



DELIBERAÇÕES

19 DE FEVEREIRO DE 2026

ERS/044/2025



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

Considerando que a Entidade Reguladora da Saúde exerce funções de regulação, de supervisão e de promoção e defesa da concorrência respeitantes às atividades económicas na área da saúde nos setores privado, público, cooperativo e social;

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

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

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

Visto o processo registado sob o n.º ERS/044/2025;

I. DO PROCESSO

I.1. Origem do processo

1. A ERS tomou conhecimento, em 26 de agosto de 2024, da reclamação subscrita por TR, visando a atuação do Hospital de S. Pedro, estabelecimento prestador de cuidados de saúde que integra a Unidade Local de Saúde de Trás-Os-Montes e Alto Douro, E.P.E. (ULSTMAD), entidade inscrita no Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados (SRER) da ERS sob o n.º 17656.

2. Na referida reclamação, à qual foi atribuído o número REC/85896/2024, o exponente alega, em suma, que recebeu uma fatura com a simulação dos custos relativos ao episódio de urgência de 16 de fevereiro de 2024, cuja causa estaria registada como “*acidente de trabalho*”.
3. No entanto, de acordo com o reclamante, a causa do episódio estaria incorreta, tratando-se antes de um “*incidente doméstico*”, não tendo sido referida qualquer situação ou acidente laboral como causa do episódio de urgência.
4. Em sede de alegações iniciais, o prestador referiu o seguinte:

“No âmbito das diligências realizadas e na posse dos esclarecimentos disponibilizados, regista-se que no dia 16/02/2024, V. Exa. realizou a sua admissão no Serviço de Urgência da Unidade de Vila Real, às 23H09, com registo de “Acidente de Trabalho”.

Às 23H14 foi triado pela equipa de enfermagem que registou no seu processo clínico: Fluxograma «Agressão», com Queixa: «Guarda da GNR em Serviço. Vem por traumatismo do 4º dedo da mão esq a tentar imobilizar doente psiquiátrico que foi trazido ao SU. Refere ainda ter batido com a cabeça na região occipital em candeeiro». Tendo sido encaminhado para o setor de Medicina Geral.

Compulsados os registos de V. Exa. verifica-se que obteve observação pela Médica às 23H25 que registou em diário clínico «Guarda da GNR em serviço, foi buscar doente psiquiátrico a casa, que se encontrava agressivo, para trazer ao SU e aquando da tentativa de imobilização terá sofrido traumatismo do 4º dedo da mão esquerda. Sem outras queixas». Após realização de meios complementares de diagnóstico e após discussão com a especialidade de Ortopedia para análise de Rx, obteve «Alta medicado para a Companhia de seguros e com orientações».

Em face ao exposto não é possível satisfazer a pretensão de V. Exa., uma vez que todos os registos clínicos concernentes ao episódio de urgência nº [...] são compatíveis com a Simulação de Fatura e documento de Notificação

anexos, pelo que deve proceder em conformidade com o solicitado pelos Serviços Financeiros da ULSTMAD.”.

5. Através de mensagem de correio eletrónico de 6 de janeiro de 2025, a ERS solicitou ao prestador, os seguintes esclarecimentos:

“[...]”

1. *Pronunciem-se sobre a situação descrita na referida reclamação e forneçam esclarecimentos adicionais que entendam relevantes, acompanhado de toda a documentação de suporte;*
 2. *Descrevam todas as etapas percorridas pelo utente em causa, com indicação de data, hora e profissional responsável pela sua operacionalização, por nome, categoria profissional, funções e serviço em que o mesmo se integra, acompanhada do respetivo suporte documental;*
 3. *Enviem cópia de todas as notas de débito/liquidação emitidas e indicação se as mesmas foram liquidadas e, em caso afirmativo, por quem;*
 4. *Informem qual o entendimento que subjaz o envio da simulação de custos ao utente [...], enquanto beneficiário do SNS;*
 5. *Procedam ao envio de quaisquer esclarecimentos complementares julgados necessários e relevantes à análise do caso concreto.[...]”.*
6. Nessa senda, e após insistência, o prestador esclareceu, por mensagem de correio eletrónico de 4 de abril de 2025, o seguinte:

“[...]”

Desta forma, analisada a comunicação, somos a informar:

Reiteramos a informação prestada através de ofício de resposta:

- a) *o utente [TR], no dia 16-Fev-2024 pelas 23:09:04, realizou a sua admissão no secretariado do serviço administrativo do Serviço de Urgência da Unidade Hospitalar de Vila Real com informação de causa: “acidente de trabalho”;*



- b) às 33:14:42 foi triado pelo enfermeiro triador [JA] tendo referido nas queixas: «Guarda da GNR em serviço. Vem por traumatismo do 4º Dedo da mão esq a tentar imobilizar doente psiquiátrico que foi trazido ao SU. Refere ainda ter batido com a cabeça na região occipital em candeeiro.» Com fluxograma «1- Agressão». (Anexo 1 - Urgência N 24027739);
- c) A primeira observação clínica registou-se às 23:25:00, tendo a médica, Dra. [MF] registado «Guarda da GNR em serviço, foi buscar doente psiquiátrico a casa, que se encontrava agressivo, para trazer ao SU e aquando da tentativa de imobilização terá sofrido traumatismo do 4º dedo mão esquerda. Sem outras queixas.» com informação na alta de: «Plano: Alta medicado para a Companhia de seguros e com orientações. Explico sinais de alarme que devem motivar novo recurso ao SU».
- 2) O Serviço de Gestão Financeira segue o disposto na Circular Normativa da ACSS n.º 7/2023, datado de 3 de abril de 2023 (XXXVI - faturação, identificação dos utentes e terceiros pagadores). Pelo que, em caso de acidente de trabalho, exceto em situações emergentes ou com posterior internamento, é entregue ao utente, impresso com a solicitação dos dados necessários. Uma vez que o utente não entregou a informação solicitada, foi enviada a notificação, para a identificação da mesma.
- 3) Contudo, a causa foi alterada para «acidente doméstico» (Anexo 2 - Urgência N 24027739 - entidade financiadora alterada), e identificado o IASFA – SNS como subsistema, não existindo por isso qualquer valor em dívida sobre este episódio, uma vez que o utente está isento de taxas moderadoras desde 30/03/2021 por “antigos combatentes”.
7. Em anexo, o prestador juntou:
- O relatório do episódio de urgência do utente TR, de 16 de fevereiro de 2024;
 - O relatório do episódio de urgência do utente TR, de 16 de fevereiro de 2024, com a entidade financiadora alterada.



8. Foi, pois, neste contexto que, para efeitos de averiguação e apuramento cabal dos factos atrás descritos, o Conselho de Administração da ERS deliberou proceder, em 30 de abril de 2025, à abertura do presente processo de inquérito.

I.2. Diligências

9. No âmbito da investigação desenvolvida pela ERS, realizaram-se as seguintes diligências instrutórias:
- (i) Pesquisa no SRER da ERS relativa à inscrição do Hospital de S. Pedro, constatando-se que o mesmo é um estabelecimento prestador de cuidados de saúde que integra a ULSTMAD, entidade prestadora de cuidados de saúde inscrita no SRER da ERS sob o n.º 17656;
 - (ii) Pedido de elementos remetido à ULSTMAD, em sede de processo de reclamação, através de mensagem de correio eletrónico de 6 de janeiro de 2025, com insistência datada de 4 de abril de 2025, e receção da respetiva resposta no mesmo dia;
 - (iii) Notificação da abertura de processo de inquérito ao reclamante TR através de ofício datado de 6 de maio de 2025;
 - (iv) Notificação da abertura de processo de inquérito à ULSTMAD, com pedido de elementos ao abrigo do disposto no n.º 1 do artigo 31.º dos Estatutos da ERS, concretizada através de ofício datado de 6 de maio de 2025;
 - (v) Insistência à ULSTMAD para resposta ao pedido de elementos, através de ofício datado de 11 de novembro de 2025;
 - (vi) Esclarecimento remetido à ULSTMAD, em resposta a mensagem de correio eletrónico de 20 de novembro de 2025;
 - (vii) Receção da resposta ao pedido de elementos, através de mensagem de correio eletrónico remetida pela ULSTMAD em 15 de dezembro de 2025.

II. DOS FACTOS

II.1. Do processo de reclamação

10. Concretamente, cumpre destacar os seguintes factos alegados pelo exponente TR na sua reclamação subscrita em 8 de julho de 2024:

“[...]”

1º

No dia 14 de junho de 2024 recebi uma missiva enviada pelos serviços dessa Unidade Hospitalar, com uma simulação de fatura referente ao episódio de urgência acima referido, datado de 16-02-2024.

2º

Nessa missiva foi-me solicitado que fornecesse os dados do meu seguro/seguradora de acidentes de trabalho, pois referiam que no dia 16-02-2024 a minha deslocação e a conseqüente admissão nos serviços de urgência dessa unidade se deveu a um acidente de trabalho.

3º

Como tal importa referir que a minha deslocação a esses serviços de urgência não se deveu a um acidente de trabalho, mas sim a um incidente doméstico, pelo que tal entendimento se deu devido a um lapso no momento da admissão, pois não foi por mim referido em momento algum que havia sofrido um acidente de trabalho ou que a o facto de ali estar se devia a uma situação laboral.

4º

Por esta razão solicito a Vossa Excelência que se altere a causa da admissão, pois tal lapso fez com que o valor a pagar pelo atendimento que beneficiei ultrapasse uma centena de euros.

5º

Rogo assim a correção e alteração da causa da admissão, pois sei que não fara parte da vossa política de atendimento ao utente, bem como não se coaduna com o bom nome da instituição de enorme cariz social prestadora



de um serviço essencial a população, que o utente saia prejudicado por um lapso que lhe é alheio [...]".

11. Em anexo, o reclamante remeteu:

- i. A simulação de fatura datada de 29 de maio de 2024, enviada pela ULSTMAD, em nome do utente, no valor de 114,07 EUR:

SIMULACAO DE FATURA

Uis Tras Os Montes E Alto Douro, E.P.E
Av. Da Noruega
Vila Real
5000- - 508 - Vila Real
Contribuinte No: 508100496
Matrícula: 2032 Conservatoria Reg. Comercial Vila Real
Cap.Social: 69.100.000,00 Euros

Pág: 001/ 001
Data Emissão: 29/05/2024

Cliente No: [REDACTED]

Exmo Sr.(a):
[REDACTED]

Contribuinte No: 0
Causa :Acidente De Trabalho

Radiologia; Urgencia

Episódio	Data	Designação	Qt.	Preço Unit.	Valor
[REDACTED]	16/02/2024	Dedos Da Mão, Duas Incidências	1	2,00	2,00
[REDACTED]	16/02/2024	Episodio De Urgencia	1	112,07	112,07

cento e catorze euros e sete centimos

EUR 114,07

- ii. O formulário para identificação da entidade terceira responsável:



Ex. Sr(a)

Ex. Sr(a)

Data Acidente _____

Episódio [REDACTED] em 16/02/2024

NOTIFICAÇÃO

O utente acima mencionado deverá entregar no prazo máximo de 10 dias a presente NOTIFICAÇÃO devidamente preenchida, na opção aplicável, bem como cópia da participação à Companhia de seguros.

ACIDENTE DE VIAÇÃO

COLISÃO - DESPISTE - ATROPELAMENTO \ SEGURO DE OCUPANTES \ SEGURO RESPONS. CIVIL AUTOMÓVEL

VEÍCULO EM QUE SEGUIA O UTENTE _____

COMPANHIA DE SEGUROS _____ APÓLICE _____

NOME DO SEGURADO _____

RESIDÊNCIA _____

NOME DO CONDUTOR _____

RESIDÊNCIA _____

VEÍCULO _____ Matrícula _____ MARCA _____

ACIDENTE DE TRABALHO

NOME DA ENTIDADE PATRONAL _____

MORADA _____

COMPANHIA DE SEGUROS _____ APÓLICE _____

ACIDENTES PESSOAIS/DESPORTIVOS/ESCOLARES

COMPANHIA DE SEGUROS _____ APÓLICE _____

Declaro, sob compromisso de honra, serem verdadeiras as informações constantes na presente NOTIFICAÇÃO.

_____ de _____ de 20____

O DECLARANTE _____

Enviar para:

Email: faturacao@chtmed.min-saude.pt

Tel: 259300500 – Ext. 2113/2115 – [REDACTED]

Serviços Financeiros

12. Em resposta à aludida reclamação, o prestador declarou, em 4 de setembro de 2024, o seguinte:

“[...]”

No âmbito das diligências realizadas e na posse dos esclarecimentos disponibilizados, regista-se que no dia 16/02/2024, V. Exa. realizou a sua admissão no Serviço de Urgência da Unidade de Vila Real, às 23H09, com registo de "Acidente de Trabalho".

Às 23H14 foi triado pela equipa de enfermagem que registou no seu processo clínico: Fluxograma «Agressão», com Queixa: «Guarda da GNR em Serviço. Vem por traumatismo do 4º dedo da mão esq a tentar imobilizar doente psiquiátrico que foi trazido ao SU. Refere ainda ter batido com a cabeça na região occipital em candeeiro». Tendo sido encaminhado para o setor de Medicina Geral.

