das Orquídeas n.º 133, Fânzeres, 4510-625 Gondomar, com sede na morada indicada.

Para Administrador da Insolvência é nomeada a pessoa adiante identificada, indicando-se o respectivo domicílio: Dr. Emídio Rodrigues Lima, Endereço: Rua Manuel Felisberto M. O. Júnior, 185, 4470-199 Maia-telef: 229440559.

São administradores do devedor: Manuel Fernando da Silva Moreira, Endereço: Rua das Orquídeas, n.º 133, 4420-000 Gondomar, a quem é fixado domicílio na(s) morada(s) indicada(s).

Conforme sentença proferida nos autos, verifica-se que o património do devedor não é presumivelmente suficiente para satisfação das custas do processo e das dívidas previsíveis da massa insolvente, não estando essa satisfação por outra forma garantida.

Ficam notificados todos os interessados que podem, no prazo de 5 dias, requerer que a sentença seja complementada com as restantes menções do artigo 36.º do CIRE.

Da presente sentença pode ser interposto recurso, no prazo de 15 dias (artigo 42.º do CIRE), e ou deduzidos embargos, no prazo de 5 dias (artigos 40.º e 42.º do CIRE).

Com a petição de embargos, devem ser oferecidos todos os meios de prova de que o embargante disponha, ficando obrigado a apresentar as testemunhas arroladas, cujo número não pode exceder os limites previstos no artigo 789.º do Código de Processo Civil (n.º 2 do artigo 25.º do CIRE).

Ficam ainda notificados que se declara aberto o incidente de qualificação da insolvência com carácter limitado, previsto no artigo 191.º do CIRE.

Ficam ainda advertidos que os prazos só começam a correr finda a dilação dos éditos, 5 dias, e que esta se conta da publicação do anúncio.

Os prazos são contínuos, não se suspendendo durante as férias judiciais (n.º 1 do artigo 9.º do CIRE).

Terminando o prazo em dia que os tribunais estiverem encerrados, transfere-se o seu termo para o primeiro dia útil seguinte.

11 de Junho de 2008. — O Juiz de Direito, *Sá Couto*. — O Oficial de Justiça, *Isabel Carvalho.*

300429002

CONSELHO SUPERIOR DA MAGISTRATURA

Despacho (extracto) n.º 17961/2008

Por despacho do Vice-Presidente do Conselho Superior da Magistratura, de 25 de Junho de 2008, no uso de competência delegada, foi o Dr. Carlos Augusto Santos de Sousa, Juiz Desembargador, a exercer funções no Tribunal da Relação de Lisboa, desligado do serviço para efeitos de aposentação/jubilação.

26 de Junho de 2008. — A Juíza-Secretária, *Maria João Sousa e Faro.*

MINISTÉRIO PÚBLICO

Procuradoria-Geral da República

Parecer n.º 69/2007

Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde — CTT —Instituto de Obras Sociais — Portugal Telecom-ACS — Protocolo —Despesas de saúde do SNS — Transferência de responsabilidade — Subsistema de saúde — Contrato administrativo — Princípio da força vinculativa.

1.ª A Portugal Telecom — Associação de Cuidados de Saúde — PT-ACS e o Instituto de Obras Sociais — IOS-CTT são subsistemas de saúde, para os efeitos do disposto no artigo 23.º, n.º 1, alínea *b*), do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, anexo ao Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro;

2.ª Nos termos da disposição legal citada na conclusão anterior, a PT-ACS e o IOS-CTT só são responsáveis pelo pagamento da assistência médica prestada aos seus beneficiários no âmbito de instituições do Serviço Nacional de Saúde, quando, estatutária, legal ou contratualmente, a tal sejam obrigados;

3.ª No âmbito do protocolo celebrado entre o Ministério da Saúde e a PT-ACS, assinado em 15 de Setembro de 1997, a inscrição como utente do SNS só é exigível como base de cálculo do subsídio a pagar por aquele Ministério à PT-ACS, relativamente aos beneficiários abrangidos pelo alargamento de âmbito daquele protocolo, decorrente do despacho do Ministro da Saúde de 4 de Junho de 2001;

4.ª No protocolo celebrado entre o Ministério da Saúde e a PT-ACS, entrado em vigor em 1 de Janeiro de 2004, a base de cálculo da contraprestação a pagar pelo Estado àquela associação é constituída pelo número de beneficiários de planos de saúde geridos por aquela associação que sejam alternativos ao SNS e que se encontrem inscritos na base de dados do cartão de saúde com essa qualidade durante o ano civil a que se reporta a comparticipação;

5.ª O despacho do Ministro da Saúde referido na conclusão 3.ª e o protocolo referido na conclusão anterior são omissos sobre a forma de integração dos beneficiários da PT-ACS abrangidos na base de dados do utente do SNS, não derivando daqueles despacho e protocolo a obrigação de o Estado proceder a essa integração, oficiosamente;

6.ª No protocolo celebrado entre o Ministério da Saúde e os CTT — Correios de Portugal, S. A., assinado em 6 de Outubro de 1999, a base de cálculo da contraprestação a pagar pelo Ministério da Saúde àquele empresa é constituída pelos beneficiários do IOS-CTT que se encontrem inscritos na base de dados respectiva como utentes do Serviço Nacional de Saúde, com aquela menção.

Senhor Secretário de Estado da Saúde,

Excelência:

I

Em 1995 o Ministério da Saúde, através do Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (IGIF), celebrou Protocolos com os CTT — Correios de Portugal, S. A., e com a Portugal Telecom — ACS (Associação de Cuidados de Saúde) que fixaram os termos de envolvimento do Serviço Nacional de Saúde na cobertura de riscos de doença dos beneficiários do regime de protecção da saúde da responsabilidade daquelas empresas.

Posteriormente foram assinados novos protocolos com as mesmas entidades, «nos termos dos quais foi transferida a responsabilidade por encargos relativos a prestações de saúde dos beneficiários do regime de protecção destas empresas, ficando estas como entidades responsáveis pelo pagamento dos cuidados de saúde prestados por instituições e serviços integrados no Serviço Nacional de Saúde (SNS), bem como pela comparticipação medicamentosa, de acordo com os critérios fixados pelo SNS, mediante uma comparticipação financeira paga pelo IGIF» ([1]).

Durante a vigência destes protocolos surgiram divergências entre os signatários dos mesmos, relativamente à determinação do número de beneficiários a ter em conta para determinar a comparticipação financeira a pagar pelo IGIF, «sendo que ambas as empresas consideram que são objecto da comparticipação todos os beneficiários dos seus subsistemas que constam das facturas semestrais apresentadas ao IGIF», enquanto que este instituto entende que devem ser apenas tomados em consideração «os inscritos na base de dados do cartão do utente do SNS com a indicação expressa da respectiva qualidade de beneficiário daqueles subsistemas» ([2]).

Apesar de os protocolos em causa terem sido denunciados por mútuo acordo, mantém-se o interesse no esclarecimento daquela divergência «face à necessidade de regularização da liquidação da comparticipação por parte do IGIF às referidas empresas».

Pretende, assim, Vossa Excelência que este Conselho se pronuncie sobre a seguinte questão:

«Para efeitos de pagamento da comparticipação a cargo do Estado no âmbito dos protocolos de transferência de responsabilidade, deve ser tido em consideração o número de beneficiários indicado pelos CTT — Correios de Portugal, S. A., e pela PT-ACS, ou somente os que, na base de dados do cartão do utente do Serviço Nacional de Saúde, figuram como beneficiários dos subsistemas de saúde específicos daquelas empresas?» ([3])

Cumpre, pois, emitir parecer.

II

A documentação recolhida no processo, oriunda da entidade consulente e da Portugal Telecom, SGPS, S. A., permite dar como assente a seguinte matéria de facto:

1 — Em 1 de Março de 1995 foi celebrado entre o Ministério da Saúde, representado pelo Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde ([4]), a Portugal Telecom, S. A. e os CTT — Correios de Portugal, S. A., um protocolo que foi publicado no *Diário da República,* 2.ª série, de 5 de Abril de 1995, homologado por despacho do Secretário de Estado da Saúde e da Habitação, de 7 de Março de 1995, que visou definir os termos de envolvimento do Serviço Nacional de Saúde na cobertura dos riscos de doença dos beneficiários do regime de protecção da saúde específicos daquelas empresas;

2 — Nos termos daquele protocolo, o Serviço Nacional de Saúde passou a ser responsável pela prestação de um conjunto de cuidados de saúde aos trabalhadores beneficiários daqueles subsistemas e respectiva comparticipação medicamentosa, «abrangendo a totalidade dos respectivos custos, individualmente considerados, até ao limite de 30 % do custo médio do beneficiário activo do Serviço Nacional de Saúde, multiplicado pelo número de beneficiários do presente protocolo»;

3 — Os referidos cuidados de saúde seriam prestados nas instituições e serviços integrados no Serviço Nacional de Saúde, devendo, nesses actos, os serviços competentes identificar o utente através do seu cartão de beneficiário do Serviço Nacional de Saúde «ou de identificação do respectivo subsistema»;

4 — Quando o valor global dos encargos com a assistência prestada aos respectivos beneficiários ultrapassasse o valor referido em 2, as empresas signatárias do protocolo assumiam a obrigação de transferir para as instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde, através do IGIF, «as verbas que ultrapassem o referido valor, de acordo com a relação dos encargos efectivamente suportados por aquelas instituições e serviços»;

5 — Aquele protocolo disciplinava ainda, com interesse para o objecto do presente parecer, o âmbito de beneficiários abrangidos, o período de vigência e o funcionamento de uma comissão paritária que tinha por objectivo acompanhar a execução do mesmo protocolo, no sentido de contribuir para a solução de quaisquer dificuldades que viessem a surgir.

6 — Em 15 de Setembro de 1997, o Ministério da Saúde, a Portugal Telecom, S.A e a Portugal Telecom — Associação de Cuidados de Saúde (PT-ACS) assinaram novo protocolo, para entrar em vigor em 1 de Janeiro de 1998, homologado por despachos da Ministra da Saúde e da Secretária de Estado da Habitação e Comunicação, publicado no *Diário da República,* 2.ª série de 21 de Janeiro de 1998, e que se destinava a disciplinar a comparticipação do Ministério da Saúde na cobertura das despesas de saúde dos beneficiários da Portugal Telecom — Associação de Cuidados de Saúde;

7 — Aquele protocolo «define as condições de atribuição e o montante do subsídio a conceder pelo Ministério da Saúde com vista à sua comparticipação na cobertura das despesas de saúde dos beneficiários do Plano de Saúde da Portugal Telecom», que seria, *per capita*, de 29.000$00 (vinte e nove mil escudos) para o ano de 1998, valor este actualizável anualmente;

8 — O protocolo em causa era aplicável aos beneficiários dos Planos de Saúde geridos pela PT-ACS, que assumia, nos termos do mesmo, a responsabilidade pelo «pagamento dos cuidados de saúde prestados por instituições e serviços integrados no Serviço Nacional de Saúde (SNS) sempre que os seus beneficiários a eles directamente recorram, bem como pela comparticipação medicamentosa de acordo com o praticado no SNS»;

9 — O subsídio fixado seria atribuído com base na apresentação de uma factura nos meses de Janeiro, Abril, Julho e Outubro, emitida pela PT-ACS, «correspondente ao produto do número médio de beneficiários existente no trimestre anterior por 25 % do valor anual», referido no número anterior, comunicando a PT-ACS ao IGIF mensalmente o «número de beneficiários existentes no último dia do mês anterior»;

10 — O pagamento deste subsídio ficava dependente, «sempre que tal lhe seja oportunamente solicitado pelo IGIF», da prova do pagamento da facturação devida pela PT-ACS às instituições e serviços do SNS, bem como da factura correspondente à comparticipação medicamentosa.

11 — Em 1 de Março de 2001, a PT-ACS, invocando a alteração do universo empresarial Portugal Telecom, solicitou ao IGIF o alargamento do âmbito do protocolo de modo a que a «comparticipação do Ministério da Saúde possa ser aplicável a todas as sociedades que detenham ou venham a institucionalizar planos de saúde e cujos beneficiários tenham o pagamento dos cuidados de saúde que lhes sejam prestados por instituições e serviços integrados no Serviço Nacional de Saúde, bem como a comparticipação medicamentosa ("de acordo como praticado no SNS") assegurados pela Portugal Telecom — Associação de Cuidados de Saúde, a quem compete ou competirá a gestão dos citados planos»;

12 — Este alargamento do âmbito do protocolo foi deferido por despacho do Ministro da Saúde de 4 de Junho de 2001, sujeitando, contudo, «a inclusão no âmbito do Protocolo» à inscrição no cartão de utente de saúde dos referidos beneficiários com a especificação da PT-ACS como entidade responsável pelo pagamento dos cuidados de saúde.

13 — Em 21 de Junho de 2000, o Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde emitiu a Circular Normativa n.º 2, relativa à obrigatoriedade de apresentação de cartão de saúde perante as instituições do SNS, em que, depois de se considerar que a existência de protocolos celebrados entre aquele Instituto e «alguns subsistemas no âmbito da transferência de responsabilidades pelos encargos com as prestações de saúde pressupõe, no que diz respeito à emissão dos cartões de saúde, que a inscrição como utente do Serviço Nacional de Saúde seja feita no âmbito dos referidos Protocolos», determina que «até à emissão dos respectivos cartões de utente do Serviço Nacional de Saúde, basta que os beneficiários [...] da ACS-PT e do IOS-CTT se identifiquem validamente como beneficiários do respectivo subsistema para que se considerem requerentes do cartão de saúde e deste modo não lhes seja cobrada qualquer quantia»;

14 — O IGIF no segundo semestre de 2002 solicitou à PT-ACS um ficheiro com indicação dos beneficiários daquela associação, «com vista à integração dos mesmos, de forma oficiosa, na base de dados do cartão de utente (saúde), o que a PT-ACS satisfez em Novembro de 2002».

