ERS
ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE
20 ANOS

DELIBERAÇÕES

27 DE FEVEREIRO DE 2025

ERS/091/2024

DELIBERAÇÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

DA ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE

(VERSÃO NÃO CONFIDENCIAL)

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

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

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

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

Visto o processo registado sob o n.° ERS/091/2024;

I. DO PROCESSO

I.1. Origem do processo

1. No dia 26 de janeiro de 2024, a ERS tomou conhecimento de uma reclamação subscrita por P.G., visando a atuação da entidade Joaquim Chaves, Clínicas Médicas, S.A., titular do NIPC 502 157 640, a qual se encontra registada no Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados (SRER) da ERS, sob o n.º 13822, no estabelecimento Joaquim Chaves Saúde – Clínica de Miraflores, por si explorado, o qual, por sua vez, se encontra registado no SRER da ERS sob o n.º 153185.

2. Na sobredita reclamação, registada internamente sob o n.º REC/12258/2024, o reclamante alega, em suma, que, no dia 9 de maio de 2023, acedeu ao estabelecimento explorado pela entidade Joaquim Chaves, Clínicas Médicas, S.A., a fim de realizar um meio complementar de diagnóstico e terapêutica (MCDT), concretamente, TAC tórax, na qualidade de beneficiário do Serviço Nacional de Saúde (SNS);

3. Mais alega que procedeu à respetiva admissão, apresentou a prescrição (P1) emitida pelo médico assistente e acedeu à realização do referido MCDT.

4. Finda a prestação de cuidados de saúde, foi contactado pelo prestador, informando-o "[…] *que tinha havido um lapso e a credencial que possuía não tinha acordo com a clínica, uma vez que era ARS Leiria e não ARS Lisboa e Vale do Tejo* […]" e , consequentemente, da necessidade de proceder ao pagamento do montante de 92,50 EUR (noventa e dois euros e cinquenta cêntimos), tendo contestando aquele pagamento alegando que "[…] [n]*inguém me deu conhecimento aquando da admissão deste facto, pelo que se tivesse recebido essa informação não teria feito o dito exame nestas instalações* […]".

5. Em sede de alegações iniciais, o prestador esclareceu que:

   "[…]

   No dia 9 de maio de 2023, o Sr. [P.G.] *compareceu na nossa Clínica de Miraflores, a fim de realizar um exame de imagiologia, fazendo-se acompanhar de uma credencial do Serviço Nacional de Saúde, da região de Leiria. Posteriormente é informado, que se encontra a pagamento o ato realizado, por a prescrição apresentada não ser elegível para o efeito.*

   […]

   O Grupo Joaquim Chaves Saúde tem acordo com o Serviço Nacional de Saúde, no âmbito da imagiologia, apenas para prescrições da região de Lisboa e Vale do Tejo (LVT). Apesar de aceitar o pedido médico, como comprovativo da necessidade de realização de um exame, devidamente atestado por um médico, em termos de faturação, pela regra imposta pelo Serviço Nacional de Saúde, este não pode ser cobrado com o protocolo do SNS.

[...]".

6. Face à necessidade de uma averiguação mais aprofundada dos factos relatados, ao abrigo das atribuições e competências da ERS, o respetivo Conselho de Administração determinou, por deliberação de 10 de outubro de 2024, proceder à abertura do presente processo de inquérito, registado internamente sob o n.º ERS/91/2024.

I.2. Diligências

7. No âmbito da investigação desenvolvida pela ERS, realizaram-se as seguintes diligências instrutórias:

   (i) Notificação de abertura de processo de inquérito enviada ao reclamante P.G., por ofício datado de 15 de outubro de 2024, com a referência n.º 366428/2024;

   (ii) Notificação de abertura de processo de inquérito e pedido de elementos enviado à entidade Joaquim Chaves, Clínicas Médicas, S.A., por ofício datado de 15 de outubro de 2024, com a referência n.º 366430/2024;

   (iii) Receção, em 02 de dezembro de 2024, da resposta apresentada pela entidade Joaquim Chaves, Clínicas Médicas, S.A. ao pedido de elementos efetuado;

   (iv) Consulta dos dados registados, no SRER da ERS, relativos à entidade Joaquim Chaves, Clínicas Médicas, S.A. e ao estabelecimento prestador de cuidados de saúde por si explorado;

   (v) Pesquisa no Portal MJ – Publicação On-line de Ato Societário, referente à sociedade comercial Joaquim Chaves, Clínicas Médicas, S.A., titular do NIPC 502 157 640, com sede na Rua Aníbal Bettencourt – Alto dos Barronhos, n.º 3, 2790-225 - Carnaxide.

II. DOS FACTOS

II.1 Da reclamação n.º REC/12258/2024

8. Concretamente, na reclamação apresentada o reclamante refere o seguinte:

"[...]

Dia 9/5/2023 desloquei-me à clínica Joaquim Chaves saúde – Miraflores para realizar um TAC tórax através da entidade ARS. Apresentei a credencial passada pelo médico de família, fizeram a admissão, fiz o exame e passado cerca de uma semana contactam a dizer que tinha havido um lapso e a credencial que possuía não tinha acordo com a clínica, uma vez que era ARS Leiria e não ARS Lisboa e Vale do Tejo. Ninguém me deu conhecimento aquando da admissão deste facto, pelo que se tivesse recebido essa informação não teria feito o dito exame nestas instalações. Após isto, pretendem que pague o exame com um valor de 92.5 €, por um erro assumido pela clínica, não tendo sequer havido uma justificação para tal no e-mail enviado. Apenas relataram que teria um valor a pagamento e ignoraram o relato dos factos apresentados. Não posso de todo corroborar com tal facto, razão pela qual apresento a presente reclamação. Fico a aguardar resposta, sendo que irei apresentar também reclamação junto das entidades competentes de defesa consumidor.

[...]

Factura apresentada com data 22/05/2023;

F [...]

Cumprimentos [P.G.]

[...]".

9. Em resposta à reclamação apresentada, a entidade Joaquim Chaves, Clínicas Médicas, S.A. informou o reclamante que:

"[...]

Contactamo-lo na sequência do registo efetuado em Livro de Reclamações Eletrónico, a 9 de janeiro, com a ref.ª [...] *e que agradecemos. Em relação ao exposto, por favor considere:*

A Clínica de Miraflores, bem como as restantes unidades da Joaquim Chaves Saúde, exerce a sua atividade diária com uma preocupação permanente na qualidade do serviço prestado. Somos particularmente sensíveis à insatisfação dos nossos Clientes e utilizamo-la como base de melhoria.

No dia 9 de maio de 2023, o Sr. [P.G.] *compareceu na nossa Clínica de Miraflores, a fim de realizar um exame de imagiologia, fazendo-se acompanhar de uma credencial do Serviço Nacional de Saúde, da região de Leiria. Posteriormente é informado, que se encontra a pagamento o ato realizado, por a prescrição apresentada não ser elegível para o efeito. O Sr.* [P.G.] *fez-nos chegar o seu desagrado por no seu entendimento, a diferenciação feita entre as prescrições dos exames requisitados não ser da sua responsabilidade, considerando que essa informação deveria ter sido transmitida no ato de admissão.*

Asseguramos que a nossa equipa administrativa local é experiente, pelo que acreditamos que não houve intenção em altura alguma criar transtorno ao Sr. [P.G.]. *Salientamos que o Grupo Joaquim Chaves Saúde aposta na formação contínua das suas equipas e em ações pedagógicas direcionadas que visam a melhoria dos serviços. Pelo exposto, revimos com a nossa equipa de atendimento, os aspetos mais sensíveis da mensagem que nos fez chegar para evitarmos reincidências.*

Detetado o equívoco, o Grupo Joaquim Chaves Saúde, realizou a devida correção, comunicando ao Sr. [P.G.] *que a faturação se poderia realizar pela entidade Vitória da qual o Sr.* [P.G.] *é beneficiário, fazendo notar o valor em liquidação do ato realizado.*

O Grupo Joaquim Chaves Saúde tem acordo com o Serviço Nacional de Saúde, no âmbito da imagiologia, apenas para prescrições da região de Lisboa e Vale do Tejo (LVT).