Compulsados os registos de V. Exa. verifica-se que obteve observação pela Médica às 23H25 que registou em diário clínico «Guarda da GNR em serviço, foi buscar doente psiquiátrico a casa, que se encontrava agressivo, para trazer ao SU e aquando da tentativa de imobilização terá sofrido traumatismo do 4º dedo da mão esquerda. Sem outras queixas». Após realização de meios complementares de diagnóstico e após discussão com a especialidade de Ortopedia para análise de Rx, obteve «Alta medicado para a Companhia de seguros e com orientações».

Em face ao exposto não é possível satisfazer a pretensão de V. Exa., uma vez que todos os registos clínicos concernentes ao episódio de urgência nº [...] são compatíveis com a Simulação de Fatura e documento de Notificação anexos, pelo que deve proceder em conformidade com o solicitado pelos Serviços Financeiros da ULSTMAD.”.

13. Em anexo, o prestador juntou, adicionalmente, o relatório do episódio de urgência em questão, com o seguinte teor:

Outros Dados	
Causa : ACIDENTE DE TRABALHO	Proveniência: EXTERIOR
Isento Taxa (55)	
Subsistema: ENTIDADE DESCONHECIDA	Nº:
Observações:	

Electrón



Triagem			
Data / Hora da Triagem:	16/02/2024 23:14:42	Fluxograma :	(1) 1 - Agressão
Discriminador:	Dor moderada		
Temperatura:	Dor: 5	Glasgow: 15 pontos	Prioridade Clínica Urgente (Amarelo)
PEFR:	Freq. Resp.:	PA: /	
Glicémia:	Corpos cetônicos:	Freq. card.:	Ritmo de pulso:
Oxi. per.:			
Mobilidade:	Pelo próprio pé		
Especialidade:	VREAL SU MEDICINA GERAL	Grupo:	Triagem
		Sala:	VR GAB. MED. 1
Queixa:	Guarda da GNR em serviço. Vem por traumatismo do 4º Dedo da mão esq a tentar imobilizar doente psiquiátrico que foi trazido ao SU. Refere ainda ter batido com a cabeça na região occipital em candeeiro.		
Justificação Via Verde:			
Triador: Enf.	██████████	Nº. Mecanográfico:	██████████ Ass.: _____

Observações Médicas	
16-Fev-2024 23:25:00	Dr. ██████████ / VREAL SU MEDICINA GERAL
Sexo masculino, 32 anos, autónomo.	
MH: não faz	
Alergias: 0	
HDA: Guarda da GNR em serviço, foi buscar doente psiquiátrico a casa, que se encontrava agressivo, para trazer ao SU e aquando da tentativa de imobilização terá sofrido traumatismo do 4º dedo mão esquerda. Sem outras queixas.	
EC: CCO Eupneico, sem sinais de dif resp T: 36°C ACP: sem alterações	
Plano: Rx	

17-Fev-2024 00:07:36	Dr. ██████████ / VREAL SU MEDICINA GERAL
Discutido com Ortopedia (Dr. ██████████): rx sem evidência de fraturas agudas.	
Plano: Alta medicado para a Companhia de seguros e com orientações. Explico sinais de alarme que devem motivar novo recurso ao SU.	

14. Através de mensagem de correio eletrónico de 6 de janeiro de 2025, a ERS solicitou, ainda em sede de processo de reclamação, ao prestador, os seguintes esclarecimentos:

“[...]”

1. *Pronunciem-se sobre a situação descrita na referida reclamação e forneçam esclarecimentos adicionais que entendam relevantes, acompanhado de toda a documentação de suporte;*

2. *Descrevam todas as etapas percorridas pelo utente em causa, com indicação de data, hora e profissional responsável pela sua operacionalização, por nome, categoria profissional, funções e serviço em que o mesmo se integra, acompanhada do respetivo suporte documental;*
 3. *Enviem cópia de todas as notas de débito/liquidação emitidas e indicação se as mesmas foram liquidadas e, em caso afirmativo, por quem;*
 4. *Informem qual o entendimento que subjaz o envio da simulação de custos ao utente [...], enquanto beneficiário do SNS;*
 5. *Procedam ao envio de quaisquer esclarecimentos complementares julgados necessários e relevantes à análise do caso concreto. [...]*
15. Nessa senda, e após insistência, o prestador esclareceu, por mensagem de correio eletrónico de 4 de abril de 2025, o seguinte:

“[...]

Desta forma, analisada a comunicação, somos a informar:

Reiteramos a informação prestada através de ofício de resposta:

- a) *o utente [TR], no dia 16-Fev-2024 pelas 23:09:04, realizou a sua admissão no secretariado do serviço administrativo do Serviço de Urgência da Unidade Hospitalar de Vila Real com informação de causa: “acidente de trabalho”;*
- b) *às 33:14:42 foi triado pelo enfermeiro triador [JA] tendo referido nas queixas: «Guarda da GNR em serviço. Vem por traumatismo do 4º Dedo da mão esq a tentar imobilizar doente psiquiátrico que foi trazido ao SU. Refere ainda ter batido com a cabeça na região occipital em candeeiro.» Com fluxograma «1- Agressão». (Anexo 1 - Urgência N 24027739);*
- c) *A primeira observação clínica registou-se às 23:25:00, tendo a médica, Dra. [MF] registado «Guarda da GNR em serviço, foi buscar doente psiquiátrico a casa, que se encontrava agressivo, para trazer ao SU e aquando da tentativa de imobilização terá sofrido traumatismo do 4º dedo mão esquerda. Sem outras queixas.» com informação na alta de:*

«Plano: Alta medicado para a Companhia de seguros e com orientações. Explico sinais de alarme que devem motivar novo recurso ao SU».

- 2) O Serviço de Gestão Financeira segue o disposto na Circular Normativa da ACSS n.º 7/2023, datado de 3 de abril de 2023 (XXXVI - faturação, identificação dos utentes e terceiros pagadores). Pelo que, em caso de acidente de trabalho, exceto em situações emergentes ou com posterior internamento, é entregue ao utente, impresso com a solicitação dos dados necessários. Uma vez que o utente não entregou a informação solicitada, foi enviada a notificação, para a identificação da mesma.
- 3) Contudo, a causa foi alterada para «acidente doméstico» (Anexo 2 - Urgência N 24027739 - entidade financiadora alterada), e identificado o IASFA – SNS como subsistema, não existindo por isso qualquer valor em dívida sobre este episódio, uma vez que o utente está isento de taxas moderadoras desde 30/03/2021 por “antigos combatentes”.

16. Em anexo, o prestador juntou:

- i. O relatório do episódio de urgência do utente TR, de 16 de fevereiro de 2024;
- ii. O relatório do episódio de urgência do utente TR, de 16 de fevereiro de 2024, com a entidade financiadora alterada:

Outros Dados	
Causa : ACIDENTE DOMESTICO	Proveniência: EXTERIOR
Isento Taxa (55)	
Subsistema: IASFA - SNS Nº.	[REDACTED]
Observações:	



Triagem			
Data / Hora da Triagem:	16/02/2024 23:14:42	Fluxograma :	(1) 1 - Agressão
Discriminador:	Dor moderada		
Temperatura:	Dor: 5	Glasgow: 15 pontos	Prioridade Clínica Urgente (Amarelo)
PEFR:	Freq. Resp.:	PA: /	
Glicemia:	Corpos cetônicos:	Freq. card.:	Ritmo de pulso:
Oxi. per.:			
Mobilidade:	Pelo próprio pé		
Especialidade:	VREAL SU MEDICINA GERAL	Grupo: Triagem	Sala: VR GAB. MED. 1
Queixa:	Guarda da GNR em serviço. Vem por traumatismo do 4º Dedo da mão esq a tentar imobilizar doente psiquiátrico que foi trazido ao SU. Refere ainda ter batido com a cabeça na região occipital em candeeiro.		
Justificação Via Verde:			
Triador: Enf.	████████████████████	Nº. Mecanográfico:	██████ Ass.: _____

Observações Médicas	
16-Fev-2024 23:25:00	Dr. ██████████ / VREAL SU MEDICINA GERAL
Sexo masculino, 32 anos, autónomo	
MH: não faz	
Alergias: 0	
HDA: Guarda da GNR em serviço, foi buscar doente psiquiátrico a casa, que se encontrava agressivo, para trazer ao SU e aquando da tentativa de imobilização terá sofrido traumatismo do 4º dedo mão esquerda. Sem outras queixas.	
EO: COO Eupneico, sem sinais de dif resp T: 38°C ACP: sem alterações	
Plano: Rx	

17-Fev-2024 00:07:38	Dr. ██████████ / VREAL SU MEDICINA GERAL
Discutido com Ortopedia (Dr. ██████████): rx sem evidência de fraturas agudas.	
Plano: Alta medicado para a Companhia de seguros e com orientações. Explico sinais de alarme que devem motivar novo recurso ao SU.	

II.2. Do processo de inquérito

17. Na sequência da abertura dos presentes autos de inquérito, a ERS solicitou à ULSTMAD, em 6 de maio de 2025, os seguintes esclarecimentos:

“[...]”

1. *Remetam cópia dos procedimentos em vigor nessa unidade hospitalar para admissão e identificação de utentes e de terceiros pagadores, legal ou contratualmente, responsáveis, acompanhado de toda a documentação de suporte;*
 2. *Indiquem quais as medidas corretivas adotadas em ordem a evitar situações semelhantes à reportada na reclamação supra citada, acompanhado do respetivo suporte documental*
 3. *Envio de quaisquer esclarecimentos complementares que V. Exas. julguem necessários e relevantes para a análise do caso concreto. [...]*
18. Após remessa de ofício de insistência para resposta ao solicitado, a ERS rececionou, em 20 de novembro de 2025, um pedido de esclarecimentos do prestador, nos seguinte termos:

[...]

Recebeu-se, hoje - 20 de novembro de 2025, por via de correio interno, a carta registada contendo a notificação de insistência relativa ao pedido de elementos referente ao processo de inquérito ERS/044/2025, conexo com a REC/85896/2024, que na ULSTMAD diz respeito à exposição n.º 429_2024_VR.

Não obstante, cumpre assinalar que o solicitado fora já objeto de resposta enviada por correio eletrónico em 4 de abril de 2025, remetida para o endereço [...], com conhecimento de [...], na sequência da notificação recebida neste Gabinete do Cidadão na mesma data. Em anexo segue a digitalização da comunicação oportunamente expedida. [...]

19. Assim, em resposta, a ERS informou o seguinte:

[...] somos pelo presente a confirmar que foi rececionada, em 4 de abril de 2025, resposta a um pedido de elementos da ERS, no âmbito do processo de reclamação n.º REC/85896/2024.

Não obstante, através de ofício datado de 6 de maio de 2025, foi a Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E. notificada da abertura

do processo de inquérito registado internamente sob o n.º ERS/044/2025 e, bem assim, do pedido de elementos adicionais, nomeadamente:

“[...]”

1. Remetam cópia dos procedimentos em vigor nessa unidade hospitalar para admissão e identificação de utentes e de terceiros pagadores, legal ou contratualmente, responsáveis, acompanhado de toda a documentação de suporte;

2. Indiquem quais as medidas corretivas adotadas em ordem a evitar situações semelhantes à reportada na reclamação supra citada, acompanhado do respetivo suporte documental

3. Envio de quaisquer esclarecimentos complementares que V. Exas. julguem necessários e relevantes para a análise do caso concreto. [...]”

É de facto a este pedido adicional de elementos, que se reporta a n/ insistência datada de 11 de novembro, uma vez que não foi, até ao momento, rececionada qualquer resposta ao aí solicitado. [...]”.

20. Assim, em 15 de dezembro de 2025, a ULSTMAD veio aos autos informar o seguinte:

“[...]”

Não podemos contudo, deixar de lembrar que a génese desta reclamação, advém de um pedido do utente de mudança da causa de admissão para «acidente doméstico» para alteração da entidade financiadora e, conseqüentemente, para que ficasse isento do pagamento de taxas moderadoras.

Este pedido de alteração da causa de admissão, moralmente questionável, não é coincidente com os verdadeiros motivos da sua admissão no Serviço de Urgência registados em todas as fases do Episódio de Urgência.

Relembramos, pois, que:

a) o utente [T.R.], no dia 16-Fev-2024 pelas 23:09:04, realizou a sua admissão no secretariado do serviço administrativo do Serviço de Urgência da Unidade Hospitalar de Vila Real referindo causa: “acidente de trabalho”;

b) às 23:14:42 foi triado pelo enfermeiro triador [J.A.], tendo referido nas queixas: «Guarda da GNR em serviço. Vem por traumatismo do 4º Dedo da mão esq a tentar imobilizar doente psiquiátrico que foi trazido ao SU. Refere ainda ter batido com a cabeça na região occipital em candeeiro.» Com fluxograma «1- Agressão». (Anexo 1 - Urgência N [...]);

c) A primeira observação clínica registou-se às 23:25:00, tendo a médica, Dra. [M.F.] registado «Guarda da GNR em serviço, foi buscar doente psiquiátrico a casa, que se encontrava agressivo, para trazer ao SU e aquando da tentativa de imobilização terá sofrido traumatismo do 4º dedo mão esquerda. Sem outras queixas.» com informação na alta de: «Plano: Alta medicado para a Companhia de seguros e com orientações. Explico sinais de alarme que devem motivar novo recurso ao SU».