15 — Em 1 de Janeiro de 2004, O Ministério da Saúde, igualmente representado pelo IGIF, e a PT-ACS assinaram novo protocolo visando a definição das «condições de atribuição e os montantes das comparticipações a cargo do Ministério da Saúde com vista à transferência para a Portugal Telecom — Associação de Cuidados de Saúde [...] das responsabilidades relativas à prestação de cuidados de saúde aos beneficiários dos Planos de Saúde geridos pela referida associação»;

16 — O novo protocolo, nos termos da sua cláusula 2.ª, «aplica-se aos beneficiários dos planos de saúde geridos pela PT-ACS e que sejam alternativos ao SNS», sendo elegíveis «para os efeitos do presente protocolo os beneficiários dos planos geridos pela PT-ACS que se encontrem inscritos na base de dados do cartão de saúde com essa qualidade durante o ano civil a que se reporta a comparticipação»;

17 — Nos termos da cláusula 3.ª desse instrumento, a «PT-ACS fica directamente responsável perante as instituições e serviços prestadores integrados no Serviço Nacional de Saúde pelo pagamento dos cuidados de saúde prestados no território nacional aos beneficiários referidos, bem como pelo pagamento das comparticipações medicamentosas»;

18 — O valor anual da comparticipação financeira a atribuir pelo Ministério da Saúde, «como contrapartida das responsabilidades referidas e assumidas pela PT-ACS, nos termos da cláusula anterior», seria fixado de acordo com os n.os 5, 6 e 7 da Portaria n.º 316/2004, publicada no Dário da República, 2.ª série de 13 de Março, e seria pago com base em factura semestral apresentada pela PT-ACS ao IGIF «correspondente ao produto do número mensal médio de beneficiários elegíveis em cada semestre por 50 % do valor anual fixado»;

19 — O pagamento estava agora dependente da «liquidação das facturas pela PT-ACS às instituições e serviços integrados no SNS»;

20 — Este protocolo previa igualmente a existência de uma comissão paritária, a que cabia, nos termos do n.º 2 da cláusula 7.ª, «acompanhar a aplicação do presente protocolo e as normas regulamentares sobre a matéria», propor «as alterações necessárias ao seu aperfeiçoamento», «interpretar e esclarecer dúvidas decorrentes da aplicação» e «estudar propostas e sugestões apresentadas pelas partes e emitir o respectivo parecer».

21 — O protocolo referido nos n.os 15 a 20 foi declarado extinto por acordo entre os seus signatários, assinado em 12 de Dezembro de 2006, cessação de vigência que não afecta «os direitos de ambas as partes decorrentes da extinção»;

22 — Nos termos do acordo que materializou a denúncia do referido protocolo, o IGIF assumiu a obrigação de emitir «instruções para que, através dos Centros de Saúde, sejam emitidos cartões de utente do SNS ou comprovativos de requisição dos mesmos para todos os beneficiários do plano de saúde PT-ACS sem indicação de que se trata de entidade terceira responsável pelo pagamento».

23 — Em 6 de Outubro de 1999, para substituir o protocolo de 1995 referido em 1 a 5, o Ministério da Saúde, representado pelo IGIF e os CTT — Correios de Portugal, S. A., assinaram um novo protocolo, publicado no *Diário da República,* 2.ª série de 24-11-99, homologado por despacho do Secretário de Estado da Saúde de 8 de Outubro de 1999, que visava definir «as condições de atribuição e o montante da comparticipação a cargo do Ministério da Saúde, como contrapartida pela transferência da responsabilidade pelos encargos relativos à prestação de cuidados de saúde aos beneficiários do regime de protecção da saúde dos CTT — Correios de Portugal, S. A.

24 — Este protocolo aplicava-se aos beneficiários dos regime de protecção específico dos CTT, que fossem «trabalhadores activos ou aposentados dos CTT, subscritores da Caixa Geral de Aposentações (CGA) e descendentes, «até aos 25 anos de idade desde que não beneficiem directamente do SNS, ou com idade superior desde que seja portadores de deficiência [...]»;

25 — A comparticipação financeira a atribuir pelo Ministério da Saúde seria de «29 contos por beneficiário inscrito» para os anos de 1999 e 2000, sendo a inscrição dos beneficiários do regime de protecção de saúde dos CTT como utentes do SNS «feita com base em suporte informático fornecido pelos CTT»;

26 — O pagamento da comparticipação ficava dependente da prévia emissão de cartão de utente do SNS e era feito com base em factura apresentada semestralmente ao IGIF «correspondente ao produto do número médio de beneficiários existente no semestre anterior por 50 % do montante da comparticipação referida» no número anterior;

27 — Nos termos do protocolo, os CTT assumiam a responsabilidade «pelo pagamento dos cuidados de saúde prestados por instituições e serviços integrados no Serviço Nacional de Saúde (SNS), sempre que os seus beneficiários a eles recorram, bem como pela comparticipação medicamentosa de acordo com o praticado pelo SNS»;

28 — O protocolo previa ainda a existência de uma comissão paritária, tendo em vista o acompanhamento da sua execução, a interpretação e o esclarecimento das dúvidas decorrentes da mesma execução e o estudo de propostas e sugestões apresentadas pelas partes;

29 — O protocolo a que se referem os números 23 a 28 foi revogado por acordo entre o Ministério da Saúde e os CTT — Correios de Portugal, S. A., assinado em 21 de Dezembro de 2006;

30 — Nos termos do acordo alcançado, a «cessação de vigência não afecta, em qualquer medida, os direitos de ambas as partes decorrentes da extinção» e o IGIF assumiu a obrigação de dar instruções no sentido de através dos Centros de Saúde serem «emitidos cartões de utente do SNS ou comprovativos de requisição dos mesmos para os beneficiários do Plano de Saúde dos CTT — Correios de Portugal SA, sem indicação de que se trata de entidade terceira responsável pelo pagamento».

31 — O IGIF enviou aos CTT em 19 de Novembro de 2002 e em 23 de Março de 2007 ficheiros de utentes do SNS inscritos com a indicação de «entidade responsável — IOS/Correios Portugal».

32 — Na sequência da extinção do protocolo com os CTT, o IGIF emitiu uma Circular Normativa, datada de 21 de Dezembro de 2006, em que autoriza a «alteração da situação de beneficiário do regime de protecção dos CTT — Correios de Portugal, S. A., desde que seja comprovada, nos termos gerais, o direito de ser beneficiário do Serviço Nacional de Saúde, de outro subsistema ou de um seguro de saúde».

33 — O Ministério da Saúde e a PT-ACS divergem no que se refere à determinação do número de beneficiários que é tomado como base para o cálculo das comparticipações devidas por aquele Ministério à referida Associação, quer no que se refere ao protocolo de 1997, quer no que se refere ao de 2004, o que se verifica igualmente entre aquele Ministério e os CTT — Correios de Portugal, S. A., relativamente ao universo de beneficiários relevante para o cálculo da comparticipação decorrente do protocolo de 1999;

34 — A PT-ACS diz-se credora do Ministério da Saúde relativamente a comparticipações do protocolo de 1997, no montante global de € 7.405.910,00 (sete milhões quatrocentos e cinco mil e novecentos e dez euros) e de € 29. 241.964,20 (vinte e nove milhões duzentos e quarenta e um mil, novecentos e sessenta e quatro euros e vinte cêntimos), relativamente ao Protocolo de 2004;

35 — Os CTT — Correios de Portugal, S. A.,dizem-se credores de € 21.652.434,14 (vinte um milhões seiscentos e cinquenta e dois mil quatrocentos e trinta e quatro euros e catorze cêntimos).

36 — Em 27 de Outubro de 2005, em reunião da comissão paritária constituída no âmbito do protocolo de 2004, foi acordado que a PT-ACS remeteria ao IGIF o ficheiro relativo de beneficiários relativo ao ano de 2004, tendo-se constatado que o IGIF já recebera o ficheiro de beneficiários PT-ACS referido *supra* em 14, em 9 de Novembro daquele ano, relativo ao ano de 2002;

37 — Na reunião da mesma comissão realizada em 21 de Novembro de 2005, depois de se ter feito a análise do cruzamento de dados entre o ficheiro remetido pela PT-ACS e a base de dados de utente do SNS, os representantes do IGIF naquela comissão referiram que aquele instituto efectuaria a «inscrição automática na base de dados do cartão do utente», como beneficiários da PT-ACS, dos beneficiários que não possuíam cartão de utente; relativamente a utentes que constavam daquela base de dados como beneficiários de outras entidades/subsistemas, aqueles representantes assumiram a actualização automática da sua situação daqueles utentes, passando-os a «beneficiários da PT-ACS»;

38 — Na reunião da mesma comissão realizada em 21 de Junho de 2006, foi referido pelos representantes do Ministério da Saúde que havia sido dado cumprimento às actualizações referidas no número anterior, «relativamente aos «beneficiários PT que constam da base de dados como beneficiários de outras entidades/subsistemas», mas que não havia sido dado execução à inscrição automática na base de dados do cartão do utente, dos beneficiários PT que não possuíam cartão de utente;

39 — Em 19 de Setembro de 2006, a PT-ACS dirigiu ao IGIF uma «interpelação cominatória para cumprimento do protocolo de financiamento» em que interpela aquele instituto para pagar as quantias decorrentes do protocolo de 2004 de que aquela associação se considerava credora, bem como dos quantitativos decorrentes do anterior protocolo e que se encontravam, no entender da interpelante, também em dívida, tudo na altura no montante global de € 28. 109.447, 92;

40 — Em ofício de 24 de Outubro de 2006, dirigido à PT-ACS, o Conselho de Administração do IGIF, respondendo à interpelação admonitória acima referida, considerou que a PT-ACS «não cumpriu aquilo a que estava contratualmente obrigada: a entrega mensal, em suporte informático, do número de beneficiários», o que só teria cumprido em Dezembro de 2005, o que impossibilitaria a correcta execução do protocolo;

41 — Referiu ainda aquela entidade que «não existem condições técnicas para proceder à inscrição dos beneficiários da PT-ACS que não constam da base de dados do cartão através do sistema informático, até porque estão em curso medidas que seriam afectadas por essa operação como sejam a criação de Unidades de Saúde Familiar».

42 — A Associação Portugal Telecom — Associação de Cuidados de Saúde (PT-ACS) foi criada por escritura pública de 29 de Setembro de 1995, tendo como associados fundadores a Portugal Telecom, S. A., e a Telepac — Serviços de Telecomunicações, S.A;

43 — Trata-se de uma associação sem fins lucrativos, equiparada a Instituição Particular de Solidariedade Social, visando nos termos dos respectivos estatutos, a «promoção e protecção da saúde através da prestação, directa e indirecta de cuidados de medicina preventiva, curativa e de reabilitação», constituindo atribuição sua a «gestão de planos de saúde e a prestação de serviços de segurança, higiene e saúde no trabalho»;

44 — Os planos de saúde geridos pela PT-ACS são da titularidade das empresas do Grupo PT e outras associadas, cuja gestão lhe está atribuída e são financiados em regime de co-responsabilização tanto pelas beneficiários, como pelas empresas titulares dos planos;

45 — Os beneficiários desses planos contribuem, por norma, para o respectivo financiamento com uma contribuição mensal obrigatória através de desconto no respectivo salário ou pensão de reforma, havendo lugar igualmente a contribuição por parte dos cônjuges e restante familiares inscritos, enquanto que as entidades promotoras contribuem com o remanescente que corresponderá ao montante que for necessário para cobrir os custos dos respectivos Planos;

46 — A assistência médica inclui a comparticipação medicamentosa, em termos análogos aos praticados pelo SNS e é prestada através da própria rede de serviços e de medicina privada convencionada e em alguns planos, face aos protocolos, também em instituições e serviços do SNS;

47 — Em 14 de Maio de 2003, a CTT — Correios de Portugal, S. A., e a Portugal Telecom — Associação de Cuidados de Saúde, acordaram a transferência da «gestão dos cuidados de Saúde previstos no Regulamento de Obras Sociais dos CTT» para a PT-ACS, contrato este que foi renovado varias vezes e que deu origem ao Plano de Saúde dos CTT;

48 — Alguns dos planos geridos pela PT-ACS em vigor excluem expressamente a comparticipação de assistência prestada no âmbito de instituições do Serviço Nacional de Saúde, nomeadamente, Plano Clássico PT Comunicações — ponto 6.1, o que não sucedia na versão do mesmo Plano que vigorou até 31.12.06; Plano Caixa de Previdência do Pessoal da Companhia Portuguesa Rádio Marconi — ponto 5.2, alínea *a*); Plano PT — Sistemas de Informação — ponto 6.1; Plano Corporativo do Grupo PT, Tipo 1, — ponto 6.2; Plano SIRESP, ponto 7, alínea *a*);

49 — No âmbito do Plano CTT, igualmente gerido pela PT-ACS, é excluída a comparticipação na assistência prestada a beneficiários em serviços do SNS, com excepção dos que sejam subscritores da Caixa Geral de Aposentações, nos termos dos artigos 16.º, 19.º e 20.º do Regulamento;

50 — As contribuições dos trabalhadores, cônjuge e familiares inscritos nos planos de saúde têm sido tratadas pela Administração Tributária como encargos ou contribuições obrigatórios para um regime de protecção social e como tais dedutíveis nos termos do artigo 25.º do CIRS.

III

1 — O Instituto de Obras Sociais dos CTT teve a sua origem em 1947, ainda no âmbito da Administração Geral dos Correios, Telégrafos e Telefones, e visava, para além do mais, a protecção na doença dos trabalhadores daquele serviço público que à data tinham o estatuto de funcionários públicos.

A transformação daquela Administração Geral em empresa pública, operada pelo Decreto-Lei n.º 49 368, de 10 de Novembro de 1969, e a inerente diversificação do estatuto dos trabalhadores ao serviço da nova empresa, não alterou a essência do mesmo serviço de assistência, que continuou a prestar apoio ao referido universo de profissionais, abrangendo igualmente os novos trabalhadores com estatutos profissionais diversificados.

Previa-se no artigo 30.º do estatuto que integra o Anexo I daquele diploma, que «os CTT poderão instituir obras de carácter social, cultural e de previdência em benefício dos seus servidores, tais como assistência médica, cantinas, creches, habitação, cofre de previdência e outras, bem como subsidiar, fundir e integrar nessas obras instituições já existentes que tenham aquele carácter, incluindo as que hajam sido fundadas e subscritas pelos servidores».

O Decreto-Lei n.º 87/92, de 14 de Maio ([5]), que transformou a empresa pública Correios e Telecomunicações de Portugal em sociedade anónima de capitais públicos — CTT, S. A. — salvaguardou a situação

dos trabalhadores e pensionistas daquela empresa, determinando, no seu artigo 9.º, que aqueles mantinham perante a CTT S. A. «todos os direitos e obrigações de que forem titulares», salvaguardando igualmente «os regimes jurídicos definidos na legislação aplicável», em vigor naquela data, relativamente aos mesmos trabalhadores, que continuariam a produzir os seus efeitos.

A autonomização das actividades de telecomunicações prosseguida pela CTT, S. A., operada pelo Decreto-Lei n.º 277/92, de 15 de Dezembro, veio a dar origem à Telecom Portugal S. A. que, por fusão com outras empresas, deu origem à Portugal Telecom, S. A., fusão esta que veio a ser concretizada nos quadros do Decreto-Lei n.º 122/94, de 14 de Maio.

O artigo 10.º daquele diploma criou as bases em que veio a ser constituída a PT-ACS, definindo igualmente alguns dos elementos de caracterização do estatuto desta associação.

