalares a utentes do SNS, atendidos nos Serviços de Urgência, quando existia uma entidade legal ou contratualmente responsável pelos encargos decorrentes da prestação de cuidados de saúde.

131. É possível consultar as referidas instruções no sítio eletrónico da ERS, na área temática «Atividades de regulação» «Instruções», concretamente, em Processo de Inquérito n.º ERS 68/12;

132. Tendo, nessa sequência, o Conselho de Administração deliberado igualmente proceder à abertura de um processo de monitorização, identificado sob o número PMT/015/2014, com a finalidade de acompanhamento do que venha a ser a atuação dos prestadores de cuidados de saúde em matéria de cobrança de despesas hospitalares a utentes do SNS, atendidos nos Serviços de Urgência de hospitais do SNS, quando exista uma entidade legal ou contratualmente responsável pelos encargos decorrentes da prestação de cuidados de saúde.

133. Pelo que, nesse sentido, após análise preliminar das reclamações apresentadas pelos exponentes S. e M., e considerando a matéria em causa, logo em sede de processo de avaliação foi informada a ULSBA da necessidade de os estabelecimentos prestadores hospitalares garantirem uma atuação em conformidade com o entendimento e atuação regulatória da ERS<sup>14</sup>.

---

<sup>14</sup> Resultou da atuação regulatória da ERS, em suma, que atento o quadro legal atualmente em vigor, a assunção dos custos resultantes da prestação de cuidados de saúde nos serviços e estabelecimentos do SNS, deve ser assegurada:

134. Dos documentos que o prestador remeteu à ERS, não resulta claro que o mesmo se encontre já a cumprir o quadro legal aplicável;

135. Designadamente no que se refere à não imputação imediata de quaisquer encargos aos beneficiários do SNS.

Senão vejamos,

136. Na resposta do prestador aos utentes, é referido que “[...] *“não aceita a posição assumida pela Entidade Reguladora da Saúde [quanto a esta questão], por entender não ter carácter vinculativo”, [devendo assim os utentes] proceder ao pagamento dos débitos em questão”*.

137. Certo é que, conforme referido pelos exponentes, os mesmos receberam faturas da ULSBA referentes ao pagamento das despesas hospitalares dos seus filhos, ou parte delas, em situações em que existia uma entidade legal ou contratualmente responsável pelos encargos decorrentes da prestação de cuidados de saúde;

138. O que não foi contraditado pelo prestador que, na resposta a um pedido de informações da ERS, referiu que, quanto à “[...] *reclamação deduzida [por M.] em*

---

[...]

(i) *pelo orçamento do SNS, no caso da generalidade dos utentes beneficiários do SNS, incluindo os beneficiários dos subsistemas de saúde públicos (ADSE, ADM, SAD PSP e SAD GNR); ou*

(ii) *por terceiras entidades, quando o recurso dos utentes aos serviços de saúde seja o resultado de uma ação ou omissão, que por lei ou contrato, seja da responsabilidade dessa terceira entidade, e não deva ser assumida pelo SNS (situações de utentes vítimas de agressão, ou de acidentes de viação, laborais, desportivos, etc.); ou ainda*

(iii) *pelos utentes não beneficiários do SNS”*.

*Pelo que importa assegurar a adoção pelos estabelecimentos hospitalares do SNS, de procedimentos capazes de garantir, quer uma correta e efetiva identificação dos utentes que recorrem à prestação de cuidados de saúde;*

*Quer uma correta e efetiva identificação da situação ou facto que gerou a necessidade de recurso à prestação de cuidados de saúde e que permita, conseqüentemente, identificar, qual a entidade responsável pelos mesmos, quando os respetivos encargos não sejam suportados pelo orçamento do SNS”*.

Mais considerando a ERS que, nomeadamente, os Hospitais do SNS devem abster-se de,

[...]