Isto dito, passamos aos esclarecimentos sobre os pedidos de elementos concernentes aos procedimentos em vigor na ULSTMAD para admissão e identificação de utentes e de terceiros pagadores, legal ou contratualmente, responsáveis, no âmbito do presente Processo de Inquérito.

Formulamos desta forma o percurso administrativo do utente na admissão no Serviço de Urgência:

- Quando o utente se dirige ao Serviço de Urgência para efetuar a sua admissão é confirmada a identificação do utente pelo Assistente Técnico, segundo a norma: 021-IPSG- Identificação Correta dos Doentes-3ª revisão da norma - (Anexo 1);
- Dependendo do motivo/causa da sua admissão, no episódio é assumida como entidade responsável o subsistema que o utente possui, à exceção das situações de acidente de trabalho/acidente de viação/acidente desportivo/acidente escola (escola privada), que na entidade responsável se coloca o código de entidade desconhecida (Anexo 2), e nas situações de admissões por motivo/causa de agressões e/ou violência doméstica assume-se o código de agressões (Anexo 3);
- Dependendo do estado do doente, o questionário/formulário por norma é entregue no ato da admissão ou avisado o utente para que à saída (alta)

se deve dirigir ao posto administrativo, para que lhe seja entregue o mesmo;

- Em caso de internamento, o procedimento é efetuado pelo secretariado do respetivo serviço da especialidade.

No que diz respeito aos procedimentos efetuados pelos Serviços de Gestão Financeira, nos casos em que a admissão do utente à urgência foi categorizada como um qualquer acidente (trabalho, viação, ou outros) e que pressuponham a existência de um seguro obrigatório:

1 – São retirados no SONHO os mapas indicadores de episódios que se encontrem por regularizar, que se encontrem ainda com EFR (Entidade Financeira Responsável) como desconhecida, e cuja admissão seja devida a um acidente;

2 – Mediante o mapa anterior, são enviadas para cada utente, uma notificação para preenchimento e posterior envio, na qual solicitamos a indicação dos elementos do terceiro responsável pelo pagamento e uma cópia da participação feita à companhia de seguros, bem como uma simulação de fatura, onde constam as despesas hospitalares por regularizar.

No que diz respeito ao envio de **simulação** de fatura, é um procedimento para todos os episódios que tenham como causa **acidentes**, de trabalho, de viação, ou outros, que **pressuponham a existência de um seguro obrigatório**, logo a existência de um **terceiro responsável pelo pagamento das despesas hospitalares**, e que por sua vez não tenham sido regularizadas, por falta de elementos.

Mais aditaram que, a simulação de fatura é uma **informação** para o utente. Não é um documento que exija diretamente ao utente o valor real dos encargos associados à prestação de cuidados de saúde.

Juntamente com a referida simulação, segue sempre uma notificação (Anexo 4), para que o utente possa proceder ao seu preenchimento e posterior envio, devendo sempre anexar uma cópia da participação feita à companhia de seguros.

Uma vez que o referido episódio, **na admissão do utente**, foi caracterizado como **acidente de trabalho** e entidade financeira responsável como **desconhecida**, o procedimento seguiu os trâmites normais, o que justificou o envio da simulação.”.

21. Em anexo ao sobredito ofício de resposta, o prestador remeteu os seguintes elementos documentais:

- i. Política “*Identificação Correta dos Doentes*”, revista em setembro de 2025, com o seguinte teor:

7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

7.1. Identificadores do Doente e sua utilização

7.1.1. Geral

São definidos os seguintes identificadores dos doentes:

- **Nome Completo**

- **Número de Processo Clínico**

Estes dois identificadores devem ser sempre utilizados e verificados, em simultâneo, nas seguintes situações:

- Antes da administração de medicação;
- Antes da administração de sangue ou derivados;
- Antes da recolha de sangue ou de outros produtos para análise;
- Antes da realização de MCDT;
- Antes da realização de qualquer tratamento e/ou procedimento médico-cirúrgico;
- Na rotulagem da medicação, amostras, relatórios de MCDT, embalagens de dieta e recipientes de leite materno.

O processo de identificação deve envolver o doente, sempre que possível.

O identificador **Nome Completo** deve ser utilizado questionando o doente ou acompanhante presente quanto ao seu nome completo. Não são admissíveis perguntas dirigidas de forma a influenciar ou conduzir a resposta, do tipo “Como se chama, Sr. António?” ou “O Sr. chama-se António?”. A formulação a adotar deverá ser “Diga-me, por favor, o seu nome completo”.

Não é admissível, em caso algum, a identificação do doente através do número de cama, quarto ou enfermaria.

Identificação dos Doentes na Admissão

A confirmação inicial da identidade dos doentes é realizada pelos serviços administrativos.

Para tal, o AT solicita a apresentação do cartão de cidadão/bilhete de identidade, de modo a validar os dados de identificação. Na ausência destes documentos, deverão ser pedidos, pelo menos, quatro dos seguintes elementos: nome completo, naturalidade, morada, telefone, data de nascimento e filiação.

7.1.2. Situações Específicas

a) Serviço de Urgência

Os doentes admitidos pelo SU, sem nº de processo atribuído, são identificados pelo:

- **Nome Completo;**
- **N.º de Episódio de Urgência.**

Os doentes admitidos no SU, sem identificação, nomeadamente em coma ou com alterações cognitivas, são identificados através do:

- **N.º de Episódio de Urgência;**
- **Sexo.**

b) Cuidados de Saúde Primários e Ambulatório Hospitalar

Nos Cuidados de Saúde Primários e Ambulatório Hospitalar (consulta externa ou realização de MCDT), devem ser utilizados os seguintes identificadores:

- **Nome Completo;**
- **Data de Nascimento;**
- **N.º de Processo Clínico/N.º de Utente SNS.**

7.2. Pulseiras de Identificação

- O uso da pulseira de identificação permite minimizar situações de risco em ambiente específicos e constitui um equipamento de segurança, servindo como meio complementar de identificação segura.
- A impressão da pulseira de identificação é efetuada segundo a Nota Técnica do Serviço de Gestão de Informação - Pulseiras Identificação.
- Quando o doente recusar o uso de pulseira de identificação, o mesmo deve ser alertado para o aumento do risco a que se expõe, no sentido de tomar uma decisão informada. Tanto a recusa por parte do doente, como a explicação efetuada pelo profissional de saúde devem constar dos registos clínicos. O mesmo se aplica às crianças que recusam ou danificam a pulseira. Deverá ser explicada aos cuidadores a necessidade de manutenção da mesma.
- Na identificação das pulseiras não é admissível o uso de abreviaturas, acrónimos, símbolos e outras designações.
- Uma pulseira danificada deve ser substituída logo que possível. A legibilidade da pulseira tem de ser verificada com frequência e substituída quando se constatar que está de difícil leitura.

Na instituição, a identificação dos doentes através da pulseira de identificação aplica-se aos doentes das seguintes áreas: Internamento, Cirurgia de Ambulatório, Serviço de Urgência, Hospital de Dia, Hemodiálise, Radioterapia e realização de Exames com Sedação ou Contraste.

Relativamente às áreas de Internamento e do Serviço de Urgência verificam-se as seguintes particularidades:

Internamento

Os doentes do internamento da **Psiquiatria** são identificados através de pulseira de identificação. Sempre que o doente a retire, o Enfermeiro Responsável pelo doente deverá colocar nova pulseira de identificação.

A identificação dos **Recém-nascidos** é efetuada através do nome completo da mãe e n.º do processo da mãe, até que seja criado o n.º do processo do Recém-nascido.

Serviço de Urgência

Nos doentes admitidos no SU, sem identificação, em coma ou com alterações cognitivas, a identificação é efetuada, conforme descrito no ponto 7.1.2, alínea a, da presente norma, pelo N.º de Episódio de Urgência e pelo Sexo. Assim que se obtenha a identificação do doente é substituída a pulseira de identificação por outra que contenha a informação definida na instituição.

7.3. Emissão e Colocação das Pulseiras de Identificação

Regra Geral: Nos Internamentos Programados, Cirurgia de Ambulatório, Hospital de Dia, Radioterapia ou Hemodiálise, a pulseira de identificação do doente é impressa pelo Assistente Técnico do respetivo Serviço e colocada pelo Enfermeiro/Técnico que faz a admissão do doente.

Durante os períodos em que o secretariado se encontra encerrado, a emissão e colocação das pulseiras de identificação é da responsabilidade do enfermeiro do doente.

Exceção: No SU a emissão e colocação da pulseira de identificação da triagem de Manchester é da responsabilidade do Enfermeiro da triagem.

Quando os doentes do SU são internados, a pulseira de identificação é impressa pelo Assistente Técnico do SU e colocada pelo Enfermeiro do SU, antes do doente ser encaminhado para o internamento ou Bloco Operatório.

Na Urgência Pediátrica, em crianças com alteração de comportamento e/ou alterações do processamento sensorial, a pulseira poderá não ser colocada, após dupla validação e registo fundamentado do motivo.

A pulseira da triagem não pode ser utilizada como pulseira de identificação do doente internado.

7.4. Procedimento de Identificação dos Doentes em Caso de Catástrofe

Em caso de catástrofe a identificação das vítimas é efetuada de acordo com o definido no Plano de Emergência Externo:

- É efetuada a triagem das vítimas, realizado o seu registo e aplicada uma pulseira com a cor da triagem atribuída. São disponibilizados em simultâneo autocolantes identificativos e fichas para registo individual das lesões e devido seguimento, conforme o quadro infra.

TRIAGEM					
DATA: ___/___/___			Folha n.º		
Nº	Hora	Nome	Sexo	Nº pré hosp.	Cor
1	___:___		M		
			F		

7.5. Alta do Doente

A pulseira de identificação do doente só é retirada antes do doente sair das instalações da instituição. É inutilizada por corte e destruída pelo último profissional de saúde responsável pelo doente antes da sua saída.

8. REVISÃO E DISTRIBUIÇÃO

Revisão: de acordo com a Norma das Normas.

Distribuição: A todos os Serviços Clínicos da instituição.

[...].

- ii. Questionário para identificação da entidade responsável – Acidente Viação / Acidente Trabalho:



Nome: _____
Morada: _____

Data Acidente _____

Episódio _____

NOTIFICAÇÃO

O utente acima mencionado deverá entregar no prazo máximo de 10 dias a presente NOTIFICAÇÃO devidamente preenchida, na opção aplicável, bem como cópia da participação à Companhia de seguros.

ACIDENTE DE VIAÇÃO

COLISÃO - DESPISTE - ATROPELAMENTO \ SEGURO DE OCUPANTES \ SEGURO RESPONS. CIVIL AUTOMÓVEL

VEÍCULO EM QUE SEGUIA O UTENTE

COMPANHIA DE SEGUROS _____ APÓLICE _____

NOME DO SEGURADO _____

RESIDÊNCIA _____

NOME DO CONDUTOR _____

RESIDÊNCIA _____

VEÍCULO _____ Matrícula _____ MARCA _____

ACIDENTE DE TRABALHO

NOME DA ENTIDADE PATRONAL _____

MORADA _____

COMPANHIA DE SEGUROS _____ APÓLICE _____

ACIDENTE: PESSOAIS/DESPORTIVOS/ESCOLARES

COMPANHIA DE SEGUROS _____ APÓLICE _____

Declaro, sob compromisso de honra, serem verdadeiras as informações constantes na presente NOTIFICAÇÃO.

_____ de _____ de 20 _____

O DECLARANTE _____

Enviar para:

Email: faturacao@chtmad.min-saude.pt

Tel: 259300500 – Ext. 2113/2115 - _____

Serviços Financeiros

iii. Questionário para identificação da entidade responsável – Agressões:



Exmo(A) Senhor(a)

Data Assistência:

Episódio:

AGRESSÕES

Na sequência da sua assistência neste Hospital, por agressão, enviamos a V.Ex.ª o documento, no qual solicitamos os seguintes dados.

Autoridade tomou conhecimento? Sim ___ Não ___ Qual? _____

Corre processo em Tribunal? Sim ___ Não ___

Se sim indique:

Tribunal da Comarca _____

Juízo _____ Secção _____ Processo _____

Deverá ser enviada esta informação, no prazo de 10 (Dez) dias úteis a contar da data da receção desta carta.

Declaro, sob compromisso de honra, serem verdadeiras as informações constantes na presente NOTIFICAÇÃO.

_____ de _____ de 20 _____

O DECLARANTE _____

Enviar para:

Email: [redacted]@chtmad.min-saude.pt

Tel: 259300500-ext:4212

- iv. Novo modelo de questionário para identificação da entidade responsável – Acidente Viação / Acidente Trabalho / Acidentes pessoais/desportivos/escolares:



Nome: _____

Morada: _____

Data Acidente _____

Episódio _____

NOTIFICAÇÃO

O utente acima mencionado deverá entregar no prazo máximo de 10 dias a presente NOTIFICAÇÃO devidamente preenchida, na opção aplicável, bem como cópia da participação à Companhia de seguros.

