

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

Considerando as atribuições da Entidade Reguladora da Saúde conferidas pelo artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de maio;

Considerando os objetivos da atividade reguladora da Entidade Reguladora da Saúde estabelecidos no artigo 33.º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de maio;

Considerando os poderes de supervisão da Entidade Reguladora da Saúde estabelecidos no artigo 42.º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de maio;

Visto o processo registado sob o n.º ERS/068/12 - F;

I. DO PROCESSO

I.1. Origem do presente processo

1. Considerando as notícias veiculadas na comunicação social, em finais de outubro de 2012, sobre os procedimentos alegadamente adotados por alguns hospitais do SNS, de cobrança dos encargos decorrentes dos cuidados de saúde prestados aos utentes vítimas de agressão;
2. E, independentemente da não existência, naquele momento, de qualquer exposição dirigida à ERS, sobre a matéria em apreço;
3. O Conselho Diretivo da ERS, por despacho de 31 de outubro de 2012, ordenou a abertura do processo de inquérito registado sob o número ERS/068/12, tendente a uma investigação aprofundada da situação, a qual incidiu inicialmente sobre os estabelecimentos hospitalares do SNS a que era feita referência nas notícias.
4. A ERS rececionou, ainda, diversas exposições de utentes, as quais, atendendo ao seu objeto, foram subsequentemente incorporadas no presente inquérito;

5. E determinaram, assim, que os autos passassem a abranger outros estabelecimentos hospitalares do SNS, agora visados nas referidas exposições dos utentes;
6. E implicaram a ampliação do âmbito do inquérito, que passou, em suma, a incidir sobre a análise dos procedimentos alegadamente adotados e relativos à 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 pela prestação de cuidados de saúde.
7. Uma vez que foram identificadas diversas entidades envolvidas, identifica-se doravante o inquérito dirigido ao Hospital Garcia da Orta, E.P.E. (doravante, HGO), por facilidade, como ERS/068/12 – F.

I.2. Da exposição de P.

8. Em 3 de dezembro de 2012, a ERS tomou conhecimento, mediante exposição de P., da receção “[...] *no passado dia 28.11 pelo correio, uma fatura emitida pelo Hospital Garcia de Orta em nome [do seu] filho, D. de (...) € [...]*”, na sequência de um episódio de urgência sequencial a um acidente escolar.
9. Mais refere o exponente que o seu Filho “[...] *tem 10 anos, está isento de taxas moderadoras até aos 12, deslocou-se ao hospital na companhia dos pais no passado dia 24.10.2012, para efetuar somente uma radiografia ao dedo, por suspeita de possível fratura*”, e que “[...] *ao consultar hoje as taxas moderadoras actualizadas, que estão publicadas no site da Administração Central do Sistema de Saúde, [pôde] constatar que nenhuns serviços de radiologia se assemelham ao valor que me estão a cobrar na dita fatura.*”.
10. Tendo em consideração o enquadramento possível dos comportamentos relatados à luz dos objetivos regulatórios da ERS, foi a exposição incorporada no presente processo de inquérito.

I.3. Diligências

11. No âmbito da investigação desenvolvida pela ERS, realizaram-se, entre outras, e no que importa salientar quanto ao prestador aqui visado, as diligências consubstanciadas

- (i) no pedido de elementos remetido ao Hospital Garcia de Orta, EPE (HGO), em 17 de dezembro de 2012, e respetiva resposta.

II. DOS FACTOS

II.1. Das notícias veiculadas pelos meios de comunicação social

12. As notícias veiculadas pelos meios de comunicação social relatavam a existência de procedimentos alegadamente adotados por alguns hospitais do SNS, de cobrança dos encargos decorrentes dos cuidados de saúde prestados aos utentes vítimas de agressão, os quais seriam igualmente aplicáveis nos casos de acidentes de trabalho ou de viação, ou seja em situações em que existisse um terceiro responsável.
13. Em tais notícias¹, era referido que uma utente do SNS “[...] *vítima de assalto teve que esconder que este foi o motivo da agressão que a levou ao Hospital de Vila Franca de Xira para não pagar os (...) euros, além da taxa moderadora.*”;
14. E que uma outra utente “[...] *que ligou posteriormente para o hospital a questionar sobre o valor a pagar em casos destes obteve a mesma resposta: além da taxa, tinha que pagar os (...) euros, ainda que posteriormente, se não tivesse o dinheiro na altura*”.
15. Mais era referido em tal notícia que a Administração do Hospital de Vila Franca de Xira “[...] *esclareceu que, em caso de agressão, os utentes não têm de assegurar o pagamento do valor do episódio de urgência, bastando apenas para isso que apresentem cópia da queixa que fizeram à polícia.*”;
16. Mais tendo acrescentado que “*A terem ocorrido erros na cobrança, ou nas informações prestadas, eles dever-se-ão a lapsos na transmissão interna da informação, que vamos averiguar e retificar*”.
17. Outro estabelecimento hospitalar identificado na referida notícia era o Hospital de Cascais, onde uma utente “[...] *soube por funcionários que o marido, vítima de assalto, podia ter de pagar os (...) euros, caso o agressor não fosse identificado no decorrer do processo que resultasse de queixa apresentada na polícia*”.
18. Na notícia em questão foi igualmente ouvida a ACSS sobre a questão, tendo referido que “[...] *em caso de agressões físicas ou acidentes (como de viação ou de trabalho), a responsabilidade financeira pertence respetivamente ao agressor*”.

¹ Veja-se em particular a notícia publicada em <http://sol.sapo.pt> em 29 de outubro de 2012.

- (sendo necessário apresentar queixa junto das autoridades competentes) ou ao segurador.”;
19. Sendo que “[...] enquanto a responsabilidade não é apurada pelas entidades competentes, não deve ser cobrado qualquer valor à vítima.”.
20. Por último, era ainda referido o procedimento adotado em casos de agressão pelo Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E. - Hospital de Santa Maria o qual “[...] pode efetivamente resultar na notificação do agredido para pagar o episódio de urgência (... euros), quando o agressor não for identificado no processo instaurado após queixa na polícia.”;
21. Embora esse valor seja “[...] assumido como não cobrado, tendo em conta que a vítima já foi suficientemente prejudicada com a agressão que sofreu.”.
22. Numa outra notícia², é referido que “Para o Ministério da Saúde a isenção de taxas e tratamentos também se aplica às vítimas de agressões, acidentes de viação ou assaltos, como o caso recentemente denunciado no hospital de Vila Franca de Xira”;
23. Bem como que “As regras para aplicação de taxas moderadoras neste caso não são tão claras, mas o Ministério da Saúde avança que foram dadas instruções aos hospitais para não cobrarem taxas ou tratamentos: Em caso de agressões físicas ou acidentes de viação ou de trabalho), a responsabilidade cabe ao agressor nunca à vítima.”.