(iv) *remeter aos utentes faturas ou quaisquer outros documentos em que seja exigido diretamente aos utentes o valor real dos encargos associados à prestação dos cuidados de saúde, em especial naquelas situações em que exista uma entidade terceira legal ou contratualmente responsável pelos mesmos, sob pena de tal transmissão de informação poder induzir o utente na errada convicção sobre a necessidade de ter de ser o próprio a suportá-los [...]*”.

*virtude da fatura enviada pela prestação de cuidados a seu filho [...] trata-se de uma situação de diferendo entre a Seguradora e o Segurado, tendo aquela apenas assumido o pagamento de parte do valor da fatura, na quantia de €1500,00. Assim, entendeu o Conselho de Administração dever ser tal assunto tratado diretamente entre o Segurado e a sua Seguradora, não podendo [...] intervir substituindo-se ao segurado [...], devendo promover, como é sua obrigação, a cobrança pelos serviços prestados”.*

139. Já quanto à reclamação apresentada por S., refere o prestador que “[...] foi apresentada a fatura pelos cuidados de saúde prestados a seu [filho], na quantia referida na reclamação [pois é política] seguida na [ULSBA] e no Serviço de Admissão de Doentes, registar o próprio utente como entidade responsável pelo pagamento sempre que se verificam quaisquer das seguintes situações:

*1) Utentes com cartão de ADSE com validade expirada.*

*2) Motivo de admissão é acidente de viação e não é apresentada apólice do seguro;*

*3) Motivo de admissão é acidente de viação e é apresentada apólice do seguro, mas a companhia não reconhece responsabilidade ou o plafond do seguro não cobre a totalidades dos encargos e a parto não coberta é faturada ao utente;*

*4) Motivo de admissão é acidente em trabalho e não é apresentada apólice do seguro;*

*5) Motivo de admissão é acidente escolar e não é apresentada apólice do seguro;*

*6) Motivo de admissão é Agressão;*

*7) Utente não apresenta número do SNS;*

*8) Utente estrangeiro que não apresenta cartão SNS (residentes) ou cartão europeu de saúde, no caso de não residentes provenientes de países com acordos bilaterais com a EU, ou outro documento que habilite a faturação ao SNS / Segurança Social /ARSA (certidão, credencial ou formulário respetivo emitido por SS do país de origem, ou embaixada ou outro organismo, conforme instruções do Manual de Acolhimento ao Cidadão Estrangeiro, da ACSS).*

140. Fundamentando tal comportamento na interpretação que faz do art.º 64.º da CRP “[...] ao determinar que o acesso à saúde é tendencialmente gratuito e não já totalmente gratuito, como sucedia na redação inicial dessa norma constitucional. Por outro lado, a prestação de cuidados de saúde e a consequente emissão de fatura, o que também”.

141. Ora, relembra-se que a expressão “*tendencialmente gratuito*” não é entendida pelo Tribunal Constitucional, no seu Acórdão n.º 731/95, de 14 de dezembro, como tendo invertido o princípio da gratuidade, mas antes como estabelecendo a possibilidade de existirem exceções àquele princípio, nomeadamente quando o objetivo seja o de racionalizar a procura de cuidados de saúde (*in casu*, através da aplicação de taxas moderadoras).
142. Ora, *in casu*, as despesas hospitalares que a ULSBA pretende faturar aos utentes não se enquadram no âmbito da interpretação do conceito e sentido da expressão “*tendencialmente gratuito*”, feita pelo Tribunal Constitucional, correspondendo, isso sim, ao valor real dos encargos associados à prestação dos cuidados de saúde, em situações em que existe uma entidade terceira legal ou contratualmente responsável.
143. Ora, o procedimento descrito e implementado pelo prestador, designadamente no Serviço de Admissão de Doentes, de registar o próprio utente como entidade responsável pelo pagamento sempre que se verificam quaisquer das situações descritas *supra*<sup>15</sup>, não é legalmente admissível.
144. Nestes casos, existe efetivamente a obrigatoriedade dos utentes identificarem os terceiros legal ou contratualmente responsáveis, pelo que a ULSBA não deverá adotar procedimentos que visem impor a beneficiários do SNS, o pagamento das despesas decorrentes da prestação de cuidados de saúde deve, isso sim, criar procedimentos ou mecanismos administrativos que garantam a correta identificação dos utentes e dos terceiros responsáveis;
145. Sendo certo que, nos termos da alínea a) do n.º 2 da Base XIV da LBS, é dever dos utentes “*observar as regras sobre a organização e o funcionamento dos serviços e estabelecimentos*”;
146. Ao que acresce que, nos termos do disposto na alínea e) do n.º 1 do artigo 23.º do Estatuto do SNS, podem responder pelos encargos decorrentes da prestação