Apesar de aceitar o pedido médico, como comprovativo da necessidade de realização de um exame, devidamente atestado por um médico, em termos de faturação, pela regra imposta pelo Serviço Nacional de Saúde, este não pode ser cobrado com o protocolo do SNS.

O controlo da prescrição e realização de exames complementares de diagnóstico por parte das entidades responsáveis pelo seu pagamento tem vindo a modificar-se ao

longo dos últimos anos, sendo exigida ao Grupo Joaquim Chaves Saúde, uma série de regras impostas pela adesão aos respetivos contratos. As nossas Clínicas limitam-se a transpor para o seu dia-a-dia essas regras dando cumprimento ao que lhes é exigido.

Quanto ao exame em questão, este foi realizado com todo o rigor e profissionalismo que é exigido à nossa instituição, tendo sido entregue um resultado de qualidade inquestionável.

Lamentamos o transtorno induzido ao Sr. [P.G.]*, esperamos que compreenda a razoabilidade da nossa argumentação.*

[...]".

II.2. Da notificação da abertura do processo de inquérito e pedido de elementos, enviado à entidade Joaquim Chaves, Clínicas, S.A., e da resposta por esta concedida

10. Por ofício da ERS datado de 15 de outubro de 2024 (registado internamente sob o n.º 366430/2024), foi a entidade Joaquim Chaves, Clínicas, S.A. notificada da abertura do presente processo de inquérito, tendo-lhe sido solicitados os seguintes elementos:

"[...]

1. *Pronúncia detalhada sobre o teor da reclamação já junta sob o anexo I;*
2. *Descrição de toda a informação prestada ao utente em momento anterior à prestação de cuidados em apreço;*
3. *Cópia da correspondência trocada com o utente relativamente ao assunto em análise, nomeadamente eventual(ais) resposta(s) já remetida(s) na sequência da reclamação apresentada;*
4. *Cópia(s) de eventual(ais) faturas/recibos e/ou eventuais notas de crédito emitidas ao reclamante, respeitante aos cuidados de saúde aludidos na sobredita reclamação;*
5. *Cópia do(s) documento(s) em que se encontra(m) descrita(s) as normas e/ou o(s) procedimento(s) interno(s) para a prestação de informações aos utentes no âmbito*

da prestação de cuidados de saúde, concretamente, em matéria de faturação de cuidados de saúde;

6. *Explicitação dos procedimentos administrativos adotados no âmbito da prestação de informação aos utentes, com indicação dos profissionais que habitualmente têm a seu cargo a predita função de informar; dos procedimentos administrativos referentes à cobrança dos cuidados e serviços de saúde prestados aos utentes;*
7. *Envio de quaisquer esclarecimentos complementares que V. Exas. julguem necessários e relevantes para a análise do caso concreto.*

[…]" – Cfr. Fls. 14-17 dos autos.

11. Por mensagem de correio eletrónico, datada de 2 de dezembro de 2024, veio a entidade Joaquim Chaves, Clínicas, S.A. prestar os seguintes esclarecimentos:

"[…]

JOAQUIM CHAVES CLÍNICAS MÉDICAS, S.A., notificada para se pronunciar sobre a reclamação apresentada pelo Utente Exmo. Senhor [P.G.], *vem informar Vexas. do seguinte:*

Antes do mais, informa-se Vexas. Que a Reclamada não respondeu antes à notificação recebida por só agora ter sido possível recolher dos intervenientes os esclarecimentos necessários para o efeito.

A reclamação apresentada pelo Utente teve origem na insatisfação demonstrada após a realização de exame de imagiologia na Clínica de Miraflores, recusando efetuar o pagamento do valor solicitado pelo exame realizado, no montante de € 92,50 (noventa e dois euros e cinquenta e dois cêntimos).

Com efeito, após averiguação da situação, verificamos que o utente se fez acompanhar de uma prescrição emitida pelo Serviço Nacional de Saúde, e a colaboradora que o atendeu não se apercebeu que aquela credencial não poderia ser aceite na nossa Clínica, porquanto, o Grupo Joaquim Chaves Saúde tem Convenção com o Serviço Nacional de Saúde, no âmbito da imagiologia, apenas para prescrições da região de Lisboa e Vale do Tejo (LVT), o que não era o caso.

O controlo da prescrição e realização de exames complementares de diagnóstico por parte das entidades responsáveis pelo seu pagamento tem vindo a modificar-se ao longo dos últimos anos, sendo exigido ao Grupo Joaquim Chaves Saúde, uma série de regras impostas pela adesão aos respectivos contratos/convenções.

As nossas Clínicas limitam-se a transpor para o seu dia-a-dia essas regras dando cumprimento ao que lhes é exigido.

Quanto ao exame em questão, este foi realizado com todo o reigor e profissionalismo que são exigidos à nossa instituição, tendo sido entregue ao utente um resultado de qualidade inquestionável.

O Utente foi informado do lapso da colaboradora que o atendeu, tendo-lhe sido sugerido que a facturação do exame se fizesse através do seguro de saúde da Vitória Seguros, de que é beneficiário, conforme comunicação eletrónica enviada em 26 de Janeiro de 2024, que se junta como Documento número 1.

Não obtivemos resposta do utente, pelo que, após ponderação da situação ocorrida, e de forma a não prejudicar o Utente por lapso da nossa colaborada, entendemos anular a Factura emitida – Factura número [...] *– no valor de € 92.50 (noventa e dois euros e cinquenta e dois cêntimos) e informámos o utente da decisão tomada, conforme comunicação eletrónica que enviámos, que se junta como Documento número 2.*

[...]".

III. DO DIREITO

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

12. No dia 1 de setembro de 2014 entrou em vigor, como atrás se vincou, o Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, que revogou o Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de maio (cf. artigo 6.º) e aprovou os Estatutos da ERS, na senda, aliás, da publicação da Lei n.º 67/2013, de 28 de agosto, que aprova a lei-quadro das entidades reguladoras.

13. Na verdade, pode ler-se no preâmbulo do Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, a aprovação dos estatutos da ERS visa dar resposta "*às exigências*

decorrentes da lei-quadro das entidades reguladoras, assegurando a manutenção da independência e a eficiência exigíveis a esta entidade, de forma a não comprometer a sua atuação, quer enquanto autoridade reguladora independente, quer nas suas funções de coadjuvação ao Governo".

14. De acordo com o n.º 1 do artigo 4.º e o n.º 1 do artigo 5.º, ambos dos Estatutos da ERS aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, 22 de agosto, a ERS tem por missão a regulação, supervisão, e a promoção e defesa da concorrência, respeitantes às atividades económicas na área da saúde dos setores privado, público, cooperativo e social, e, em concreto, à atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde.