II.2. Dos factos relativos ao HGO

24. Após a incorporação da exposição *supra* referida no inquérito foram solicitados esclarecimentos adicionais ao HGO, em 17 de dezembro de 2012.
25. Na sua resposta de 10 de janeiro de 2013 veio o prestador esclarecer que nos casos de episódios de urgência na sequência de acidentes escolares, como foi o caso do utente em causa, o procedimento do Hospital “[...] é o de, no momento da admissão no Serviço de Urgência, efetivar-se o registo do episódio como entidade financeira responsável, o SNS, sendo que os pais ou acompanhantes são informados no momento da admissão da entrega ou envio do comprovativo da escola no prazo de 10 dias referente ao acidente [...]”;

² Publicada em <http://sol.sapo.pt> a 7 de novembro de 2012.

26. Nesse sentido, o prestador assume que, no caso concreto do utente D., se verificou um lapso, não tendo sido cumprido o referido procedimento em vigor relativamente ao registo de episódios de urgência decorrentes de acidentes escolares;
27. Pelo que, em ofício remetido ao utente em 10 de janeiro de 2013, o prestador assumiu o referido lapso e informou-o de que “[...] *procedeu à alteração do respectivo registo, o que determinou a anulação da respectiva factura do atendimento em urgência, sendo o mesmo episódio considerado acidente escolar, pelo qual, e por se tratar de estabelecimento de ensino público, a entidade financeira responsável é o SNS, não havendo qualquer custo para o utente.*”.
28. Na sua resposta à ERS, o prestador em causa remeteu ainda cópia da “*Norma de Procedimento geral – Processo Administrativo de Admissão de Utentes – 1005*”.
29. De acordo com o estabelecido em tal normativo, o mesmo tem por finalidade “*Normalizar procedimentos de recolha de informação dos utentes*”, encontrando-se aí estabelecido, quanto ao atendimento no serviço de urgência, que
- (i) no acto de inscrição no Serviço de Urgência os utentes devem-se identificar devidamente com cartão de utente, de beneficiário ou de cidadão, sendo “[...] *sempre advertidos que a não apresentação [de tais documentos] faz recair sobre estes a responsabilidade pelos encargos de saúde.*”;
 - (ii) nas “[...] *admissões de urgência decorrentes de acidente ou agressões é obrigatório solicitar aos utentes/familiares o preenchimento do formulário de recolha de dados em uso no Hospital*”;
 - (iii) se “[...] *nos 10 dias seguintes à data em que ocorreu o Episódio de Urgência, o utente apresentar a documentação em falta, cessa a sua responsabilidade pelo pagamento das despesas hospitalares*”;
- e

- (iv) pelo contrário, “[...] decorrido o prazo [...] sem que situação esteja regularizada, é emitida fatura em nome do utente que deve ser enviada para a sua morada que consta na aplicação informática.”³ .

III. DO DIREITO

III.1. Das atribuições e competências da ERS

30. De acordo com o n.º 1 do artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de maio, a ERS tem por missão a regulação da atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde.

31. As atribuições da ERS, de acordo com o disposto no n.º 2 do artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de maio, compreendem “[...] a supervisão da actividade e funcionamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde no que respeita:

[...]

b) À garantia dos direitos relativos ao acesso aos cuidados de saúde e dos demais direitos dos utentes;

c) À legalidade e transparência das relações económicas entre os diversos operadores, entidades financiadoras e utentes.”.

32. Sendo que estão sujeitos à regulação da ERS, nos termos do n.º 1 do artigo 8.º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de maio, “[...] todos os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, do sector público, privado e social, independentemente da sua natureza jurídica, nomeadamente hospitais, clínicas, centros de saúde, laboratórios de análises clínicas, termas e consultórios”.

33. Consequentemente, os estabelecimentos hospitalares do SNS são prestadores de cuidados de saúde, para efeitos do referido artigo 8.º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de maio.

³ Igual procedimento encontra-se previsto no Manual de Procedimentos quanto ao internamento programado, junto aos autos e cujo teor aqui se dá por integralmente reproduzido.

34. No que se refere ao objetivo regulatório previsto na alínea b) do artigo 33.º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de maio, de *assegurar o cumprimento dos critérios de acesso aos cuidados de saúde*, a alínea a) do artigo 35.º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de maio, estabelece ser incumbência da ERS “[...] *assegurar o direito de acesso universal e equitativo aos serviços públicos de saúde ou publicamente financiados*”.
35. Refira-se, ainda, que é objetivo da atividade reguladora da ERS, nos termos da alínea d) do artigo 33.º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de maio, “*velar pela legalidade e transparência das relações económicas entre todos os agentes do sistema*”;
36. Incumbindo à ERS, para cumprimento de tal objetivo regulatório, “*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 velar pelo seu cumprimento*” – cfr. alínea e) do artigo 37.º do decreto-lei n.º 127/2009, de 27 de maio.
37. Recorde-se que o presente inquérito foi inicialmente aberto com o intuito de proceder a uma investigação aprofundada ao teor das notícias veiculadas na comunicação social sobre os procedimentos alegadamente adotados por alguns hospitais do SNS, de cobrança dos encargos decorrentes dos cuidados de saúde prestados aos utentes vítimas de agressão.
38. Posteriormente, com a receção da exposição de um utente, na qual era relatada a faturação ao utente de despesas hospitalares resultantes da prestação de cuidados de saúde em resultado de um acidente de viação, o âmbito do presente processo foi alargado a todas as situações de prestação de cuidados de saúde em que possa haver um terceiro responsável.
39. Deste modo, o objeto do presente processo de inquérito ficou então delimitado à necessidade de se proceder à investigação da admissibilidade, ou não, de serem imputadas aos utentes, beneficiários do SNS, as despesas hospitalares decorrentes da prestação de cuidados de saúde, nas situações de recurso aos serviços de saúde na sequência de agressões, ou acidentes de viação, desportivos, de trabalho e outros, e em que não seja possível identificar o terceiro responsável ou este tenha declinado a sua responsabilidade.

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

40. 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.
41. Apresenta-se, assim, como um direito fundamental de natureza social, ou seja, um direito social a prestações do Estado do qual resulta para todos os cidadãos uma posição jurídica subjetiva ativa concretizada na possibilidade de acederem ao SNS, o qual deverá dispor dos serviços de saúde necessários ao tratamento, reabilitação ou prevenção de doença de que cada cidadão padeça ou que possa vir a padecer.
42. Ainda que não seja feita menção expressa no artigo 64.º do referido preceito constitucional, constitui ainda característica do SNS a garantia da “*equidade no acesso dos utentes, com o objetivo de atenuar os efeitos das desigualdades económicas, geográficas e quaisquer outras no acesso aos cuidados*”, prevista na Base XXIV alínea d) da Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 48/90, de 24 de agosto.
43. Neste sentido, sempre que acedam aos cuidados de saúde prestados pelos estabelecimentos integrados no SNS, os cidadãos em situação idêntica devem receber tratamento semelhante, de modo a que todos, sem exceção, possam usufruir, em igualdade de circunstâncias, e em função das necessidades, da mesma quantidade e qualidade de cuidados de saúde.
44. Por sua vez, a Base XXIV da Lei de Bases da Saúde (LBS) estabelece, em concretização da imposição constitucional contida no referido preceito, como características do SNS:

“a) Ser universal quanto à população abrangida;

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

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

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

[...].”