ACIDENTE DE VIAÇÃO

COLISÃO - DESPISTE - ATROPELAMENTO \ SEGURO DE OCUPANTES \ SEGURO RESPONSABILIDADE CIVIL AUTOMÓVEL

VEÍCULO EM QUE SEGUIA O UTENTE

COMPANHIA DE SEGUROS _____ APÓLICE _____

NOME DO SEGURADO _____

RESIDÊNCIA _____

NOME DO CONDUTOR _____

RESIDÊNCIA _____

VEÍCULO _____ Matrícula _____ MARCA _____

ACIDENTE DE TRABALHO

NOME DA ENTIDADE PATRONAL _____

MORADA _____

COMPANHIA DE SEGUROS _____ APÓLICE _____

ACIDENTES PESSOAIS/DESPORTIVOS/ESCOLARES

COMPANHIA DE SEGUROS _____ APÓLICE _____

Declaro, sob compromisso de honra, serem verdadeiras as informações constantes na presente NOTIFICAÇÃO.

_____, de _____ de 20____

O DECLARANTE _____

Enviar para:Email: faturacao@chtmad.min-saude.pt

Tel: 259300500 – Ext. 2113/2115

Serviços Financeiros

III. DO DIREITO

III.1. Da missão e das atribuições e competências da ERS

22. Nos termos do disposto no n.º 1 do artigo 5.º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de Agosto, a ERS “*tem por missão a regulação, nos termos previstos nos presentes estatutos, da atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde*”, sinalizando a alínea b) do n.º 2 do mesmo preceito que as suas atribuições “*compreendem a supervisão da atividade e funcionamento dos*

estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde no que respeita [à] garantia dos direitos relativos ao acesso aos cuidados de saúde, à prestação de cuidados de saúde de qualidade, bem como dos demais direitos dos utentes”.

23. O artigo 4.º dos mencionados Estatutos sublinha que a ERS “*exerce funções de regulação, de supervisão e de promoção e defesa da concorrência respeitantes às atividades económicas na área da saúde dos setores privado, público, cooperativo e social*” (n.º1), estando, assim, sujeitos “*à regulação da ERS, no âmbito das suas atribuições e para efeitos dos presentes estatutos, todos os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, do setor público, privado, cooperativo e social, independentemente da sua natureza jurídica, nomeadamente hospitais, clínicas, centros de saúde, consultórios, laboratórios de análises clínicas, equipamentos ou unidades de telemedicina, unidades móveis de saúde e termas*” (n.º 2).
24. Resulta, pois, inequívoco que a ULSTMAD é uma entidade prestadora de cuidados de saúde, inscrita, ademais, no SRER da ERS sob o número de registo acima identificado, encontrando-se, assim, sob a alçada regulatória e de supervisão da ERS.
25. Por outro lado, o artigo 10.º dos aludidos Estatutos define como objetivos da ERS, para além do mais, o de “*assegurar o cumprimento dos critérios de acesso aos cuidados de saúde, nos termos da Constituição e da lei*” (alínea b)), o de “*garantir os direitos e interesses legítimos dos utentes*” (alínea c)) e, bem assim, o de “*zelar pela prestação de cuidados de saúde de qualidade*” (alínea d)).
26. Com efeito, a densificação dos objetivos enunciados nas três alíneas supramencionadas é concretizada nos artigos seguintes dos Estatutos da ERS.
27. Assim, a alínea a) do artigo 12.º dos referidos estatutos estabelece que “[p]ara efeitos do disposto na alínea b) do artigo 10.º incumbe à ERS [a]ssegurar o direito de acesso universal e equitativo à prestação de cuidados de saúde nos serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde (SNS), nos

estabelecimentos publicamente financiados, bem como nos estabelecimentos contratados para a prestação de cuidados no âmbito de sistemas ou subsistemas públicos de saúde ou equiparados”.

28. O artigo seguinte, o 13.º, ressalva que, na prossecução do objetivo enunciado na alínea c) do artigo 10.º dos seus Estatutos, incumbe à ERS, entre outras atribuições, “[a]preciar as queixas e reclamações dos utentes e monitorizar o seguimento dado pelos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde às mesmas, nos termos do artigo 30.º, garantindo o direito de acesso pela Direção-Geral da Saúde e pela Direção-Geral do Consumidor à informação quanto à natureza, tipologia e volume das causas mais prevalentes de reclamações, bem como proceder ao envio de relatórios periódicos às mesmas entidades” (alínea a)) e “[v]erificar o cumprimento da «Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos utentes do Serviço Nacional de Saúde», designada por «Carta dos Direitos de Acesso» por todos os prestadores de cuidados de saúde, nela se incluindo os direitos e deveres inerentes” (alínea b)).
29. O objetivo traçado na alínea d) do artigo 10.º dos mencionados Estatutos é densificado no artigo 14.º daquele diploma legal, atribuindo à ERS a incumbência de “[g]arantir o direito dos utentes à prestação de cuidados de saúde de qualidade [...]” (alínea c)) e de “[p]ropor e homologar códigos de conduta e manuais de boas práticas dos destinatários atividade objeto de regulação pela ERS” (alínea d)).
30. Na senda do disposto na alínea d) do artigo 14.º, e em concretização dos seus poderes de supervisão, o artigo 19.º dos referidos Estatutos identifica como incumbências da ERS, entre outras, a de “[z]elar pela aplicação das leis e regulamentos e demais normas aplicáveis às atividades sujeitas à sua regulação, no âmbito das suas atribuições” (alínea a)) e “[e]mitir ordens e instruções, bem como recomendações ou advertências individuais, sempre que tal seja necessário, sobre quaisquer matérias relacionadas com os objetivos da sua atividade reguladora, incluindo a imposição de medidas de conduta e a adoção das providências necessárias à reparação dos direitos e interesses legítimos dos utentes” (alínea b)).

31. Finalmente, aos poderes de supervisão supra enunciados, acrescem ainda os poderes sancionatórios consagrados no artigo 22.º dos Estatutos da ERS.
32. Assim, dispõe o n.º 1 do mencionado preceito que “[n]o exercício dos seus poderes sancionatórios relativos a infrações cuja apreciação seja da sua competência, incumbe à ERS desencadear os procedimentos sancionatórios adequados, adotar as necessárias medidas cautelares e aplicar as devidas sanções”, sendo certo que, como sinalizada o n.º 2 deste normativo, “[a]s decisões sancionatórias não dispensam o infrator do cumprimento do dever jurídico ou ordem ou instrução desrespeitada, nem prejudicam o exercício quanto aos mesmos factos dos poderes de supervisão previstos no artigo 19.º”.
33. Neste sentido, é estabelecido no n.º 2 do artigo 61.º, n.º 2, alínea b), subalínea ii), 1.ª parte dos Estatutos da ERS, que “[c]onstitui contraordenação, punível com coima de 1000 EUR a 3740,98 EUR ou de 1500 EUR a 44 891,81 EUR, consoante o infrator seja pessoa singular ou coletiva (...) [a] violação das regras relativas ao acesso aos cuidados de saúde [alínea b)]:
- (...) ii) [a] violação de regras estabelecidas em lei ou regulamentação e que visem garantir e conformar o acesso dos utentes aos cuidados de saúde, (...) em estabelecimentos públicos, publicamente financiados, ou contratados para a prestação de cuidados no âmbito de sistemas e subsistemas públicos de saúde ou equiparados, nos termos do disposto nas alíneas a) e b) do artigo 12.º”.

III.2. Dos direitos dos utentes dos serviços de saúde

o Do direito de acesso à prestação de cuidados de saúde

34. Inserido no Capítulo II (“Direitos e deveres sociais”), do Título III (“Direitos e deveres económicos, sociais e culturais”), da Parte I (“Direitos e deveres fundamentais”) da Constituição da República Portuguesa (CRP), o “direito à protecção da saúde”, consagrado no artigo 64.º da CRP, assume-se como um dos pressupostos fundamentais da densificação do princípio da dignidade da

- peessoa humana (artigo 1.º da CRP) e da “*realização da democracia (...) social*” (artigo 2.º da CRP).
35. Conforme se pode ler no n.º 3 do mencionado preceito constitucional, “[p]ara assegurar o direito à proteção da saúde, incumbe prioritariamente ao Estado (...) [g]arantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação” (alínea a)) e “[d]isciplinar e fiscalizar as formas empresariais e privadas da medicina, articulando-as com o serviço nacional de saúde, por forma a assegurar, nas instituições de saúde públicas e privadas, adequados padrões de eficiência e de qualidade” (alínea d)).
36. Aliás, no mesmo sentido aponta também o legislador ordinário, desde logo na Base 1 da Lei de Bases da Saúde (LBS), aprovada pela Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro¹, onde se esclarece que “[o] direito à proteção da saúde é o direito de todas as pessoas gozarem do melhor estado de saúde físico, mental e social, pressupondo a criação e o desenvolvimento de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam níveis suficientes e saudáveis de vida, de trabalho e de lazer” (n.º 1), pelo que “[...] compreende o acesso, ao longo da vida, à promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde, a cuidados continuados e a cuidados paliativos” (n.º2).
37. Por ser assim, “[o] Estado promove e garante o direito à proteção da saúde através do Serviço Nacional de Saúde (SNS), dos Serviços Regionais de Saúde e de outras instituições públicas, centrais, regionais e locais” (n.º 4 da Base 1).
38. Ora, nos termos do disposto na Base 21, “[s]ão beneficiários do SNS todos os cidadãos portugueses” (n.º 1) e, bem assim, “os cidadãos, com residência permanente ou em situação de estada ou residência temporárias em Portugal, que sejam nacionais de Estados-Membros da União Europeia ou equiparados, nacionais de países terceiros ou apátridas, requerentes de

¹ A Lei 95/2019, de 4 de setembro, entrou em vigor em 4 de novembro de 2019, e revogou a anterior Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei, 48/90, de 24 de agosto.

proteção internacional e migrantes com ou sem a respetiva situação legalizada, nos termos do regime jurídico aplicável” (n.º 2).

39. A Base 20, por sua vez, define o SNS como “o conjunto organizado e articulado de estabelecimentos e serviços públicos prestadores de cuidados de saúde, dirigido pelo ministério responsável pela área da saúde, que efetiva a responsabilidade que cabe ao Estado na proteção da saúde” (n.º 1).
40. Assim, constituem traves mestras da atuação do SNS as seguintes notas caracterizadoras: “[u]niversal, garantindo a prestação de cuidados de saúde a todas as pessoas sem discriminações, em condições de dignidade e de igualdade” (alínea a)); “[g]eral, assegurando os cuidados necessários para a promoção da saúde, prevenção da doença e o tratamento e reabilitação dos doentes” (alínea b)); “[t]endencial gratuitidade dos cuidados, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos” (alínea c)); “[i]ntegração de cuidados, salvaguardando que o modelo de prestação garantido pelo SNS está organizado e funciona de forma articulada e em rede” (alínea d)); “[e]quidade, promovendo a correção dos efeitos das desigualdades no acesso aos cuidados, dando particular atenção às necessidades dos grupos vulneráveis” (alínea e)); “[q]ualidade, visando prestações de saúde efetivas, seguras e eficientes, com base na evidência, realizadas de forma humanizada, com correção técnica e atenção à individualidade da pessoa” (alínea f)); “[p]roximidade, garantindo que todo o país dispõe de uma cobertura racional e eficiente de recursos em saúde” (alínea g)); “[s]ustentabilidade financeira, tendo em vista uma utilização efetiva, eficiente e de qualidade dos recursos públicos disponíveis” (alínea h)); “[t]ransparência, assegurando a existência de informação atualizada e clara sobre o funcionamento do SNS” (alínea i)) – Cfr. N.º 2 da Base 20 da LBS.
41. Como se percebe do quadro legal *supra* enunciado, não obstante a responsabilidade primacial atribuída ao Estado na garantia do direito constitucional à proteção da saúde, a verdade é que a efetivação do mesmo se estendia (e estende à luz da nova LBS) a diversos tipos de prestadores de cuidados de saúde, devendo aquele direito ser assegurado:

- (i) pelos prestadores de cuidados de saúde do SNS, próprios ou convenionados, no caso de todos os cidadãos portugueses e, ainda, de cidadãos estrangeiros, nos termos do regime jurídico aplicável;
 - (ii) pelos prestadores de cuidados de saúde, próprios, convenionados ou em regime livre de um determinado sistema ou subsistema público de saúde, caso o utente seja beneficiário de tal sistema ou subsistema, e nos termos definidos pelo mesmo;
 - (iii) pelos prestadores de cuidados de saúde, próprios, convenionados ou em regime livre, ao abrigo de um dado seguro de saúde, caso o utente haja contratado uma tal cobertura do risco de doença, e nos termos acordados com a entidade seguradora;
 - (iv) pelos prestadores de cuidados de saúde do setor privado, com ou sem fins lucrativos, mediante contraprestação acordada entre o utente e o concreto prestador, livremente escolhido.
42. Trata-se, pois, de uma solução legislativa de compromisso que, com o objetivo de garantir e efetivar o direito constitucional à proteção na saúde, visa colmatar as eventuais lacunas e limitações (humanas, técnicas e financeiras) existentes nos estabelecimentos públicos de saúde num determinado contexto histórico-temporal.
43. Ora, a ULSTMAD integra a rede nacional de prestação de cuidados de saúde, sendo-lhe aplicável, nessa medida, o Estatuto do SNS (*cf.* artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto²).