É o seguinte o teor daquele artigo 10.º:

«Artigo 10.º — 1 — A associação sem fins lucrativos constituída na sequência do processo de cisão dos CTT — Correios e Telecomunicações de Portugal, S. A., para assegurar a manutenção dos direitos conferidos aos trabalhadores dos CTT, S. A., e da Telecom oriundos dos CTT, E.P., ao abrigo do artigo 30.º do anexo ao Decreto-Lei n.º 49 368, de 10 de Novembro de 1969, nos termos definidos pelos n.os 1 e 2 do artigo 9.º do Decreto-Lei n.º 87/92, de 14 de Maio, e do artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 277/92, de 15 de Dezembro, será equiparada a instituição particular de solidariedade social, sem dependência do registo a que se refere o artigo 7.º do Estatuto das Instituições Particulares de Solidariedade Social, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 119/83, de 25 de Fevereiro, para todos os efeitos legais, com excepção dos previstos no artigo 4.º do mesmo Estatuto e na base XXXVIII da Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto.

2 — O âmbito de actuação da entidade a que se refere o número anterior poderá ser alargado a trabalhadores da Portugal Telecom, S. A., e dos CTT não abrangidos pelas disposições nele mencionadas, designadamente aos oriundos das empresas que nela forem integrados, em condições a definir por convénios a homologar pelo Ministro das Obras Públicas, Transportes e Comunicações.».

Nos termos desta disposição, a referida associação destinava-se a assegurar a manutenção dos direitos dos trabalhadores oriundos dos CTT, EP, ou seja dos direitos adquiridos no âmbito do Instituto de Obras Sociais, implementado nos termos do 30.º do estatuto que integra o Anexo I ao Decreto-Lei n.º 49368, de 10 de Novembro de 1969.

O alargamento do âmbito desta associação aos trabalhadores da Companhia Portuguesa Rádio Marconi que viessem a transitar para a Portugal Telecom S. A. foi previsto no artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 265-A/95, de 17 de Outubro, que referia, na sua versão originária, «A associação sem fins lucrativos equiparada a instituição particular de solidariedade social, nos termos do n.º 1 do artigo 10.º do Decreto-Lei n.º 122/94, de 14 de Maio, que a PT, em execução do mesmo preceito, venha a constituir com os CTT — Correios de Portugal, S. A., ou com outras entidades, poderá alargar o respectivo âmbito de actuação a trabalhadores da CPRM».

2 — A PT-ACS gere actualmente vários planos de saúde ([6]) direccionados ou ao conjunto do Grupo PT (Planos Corporativo Tipo I ou Tipo II), a específicas empresas do Grupo (Clássico PT Comunicações, que teve uma outra versão em vigor até 30 de Novembro de 2006) e PT SI (Sistemas de Informação) e a empresas participadas, ou seja, o Plano Multicert e Plano Siresp. Além destes, gere ainda mais dois específicos planos de saúde, o Plano CTT e o Plano da Caixa de Previdência do Pessoal da Companhia Portuguesa Rádio Marconi.

2.1 — O Plano Corporativo Tipo I, em vigor desde 1 de Janeiro de 2005, não é cumulativo com qualquer outro plano aplicável nas empresas do Grupo PT e baseia-se em três princípios fundamentais: — «complementaridade relativamente ao Serviço Nacional de Saúde (SNS) ou aos Serviços Regionais de Saúde (SRS), «garantia de acesso dos beneficiários a uma rede de prestadores de cuidados de saúde privados» e «aumento da funcionalidade física do indivíduo, através do recurso à utilização de cuidados curativos».

Podem ser beneficiários deste plano, em regime geral, os trabalhadores do Grupo PT, desde que, cumulativamente, se encontrem vinculados por contrato de trabalho a uma empresa do grupo ou participada, que essa empresa faculte aos seus trabalhadores a adesão ao plano de saúde, e que não se encontrem «simultaneamente inscritos noutro Plano de Saúde no âmbito do Grupo PT».

Podem igualmente ser beneficiários, em regime especial, os familiares dos trabalhadores do Grupo, em condições próprias previstas no plano.

Os beneficiários titulares «estão isentos de qualquer contribuição mensal de adesão ao Plano de Saúde, competindo-lhes, no entanto proceder ao co-financiamento dos benefícios utilizados nos termos do presente Plano». É, contudo, devida uma contribuição anual de adesão ao plano, relativamente a cada um dos familiares aderentes, em regime especial, actualizável, para co-financiamento do mesmo e paga pelos beneficiários titulares.

Para além de outros, este plano de saúde não abrange «os actos prestados por instituições pertencentes, contratualizadas ou integradas no SNS ou SRS, não sendo também susceptíveis de reembolso ou comparticipação as "taxas moderadoras", ou sucedâneo, eventualmente cobradas por essas entidades».

A assistência abrangida pelo plano inclui internamento hospitalar em clínicas e hospitais privados e assistência ambulatória, prestada no âmbito da Rede PT (corpo clínico privativo ou convencionado) e por prestadores convencionados em condições especiais.

2.2 — O Plano de Saúde Corporativo — Tipo II, em vigor desde 1 de Maio de 2005, tem como pressupostos a «co-responsabilização da empresa empregadora, dos trabalhadores e do Estado no respectivo financiamento», e a «garantia de acesso dos beneficiários a uma rede de prestadores de cuidados de saúde privados» e o «aumento da funcionalidade física do indivíduo, através do recurso à utilização de cuidados curativos».

O Universo de beneficiários deste plano é o mesmo do Plano do Tipo I, ou seja, desde que cumulativamente se encontrem vinculados por contrato de trabalho a uma empresa do grupo ou participada, que essa empresa faculte aos seus trabalhadores a adesão ao plano de saúde e que não se encontrem «simultaneamente inscritos noutro Plano de Saúde», e, além disso, desde que «tais trabalhadores sejam abrangidos pelo âmbito pessoal de Protocolos que assegurem a comparticipação do Estado no financiamento do Plano».

Podem igualmente beneficiar deste plano, em regime especial, os familiares, cônjuge e filhos, em condições análogas à do Plano do Tipo I.

Os beneficiários, quer de regime geral, quer de regime especial, contribuirão para o financiamento do plano com quotas mensais de uma percentagem (1 %) da remuneração base do beneficiário titular.

O plano inclui a assistência médica, no internamento e ambulatória, e medicamentosa, sem quaisquer limitações no que se refere a instituições integradas no Serviço Nacional de Saúde, ou Serviços Regionais de Saúde.

Na análise dos dois planos constata-se a diferenciação de pressupostos entre eles no que se refere ao envolvimento do Estado no financiamento do plano, com incidência no âmbito de beneficiários (só são abrangidos os trabalhadores incluídos em protocolos) e na inclusão ou exclusão da assistência prestada em instituições do SNS ou SRS.

2.3 — O Plano Clássico PT Comunicações, na sua versão em vigor, dirige-se aos trabalhadores da empresa do Grupo PT Comunicações S. A., empresa que presta serviços ligados à rede fixa, nomeadamente, telefone, comunicações de dados, teledifusão, vídeo conferência e soluções de banda larga.

Podem ser beneficiários deste plano, em regime geral, os trabalhadores daquela empresa, e entre outros, os respectivos descendentes, os cônjuges, desde que não sejam beneficiários de esquema de assistência médica diferente do SNS e não usufruam de rendimentos superiores ao salário mínimo nacional.

Os familiares do beneficiário-titular, quando não abrangidos pelo regime geral, podem ainda ser beneficiários deste plano e inscritos, em regime especial, em determinadas condições.

Os beneficiários deste plano, quer os de regime geral quer do regime especial, contribuem através de uma quota mensal para o financiamento do plano.

No caso dos beneficiários titulares essa quota é de 1,7 % em 2007, 1,9 % em 2008 e 2,1 % em 2009 e incide sobre o seu salário «entendendo-se como tal o vencimento base mais as diuturnidades», ou, conforme os casos, «a respectiva prestação de suspensão do contrato de trabalho, pré-reforma, pensão de aposentação ou de reforma [...]».

A assistência médica abrangida inclui, entre outras, a assistência no internamento, a assistência ambulatória e a assistência medicamentosa, esta nos termos fixados no âmbito do SNS.

O plano não abrange a comparticipação de serviços prestados no âmbito do Serviço Nacional de Saúde, «excluindo-se aqui todos os serviços de algum modo integrados, quer no SNS quer no SRS, cujos valores se encontrem fixados regularmente em diploma legal específico».

A versão deste plano que vigorou até 30 de Novembro de 2006 diferenciava-se da versão agora em vigor, entre outros aspectos, no que se refere ao regime de co-financiamento a cargo dos beneficiários, que estava sujeito a taxas inferiores, e à não exclusão da assistência prestada em instituições do SNS.

2.4 — O Plano PT–SI (Sistemas de Informação), em vigor desde 1 de Fevereiro de 2000, dirige-se aos trabalhadores da PT — Sistemas de Informação S. A., empresa do Grupo PT que presta serviços na área de sistemas e tecnologias de informação e que foi formada em Dezembro de 1999.

O plano visava «regular um sistema de saúde potencialmente aplicável a todos os trabalhadores da Empresa que, imediatamente antes da sua

admissão na PT–SI, eram trabalhadores contratados sem termo da PT Comunicações (ou anteriormente da Portugal Telecom. S. A.)».

São beneficiários deste plano, em regime geral, os trabalhadores da empresa «activos, em suspensão de contrato de contrato, pré-reformados e aposentados da empresa» que são considerados os beneficiários titulares e familiares dos mesmos, nomeadamente descendentes e cônjuges. Podem ainda ser beneficiários deste plano, em regime especial, outros familiares dos beneficiários titulares.

O plano é financiado com base nas contribuições mensais dos beneficiários titulares e dos beneficiários do regime especial.

Para os beneficiários titulares, as quotas mensais são de 1,7 % a partir de Janeiro de 2007, 1,9 %, a partir de Janeiro de 2008 e 2,1 % a partir de Janeiro de 2009.

O plano garante a prestação de assistência médica (de internamento hospitalar e ambulatória) e medicamentosa e exclui qualquer comparticipação em serviços «de algum modo integrados quer no SNS quer no SRS, cujos valores se encontrem fixados regularmente em diploma legal específico».

2.5 — O Plano Multicert, em vigor desde 1 de Fevereiro de 2002, visa os trabalhadores da empresa MULTICERT — Serviços de Certificação Electrónica, S. A. que é uma empresa participada pelo Grupo Portugal Telecom, fundada em 2001, prestando serviços na área da certificação electrónica.

O plano assenta num conjunto de princípios fundamentais comuns a outros planos, nomeadamente a co-responsabilização da entidade empregadora e dos trabalhadores no respectivo financiamento, na facilidade de acesso a cuidados de saúde, na garantia de acesso «dos beneficiários a prestadores de saúde públicos e privados» e na «diminuição de situações de incapacidade resultantes de doença [...] aumentando a funcionalidade física e psicossocial do indivíduo».

Podem ser beneficiários deste plano, em regime geral, os trabalhadores da empresa activos que são considerados os beneficiários titulares, «desde que não se encontrem inscritos noutro sistema ou regime específico de saúde» e familiares dos mesmos, nomeadamente descendentes e cônjuges. Podem ainda ser beneficiários deste plano, em regime especial, outros familiares dos beneficiários titulares.

O plano é financiado com base nas contribuições mensais dos beneficiários titulares, a que acrescem quotas específicas pelos descendentes e cônjuge. Para os beneficiários titulares a quota em vigor é de 1,5 % do seu salário (entendendo-se como tal o vencimento base e as diuturnidades).

O plano garante a prestação de cuidados de saúde ao nível da assistência no internamento hospitalar, assistência ambulatória e medicamentosa, não exclui a assistência prestada no âmbito do SNS, embora nesses casos compita «sempre aos beneficiários o pagamento das taxas moderadoras que eventualmente sejam exigidas».

2.6 — O Plano Siresp, em vigor desde 1 de Janeiro de 2007, tem como destinatários os trabalhadores da empresa SIRESP — Gestão de Redes Digitais de Emergência e Segurança, empresa participada pelo Grupo PT.

O plano tem como princípios fundamentais a co-responsabilização da entidade empregadora e dos trabalhadores no respectivo financiamento; a complementaridade relativamente ao Serviço Nacional de Saúde ou aos Serviços Regionais de Saúde; a facilidade de acesso à promoção da saúde, a garantia de acesso dos beneficiários a uma rede de prestadores de cuidados de saúde privados e a «diminuição de situações de incapacidade resultantes de doença, traumatismos e suas sequelas, aumentado a funcionalidade física e psicossocial do indivíduo».

São beneficiários do plano, como «beneficiários titulares», os trabalhadores da empresa e podem ser ainda beneficiários em regime especial os descendentes e os cônjuges dos beneficiários titulares.

Os beneficiários titulares estão isentos de qualquer contribuição mensal para o plano mas compete-lhes «proceder ao co-financiamento dos benefícios utilizados». Relativamente aos beneficiários de regime especial, está previsto o pagamento de uma contribuição anual por cada um dos inscritos.

O plano garante a prestação de vários cuidados de saúde, quer no internamento, quer na assistência ambulatória e medicamentosa, estando excluídos «os actos prestados por instituições pertencentes, contratualizadas ou integradas no SNS ou SRS, não sendo também susceptíveis de reembolso ou comparticipação as "taxas moderadoras", ou o seu sucedâneo, eventualmente cobradas por essas entidades».

2.7 — O Plano de Saúde dos CTT, tem por objecto a prestação dos cuidados de saúde previsto no Regulamento de Obras Sociais dos CTT, que foi atribuída à PT-ACS, mediante acordo de prestação de serviços que tem eficácia a partir de 1 de Julho de 2003.

O Regulamento de Obras Sociais que se encontra em vigor desde 1 de Janeiro de 1997 emerge do acordo de empresa AE/CTT.

O plano garante a prestação de cuidados de saúde ao universo dos beneficiários do IOS — CTT, definidos no respectivo regulamento, abrangendo os trabalhadores efectivos dos "CTT — Correios de Portugal, S. A.", no activo, aposentados, pré-reformados ou reformados, podendo ainda aderir àquele serviço os familiares daqueles trabalhadores.

O plano tem como princípios fundamentais, entre outros, o «carácter complementar do Regime relativamente ao SNS, excepto para os beneficiários subscritores da CGA», «o pagamento de uma quota para o Regime por beneficiários e familiares» e a comparticipação de beneficiários, familiares e empresa no pagamento dos cuidados de saúde.

A complementaridade do regime definido «significa que os custos das prestações efectuadas pelo Serviço Nacional de Saúde ou por qualquer outro regime de protecção à saúde são da única responsabilidade de tais regimes», situação esta que não abrange os subscritores da Caixa Geral de Aposentações.