15. Assim, nos termos do disposto no n.º 1 do artigo 5.º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, a ERS "*tem por missão a regulação, nos termos previstos nos presentes estatutos, da atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde*", sinalizando o n.º 2 do mesmo preceito que as suas atribuições compreendem a supervisão da atividade e funcionamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde no que respeita: "[à] *garantia dos direitos relativos ao acesso aos cuidados de saúde, à prestação de cuidados de saúde de qualidade, bem como dos demais direitos dos utentes*" (cf. alínea b)); "[à] *legalidade e transparência das relações económicas entre os diversos operadores, entidades financiadoras e utentes*" (cf. alínea c)).

16. O artigo 4.º dos mencionados Estatutos sublinha que a ERS "*exerce funções de regulação, de supervisão e de promoção e defesa da concorrência respeitantes às atividades económicas na área da saúde dos setores privado, público, cooperativo e social*" (cf. n.º1), estando, assim, sujeitos "*à regulação da ERS, no âmbito das suas atribuições e para efeitos dos presentes estatutos, todos os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, do setor público, privado, cooperativo e social, independentemente da sua natureza jurídica, nomeadamente hospitais, clínicas, centros de saúde, consultórios, laboratórios de análises clínicas, equipamentos ou unidades de telemedicina, unidades móveis de saúde e termas*" (cf. n.º 2).

17. Resulta, pois, inequívoco, que a entidade Joaquim Chaves, Clínicas Médicas, S.A. é uma entidade prestadora de cuidados de saúde, inscrita, ademais, no SRER da

ERS, encontrando-se, por conseguinte, sob a alçada regulatória e de supervisão da ERS, tal como o estabelecimento por si explorado e em apreço nos presentes autos.

18. Por outro lado, o artigo 10.º dos aludidos Estatutos define como objetivo da ERS, desde logo, o de assegurar o cumprimento *"dos critérios de acesso aos cuidados de saúde, nos termos da Constituição e da lei"* (cf. alínea b)).

19. Compete-lhe, ademais, "*garantir os direitos e interesses legítimos dos utentes*" (alínea c)), bem como zelar "*pela prestação de cuidados de saúde de qualidade*" (alínea d)) e "*pela legalidade e transparência das relações económicas entre todos os agentes do sistema*" (alínea e)).

20. Com efeito, a densificação dos objetivos enunciados nas quatro alíneas supramencionadas é concretizada nos artigos seguintes dos Estatutos da ERS.

21. Assim, o artigo 12.º dos referidos estatutos estabelece que, para efeitos do disposto na alínea b) do artigo 10.º, incumbe à ERS "[a]*ssegurar o direito de acesso universal e equitativo à prestação de cuidados de saúde nos serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde (SNS), nos estabelecimentos publicamente financiados, bem como nos estabelecimentos contratados para a prestação de cuidados no âmbito de sistemas ou subsistemas públicos de saúde ou equiparados*" (cf. alínea a)), "[p]*revenir e punir as práticas de indução artificial da procura de cuidados de saúde*" (cf. alínea c)) e "[z]*elar pelo respeito da liberdade de escolha nos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, incluindo o direito à informação*" (cf. alínea d)).

22. O artigo seguinte, o 13.º, ressalva que, na prossecução do objetivo enunciado na alínea c) do artigo 10.º dos seus Estatutos, incumbe à ERS, entre outras atribuições, "[a]*preciar as queixas e reclamações dos utentes e monitorizar o seguimento dado pelos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde às mesmas, nos termos do artigo 30.º, garantindo o direito de acesso pela Direção-Geral da Saúde e pela Direção-Geral do Consumidor à informação quanto à natureza, tipologia e volume das causas mais prevalentes de reclamações, bem como proceder ao envio de relatórios periódicos às mesmas entidades*" (cf. alínea a)).

23. O objetivo traçado na alínea d) do artigo 10.º dos mencionados Estatutos é densificado no artigo 14.º daquele diploma legal, atribuindo à ERS a incumbência de "[g]*arantir o direito dos utentes à* prestação *de cuidados de saúde de qualidade* (…)" (cf. alínea c)) e de "[p]*ropor e homologar códigos de conduta e manuais de boas práticas dos destinatários atividade objeto de regulação pela ERS*" (cf. alínea d)).

24. Na senda do disposto na alínea d) do artigo 14.º, e em concretização dos seus poderes de supervisão, o artigo 19.º dos referidos Estatutos identifica como incumbências da ERS, entre outras, a de "[z]*elar pela aplicação das leis e regulamentos e demais normas aplicáveis às atividades sujeitas à sua regulação, no âmbito das suas atribuições*" (alínea a)) e "[e]*mitir ordens e instruções, bem como recomendações ou advertências individuais, sempre que tal seja necessário, sobre quaisquer matérias relacionadas com os objetivos da sua atividade reguladora, incluindo a imposição de medidas de conduta e a adoção das providências necessárias à reparação dos direitos e interesses legítimos dos utentes*" (alínea b)).

25. Note-se que o trecho acima realçado constituiu uma importante inovação introduzida pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, alargando significativamente o âmbito dos poderes de supervisão da ERS, nomeadamente em comparação com o que dispunha o artigo 42.º, alínea b) do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de maio.

26. **Inovação, antecipa-se, com importantes implicações práticas na análise da situação que constitui o objeto dos presentes autos, conforme adiante se explanará.**

27. Por sua vez, para efeitos de cumprimento do objetivo enunciado na alínea e) do artigo 10.º, o artigo 15.º sublinha que incumbe à ERS, para além do mais, pronunciar-se e emitir recomendações sobre: "[…] *as relações económicas nos vários segmentos da economia da saúde, incluindo no que respeita ao acesso à atividade e às relações entre o SNS ou entre sistemas ou subsistemas públicos de saúde ou equiparados, e os prestadores de cuidados de saúde, independentemente da sua natureza, tendo em vista o fomento da transparência, da eficiência e da equidade do setor, bem como a defesa do interesse público e dos interesses dos utentes*" (*cfr.* alínea a)); " […] *os acordos subjacentes ao regime das convenções, bem como sobre*

os contratos de concessão e de gestão e outros que envolvam atividades de conceção, construção, financiamento, conservação ou exploração de estabelecimentos ou serviços públicos de saúde" (*cfr.* alínea b)); "[....] *o montante das taxas e preços de cuidados de saúde administrativamente fixados, ou estabelecidos por convenção entre o SNS e entidades externas, e zelar pelo seu cumprimento*" (*cfr.* alínea e)).

28. Finalmente, aos poderes de supervisão supra enunciados, acrescem ainda os poderes sancionatórios consagrados no artigo 22.º dos Estatutos da ERS.

29. Assim, dispõe o n.º 1 do mencionado preceito que "[n]*o exercício dos seus poderes sancionatórios relativos a infrações cuja apreciação seja da sua competência, incumbe à ERS desencadear os procedimentos sancionatórios adequados, adotar as necessárias medidas cautelares e aplicar as devidas sanções*", sendo certo que, como sinalizada o n.º 2 deste normativo, "[a]*s decisões sancionatórias não dispensam o infrator do cumprimento do dever jurídico ou ordem ou instrução desrespeitada, nem prejudicam o exercício quanto aos mesmos factos dos poderes de supervisão previstos no artigo 19.º*".

30. Neste sentido, e ao contrário do que se verificava no Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de maio, estabelecido no ponto vi), da alínea b) do n.º 2 do artigo 61.º dos Estatutos da ERS, que "[c]*onstitui contraordenação, punível com coima de 1000 EUR a 3740,98 EUR ou de 1500 EUR a 44 891,81 EUR, consoante o infrator seja pessoa singular ou coletiva* [....] [a] *violação das regras relativas ao acesso aos cuidados de saúde* [alínea b)]*:* [....] *iv)* [a] *violação da liberdade de escolha nos estabelecimentos de saúde privados, sociais, bem como, nos termos da lei, nos estabelecimentos públicos, prevista na alínea d) do artigo 12.º*".