III.3. Das taxas moderadoras no SNS

- **Em geral**
44. Conforme anteriormente já referido, o direito à proteção da saúde, consagrado no artigo 64.º da CRP, tem por escopo garantir o acesso de todas

² O Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, aprovou o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, e revogou, atento o disposto na alínea a) do artigo 105.º do mencionado diploma legal, o Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro.

as pessoas aos cuidados de saúde, o qual será assegurado, entre outras obrigações constitucionalmente impostas, através da criação de um SNS universal, geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito.

45. Apresenta-se, assim, como um direito fundamental de natureza social, ou seja, um direito social a prestações do Estado, do qual resulta para todos 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.
46. A concretização do direito constitucional à proteção da saúde estava, porém, dependente de uma intervenção legislativa conformadora do mesmo – a qual se encontra atualmente realizada graças à vigência do Estatuto do SNS, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto.
47. Por outro lado, a maior ou menor concretização do sobredito direito, num determinado momento, depende também dos recursos materiais e financeiros disponíveis por parte do Estado.
48. É neste contexto que a doutrina constitucional tem aludido diversas vezes ao facto de o direito à proteção da saúde ser um direito sob “*reserva do possível*”, o que implica uma aplicação gradual e progressiva da imposição constitucional contida na alínea a) do n.º 2 do artigo 64.º da CRP, de criação de um SNS universal, geral e tendencialmente gratuito.
49. Concretamente no que respeita à tendencial gratuitidade dos cuidados, a mesma mantém-se consagrada na nova LBS (*cfr.* alínea c) do n.º 2 da Base 20), enquanto princípio que deve pautar a atuação do SNS.
50. Assim, apenas será admissível a cobrança de determinados valores aos utentes com o objetivo de moderar o consumo de cuidados de saúde – tal como prosseguido pelas taxas moderadoras –, e desde que não seja vedado o acesso a esses cuidados por razões económicas, nem sejam postas em causa as situações de isenção (e de dispensa) do pagamento de taxas moderadoras legalmente previstas (*cfr.* Base 24 da nova LBS).

51. Com efeito, quanto à cobrança de taxas moderadoras, o n.º 1 da Base 24 da LBS, estabelece que “[a] lei deve determinar a isenção de pagamento de taxas moderadoras, nomeadamente em função da condição de recursos, de doença ou de especial vulnerabilidade, e estabelecer limites ao montante total a cobrar”;
52. Ressalvando, no seu n.º 2, que “[c]om o objetivo de promover a correta orientação dos utentes, deve ser dispensada a cobrança de taxas moderadoras nos cuidados de saúde primários e, se a origem da referenciação for o SNS, nas demais prestações de saúde, nos termos a definir por lei”.
53. A pretexto da apreciação da constitucionalidade de algumas normas da anterior LBS (aprovada pela Lei n.º 48/90, de 24 de agosto), o Tribunal Constitucional (TC) teve oportunidade de interpretar o sentido e alcance da expressão “*tendencialmente gratuito*”, introduzida na alínea a) do n.º 2 do artigo 64.º da CRP, na revisão constitucional de 1989.
54. De acordo com o entendimento vertido no Acórdão do TC n.º 731/95, de 14 de dezembro³, a expressão “*tendencialmente gratuito*” não inverteu o princípio da gratuitidade, antes abriu a possibilidade de existirem exceções àquele princípio, nomeadamente quando o objetivo seja o de racionalizar a procura de cuidados de saúde (por exemplo, através da aplicação de taxas moderadoras).
55. Efetivamente, conforme se pode ler no mencionado Aresto:
- “(…) [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

³ O Acórdão do Tribunal Constitucional n.º 731/95 pode ser consultado em <http://www.tribunalconstitucional.pt/tc/acordaos/19950731.html>.

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.

(...)

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

56. Assim, quando, na anterior LBS (entretanto revogada pela Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, que aprovou a atual LBS), o legislador sinalizava que a cobrança de taxas moderadoras tinha “o *objectivo de completar as medidas reguladoras do uso dos serviços de saúde*” (n.º 1 Base XXIV), o que estava ínsito na vontade do legislador era que, nas situações em que a decisão de recorrer ou não aos cuidados de saúde dependesse unicamente da vontade do utente, essas taxas deveriam ser capazes de conter um consumo excessivo face às reais necessidades de cuidados de saúde.

57. Através da imposição do pagamento de determinado valor, pretendeu o legislador que, no momento da tomada de decisão de recorrer a determinado cuidado de saúde (em especial, em casos de pequena gravidade), fosse exercida uma pressão sobre o utente apta a moderar ou racionalizar o consumo excessivo.
58. De qualquer forma, importa sublinhar que a redução do consumo desnecessário será mais eficaz se a decisão de consumir estiver unicamente na esfera do utente a quem serão cobradas as respetivas taxas.
59. Todavia, no caso dos cuidados de saúde, são frequentes as situações em que a decisão de consumo de cuidados de saúde é partilhada entre utente e profissional de saúde, ou depende em larga medida do segundo, assumindo a prescrição médica um papel fundamental para a decisão, pelo que a atual LBS estabelece, como vimos, no n.º 2 da sua Base 24, que “[c]om o objetivo de promover a correta orientação dos utentes, deve ser dispensada a cobrança de taxas moderadoras nos cuidados de saúde primários e, se a origem da referenciação for o SNS, nas demais prestações de saúde, nos termos a definir por lei.”
60. Para além de uma componente de moderação do consumo dos cuidados de saúde, as taxas moderadoras constituem, igualmente, receita do SNS, uma vez que nos termos da alínea a) do n.º 1 do artigo 23.º do Estatuto do SNS, respondem pelos encargos com os cuidados de saúde prestados no âmbito do SNS, os seus beneficiários na parte que lhes couber, nos termos da lei.
61. No entanto, representam apenas uma pequena fração do total dessa receita, não sendo seu objetivo funcionar como fonte de financiamento, tendo como primordial função a de moderação do consumo de cuidados de saúde.
62. Assim, face ao enquadramento constitucional em vigor, a LBS afirma, no n.º 1 da Base 23, que “[o] financiamento do SNS é assegurado por verbas do Orçamento do Estado, podendo ser determinada a consignação de receitas fiscais para o efeito, sem prejuízo de outras receitas previstas em lei, regulamento, contrato ou outro título.”

63. E no que às taxas moderadoras respeita, em cumprimento do princípio da tendencial gratuitidade, o n.º 1 da Base 24 prevê que “[a] lei deve determinar a isenção de pagamento de taxas moderadoras, nomeadamente em função da condição de recursos, de doença ou de especial vulnerabilidade, e estabelecer limites ao montante total a cobrar.”⁴.
64. No seguimento de todo o exposto, conclui-se que a cobrança de taxas moderadoras é admissível desde que elas:
- (i) tenham como finalidade racionalizar a utilização do SNS;
 - (ii) não correspondam a uma contrapartida financeira, ou seja, ao pagamento do (ou parte do) preço dos cuidados de saúde prestados;
 - e
 - (iii) não sejam aptas a criar impedimentos ou restrições no acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde.
- **Do atual regime legal das taxas moderadoras e dos regimes especiais de benefícios**
65. Ainda no período de vigência da anterior LBS, foi aprovado o Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro⁵, que veio regular “o acesso às prestações do [SNS] por parte dos utentes no que respeita ao regime das taxas moderadoras e à aplicação de regimes especiais de benefícios, tendo por base a definição das situações determinantes de isenção de pagamento ou de participação, como situações clínicas relevantes de maior risco de saúde ou situações de insuficiência económica” (cfr. artigo 1.º).
66. Nos termos do preceituado no seu artigo 2.º, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 37/2022, de 27 de maio, que veio proceder a um substancial e relevante alargamento das situações de dispensa de cobrança de taxas moderadoras, “[a]s prestações de saúde, cujos encargos sejam

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

⁵ O Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro, já sofreu várias alterações legislativas, tendo a última sido efetuada pelo Decreto-Lei n.º 37/2022, de 27 de maio.

suportados pelo orçamento do SNS, implicam o pagamento de taxas moderadoras apenas nos serviços de urgência hospitalar”.

67. O regime de taxas moderadoras prevê a distinção entre isenção e dispensa do pagamento, com base em critérios de racionalidade e discriminação positiva dos mais carenciados e desfavorecidos, ao nível do risco de saúde ponderado e ao nível da insuficiência económica, bem como de determinados grupos populacionais que se encontram em condições de especial vulnerabilidade e risco (*cf.* artigos 4.º e 8.º do diploma em apreço).
68. Neste sentido, a isenção do pagamento de taxas moderadoras confere o direito ao não pagamento de taxas moderadoras em todas as prestações de saúde; a dispensa contempla apenas o direito ao não pagamento de taxas moderadoras no acesso a prestações de saúde específicas.
69. Importa assim sublinhar que o reconhecimento das isenções previstas na Lei pressupõe sempre a sua comprovação pelos utentes. Quer o Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro, quer a Portaria n.º 311-D/2011, de 27 de dezembro, regulam o reconhecimento e comprovativo de isenção por condição de insuficiência económica, aqui incluída a isenção por desemprego involuntário introduzida pelo Decreto-Lei n.º 128/2012, de 21 de junho. Relativamente às demais isenções, foi a Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS) quem estabeleceu os meios comprovativos a apresentar pelos utentes, mediante a emissão de Circulares Normativas e Informativas dirigidas às ARS, e aos hospitais e ULS.
70. Por seu turno, a dispensa de cobrança de taxas moderadoras passou a estar prevista no n.º 2 da Base 24 da LBS, aí se referindo que, com o objetivo de promover a correta orientação dos utentes, deve ser dispensada a cobrança de taxas moderadoras nos cuidados de saúde primários e, se a origem da referenciação for o SNS, nas demais prestações de saúde, nos termos a definir por lei.
71. Nos termos do artigo 8.º do Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro, é dispensada a cobrança de taxas moderadoras no atendimento em serviço de

- urgência nas situações em que há referenciação prévia pelo SNS ou nas situações das quais resulta a admissão a internamento através da urgência.
72. As taxas moderadoras são cobradas no momento da realização das prestações de saúde, salvo em situações de impossibilidade do utente, resultante do seu estado de saúde, ou da falta de meios próprios de pagamento, bem como de regras específicas de organização interna da entidade responsável pela cobrança.
73. Não sendo cobradas no momento da realização do ato, o utente é interpelado para efetuar o pagamento no prazo de 10 dias subsequentes a contar da data da notificação (*cf.* artigo 7.º do Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro).
74. Corolário do entendimento atrás secundado sobre a *ratio legis* subjacente à cobrança de taxas moderadoras – estas constituem um instrumento de racionalização da utilização do SNS, não correspondendo a uma contrapartida financeira, isto é, ao pagamento do preço dos cuidados de saúde prestados – o legislador, através da Lei n.º 42/2016, de 28 de dezembro (*cf.* artigo 135.º), que aprovou o Orçamento do Estado para 2017, revogou o artigo 8.º-A do Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro, que configurava como contraordenação o “*não pagamento de taxas moderadoras devidas pela utilização dos serviços de saúde*”.
75. Finalmente, em concretização do disposto no n.º 1 do artigo 3.º do Decreto-lei n.º 113/2011, de 29 de novembro, a Portaria n.º 306-A/2011, de 20 de dezembro, aprovou os valores das taxas moderadoras aplicáveis às diversas prestações de cuidados de saúde no SNS, bem como as regras de apuramento e cobrança das mesmas taxas moderadoras.
76. Nos termos do disposto no n.º 2 do artigo 3.º da mencionada Portaria (na redação introduzida pela Portaria n.º 64-C/2016, de 31 de março) “[o] *montante total devido pela aplicação das taxas moderadoras em cada atendimento na urgência, acrescido do valor das taxas moderadoras aplicáveis aos meios complementares de diagnóstico e terapêutica realizados no decurso do mesmo não pode exceder o valor de € 40 (quarenta euros)*”.

III.4. Da identificação do utente do SNS e da sua inscrição no Registo Nacional de Utentes (RNU)

77. Estabelece o n.º 1 do artigo 25.º do Estatuto do SNS, que os sistemas de informação do SNS *“devem contribuir para a obtenção de ganhos em saúde, facilitando o acesso a cuidados de saúde dos beneficiários do SNS, melhorando a qualidade do trabalho dos profissionais de saúde, possibilitando a investigação e desenvolvimento em saúde e reforçando a eficiência dos serviços e estabelecimentos do SNS e a transparência da sua gestão”*.
78. Além disso, os referidos sistemas de informação *“devem, ainda, possibilitar a interoperabilidade, a interconexão, a digitalização e o acesso a dados pessoais do utente, ainda que armazenados em entidades externas ao SNS, nos termos da lei, designadamente tendo em vista a consolidação do Registo de Saúde Eletrónico, a otimização da gestão dos sistemas e serviços de saúde e a investigação e desenvolvimento em saúde”* (cfr. n.º 1 do artigo 25.º do Estatuto do SNS).
79. No que diz respeito aos utentes (cfr. n.º 1 do artigo 25.º do Estatuto do SNS), *“os sistemas de informação devem, especialmente, contribuir para:*
- a) Melhorar a equidade no acesso a cuidados de saúde;*
 - b) Garantir a qualidade da prestação de cuidados, designadamente na atividade não presencial;*
 - c) Permitir um modelo de acesso omnicanal que melhore a satisfação do utente”*.