O plano abrange a prestação de múltiplos cuidados de saúde, médico-cirúrgicos, hospitalares e medicamentosos, além de outros.

2.8 — O Plano de Saúde específico da Caixa de Previdência da Companhia Portuguesa Rádio Marconi, em vigor desde 1 de Janeiro de 2004, destina-se aos reformados daquela caixa de previdência que não reúnam as condições de inscrição no Plano de Saúde da PT Comunicações, em 1 de Julho de 2003, e respectivos descendentes. Pode ainda abranger, em regime especial, os familiares daqueles trabalhadores que não possam ser inscritos com beneficiários de regime geral.

Os beneficiários, quer de regime geral, quer de regime especial, contribuem para o financiamento do pano com uma quota mensal que incide sobre a pensão de reforma ou subsidio de desemprego.

Este plano assume-se como complementar relativamente ao SNS ou aos SRS, assenta no princípio da co-responsabilização da entidade empregadora e dos trabalhadores no financiamento e, tal como os demais planos da PT, visa garantir o «acesso por parte dos beneficiários a uma rede de prestadores de cuidados de saúde privados» e «o aumento da funcionalidade física e psicossocial do indivíduo, através do recurso à utilização de cuidados curativos e de reabilitação».

Não são abrangidos por este plano os «actos prestados por instituições pertencentes, contratualizados ou integrados nos SNS ou SRS, não sendo também susceptíveis de reembolso ou comparticipação as "taxas moderadoras", ou seu sucedâneo, eventualmente cobrados por essas entidades».

IV

1 — A Constituição da República estabelece no seu artigo 64.º, n.º 1, em sede de «direitos e deveres sociais», que «todos têm o direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover», especificando no n.º 2, alínea *a*), deste artigo, que o direito à protecção da saúde é realizado «através de um serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito».

Segundo Gomes Canotilho e Vital Moreira, «é essencialmente na sua feição de direito social que o direito à protecção da saúde aparece garantido neste preceito» ([7]), referindo os mesmos autores, que «pela sua própria estrutura, trata-se de um direito que exige prestações do Estado e que impõe aos entes públicos a realização de determinadas tarefas (a começar pela criação e manutenção de um serviço nacional de saúde), de cujo cumprimento depende a própria realização do direito» ([8]).

O Estado tem, pois, o dever de implementar um serviço nacional de saúde cujos princípios gerais a própria norma constitucional define. Tal serviço deverá ser «universal e geral» e «tendencialmente gratuito», «tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos».

A universalidade direcciona este serviço à globalidade dos cidadãos e a generalidade impõe que abranja «todos os serviços públicos de saúde e todos os domínios e cuidados médicos» ([9]).

Por outro lado, o carácter tendencialmente gratuito «significa rigorosamente que as prestações de saúde não estão, em geral, sujeitas a qualquer retribuição ou pagamento por parte de quem a elas recorra, pelo que as eventuais taxas (*v.g.* as "chamadas taxas moderadoras") ou contribuições para custos (co-pagamento) são constitucionalmente ilícitas, se, pelo seu montante ou por abrangerem as pessoas sem recursos, dificultarem o acesso a esses serviços» ([10]) ([11]).

A gratuitidade não exclui, assim, a possibilidade de sujeição do acesso aos cuidados de saúde a "taxas moderadoras", ou ao pagamento dos respectivos custos, desde que pelo seu montante, não sejam susceptíveis de impedir o acesso em virtude das condições económicas e sociais dos cidadãos e não impede igualmente que os custos das prestações de saúde efectivadas no SNS possam ser assumidos por terceiros, legal ou contratualmente obrigados ao seu pagamento.

O acesso ao SNS como forma de garantir o direito à saúde é um direito do conjunto dos cidadãos, mas a Constituição não impõe aquele serviço como única forma de garantir a saúde, não «estabelece um monopólio público na área da saúde» ([12]) deixando campo aberto para a medicina privada, mas, nos termos do n.º 3, alínea *d*), do referido artigo 64.º, a Lei Fundamental impõe ao Estado que «discipline e fiscalize as forma empresariais e privadas de medicina, articulando-as com o serviço na-

cional de saúde, por forma a assegurar, nas instituições de saúde públicas e privadas, adequados padrões de eficiência e de qualidade».

A articulação da medicina privada com o SNS prevista naquela norma dá cobertura à «possibilidade de «externalizar» certas tarefas do SNS em instituições privadas, quer relativamente aos meios de exames e análises, quer no que respeita a outros cuidados de saúde» ([13]).

2 — O Serviço Nacional de Saúde foi implementado pela Lei n.º 56/79, de 15 de Setembro, resultando hoje o seu regime da Lei de Bases da Saúde — Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto ([14]), e do Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro ([15]), que aprovou o estatuto daquele serviço.

Os princípios constitucionais acima referidos relativamente ao acesso aos cuidados de saúde e às obrigações do Estado nesta matéria têm expressão naqueles diplomas, nomeadamente na Base I da Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, do seguinte teor:

«Base I

Princípios gerais

1 — A protecção da saúde constitui um direito dos indivíduos e da comunidade que se efectiva pela responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados, nos termos da Constituição e da lei.

2 — O Estado promove e garante o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde nos limites dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis.

3 — A promoção e a defesa da saúde pública são efectuadas através da actividade do Estado e de outros entes públicos, podendo as organizações da sociedade civil ser associadas àquela actividade.

4 — Os cuidados de saúde são prestados por serviços e estabelecimentos do Estado ou, sob fiscalização deste, por outros entes públicos ou por entidades privadas, sem ou com fins lucrativos.»

Mostram-se especificados nesta base os princípios da responsabilização dos cidadãos, da comunidade e do Estado na protecção da saúde, da delimitação dos cuidados de saúde a prestar pelo Estado em função dos recursos e das disponibilidades financeiras, e a afirmação do espaço da medicina privada na prestação de cuidados de saúde.

Esta visão alargada da forma através da qual se efectiva a garantia da protecção do direito à saúde tem expressão na Base IV daquela Lei, que é do seguinte teor:

«Base IV

Sistema de saúde e outras entidades

1 — O sistema de saúde visa a efectivação do direito à protecção da saúde.

2 — Para efectivação do direito à protecção da saúde, o Estado actua através de serviços próprios, celebra acordos com entidades privadas para a prestação de cuidados e apoia e fiscaliza a restante actividade privada na área da saúde.

3 — Os cidadãos e as entidades públicas e privadas devem colaborar na criação de condições que permitam o exercício do direito à protecção da saúde e a adopção de estilos de vida saudáveis.»

O conjunto de instituições prestadoras de cuidados de saúde são agora enquadrados na noção de sistema de saúde que engloba não só os meios de natureza pública, mas integra igualmente a acção dos meios privados.

Por força do disposto no n.º 2 desta Base, o Estado cumpre as suas obrigações, quer através de meios próprios — os materializados no SNS -, quer «através da celebração de acordos com entidades privadas para a prestação de cuidados», e incumbe-lhe apoiar e fiscalizar a «a restante actividade privada».

O conceito de sistema de saúde e a articulação de todas as suas componentes é desenvolvido na Base XII desta Lei, do seguinte teor:

«Base XII

Sistema de saúde

1 — O sistema de saúde é constituído pelo Serviço Nacional de Saúde e por todas as entidades públicas que desenvolvam actividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde, bem como por todas as entidades privadas e por todos os profissionais livres que acordem com a primeira a prestação de todas ou de algumas daquelas actividades.

2 — O Serviço Nacional de Saúde abrange todas as instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde dependentes do Ministério da Saúde e dispõe de estatuto próprio.

3 — O Ministério da Saúde e as administrações regionais de saúde podem contratar com entidades privadas a prestação de cuidados de saúde aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde sempre que tal se afigure vantajoso, nomeadamente face à consideração do binómio qualidade-custos, e desde que esteja garantido o direito de acesso.

4 — A rede nacional de prestação de cuidados de saúde abrange os estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde e os estabelecimentos privados e os profissionais em regime liberal com quem sejam celebrados contratos nos termos do número anterior.

5 — Tendencialmente, devem ser adoptadas as mesmas regras no pagamento de cuidados e no financiamento de unidades de saúde da rede nacional da prestação de cuidados de saúde.

6 — O controlo de qualidade de toda a prestação de cuidados de saúde está sujeito ao mesmo nível de exigência.»

Nos termos do n.º 2, o «Serviço Nacional de Saúde abrange todas as instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde dependentes do Ministério da Saúde e dispõe de estatuto próprio».

Por força do disposto no n.º 3 da mesma Base, o Ministério da Saúde e as administrações regionais de saúde «podem contratar com entidades privadas a prestação de cuidados de saúde aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde sempre que tal se afigure vantajoso, nomeadamente face à consideração do binómio qualidade--custos, e desde que esteja garantido o direito de acesso».

A Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, dedica o seu capítulo III ao Serviço Nacional de Saúde, afirmando no n.º 1 da Base XXV que «são beneficiários do Serviço Nacional de Saúde todos os cidadãos portugueses» e estabelecendo na Base XXV as características daquele serviço, nos seguintes termos:

«Base XXIV

Características

O Serviço Nacional de Saúde caracteriza-se por:

a) Ser universal quanto à população abrangida;

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

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

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

e) Ter organização regionalizada e gestão descentralizada e participada.»

As características apontadas nesta norma retomam, nas suas linhas gerais, os princípios derivados do artigo 64.º da Constituição da República, nomeadamente a universalidade, a generalidade a gratuitidade tendencial, «tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos».

Na Base XXXIII estabelecem-se as formas de financiamento do Serviço Nacional de Saúde ([16]). É do seguinte teor aquele dispositivo:

«Base XXXIII

Financiamento

1 — O Serviço Nacional de Saúde é financiado pelo Orçamento do Estado, através do pagamento dos actos e actividades efectivamente realizados segundo uma tabela de preços que consagra uma classificação dos mesmos, técnicas e serviços de saúde. ([17])

2 — Os serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde podem cobrar as seguintes receitas, a inscrever nos seus orçamentos próprios:

a) [...];

b) O pagamento de cuidados por parte de terceiros responsáveis, legal ou contratualmente, nomeadamente subsistemas de saúde ou entidades seguradoras;

c) O pagamento de cuidados prestados a não beneficiários do Serviço Nacional de Saúde quando não há terceiros responsáveis;

d) O pagamento de taxas por serviços prestados ou utilização de instalações ou equipamentos nos termos legalmente previstos;

e) [...];

f) [...];

g) [...].»

Esta norma da Lei de Bases da Saúde articula-se com as disposições específicas sobre financiamento do SNS que resultam do respectivo estatuto, nomeadamente o artigo 23.º que abaixo será referido.

A Lei de Bases da Saúde enquadra as instituições particulares de solidariedade social com objectivos de saúde, no âmbito do sistema de saúde, na sua Base XXXVIII, que estabelece:

«Base XXXVIII

Instituições particulares de solidariedade social com objectivos de saúde

1 — As instituições particulares de solidariedade social com objectivos específicos de saúde intervêm na acção comum a favor da saúde

colectiva e dos indivíduos, de acordo com a legislação que lhes é própria e a presente lei.

2 — As instituições particulares de solidariedade social ficam sujeitas, no que respeita às suas actividades de saúde, ao poder orientador e de inspecção dos serviços competentes do Ministério da Saúde, sem prejuízo da independência de gestão estabelecida na Constituição e na sua legislação própria.

3 — Para além do apoio referido no n.º 2 da base XXXVII, os serviços de saúde destas instituições podem ser subsidiados financeiramente e apoiados tecnicamente pelo Estado e pelas autarquias locais.»

3 — O Estatuto do Serviço Nacional de Saúde veio a ser aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro.

No artigo 1.º desse estatuto define-se aquele serviço como o «conjunto hierarquizado de instituições e de serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde, funcionando sob a superintendência ou tutela do Ministro da Saúde», referindo-se no artigo 2.º que aquele serviço tem como objectivo a «efectivação, por parte do Estado, da responsabilidade que lhe cabe na protecção as saúde individual e colectiva».

No n.º 2 do artigo 16.º do mesmo estatuto que tem por epígrafe «gestão das instituições e dos serviços» prevê-se que as instituições e serviços do SNS possam «estabelecer contratos com outras entidades, designadamente com empresas e organizações profissionais, para prestação de cuidados aos seus associados ou segurados».

Particular interesse no âmbito das questões suscitadas pelo presente parecer são as matérias tratadas nos artigos 23.º, 24.º e 25.º daquele estatuto que fazem parte de um capítulo dedicado aos recursos financeiros.

É o seguinte o teor daqueles artigos:

«Artigo 23.º

Responsabilidade pelos encargos

1 — Além do Estado, respondem pelos encargos resultantes da prestação de cuidados de saúde prestados no quadro do SNS:

a) Os utentes não beneficiários do SNS e os beneficiários na parte que lhes couber, tendo em conta as suas condições económicas e sociais;

b) Os subsistemas de saúde, neles incluídas as instituições particulares de solidariedade social, nos termos dos seus diplomas orgânicos ou estatutários;

c) As entidades que estejam a tal obrigadas por força de lei ou de contrato;

d) [...];

e) [...].

2 — São isentos de pagamento de encargos os utentes que se encontrem em situações clínicas ou pertençam a grupos sociais de risco ou financeiramente mais desfavorecidos, constantes de relação a estabelecer em decreto-lei.

3 — A demonstração das condições económicas e sociais dos utentes é feita segundo regras a estabelecer em portaria do Ministro da Saúde, podendo ser considerados os elementos definidores da sua situação fiscal.»

«Artigo 24.º

Seguro alternativo de saúde

1 — Podem ser celebrados contratos de seguro por força dos quais as entidades seguradoras assumam, no todo ou em parte, a responsabilidade pela prestação de cuidados de saúde aos beneficiários do SNS.

2 — Os contratos a que se refere o número anterior não podem, em caso algum, restringir o direito de acesso aos cuidados de saúde e devem salvaguardar o direito de opção dos beneficiários, podendo, todavia, responsabilizá-los, de acordo com critérios a definir.

3 — O regime de seguros a que se refere o presente artigo é definido em portaria conjunta dos Ministros das Finanças e da Saúde.»

«Artigo 25.º

Preços dos cuidados de saúde

1 — Os limites mínimos e máximos dos preços a cobrar pelos cuidados prestados no quadro do SNS são estabelecidos por portaria do Ministro da Saúde, tendo em conta os custos reais directos e indirectos e o necessário equilíbrio de exploração.

2 — Os preçários são fixados em cada região de saúde pelo respectivo conselho de administração, dentro dos limites estabelecidos no número anterior.

3 — O Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (IGIF) pode celebrar acordos, de âmbito nacional, com as entidades responsáveis pelo pagamento das prestações de saúde, relativos a tabelas de preços e a pagamentos.

