



DELIBERAÇÕES

22 DE JANEIRO DE 2026

ERS/051/2025



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/051/2025;

I. DO PROCESSO

I.1. Origem do processo

1. A ERS tomou conhecimento, em 18 de fevereiro de 2025, da reclamação subscrita por LNL, visando a atuação do Hospital do Professor Doutor Fernando Fonseca, estabelecimento prestador de cuidados de saúde que integra a Unidade Local de Saúde de Amadora/Sintra, E.P.E. (ULSASI), entidade inscrita no Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados (SRER) da ERS sob o n.º 14712.

2. Na referida reclamação, à qual foi atribuído o número REC/18220/2025, a exponente alega, em suma, não concordar como pagamento de 85,91 EUR imputados pelo prestador e relativos a um episódio de urgência a que a utente acorreu na sequência de um acidente de viação.
3. Mais alega a utente que à data do episódio, se encontrava grávida e, por isso, isenta do pagamento de taxas moderadoras.
4. 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 29 de maio de 2025, à abertura do presente processo de inquérito.

I.2. Diligências

5. No âmbito da investigação desenvolvida pela ERS, realizaram-se as seguintes diligências instrutórias:
 - (i) Pesquisa no SRER da ERS relativa à inscrição do Hospital do Professor Doutor Fernando Fonseca, constatando-se que o mesmo é um estabelecimento prestador de cuidados de saúde que integra a ULSASI, entidade prestadora de cuidados de saúde inscrita no SRER da ERS sob o n.º 14712;
 - (ii) Notificação da abertura de processo de inquérito à reclamante LNL, concretizada através de ofício datado de 4 de junho de 2025;
 - (iii) Notificação da abertura de processo de inquérito à ULSASI, 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 4 de junho de 2025, com prorrogação de prazo para resposta e receção da mesma em 18 de julho de 2025.

II. DOS FACTOS

6. Concretamente, cumpre destacar os seguintes factos alegados pela exponente LNL na sua reclamação subscrita em 15 de fevereiro de 2025:

“[...]”

Envio este email no sentido de informação sobre o papel que me foi entregue, no dia 12/02/2025 para a realização do pagamento da minha ida às urgências no valor de 85,91€.

No entanto, a ida ao vosso hospital foi devido a um acidente de viação, tendo sido preciso o uso de ambulância.

Eu estou grávida de 11 semanas, e fui diretamente colocada nas vossas urgências obstétricas, sendo isenta nesse sentido.

Número de Utente – [...]

Data de nascimento - [...]

Nome completo - [...]

Número do Processo - [...]”.

7. Chamado a pronunciar-se, inicialmente, sobre o teor da supratranscrita reclamação, o prestador declarou o seguinte:

“[...]”

Relativamente aos factos expostos, V. Exa. deu entrada no Serviço de Urgência no dia 12/02/2025, por acidente de viação.

Em caso de acidente de viação, a responsabilidade financeira é da companhia de seguro do veículo que originou o acidente, ou do próprio condutor no caso de não pretender dar os dados da companhia de seguros.

O procedimento administrativo foi o correto.

A nota de débito no valor de 85,91€ entregue é relativa aos procedimentos e ainda se encontra por regularizar”.

8. Na sequência da abertura dos presentes autos de inquérito, a ERS solicitou à ULSASI, em 4 de junho de 2025, 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 pela utente em causa, informando se a mesma se encontrava, ab initio, identificada como utente do SNS, acompanhada do respetivo suporte documental;*
 3. *Enviem cópia de todas as cartas de interpelação e/ou simulações de fatura/notas de débito/liquidação emitidas e indicação se as mesmas foram liquidadas e, em caso afirmativo, por quem;*
 4. *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;*
 5. *Indiquem quais as medidas corretivas adotadas em ordem a evitar situações semelhantes à reportada na reclamação supra citada, acompanhado do respetivo suporte documental;*
 6. *Envio de quaisquer esclarecimentos complementares que V. Exas. julguem necessários e relevantes para a análise do caso concreto [...]”.*
9. Após prorrogação do prazo para resposta, a ULSASI veio, em 18 de julho de 2025, prestar os seguintes esclarecimentos:

“[...]”

Tendo a Unidade Local de Saúde Amadora/Sintra (adiante, apenas “ULSASI”) sido notificada do pedido de elementos, formulado ao abrigo do processo de inquérito acima identificado, vem a ULSASI prestar a solicitada informação, inserida a seguir a cada um dos pedidos a seguir reproduzidos.

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

R: De acordo com a reclamação em apreço, cujo teor se dá aqui reproduzido, veio a reclamante L.N.L. solicitar à entidade reclamada (ULSASI), através de



email de 15/02/2025 13:27, informação sobre: «o papel que lhe tinha sido entregue, no dia 12/02/2025, para a realização do pagamento da minha ida à urgência no valor de 85,91€».

*Em referência ao episódio de urgência de 12/02/2025 10:35 até 12/02/2025 11:03, e de acordo com o n.º 5.4.3 do procedimento interno IMP.1757/T.CA, que se junta em anexo como **Doc. 1**, tendo sido um acidente de viação o motivo de admissão no Serviço de Urgência Geral e não tendo a utente indicado o terceiro responsável, foi emitido e apresentado um aviso de pagamento, datado de 12/02/2025, que inclui o valor do procedimento, mas não o valor da taxa moderadora (não é devido).*

Termos em que, a coberto da alínea b) do n.º 5.4.4 do dito IMP.1757/T.CA e conforme o teor do último parágrafo da página 29 de 35, acessível em Circular Normativa 2025.pdf, não tendo a utente identificado a entidade financeira responsável, passa a ser da responsabilidade da mesma, o pagamento de todos os atos prestados.

Conforme também é procedimento e consta da alínea c) do mesmo documento IMP.1757/T.CA, terá sido apresentado ou enviado à utente formulário com pedido de correta identificação de entidade financeira responsável (o sistema de informação não guarda cópia e, quando o formulário não é entregue em balcão, este não é enviado por carta registada com aviso de receção).

Em resposta datada de 10/03/2025, a ULSASI informou a reclamante ter sido aplicado o procedimento administrativo correto, que foi a emissão e envio do aviso de pagamento em decorrência de não ter indicado o terceiro responsável (ou informado sobre o que tivesse por conveniente sobre a interpelação).

2. Descrevam todas as etapas percorridas pela utente em causa, informando se a mesma se encontrava, *ab initio*, identificada como utente do SNS, acompanhada do respetivo suporte documental;


R: Conforme anteriormente referido em (1), a reclamante:



- 12/02/2025 - 10:35 a 12/02/2025 11:03 – foi assistida no Serviço de Urgência Obstétrica/Ginecológica (SUOG) do HFF;
- 12/02/2025 - Foi emitido e apresentado à utente um aviso de pagamento, que inclui o valor do procedimento, mas não o valor da taxa moderadora (não devido);
- Conforme é procedimento, terá sido emitido, enviado ou apresentado à utente formulário com pedido de correta identificação de entidade financeira responsável o sistema de informação não guarda cópia e, quando o formulário não é entregue em balcão, este não é enviado por carta registada com aviso de receção).