45. Qualificando o n.º 1 da Base XXV da referida Lei, como “[...] *beneficiários do Serviço Nacional de Saúde todos os cidadãos portugueses*”.
46. Resulta, assim, que a todos deve ser garantido o acesso aos cuidados de saúde prestados no SNS, independentemente da sua condição económica.
47. 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;
48. 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.
49. Assim, nos termos do artigo 2.º do Estatuto do SNS, “[...] *o SNS tem como objectivo a efectivação, por parte do Estado, da responsabilidade que lhe cabe na protecção da saúde individual e colectiva*”, isto é, da obrigação que vem prevista no citado artigo 64.º da CRP.
50. Convém, no entanto, esclarecer que o SNS possui uma dupla dimensão ou perspectiva, na medida em que não se apresenta apenas como o garante da prestação de cuidados de saúde aos seus beneficiários, mas também como garante de um acesso tendencialmente gratuito a essa prestação, através do seu financiamento.
51. E nessa segunda dimensão ou perspectiva, de financiador, “[o] *Serviço Nacional de Saúde é financiado pelo Orçamento do Estado, através do pagamento dos actos e actividades efectivamente realizados segundo uma tabela de preços que consagra uma classificação dos mesmos actos, técnicas e serviços de saúde*” – cfr. Base XXXIII n.º 1 da LBS;

52. Pelo que impondo a Constituição a existência de um SNS tendencialmente gratuito, o próprio sistema teria que possuir um mecanismo próprio de financiamento que garantisse um tal acesso aos cuidados de saúde pelos seus beneficiários.
53. Ora, é com esse intuito que, em concretização da imposição constitucional, a alínea c) da Base XXIV da LBS, que é aquela cuja análise interessa para o presente âmbito, estabelece o princípio da gratuidade tendencial, que significa que a prestação de cuidados de saúde no âmbito do SNS tende a ser gratuita;
54. 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, tal como prosseguido pelas taxas moderadoras, e desde que não seja vedado o acesso aos cuidados de saúde, por razões económicas⁴, nem sejam postas em causa as situações de isenção legalmente previstas (cfr. previsto na Base XXXIV da LBS).
55. De acordo com o disposto no n.º 1 da Base XXXIV da LBS, podem ser cobradas taxas moderadoras, “[...] com o objectivo de completar as medidas reguladoras do uso dos serviços de saúde”, as quais constituiriam “receita do Serviço Nacional de Saúde”.
56. Contudo, a LBS estabelece, desde logo, uma ressalva na aplicação das taxas moderadoras, uma vez 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).
57. Assim, de uma interpretação literal da Base XXXIV da LBS, poder-se-ia concluir que apenas seria admissível a cobrança de taxas moderadoras que cumprissem uma função de racionalização da utilização dos serviços de saúde.
58. Quanto ao princípio da gratuidade tendencial, note-se que, no decurso da apreciação da referida Base XXXIV, o Tribunal Constitucional teve oportunidade de interpretar o conceito e o sentido em que foi empregue à expressão

⁴ Pois constitui uma diretriz da política de saúde o objetivo fundamental de “obter a igualdade dos cidadãos no acesso aos cuidados de saúde, seja qual for a sua condição económica e onde quer que vivam, bem como garantir a equidade na distribuição de recursos e na utilização de serviços” (cfr. alínea b) do n.º 1 da Base II da LBS).

“*tendencialmente gratuito*” introduzida no texto constitucional na revisão constitucional de 1989;

59. 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).

60. 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”.

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

“[...] «significa rigorosamente que as prestações de saúde não estão em geral sujeitas a qualquer retribuição ou pagamento por parte de quem a elas recorra, pelo que as eventuais taxas (v. g., as chamadas «taxas moderadoras») são constitucionalmente ilícitas se, pelo seu montante ou por abrangerem as pessoas sem recursos, dificultarem o acesso a esses serviços» (cfr. ob. cit., p. 343). Seja qual for o verdadeiro sentido da modificação operada pela Lei Constitucional n.º 1/89, através da introdução da expressão «gratuidade tendencial, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos», a mesma teve, pelo menos, o efeito de «flexibilizar» a fórmula constitucional anterior (a da

«gratuidade» tout court), atribuindo, assim, ao legislador ordinário uma maior discricionariedade na definição dos contornos da gratuidade do Serviço Nacional de Saúde. O artigo 64.º, n.º 2, alínea a), da Lei Fundamental não veda, pois, ao legislador a instituição de «taxas moderadoras ou outras», desde que estas não signifiquem a retribuição de um «preço» pelos serviços prestados, nem dificultem o acesso dos cidadãos mais carenciados aos cuidados de saúde.».

62. 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;
63. 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.
64. Assim, em desenvolvimento quer do disposto na Base XXXIV da LBS⁵, 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.
65. 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 [...]”.
66. 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.

⁵ Que estabelece, recorde-se, que podem ser cobradas taxas moderadoras “com o objetivo de completar as medidas reguladoras do uso dos serviços de saúde”.

67. Na sequência do referido diploma legal, o montante ou valor das taxas moderadoras a cobrar, foi fixado, inicialmente, na Portaria do Ministério da Saúde n.º 985/2003, de 13 de setembro⁶, posteriormente atualizada e revista pela Portaria n.º 103/2004, de 23 de janeiro⁷, pela Portaria n.º 219/2006, de 7 de março⁸, pela Portaria n.º 395-A/2007, de 30 de março⁹, pela Portaria n.º 34/2009, de 15 de janeiro¹⁰, pela Portaria n.º 1320/2010, 28 de dezembro¹¹.

68. Posteriormente, o Decreto-Lei 113/2011, de 29 de novembro¹² 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.

69. Assim, e segundo se retira do seu preâmbulo, o Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro visou:

- (i) regular as condições especiais de acesso às prestações do SNS, determinando as taxas moderadoras aplicáveis, “[...] *mantendo o princípio da limitação do valor a um terço dos preços do SNS, instituindo a revisão anual dos valores a par da actualização anual automática do valor das taxas à taxa de inflação e diferenciando positivamente o acesso aos cuidados primários, os quais se pretende incentivar*”;
- (ii) proceder à revisão das categorias de isenção de pagamento das taxas moderadoras;
- (iii) consagrar “[...] *a dispensa de cobrança de taxas moderadoras no âmbito de prestações de cuidados de saúde que são inerentes ao tratamento de determinadas situações clínicas ou decorrem da implementação de programas e medidas de prevenção e promoção de cuidados de saúde*”;

⁶ Publicado no DR, I Série-B, n.º 212, de 13-09-2003.

⁷ Publicado no DR, I Série-B, n.º 19, de 23-01-2004.

⁸ Publicado no DR, I Série-B, n.º 47, de 07-03-2006.

⁹ Publicado no DR, I Série, n.º 64, de 30-03-2007.

¹⁰ Publicado no DR, I Série, n.º 10, de 15-01-2009.