31. Daqui resulta que o Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, responsável pela aprovação dos (novos) Estatutos da ERS, veio tipificar como ilícito contraordenacional os comportamentos que consubstanciem uma violação das regras relativas à **liberdade de escolha.**

III.2. Do enquadramento legal da prestação de cuidados de saúde

III.2.1. Em geral

32. Inserido no Capítulo II ("*Direitos e deveres sociais*"), do Título III ("*Direitos e deveres económicos, sociais e culturais*"), da Parte I ("*Direitos e deveres fundamentais*") da Constituição da República Portuguesa (CRP), o "*direito à protecção da saúde*", consagrado no artigo 64.º da CRP, assume-se como um dos pressupostos fundamentais da densificação do princípio da dignidade da pessoa humana (cf. artigo 1.º da CRP) e da "*realização da democracia* [...] *social*" (cf. artigo 2.º da CRP).

33. Conforme se pode ler no n.º 3 do mencionado preceito constitucional, "[p]*ara assegurar o direito à proteção da saúde, incumbe prioritariamente ao Estado* […] [g]*arantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação*" (cf. alínea a)) e "[d]*isciplinar e fiscalizar as formas empresariais e privadas da medicina, articulando-as com o serviço nacional de saúde, por forma a assegurar, nas instituições de saúde públicas e privadas, adequados padrões de eficiência e de qualidade*" (cf. alínea d)).

34. No mesmo sentido aponta também o legislador ordinário, desde logo na Base 1 da Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 95/2019, de 04 de setembro (LBS), quando se afirma que "[o] *direito à proteção da saúde é o direito de todas as pessoas gozarem do melhor estado de saúde físico, mental e social, pressupondo a criação e o desenvolvimento de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam níveis suficientes e saudáveis de vida, de trabalho e de lazer*" (cf. n.º 1), pelo que "[…] *compreende o acesso, ao longo da vida, à promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde, a cuidados continuados e a cuidados paliativos*" (cf. n.º 2).

35. Por ser assim, "[o] *Estado promove e garante o direito à proteção da saúde através do Serviço Nacional de Saúde (SNS), dos Serviços Regionais de Saúde e de outras instituições públicas, centrais, regionais e locais*" (cf. n.º 4 da Base 1).

36. A Base 20, por sua vez, define o SNS como "*o conjunto organizado e articulado de estabelecimentos e serviços públicos prestadores de cuidados de saúde, dirigido pelo ministério responsável pela área da saúde, que efetiva a responsabilidade que cabe ao Estado na proteção da saúde*" (cf. n.º1).

37. Assim, constituem traves mestras da atuação do SNS as seguintes notas caraterizadoras: " [u]*niversal, garantindo a prestação de cuidados de saúde a todas as pessoas sem discriminações, em condições de dignidade e de igualdade"* (cf. alínea a)); "[g]*eral, assegurando os cuidados necessários para a promoção da saúde, prevenção da doença e o tratamento e reabilitação dos doentes"* (alínea b)); "[t]*endencial gratuitidade dos cuidados, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos"* (cf. alínea c)); "[i]*ntegração de cuidados, salvaguardando que o modelo de prestação garantido pelo SNS está organizado e funciona de forma articulada e em rede"* (cf. alínea d)); "[e]*quidade, promovendo a correção dos efeitos das desigualdades no acesso aos cuidados, dando particular atenção às necessidades dos grupos vulneráveis"* (cf. alínea e)); "[q]*ualidade, visando prestações de saúde efetivas, seguras e eficientes, com base na evidência, realizadas de forma humanizada, com correção técnica e atenção à individualidade da pessoa"* (cf. alínea f)); "[p]*roximidade, garantindo que todo o país dispõe de uma cobertura racional e eficiente de recursos em saúde"* (cf. alínea g)); "[s]*ustentabilidade financeira, tendo em vista uma utilização efetiva, eficiente e de qualidade dos recursos públicos disponíveis"* (cf. alínea h));" [t]*ransparência, assegurando a existência de informação atualizada e clara sobre o funcionamento do SNS*" (alínea i)) – *cfr*. n.º 2 da Base 20 da LBS.

38. Por outro lado, dispõe o n.º 1 da Base 6 da LBS que "[a] *responsabilidade do Estado pela realização do direito à proteção da saúde efetiva-se primeiramente através do SNS e de outros serviços públicos, podendo, de forma supletiva e temporária, ser celebrados acordos com entidades privadas e do setor social, bem como com profissionais em regime de trabalho independente, em caso de necessidade fundamentada*", acrescentando o n.º 3 que "[o] *Estado assegura o planeamento, regulação, avaliação, auditoria, fiscalização e inspeção das entidades que integram o SNS e das entidades do setor privado e social*".

39. Assim, "[t]*endo em vista a prestação de cuidados e serviços de saúde a beneficiários do SNS, e quando o SNS não tiver, comprovadamente, capacidade para a prestação de cuidados em tempo útil, podem ser celebrados contratos com entidades do setor privado, do setor social e profissionais em regime de trabalho independente, condicionados à avaliação da sua necessidade*" (cf. n.º 1 da Base 25 da LBS), ainda

que se imponha ressalvar que "[o]*s cuidados de saúde prestados nos termos do número anterior respeitam as normas e princípios aplicáveis ao SNS*" (cf. n.º 2).

40. Em matéria de seguros de saúde, a Base 27 sinaliza que "[a] *subscrição de um seguro ou plano de saúde deve ser precedida da prestação, pelo segurador, de informação, clara e inteligível quanto às condições do contrato, em especial no que diz respeito ao âmbito, exclusões e limites da cobertura, incluindo informação expressa quanto à eventual interrupção ou descontinuidade de prestação de cuidados de saúde caso sejam alcançados os limites de capital seguro contratualmente estabelecidos*" (cf. n.º 1).

41. No entanto, o n.º 2 do mesmo preceito adverte ainda que "[o]*s estabelecimentos de saúde informam as pessoas sobre os custos a suportar pela prestação de cuidados de saúde ao abrigo de seguros e planos de saúde, incluindo os da totalidade da intervenção proposta, salvo quando justificadamente não dispuserem dos elementos necessários à prestação dessa informação*".

42. No que especificamente diz respeito à prestação de cuidados de saúde no sector privado, o n.º 3 da Base 6 ressalva que é competência do Estado assegurar "*o planeamento, regulação, avaliação, auditoria, fiscalização e inspeção das entidades*" que integram o referido sector, acrescentando a Base 19 que: *O funcionamento do sistema de saúde não pode pôr em causa o papel central do SNS enquanto garante do cumprimento do direito à saúde*." (cf. n.º 1); e que "*A lei prevê os requisitos para a abertura, modificação e funcionamento dos estabelecimentos que prestem cuidados de saúde, independentemente da sua natureza jurídica ou do seu titular, com vista a garantir a qualidade e segurança necessárias*." (cf. n.º 2);

Isto posto,

43. Como se percebe do quadro legal *supra* enunciado, não obstante a responsabilidade primacial atribuída ao Estado na garantia do direito constitucional à proteção da saúde, a verdade é que a efetivação do mesmo se estende a diversos tipos de prestadores de cuidados de saúde, devendo aquele direito ser assegurado:

(i) pelos prestadores de cuidados de saúde do SNS, próprios ou convencionados, no caso de todos os cidadãos portugueses e, ainda, de cidadãos estrangeiros, nos termos do regime jurídico aplicável;

(ii) pelos prestadores de cuidados de saúde, próprios, convencionados ou em regime livre de um determinado sistema ou subsistema público de saúde, caso o utente seja beneficiário de tal sistema ou subsistema, e nos termos definidos pelo mesmo;

(iii) pelos prestadores de cuidados de saúde, próprios, convencionados ou em regime livre, ao abrigo de um dado seguro de saúde, caso o utente haja contratado uma tal cobertura do risco de doença, e nos termos acordados com a entidade seguradora;

(iv) pelos prestadores de cuidados de saúde do setor privado, com ou sem fins lucrativos, mediante contraprestação acordada entre o utente e o concreto prestador, livremente escolhido.