E conforme se extrai do extrato do dito episódio o SUOG, infra, a reclamante se encontrava, ab initio, identificada como utente do SNS.

.....

		Processo Clínico - Urgência	
Nome:	[REDACTED]	Idade:	22Anos
Processo:	[REDACTED]	Sexo:	Feminino
SNS:	NCU: [REDACTED]		
Serviço:	Balcão Urg Obstétrica	Início do Episódio:	12-02-2025 10:35
		Fim do Episódio:	12-02-2025 11:03

Diagnósticos 10 semanas de gravidez

DIÁRIO CLÍNICO - URGÊNCIA

Triagem

Inserido em: 12/02/2025 10:52

Triagem

Unidade

Queixa de Apresentação

SUOG - Serviço de Urgência Obstétrica/Ginecológica

Dor torácica ligeira no decorrer de acidente de viação com embate noutro veículo a 30 km/h e com acionamento do airbag do condutor. Refere que a dor aumenta ligeiramente quando tosse.

3. Enviem cópia de todas as cartas de interpelação e/ou simulações de fatura/notas de débito/liquidação emitidas e indicação se as mesmas foram liquidadas e, em caso afirmativo, por quem;

R: Junto se envia em anexo o **Doc. 2**, que substancia as comunicações com a reclamante, a nota de débito, o formulário com pedido de correta

identificação de entidade financeira responsável e a evidência (a pág. 4 do doc. PDF) em como a dívida permanece, à data, pendente de cobrança.

4. 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;

*R: Junto se envia em anexo o **Doc. 1 e Doc. 3**, cópia dos solicitados procedimentos em vigor, a seguir identificados:*

- *IMP.1757/T.CA - PR 1557 T CA v03_Atribuição da Entidade Financeira Responsável a utentes sem dados identificativos completos*
- *PR.0376/T.SGD - Identificação de dados administrativos/Abordagem ao utente para esclarecimento da EFR*

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

R: Não se tendo logrado verificar qualquer violação de norma legal ou procedimental em vigor, uma vez confirmado tal facto ou salvo melhor informação ou opinião, não se afigura aplicável tal indicação ao caso em análise.

6. Envio de quaisquer esclarecimentos complementares que V. Exas. julguem necessários e relevantes para a análise do caso concreto.

R: Pelo menos à data, nada a acrescentar que possa eventualmente ser relevante para o efeito. [...]

10. Em anexo ao sobredito ofício de resposta, o prestador remeteu os seguintes documentos:

- i. Procedimento “*Atribuição da Entidade Financeira Responsável a utentes sem dados identificativos completos*”, datado de 24 de abril de 2023, com o seguinte teor:

1. OBJETIVOS

- 1.1.** Identificar e determinar a entidade financeira responsável pelo pagamento dos serviços prestados a utentes sem dados identificativos completos.
- 1.2.** Clarificar a responsabilidade do pagamento de taxa moderadora.

2. ÂMBITO

- 2.1.** Departamentos de Prestação de Cuidados, Serviço de Gestão Financeira e Serviço de Planeamento e Controlo

3. TERMOS E SIGLAS

SGF	Serviço de Gestão Financeira
SPC	Serviço de Planeamento e Controlo
EEE	Espaço Económico Europeu
EFR	Entidade Financeira Responsável
EU	União Europeia
GJU	Gabinete Jurídico
HFF	Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca E.P.E.
RNU	Registo Nacional de Utentes
SNS	Sistema Nacional de Saúde

4. PONTOS IMPORTANTES

- 4.1.** A correcta e completa identificação dos utentes ao nível dos seus dados identificativos (cartão do cidadão, número de utente, nº de beneficiário e contactos) é uma acção imprescindível para a definição da Entidade Financeira Responsável e consequente facturação, dos actos praticados.
- 4.2.** A Lei de Bases da Saúde determina que são beneficiários do SNS, para além de todos os cidadãos portugueses, os cidadãos nacionais dos Estados-Membros da União Europeia, do Espaço Económico Europeu e da Suíça, os cidadãos estrangeiros residentes em Portugal, em condições de reciprocidade e os cidadãos apátridas residentes em Portugal.
- 4.3.** Para os cidadãos da EU, EEU, Suíça e cidadãos estrangeiros nacionais de países terceiros, as regras a utilizar constam no PR.1556/T.CA - Dados Identificativos e Taxas Moderadoras de Cidadãos Estrangeiros.

5. SEQUÊNCIA LÓGICA

- 5.1.** Aquando a recepção dos utentes a equipa administrativa deve ter em conta os princípios definidos neste procedimento.
- 5.2.** O entendimento descrito é igualmente aplicável à área de suporte da SPC e SGF.
- 5.3.** Na identificação de utentes de nacionalidade Portuguesa deve ser tido em conta o seguinte enquadramento:
 - 5.3.1.** No caso dos utentes de nacionalidade Portuguesa, são identificados como beneficiários do SNS pela apresentação do respectivo número de utente, estando a atribuição da EFR prevista da tabela 1.
- 5.4.** A área administrativa, aquando a admissão de cidadãos Portugueses, em situação irregular (sem número de cartão de utente), deve:

- 5.4.1. Considerar o acesso a cuidados de saúde gratuitos, nos mesmos termos que a população em geral, nas seguintes situações:
- Cuidados de saúde urgentes e vitais;
 - Doenças transmissíveis que representem perigos ou ameaça para a saúde pública (tuberculose ou sida, por exemplo);
 - Cuidados no âmbito da saúde materno-infantil e saúde reprodutiva, nomeadamente acesso a consultas de planeamento familiar, interrupção voluntária da gravidez, acompanhamento e vigilância da mulher durante a gravidez, parto e puerpério e cuidados de saúde prestados aos recém-nascidos;
 - Cuidados de saúde a menores que se encontram a residir em Portugal, nos termos definidos no Decreto-Lei nº 67/2004, de 25 de março;
 - Vacinação, conforme o Programa Nacional de Vacinação em vigor;
 - Cidadãos estrangeiros em situação de Reagrupamento Familiar, quando alguém do seu agregado familiar efectua descontos para a Segurança Social devidamente comprovados;
 - Cidadãos em situação de exclusão social ou em situação de carência económica comprovada pelos Serviços da Segurança Social.
- 5.4.2. Os administrativos, no momento de acesso cidadãos Portugueses em situação irregular com acesso gratuito devem informar o cidadão sobre a necessidade de proceder à regularização da sua situação junto do Centro de Saúde respectivo e considerar as seguintes EFR:
- A inscrição do utente deve considerar, em caso de cidadãos adultos a EFR 38031 (CIDADÃO PORTUGUÊS ADULTO EM SITUAÇÃO IRREGULAR).
 - A inscrição do utente deve considerar, em caso de cidadãos menores a EFR 38032 (CIDADÃO PORTUGUÊS MENOR EM SITUAÇÃO IRREGULAR)
 - Numa próxima situação de acesso ao sistema de saúde, se este cidadão apresentar número de cartão de utente, deverá proceder-se à actualização da sua inscrição em Hosix, devendo os episódios anteriores serem actualizados para uma das EFR previstas na tabela 1.
 - As EFR 38031 (CIDADÃO PORTUGUÊS ADULTO EM SITUAÇÃO IRREGULAR) e 38032 (CIDADÃO PORTUGUÊS MENOR EM SITUAÇÃO IRREGULAR) apenas deverão ser registadas ao nível dos dados identificativos do episódio. No processo o utente deverá ser identificado com uma das EFR previstas na tabela 1. Na ausência de EFR deverá ser aplicada a EFR 90004 (ENTIDADE DESCONHECIDA).
- 5.4.3. Procedimentos de facturação SNS em doentes em situação irregular com acesso gratuito:
- Os adultos devem ser facturados com o código SNS EFR 935624;
- Os menores de 18 anos devem ser facturados com o código SNS EFR 935625.
- Sempre que um utente de nacionalidade Portuguesa, no momento da prestação de cuidados, não se apresente devidamente identificado, não indique um terceiro responsável, ou a pesquisa no RNU não devolva nenhum resultado, ou ainda não se enquadre nos num dos pontos previstos no 5.4.1, passa a ser da responsabilidade do mesmo o pagamento de todos os actos prestados. Para o efeito, deverá ser utilizada a EFR 90004 (ENTIDADE DESCONHECIDA).
- Deve ser emitido o aviso e entregue ao doente incluirá o valor de todos os actos e procedimentos, mas não o valor da taxa moderadora.
- O utente deve ser informado da necessidade de regularizar a sua situação no seu Centro de Saúde, no prazo máximo de 10 dias.
 - Se o utente nos 10 dias seguintes fizer prova ao HFF da obtenção do número de utente ou a pesquisa no RNU durante os 90 dias seguintes indicar a sua inscrição num Centro de Saúde, a EFR deverá ser actualizada, o montante cobrado deverá ser devolvido, mediante apresentação do recibo, e deverá ainda ser emitido um novo aviso, o qual incluirá apenas o valor da taxa moderadora do episódio de urgência (no caso de não existir isenção ou dispensa)
 - Ultrapassados os 90 dias, e não se verificando a regularização do utente no RNU, a EFR permanecerá 90004 (ENTIDADE DESCONHECIDA).
 - O SGF deverá emitir as facturas e enviar as mesmas aos devedores após os 90 dias descritos no ponto h).

- e) Após 30 dias sem regularização do previsto no ponto h) deve a SGF informar o GJU.
- f) O GJU, após recepção de informação prevista no ponto e), deve iniciar um processo de cobrança coerciva.
- g) Na tabela seguinte constam todas as EFR passíveis de serem aplicadas ao SNS, com indicação dos documentos a registar em sistema informático:

Tabela 1: Lista de EFR respeitantes ao SNS, com indicação dos campos obrigatórios (●) ou facultativos (○)

EFR	DESCRIPTIVO DA EFR	EFR ACS	DESCRIPTIVO - EFR ACS	NÚMERO DE UTENTE	BENEFICIÁRIO
10005	A.D.S.E. - ASSIST. DOENÇA SERVID. ESTADO	935640	ADSE-SNS	●	●
10004	A.D.M.G. - ASSIST. DOENÇA MILIT. G.N.B.	935641	SAD-GNR-SNS	●	●
10008	S.A.D./P.S.P.	935642	SAD-PSF-SNS	●	●
10022	I.A.S.F.A ADMFA	935643	IASFA-SNS	●	●
10007	I.A.S.F.A - ADMF	935643	IASFA-SNS	●	●
10006	I.A.S.F.A - A.D.M.A	935643	IASFA-SNS	●	●
90300	PROTOCOLO DADOR	935601	SERVICO NACIONAL DE SAUDE	○	○
90000	S.N.S UTENTE SEM NR BENEFICIARIO	935601	SERVICO NACIONAL DE SAUDE	●	
38001	S.S.P. - SEG.SOCIAL PORTUGUESA	935601	SERVICO NACIONAL DE SAUDE	●	●
36064	DIRECÇÃO GERAL DOS SERVIÇOS PRISIONAIS EST.PRIS.LISBOA	935601	SERVICO NACIONAL DE SAUDE	●	
38029	ESTRANGEIRO COM NUMERO DE UTENTE	935601	SERVICO NACIONAL DE SAUDE	●	
33107	DIRECÇÃO GERAL SERVIÇOS PRISIONAIS	935601	SERVICO NACIONAL DE SAUDE	●	
33100	DIREC. GERAL SERV. PRISIONAIS - EST. PRISIONAL PINHEIRO DA CRUZ	935601	SERVICO NACIONAL DE SAUDE	●	
33089	DIR. GERAL SERV. PRIS. EST. PRIS. ALCOENTRE	935601	SERVICO NACIONAL DE SAUDE	●	
33086	DIRECÇÃO GERAL SERV. PRISIONAIS - EST. PRIS. LINHÓ	935601	SERVICO NACIONAL DE SAUDE	●	
33085	DIRECÇÃO GERAL SERV. PRISIONAIS - EST. PRISIONAL SANTARÉM	935601	SERVICO NACIONAL DE SAUDE	●	
33084	DIREC. GERAL SERV. PRIS. EST. PRISIONAL CAXIAS	935601	SERVICO NACIONAL DE SAUDE	●	
33083	DIR. GERAL SER. PRIS. HOSPITAL PRIS. S. JOAO DEUS	935601	SERVICO NACIONAL DE SAUDE	●	
33082	DIR. GERAL SER. PRIS. EST. PRISIONAL CARREGUEIRA	935601	SERVICO NACIONAL DE SAUDE	●	
33081	DIR. GERAL SER. PRIS. EST. PRISIONAL TIRES	935601	SERVICO NACIONAL DE SAUDE	●	
33080	DIR. GERAL SERV. PRIS. EST. PRIS. SINTRA	935601	SERVICO NACIONAL DE SAUDE	●	
33024	ESTABELECIMENTO PRISIONAL INST. EDF. POL. JUDICIARIA LISBOA	935601	SERVICO NACIONAL DE SAUDE	●	
33023	ESTABELECIMENTO PRISIONAL REGIONAL PONTA DELGADA	935601	SERVICO NACIONAL DE SAUDE	●	
33005	DIRECÇÃO GERAL DOS SERVIÇOS PRISIONAIS MONSANTO	935601	SERVICO NACIONAL DE SAUDE	●	
90200	H.F. - SAÚDE OCUPACIONAL	935601	SERVICO NACIONAL DE SAUDE	●	

- h) No caso do utente efetuar o pagamento do procedimento o episódio em causa deve ser alterada para a EFR 90001 (PAGA O PROPRIO).

i) Casos Particulares:

i1) Estabelecimentos Prisionais

A entidade financeira deve corresponder ao estabelecimento prisional em que o doente se encontra.