---

<sup>15</sup> “[...]”

1) *Utentes com cartão de ADSE com validade expirada.*

2) *Motivo de admissão é acidente de viação e não é apresentada apólice do seguro;*

3) *Motivo de admissão é acidente de viação e é apresentada apólice do seguro, mas a companhia não reconhece responsabilidade ou o plafond do seguro não cobre a totalidades dos encargos e a parto não coberta é faturada ao utente;*

4) *Motivo de admissão é acidente em trabalho e não é apresentada apólice do seguro;*

5) *Motivo de admissão é acidente escolar e não é apresentada apólice do seguro;*

6) *Motivo de admissão é Agressão;*

7) *Utente não apresenta número do SNS”.*

de cuidados de saúde no quadro do SNS “[o]s responsáveis por infração às regras de funcionamento do sistema [...]”;

147. O que, face ao quadro legal existente, não é possível, atenta a ausência de previsão expressa de tais infrações.
148. Assim, revela-se oportuna a previsão de mecanismos ou procedimentos, a adotar pelos estabelecimentos hospitalares do SNS, que assegurem, quer uma correta e efetiva identificação do utentes que recorrem à prestação de cuidados de saúde, quer uma correta e efetiva identificação da situação ou facto que gerou a necessidade de recurso a essa prestação;
149. E que permita, conseqüentemente, assegurar a identificação da entidade legal ou contratualmente responsável, quando os encargos resultantes da prestação de cuidados de saúde não sejam suportados pelo orçamento do SNS.
150. Por outro lado, resulta que o ULSBA, enquanto estabelecimento prestador de cuidados de saúde integrado no SNS, se acha obrigado ao integral respeito dos direitos dos utentes do SNS, designada mas não limitadamente, em matéria de proibição de cobrança de quaisquer encargos, que não aqueles previstos pelo próprio quadro do SNS;
151. Isto é, ao escrupuloso cumprimento das taxas e preços de cuidados de saúde administrativamente fixados;
152. Sendo certo que, nos termos do n.º 1 do artigo 25.º do Estatuto do SNS, “*Os limites mínimos e máximos dos preços a cobrar pelos cuidados prestados no quadro do SNS são estabelecidos por portaria do Ministro da Saúde*”, o mesmo acontecendo com o montante das taxas moderadoras fixadas na Portaria n.º 306-A/2011, de 20 de dezembro, com as alterações previstas na Portaria n.º 408/2015, de 25 de novembro.
153. De onde decorre a impossibilidade de virem os próprios estabelecimentos hospitalares do SNS cobrar aos utentes quaisquer valores não estejam expressamente previstos no quadro legal aplicável.
154. Assim, a faturação pela ULSBA àqueles utentes dos cuidados de saúde que lhes foram prestados no seu Serviço de Urgência, consubstancia-se numa cobrança que não se encontra estabelecida legalmente, constituindo um desrespeito pelos preços e taxas de cuidados de saúde administrativamente fixados, cujo cumprimento incumbe à ERS zelar, nos termos a alínea e) do artigo 15.º dos Estatutos;

155. De onde decorre, uma violação dos interesses financeiros dos beneficiários do SNS;
156. Importando garantir que a ULSBA informa a ERS do ponto da situação relativo aos utentes filhos dos exponentes S. e M., bem como ao utente J., incluindo informação sobre se procedeu à anulação das faturas a eles remetidas;
157. Bem como se abstenha, para futuro, de adotar quaisquer comportamentos que se consubstanciem em fazer repercutir sobre os beneficiários do SNS, seja em que situação for, e desde que estes se tenham identificado devidamente enquanto tal, os encargos decorrentes da prestação de cuidados de saúde.
158. Assim, impõe-se a emissão de uma instrução à ULSBA, nos termos *infra* apresentados.