¹¹ Publicado no DR, I Série, n.º 250, de 28-12-2010.

¹² Publicado no DR, I Série, n.º 229, de 29-11-2011.

- (iv) garantir “[...] a efectividade da cobrança das taxas moderadoras, preconizando a adopção de procedimentos céleres e expeditos que assegurem a operacionalização dos meios de pagamento correspondentes”.

70. 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 comparticipação, como situações clínicas relevantes de maior risco de saúde ou situações de insuficiência económica” .

71. 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 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”.

72. Neste contexto, a Portaria n.º 306-A/2011, de 20 de dezembro¹³ aprovou, em concretização do Decreto-lei n.º 113/2011, de 29 de novembro¹⁴, os valores das taxas moderadoras aplicáveis às diversas prestações de cuidados de saúde no

¹³ Publicada no DR, I Série, n.º 242, de 20-12-2011.

¹⁴ Em obediência ao n.º 1 do artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro, que previra que os valores das taxas moderadoras são aprovados por portaria dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde.

SNS¹⁵, bem como as regras de apuramento e cobrança das mesmas taxas moderadoras.

¹⁵ 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 prazo máximo de 10* Publicada no DR, I Série, n.º 242, de 20-12-2011.

¹⁵ Em obediência ao n.º 1 do artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro, que previra que os valores das taxas moderadoras são aprovados por portaria dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde.

¹⁵ 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,*

73. Por sua vez, o Orçamento de Estado para 2011, aprovado pela Lei n.º 55-A/2010, de 31 de dezembro, veio estipular que “[...] o não pagamento de taxa moderadora legalmente devida decorridos 10 dias da data da notificação implica o seu pagamento num valor cinco vezes superior ao inicialmente estipulado, nunca inferior a € 100.”.
74. Já o Orçamento de Estado para 2012, aprovado pela Lei n.º 64-B/2011, de 30 de dezembro¹⁶, veio estipular que o não pagamento de taxa moderadora legalmente devida decorridos dez dias da data da notificação para o efeito constitui uma contraordenação e implicava o pagamento de um valor mínimo correspondente a cinco vezes a taxa moderadora em causa e nunca inferior a 50€, e de um valor máximo correspondente ao quádruplo daquele valor mínimo;
75. Sendo que o referido princípio legal apenas pôde ser aplicado a cuidados de saúde prestados a partir do dia 1 de janeiro de 2012.
76. Por outro lado, o Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro foi entretanto objeto de alterações e republicação, por via do Decreto-Lei n.º 128/2012, de 21 de junho¹⁷, que veio, entre outras alterações, integrar no corpo do Decreto-Lei n.º 113/2011, com algumas modificações, o regime das contraordenações já previsto na Lei n.º 64-B/2011, de 30 de dezembro, passando a prever-se o pagamento de coima com o valor mínimo correspondente a cinco vezes a taxa moderadora em causa e nunca inferior a 30€¹⁸.
77. Por sua vez, o Orçamento de Estado para 2013, aprovado pela Lei n.º 66-B/2012, de 31 de dezembro¹⁹, introduziu alterações ao referido Decreto-Lei n.º 113/2011;

considerando -se o utente interpelado, desde 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.”.

¹⁶ Publicada no DR, I Série, n.º 250, de 30-12-2011. Cfr. artigo 193.º do referido diploma.

¹⁷ Publicado no DR, I Série, n.º 119, de 21-06-2012.

¹⁸ Cfr. artigo 8.º-A do Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro na versão que lhe foi dada pelo Decreto-Lei n.º 128/2012, de 21 de junho.

¹⁹ Publicada no DR, I Série, n.º 252, de 31-12-2012.

78. Concretamente, ao artigo 8.º-A, relativo à contraordenação pela utilização dos serviços de saúde sem pagamento de taxa moderadora, especificando que “[p]ara efeitos de aplicação da coima [...] é considerado o valor do somatório das taxas moderadoras devidas na utilização diária dos serviços de saúde em cada uma das entidades referidas no artigo 2.º”.
79. Ora, recorde-se que para cumprimento do objetivo regulatório da ERS de “*velar pela legalidade e transparência das relações económicas entre todos os agentes do sistema*” (alínea d) do artigo 33.º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de maio);
80. Incumbe a esta Entidade “*pronunciar-se sobre o montante das taxas e preços de cuidados de saúde administrativamente fixados [...] e velar pelo seu cumprimento*” (alínea e) do artigo 33.º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de maio).
81. 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 prestados, sem prejuízo das isenções previstas no artigo 2.º do referido Decreto-Lei;
82. As quais visam ademais, e como visto, apenas cumprir uma função de racionalização da utilização dos serviços de saúde.
83. De tanto resulta, então, que os estabelecimentos hospitalares do SNS, acham-se obrigados 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;
84. Isto é, ao escrupuloso cumprimento das taxas e preços de cuidados de saúde administrativamente fixados;
85. Sendo certo que, nos termos do artigo 25.º n.º 1 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.

86. 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.
87. 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;
88. 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 posam passar por fazer repercutir nos utentes os custos dos cuidados de saúde que lhe foram prestados em tais estabelecimentos hospitalares.

III.3. Da admissibilidade ou não de cobrança das despesas hospitalares aos utentes do SNS quando haja um terceiro legal ou contratualmente responsável

III.3.1. Do seu enquadramento

89. Importa, no momento presente recordar, que o SNS possui como já referido uma dupla dimensão ou perspetiva, que em cada momento deve ser considerada²⁰.
90. Efetivamente, o SNS não se apresenta apenas como o garante da prestação de cuidados de saúde aos seus beneficiários, ou seja, como prestador, mas igualmente como garante de um acesso tendencialmente gratuito a essa prestação, através do seu financiamento.
91. 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;

²⁰ Vide a este respeito o estudo da ERS, “*Avaliação do modelo de contratação de prestadores de cuidados de saúde pelos Subsistemas e Seguros de Saúde*” de Dezembro de 2009, publicado em www.ers.pt.

92. Porém, da análise da LBS, mais concretamente da referida Base XXXIII²¹, 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.

93. 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).

94. 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:

²¹ 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 [...]”.

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

95. 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 [...]*”.

96. 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 [...]*”²².

97. Em consonância com o disposto em tal Portaria, a minuta dos Contratos Programa dos Hospitais do SNS aprovadas 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*

²² A Portaria atualmente em vigor é a Portaria n.º 20/2014, de 29 de janeiro.

de quaisquer outros terceiros legal ou contratualmente responsáveis” – cfr. Cláusula 6.ª das cláusulas contratuais gerais da referida minuta.

98. 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 utentes beneficiários do SNS;
- (ii) financiados pelos subsistemas de saúde em relação àqueles cidadãos que dispusessem de específicos mecanismos de proteção na doença, relativamente aos quais aqueles se apresentavam como responsáveis por assegurar os custos resultantes da prestação de cuidados de saúde, designadamente nos serviços e estabelecimentos do SNS;
- (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 utentes vítimas de agressão, ou de acidentes de viação, laborais, desportivos, etc.);
- (iv) suportados pelos utentes não beneficiários do SNS²³.