Na eventualidade do doente não se encontrar inscrito num Centro de Saúde a situação deve ser comunicada à Chefia Administrativa ou a quem esta delegar, para resolução da mesma através do contacto ao respectivo estabelecimento prisional. A comunicação aos estabelecimentos prisionais deve ser efetuada pela chefia administrativa do serviço de urgência, ou a quem esta delegar, e posteriormente alterar para a EFR 38031 (CIDADÃO PORTUGUÊS ADULTO EM SITUAÇÃO IRREGULAR).

i2) Dadores de Sangue

Todos os utentes com admissão no Serviço de Sangue e Medicina Transfusional que se disponibilizem a fazer doação de sangue, devem também ser informados, que no caso de não apresentarem cartão de utente, devem regularizar a sua situação junto do Centro de Saúde e neste caso considerar a EFR 38031 (CIDADÃO PORTUGUÊS ADULTO EM SITUAÇÃO IRREGULAR).

- 5.4.4. Atribuição da Entidade Financeira Responsável a um episódio com terceiro responsável (acidentes) em que o utente que não apresente EFR ou que esta não conste em sistema informático:

- a) Sempre que utente esteja devidamente identificado (nº beneficiário/apólice), mas o hospital não tenha essa entidade inserida no seu sistema informático, deverá ser utilizada, ao nível do episódio, a EFR 90002 (ENTIDADES NÃO CODIFICADAS). Deverá existir uma cópia do documento, a qual deverá ser encaminhada para a Direcção Financeira que procederá à sua actualização em sistema informático.
- b) No caso de o utente não identificar a EFR, passa a ser da responsabilidade do mesmo, o pagamento de todos os actos prestados. Para o efeito deverá ser utilizada a EFR 90001 (PAGA O PRÓPRIO). O aviso emitido e entregue ao doente incluirá o valor de todos os actos e procedimentos, mas não o valor da taxa moderadora.
- c) O utente deve ser informado da necessidade de regularizar a sua situação no seu Centro de Saúde, no prazo máximo de 10 dias.
- d) Se o utente nos 90 dias seguintes à prestação de cuidados identificar o terceiro pagador, a EFR deverá ser actualizada, o montante cobrado deverá ser devolvido, mediante apresentação do recibo, e deverá ainda ser emitido um novo aviso, o qual incluirá apenas o valor da taxa moderadora do episódio de urgência (no caso de não existir isenção ou dispensa).
- e) Ultrapassados os 90 dias, e não se verificando a regularização da situação, a EFR será alterada para a EFR 38031 (CIDADÃO PORTUGUÊS ADULTO EM SITUAÇÃO IRREGULAR) ou 38032 (CIDADÃO PORTUGUÊS MENOR EM SITUAÇÃO IRREGULAR).

6. INDICADORES

Não aplicável.




7. REFERÊNCIAS E DOCUMENTOS RELACIONADOS


- a) PR.1556/T.CA - Dados Identificativos e Taxa Moderadora para Cidadãos Estrangeiros.
- b) Circular Normativa ACSS nº13/2014/DPS de 06.02.2014
- c) Circular Informativa Nº 12/DQS/DMD de 07.05.2009
- d) Decreto de Lei 115/2009 12 de Outubro
- e) Decreto de Lei 51/2011
- f) Ofício Circular ACSS-14582- 11/Set/01

- ii. Aviso de pagamento emitido em nome da utente LNL, datado de 15 de julho de 2025, no valor total de 85,91 EUR:

**AVISO 2363018**

Data de emissão: 12/02/2025

Exmo(a). Sr(a).  Processo  NIF 
Solicitamos que V.Exa proceda a liquidação, no prazo de 10 (dez) dias úteis após a data de emissão, da(s) taxas(s) moderadoras(s), a seguir discriminadas.

<u>Nº</u> <u>Episodio</u>	<u>Data</u>	<u>Qtd</u>	<u>Descrição do acto</u>	<u>Preço</u>
URG 	12/02/2025	1	URGENCIAS	85,91
OITENTA E CINCO EUROS E NOVENTA E UM CENTIMOS				TOTAL A PAGAR: 85,91 €

Referencia Multibanco para pagamento a partir de 17/07/2025



Entidade: 21226
Referencia: 180792475
Valor: 85,91

AMADORA, 15/07/2025

O Administrativo



- iii. Formulário para “correta identificação da entidade financeira responsável”, datado de 15 de julho de 2025:



Exmo.(a) Senhor(a)

Amadora, 15/07/2025

Assunto: Correcta identificação de entidade financeira responsável.

Exmo(a) Senhor(a).

Solicita-se a V. Exa. que nos devolva o seguinte questionário devidamente preenchido, no prazo de 10 (dez) dias úteis:

██████████ U-URGENCIAS AC.VIACAO
Data episódio: 12/02/2025

Responsável pela despesa hospitalar _____

Morada _____

(Caso a responsabilidade se encontre transferida para a companhia de seguros, por favor preencha o formulário seguinte e junte o documento comprovativo da participação do acidente)

Nome da Companhia de Seguros _____

Nome do Segurado _____

Número de Apólice _____

TERMOS DA TRANSFERÊNCIA DA RESPONSABILIDADE

1. Caso tenha indicado uma entidade terceira como responsável pela despesa hospitalar em questão, é obrigatório a apresentação de prova documental da referida transferência.
2. No caso de V. Exa. não apresentar a prova documental necessária ou no caso de entidade terceira acima identificada não se responsabilizar pela despesa hospitalar, V. Exa. será considerado o único responsável pela despesa hospitalar em causa.

Assinatura de quem preenche, local e data:

_____, _____

Com os meus melhores cumprimentos,

██████████

A Direcção Administrativa Financeira

- iv. *Print* do sistema informático, com a alegada dívida de 85,91 EU pendente em nome da utente LNL:

1. OBJETIVOS

- 1.1.** Definir e descrever o processo para a garantia da obtenção dos dados identificativos dos utentes;
- 1.2.** Garantir a obtenção dos dados identificativos obrigatórios dos utentes, nomeadamente a Entidade Financeira Responsável.

2. ÂMBITO

- 2.1.** Profissionais da área Administrativa Ambulatório, Internamento e Urgências.