Isto posto,

80. O Decreto-Lei n.º 198/95, de 29 de julho, alterado pelo Decreto-Lei n.º 52/2000, de 7 de abril, procedeu à criação do cartão de identificação do utente do SNS (cfr. artigo 1.º).
81. Nos termos do disposto no artigo 2.º do aludido diploma legal, aquele cartão *“deve ser apresentado sempre que os utentes utilizem os serviços das instituições e serviços integrados no [SNS] ou com ele convencionado”*, sendo

- que, “[a] não identificação dos utentes nos termos do número anterior não pode, em caso algum, determinar a recusa de prestações de saúde” (cfr. n.º 2).
82. O n.º 3 do mesmo preceito adverte ainda que “[a]os **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 [SNS]**” (negrito e sublinhado nosso).
83. Neste sentido, “[p]ara efeitos de emissão do cartão de identificação do utente, os serviços a que se refere o n.º 1 do artigo 2.º devem solicitar ao interessado o preenchimento de um formulário de identificação do utente do [SNS]” (cfr. artigo 5.º, n.º 1), sendo que “[p]ara a recepção do formulário de identificação pelos serviços referidos no número anterior é exigida a apresentação de documento oficial de identificação do titular e de indicação do local da sua residência, bem como, se for caso disso, de: (...) [d]ocumento comprovativo da sua qualidade de beneficiário de subsistema ou, no caso de titulares de seguros, a respectiva apólice” (cfr. artigo 5.º, n.º 2, alínea a)).
84. Acrescenta o n.º 1 do artigo 10.º “[s]empre que se verifique a alteração de elementos constantes do cartão de identificação do utente ou da situação do seu titular perante o Serviço Nacional de Saúde, designadamente nas situações cobertas por subsistemas ou por seguros, deve o mesmo ser actualizado”.
85. Ademais, “[o]s serviços referidos no n.º 1 do artigo 2.º devem facultar ao utente uma cópia autenticada do formulário de identificação, devidamente preenchido, para efeitos de comprovação da sua situação perante o [SNS], até à data de atribuição do respectivo cartão de identificação do utente” (cfr. artigo 5.º, n.º 4).
86. Ora, uma das situações em que o referido cartão de identificação do utente – o qual “deve incluir o número de identificação do respectivo titular perante o

- [SNS]” (cfr. artigo 6.º, n.º 1) – deve ser apresentado é, precisamente, para efeitos de prestação de cuidados de saúde (cfr. artigo 3.º, n.º 1, alínea a)).
87. 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.”*⁶ (sublinhado nosso).
88. 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;
89. 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.º 1 do artigo 23.º do Estatuto do SNS.
90. Ainda que, “[a] não identificação dos utentes [...] *não po[ssa], 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).

⁶ 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.

Aqui chegados,

91. O Despacho n.º 1668/2023, de 2 de fevereiro⁷ veio, entre outras matérias, definir “*as regras de organização e os mecanismos de gestão referentes ao [RNU]” (cfr. artigo 1.º)*
92. Com efeito, “[o] *RNU é a base de dados nacional que agrega e identifica de forma clara e unívoca o cidadão que acede ao SNS, nos termos definidos pela base 21 da Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, que aprova a Lei de Bases da Saúde” (cfr. artigo 2.º).*
93. Na verdade, conforme se refere no preâmbulo do Despacho em apreço, “[o] *Registo Nacional de Utentes (RNU) constitui-se como uma base de dados nacional de identificação e registo dos utentes no SNS, permitindo a caracterização da inscrição dos utentes nos cuidados de saúde primários, nomeadamente em equipa de saúde familiar.”.*
94. Nos termos do disposto no n.º 1 do artigo 3.º do Despacho n.º 1668/2023, de 2 de fevereiro, “[o] *registo do cidadão no RNU resulta na atribuição de um número único, nacional e definitivo designado por número nacional de utente (NNU).” (cfr. n.º 1).*
95. Deste modo, o n.º 2 do mesmo preceito legal esclarece que “[o] *registo no RNU é efetuado através da recolha dos seguintes dados:*
 - a) *Nome;*
 - b) *Sexo;*
 - c) *Data de nascimento;*
 - d) *País de nacionalidade;*
 - e) *País de naturalidade;*
 - f) *Distrito, concelho e freguesia, quando a nacionalidade é portuguesa;*

⁷ No dia 16 de dezembro de 2024 (e, por isso, posteriormente à data dos factos em análise nos presentes autos), foi publicado o Despacho n.º 14830/2024, que “[d]efine as regras de organização e os mecanismos de gestão referentes ao Registo Nacional de Utentes” e revoga o Despacho n.º 1668/2023, de 2 de fevereiro, com efeitos a partir do dia 1 de abril de 2025.

- g) *Tipo de documento de identificação;*
- h) *Número do documento de identificação;*
- i) *Número de identificação fiscal (NIF);*
- j) *Residência (morada completa, nacional ou estrangeira);*
- k) *Documento de autorização de residência válido para os cidadãos estrangeiros, quando aplicável;*
- l) *Número de identificação Segurança Social (NISS), quando aplicável;*
- m) *Número de telemóvel e número de telefone fixo, quando aplicável;*
- n) *Endereço eletrónico, quando aplicável;*
- o) *Entidade responsável, respetivo número e data de validade, quando aplicável;*
- p) *Benefícios, quando aplicável”*

96. Relativamente às tipologias de registo de utentes no RNU, o artigo 4.º esclarece que “[o] registo no RNU assume uma, e apenas uma, das seguintes tipologias” (cfr. n.º 1):

- Registo ativo, aplicável aos cidadãos de nacionalidade portuguesa e aos cidadãos de nacionalidade estrangeira, com residência permanente em Portugal (cfr. n.º 2, alínea a) e b);
- Registo transitório, que ocorre sempre que não se cumpram as condições para o registo ativo e pressupõe o preenchimento obrigatório dos dados referidos nas alíneas a) a f) do n.º 2 do artigo 3.º, tendo a duração máxima de 90 dias contados desde a data de registo no RNU (cfr. n.º 3 e n.º 4);
- Registo inativo, aplicável aos cidadãos que não cumpram os requisitos de registo ativo ou transitório e inclui os cidadãos com registo de óbito (cfr. n.º 5);

97. Finalmente, o n.º 1 do artigo 5.º esclarece, relativamente a novos registos no RNU, que podem ser efetuados “de duas formas:

a) Através do portal do RNU, nas unidades de saúde do SNS;

b) Através do pedido do cartão do cidadão.”

98. De resto, o n.º 2 do aludido artigo estabelece que “[a] *título excepcional, o registo no RNU pode ser efetuado por interoperabilidade de dados, em articulação com outras entidades, mediante procedimento específico e devidamente regulamentado*”.

III.5. Das entidades terceiras responsáveis, por lei ou contrato, pelos encargos resultantes da prestação de cuidados de saúde prestados no quadro do SNS

99. Importa recordar que o SNS possui, como já referido, uma dupla dimensão ou perspetiva, que em cada momento deve ser considerada;
100. 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.
101. Nessa segunda dimensão – a de financiador –, a Base 23 da LBS estabelece que “[o] *financiamento do SNS é assegurado por verbas do Orçamento do Estado, podendo ser determinada a consignação de receitas fiscais para o efeito, sem prejuízo de outras receitas previstas em lei, regulamento, contrato ou outro título*”.
102. E o Estatuto do SNS, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, prevê, no seu artigo 23.º, que “[a] *lém do Estado, respondem pelos encargos resultantes da prestação de cuidados de saúde prestados no âmbito do SNS:*
- a) Os utentes não beneficiários do SNS e os beneficiários na parte que lhes couber, nos termos da lei;*
 - b) As entidades que estejam a tal obrigadas por força de lei ou de contrato.*
- 2 - O SNS, no âmbito das suas competências e atribuições territoriais, é financeiramente responsável pelas prestações de saúde realizadas aos

beneficiários de subsistemas públicos, desde que os mesmos tenham direito a essas prestações pela sua condição de beneficiários do SNS.

3 - A lei determina as situações de isenção de pagamento de taxas moderadoras, nomeadamente em função da condição de recursos, de doença ou de especial vulnerabilidade, estabelece limites ao montante total a cobrar e promove a progressiva dispensa de cobrança de taxas moderadoras.”.

103. Em desenvolvimento de tal preceito, o artigo 24.º do Estatuto do SNS esclarece que “[o]s limites mínimos e máximos dos preços a cobrar pelos cuidados prestados no âmbito do SNS são estabelecidos por portaria do membro do Governo responsável pela área da saúde, tendo em conta os custos reais diretos e indiretos e o necessário equilíbrio de exploração”.
104. Nesse sentido, a Portaria n.º 207/2017, de 11 de julho⁸, que aprovou os Regulamentos e as 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 previstos no artigo seguinte e que devam ser cobradas aos terceiros legalmente ou contratualmente responsáveis pelos respetivos encargos” (cfr. artigo 1.º, n.º 1 e artigo 2.º, n.º 1 do Anexo I da aludida Portaria).
105. Do *supra* exposto resulta, em síntese, que os custos resultantes da prestação de cuidados de saúde nos serviços e estabelecimentos do SNS são suportados:
- (i) Pelo orçamento do SNS, no caso da generalidade dos utentes beneficiários do SNS, incluindo os beneficiários dos subsistemas de saúde públicos;
 - (ii) Por terceiras entidades, quando o recurso dos utentes aos serviços de saúde resulte de ação ou omissão que, por lei ou contrato, seja da responsabilidade dessa terceira entidade, e não deva ser

⁸ A Portaria n.º 207/2017, de 11 de julho, já sofreu várias alterações legislativas, tendo a última sido efetuada pela Portaria n.º 202/2025/1, de 23 de abril.

assumida pelo SNS (situações de utentes vítimas de agressão, ou de acidentes de viação, laborais, desportivos, etc.); ou, ainda,

(iii) Pelos utentes não beneficiários do SNS.

Aqui chegados,

106. E com o propósito de clarificar o conceito de terceiros responsáveis, o entretanto extinto Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (IGIF), substituído nas suas atribuições pela ACSS, emitiu a Circular Informativa n.º 1, de 1 de julho de 2005⁹, nos termos da qual se concluía, para além do mais, o seguinte:

- (i) 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;
- (ii) 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;
- (iii) 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 qualquer obrigação legal de pagamento dos cuidados de saúde que lhe sejam prestados num hospital do SNS, mesmo que a razão da necessidade de tais cuidados tenha sido imputável à própria conduta do assistido (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).

⁹ Disponível em https://www.acss.min-saude.pt/circulares/Circular_Informativa/2005/Circular_Informativa_1_2005.pdf.

107. 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.
108. No entanto, ficava igualmente claro que, caso não se revelasse possível identificar os terceiros responsáveis pelo facto que gerou a necessidade de recurso à prestação de cuidados de saúde, sobre os utentes beneficiários do SNS (assistidos) não impedia 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;
109. 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.
110. Mais recentemente, a ACSS emitiu a Circular Informativa n.º 10/2020/ACSS¹⁰, de 18 de setembro, que clarifica o quadro legal em vigor nesta matéria, esclarecendo, nomeadamente, o seguinte:

“O Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro, na sua redação atual, regula o regime jurídico das taxas moderadoras devidas pela realização das prestações de saúde no âmbito do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

De acordo com o regime em vigor, os Estabelecimentos e Serviços do SNS encontram-se sujeitos à observância das regras contidas na Lei de Bases da Saúde e no Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, bem como no Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro, pelo que podem cobrar as respetivas taxas moderadoras aos utentes que acedam às prestações de saúde no quadro do SNS.

No entanto, cabe aos estabelecimentos e serviços do SNS, no momento da prestação de cuidados de saúde verificar sobre quem impende a

¹⁰ Disponível em https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/10/Circular_Informativa_10_2020.pdf.

responsabilidade financeira, designadamente se ao SNS ou ao terceiro pagador.

Entende-se por “terceiro responsável” alguém exterior à relação estabelecida entre o prestador de cuidados de saúde e o assistido, dependendo a imputação da responsabilidade apenas da existência de uma norma legal ou contrato.

Se a responsabilidade financeira pertencer ao SNS, aos utentes será exigível o pagamento das taxas moderadoras, a não ser que delas estejam isentos ou dispensados, nos termos legais.

Nas situações em que existe um terceiro responsável, legal ou contratual, nomeadamente em casos de agressão, acidente de trabalho, desportivo ou de viação, não haverá lugar ao pagamento de taxas moderadoras pelos utentes assistidos.” (negrito e sublinhado nosso).