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

100. 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*”.

101. 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*

²³ Para efeitos desta análise, devem considerar-se utentes não beneficiários do SNS aqueles que não se identifiquem como tal perante as instituições do SNS.

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.”.

102. 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 utentes beneficiários do SNS, incluindo os beneficiários dos subsistemas de saúde públicos (ADSE, ADM, SAD PSP e SAD GNR); ou
- (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.); ou ainda
- (iii) suportados pelos utentes não beneficiários do SNS.

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

104. 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.

105. 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 aprovadas pelo Despacho n.º 721/2006, de 11 de janeiro.

106. 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-se identificar mediante a apresentação do cartão de identificação;

107. 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;
108. Bem como que “[aos] *utentes não é cobrada, com excepção 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.
109. 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.”²⁴ (sublinhado nosso).

²⁴ 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 n.ºs 557/07 e 274/08.

110. 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 utentes beneficiários do SNS quando recorrem aos cuidados de saúde prestados nos estabelecimentos do SNS;
111. Sob pena de, não se identificando, não serem considerados beneficiários do SNS, sendo-lhes, desse modo, 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.
112. 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.
113. Por seu turno, a minuta dos Contratos Programa dos Hospitais do SNS aprovadas pelo Despacho do Secretário de Estado da Saúde n.º 721/2006, de 11 de janeiro, estabelece igualmente, na sua Cláusula 12.^a, ser obrigação que impende sobre os hospitais do SNS de “[...] 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”.
114. 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

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, n.º 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.

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.”;

115. 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”;
116. 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.”;
117. 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.”.
118. 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).
119. 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.”.

120. 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.”.
121. Assim, da leitura da referida Circular era 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.
122. No entanto, ficou igualmente claro que, caso não existam terceiros responsáveis pelo facto que gerou a necessidade recurso à prestação de cuidados de saúde, sobre os utentes beneficiários do SNS (assistidos) não impende uma qualquer obrigação legal de pagamento dos cuidados de saúde que lhe foram prestados em hospital do SNS, mesmo que a razão da necessidade de tais cuidados tenha sido imputável à própria conduta do assistido;
123. Isto porque o assistido não pode, nem deve, enquanto utente e beneficiário do SNS, suportar os custos da prestação dos cuidados que lhe tenham sido ministrados.
124. Posteriormente, a Circular Normativa n.º 11/2011/UOFC, de 07 de abril de 2011 da ACSS, 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 os mesmos deveriam proceder à identificação dos utentes e terceiros pagadores.
125. 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.”;

126. 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”.

127. 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 07 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.”*

128. 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 será possível, excecionalmente, 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.*”.

129. 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.”²⁵.

130. Posteriormente, a Lei do Orçamento de Estado para 2012 (Lei n.º 64-B/2011, de 30 de dezembro), para além de ter igualmente mantido o estabelecimento de penalizações, no âmbito dos contratos-programa, por incorreta identificação das

²⁵ 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”.

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);

131. 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)²⁶.

132. 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 abril²⁷, 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.*”;

133. 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.”;

134. O que significa que naquelas situações em que exista um terceiro legal ou contratualmente responsável pelos encargos decorrentes da prestação de cuidados de saúde, aos utentes assistidos não deve ser disponibilizada a informação sobre tais encargos.

135. 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.

136. 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*

²⁶ 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”.

²⁷ 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;

137. Devendo os utentes (assistidos) “[...] *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.
138. 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.
139. 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 05 de março, as quais apresentam conteúdo idêntico aquele incluído na Circular Normativa da ACSS n.º 11/2011/UOFC, de 07 de abril, *supra* melhor descrita.
140. Ainda assim, a Circular Normativa da ACSS n.º 33/2012/CD, de 19 de julho veio contudo 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.*”.
141. 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.”.

142. Do exposto resulta então que, face ao quadro legal atualmente em vigor, e ademais já sufragado pelo juízo de constitucionalidade do Tribunal Constitucional²⁸, 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;
143. 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*”.
144. Daqui resulta que aos utentes beneficiários do SNS, que façam prova dessa qualidade, nunca lhes 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;
145. Ou seja naquelas situações de recurso a cuidados de saúde na sequência de agressões ou de um acidente de viação, trabalho, desportivo, entre outros, ao assistido 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;
146. Apenas sendo-lhe 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.

²⁸ 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.

147. Devendo-se, contudo, reiterar que se o utente não se identificar cabalmente, nos termos legalmente previstos, de que é beneficiário do SNS, será considerado como utente não beneficiário do SNS, e como tal deverá suportar o pagamento 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.
148. Nesse caso, em que aos hospitais do SNS não seja possível obter o ressarcimento, por terceiro legal ou contratualmente responsável, dos encargos decorrentes dos cuidados prestados ao utente (assistido);
149. 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;
150. 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*”.
151. 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*”.
152. 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.*”.
153. 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 utentes beneficiários do SNS, e que se tenham

identificado devidamente dessa sua qualidade, 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;

154. 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.”;
155. O que significa que naquelas situações em que exista um terceiro legal ou contratualmente responsável pelos encargos decorrentes da prestação de cuidados de saúde, aos utentes assistidos não deve ser remetida a informação sobre tais encargos.

III.3.2. Da realidade verificada

156. Recorde-se que o presente processo de inquérito foi aberto na sequência das notícias veiculadas pelos meios de comunicação social que relatavam a existência de procedimentos alegadamente adotados por alguns hospitais do SNS, de cobrança dos encargos decorrentes dos cuidados de saúde prestados aos utentes vítimas de agressão, os quais seriam igualmente aplicáveis nos casos de acidentes de trabalho ou de viação, ou seja em situações em que existisse um terceiro responsável.
157. Em 3 de dezembro de 2012, a ERS tomou igualmente conhecimento da receção por P., “[...] no passado dia 28.11 pelo correio, uma fatura emitida pelo Hospital Garcia de Orta em nome [do seu] filho, D. de (...)€ [...]”, na sequência de um episódio de urgência relativo a um acidente escolar.
158. Concretamente, na exposição é referido que “[...] ao consultar hoje as taxas moderadoras actualizadas, que estão publicadas no site da Administração Central do Sistema de Saúde, [pôde] constatar que nenhuns serviços de radiologia se assemelham ao valor que me estão a cobrar na dita fatura.”.
159. Tendo sido confrontado pela ERS, o HGO por resposta de 10 de janeiro de 2013 veio esclarecer que, nos casos de episódios de urgência na sequência de acidentes escolares, como foi o caso do utente em causa, o procedimento do Hospital “[...] é o de, no momento da admissão no Serviço de Urgência, efetivar-se

o registo do episódio como entidade financeira responsável, o SNS, sendo que os pais ou acompanhantes são informados no momento da admissão da entrega ou envio do comprovativo da escola no prazo de 10 dias referente ao acidente [...];

160. Nesse sentido, o prestador assume que, no caso concreto do utente D., se verificou um lapso, não tendo sido cumprido o referido procedimento em vigor relativamente ao registo de episódios de urgência decorrentes de acidentes escolares;

161. Pelo que, “[...] *procedeu à alteração do respectivo registo, o que determinou a anulação da respectiva factura do atendimento em urgência, sendo o mesmo episódio considerado acidente escolar, pelo qual, e por se tratar de estabelecimento de ensino público, a entidade financeira responsável é o SNS, não havendo qualquer custo para o utente.*”.