3. TERMOS E SIGLAS

EFR	Entidade Financeira Responsável
-----	---------------------------------

4. PONTOS IMPORTANTES

- 4.1.** Não se pretende inibir o acesso aos cuidados de saúde do utente, mas sim gerir processos administrativos;
- 4.2.** Garantir a obtenção dos dados identificativos obrigatórios:
 - a) Cartão do Cidadão/BI/Passaporte/Visto/Cédula;
 - b) Nº Beneficiário, Entidade financeira responsável pelo pagamento;
 - c) Nº Cartão de Utente.
- 4.3.** Garantir que todos os utentes foram questionados sobre a EFR.;
- 4.4.** Conhecer o PR.1556/T.CA e PR.1557/T.CA.

5. SEQUÊNCIA LÓGICA

- 5.1.** Consulta Externa/Exames:
 - 5.1.1.** Quando o utente se encontra no balcão:
 - a) O administrativo deve solicitar os dados necessários para a correcta inserção das EFR;
 - b) A não cedência dos dados resulta na impressão e entrega de uma carta de solicitação de EFR+Nota de débito na totalidade do procedimento;
 - c) O utente é responsável pelas despesas e deve ser informado que poderá regularizar a sua situação no Centro de Saúde no prazo de 10 dias;
 - d) Os utentes provenientes do serviço de urgência com pedido de marcação de consulta e, sem actualização de dados, são lembrados que no serviço de urgência foram alertados para a obrigatoriedade da EFR.
 - 5.1.2.** Mensalmente são verificadas todas as situações a rectificar, garantindo que:
 - a) Através da base de dados do RNU se actualiza informação;
 - b) Se actualiza a informação por contacto telefónico (sempre que possível);
 - c) Se emitem cartas, que não foram emitidas na presença do utente, para envio por correio;
 - d) Ao fim de 15 dias caso ainda não exista rectificação, cabe à Direcção Financeira dar continuidade ao processo com as vias previstas para o efeito.

5.2. Urgência Geral:**5.2.1. Quando o utente se encontra no balcão:**

- a) O administrativo deve solicitar os dados necessários para a correcta inserção das EFR;
- b) A não cedência dos dados resulta na impressão e entrega de uma carta de solicitação de EFR+Nota de débito do procedimento;
- c) O administrativo deve Informar o utente que é responsável pelas despesas e que poderá regularizar a sua situação no Centro de Saude no prazo de 10 dias;
- d) Caso o utente tenha indicação de marcação de consulta/exame reforça a advertência de que a não identificação da EFR irá implicar a responsabilidade de pagamento das despesas respeitantes aos cuidados prestados.

5.2.2. Durante a Noite a equipa que entra à noite:

- a) Verifica as EFR do dia anterior;
- b) Através da base de dados do RNU atualiza informação;
- c) Deixa a listagem que não conseguiu corrigir com o chefe de equipa, dos dados a rectificar do dia anterior.

5.2.3. Durante o Dia:

- a) O chefe de equipa da manhã, delega quem vai dar continuidade ao trabalho efectuado durante a noite;
- b) O administrativo atualiza a informação por telefone;
- c) O administrativo emite as cartas, que não foram emitidas na presença do utente, para envio por correio;
- d) O administrativo valida os utentes internados em SO sem EFR ;
- e) O serviço Informativo, aquando a realização da visita, questiona e sensibiliza utentes/familiares.

5.2.4. Espólios:

- a) Na organização de espólios o colaborador verifica a existência de documentos importantes para a correcta inserção das EFR e actualiza os dados com os documentos disponíveis;
- b) Na entrega do espólio ao utente/familiar o colaborador verifica os dados da EFR e questiona o familiar sobre os mesmos.

5.2.5. Mensalmente são verificadas administrativamente todas as situações a rectificar:

- a) Através da base de dados do RNU actualiza informação;
- b) Através de telefonemas actualiza informação;
- c) Emite cartas, que não foram emitidas na presença do utente, para envio por correio;

Ao fim de 15 dias caso ainda não exista rectificação, cabe à Direcção Financeira dar continuidade ao processo com as vias previstas para o efeito.

5.3. Internamento:**5.3.1. Programado:**

- a) Quando o utente é convocado para internamento o colaborador solicita os dados necessários para a correcta inserção das EFR.

5.3.2. Urgente:

- a) A área administrativa solicita os dados necessários para a correcta inserção das EFR do utente (consciente);
- b) Se o utente não ceder de imediato solicita um contacto telefónico de um familiar para obtenção dos dados;
- c) Contacta o familiar para obtenção dos dados;
- d) A não cedência dos dados resulta na impressão e entrega de uma carta de solicitação de EFR ainda durante o internamento do utente;
- e) Quando o utente tem alta questiona novamente e entrega carta;

- f) Caso o utente tenha indicação de marcação de consulta/exame reforça a advertência de que a não apresentação dos mesmos irá implicar a responsabilidade de pagamento das despesas respeitantes aos cuidados prestados.
- 5.3.3. Diariamente:
- a) O administrativo recorre ao reporte operacional disponibilizado na intranet (Página Inicial\ Relatórios do HFF \Hosix\ Internamento\ Internados sem Cartão Utente);
 - b) Através da base de dados RNU actualiza a informação;
 - c) Quando possível através de telefonemas ou através de contacto com o utente internado actualiza a informação.
- 5.3.4. Mensalmente (após a alta):
- a) Através da base de dados do RNU actualiza informação;
 - b) Através de contacto telefonico actualiza informação;
 - c) Emite cartas, que não foram emitidas na presença do utente, para envio por correio;
 - d) Ao fim de 15 dias caso ainda não exista rectificação, cabe à Direcção Financeira dar continuidade ao processo com as vias previstas para o efeito.

6. INDICADORES

Não aplicável

7. REFERÊNCIAS E DOCUMENTOS RELACIONADOS

- a) PR.1556/T.CA - Dados Identificativos e Taxas Moderadoras de Cidadãos Estrangeiros
 - b) PR.1557/T.CA - Atribuição da Entidade Financeira Responsável a utentes sem dados identificativos completos
-

III. DO DIREITO

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

11. 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*”.
12. 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).

13. Resulta, pois, inequívoco que a ULSASI 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.
14. 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)).
15. Com efeito, a densificação dos objetivos enunciados nas três alíneas supramencionadas é concretizada nos artigos seguintes dos Estatutos da ERS.
16. 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”.
17. 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)).

18. 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)).
19. 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)).
20. Finalmente, aos poderes de supervisão supra enunciados, acrescem ainda os poderes sancionatórios consagrados no artigo 22.º dos Estatutos da ERS.
21. 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.

22. 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

23. 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 proteção da saúde”, consagrado no artigo 64.º da CRP, assume-se como um dos pressupostos fundamentais da densificação do princípio da dignidade da pessoa humana (artigo 1.º da CRP) e da “realização da democracia (...) social” (artigo 2.º da CRP).
24. 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)).

25. 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).
26. 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).
27. 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 proteção internacional e migrantes com ou sem a respetiva situação legalizada, nos termos do regime jurídico aplicável*” (n.º 2).
28. 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).
29. 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*

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.