111. As regras a aplicar pelos hospitais do SNS, na identificação dos utentes e terceiros pagadores, constaram, ainda, das Circulares Normativas da ACSS n.º 11/2011/UOFC¹¹, de 7 de abril, n.º 33/2012/CD, de 19 de julho, n.º 9/2013/DPS¹², de 5 de março, n.º 13/2014/DPS/ACSS¹³, de 6 de fevereiro, n.º 16/2016/DPS/ACSS, de 1 de julho¹⁴, n.º 19/2017/DPS/ACSS¹⁵, de 7 de agosto, n.º 8/2018/DPS/ACSS¹⁶, de 1 de junho, n.º 15/2019/DPS/ACSS¹⁷, de

¹¹ Disponível em https://www.acss.min-saude.pt/circulares/Circular_Normativa/2011/Circular_Normativa_11_2011.pdf.

¹² Disponível em https://www.acss.min-saude.pt/circulares/Circular_Normativa/2013/Circular_Normativa_9_2013.pdf.

¹³ Disponível em https://www.acss.min-saude.pt/circulares/Circular_Normativa/2014/Circular_Normativa_13_2014.pdf.

¹⁴ Disponível em https://www.acss.min-saude.pt/circulares/Circular_Normativa/2016/Circular_Normativa_16_2016.pdf.

¹⁵ Disponível em https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/11/Circular_Normativa_192017_DPS_ACSS.pdf.

¹⁶ Disponível em https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2018/07/Circular_Normativa_8_2018.pdf.

¹⁷ Disponível em https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/11/Circular-Normativa_15_2019_DPS_ACSS.pdf.

7 de novembro, n.º 3/2021/DPS/ACSS¹⁸, de 26 de fevereiro, n.º 15/2022/ACSS¹⁹, de 27 de setembro e, mais recentemente, da Circulares Normativa n.º 7/2023/ACSS, de 3 de abril²⁰.

112. Sendo certo que, à data dos factos em análise nos autos, era a Circular Normativa n.º 7/2023/ACSS, de 3 de abril, que estabelecia as regras de faturação das instituições hospitalares, regendo-se pelos termos contratuais definidos no Contrato-programa para o triénio 2017/2019, prorrogado entre 2020 e 2022, que se estende para 2023, nomeadamente nas condições específicas previstas na minuta de Acordo Modificativo para 2023²¹.

113. E a aludida Circular clarifica, para além do mais, o seguinte:

- (i) *“Só podem ser objeto de faturação no âmbito do contrato-programa os cuidados de saúde prestados a utentes beneficiários do Serviço Nacional de Saúde (SNS), nos termos da Base XXV, da Lei de Bases da Saúde, Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro e sempre que não exista terceiro legal ou contratualmente responsável pelos cuidados prestados.”;*
- (ii) *“[A]s instituições hospitalares devem identificar os utentes que usufruíram de cuidados através do respetivo número de utente do SNS”;*
- (iii) *“Se, nos termos da alínea b) da Base XXXIII da Lei de Bases da Saúde, da alínea c) do n.º 1 do artigo 23.º e do n.º 6 do artigo 25.º do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, existir um terceiro legal ou contratualmente responsável (nomeadamente, subsistemas de saúde não integrados no Contrato-Programa, seguradoras, assim*

¹⁸ Disponível em https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/03/Circular_Normativa_3_2021.pdf.

¹⁹ Disponível em https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2022/10/Circular_Normativa_15_2022.pdf.

²⁰ Disponível em https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/11/Circular-Normativa-7_230403.pdf.

²¹ Vide a este respeito, os Contratos-Programa celebrados com, à data, Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E. que integra atualmente a ULSTMAD, disponíveis em <https://www.ulstmad.min-saude.pt/principios-do-bom-governo/informacao-de-gestao/contratos-programa/>.

como situações de terceiro autor de agressão, acidentes ou outro facto gerador de responsabilidade civil) os serviços devem ainda registar as circunstâncias de facto (tempo, modo e lugar) que geram a responsabilidade, os dados respeitantes ao terceiro (nome completo, número de identificação civil, data de nascimento, naturalidade, filiação, residência, número de telefone de contacto), incluindo também apólice de seguro ou matrícula do veículo, quando for o caso”;

(iv) *“A não identificação dos utentes não pode, em caso algum, determinar a recusa de prestações de saúde”;*

(v) *“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.”*

(cfr. n.º 1, do ponto XXXVI. Faturação - pág. 65).

114. De tudo quanto exposto resulta, então, que, face ao quadro legal em vigor, e ademais já sufragado pelo juízo de constitucionalidade do Tribunal Constitucional²², 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;

²² 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.

115. 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*”.
116. 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;
117. 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;
118. Apenas lhe sendo exigível que faça prova de que é beneficiário do SNS e de que procurou fornecer todos os elementos que permitam a identificação do terceiro legal ou contratualmente responsável.
119. Reitere-se, no entanto, 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.
120. Ademais, e de acordo com o Despacho do Secretário de Estado da Saúde n.º 5007/2013, de 12 de abril²³, no âmbito de um projeto-piloto de cedência de informação aos utentes, relativamente aos custos incorridos em cada episódio de urgência nos hospitais do SNS, 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

²³ Disponível em <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/5007-2013-1412195>.

realizadas ao utente de acordo com a tabela de preços do SNS, preferencialmente e sempre que possível por via electrónica”;

121. 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” (sublinhado nosso);
122. 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.
123. Uma breve nota quanto ao regime de cobrança de créditos hospitalares do SNS, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 218/99, de 15 de junho²⁴, que prevê 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 pelos encargos resultantes da prestação de cuidados de saúde”* (cfr. n.º 1 do artigo 4.º do Decreto-lei n.º 218/99, de 15 de junho);
124. 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).
125. 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).

III.6. Das anteriores intervenções regulatórias da ERS

²⁴ A Lei n.º 64-B/2011, de 30 de dezembro (Orçamento de Estado para 2012) veio 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.

126. No âmbito da sua atividade regulatória, a ERS atuou já de molde a conformar os procedimentos em vigor no, à data, Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E., no que especificamente se refere à imputação aos utentes beneficiários do SNS de despesas hospitalares decorrentes da prestação de cuidados de saúde.
127. Concretamente, no âmbito do processo de inquérito n.º ERS/005/2016²⁵, concluiu-se que o, à data, Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E. não se encontrava a cumprir com o quadro legal aplicável, em desrespeito pelos preços e taxas de cuidados de saúde administrativamente fixados.
128. Assim, por deliberação do Conselho de Administração da ERS, de 11 de abril de 2016, foi o prestador instruído, no sentido de:

“[...]”

- (i) *O Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E. deve permanentemente garantir que os procedimentos por si adotados assegurem a correta e efetiva identificação dos utentes e terceiros pagadores, 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;*
- (ii) *O Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E. deverá eliminar imediatamente toda e qualquer referência constante dos formulários que o prestador envia aos utentes para identificação do eventual terceiro responsável, que exceda o mero pedido de informação adicional, designadamente aquela que consta do*

²⁵ Publicado em <https://www.ers.pt/pt/atividade/supervisao/selecionar/deliberacoes/acesso-a-cuidados-de-saude-taxas-moderadoras/instrucoes/listagem/ers-5-16/>.

parágrafo com a menção “A não entrega dos elementos solicitados determinará sem mais o direito ao hospital de exigir do doente, por todos os meios legais, o pagamento dos cuidados prestados”, bem como a menção “Nota: anexo simulação de fatura”;

- (iii) O Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E. deve abster-se, para futuro, de remeter aos utentes, juntamente com qualquer documento destinado a assegurar a identificação dos utentes e dos terceiros responsáveis, quaisquer faturas e/ou outros documentos que possam induzi-los em erro quanto à obrigação de os mesmos suportarem os encargos resultantes da prestação de cuidados de saúde;*
- (iv) O Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E. deve abster-se, para futuro, 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;*
- (v) O Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E. deve informar a ERS do ponto da situação relativo ao utente S., incluindo informação sobre se procedeu à anulação da fatura remetida ao utente;*
- (vi) O Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E. deve dar cumprimento imediato à presente instrução e deve dar conhecimento à ERS, no prazo máximo de 30 (trinta) dias úteis após a notificação da deliberação final, dos procedimentos adotados para cumprimento da instrução aqui emitida [...]”.*

IV. ANÁLISE DA SITUAÇÃO CONCRETA

129. Da análise das informações e da documentação trazida ao conhecimento da ERS no âmbito dos presentes autos de inquérito, foi possível apurar a seguinte factualidade:

- i. No dia **16 de fevereiro de 2024**, pelas 23h09m, o utente TR, beneficiário do SNS, foi admitido no serviço de urgência do Hospital de S. Pedro – que integra a ULSTMAD –, por *“traumatismo do 4º Dedo da mão esq a tentar imobilizar doente psiquiátrico que foi trazido ao SU. Refere ainda ter batido com a cabeça na região occipital em candeeiro”*;
- ii. O utente foi triado, pelas 23h14m, com pulseira amarela, correspondente a prioridade clínica urgente;
- iii. O utente foi observado pela Dr.^a MF, pelas 23h25m, que registou em *Sclinico* – *“Guarda da GNR em serviço, foi buscar doente psiquiátrico a casa, que se encontrava agressivo, para trazer ao SU e aquando da tentativa de imobilização terá sofrido traumatismo do 4º dedo mão esquerda. Sem outras queixas.”*;
- iv. O utente TR teve, posteriormente, alta clínica, pelas 00h07m, *“medicado para a Companhia de seguros e com orientações. Explico sinais de alarme que devem motivar novo recurso ao SU.”*
- v. Já no dia 14 de junho de 2024, o utente TR recebeu da ULSTMAD, juntamente com um formulário para preenchimento dos dados relativos a acidente de viação/trabalho/pessoais/desportivos/escolares, *“uma simulação de fatura referente ao episódio de urgência acima referido, datado de 16-02-2024”*, no valor total de **114,07 EUR**:



SIMULACAO DE FATURA

Uls Tras Os Montes E Alto Douro, E.P.E
Av. Da Noruega
Vila Real
5000- - 508 - Vila Real
Contribuinte No: 508100496
Matricula: 2032 Conservatoria Reg. Comercial Vila Real
Cap.Social: 69.100.000,00 Euros

Pág: 001/ 001
Data Emissão: 29/05/2024

Exmo Sr.(a):

Cliente No: [REDACTED]

Contribuinte No: 0
Causa :Acidente De Trabalho

Radiologia; Urgencia

Episódio	Data	Designação	Qt.	Preço Unit.	Valor
[REDACTED]	16/02/2024	Dedos Da Mão, Duas Incidências	1	2,00	2,00
[REDACTED]	16/02/2024	Episodio De Urgencia	1	112,07	112,07

cento e catorze euros e sete centimos

EUR 114,07

- vi. Nessa senda, em 8 de julho de 2024, o utente contestou, junto da ULSTMAD, a classificação do aludido episódio de urgência como um acidente de trabalho, para o efeito referindo que “a minha deslocação a esses serviços de urgência não se deveu a um acidente de trabalho, mas sim a um incidente doméstico, pelo que tal entendimento se deu devido a um lapso no momento da admissão, pois não foi por mim referido em momento algum que havia sofrido um acidente de trabalho ou que a o facto de ali estar se devia a uma situação laboral”;
- vii. Posteriormente, após remessa de um pedido de elementos preliminar da ERS, a ULSTMAD informou esta Entidade Reguladora de que a “causa foi alterada para «acidente doméstico» [...] e identificado o IASFA – SNS como subsistema, não existindo por isso qualquer valor

em dívida sobre este episódio, uma vez que o utente está isento de taxas moderadoras desde 30/03/2021 por “antigos combatentes”.

130. Feito este enquadramento fáctico, importa recordar que, de acordo com o quadro legal vigente e extensamente aprofundado pela ERS no capítulo precedente, aos utentes beneficiários do SNS, que façam prova dessa qualidade (designadamente pela disponibilização do número de utente) nunca poderá ser exigido o pagamento dos encargos diretos decorrentes da prestação dos cuidados de saúde, mesmo naquelas situações em que haja um terceiro legal ou contratualmente responsável;
131. Pois que, os utentes apenas serão responsáveis pelos encargos decorrentes da prestação de cuidados de saúde quando (i) não se encontrem devidamente identificados nos termos previstos no Decreto-Lei n.º 198/95, de 29 de julho, alterado pelo Decreto-Lei n.º 52/2000, de 7 de abril ou (ii) não indiquem terceiro, legal ou contratualmente, responsável;
132. E, nessas duas hipóteses, será ainda necessário que os utentes (iii) não tenham feito 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.
133. Isto significa que, numa situação de recurso a cuidados de saúde na sequência de um acidente de trabalho – como foi inicialmente assumido pela ULSTMAD no caso do utente TR –, ao assistido (utente beneficiário do SNS) nunca poderão ser imputados os encargos diretos decorrentes da prestação de cuidados de saúde, mesmo que não seja possível identificar a entidade seguradora responsável ou esta última não assuma a responsabilidade;
134. Apenas sendo exigível que o utente 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.
135. Sendo certo que, *in casu*, o utente TR se encontrava, *ab initio*, devidamente identificado como utente do SNS, razão pela qual **nunca seria admissível ao prestador enviar um qualquer documento com a informação dos**

custos incorridos com as prestações de saúde realizadas, de acordo com a tabela de preços do SNS, previstos na Portaria n.º 207/2017, de 11 de julho;

136. Precisamente porque a remessa, aos utentes, de simulações de faturas ou quaisquer outros documentos com a informação sobre os custos reais associados à prestação dos cuidados de saúde, é suscetível de induzi-los na errada convicção sobre a necessidade de ter de ser o próprio a suportá-los, em violação das disposições conjugadas do n.º 1 do artigo 23.º do Estatuto do SNS, do n.º 3 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 198/95, de 29 de julho, na redação conferida pelo Decreto-Lei n.º 52/2000, de 7 de abril, da alínea b) do n.º 2 do Despacho do Secretário de Estado da Saúde n.º 5007/2013, de 12 de abril e da Circular Normativa da ACSS n.º 7/2023/ACSS, de 3 de abril.