162. Deste modo, o prestador ao proceder à anulação da fatura inicialmente remetida ao utente, corrigiu o seu comportamento no sentido de o adequar ao disposto no quadro legal aplicável às situações de prestação de cuidados de saúde em que existe uma terceira entidade legal ou contratualmente responsável pelos encargos dali decorrentes;

163. Ainda assim, na sua resposta à ERS, o prestador em causa remeteu ainda cópia da “*Norma de Procedimento geral – Processo Administrativo de Admissão de Utentes – 1005*”, a qual tem por finalidade “*Normalizar procedimentos de recolha de informação dos utentes*”.

164. Em tal normativo é referido relativamente aos atendimentos no serviço de urgência que

(i) no acto de inscrição no SU os utentes devem identificar-se devidamente com cartão de utente, de beneficiário ou de cidadão, sendo “*sempre advertidos que a não apresentação [de tais documentos] faz recair sobre estes a responsabilidade pelos encargos de saúde.*”;

(ii) nas “[...] *admissões de urgência decorrentes de acidente ou agressões é obrigatório solicitar aos utentes/familiares o preenchimento do formulário de recolha de dados em uso no Hospital*”;

(iii) se “[...] nos 10 dias seguintes à data em que ocorreu o Episódio de Urgência, o utente apresentar a documentação em falta, cessa a sua responsabilidade pelo pagamento das despesas hospitalares”;

e

(iv) pelo contrário, “[...] decorrido o prazo [...] sem que situação esteja regularizada, é emitida fatura em nome do utente que deve ser enviada para a sua morada que consta na aplicação informática.”.

165. A respeito destes procedimentos, importa igualmente garantir que os mesmos se apresentem como consentâneos com o quadro legal aplicável.

166. Nesse sentido, apenas será admissível repercutir nos utentes os encargos decorrentes da prestação de cuidados de saúde naquelas situações em que os utentes não se identifiquem cabalmente, mediante documento comprovativo, da qualidade de beneficiários do SNS;

167. Casos em os utentes devem ser tratados como não beneficiário do SNS e, nos termos da alínea a) do n.º 1 do artigo 23.º do estatuto do SNS, devem suportar os encargos decorrentes dos cuidados que lhe tenham sido prestados.

168. Recorde-se que, caso não existam terceiros responsáveis pelo facto que gerou a necessidade de recurso à prestação de cuidados de saúde, ou tais entidades por algum motivo se eximam de suportar tais encargos, sobre os utentes beneficiários do SNS (assistidos) não impende uma qualquer obrigação legal de pagamento dos cuidados de saúde que lhe foram prestados em hospital do SNS, mesmo que a razão da necessidade de tais cuidados tenha sido imputável à própria conduta do assistido;

169. Pelo que, quando no Manual de Procedimentos, em vigor no HGO, se refere que “[...] decorrido o prazo [para apresentação da documentação em falta ...] sem que situação esteja regularizada, é emitida fatura em nome do utente que deve ser enviada para a sua morada que consta na aplicação informática.”;

170. Tal apenas é aplicável às situações de não identificação do utente como beneficiário do SNS, e já não às situações de utentes que embora se identifiquem como beneficiários do SNS, não logram identificar devidamente o terceiro legal ou contratualmente responsável pelos encargos decorrentes da prestação de cuidados de saúde.

171. Importando, por isso, garantir que tal clarificação passe a constar do referido manual, garantindo-se, desse modo, que em caso algum possam fazer-se repercutir sobre utentes devidamente identificados como beneficiários do SNS quaisquer encargos decorrentes da prestação de cuidados de saúde.
172. Revelando-se necessário assegurar, através da emissão de uma instrução dirigida ao prestador, que os procedimentos por si adotados garantam de forma permanente a correta e efetiva identificação dos utentes e terceiros pagadores;
173. Não podendo, contudo, ser remetidas 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

III.3.3. Conclusão

174. Importa recordar 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, são:
- (i) assegurados 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) 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.); ou ainda
 - (iii) suportados pelos utentes não beneficiários do SNS.

175. 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;
176. 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.
177. Quanto à identificação dos utentes, o 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, veio estabelecer que os utentes beneficiários do SNS sempre que utilizem os serviços dos estabelecimentos integrados no SNS, devem identificar-se mediante a apresentação do cartão de identificação;
178. Sob pena de, não se identificando, não serem considerados beneficiários do SNS, sendo-lhes, desse modo, 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.
179. Quanto à identificação dos terceiros legal ou contratualmente responsáveis, a sua necessidade encontra-se determinada na Circular Normativa n.º 11/2011/UOFC, de 07 de abril da ACSS, devendo-se verificar em todas as situações em que estes sejam suscetíveis de serem responsabilizados.
180. Em tais situações, e ainda de acordo com o disposto em tal Circular Normativa *“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.”*.
181. Assim, foi 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;

182. Sendo o regime de cobrança a terceiros responsáveis de dívidas relativas a prestações de saúde a terceiros responsáveis, aquele aprovado pelo Decreto-lei n.º 218/99, de 15 de junho.
183. 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 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;
184. Devendo os utentes (assistidos) “[...] *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.
185. No entanto, ficou igualmente claro, que caso não existam terceiros responsáveis pelo facto que gerou a necessidade de recurso à prestação de cuidados de saúde, sobre os utentes beneficiários do SNS (assistidos) não impende uma qualquer obrigação legal de pagamento dos cuidados de saúde que lhe foram prestados em hospital do SNS, mesmo que a razão da necessidade de tais cuidados tenha sido imputável à própria conduta do assistido;
186. Isto porque o assistido não pode, nem deve, enquanto utente e beneficiário do SNS, suportar os custos da prestação dos cuidados que lhe tenham sido ministrados;
187. Não podendo tais episódios ser igualmente faturados ao SNS, sob pena de infração grave do contrato-programa (cfr. disposto no n.º 1 do artigo 158.º da Lei do Orçamento de Estado de 2010).
188. Ou seja, no caso de não ser possível aos hospitais do SNS identificar os terceiros responsáveis, ou no 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.*”.
189. Apenas se admitindo tal possibilidade quando se verificarem erros de faturação, sendo então possível, excecionalmente, 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.*” (cfr. Circular Normativa n.º 11/2011/UOFC, de 07 de abril da ACSS).