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.

30. 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 convencionados, 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, convencionados 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, convencionados 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.

31. 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.
32. Ora, a ULSASI 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

o Em geral

33. 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 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.
34. 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,

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.

- reabilitação ou prevenção de doença de que cada cidadão padeça, ou que possa vir a padecer.
35. 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.
 36. 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.
 37. 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.
 38. Concretamente no que respeita à tendencial gratuitidade dos cuidados, a mesma mantém-se consagrada na nova LBS (*cf.* alínea c) do n.º 2 da Base 20), enquanto princípio que deve pautar a atuação do SNS.
 39. 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 (*cf.* Base 24 da nova LBS).
 40. 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”;
 41. 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”.

42. 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.
43. 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 gratuidade, 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).
44. 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 330/89), certo é que a «liberdade» deferida ao legislador para a sua conformação sofre dos limites estabelecidos nesse mesmo preceito e que são a universalidade do Serviço Nacional de Saúde, a sua generalidade e a sua gratuidade tendencial, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos.

(…)

«[S]ignifica rigorosamente que as prestações de saúde não estão em geral sujeitas a qualquer retribuição ou pagamento por parte de quem a elas

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

recorra, pelo que as eventuais taxas (v. g., as chamadas «taxas moderadoras») são constitucionalmente ilícitas se, pelo seu montante ou por abrangerem as pessoas sem recursos, dificultarem o acesso a esses serviços» (cfr. ob. cit., p. 343). Seja qual for o verdadeiro sentido da modificação operada pela Lei Constitucional n.º 1/89, através da introdução da expressão «gratuidade tendencial, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos», a mesma teve, pelo menos, o efeito de «flexibilizar» a fórmula constitucional anterior (a da «gratuidade» tout court), atribuindo, assim, ao legislador ordinário uma maior discricionariedade na definição dos contornos da 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).

45. 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.
46. 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.
47. 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.

48. 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.”
49. 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.
50. 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.
51. 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.”.
52. 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.

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.”.

53. 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**
54. 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 comparticipação, como situações clínicas relevantes de maior risco de saúde ou situações de insuficiência económica” (cfr. artigo 1.º).
55. 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 suportados pelo orçamento do SNS, implicam o pagamento de taxas moderadoras apenas nos serviços de urgência hospitalar”.
56. 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

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.

grupos populacionais que se encontram em condições de especial vulnerabilidade e risco (*cf.* artigos 4.º e 8.º do diploma em apreço).

57. 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.
58. 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.
59. 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.
60. 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.
61. 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.

62. 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).
63. 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*”.
64. 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.
65. 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)

66. 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”.

67. 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).

68. 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,

69. 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).

70. 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).

71. O n.º 3 do mesmo preceito adverte ainda que *“[a]os utentes não é cobrada, com exceção das taxas moderadoras, quando devidas, qualquer importância relativa às prestações de saúde quando devidamente identificados nos termos deste diploma ou desde que façam prova, nos 10*

dias seguintes à interpelação para pagamento dos encargos com os cuidados de saúde prestados, de que são titulares ou requereram a emissão do cartão de identificação de utente do [SNS] (negrito e sublinhado nosso).

72. 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)).
73. 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”.
74. 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).
75. 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)).
76. 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).

77. 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;
78. 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.
79. 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).

Aqui chegados,

80. 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)

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.

⁷ No dia 16 de dezembro de 2024 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.

81. 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).
82. 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.”.
83. 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).
84. 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;
 - 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”*

85. 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);

86. 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.”*

87. 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

88. Importa recordar que o SNS possui, como já referido, uma dupla dimensão ou perspetiva, que em cada momento deve ser considerada;
89. 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.
90. 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*”.
91. 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.”.*

92. 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”.
93. 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).
94. 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 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,

95. 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

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.

Informativa n.º 1, de 1 de julho de 2005⁹, nos termos da qual se concluíra, 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).

96. 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.

97. 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

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

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;

98. 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.
99. 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 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.

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

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

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).

100. 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 7 de novembro, n.º 3/2021/DPS/ACSS¹⁸, de 26 de fevereiro, n.º 15/2022/ACSS¹⁹, de 27 de setembro, n.º 7/2023/ACSS, de 3 de abril²⁰ e, mais recentemente, da Circular Normativa n.º 9/2025, de 4 de fevereiro²¹.

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 .
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	Disponível	em	https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/11/Circular_Normativa_2025.pdf .

101. Sendo certo que, à data dos factos em análise nos autos, era a Circular Normativa n.º 9/2025, de 4 de fevereiro, que estabelecia as condições e procedimentos de monitorização das prestações de saúde realizadas no Serviço Nacional de Saúde e procedimentos de faturação a realizar pelas Instituições Hospitalares ao abrigo dos Contratos-Programa 2024 e 2025²².

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

- (i) *“Só são objeto de monitorização 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 nacional 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 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”;*

²² Vide a este respeito, o Contrato-Programa para o triénio 2024-2026, celebrado com a Unidade Local de Saúde de Amadora/Sintra, E.P.E., disponível em <https://hff.min-saude.pt/hospital/gestao-2/>.

(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 possui ou requereu a atribuição de número nacional de utente do Serviço Nacional de Saúde com as condição de registo atualizado, será responsável pelo pagamento dos encargos decorrentes da assistência prestada, devendo a faturação ser emitida em seu nome.”

(cfr. n.º 1, do ponto XIII. Faturação - pág. 29 de 35).

103. De tudo quanto exposto resulta, então, que, face ao quadro legal em vigor, e ademais já sufragado pelo juízo de constitucionalidade do Tribunal Constitucional²³, 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;

104. 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”.

105. 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;

²³ 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.

106. 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;
107. 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.
108. 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.
109. Ademais, e de acordo com o Despacho do Secretário de Estado da Saúde n.º 5007/2013, de 12 de abril²⁴, 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 realizadas ao utente de acordo com a tabela de preços do SNS, preferencialmente e sempre que possível por via electrónica”;
110. 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);
111. 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.

²⁴ Disponível em <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/5007-2013-1412195>.

112. Uma breve nota quanto ao regime de cobrança de créditos hospitalares do SNS, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 218/99, de 15 de junho²⁵, 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);
113. 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).
114. 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).

IV. ANÁLISE DA SITUAÇÃO CONCRETA

115. Os factos em análise nos presentes autos indiciam a existência de constrangimentos em matéria de aplicação do regime jurídico das taxas moderadoras e dos regimes especiais de benefícios, com repercussões nos direitos e interesses legítimos da utente LNL, que compete à ERS acautelar.
- Senão vejamos,
116. 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 **12 de fevereiro de 2025**, pelas 10h35m, a utente LNL, beneficiária devidamente identificada do SNS, foi admitida no Serviço

²⁵ 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.