4 — As instituições e serviços integrados no Serviço Nacional de Saúde podem estabelecer acordos especiais para a fixação de preços dos cuidados de saúde, os quais só são eficazes após aprovação das respectivas administrações regionais de saúde.

5 — As instituições e serviços integrados no Serviço Nacional de Saúde podem ainda celebrar acordos de pagamentos com as entidades responsáveis pelos encargos relativos à prestação de cuidados de saúde, de acordo com critérios a fixar por despacho do Ministro da Saúde.

6 — A responsabilidade por encargos relativos a prestações de saúde pode ser transferida para entidades públicas ou privadas, mediante uma comparticipação financeira a estabelecer em protocolo com o IGIF, nos termos e montantes a definir em portaria do Ministro da Saúde.» ([18])

No artigo 23.º reafirmam-se os princípios que vimos já resultarem da Lei de Bases da Saúde no sentido da definição das responsabilidades pelo pagamento dos custos da assistência médica levada a cabo no âmbito do SNS.

O pagamento dos custos dos serviços prestados no âmbito do SNS assume-se como uma das formas de financiamento da actividade deste.

Assim, ao lado do Estado, que intervém através do Orçamento Geral do Estado e que é o principal suporte da actividade do Serviço Nacional de Saúde, a lei responsabiliza pelos custos da actividade assistencial prosseguida «os utentes não beneficiários do SNS e os beneficiários na parte que lhes couber», sempre tendo em conta as suas condições económicas e sociais.

Para além destes, a lei envolve na responsabilidade pelos custos da assistência os subsistemas de saúde, "neles incluindo" as instituições particulares de solidariedade social, referidos na alínea *b*), e as «entidades que estejam a tal obrigadas por força de lei ou de contrato».

A responsabilidade prevista neste artigo 23.º é relativa aos custos dos actos inerentes à assistência prestada que é autónoma do pagamento das taxas moderadoras previstas na Base XXXIV da Lei de Bases da Saúde.

Este envolvimento do Estado, dos utentes e de outras instituições no pagamento dos custos do SNS exprime o princípio de co-responsabilização financeira no financiamento da actividade do SNS que, no caso dos utentes, conta com múltiplas excepções que, de alguma forma, reconduzem o sistema à gratuitidade tendencial referida na norma do artigo 64.º, n.º 2, alínea *a*), da Constituição da República.

No artigo 24.º do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde estabelecem-se princípios de base sobre os seguros de saúde, prevendo-se no n.º 1 deste artigo a possibilidade de celebração de contratos de seguro, nos termos dos quais «as entidades seguradoras assuma no todo ou em parte, a responsabilidade pela prestação de cuidados de saúde aos beneficiários do SNS ([19]).

A responsabilização dos subsistemas de saúde ou de outras entidades, legal ou contratualmente a isso obrigadas, pelo pagamento da assistência prestada aos seus beneficiários no âmbito do SNS que resulta do artigo 23.º, situa-se na linha da solução que antes fora consagrada no Decreto-Lei n.º 57/86, de 20 de Março, que estabeleceu a possibilidade de o SNS facturar a esses subsistemas a assistência prestada, a um preço «tão próximo quanto possível do seu custo real», e «da mesma forma de facturarem os cuidados de saúde a quaisquer entidades, pública ou privadas, que sejam legal ou contratualmente responsáveis pelo pagamento».

A responsabilidade dos subsistemas, tal como resulta da referida alínea *b*) do artigo 23.º do Estatuto do SNS, ocorre, «nos termos dos diplomas orgânicos ou estatutários», ou seja a responsabilidade assumida há-de ter assento orgânico ou estatutário e não deriva do simples enquadramento da instituição que a presta na categoria de subsistema de saúde.

As tabelas de preços e as condições do respectivo pagamento são disciplinadas pelos n.os 3, 4 e 5 do artigo 25.º prevendo-se a possibilidade de soluções acordadas nesse domínio.

Os números 3, 4, 5 e 6 deste artigo foram justificados no preâmbulo do Decreto-Lei n.º 401/98, de 17 de Dezembro, que os aditou, nos seguintes termos:

«O sistema de preços previsto para as instituições e serviços integrados no Serviço Nacional de Saúde (SNS) tem-se revelado incompleto. Na verdade, é sentida a necessidade de encontrar soluções contratuais para regular o pagamento das prestações de saúde. Uma correcta gestão do SNS aconselha que se encontrem soluções negociais, quer para aumentar o aproveitamento dos meios instalados, quer para assegurar uma efectiva concorrência entre os prestadores.

Os instrumentos contratuais podem actuar mediante o estabelecimento de acordos de âmbito nacional e regional, para a fixação de preços para determinadas entidades responsáveis pelos encargos das prestações de saúde. Por outro lado, torna-se necessário admitir acordos relativos ao pagamento de prestações de saúde, mediante critérios genéricos fixados por despacho do Ministro da Saúde.

O sistema não ficaria completo se não fosse instituído um mecanismo em que a responsabilidade do SNS é transferida para determinadas entidades, que por sua vez pagam as prestações de saúde de determinados grupos de pessoas aos prestadores de saúde, quer sejam públicos ou privados.»

O n.º 6 deste artigo veio a constituir uma das bases jurídicas que serviram de fundamento aos protocolos que são objecto do presente parecer.

Prevê-se neste dispositivo que «a responsabilidade por encargos relativos a prestações de saúde pode ser transferida para entidades públicas ou privadas, mediante uma comparticipação financeira a estabelecer em protocolo com o IGIF, nos termos e montantes a definir em Portaria do Ministro da Saúde».

Através daquele n.º 6 deste artigo visa-se, assim, a transferência da responsabilidade do SNS por encargos relativos a prestações de saúde para terceiros que assumem o seu pagamento, recebendo em contrapartida do Estado uma comparticipação financeira.

4 — Os protocolos previstos no n.º 6 daquele artigo 25.º do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde vieram a ser disciplinados pela Portaria n.º 981/99, de 30 de Outubro.

Aquela Portaria definiu o âmbito dos referidos protocolos no seu n.º 2, determinando que os mesmos deveriam regular: o objecto, o âmbito pessoal, a identificação dos beneficiários, as condições de atribuição e de pagamento da comparticipação e o período de vigência.

Por força do disposto no seu n.º 3, a «atribuição da comparticipação pela transferência de encargos com as prestações de saúde» ficava «dependente da prévia emissão do cartão de utente do Serviço Nacional de Saúde» que, no termos do n.º 4, deveria ser assegurada pelos serviços «no prazo máximo de 90 dias após o pedido de inscrição dos beneficiários».

No n.º 5 da mesma Portaria referia-se que a comparticipação a pagar pelo Estado, para os anos de 1999 e 2000, seria de 29 000$00 (vinte e nove mil escudos), por beneficiário inscrito, em pleno gozo dos seus direitos.

5 — O cartão de utente do Serviço Nacional de Saúde foi criado pelo Decreto-Lei n.º 198/95, de 29 de Julho ([20]), e visava a criação de um sistema que assegurasse a identificação e a definição da situação concreta de cada utente perante os serviços, como forma de «assegurar de modo mais efectivo o princípio da responsabilidade pública pelo sistema de saúde permitindo um acréscimo de racionalização na gestão dos meios e da globalidade dos recursos afectos ao Serviço Nacional de Saúde, através do maior controle dos encargos relativos a cada utente com prestação de cuidados de saúde e comparticipação medicamentosa».

Referia-se também no preâmbulo daquele diploma que a «correcta identificação das situações individuais relacionadas directa ou indirectamente com a efectivação do direito à protecção da saúde, no âmbito do Serviço Nacional de Saúde, apresenta-se, ainda, como pressuposto da efectiva articulação entre o Estado e as entidades privadas legal ou contratualmente responsáveis pelos encargos decorrentes das referidas prestações».

A definição da situação concreta do utente implica a identificação de qualquer subsistema ou contrato de seguro a que o mesmo esteja ligado. Com efeito, por força do disposto no n.º 2 do artigo 5.º daquele diploma, é exigido ao requerente da emissão do cartão «documento comprovativo da sua qualidade de beneficiário de subsistemas ou, no caso de titulares de seguros a respectiva apólice», elementos estes que depois serão integrados no cartão ([21]).

Resulta do n.º 1 do artigo 2.º daquele diploma que «o cartão do utente deve ser apresentado sempre que os utentes utilizem os serviços das instituições e serviços integrados no Serviço Nacional de Saúde ou com ele convencionado» ([22]).

Por outro lado, no n.º 2 do mesmo artigo, refere-se que «aos utentes não é cobrada, com excepção das taxas moderadoras, quando devidas, qualquer importância relativamente 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 utente do Serviço Nacional de Saúde».

Por sua vez o artigo 3.º especifica as situações em que o cartão deve ser exibido, nos seguintes termos:

«Artigo 3.º

Apresentação do cartão

1 — O cartão de identificação do utente é apresentado para os seguintes efeitos:

a) Prestação de cuidados de saúde;

b) Requisição e acesso a consultas e meios auxiliares de diagnóstico e terapêutica;

c) Prescrição e aquisição de medicamentos.

2 — Não há lugar à apresentação do cartão quando se trate de:

a) Crianças recém-nascidas, até ao fim do prazo legal para efectivação do respectivos registos;

b) Migrantes abrangidos por acordos ou por convenções internacionais.

3 — Não há ainda lugar à apresentação de cartão quando se trate de actos médico-sanitários prestados no âmbito de acções de saúde pública ou decorrentes de imposição legal.»

A implementação do cartão de utente do SNS motiva igualmente a norma do n.º 1 do artigo 12.º que previa que «nos contratos, convenções, protocolos ou acordos celebrados ao abrigo e no âmbito do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, designadamente para os efeitos das alíneas *a*) a *c*) do n.º 1 do artigo 3.º, deve ser prevista a apresentação do cartão de identificação do utente».

No artigo 7.º disciplina-se a integração no cartão dos elementos relativos à identificação de terceiros responsáveis, nos seguintes termos:

«Artigo 7.º

Identificação de terceiros

Sempre que a prestação de cuidados e de serviços de saúde ao utente do Serviço Nacional de Saúde estiver abrangida por contratos, convenções, protocolos ou acordos celebrados no âmbito do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, do seu cartão de identificação consta:

a) O número de beneficiário ou de aderente;

b) A identificação das entidades responsáveis pelos encargos decorrentes;

c) A indicação do termo de duração da responsabilidade pelos encargos.»

A identificação no cartão de utente de um terceiro responsável pelos custos das prestações no âmbito do SNS depende da existência de uma transferência de responsabilidade que pode ter por base os «contratos, convenções, protocolos ou acordos», celebrados no âmbito do Estatuto do SNS.

Do mesmo modo sempre que haja alteração desses elementos, nomeadamente «nas situações cobertas por subsistemas ou por seguros», por força do disposto no n.º 1 do artigo 10.º daquele diploma, há lugar a actualização do cartão.

6 — O cartão de utente foi concebido como uma forma de substituição dos cartões usados pelos subsistemas de saúde, daí o seu carácter substitutivo, tendo-lhe sido atribuída também natureza facultativa.

Em coerência com estes princípios, de acordo com o disposto no artigo 2.º, n.º 1, daquele diploma, o cartão «constitui um meio facultativo, e com natureza substitutiva, de comprovação da identidade do seu titular».

Por força do disposto no n.º 1 do artigo 5.º daquele Decreto-Lei, o cartão é emitido com base num formulário de identificação cujo preenchimento os serviços competentes devem solicitar ao utente.

Da natureza facultativa do cartão e do seu regime de emissão pode deduzir-se que ao mesmo está subjacente uma manifestação de vontade do respectivo titular que se dirige aos serviços para preencher o formulário de identificação.

Mas apesar de não estar expressamente prevista a inscrição oficiosa na base de dados de utente do SNS de determinadas categorias de beneficiários e a emissão também oficiosa dos cartões respectivos, a verdade é que não se alcançam razões válidas que a tal obstem.

De facto, a articulação do interesse público do Estado na implementação da base de dados com os interesses de específicas categorias de utentes interessados na inscrição, forma através da qual se desoneram do pagamento dos custos da assistência que lhes seja prestada, pode legitimar a inscrição oficiosa dos mesmos, desde que existam condições técnicas que a viabilizem.

Nos termos do n.º 4 da Portaria n.º 981/99, de 30 de Outubro, «a emissão do cartão de utente do Serviço Nacional de Saúde deverá ser assegurada pelos serviços competentes, no prazo máximo de 90 dias após o pedido de inscrição dos beneficiários».

O pedido de inscrição dos beneficiários previsto naquele número, deve ser integrado nos quadros da disciplina do cartão de utente, emergente do Decreto-Lei n.º 198/95, de 29 de Julho, acima referido, não decorrendo daquela norma a emissão oficiosa de cartões.

Na verdade, aquele n.º 4 da referida portaria limita-se a estabelecer um prazo para que os serviços competentes integrem na base de dados de utente do Serviço Nacional de Saúde e emitam os respectivos cartões, não estabelecendo qualquer disciplina autónoma sobre tal operação.

7 — Cumpre agora precisar o que se deve entender por subsistema de saúde.

Tal indagação foi já feita em anteriores pareceres deste conselho, nomeadamente no parecer n.º 51/95, de 22 de Fevereiro de 1996 ([23]) e no

parecer n.º 48/98, de 24 de Abril de 1999 ([24]), em termos que continuam a ter plena actualidade.

Tal como acima se referiu, a Base XII da Lei de Bases da Saúde refere que o sistema de saúde «é constituído pelo Serviço Nacional de Saúde e por todas as entidades públicas que desenvolvam actividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde, bem como por todas as entidades privadas e por todos os profissionais livres que acordem com a primeira a prestação de todas ou algumas daquelas actividades».

Por outro lado, o Ministério da Saúde e os serviços dele dependentes, nos termos dos n.os 3 e 4 daquela Base, podem acordar com entidades privadas a prestação de cuidados de saúde aos beneficiários do SNS, situação em que os estabelecimentos privados e os profissionais em regime de profissão liberal passam a integrar a rede nacional de prestação de cuidados de saúde.

Importa também ter presente que o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, no seu artigo 23.º, envolve os subsistemas no pagamento dos encargos pela assistência prestada no âmbito do SNS e que envolve para efeito nos subsistemas as instituições privadas de solidariedade social.

Tal como se referiu no parecer deste Conselho n.º 48/98, de 24 de Abril de 1999, «há pois que reconhecer no âmbito do sistema de saúde dois diferentes sectores: o público, constituído por estabelecimentos oficiais prestadores de cuidados de saúde (entendido como um conjunto ordenado e hierarquizado) e por outras entidades públicas que intervêm, individual e autonomamente, em actividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde; o privado, constituído por instituições particulares de solidariedade social com atribuições nessa área e por estabelecimentos privados ou profissionais liberais que tenham acordado com o Ministério da Saúde e com as administrações regionais de saúde a prestação de cuidados de saúde a beneficiários do SNS».