190. Por outro lado, apenas será 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;
191. 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.*
192. Daqui resulta que aos utentes beneficiários do SNS, que façam prova dessa qualidade, nunca lhes 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;
193. Ou seja naquelas situações de recurso a cuidados de saúde na sequência de agressões ou de um acidente de viação, trabalho, desportivo, entre outros, ao assistido 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;
194. Apenas sendo-lhe 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.
195. Devendo contudo reiterar-se que caso o utente não se identifique cabalmente, nos termos legalmente previstos, será considerado como utente não beneficiário do SNS, e como tal deverá suportar o pagamento 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.
196. Nesse caso, em que aos hospitais do SNS não seja possível obter o ressarcimento, por terceiro legal ou contratualmente responsável, dos encargos decorrentes dos cuidados prestados ao utente (assistido);

197. 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;
198. 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;
199. Ao que acresce que “*sendo as dívidas declaradas como incobráveis, deixam as instituições de estar obrigadas a proceder à sua cobrança judicial.*”.
200. 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 utentes 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;
201. Uma vez que, conforme dispõe o Despacho do Secretário de Estado da Saúde n.º 5007/2013, de 12 de abril, tal informação não é prestada em situações de “[p]restações de saúde realizadas ao utente, cujos encargos não sejam suportados pelo orçamento do SNS.”;
202. O que significa que naquelas situações em que exista um terceiro legal ou contratualmente responsável pelos encargos decorrentes da prestação de cuidados de saúde, aos utentes assistidos não deve ser remetida a informação sobre tais encargos.
203. Ainda, quanto à obrigatoriedade dos utentes identificarem os terceiros legal ou contratualmente responsáveis, em vez da adoção de procedimentos que visem impor aos utentes beneficiários do SNS, o pagamento das despesas decorrentes da prestação de cuidados de saúde, poderiam ser avaliados e previstos outros procedimentos ou mecanismos administrativos que garantam a correta identificação dos utentes;

204. 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*”;
205. 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 de cuidados de saúde no quadro do SNS “[o]s responsáveis por infração às regras de funcionamento do sistema [...]”;
206. O que atualmente, face ao quadro legal existente, não é possível, atenta a ausência de previsão expressa de tais infrações.
207. 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 à prestação de cuidados de saúde;
208. 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.
209. No que se refere à concreta intervenção regulatória a realizar relativamente ao estabelecimento hospitalar aqui objeto de análise específica, importa concluir que se impõe a emissão de uma instrução ao HGO, nos termos *infra* apresentados.

IV. AUDIÊNCIA DOS INTERESSADOS

210. A presente deliberação foi precedida de audiência escrita dos interessados, nos termos e para os efeitos do disposto no n.º 1 do artigo 101.º do Código do Procedimento Administrativo, aplicável *ex vi* do artigo 41.º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de maio, tendo para o efeito sido chamados a pronunciar-se o HGO e o utente;
211. A ERS não foi notificada da pronúncia do utente, seja no decurso do prazo legal para o efeito, seja até ao presente momento.

212. Já a pronúncia do HGO foi rececionada pela ERS no dia 6 de março de 2014, tendo o prestador declarado, relativamente ao projeto de deliberação da ERS, no que aqui importa considerar, que,

- (i) “[e]ntende que a factualidade subjacente ao processo de inquérito em apreço [...] foi já objeto de esclarecimento no decorrer da instrução [...]”;
- (ii) reitera que “[...] não tendo sido facultada ao HGO, no prazo previsto para o efeito, o documento comprovativo da ocorrência do acidente escolar [o prestador] procedeu conforme protocolado, sendo que, pela insuficiência da identificação, [...] a entidade financeira responsável pelo pagamento das despesas hospitalares emergentes do episódio de urgência em causa, o SNS, só veio a ser identificada após a reclamação apresentada pelo Senhor P.”. Alegando ter sido “[...] só através desta reclamação que foi possível obter toda a identificação subjacente ao episódio [...]”;
- (iii) “[a]pós melhor identificação do processo, foi corrigida a situação e anulada a fatura anteriormente emitida [pelo que entendem] que na situação em apreço nenhuma responsabilidade pode ser imputada ao HGO, uma vez que este [prestador] não se pode substituir aos utentes e/ou aos seus familiares na prestação de informações relevantes para uma correta identificação das entidades responsáveis pelo pagamento dos cuidados de saúde prestados”;
- (iv) considera que “[...] as iniciativas da ERS neste, como noutros âmbitos [possibilitam] uma atualização/adaptação dos procedimentos administrativos desenvolvidos no Hospital [...]”.

213. Já relativamente ao teor do projeto de instrução “[...] que a ERS pretende emitir ao HGO [...]”,

- (i) Quanto ao disposto no ponto (i), salienta o prestador que “[...] no estrito cumprimento dos preceitos legais e regularmente aplicáveis, garante uma correta identificação dos doentes e dos terceiros legal ou contratualmente responsáveis”;

Não obstante alega que “[...] no ato de admissão do doente, o HGO não se pode substituir ao mesmo, nem aos seus familiares ou representantes, na prestação das informações relevantes para o efeito [sendo que] tal

facto, determina, por vezes, alguns constrangimentos quando os elementos facultados pelo doente são insuficientes para a exata identificação dos terceiros responsáveis pelo pagamento dos cuidados de saúde prestados”;

(ii) Quanto ao disposto no ponto (ii) refere que “[...] a questão da correta identificação dos doentes e dos terceiros responsáveis, sempre constituiu uma preocupação do [...] HGO, pois tal circunstância permite proceder a uma faturação e cobrança efetiva àqueles terceiros responsáveis, obtendo-se, assim, receitas não provenientes do orçamento do [SNS], não onerando, [pois] a responsabilidade de terceiros pelos encargos das prestações de cuidados de saúde exclui, na exata proporção dessa responsabilidade, o SNS”;

(iii) Tendo, nesse sentido, sido aprovada a “[...] Norma de Procedimento Geral – Processo Administrativo de Admissão de Doentes – 1005 [...] em vigor, na sua última versão, desde 31.01.2013 [...] que tem como finalidade normalizar os procedimentos de recolha de informação dos utentes, dispondo, também, sobre a identificação dos terceiros responsáveis – Cfr. o Quadro-Resumo – Entidades Financeiras Responsáveis pela Faturação, segundo as Causas de Admissão” - cfr. cópia da Norma de Procedimento Geral – Processo Administrativo de Admissão de Doentes – 1005 junta aos autos.