Acresce que,

137. Mesmo admitindo que a versão apresentada pelo utente TR quanto à classificação do episódio de urgência possa revelar-se inverosímil ou não coincidente com os elementos clínicos constantes do processo, tal circunstância sempre seria juridicamente irrelevante para efeitos de imputação dos encargos ao próprio utente.

138. Com efeito, resulta dos registos clínicos existentes que o episódio de urgência contém uma descrição circunstanciada do contexto da admissão do utente ao serviço de urgência, incluindo a identificação do utente como beneficiário do SNS e a indicação das circunstâncias em que ocorreu o alegado traumatismo, não estando em causa qualquer falta de identificação do utente nem omissão na prestação de elementos relevantes.

139. Sendo certo que a eventual incorreta – ou discutível – qualificação do episódio de urgência quanto à sua natureza (acidente de trabalho, pessoal ou outro) não legitima, em caso algum, o envio ao utente, beneficiário devidamente identificado do SNS, de simulação de fatura ou qualquer documento contendo a discriminação dos custos associados aos cuidados de saúde prestados.

140. Tal envio apenas seria juridicamente admissível nos casos expressamente previstos no regime constante do Decreto-Lei n.º 198/95, de 29 de julho, na

redação conferida pelo Decreto-Lei n.º 52/2000, de 7 de abril, o que manifestamente não se verificou no caso em apreço, uma vez que o **utente TR se encontrava**, desde o primeiro momento, **devidamente identificado como beneficiário do SNS**, não estando preenchidos os pressupostos legais que permitam a imputação direta de encargos ao utente.

141. Não obstante, e ainda que subsistissem dúvidas quanto ao enquadramento jurídico do episódio de urgência ou quanto à veracidade da versão apresentada pelo utente, sempre competiria à ULSTMAD diligenciar pela correta qualificação do evento e/ou pela recolha e validação dos elementos necessários à identificação do terceiro responsável e, quando aplicável, promover a cobrança dos encargos diretamente junto desse terceiro, **nunca podendo tais custos ser comunicados ou apresentados como exigíveis ao próprio utente do SNS.**

142. Em suma, conclui-se que o envio ao utente TR da simulação de fatura no valor de 114,07 EUR consubstancia uma atuação desconforme com o quadro legal aplicável, por ser suscetível de induzir o utente em erro quanto à sua responsabilidade financeira, independentemente da maior ou menor verosimilhança da narrativa por si apresentada.

Ademais,

143. Não poderá proceder a alegação da ULSTMAD de que “[n]o que diz respeito ao envio de simulação de fatura, é um procedimento para todos os episódios que tenham como causa acidentes, de trabalho, de viação, ou outros, que pressuponham a existência de um seguro obrigatório, logo a existência de um terceiro responsável pelo pagamento das despesas hospitalares, e que por sua vez não tenham sido regularizadas, por falta de elementos.”;

144. Desde logo porque nenhum procedimento interno pode legitimar a adoção de práticas contrárias ao quadro legal aplicável, desde logo aquele consagrado no n.º 1 do artigo 23.º do Estatuto do SNS, no n.º 3 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 198/95, de 29 de julho, na redação conferida pelo Decreto-Lei n.º 52/2000, de 7 de abril, na alínea b) do n.º 2 do Despacho do Secretário de

Estado da Saúde n.º 5007/2013, de 12 de abril e na Circular Normativa da ACSS n.º 7/2023/ACSS, de 3 de abril.

145. Sendo certo que a alegada circunstância da simulação de fatura ser remetida ao utente como um documento meramente informativo não afasta a sua aptidão objetiva para induzir o utente, beneficiário do SNS, na errónea convicção de que poderá vir a ser responsável pelo pagamento dos encargos associados aos cuidados de saúde prestados, sobretudo quando tal documento contém a quantificação concreta dos custos segundo a tabela de preços do SNS.
146. Acresce que o **envio da referida simulação diretamente ao utente**, ainda que acompanhado de uma notificação para prestação de elementos relativos à existência de uma eventual entidade seguradora, configura uma **indevida transferência para o utente do ónus da regularização financeira do episódio assistencial**, ónus esse que recai exclusivamente sobre o prestador de cuidados de saúde no âmbito da relação jurídica estabelecida com terceiros legal ou contratualmente responsáveis.
147. Realçando-se, neste conspecto, que a ilicitude da conduta do prestador não depende da existência de uma interpelação direta, expressa e imediata de pagamento ao utente, bastando que a atuação do prestador seja idónea a gerar confusão, pressão indevida ou insegurança quanto à responsabilidade financeira do utente, o que manifestamente ocorre com o envio de documentos que aparentam ter natureza faturável.

Isto posto,

148. A ULSTMAD, enquanto estabelecimento prestador de cuidados de saúde integrado no SNS, encontra-se obrigada ao integral respeito pelos 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, isto é, ao escrupuloso cumprimento das taxas e preços de cuidados de saúde administrativamente fixados;
149. Ao atuar como atuou, a ULSTMAD incorreu numa violação do regime legal de cobrança de taxas moderadoras e preços administrativamente fixados, daí

emergindo uma violação dos interesses financeiros do utente TR, que à ERS cabe acautelar.

150. Importando referir que, não obstante o prestador já ter procedido à alteração dos formulários remetidos aos utentes, na sequência da intervenção regulatória da ERS no âmbito do processo de inquérito n.º ERS/005/2016, retirando dos mesmos a menção de que “[a] *não entrega dos elementos solicitados determinará sem mais o direito ao hospital de exigir do doente, por todos os meios legais, o pagamento dos cuidados prestados*”, tal circunstância não se revelou suficiente para assegurar a plena conformidade da sua atuação com o quadro legal vigente nesta matéria;
151. Cumprindo agora determinar que, nos casos de prestação de cuidados de saúde cuja responsabilidade pelo pagamento dos cuidados seja efetivamente oponível a uma entidade terceira, a ULSTMAD se abstenha de enviar aos utentes faturas ou simulações de faturas que, de qualquer forma, possam induzi-los na errónea convicção de dever suportar os encargos aí determinados, solicitando apenas, e quando aplicável, a identificação da entidade financeira responsável pelo pagamento dos serviços prestados ou outro teor similar;
152. Pois que, só será legítimo ao prestador enviar interpelações e/ou (simulações de) faturas quando o destinatário dos mesmos seja, efetivamente, a entidade responsável pelo seu pagamento.
153. Nesse contexto, impõe-se que a ULSTMAD proceda à revisão dos procedimentos atualmente vigentes, no sentido de conformá-los ao quadro legal ora enunciado.
154. Por todo o vindo de expor, considera-se necessária a adoção da atuação regulatória *infra* delineada, ao abrigo das atribuições e competências legalmente atribuídas à ERS, com intuito de evitar a repetição futura de situações como as verificadas nos presentes autos.
155. Acresce que, nos termos da 1.ª parte da subalínea ii) da alínea b) do n.º 2 do artigo 61.º dos Estatutos da ERS, a violação de regras estabelecidas em lei

ou regulamentação e que visem garantir e conformar o acesso dos utentes aos cuidados de saúde constitui contraordenação;

156. Pelo que, paralelamente à emissão da instrução *infra* delineada, competirá à ERS instaurar o competente processo contraordenacional contra a ULSTMAD, nos termos e com os fundamentos que oportunamente lhe serão notificados (*cf.* n.º 2 do artigo 22.º dos Estatutos da ERS).

V. DA AUDIÊNCIA DE INTERESSADOS

157. A presente deliberação foi precedida de audiência escrita dos interessados, nos termos e para os efeitos do disposto no n.º 1 do artigo 122.º do Código do Procedimento Administrativo (CPA), aplicável ex vi da alínea a) do artigo 24.º dos Estatutos da ERS, tendo sido chamados a pronunciar-se, relativamente ao projeto de deliberação da ERS, a ULSTMAD e o reclamante TR, ambos por ofícios datados de 15 de janeiro de 2026.
158. Decorrido o prazo concedido para o efeito, a ERS rececionou, em 4 de fevereiro de 2026, a pronúncia do prestador, nos seguintes termos:

“[...]”

No âmbito da audiência de interessados relativa ao processo identificado em epígrafe, manifestamos nossa concordância com à Vossa decisão.

Após análise rigorosa dos factos e dos elementos constantes no processo, reconhecemos a relevância das questões suscitadas e reafirmamos o nosso compromisso com o cumprimento das normas legais e regulamentares aplicáveis, bem como com a salvaguarda dos direitos e interesses legítimos dos utentes.

Importa esclarecer que:

- Foram identificadas oportunidades de melhoria no procedimento adotado;*
- Estão a ser equacionadas medidas corretivas e preventivas, com vista à harmonização de práticas internas e à prevenção de futuras ocorrências;*

Vamos reforçar internamente os procedimentos administrativos e de comunicação de modo a garantir que todas as interações com os utentes respeitem o quadro legal vigente, prevenindo equívocos, assegurando transparência e promover a confiança no Serviço Nacional de Saúde.”.

159. Analisada a pronúncia do prestador, constata-se que o mesmo não contestou o quadro factual e jurídico apresentado pela ERS no seu projeto de deliberação;
160. Antes demonstrou, desde logo, a sua intenção de coadunar o seu comportamento com a instrução constante do projeto de deliberação regularmente notificado, pese embora não tenha ainda comprovado documentalmente a implementação de medidas tendentes ao cumprimento da instrução ora emitida;
161. Assim, e tendo em vista garantir uma efetiva interiorização e assunção das obrigações em causa e, bem assim, a adequação integral e permanente do comportamento da ULSTMAD, para evitar que situações como a dos presentes autos se voltem a repetir, mantém-se a necessidade de uma intervenção regulatória da ERS;
162. Nestes termos, mantém-se, na íntegra, a decisão projetada.

VI. DECISÃO

163. Tudo visto e ponderado, propõe-se ao Conselho de Administração da ERS, nos termos e para os efeitos do preceituado nas alíneas a) e b) do artigo 19.º e alínea a) do artigo 24.º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, a emissão de uma instrução à Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E., no sentido de:
- (i) Respeitar o regime jurídico das taxas moderadoras e os regimes especiais de benefícios em vigor a cada momento, interpretando-os e aplicando-os em conformidade com os princípios e as normas constitucionais;

- (ii) Abster-se, nas situações em que exista uma entidade terceira legal ou contratualmente responsável pelo pagamento dos cuidados de saúde:
 - a) De adotar quaisquer comportamentos que se consubstanciem em fazer repercutir sobre os utentes beneficiários do SNS, devidamente identificados, o valor dos encargos associados à prestação dos cuidados de saúde;
 - b) De enviar aos utentes faturas ou simulações de faturas que, de qualquer forma, possam induzi-los na errónea convicção de dever suportar os encargos aí determinados, solicitando apenas, e quando aplicável, a identificação da entidade financeira responsável pelo pagamento dos serviços prestados ou outro teor similar;
- (iii) Adequar os procedimentos internos existentes ao integral cumprimento dos pontos (i) e (ii);
- (iv) Emitir e divulgar ordens e orientações claras e precisas, para que as medidas e/ou procedimentos por si adotados para cumprimento do determinado nos pontos anteriores sejam corretamente seguidos e respeitados por todos os profissionais ao seu serviço;
- (v) Dar cumprimento à presente instrução, bem como dar conhecimento à ERS, no prazo máximo de 30 (trinta) dias úteis após a notificação da deliberação final, dos procedimentos adotados para o efetivo cumprimento do disposto em cada uma das alíneas *supra*.

164. A instrução ora emitida constitui decisão da ERS, sendo que a alínea b) do n.º 1 do artigo 61.º dos Estatutos da ERS, aprovados em anexo ao Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, configura como contraordenação punível *in casu* com coima de EUR 1.000,00 a EUR 44.891,81, “[...] o *desrespeito de norma ou de decisão da ERS que, no exercício dos seus poderes regulamentares, de supervisão ou sancionatórios determinem qualquer*



obrigação ou proibição, previstos nos artigos 14.º, 16.º, 17.º, 19.º, 20.º, 22.º, 23.º”.

165. A versão não confidencial da presente decisão será publicitada no sítio oficial da ERS na Internet.

Aprovado pelo Conselho de Administração da ERS, nos termos e com os fundamentos propostos.

Porto, 19 de fevereiro de 2026.

© Entidade Reguladora da Saúde, Porto, Portugal, 2026

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

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



Rua S. João de Brito, 621 L32
4100-455 PORTO - Portugal
T +351 222 092 350
geral@ers.pt
www.ers.pt