Sistema é por definição «reunião de partes ligadas entre si, formando uma estrutura complexa», ou «conjunto de elementos da mesma espécie reunidos de maneira a formar um todo intimamente relacionado» ([25]).

Um sistema pressupõe deste modo diversas estruturas ou partes que se integram num todo, relativamente ao qual as partes, quando individualmente consideradas têm autonomia.

Tomando como ponto de partida que, «por definição legal, o "sistema de saúde" é constituído pelo SNS e, paralelamente, por todas as outras entidades públicas que intervenham na promoção e defesa da saúde e pelas entidades privadas e profissionais liberais que estejam contratualmente obrigados a prestar cuidados de saúde a beneficiários do SNS, haverá de concluir-se que subsistemas de saúde são justamente as entidades públicas ou privadas que, estatutária ou contratualmente, sejam responsáveis pela prestação de cuidados de saúde ou outras actividades complementares no âmbito de um serviço público de saúde.» ([26])

Desta forma por subsistema de saúde deve entender-se uma «estrutura organizativa, que por, lei ou convenção, se encontra associada às finalidades de protecção na doença de certo grupo de beneficiários» ([27]).

Na mesma linha de orientação, o projecto de proposta de Lei de Bases da Saúde de 1999, definia subsistema de saúde no seu artigo 13.º, n.º 1, referindo que «os subsistemas de saúde são os sujeitos que, nos termos da lei ou dos seus estatutos, asseguram prestações de saúde, ou comparticipem financeiramente nos correspondentes encargos, a universos limitados de utentes e que sejam financiados por contribuições dos respectivos beneficiários ou por outros sujeitos, designadamente empregadores» ([28]).

Importa, contudo, ter presente que o artigo 23.º do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde «ao atribuir aos subsistemas de saúde uma responsabilidade financeira pelos encargos decorrentes da prestação de cuidados de saúde no quadro do SNS, parece ter utilizado a expressão num sentido mais restrito. Subsistema de saúde para efeito de financiamento do SNS é, não toda e qualquer estrutura organizativa que intervenha na protecção na doença dos beneficiários do SNS, mas o organismo ou instituição que, por força dos respectivos diplomas orgânicos ou estatutários, seja responsável pelo pagamento da assistência prestada a certos grupos de pessoas» ([29]).

A esta luz quer a PT-ACS, quer o IOS-CTT terão de ser considerados subsistemas de saúde.

Na verdade, quer uma quer outro asseguram prestações de saúde, ou comparticipam financeiramente nos correspondentes encargos, a universos limitados de utentes e são financiados por contribuições dos respectivos beneficiários ou por outros entidades, designadamente empregadores.

Trata-se de instituições que através das redes clínicas próprias, ou através de instituições de natureza privada com as quais se mostrem convencionadas potenciam aos seus beneficiários cuidados de saúde.

Tais instituições são financiadas pelos próprios beneficiários e pelas respectivas entidades patronais, por várias formas, nomeadamente pelo pagamento de uma quota mensal ou pela simples comparticipação nos custos dos actos médicos.

Daqui não decorre que automaticamente a PT-ACS e o IOS-CTT sejam responsáveis pelo pagamento da assistência prestada aos seus beneficiários no âmbito das instituições do Serviço Nacional de Saúde.

De facto, conforme decorre do artigo 23.º, n.º 1, alínea *b*), do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, a responsabilidade dos subsistemas só existe «nos termos dos seus diplomas orgânicos ou estatutários», ou quando contratualmente a tenham aceite.

Nestes termos, na ausência de instrumentos de natureza contratual que lhes atribuam essa responsabilidade ela só existe, no caso da PT-ACS, nos específicos casos em que os Planos de Saúde a onerem nesse sentido, e, no caso do IOS-CTT, nas situações em que o respectivo Regulamento o preveja.

O universo de beneficiários daquelas instituições relativamente aos quais existe a obrigação do pagamento da assistência no âmbito do SNS não coincide com a globalidade dos seus beneficiários, já que em relação a alguns tal garantia pode não existir, do que a análise dos Planos PT-ACS em vigor acima feita é testemunho, o mesmo sucedendo no âmbito do regulamento do IOS-CTT.

V

1 — Os protocolos celebrados entre o Ministério da Saúde, os CTT, S. A. e a PT-ACS visavam a transferência para estes últimos da responsabilidade pelo pagamento dos serviços prestados em instituições do SNS a beneficiários dos sistemas de saúde IOS — CTT e PT-ACS. Tal transferência tinha como contrapartida o pagamento de uma prestação pecuniária por parte do Ministério da Saúde àquelas entidades.

Através destes protocolos o Estado passava a receber o valor desses serviços, colocando-se aquelas instituições na situação dos subsistemas de saúde responsáveis pelos serviços prestados aos seus beneficiários no SNS, nos termos do artigo 23.º do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde.

Por outro lado, ao simplificar o acesso ao SNS dos seus beneficiários aquelas instituições também viam reduzida a procura sobre os seus próprios serviços ou sobre a componente privada com a qual estivessem convencionados.

Os protocolos tinham, no fundo, como objectivo a simplificação e garantia da prestação de cuidados de saúde aos trabalhadores abrangidos, realizando-se por esta via uma das funções do Estado em matéria de concretização do direito à saúde.

Mas além disso, os protocolos podem igualmente ser entendidos como uma forma de financiamento por parte do Estado da actividade das referidas instituições ([30]).

Com efeito, o apoio por parte do Estado a essas instituições cabe no âmbito da Base XXXVII da Lei de Bases da Saúde, nomeadamente no seu n.º 1.

Sendo certo que em algumas situações, por força dos específicos planos de saúde da PT-ACS ou do regulamento do IOS-CTT estas instituições já estavam obrigadas a assumir aqueles custos e nessa medida já eram considerados subsistemas para aquele feito, em muitos outros casos essa obrigação não existia, derivando agora dos protocolos assinados.

A diferença entre os montantes a que originariamente estariam obrigados e aqueles a que se obrigam por força dos protocolos, ponderada no contexto da contraprestação paga pelo Estado que pode exceder aquele valor, acaba por assumir uma forma de subsídio com que o Estado apoia o exercício da sua actividade.

Por outro lado, na parte em que aqueles subsistemas encaminham os respectivos beneficiários para respostas situadas fora do SNS, também o Estado acabava por beneficiar desta transferência de responsabilidades, uma vez que lhe incumbe a realização do direito à saúde do conjunto dos cidadãos, nomeadamente dos beneficiários daqueles subsistemas, não assumindo nestes casos os custos respectivos.

Os protocolos participam deste modo na realização do direito à saúde dos trabalhadores abrangidos, mas materializem interesses imediatos, quer do Estado, quer dos outros intervenientes, que em certas situações são contraditórios.

2 — O artigo 178.º, n.º 1, do Código do Procedimento Administrativo refere que se entende por contrato administrativo «o acordo de vontades pelo qual é constituída, modificada ou extinta uma relação jurídica administrativa».

O conceito de relação jurídica administrativa é susceptível de diferentes abordagens.

Assim, Freitas do Amaral afirma que «*relação jurídica administrativa* é aquela que, por via de regra, confere poderes de autoridade ou impõe restrições de interesse público à Administração perante os particulares, ou que atribui direitos ou impõe deveres públicos aos particulares perante a Administração» ([31]).

No entender deste autor, «um contrato é administrativo se o respectivo objecto respeitar ao conteúdo da função administrativa e se traduzir, em regra, em prestações referentes ao funcionamento dos serviços públicos,

ao exercício de actividades públicas, à gestão de coisas públicas, ao provimento de agentes públicos ou à utilização de fundos públicos» ([32]).

Marcelo Rebelo de Sousa e André Salgado de Matos apresentam vários critérios identificadores do contrato administrativo, nomeadamente, a "taxatividade legal", a "natureza dos sujeitos", as "cláusulas de sujeição", o "regime de sujeição", o "direito estatutário", o "objecto", o "fim", a "intensidade do interesse público protegido" e o "ambiente de direito administrativo" ([33]).

Assim, de acordo com aqueles autores, pelo critério da taxatividade legal, «são administrativos os contratos que como tal sejam expressamente considerados por lei»; pelo critério da natureza dos sujeitos, «são administrativos os contratos em que a administração seja parte»; pelo critério das cláusulas de sujeição, «são contratos administrativos aqueles cujo conteúdo atribui poderes de supremacia ao contraente administrativo sobre o contraente particular»; pelo critério do regime de sujeição, são contratos administrativos «aqueles nos quais, em consequência do regime que lhes é aplicável, o contraente administrativo fica colocado numa posição de supremacia em relação ao seu contraente particular»; pelo critério do direito estatutário, são contratos administrativos aqueles em que se aplique o direito administrativo como direito comum [...] da função administrativa ou da Administração Pública»; pelo critério do objecto do contrato, «são administrativos aqueles que incidam sobre relações jurídicas administrativas»; de acordo com o critério do fim, «são contratos administrativos aqueles que visem a prossecução de fins de imediata utilidade pública»; pelo critério do grau de intensidade do interesse público protegido, «são contrato administrativos aqueles que visem a prossecução do interesse público em termos tais que este tem necessariamente de prevalecer sobre o interesse particular» e de acordo com o critério do ambiente administrativo «são administrativos aqueles cujo contexto factual e normativo permita concluir pela aplicação do direito administrativo».

3 — Encontramos nos protocolos que constituem o objecto deste parecer vários elementos que nos permitem concluir no sentido de que os mesmos devem ser considerados como contratos administrativos.

Na verdade, ocorrem naqueles protocolos circunstâncias que se identificam com vários dos critérios de administratividade acima referidos. Estão nesta situação a *natureza das partes* neles intervenientes, o *objecto do contrato* e o *respectivo fim*, bem como a *ambiência de direito administrativo* que os enquadra.

Com efeito, é interveniente nos protocolos, em representação do Ministério da Saúde, um serviço deste Ministério — o IGIF — e aqueles protocolos visam disciplinar, na dimensão da responsabilidade pelos custos, o regime de prestação de assistência médica aos beneficiários dos subsistemas de saúde envolvidos, no âmbito do Serviço Nacional de Saúde.

Por outro lado, a realização das tarefas deste serviço é prioritariamente uma obrigação do Estado, através da qual se torna efectivo um direito fundamental, o direito à saúde.

Além disso, os protocolos, são enquadrados por um específico regime de direito administrativo que lhes define o fim, os intervenientes e o conteúdo material.

4 — Nos termos do disposto no n.º 2 do artigo 186.º do Código do Procedimento Administrativo, a interpretação dos contratos administrativos obedece às disposições gerais da lei civil relativas aos contratos bilaterais (artigos 236.º e ss. do Código Civil), «a menos que tais preceitos tenham sido afastados por vontade expressa dos contratantes».

As disposições do Código Civil devem considerar-se regras gerais aplicáveis a toda a contratação jurídica, pública ou privada, da mesma forma que as regras de interpretação da lei, embora inseridas no Código Civil (artigos 9.º e ss.), estão subjacentes também à determinação do significado das normas de outros ramos do direito, nomeadamente do direito administrativo.

Assim, na interpretação do contrato administrativo observam-se as regras gerais do Código Civil (artigos 236.º a 239.º) em articulação com as regras e os princípios gerais do direito administrativo (artigos 186.º, n.º 1 e 189.º do Código do Procedimento Administrativo) ([34]).

Por força do disposto no n.º 1 do artigo 186.º do Código do Procedimento Administrativo, a Administração não pode impor à contraparte, unilateralmente, pela via do acto administrativo, interpretações do contrato ou tomadas de posição sobre a validade das suas cláusulas.

Com efeito, resulta do n.º 1 daquele artigo, que «os actos administrativos que interpretem cláusulas contratuais ou que se pronunciem sobre a respectiva validade não são definitivos e executórios, pelo que na falta de acordo do co-contratante a Administração só pode obter os efeitos pretendidos através de acção a propor no tribunal competente».

Segundo Esteves de Oliveira, Pedro Gonçalves e J. Pacheco da Amorim, «os actos ou declarações do contraente administrativo sobre a interpretação ou validade das cláusulas contratuais, esses não vinculam a contraparte e não podem ser operados, sem o seu consentimento, senão através de acção (e decisão) judicial prévia. O que é o mesmo que dizer que, nestas matérias, o contraente administrativo, não tem poderes para praticar actos administrativos ("*definitivos e executórios*", diz o Código) face ao seu contraente» ([35]).

5 — Tem aplicação no domínio dos contratos administrativos o princípio que emerge do artigo 406.º do Código Civil, conhecido como o princípio da força vinculativa dos contratos, nos termos do qual «O contrato deve ser pontualmente cumprido e só pode modificar-se ou extinguir-se por mútuo consentimento das partes ou nos casos admitidos na lei».

Da força vinculativa dos contratos e da intangibilidade do seu objecto, resulta que os contratos devem ser cumpridos «ponto por ponto», de forma integral, «satisfazendo-se cabalmente todos os deveres dele resultantes» ([36]).

Conforme refere Inocêncio Galvão Teles, «o devedor tem de realizar a prestação *duma só vez*, globalmente, não podendo fazê-lo em parcelas ou fracções. O cumprimento reveste carácter *indivisível*, ainda que a prestação seja, em si, divisível» ([37]).

O contrato deve, pois, ser cumprido em todos os seus elementos e estipulações, tanto as principais como as acessórias, que estão sujeitas à «estabilidade das vinculações», ou seja das obrigações assumidas pelos contraentes.

Por outro lado, nos termos do artigo 813.º do Código Civil, que é igualmente aplicável em matéria de execução de contratos administrativos, o credor tem o dever de colaborar com o devedor na realização da prestação, incorrendo em mora se não cumprir este dever.

Conforme refere aquele autor, «em todas as obrigações de prestação de coisa e em muitas obrigações de prestação de facto, o credor tem de dar a sua *colaboração* ao devedor para que este possa cumprir nas condições legal ou contratualmente previstas» ([38]).

Nestes casos, se omitir o cumprimento da sua «colaboração o credor não infringe um *dever*; deixa — o que é diverso — de exercer o seu *direito* de cobrar o crédito. Se de infracção se pode falar, é do *ónus* de exercer esse direito, no sentido de que, abstendo-se de tal exercício nos termos expostos, se coloca numa *situação desvantajosa* [...]» ([39]).

Em certas situações o credor pode estar mesmo contratualmente obrigado a praticar certos actos que condicionem a efectivação do cumprimento. Nestes casos o credor tem a obrigação de colaborar no cumprimento e o respectivo incumprimento coloca-o numa situação de «mora debitoris» relativamente à específica obrigação com que estava onerado, com todas as consequências legais daí decorrentes.