214. Alega o prestador que, face ao exposto “[...] a prática do HGO, na matéria em apreço, não pode ser subsumida na estatuição da alínea b) do n.º 1 do artigo 51.º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de maio, pelo que [...] os procedimentos em vigor garantem a correta e efetiva identificação dos utentes e terceiros pagadores, não se vislumbrando, assim, qualquer desrespeito que daqui resulte [...] a norma ou decisão da ERS”, considerando que “[...] a conduta do HGO, não merece, in casu, qualquer censura” – cfr. pronúncia do HGO de 6 de março de 2014,

215. As declarações prestadas na pronúncia do prestador foram consideradas e ponderadas pela ERS;

216. E é certo que não contestaram o quadro factual e jurídico apresentado pela ERS no seu projeto de deliberação;

217. Porquanto, tal como referiu o HGO, na sua pronúncia, que, designadamente, a questão da correta identificação dos doentes e dos terceiros responsáveis, sempre constituiu uma preocupação deste prestador, tendo, ademais, nesse sentido, procedido à aprovação da “[...] *Norma de Procedimento Geral – Processo Administrativo de Admissão de Doentes – 1005 [...] em vigor, na sua última versão, desde 31.01.2013 [...] que tem como finalidade normalizar os procedimentos de recolha de informação dos utentes, dispondo, também, sobre a identificação dos terceiros responsáveis*”.
218. Note-se, que o prestador considera que garante uma correta identificação dos doentes e dos terceiros legal ou contratualmente responsáveis, não obstante alega que “[...] *no ato de admissão do doente, o HGO não se pode substituir ao mesmo, nem aos seus familiares ou representantes, na prestação das informações relevantes para o efeito [sendo que] tal facto, determina, por vezes, alguns constrangimentos quando os elementos facultados pelo doente são insuficientes para a exata identificação dos terceiros responsáveis pelo pagamento dos cuidados de saúde prestados*”.
219. Ora, quanto a esta questão, no caso concreto do utente, alega o prestador que não lhe terá sido facultado, no prazo previsto para o efeito “[...] *o documento comprovativo da ocorrência do acidente escolar [...]*” pelo que considerou existir uma insuficiência da identificação, que, no entanto, depois de corrigida, originou a que o prestador processe à anulação da fatura anteriormente emitida;
220. Pelo que, nesta situação, considera que nenhuma responsabilidade lhe pode ser imputada;
221. Salientando, ademais, que os procedimentos em vigor no HGO garantem a correta e efetiva identificação dos utentes e terceiros pagadores, não desrespeitando *qualquer “[...] a norma ou decisão da ERS”*, considerando que “[...] *a [sua] conduta, não merece, in casu, qualquer censura*”.
222. Ora, recorde-se que, o projeto de deliberação emitido e notificado considerou já a circunstância de o prestador, ao proceder à anulação da fatura inicialmente remetida ao utentes, ter com isso corrigido o seu comportamento no sentido de o adequar ao quadro legal aplicável.
223. Tanto que na decisão projetada, e como se pode verificar, nenhuma referência foi feita ao caso concreto do utente.

224. Mas note-se igualmente que foi verificado no projeto de deliberação que no Manual de Procedimentos em vigor no HGO constava a referencia, no âmbito do atendimento no serviço de urgência, a que “[...] *decorrido o prazo [para apresentação da documentação em falta...] sem que a situação esteja regularizada, é emitida fatura em nome do utente que deve ser enviada para a morada que consta na aplicação informática*”;
225. E esta referência motivou que no projeto de deliberação se salientasse que tal apenas é aplicável às situações de não identificação do utente como beneficiário do SNS, e já não às situações de utentes que embora se identifiquem como beneficiários do SNS, não logram identificar devidamente o terceiro legal ou contratualmente responsável pelos encargos decorrentes da prestação de cuidados de saúde.
226. Aí se tendo igualmente salientado que importava garantir que tal clarificação passasse a constar do manual, garantindo-se, desse modo, que em caso algum possam fazer-se repercutir sobre utentes devidamente identificados como beneficiários do SNS quaisquer encargos decorrentes da prestação de cuidados de saúde.
227. Sucede que, o HGO, muito embora refira na sua pronúncia a aplicabilidade da Norma de Procedimento Geral, na sua última versão, datada de 31.01.2013, o certo é que manteve a previsão supra referida, sem qualquer alteração que permitisse a adequação da sua redação ao quadro legal aplicável, nos termos explicitados pela ERS.
228. Assim, e em suma, muito embora não se desconsidere a específica necessidade de prestação de informações por parte do utente ou dos seus familiares, não lhes poderá ser exigível o pagamento dos encargos diretos decorrentes da prestação dos cuidados de saúde;
229. Ou seja naquelas situações de recurso a cuidados de saúde na sequência de agressões ou de um acidente de viação, escolar, trabalho, desportivo, entre outros, ao assistido 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;

230. Nem enviado aos utentes, beneficiários do SNS, faturas ou quaisquer outros documentos em que lhes seja exigido diretamente o valor real dos encargos associados à prestação dos cuidados de saúde.
231. E muito embora se tenha já salientado que o prestador, HGO, diligenciou pela resolução da concreta situação do utente;
232. Quanto à instrução projetada, e pelos motivos aqui expostos, não resulta eliminada, a necessidade, neste caso por parte do HGO, de continuar a abster-se de adotar quaisquer comportamentos que se consubstanciem em fazer repercutir sobre os utentes beneficiários do SNS, seja em que situação for, e desde que estes se tenham identificado devidamente como beneficiários do SNS, os encargos decorrentes da prestação de cuidados de saúde pelos respetivos serviços.
233. E mantém-se igualmente a necessidade de determinar a revisão do Manual de Procedimentos em vigor, nos moldes apresentados na decisão projetada pela ERS.
234. Assim, a pronúncia não afasta a necessidade de manutenção dos termos da instrução;
235. Porquanto não foram trazidos ao conhecimento da ERS quaisquer factos capazes de infirmar ou alterar o sentido do projeto de deliberação da ERS tal como regularmente notificado e que, por isso, se mantém na íntegra.

V. DECISÃO

236. O Conselho Diretivo da ERS delibera, nos termos e para os efeitos do preceituado no n.º 1 do artigo 41.º e alínea b) do artigo 42.º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de maio, emitir uma instrução ao Hospital Garcia da Orta, E.P.E., nos seguintes termos:

- (i) O Hospital Garcia da Orta, E.P.E. deve garantir que os procedimentos por si adotados garantam de forma permanente a correta e efetiva identificação dos utentes e terceiros pagadores;
- (ii) O Hospital Garcia da Orta, E.P.E. deve proceder à revisão do Manual de Procedimentos em vigor, clarificando que apenas pode ser emitida fatura em nome do utente, nas situações de não identificação do utente como beneficiário do SNS, e já não nas situações de utentes que embora se identifiquem como beneficiários do SNS, não logrem identificar devidamente o terceiro legal ou contratualmente responsável pelos encargos decorrentes da prestação de cuidados de saúde;
- (iii) O Hospital Garcia da Orta, E.P.E. deve assegurar que não sejam remetidos ao utente 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;
- (iv) O Hospital Garcia da Orta, E.P.E. deve dar cumprimento imediato à presente instrução, bem como dar conhecimento à ERS, no prazo máximo de 30 dias após a notificação da presente deliberação, dos procedimentos adotados para o efeito.

237. A presente instrução constitui decisão da ERS, sendo que a alínea b) do n.º 1 do artigo 51.º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de Maio, configura como contraordenação punível *in casu* com coima de € 1000,00 a € 44 891,81, “[...] o

desrespeito de norma ou de decisão da ERS que, no exercício dos seus poderes, determinem qualquer obrigação ou proibição”.

238. A versão não confidencial da presente deliberação será publicitada no sítio oficial da ERS na Internet.

O Conselho Diretivo