44. Trata-se, pois, de uma solução legislativa de compromisso que, com o objetivo de garantir e efetivar o direito constitucional à proteção na saúde, visa colmatar as eventuais lacunas e limitações (humanas, técnicas e financeiras) existentes nos estabelecimentos públicos de saúde num determinado contexto histórico-temporal.

45. Ora, a entidade Joaquim Chaves, Clínicas Médicas, S.A., sem prejuízo dos acordos e convenções acima identificados, integra (e integrava à data dos factos em apreço) o setor privado do sistema de saúde, no âmbito do qual constitui trave-mestra a promoção e salvaguarda da liberdade de escolha do utente.

III.2.2. A rede nacional de prestação de cuidados de saúde – entidades convencionadas com o SNS

46. Dispõe o n.º 1 da Base 6 da LBS que "[a] *responsabilidade do Estado pela realização do direito à proteção da saúde efetiva-se primeiramente através do SNS e de outros serviços públicos, podendo, de forma supletiva e temporária, ser celebrados acordos*

com entidades privadas e do setor social, bem como com profissionais em regime de trabalho independente, em caso de necessidade fundamentada", acrescentando o n.º 3 que "[o] *Estado assegura o planeamento, regulação, avaliação, auditoria, fiscalização e inspeção das entidades que integram o SNS e das entidades do setor privado e social*".[1]

47. Assim, "[t]*endo em vista a prestação de cuidados e serviços de saúde a beneficiários do SNS, e quando o SNS não tiver, comprovadamente, capacidade para a prestação de cuidados em tempo útil, podem ser celebrados contratos com entidades do setor privado, do setor social e profissionais em regime de trabalho independente, condicionados à avaliação da sua necessidade*" (n.º 1 da Base 25 da LBS), ainda que se imponha ressalvar que "[o]*s cuidados de saúde prestados nos termos do número anterior respeitam as normas e princípios aplicáveis ao SNS*" (n.º 2).

48. Neste contexto, tendo celebrado acordo com o SNS para a prestação de cuidados de saúde em regime de complementaridade, os prestadores de cuidados de saúde (convencionados) integram a rede nacional de prestação de cuidados de saúde;

49. Por conseguinte, o acesso dos utentes beneficiários do SNS à Rede Nacional de Prestação de Cuidados de Saúde é também assegurado através de estabelecimentos privados, com ou sem fins lucrativos, com os quais tenham sido celebradas convenções ou acordos destinados a esse fim.

50. Em tais casos de contratação com entidades privadas ou do setor social, os cuidados de saúde são prestados ao abrigo de acordos específicos, por intermédio dos quais o Estado incumbe essas entidades da missão de interesse público inerente à prestação de cuidados de saúde no âmbito do SNS, passando essas instituições a fazer parte do conjunto de operadores, públicos e privados, que garantem a imposição constitucional de prestação de cuidados públicos de saúde.

51. Por outro lado, "*o Estatuto* [do SNS] *aplica-se às instituições e serviços que constituem o Serviço Nacional de Saúde e às entidades particulares e profissionais em regime liberal integradas na rede nacional de prestação de cuidados de saúde, quando*

[1] Cfr. Base I, n.ºs 2 e 4 e Base IV, n.º 2 da LBS aprovada pela Lei n.º 48/90, de 24 de agosto.

articuladas com o Serviço Nacional de Saúde." – Cfr. artigo 2.º do anterior Estatuto do SNS, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro[2];

52. Do mesmo modo, o novo Estatuto do SNS, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, prevê que "[o]*s estabelecimentos e serviços prestadores de cuidados ou de serviços de saúde do setor privado e social podem integrar o SNS, nos termos da lei, mediante a celebração de contrato e nos limites da atividade contratada* […]" – *cfr.* n.º 2 do artigo 2.º do Estatuto do SNS;

53. E, nessa senda, a alínea g) do n.º 1 do artigo 3.º do Estatuto do SNS, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, estabelece que os estabelecimentos e serviços a que alude o n.º 2 do artigo 2.º, com os quais sejam celebrados contratos que tenham por objeto a prestação de cuidados ou de serviços de saúde, são estabelecimentos e serviços do SNS.

54. Princípio este reiterado pelo Decreto-Lei n.º 139/2013, de 9 de outubro, que estabelece o regime jurídico das convenções que tenham por objeto a realização de prestações de cuidados de saúde aos utentes do SNS, no âmbito da rede nacional de prestação de cuidados de saúde.

55. Ora, conforme se pode ler no respetivo preâmbulo, o legislador justificou a aprovação daquele diploma legal com a necessidade de "*definir um novo modelo de convenções mais consonante com a atual realidade de prestação de cuidados de saúde que permita, com respeito pelos princípios da complementaridade, da liberdade de escolha, da transparência, da igualdade e da concorrência, assegurar a realização de prestações de serviços de saúde aos utentes do* [SNS], *no âmbito da rede nacional de prestação de cuidados de saúde*".

56. O artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 139/2013, de 9 de outubro enuncia assim os princípios que presidem à contratação de convenções, bem como os objetivos que deverão nortear aquela contratação.

---

[2] Foi publicado, no passado dia 04 de agosto de 2022, o Decreto-Lei n.º 52/2022, o qual aprovou o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, revogando, atento o disposto na alínea a) do artigo 105.º do mencionado diploma legal, o Decreto-Lei n.º 11/93. Não obstante, importa não olvidar que o Decreto-Lei n.º 52/2022, de 04 de agosto, apenas entrou em vigor no dia seguinte ao da sua publicação (*cfr.* n.º 1 do artigo 106.º).

57. Assim, são enunciados os seguintes princípios (n.º1): "*a)* [e]*quidade no acesso dos utentes aos cuidados de saúde; b)* [c]*omplementaridade, destinando-se a sua celebração a colmatar as necessidades do SNS quando este, de forma permanente ou esporádica, não tem capacidade para as suprir; c)* [l]*iberdade de escolha dos prestadores pelos utentes, quer do SNS, quer de entidades convencionadas, nos limites dos recursos existentes e de acordo com as regras de organização estabelecidas; d)* [g]*arantia de adequados padrões de qualidade da prestação de cuidados de saúde*".

58. Ao passo que o n.º 2 enumera os objetivos a alcançar com a contratação de convenções, a saber: "*a)* [p]*rontidão, continuidade, proximidade e qualidade na prestação dos cuidados de saúde; b)* [o]*btenção de ganhos de eficiência na distribuição e afetação dos recursos do SNS, através da adoção de formas de gestão flexíveis e de mecanismos concorrenciais; c)* [p]*romoção da qualidade dos serviços prestados, através da exigência de licenciamento, quando aplicável e, complementarmente, através da indexação de padrões de qualidade ao financiamento*".