VI

1 — Estamos agora em condições de tentar responder às questões colocadas, resposta que será individualizada relativamente a cada protocolo, uma vez que os problemas que os mesmos suscitam não são uniformes.

Acresce que o próprio enquadramento jurídico daqueles instrumentos teve uma evolução significativa durante o seu período de vigência, evolução esta que se projecta na análise das questões que suscitam.

1.1 — Da análise do protocolo assinado em 15 de Setembro de 1997, referido nos n.os 6 a 10 da matéria de facto, constata-se que a comparticipação financeira a pagar pelo Estado à PT-ACS, ali designada significativamente por subsídio, é calculada com base na comunicação feita ao IGIF pela PT-ACS, mensalmente, tendo por referência o número de beneficiários existentes.

Em nenhuma das cláusulas deste protocolo se limita o universo de beneficiários da PT-ACS, elegível como base de cálculo daquele subsídio, em função da sua inscrição ou não como utentes do Serviço Nacional de Saúde.

Com efeito, a cláusula 2.ª do protocolo refere-se aos «beneficiários dos Planos de Saúde geridos pela PT-ACS», e o n.º 1 da cláusula 4.ª do mesmo instrumento refere-se ao «número de beneficiários existentes no último dia do mês anterior».

À data encontrava-se já em vigor o artigo do 12.º, n.º 1, do Decreto-Lei n.º 198/95, de 29 de Julho, que previa que nos «contratos, convenções e protocolos ou acordos celebrados ao abrigo e no âmbito do Serviço Nacional de Saúde» deve ser prevista a apresentação do cartão de identificação do utente.

Esta previsão não teve qualquer eco no texto do protocolo que não integrou qualquer cláusula relativa a esta matéria.

Contudo, mesmo que o tivesse feito, não decorreria do cumprimento daquela norma qualquer comando sobre a forma de determinação do universo de beneficiários relevante para o cálculo da contraprestação, no âmbito dos protocolos relativos à transferência de responsabilidade, uma vez que se trata de matéria alheia à disciplina e aos objectivos daquele artigo, que são a implementação do cartão de utente.

Acresce que o condicionamento da determinação do montante da contraprestação a pagar pelo Estado, no âmbito daqueles protocolos, à inscrição na base de dados de utente do SNS dos beneficiários abrangidos, só veio a surgir no n.º 3 na Portaria n.º 981/99, de 30 de Novem-

bro, diploma entrado em vigor numa data muito posterior à celebração daquele Protocolo.

Coerentemente com o teor daquele Protocolo, a Circular Normativa n.º 2, de 21/06/2000, do IGIF, publicada ainda na vigência deste Protocolo, veio esclarecer que para determinação da responsabilidade pelos encargos com as prestações de saúde, ou seja para a identificação dos subsistemas a quem o Estado podia pedir o reembolso dos custos da assistência, se consideram «como requerentes da emissão de cartão de identificação de utente do Serviço Nacional de Saúde», entre outros, os beneficiários da PT — ACS.

O texto deste protocolo de 1997 não autoriza, pois, a delimitação da base de cálculo daquele subsídio em função da inscrição ou não dos beneficiários da PT-ACS como utentes do SNS.

Acresce que a entrada em vigor do regime decorrente da Portaria n.º 981/99, de 30 de Outubro, na vigência daquele protocolo, não acarreta a integração no mesmo da disciplina emergente daquela Portaria.

Por outro lado, Administração não pode impor a interpretação do referido protocolo em conformidade com o teor daquele diploma. Tratar-se-ia, de facto, de uma verdadeira alteração das cláusulas do contrato, materializada na definição de uma nova forma de cálculo da contraprestação, o que só possível por via negocial.

1.2 — Resulta da matéria de facto fixada nos n.os 11 e 12, que o âmbito do protocolo de 1997 foi alargado a outras «sociedades que detenham ou venham a institucionalizar planos de saúde» assegurados pela PT-ACS, por despacho do Ministro da Saúde de 4 de Junho de 2001.

A delimitação do universo de trabalhadores tomados como base de cálculo, na parte relativa ao alargamento já ficou condicionada à referida inscrição. Deste modo, esta cláusula tinha apenas eficácia no âmbito desse alargamento, não sendo oponível, sem acordo expresso da mesma, à PT-ACS relativamente ao conjunto de beneficiários abrangidos inicialmente pelo protocolo.

Tal como resulta do n.º 14 da matéria de facto fixada, o IGIF no segundo semestre de 2002 solicitou à PT-ACS um ficheiro com indicação dos beneficiários daquela associação, «com vista à integração dos mesmos, de forma oficiosa, na base de dados do cartão de utente (saúde), o que a PT-ACS satisfez em Novembro de 2002».

Os elementos fornecidos a este Conselho não permitem esclarecer se aquele ficheiro se referia ao conjunto de beneficiários da PT-ACS, ou a um segmento delimitado dos mesmos e se os elementos fornecidos permitiam a individualização dos beneficiários abrangidos pela extensão do protocolo.

Do mesmo modo, não foram fornecidos a este Conselho elementos que permitam esclarecer se o Ministério da Saúde enquadrou os referidos beneficiários como utentes do Serviço Nacional de Saúde e, caso negativo, as razões pelas quais tal não se verificou.

Com efeito, os únicos elementos seguros apurados limitam-se ao facto de aquele Ministério ter solicitado o ficheiro acima referido, com vista à inscrição oficiosa, dos referidos beneficiários na base de dados do cartão de utente do SNS.

Acresce que o despacho do Ministro da Saúde que autorizou o alargamento do âmbito do protocolo é omisso sobre as circunstâncias em que os referidos beneficiários seriam integrados na base de dados de utente do SNS, questão que é relevante para a aferição da existência ou não da obrigação de o Estado proceder, oficiosamente, a essa integração.

Trata-se, contudo, de questão que se coloca, de igual modo, relativamente ao protocolo de 2004 e que retomaremos no âmbito da apreciação desse protocolo.

2 — Da análise do protocolo entre o Ministério da Saúde e a PT-ACS entrado em vigor em 1 de Janeiro de 2004 e referido nos n.os 15 a 20 da matéria de facto, constata-se que o mesmo toma como base para o cálculo da comparticipação financeira a atribuir pelo Ministério da Saúde à PT-ACS os «beneficiários dos planos de saúde geridos pela PT-ACS que se encontrem inscritos na base de dados do cartão de saúde com essa qualidade durante o ano civil a que se reporta a comparticipação».

Face a esta cláusula torna-se evidente que a comparticipação era calculada tendo como ponto de partida os beneficiários da PT-ACS que se encontrassem inscritos como utentes do SNS.

Este pressuposto sai reforçado com o facto de, nos termos do próprio protocolo, se prever que a PT-ACS enviaria mensalmente a relação de «beneficiários elegíveis», sendo este o número de referência para o cálculo, desde que validado pelo IGIF.

Por outro lado, na cláusula 2.ª deste protocolo indicam-se como beneficiários abrangidos os beneficiários de planos de saúde geridos pela PT-ACS que «sejam alternativos ao SNS».

Verifica-se, assim, que as partes apenas quiseram abranger com este protocolo os beneficiários de planos de saúde que consideraram como alternativos ao SNS.

O protocolo não oferece quaisquer elementos que permitam a identificação dos planos de saúde que se podiam integrar nesta categoria, o que só poderia ser alcançado face ao conteúdo dos concretos planos de saúde na altura em vigor e da relação da assistência garantida pelos mesmos com a prestada no âmbito do Serviço Nacional de Saúde.

Poderá tratar-se dos planos de saúde que não previam expressamente a assunção da responsabilidade pela assistência no âmbito do SNS, não existindo elementos que permitam a concretização do conteúdo desta cláusula.

Com esta interpretação era necessário que os elementos fornecidos pela PT-ACS permitissem a individualização dos beneficiários destes planos de saúde no contexto global dos beneficiários dos planos de saúde da responsabilidade daquela associação.

2.1 — O protocolo entrado em vigor em 1 de Janeiro de 2004, ao contrário do protocolo assinado com os CTT e referido nos n.os 23 a 30 da matéria de facto, é omisso sobre as condições em que seriam integrados na base de dados de utente do SNS os beneficiários que ali não estavam inscritos.

Na verdade, refere-se no n.º 2 da cláusula 2.ª deste protocolo que «são elegíveis para os efeitos do presente protocolo os beneficiários dos planos de saúde geridos pela PT-ACS que se encontrem inscritos na base de dados do cartão de saúde com essa qualidade durante o ano civil a que se reporta a comparticipação».

Depois, o n.º 3 da mesma cláusula especifica que «para os efeitos do número anterior, a PT-ACS enviará ao IGIF mensalmente, em suporte informático, a identificação dos beneficiários elegíveis nos termos desta cláusula, sendo este o número que determina pagamento da comparticipação por parte do Estado, desde que validado pelo IGIF».

A comunicação prevista neste número permitia ao IGIF fazer a verificação dos beneficiários inscritos na referida base, verificação esta que era o ponto de partida da validação do número de beneficiários com aquela qualidade, durante o ano a que se reporta a comparticipação, relevante para o cálculo da mesma.

Essa verificação, face ao texto do protocolo, não pode confundir-se com a integração na referida base de dados dos beneficiários que à mesma eram alheios.

De facto, era do conhecimento de ambas as partes que existiam múltiplos beneficiários desses planos de saúde que se não se encontravam inscritos naquela base da dados, atenta a experiência de execução do anterior protocolo, sendo igualmente evidente que a inscrição condicionava o pagamento da comparticipação devida pelo Estado e a possibilidade de este reivindicar à PT-ACS o valor da assistência prestada aos beneficiários daquele subsistema.

Esta situação poderia ter motivado uma cláusula com o conteúdo daquela que foi inserida no protocolo dos CTT — cláusula 4.ª — que refere que «a inscrição dos beneficiários do regime de protecção da saúde dos CTT — Correios de Portugal, S.A, como utentes do SNS e a emissão dos respectivos cartões de utente, será feita com base em suporte informático fornecidos pelos CTT», o que manifestamente não sucedeu com o protocolo sob análise.

Acresce que o protocolo celebrado com os CTT fora assinado em 6 de Outubro de 1999, sendo o respectivo conteúdo do conhecimento de ambas as partes e não deixa de ser significativo que o protocolo com a PT — ACS não integre tal tipo de cláusula.

Não pode, neste contexto, afirmar-se -se, que os elementos informáticos remetidos mensalmente pela PT-ACS ao IGIF, nos termos da cláusula 2.ª, se destinavam a permitir a inscrição na base de dados de utente, e que, por tal motivo, tenha resultado do protocolo para o Estado a obrigação de integração, oficiosa, dos referidos beneficiários naquela base de dados.

2.2 — Da matéria de facto fixada não resulta que a PT-ACS tenha cumprido a obrigação de remessa mensal em suporte informático da identificação dos beneficiários elegíveis para o cálculo, omissão à qual o Estado não terá reagido.

Por outro lado, sabe-se que, para além dos elementos recebidos em Novembro de 2002, em Outubro de 2005 as partes acordaram na remessa do ficheiro com os dados dos beneficiários elegíveis relativos ao ano de 2004.

Não existem elementos que permitam identificar qualquer reacção do Ministério da Saúde à omissão de cumprimento por parte da PT-ACS da obrigação de remessa mensal da relação dos funcionários.

Do mesmo modo, da matéria de facto fixada no n.º 37, resulta que os representantes do Ministério da Saúde na comissão paritária referiram que o IGIF efectuaria «a inscrição automática na base de dados do cartão» de utente dos beneficiários dos Planos de Saúde que não constavam daquela base de dados, «ou seja que não possuíam cartão de utente do SNS».

Esta posição encontra-se na linha da atitude tomada por aquele Ministério face ao anterior Protocolo, conforme resulta do ponto n.º 14 da matéria de facto.

Contudo, ponderadas as funções da comissão de acompanhamento referidas no ponto n.º 20 da matéria de facto, pode afirmar-se que aquela tomada de posição, se entendida como fonte de uma nova obrigação para o Estado, viola o próprio protocolo, já que não cabe nas funções

da comissão a fixação de quaisquer novas obrigações para as partes e a inerente alteração dos termos do mesmo protocolo.

Resulta igualmente da factualidade fixada que a projectada integração oficiosa não ocorreu, tendo o IGIF assumido — ponto n.º 41 — que não existiam condições técnicas para proceder à mesma e que estavam em curso medidas que seriam afectadas com a sua efectivação.

Os elementos fornecidos a este Conselho não permitem caracterizar os problemas de natureza técnica invocados pelo IGIF para fundamentar a não integração oficiosa e não foram igualmente fornecidos quaisquer elementos que permitam caracterizar as novas medidas cuja implementação seria inviabilizada pela integração oficiosa em causa.

Tais medidas, a materializarem um mudança de orientação política, justificariam uma ponderação no sentido de saber se tal alteração preenchia os requisitos do «imperativo de interesse público» que legitimasse a resolução do protocolo nos termos do artigo 180.º, alínea *c*), do Código do Procedimento Administrativo. Trata-se, contudo, de questão para cuja análise não foram fornecidos elementos relevantes.

As dificuldades de integração na base de utentes do SNS dos beneficiários da PT-ACS eram conhecidas dos signatários do protocolo de 2004, na data em que o mesmo foi celebrado, atenta a experiência de execução do anterior e as dificuldades que o mesmo provocou.

Apesar disso, como acima se referiu, aquele protocolo é omisso sobre as condições de integração dos referidos beneficiários, não decorrendo do texto do mesmo qualquer obrigação para o Estado no sentido de este proceder a tal integração.

As posições tomadas pelos representantes do Ministério da Saúde no âmbito da comissão de acompanhamento não são fundamento bastante para tal obrigação, devendo ser entendidas como uma mera declaração de intenções, cuja concretização se veio a verificar não ser possível.

3 — As considerações formuladas a propósito do protocolo assinado em 1 de Janeiro de 2004 com a PT-ACS são similares, em alguns aspectos, às questões suscitadas pelo Protocolo assinado em 6 de Outubro de 1999 com os CTT — Correios de Portugal, S. A., referido na matéria de facto fixada nos n.os 23 a 30.

Também aqui a comparticipação a pagar aos CTT — Correios de Portugal, S. A.,ficava dependente da prévia «emissão de cartão de utente do SNS».

A inscrição dos beneficiários do IOS-CTT como utentes do Serviço Nacional de Saúde seria feita pelos serviços competentes do Ministério da Saúde com base em suporte informático fornecido pelos CTT que seria actualizado mensalmente, «sendo as alterações comunicadas ao IGIF».