- de Urgência Obstétrica/Ginecológica (SUOG) do Hospital do Professor Doutor Fernando Fonseca, que integra a ULSASI;
- ii. A utente foi triada às 10h52m, com queixa de “[d]or torácica ligeira no dec[urso] de acidente de viação com embate noutra veículo a 30km/h e com acionamento do airbag do condutor”;
 - iii. No mesmo dia, *i.e.* **12 de fevereiro de 2025**, de acordo com o próprio prestador, “[f]oi emitido e apresentado à utente um aviso de pagamento, que inclui o valor do procedimento [...]” – 85,91 EUR;
 - iv. Em data que não foi possível apurar, a ULSASI terá, ainda, “apresentado ou enviado à utente formulário com pedido de correta identificação de entidade financeira responsável”;
 - v. No dia 15 de fevereiro de 2025, a utente apresentou a reclamação que deu origem aos presentes autos, junto da ULSASI;
 - vi. No dia 10 de março de 2025, o prestador respondeu à reclamação da utente, informando, em suma, “ter sido aplicado o procedimento administrativo correto, que foi a emissão e envio do aviso de pagamento em decorrência de não ter indicado o terceiro responsável (ou informado sobre o que tivesse por conveniente sobre a interpelação)”;
 - vii. Posteriormente, mais precisamente no dia **15 de julho de 2025**, a ULSASI interpelou a utente LNL, para que esta procedesse à “liquidação, no prazo de 10 (dez) dias úteis após a data da emissão, da(s) taxa(s) moderadora(s), a seguir discriminadas”:

**AVISO**

Data de emissão: 12/02/2025

Exmo(a). Sr(a). Processo NIF
Solicitamos que V.Exa proceda a liquidação, no prazo de 10 (dez) dias úteis após a data de emissão, da(s) taxas(s) moderadoras(s), a seguir discriminadas.

<u>Nº</u> <u>Episodio</u>	<u>Data</u>	<u>Qtd</u>	<u>Descrição do acto</u>	<u>Preço</u>
URG	12/02/2025	1	URGENCIAS	85,91
OITENTA E CINCO EUROS E NOVENTA E UM CENTIMOS				TOTAL A PAGAR: 85,91 €

Referencia Multibanco para pagamento a partir de 17/07/2025



Entidade: 21226
Referencia: 180792475
Valor: 85,91

- viii. Paralelamente, e na mesma data, a ULSASI remeteu à utente um formulário para “correta identificação da entidade financeira responsável”:



Exmo.(a) Senhor(a)

Amadora, 15/07/2025

Assunto: Correcta identificação de entidade financeira responsável.

Exmo(a) Senhor(a).

Solicita-se a V. Exa. que nos devolva o seguinte questionário devidamente preenchido, no prazo de 10 (dez) dias úteis:

U-URGENCIAS AC.VIACAO
Data episódio: 12/02/2025

Responsável pela despesa hospitalar _____

Morada _____

(Caso a responsabilidade se encontre transferida para a companhia de seguros, por favor preencha o formulário seguinte e junte o documento comprovativo da participação do acidente)

Nome da Companhia de Seguros _____

Nome do Segurado _____

Número de Apólice _____

TERMOS DA TRANSFERÊNCIA DA RESPONSABILIDADE

1. Caso tenha indicado uma entidade terceira como responsável pela despesa hospitalar em questão, é obrigatório a apresentação de prova documental da referida transferência.

2. No caso de V. Exa. não apresentar a prova documental necessária ou no caso de entidade terceira acima identificada não se responsabilizar pela despesa hospitalar, V. Exa. será considerado o único responsável pela despesa hospitalar em causa.

Assinatura de quem preenche, local e data:

_____, _____

Com os meus melhores cumprimentos,

A Direcção Administrativa Financeira

- ix. Na sequência da abertura dos presentes autos de inquérito, a ULSASI declarou que “a dívida permanece, à data, pendente de cobrança”.
117. Feito este enquadramento fáctico, importa recordar que, de acordo com o quadro legal vigente e extensamente aprofundado pela ERS no capítulo precedente, 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;
118. No entanto, mesmo nas situações em que não se revele possível identificar o terceiro responsável pelo facto que gerou a necessidade de recurso à prestação de cuidados de saúde, **sobre o assistido (beneficiário**

devidamente identificado do SNS) não impende qualquer obrigação legal de pagamento dos cuidados de saúde que lhe foram prestados em estabelecimentos hospitalares do SNS, mesmo que a razão da necessidade de tais cuidados lhe seja diretamente imputável;

119. 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.
120. Ou seja, nas situações de recurso a cuidados de saúde na sequência de agressões ou de acidente de viação, trabalho, desportivo ou outro, 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 que não seja possível identificar o agressor ou a entidade seguradora responsável, ou esta última não assuma a responsabilidade;
121. Desde logo porque, nas situações em que existe um terceiro, legal ou contratualmente, responsável pelo encargo (nomeadamente, subsistemas de saúde, seguradoras, assim como situações de terceiro autor de agressão, acidentes ou outro facto gerador de responsabilidade civil), **é sobre esse terceiro que recai a responsabilidade financeira** (e não sobre o SNS), a quem será exigido o pagamento do valor total das prestações de saúde realizadas, conforme a Tabela de Preços do SNS vigente a cada momento, e atualmente prevista na Portaria n.º 207/2017, de 11 de julho.
122. Ao que acresce 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;
123. Ademais, 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.

124. Isto significa que, numa situação de recurso a cuidados de saúde na sequência de um acidente de viação – como sucedeu com a utente LNL –, à assistida (utente 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;
125. Apenas sendo exigível que a utente faça prova de que é beneficiária do SNS e de que procurou fornecer todos os elementos que permitam a identificação do terceiro legal ou contratualmente responsável.
126. Sendo certo que, *in casu*, e como admite o próprio prestador em resposta à ERS, a utente LNL encontrava-se, ab initio, devidamente identificada 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, na sua atual redação;
127. Precisamente porque a remessa, aos utentes, de faturas ou quaisquer outros documentos em que seja exigido diretamente o valor real dos encargos 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.
128. Pelo que, a entrega e o posterior envio à utente LNL, em 12 de fevereiro e 15 de julho de 2025, respetivamente, do(s) aviso(s) de pagamento relativo(s) ao episódio de urgência de 12 de fevereiro de 2025 – emitido(s) tendo por base os valores previstos na Portaria n.º 207/2017, de 11 de julho, na sua atual redação – e, mais do que isso, a interpelação para proceder à “*liquidação, no prazo de 10 (dez) dias úteis*” do valor nele(s) constante(s), configura uma violação flagrante 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, do Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro, na sua atual redação e da Circular Normativa n.º 9/2025, de 4 de fevereiro.