59. No que concerne às partes contratantes, o n.º 1 do artigo 3.º do diploma legal ora em análise esclarece que "[p]*odem ser partes em convenções quaisquer pessoas singulares ou coletivas, com ou sem fins lucrativos*."

60. O Decreto-Lei n.º 139/2013, de 9 de outubro identifica ainda duas modalidades de procedimento que devem preceder a celebração de convenções: i) a contratação para uma convenção específica; ii) a adesão a um clausulado tipo previamente publicado – Cfr. Artigo 4.º, n.º 1.

61. O primeiro procedimento "(…) *corresponde à aplicação, com adaptações, dos procedimentos previstos no Código dos Contratos Públicos (CCP), aprovado pelo Decreto-Lei n.º 18/2008, de 29 de janeiro, para a celebração de acordos quadro, sendo o programa de procedimento e o caderno encargos destes acordos aprovados pelo membro do Governo responsável pela área da saúde*" (n.º 6 do artigo 4.º).

62. O segundo procedimento, por seu turno, é aplicável "[n]*o caso de pessoas singulares ou coletivas, com ou sem fins lucrativos, cuja sede social se situe em concelhos com população residente igual ou inferior a 30.000 cidadãos eleitores residentes e tenham volume de faturação anual em prestações de saúde igual ou inferior a 250 000,00 EUR*"

(n.º 4 do artigo 4.º), sendo que, para efeitos do disposto no neste n.º 4, "*a realização das prestações de saúde não pode ser subcontratada ou por qualquer forma cedida a terceiros, e circunscreve-se ao concelho onde se localiza a sede social da entidade convencionada ou concelhos limítrofes de dimensão semelhante*" (n.º 5 do artigo 4.º).

63. O artigo seguinte, o 5.º, nomeadamente no seu n.º 1, enumera os requisitos para a celebração das convenções, a saber: "*a)* [a] *responsabilidade técnica e a habilitação dos profissionais para a realização das prestações de saúde; b)* [a] *titularidade de licenciamento, sempre que exigido nos termos da lei; c)* [r]*egisto na ERS; d)* [n]*ão estar abrangido pelos impedimentos previstos no artigo 55.º do CCP*".

64. No que diz respeito ao conteúdo das convenções, o n.º 1 do artigo 6.º do Decreto-Lei n.º 139/2013, de 9 de outubro estatui que as mesmas devem estabelecer "*a)* [a] *área de cuidados de saúde a contratar; b)* [o]*s direitos e obrigações dos contratantes; c)* [o]*s códigos de nomenclatura e respetivos valores; d)* [o]*s requisitos relativos à idoneidade técnica dos colaboradores; e)* [a]*s normas relativas às incompatibilidades; f)* [a] *necessidade de licença de funcionamento, se exigível, ou de requerimento para a sua emissão; g)* [o]*s critérios de fornecimento do serviço, incluindo a possibilidade de realização de prestações acessórias; h)* [a]*s regras de fiscalização, controlo e acompanhamento do contrato; i)* [o]*s níveis de serviço; j)* [o] *volume de serviços; k)* [o] *montante máximo dos serviços a adquirir, quando aplicável*".

65. Acrescenta o n.º 2 do artigo 6.º que, "[s]*em prejuízo do disposto no n.º 5 do artigo 4.º, ao regime da cessão de posição contratual e de subcontratação aplica-se com as necessárias adaptações o disposto no capítulo VI do título I da parte III do CCP*".

66. Note-se ainda que, no procedimento mediante a adesão a um clausulado tipo previamente publicado, "[c]*abe à ACSS, I. P., definir os clausulados tipo* (…)" (n.º 4 do artigo 6.º).

67. Em matéria de preços, o n.º 1 do artigo 7.º é inequívoco ao advertir que "[o]*s preços máximos a pagar no âmbito das convenções são os constantes na tabela de preços do SNS*", sem prejuízo de os números seguintes sinalizarem que, mediante despacho do membro do Governo responsável pela área da saúde:

- "[P]*odem ser estabelecidos preços inferiores aos previstos no número anterior, ou estabelecida uma tabela de preços específica, sem prejuízo do disposto no n.º 7 do artigo 4.º*" (n.º 2);
- "[S]*erão estabelecidos limites mínimos de preços, de forma a assegurar a qualidade das prestações de saúde, em condições normais de concorrência*" (n.º 3);

68. O artigo 9.º do diploma legal em apreço sublinha que "[o] *encargo com a realização das prestações de saúde realizadas ao abrigo das convenções efetiva-se mediante a prescrição e a escolha do utente do SNS*" (n.º 1).

69. O artigo 11.º estabelece que "[n]*a falta de disposição em contrário, as convenções são válidas por períodos de cinco anos, podendo ser automaticamente renovadas, salvo se, com a antecedência mínima de 180 dias em relação ao termo de cada período de vigência, qualquer das partes a denunciar*" (n.º 1), ainda que "[o] *preço pode ser revisto anualmente, com observância do disposto no artigo 7.º*" (n.º 2).

70. O artigo 12.º do Decreto-Lei n.º 139/2013, de 9 de outubro identifica, entre outros, os seguintes deveres das entidades convencionadas: "a) [p]*restar cuidados de saúde de qualidade e com segurança aos utentes do SNS, em tempo útil, nas melhores condições de atendimento, não estabelecendo qualquer tipo de discriminação*; b) [e]*xecutar, exata e pontualmente, as prestações contratuais em cumprimento do convencionado, não podendo transmitir a terceiros as responsabilidades assumidas perante a entidade pública contratante, salvo nos casos legal ou contratualmente admissíveis*".

71. O artigo seguinte, o 13.º, debruça-se sobre o acompanhamento e controlo do cumprimento nos artigos precedentes.

72. O artigo 15.º, por seu turno, preceitua que, "[s]*em prejuízo das regras gerais em matéria de incumprimento contratual, constituem incumprimento grave das convenções os seguintes factos:* [o] *abandono da prestação de serviços ou a sua suspensão injustificada*" (alínea c) do n.º 1), acrescentando o n.º 2 que "[o]*s factos referidos no número anterior são fundamento de resolução da convenção*".

73. De notar que o suprarreferido diploma legal atribuía um conjunto de atribuições e competências às Administrações Regionais de Saúde, I.P. (ARS), nomeadamente, em matéria de celebração de acordos com entidades prestadoras de cuidados de saúde e entidades do setor privado e social (artigo 3.º).

74. Não obstante, impulsionado pela nova LBS e pelos diplomas que a desenvolvem, nomeadamente, o Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, que aprova o Estatuto do SNS, prevendo, nomeadamente, a criação de uma Direção Executiva do SNS (DE-SNS), o Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro, procedeu à criação e organização da DE-SNS e à reestruturação da orgânica do Ministério da Saúde, nomeadamente, da ACSS, I.P. e das ARS, I.P., refletindo os impactos da criação da DE-SNS, I.P.

75. Neste contexto, de acordo com o disposto no n.º 4 do artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro, a ACSS, I.P. sucede nas atribuições das ARS, I.P., em matéria de acordos com entidades prestadoras de cuidados de saúde e entidades do setor privado e social, a partir da entrada em vigor da Lei do Orçamento do Estado para 2023, isto é, a partir de 1 de janeiro de 2023.