#### **IV. AUDIÊNCIA DOS INTERESSADOS**

159. A presente deliberação foi precedida de audiência escrita dos interessados, nos termos e para os efeitos do disposto no n.º 1 do artigo 122.º do Código do Procedimento Administrativo, aplicável *ex vi* do artigo 24.º dos Estatutos da ERS, tendo para o efeito sido chamados a pronunciar-se o estabelecimento prestador de cuidados de saúde visado nos autos, a ULSBA, e os exponentes S., M. e J..
160. Certo é que, no decurso do prazo legal para o efeito, e até ao presente momento, não foi a ERS notificada das pronúncias dos interessados.
161. Não foi, assim, trazido ao conhecimento da ERS qualquer facto capaz de infirmar ou alterar o sentido do projeto de deliberação que, por isso, se mantém na íntegra.

#### **V. DECISÃO**

162. Tudo visto e ponderado, e considerando que o comportamento do prestador não está a respeitar os preços administrativamente fixados, nem a assegurar os direitos e interesses legítimos dos beneficiários do SNS, em especial o seu direito de acesso tendencialmente gratuito aos cuidados de saúde, o Conselho de Administração da ERS delibera, nos termos e para os efeitos do disposto nas alíneas a) e b) do artigo 19.º e na alínea a) do artigo 24.º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, emitir uma instrução ao

estabelecimento prestador de cuidados de saúde Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E.P.E., nos seguintes termos:

- (i) A Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E.P.E. deve abster-se de adotar quaisquer comportamentos que se consubstanciem em fazer repercutir sobre os beneficiários do SNS, seja em que situação for, e desde que estes se tenham identificado devidamente como tal, os encargos decorrentes da prestação de cuidados de saúde;
- (ii) A Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E.P.E. deve permanentemente garantir que os procedimentos por si adotados asseguram a correta e efetiva identificação dos utentes e terceiros pagadores, não podendo, ser remetidas a beneficiários do SNS faturas ou quaisquer outros documentos em que lhes seja exigido pagamento da prestação dos cuidados de saúde;
- (iii) A Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E.P.E. deve abster-se de remeter a beneficiários do SNS, juntamente com qualquer documento destinado a assegurar a sua identificação e a de terceiros responsáveis, quaisquer faturas e/ou outros documentos que possam induzi-los em erro quanto à sua obrigação de suportar os encargos resultantes da prestação de cuidados de saúde;
- (iv) A Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E.P.E. deve informar a ERS do ponto da situação relativo aos utentes filhos dos exponentes S. e M., bem como ao utente J.;
- (v) A Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E.P.E. deve dar cumprimento imediato à presente instrução e deve dar conhecimento à ERS, no prazo máximo de 30 (trinta) dias úteis após a notificação da deliberação final, dos procedimentos adotados para cumprimento da instrução aqui emitida;

163. A instrução ora emitida constitui decisão da ERS, sendo que a alínea b) do n.º 1 do artigo 61.º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, configura como contraordenação punível, *in casu* com coima de 1000,00 EUR a 44 891,81 EUR, “[...] o desrespeito de norma ou de decisão da ERS que, no exercício dos seus poderes regulamentares, de supervisão ou

*sancionatórios, determinem qualquer obrigação ou proibição, previstos nos artigos 14º, 16º, 17º, 19º, 20º, 22º e 23º.”.*

164. A versão não confidencial da presente deliberação será publicitada no sítio oficial da Entidade Reguladora da Saúde na Internet.

O Conselho de Administração,

Porto, 7 de setembro de 2016.