O protocolo considerava como beneficiários relevantes para cálculo da comparticipação os trabalhadores «activos ou aposentados, subscritores da Caixa Geral de Aposentações» e seus descendentes, em determinadas condições.

Nos termos do protocolo, a factura a emitir semestralmente pelos CTT e a enviar ao IGIF tem como elemento base o «número médio de beneficiários existente», que não podem ser outros senão os «trabalhadores activos ou aposentados dos CTT, subscritores da Caixa Geral de Aposentações» e seus descendentes, inscritos na base de dados de utente do SNS, já que o protocolo utiliza um único conceito de beneficiário.

De acordo com matéria de facto fixada — ponto n.º 31 — foram integrados na base de dados de utente do SNS com a menção «entidade responsável — IOS/Correios Portugal» trabalhadores daquela empresa, não havendo elementos no processo que permitam relacionar esses trabalhadores com o universo base de subscritores da Caixa Geral de Aposentações e seus descendentes e esclarecer os fundamentos da posição dos CTT- Correios de Portugal, S. A.

A base de cálculo da comparticipação a pagar pelo Ministério da Saúde àquela empresa, face aos elementos existentes, não é constituída pelo número de beneficiários IOS-CTT integrados nas facturas remetidas ao IGIF, mas sim pelo número desses trabalhadores que se mostrem inscritos na base de dados de utente do SNS, no período de tempo relevante para o efeito.

A comparticipação devida pelo Estado é paga anualmente em duas prestações, tendo por base a factura apresentada pelos CTT com base no número médio dos beneficiários existente.

A não integração na base de dados de utente do SNS de beneficiários do IOS-CTT susceptíveis de serem abrangidos por este protocolo, derivada de um eventual atraso no cumprimento por parte dos CTT da obrigação prevista na cláusula 4.ª do mesmo protocolo, deverá ser ponderada no cálculo da comparticipação devida pelo Ministério da Saúde, em conformidade com os elementos ali fixados.

VII

Termos em que se formulam as seguintes conclusões:

1.ª A Portugal Telecom — Associação de Cuidados de Saúde — PT-ACS e o Instituto de Obras Sociais — IOS-CTT são subsistemas de saúde, para os efeitos do disposto no artigo 23.º, n.º 1, alínea *b*), do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, anexo ao Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro;

2.ª Nos termos da disposição legal citada na conclusão anterior, a PT-ACS e o IOS-CTT só são responsáveis pelo pagamento da assistência médica prestada aos seus beneficiários no âmbito de instituições do Serviço Nacional de Saúde, quando, estatutária, legal ou contratualmente, a tal sejam obrigados;

3.ª No âmbito do protocolo celebrado entre o Ministério da Saúde e a PT-ACS, assinado em 15 de Setembro de 1997, a inscrição como utente do SNS só é exigível como base de cálculo do subsídio a pagar por aquele Ministério à PT-ACS, relativamente aos beneficiários abrangidos pelo alargamento de âmbito daquele protocolo, decorrente do despacho do Ministro da Saúde de 4 de Junho de 2001;

4.ª No protocolo celebrado entre o Ministério da Saúde e a PT-ACS, entrado em vigor em 1 de Janeiro de 2004, a base de cálculo da contraprestação a pagar pelo Estado àquela associação é constituída pelo número de beneficiários de planos de saúde geridos por aquela associação que sejam alternativos ao SNS e que se encontrem inscritos na base de dados do cartão de saúde com essa qualidade durante o ano civil a que se reporta a comparticipação;

5.ª O despacho do Ministro da Saúde referido na conclusão 3.ª e o protocolo referido na conclusão anterior são omissos sobre a forma de integração dos beneficiários da PT-ACS abrangidos na base de dados do utente do SNS, não derivando daqueles despacho e protocolo a obrigação de o Estado proceder a essa integração, oficiosamente;

6.ª No protocolo celebrado entre o Ministério da Saúde e os CTT — Correios de Portugal, S. A., assinado em 6 de Outubro de 1999, a base de cálculo da contraprestação a pagar pelo Ministério da Saúde àquele empresa é constituída pelos beneficiários do IOS-CTT que se encontrem inscritos na base de dados respectiva como utentes do Serviço Nacional de Saúde, com aquela menção.

Este parecer foi votado na sessão do conselho consultivo da Procuradoria-Geral da República de 17 de Abril de 2008.

Fernando José Matos Pinto Monteiro — António Leones Dantas (relator) — Maria Manuela Flores Ferreira — José David Pimentel Marcos — Alberto Esteves Remédio — João Manuel da Silva Miguel — Maria de Fátima da Graça Carvalho — Manuel Pereira Augusto de Matos — José Luís Paquim Pereira Coutinho — Fernando Bento.

Este parecer foi homologado por despacho de S. Ex.ª o Secretário de Estado Adjunto e da Saúde de 5 de Junho de 2008.

Está conforme.

Lisboa, 25 de Junho de 2008. — O Secretário da Procuradoria-Geral da República, *Carlos José de Sousa Mendes.*

(1) Ofício n.º 7721, de 4-09-2007 – Processos n.os 1287/06 e 2653/06, do Gabinete do Secretário de Estado da Saúde, registado na Procuradoria-Geral da República em 4 de Setembro de 2007.

(2) *Ibidem.*

(3) *Ibidem.*

(4) O Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde foi extinto pela alínea b) do n.º 2 do artigo 26.º do Decreto-Lei n.º 219/2006, de 27 de Outubro, «sendo as respectivas atribuições relativas aos serviços não integrados no SNS integradas na Secretaria-Geral, e as restantes atribuições integradas na Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.».

(5) Rectificado através da Declaração de Rectificação n.º 136/92, publicada no *Diário da República*, I Série, de 31 de Agosto de 1991.

(6) A abordagem feita neste número aos Planos de Saúde tem por base a informação sobre os mesmos que se encontra em http//www.ptacs.pt.

(7) *Constituição da República Portuguesa* Anotada, Volume I, Coimbra Editora, 2007, p. 825.

(8) *Idem.*

(9) Gomes Canotilho e Vital Moreira, *Obra citada*, p. 827.

(10) *Idem.*

(11) Sobre o conteúdo do segmento normativo «tendencialmente gratuito», cfr. Acórdão do Tribunal Constitucional n.º 731/95, de 14 de Dezembro de 1995, in http//www.tribunalconstitucional.pt.

(12) Gomes Canotilho e Vital Moreira, *Obra citada*, p. 829

(13) Gomes Canotilho e Vital Moreira, *Obra citada*, p. 830.

(14) Alterada pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro.

(15) Com as alterações introduzidas pelos Decretos-Leis n.º 276-A/2007, de 31 de Julho; 223/2004, de 3 de Dezembro; 185/2002, de 20 de Agosto; 68/2000, de 26 de Abril; 157/99, de 10 de Maio; 401/98, de 17 de Dezembro; 97/98, de 18 de Abril; 53/98, de 11 de Março, 77/96, de 18 de Junho e 222/2007, de 29 de Maio.

(16) Sobre o modelo de financiamento do SNS, cf. Ivone da Rocha Santos, "Modelos de financiamento do Sistema de Saúde", *Políticas de Saúde*, Coordenação de Rui Nunes, Porto, 2003, pp. 111 e ss.

(17) A redacção do n.º 1 desta Base resulta da Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro.
(18) Os n.os 3, 4, 5 e 6 foram aditados pelo Decreto-Lei n.º 401/98, de 17 de Dezembro.
(19) Sobre seguros de saúde, cf. A. Marques dos Santos, "Os Seguros de Saúde", *Direito da Saúde e da Bioética*, AAFDL, Lisboa 1996, pp. 217 e ss.
(20) Foi objecto das alterações decorrentes do Decreto-Lei n.º 48/97, de 27 de Fevereiro e do Decreto-Lei n.º 52/2000, de 7 de Abril.
(21) Sobre o formulário de identificação do utente que serve de base à emissão do cartão, cf. Portaria n.º 753/96, de 20 de Dezembro. Sobre o modelo de cartão, cf. Portaria n.º 161-A/97, de 6 de Março.
(22) Redacção resultante do Decreto-Lei n.º 52/2000, de 7 de Abril.
(23) Homologado por despacho do Ministro da Saúde de 18 de Março de 1996 e publicado no *Diário da República*, 2.ª série, de 13 de Setembro de 1996.
(24) Homologado por despacho do Ministro da Saúde de 17 de Setembro de 1999 e publicado no *Diário da República*, 2.ª série, de 4 de Janeiro de 2000.
(25) *Dicionário da Língua Portuguesa*, Academia das Ciências de Lisboa, Verbo, 2001.
(26) Parecer n.º 48/98, de 24 de Abril de 1999.
(27) *Idem.*
(28) "Projecto de Proposta de Lei de Bases da Saúde", *Legislação, Cadernos de Ciência de Legislação*, INA, n.º 27, Janeiro Março de 2000, pp. 73 e ss.
(29) Parecer n.º 48/98, de 24 de Abril de 1999.
(30) Sobre apoios financeiros por parte do Estado, cf. o parecer deste Conselho n.º 14/2004, de 16 de Agosto de 2004.
(31) *Curso de Direito Administrativo*, vol. II, Almedina, 6.ª Reimpressão, p. 518.
(32) *Obra citada*, p. 519.
(33) *Direito Administrativo Geral*, Tomo III, Dom Quixote, 2007, pp. 268 e ss.
(34) Sobre a interpretação do contrato administrativo, cf. Freitas do Amaral, *Obra citada*, vol. II, pp. 608 a 614, Marcello Caetano, *Manual de Direito Administrativo*, vol. I, 10.ª edição, (Reimpressão), pp. 610 a 614 e o parecer n.º 15/2007, deste Conselho, de 29 de Março de 2007, Ponto n.º 5, inédito.
(35) *Código do Procedimento Administrativo*, 2.ª Edição, Almedina, 1997, p. 850.
(36) Inocêncio Galvão Teles, *Direito das Obrigações*, 7.ª Edição, Coimbra Editora, p. 82.
(37) *Obra citada,* p. 223.
(38) *Obra citada*, p. 313.
(39) *Obra citada*, p. 321.

PARTE E

INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DO TRABALHO E DA EMPRESA

Despacho n.º 17962/2008

Concurso para professor associado do Grupo VIII de disciplinas — Ciências e Tecnologias da Informação, aberto por Edital n.º 311/2007 (2.ª série), publicado no *Diário da República* n.º 80, de 24 de Abril de 2007.

O acórdão de 13 de Novembro de 2007 do Pleno da Secção do Contencioso Administrativo do S.T.A., proferido em sede de recurso por oposição de julgados no seu processo n.º 1140/06, veio considerar aplicável aos concursos regulados pelo Estatuto da Carreira Docente Universitária a exigência de divulgação atempada do sistema de classificação final, constante do artigo 5.º, n.º 2 do Decreto-Lei n.º 204/98, de 11 de Julho.

O concurso identificado em epígrafe, aberto em data anterior à da prolação desse acórdão, não podia por definição considerar a opção jurisprudencial que veio a ser tomada no âmbito desse recurso, em parte contrária às regras de procedimento fixadas no E. C. D.U.

Essa opção jurisprudencial, com o seu particular relevo, tem doravante de ser tida em conta.

Assim, considerada a jurisprudência que agora se firmou e a muito forte possibilidade de todo o procedimento concursal vir a ser objecto de decisão judicial no mesmo sentido, revogo o meu despacho de 30 de Março de 2007, a que se refere o Edital n.º 311/2007, publicado no *Diário da República* n.º 80, de 24 de Abril de 2007, que autorizou a respectiva abertura, com a consequente anulação de todo o procedimento, nos termos do artigo 145.º, n.º 2 do Código do Procedimento Administrativo.

24 de Junho de 2008. — O Presidente, *Luís Antero Reto.*

Despacho n.º 17963/2008

Concurso para professor associado do Grupo X de disciplinas — Psicologia Social e Organizacional, aberto por Edital (extracto) n.º 174/2007 (2.ª série), publicado no *Diário da República* n.º 40, de 26 de Fevereiro de 2007.

O acórdão de 13 de Novembro de 2007 do Pleno da Secção do Contencioso Administrativo do S.T.A., proferido em sede de recurso por oposição de julgados no seu processo n.º 1140/06, veio considerar aplicável aos concursos regulados pelo Estatuto da Carreira Docente Universitária a exigência de divulgação atempada do sistema de classificação final, constante do artigo 5.º, n.º 2 do Decreto-Lei n.º 204/98, de 11 de Julho.

O concurso identificado em epígrafe, aberto em data anterior à da prolação desse acórdão, não podia por definição considerar a opção jurisprudencial que veio a ser tomada no âmbito desse recurso, em parte contrária às regras de procedimento fixadas no E. C. D.U.

Essa opção jurisprudencial, com o seu particular relevo, tem doravante de ser tida em conta.

Assim, considerada a jurisprudência que agora se firmou e a muito forte possibilidade de todo o procedimento concursal vir a ser objecto de decisão judicial no mesmo sentido, revogo o meu despacho de 3 de Janeiro de 2007, a que se refere o Edital (extracto) n.º 174/2007, publicado no *Diário da República* n.º 40, de 26 de Fevereiro de 2007, que autorizou a respectiva abertura, com a consequente anulação de todo o procedimento, nos termos do artigo 145.º, n.º 2 do Código do Procedimento Administrativo.

24 de Junho de 2008. — O Presidente, *Luís Antero Reto.*

Despacho (extracto) n.º 17964/2008

Concurso para professor associado do Grupo XIII de disciplinas — Sociologia II, aberto por Edital n.º 762/2007 (2.ª série), publicado no *Diário da República* n.º 179, de 17 de Setembro de 2007.

O acórdão de 13 de Novembro de 2007 do Pleno da Secção do Contencioso Administrativo do S.T.A., proferido em sede de recurso por oposição de julgados no seu processo n.º 1140/06, veio considerar aplicável aos concursos regulados pelo Estatuto da Carreira Docente Universitária a exigência de divulgação atempada do sistema de classificação final, constante do artigo 5.º, n.º 2 do Decreto-Lei n.º 204/98, de 11 de Julho.

O concurso identificado em epígrafe, aberto em data anterior à da prolacção desse acórdão, não podia por definição considerar a opção jurisprudencial que veio a ser tomada no âmbito desse recurso, em parte contrária às regras de procedimento fixadas no E. C. D. U.

Essa opção jurisprudencial, com o seu particular relevo, tem doravante de ser tida em conta.

Assim, considerada a jurisprudência que agora se firmou e a muito forte possibilidade de todo o procedimento concursal vir a ser objecto de decisão judicial no mesmo sentido, revogo o meu despacho de 23 de Agosto de 2007, a que se refere o Edital n.º 762/2007, publicado no *Diário da República* n.º 179, de 17 de Setembro de 2007, que autorizou