76. Ao exposto acresce que, em 06 de setembro de 2024, foi publicado o Decreto-Lei n.º 54/2024, que procede à extinção das ARS. Neste contexto:

    - A subalínea iv) da alínea d) do n.º 1 do artigo 2.º do referido Decreto-Lei dispõe que sucedem nas atribuições e competências das ARS:

      "[...]

      d) A ACSS, I.P., nos seguintes domínios:

      [...]

      iv) Contratação de prestação de cuidados de saúde de âmbito nacional e regional, sem prejuízo da competência das Unidades Locais de Saúde para a celebração de contratos de prestação de cuidados na sua área geográfica;

      [...]";

- O n.º 3 do mesmo artigo refere que as demais atribuições e competências das ARS, I.P., previstas noutros diplomas legais, são transferidas para a ACSS, I.P., sem prejuízo do disposto no artigo 27.º;
- O n.º 1 do artigo 27.º (sob a epígrafe "*referências legais*") dispõe que as referências feitas às ARS, I.P., em lei, regulamento ou contrato, consideram-se feitas:

  "[...]

  d) À ACSS, I.P., quando sejam relativas a atribuições transferidas nos termos no disposto na alínea d) do n.º 1 e no n.º 2 do artigo 2.º;

  [...]";
- Complementando o n.º 3 do mesmo artigo que "[a]*s referências feitas às ARS, I.P., nos Decretos-Leis n.os 138/2013 e 139/2013, ambos de 9 de outubro, consideram-se feitas às ULS, sem prejuízo de a ACSS, I.P. poder intervir na contratação de âmbito regional de prestação de cuidados de saúde*".

III.3. Dos direitos e interesses legítimos dos utentes

III.3.1. Da liberdade de escolha, informação e transparência na relação utente-prestador

77. A relação que se estabelece entre prestadores de cuidados de saúde e os seus utentes deve pautar-se pela verdade, completude e transparência em todos os aspetos da mesma; tais características devem revelar-se em todos os momentos da relação, incluindo nos momentos que antecedem a própria prestação de cuidados de saúde.

78. Um dos direitos estruturantes que é reconhecido aos utentes dos serviços de saúde reconduz-se à **liberdade de escolha**, a qual poderá ser compreendida numa dupla aceção.

79. Por um lado, a liberdade de "[e]*scolher livremente a entidade prestadora de cuidados de saúde, na medida dos recursos existentes*" – *cf.* alínea c) do n.º 1 da Base 2 da LBS e artigo 2.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março.

80. Por outro lado, a liberdade de "[d]*ecidir livre e esclarecidamente, a todo o momento, sobre os cuidados de saúde que lhe são propostos, salvo nos casos excecionais previstos na lei, a emitir diretivas antecipadas de vontade e a nomear procurador de cuidados de saúde*" – *cf.* alínea f) do n.º 1 da Base 2 da LBS e artigo 3.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março.

81. Ora, a garantia efetiva da liberdade de escolha pressupõe o reconhecimento cumulativo de um outro importantíssimo direito dos utentes: o direito à informação.

82. Assim, a alínea e) do n.º 1 da Base 2 da nova LBS (aprovada pela Lei n.º 95/2019, de 04 de setembro) reconhece a todas as pessoas o direito "[s]*er informadas de forma adequada, acessível, objetiva, completa e inteligível sobre a sua situação, o objetivo, a natureza, as alternativas possíveis, os benefícios e riscos das intervenções propostas e a evolução provável do seu estado de saúde em função do plano de cuidados a adotar*" – no mesmo sentido preceitua o artigo 7.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março.

83. Quer dizer, o utente tem direito a ser plenamente informado sobre todos os dados relativos ao seu estado de saúde, nomeadamente no que tange aos tratamentos a que vai ser submetido e aos seus respetivos riscos e benefícios, às alternativas possíveis, aos efeitos em caso de recusa de tratamento, bem como ao diagnóstico, ao prognóstico e aos progressos que se forem verificando na sua situação.

84. A natureza específica da prestação de cuidados de saúde e, bem assim, a necessidade imperiosa de salvaguardar os direitos e interesses dos (potenciais) utentes, exige, pois, que a informação à disposição destes, e que é transmitida pelos prestadores, seja particularmente rigorosa e fidedigna, de molde a assegurar o respeito pelas normas de transparência vigentes.

85. É que a relação estabelecida entre prestadores de cuidados de saúde e os seus utentes deve pautar-se pela verdade, completude e transparência, devendo tais princípios revelar-se em todos os momentos da relação, incluindo nos que antecedem a própria prestação de cuidados de saúde.

86. Com efeito, a informação no setor da saúde deve ser transmitida com verdade, com antecedência (de maneira a não colocar o utente numa situação de pressão quanto à decisão a tomar), de forma clara, adaptada à sua capacidade de compreensão, contendo todos os elementos necessários à ponderação e decisão do utente.

87. Quando assim não sucede, é a própria liberdade de escolha (onde se inclui a possibilidade de escolher o agente prestador de cuidados de saúde) do utente que é cerceada, pois que a escolha só poderá considerar-se verdadeiramente livre se o utente se encontrar devidamente informado.

88. Deste modo, importa assegurar que, em momento anterior à prestação de cuidados de saúde, os utentes são devidamente informados sobre a natureza e o âmbito dos serviços a prestar, designadamente sobre os recursos disponíveis e as questões financeiras (por exemplo, eventuais encargos) e logísticas associadas.

89. Na verdade, as repercussões administrativas, logísticas e financeiras que a prestação de cuidados de saúde pode importar devem ser transmitidas ao utente, nomeadamente as informações sobre:

    - Os meios humanos e técnicos existentes e disponíveis no estabelecimento em causa, para a prestação dos cuidados de saúde necessários;
    - As autorizações prévias a emitir por entidades terceiras;
    - Os preços e orçamentos referentes à prestação de cuidados de saúde em causa;
    - A natureza e regras da convenção que o prestador de saúde tenha celebrado com um qualquer subsistema de saúde, que abranja o pagamento ou o reembolso dos valores devidos pela execução dos atos propostos.

90. Esta informação pode ser relevante, não só para a decisão do utente quanto à prestação de cuidados de saúde em concreto, mas ainda para que o mesmo, perante os dados que lhe foram dados a conhecer, possa escolher livremente o

agente prestador dos cuidados de saúde a que irá recorrer (público, privado ou do sector social).

91. Acresce que o utente, na relação estabelecida com entidades prestadoras de cuidados de saúde do sector privado e social, assume a qualidade de consumidor, isto é, "*aquele a quem sejam fornecidos bens, prestados serviços ou transmitidos quaisquer direitos, destinados a uso não profissional, por pessoa que exerça com carácter profissional uma actividade económica que vise a obtenção de benefícios*." – cf. n.º 1 do artigo 2.º da Lei n.º 24/96, de 31 de julho (Lei de defesa do consumidor).

92. Nesse seguimento, deve ter-se presente que "[o] *consumidor tem direito*: (…) *d)* [à] *informação para o consumo; e)* [à] *protecção dos interesses económicos; f)* [à] *prevenção e à reparação dos danos patrimoniais ou não patrimoniais que resultem da ofensa de interesses ou direitos individuais homogéneos, colectivos ou difusos* […]" – cf. artigo 3.º do mencionado diploma legal.

93. No que especificamente diz respeito ao direito à informação, importa fazer referência à evolução legislativa verificada nos últimos anos.

94. Na sua primeira redação (introduzida pela Lei n.º 24/96, de 31 de julho), o n.º 1 do artigo 8.º dispunha que "[o] *fornecedor de bens ou prestador de serviços deve, tanto nas negociações como na celebração de um contrato, informar de forma clara, objectiva e adequada o consumidor, nomeadamente, sobre características, composição e preço do bem ou serviço, bem como sobre o período de vigência do contrato, garantias, prazos de entrega e assistência após o negócio jurídico*".