Isto posto,

129. A ULSASI, 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;
130. Ao atuar como atuou, a ULSASI incorreu numa violação do regime legal de cobrança de taxas moderadoras e preços administrativamente fixados, daí emergindo uma violação dos interesses financeiros da utente LNL, que à ERS cabe acautelar;
131. Importando garantir que, nos casos de prestação de cuidados de saúde cuja responsabilidade pelo pagamento dos cuidados seja efetivamente oponível a uma entidade terceira, a ULSASI se abstenha de adotar quaisquer comportamentos que se consubstanciem em fazer repercutir sobre os utentes 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;
132. E, bem assim, que se abstenha de enviar aos utentes interpelações/avisos para pagamento, 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;
133. Pois que, só será legítimo ao prestador enviar interpelações e/ou avisos para pagamento quando o destinatário dos mesmos seja, efetivamente, a entidade responsável pela sua liquidação.

134. Nesse contexto, impõe-se que a ULSASI proceda à revisão e adaptação dos procedimentos atualmente vigentes, no sentido de conformá-los ao quadro legal anteriormente enunciado.
135. 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 a verificada nos presentes autos.
136. 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, pelo que, paralelamente à emissão da instrução *infra* delineada, competirá à ERS instaurar o competente processo contraordenacional contra a ULSASI, 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

137. 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 ULSASI e a reclamante LNL, ambas por ofícios datados de 4 de dezembro de 2025.
138. Após prorrogação do prazo concedido para o efeito, a ERS rececionou, em 8 de janeiro de 2026, a pronúncia do prestador, nos seguintes termos:
- “[...] Tendo a Unidade Local de Saúde Amadora/Sintra (adiante, apenas “ULSASI”) sido notificada do projeto de deliberação da Entidade Reguladora da Saúde, emitido no âmbito do processo de inquérito com o n.º de identificação ERS/051/2025 vem a ULSASI se pronunciar com os seguintes termos e fundamentos.*

1. *Em sede de anterior pronúncia da ULSASI sobre a situação descrita na reclamação em apreço, subscrita e enviada por L.N.L. através de email de 15/02/2025 123:27 à entidade ora regulada ULSASI, onde é reclamado o pagamento do valor de 85,91 Euros, por motivo de episódio de urgência com origem em acidente de viação, foi na circunstância entendido pela ULSASI que, não tendo a utente identificado a entidade financeira responsável, passava a ser da responsabilidade da mesma o pagamento de todos os atos prestados.*
2. *E assim foi na circunstância considerado, com base no procedimento interno IMP.1757/T.CA, ponto 5.4.4, alínea b) e respaldo nas referências e documentos indicados na parte final do dito procedimento.*
3. *Sucedo porém que, reapreciada a fundamentação da ERS vertida no seu projeto de deliberação, a par da melhor interpretação a dar ao teor da circular normativa da ACSS N. 9/2025/ACSS, de 2025-02-04 acessível em Circular_Normativa_2025.pdf (em particular, a páginas 29 de 35, último parágrafo), importa ter presente a seguinte conjunção alternativa “ou” inserta na dita circular: “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 possui ou requereu a atribuição de número nacional de utente do Serviço Nacional de Saúde com as condição de registo atualizado, será responsável pelo pagamento dos encargos decorrentes da assistência prestada, devendo a fatura ser emitida em seu nome. » (nosso destaque e sublinhado)*

Termos em que, adotada a melhor interpretação da dita norma (enquadrada na demais legislação aplicável ao caso em concreto referida no dito projeto de deliberação, cujo teor damos aqui por reproduzido) e em face da dita conjunção alternativa (“ou”), importa reconhecermos (e reconhecemos) que deve tal norma ser interpretada no seguinte sentido: no caso de o utente não se ter apresentado devidamente identificado nas instituições e serviços prestadores, mesmo não tendo identificado o putativo terceiro legal ou

contratualmente responsável (pese embora o utente deva colaborar nesse sentido), e não tiver feito prova, nos 10 dias seguintes à interpelação para pagamento dos encargos com os cuidados de saúde prestados, de que possui ou requereu a atribuição de número nacional de utente do Serviço Nacional de Saúde com as condição de registo atualizado, será responsável pelo pagamento dos encargos decorrentes da assistência prestada, devendo a faturação ser emitida em seu nome.

4. *Pelo exposto e em consequência, e visando regularizar a situação em apreço junto da utente L.N.L., o aviso de débito em apreço foi eliminado, com conhecimento à mesma, conforme resulta da cópia que se junta em anexo.*
5. *Mais se informa V. Exa que os procedimentos internos em vigor e aplicáveis à vertente situação, encontram-se em revisão para, uma vez aprovados, serem oportunamente objeto de divulgação a todos os profissionais da ULSASI e dado o devido conhecimento à ERS, ao abrigo do referido processo de inquérito da ERS.”.*

139. Analisada a pronúncia do prestador, constata-se que o mesmo não contestou a factualidade apurada nos presentes autos, nem o enquadramento jurídico essencial constante do projeto de deliberação da ERS, centrando a sua posição na interpretação normativa subjacente à cobrança efetuada, à data, à utente LNL, segundo a qual a falta de identificação da entidade financeira responsável determinaria a imputação dos encargos à utente.

140. Todavia a ULSASI acaba por expressamente reconhecer que tal interpretação não se mostra conforme com o quadro legal aplicável, acolhendo o entendimento segundo o qual, estando a utente devidamente identificada como beneficiária do SNS, não lhe poderiam ser imputados os encargos decorrentes da prestação de cuidados de saúde, ainda que não tivesse sido possível identificar o terceiro legal ou contratualmente responsável.

141. Em consequência, o prestador procedeu à eliminação do aviso de débito dirigido à utente LNL e informou encontrar-se em curso a revisão dos

respetivos procedimentos internos, compromisso que se regista positivamente na presente sede.

142. Não obstante, a correção superveniente da atuação da ULSASI não afasta a ilicitude da conduta verificada à data dos factos, nem a suscetibilidade da sua atuação ter induzido a utente LNL na errónea convicção de estar obrigada ao pagamento dos cuidados prestados.

143. 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 do prestador, para evitar que situações como a dos presentes autos se voltem a repetir, mantém-se a necessidade de uma intervenção regulatória da ERS;

144. Razão pela qual, com a exceção da supressão da ordem projetada²⁶, que se reputa cumprida, se mantém, no mais, a intervenção regulatória delineada.

VI. DECISÃO

145. 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 Amadora/Sintra, 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;

²⁶ A ordem constante do projeto de deliberação notificado previa a necessidade do prestador “[a]nular a nota de débito no valor de 85,91 EUR (oitenta e cinco euros e noventa e um centimos) emitida em nome da utente LNL, relativamente ao episódio de urgência de dia 12 de fevereiro de 2025”.

- (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 interpelações e/ou avisos de pagamento que, de qualquer forma, possam induzi-los na errónea convicção do dever suportarem os encargos aí determinados.
- (iii) Rever e adaptar 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*.

146. 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*”.



147. 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, 22 de janeiro 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