95. Com a entrada em vigor, em 28 de abril de 2013 (cf. artigo 7.º), da Lei n.º 10/2013, de 28 de janeiro, que procedeu à alteração da Lei de defesa do consumidor, o n.º 1 do referido artigo 8.º passou a estabelecer que "[o] *fornecedor de bens ou prestador de serviços deve, tanto na fase de negociações como na fase de celebração de um contrato, informar de forma clara, objetiva e adequada o consumidor, nomeadamente sobre características, composição e preço do bem ou serviço, bem como sobre o período de vigência do contrato, garantias, prazos de entrega e assistência após o negócio jurídico* ***e consequências do não pagamento do preço do bem ou serviço***" – negrito e sublinhado nosso.

96. Todavia, as alterações mais significativas ao mencionado preceito foram introduzidas pela Lei n.º 47/2014, de 28 de julho[3].

97. Assim o n.º 1 do seu artigo 8.º passou a dispor que "*O fornecedor de bens ou prestador de* serviços *deve, tanto na fase de negociações como na fase de celebração de um contrato, informar o consumidor de forma clara, objetiva e adequada, a não ser que essa informação resulte de forma clara e evidente do contexto, nomeadamente sobre: a) As características principais dos bens ou serviços, tendo em conta o suporte utilizado para o efeito e considerando os bens ou serviços em causa; b) A identidade do fornecedor de bens ou prestador de serviços, nomeadamente o seu nome, firma ou denominação social, endereço geográfico no qual está estabelecido e número de telefone; c) O preço total dos bens ou serviços, incluindo os montantes das taxas e impostos, os encargos suplementares de transporte e as despesas de entrega e postais, quando for o caso; d) O modo de cálculo do preço, nos casos em que, devido à natureza do bem ou serviço, o preço não puder ser calculado antes da celebração do contrato; e) A indicação de que podem ser exigíveis encargos suplementares postais, de transporte ou de entrega e quaisquer outros custos, nos casos em que tais encargos não puderem ser razoavelmente calculados antes da celebração do contrato; f) As modalidades de pagamento, de entrega ou de execução e o prazo de entrega do bem ou da prestação do serviço, quando for o caso; g) O sistema de tratamento de reclamações dos consumidores pelo profissional, bem como, quando for o caso, sobre os centros de arbitragem de conflitos de consumo de que o profissional seja aderente, e sobre a existência de arbitragem necessária; h) O período de vigência do contrato, quando for o caso, ou, se o contrato for de duração indeterminada ou de renovação automática, as condições para a sua denúncia ou não renovação, bem como as respetivas consequências, incluindo, se for o caso, o regime de contrapartidas previstas para a cessação antecipada dos contratos que estabeleçam períodos contratuais mínimos; i) A existência de garantia de conformidade dos bens, com a indicação do respetivo prazo, e, quando for o caso, a existência de serviços pós-venda e de garantias comerciais, com descrição das suas condições; j) A funcionalidade dos conteúdos digitais, nomeadamente o seu modo de utilização e a existência ou inexistência de restrições*

[3] Em vigor desde o dia 29 de julho de 2014 (artigo 8.º).

técnicas, incluindo as medidas de proteção técnica, quando for o caso; k) Qualquer interoperabilidade relevante dos conteúdos digitais, quando for o caso, com equipamentos e programas informáticos de que o fornecedor ou prestador tenha ou possa razoavelmente ter conhecimento, nomeadamente quanto ao sistema operativo, a versão necessária e as características do equipamento; l) As consequências do não pagamento do preço do bem ou serviço.".

98. Efetivamente, a informação **sobre orçamentos, preços dos cuidados de saúde a prestar e responsabilidade pelo seu pagamento assume especial relevância, face às repercussões financeiras daí resultantes para os utentes.**

99. Deste modo, as entidades prestadoras de cuidados de saúde devem assegurar que é transmitida aos utentes uma previsão de custos correta sobre a totalidade dos aspetos financeiros que a prestação de cuidados de saúde irá implicar, designadamente dos atos clínicos, exames, consumíveis e fármacos que venham a ser previsivelmente prestados ou administrados, e cujo pagamento lhes seja exigível.

100. Por outro lado, sempre que não se afigure possível estimar a totalidade dos atos, exames, consumíveis ou fármacos que venham a ser previsivelmente prestados ou administrados, os utentes devem ser claramente informados dessa possibilidade e advertidos da relevância no custo total dessa impossibilidade de estimativa, coibindo-se as entidades prestadoras de cuidados de saúde de apresentarem estimativas incompletas ou orçamentos de episódios de tratamento.

101. Assim, se o utente necessita de um tratamento prolongado, que englobe a prática de vários e distintos atos clínicos, o prestador deve informar previamente o utente do custo global de todo o tratamento, e não apenas de alguns dos atos incluídos nesse mesmo tratamento.

102. O utente deve saber, com o maior rigor e aproximação possível, qual o custo total do tratamento e da intervenção que lhe é proposta, por forma a poder confirmar se tem capacidade para suportar tais custos.

103. Quando os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde do sector privado ou social forem detentores de convenções com o SNS, com a ADSE ou outros subsistemas de saúde públicos ou privados ou com redes de seguros de saúde, devem ter um especial cuidado na transmissão da informação sobre as condições de acesso dos utentes aos cuidados de saúde por si prestados.

104. De facto, a informação sobre as convenções detidas por um prestador constitui um elemento relevante para o exercício da livre escolha pelo utente do prestador de cuidados de saúde a que pretende recorrer.

105. Deve, assim, ser acautelado que, em momento anterior ao da prestação de cuidados de saúde, os utentes sejam integralmente informados sobre a existência de convenções, suas aplicações a cada ato ou exame de que necessitam e eventuais exclusões aplicáveis.

106. Assim deverá suceder, pois a informação errónea do utente, a falta de informação ou a omissão de um dever de informar são suficientes quer para distorcer a liberdade de escolha dos utentes, quer para facilitarem – ou mesmo criarem – situações de lesões de direitos e interesses financeiros dos utentes.

107. Não sendo admissível que um prestador possa propor-se iniciar a prestação de cuidados de saúde sem previamente informar o utente da extensão da convenção por si celebrada, também não é admissível que a informação publicamente prestada pelo mesmo relativamente às convenções por si detidas não apresente qualquer referência a eventuais limitações ou restrições que possam ser aplicáveis, nem qualquer referência, por exemplo, à possibilidade de parte dos profissionais de saúde não se encontrarem abrangidos por determinada convenção.

108. Ora, a informação quanto à existência de convenções e ao seu conteúdo – divulgada tanto pelos subsistemas como pelos prestadores convencionados – não pode, também ela, deixar de ser completa, verdadeira e inteligível.

109. Na medida em que o utente não tem, regra geral, conhecimento direto dos textos das convenções celebradas entre os prestadores e as entidades financiadoras, importa assim garantir que esta informação prestada ao utente é

suficiente e atempada para uma tomada de consciência do conteúdo da convenção, no que respeita às repercussões – designadamente financeiras – que resultam para o utente da relação contratual estabelecida entre o subsistema e o prestador.

110. Desta forma, não basta que o utente venha a ser informado da limitação do objeto da convenção posteriormente a ter já orientado a sua escolha para um determinado prestador.

111. É necessário, pelo contrário, que a informação que lhe é disponibilizada seja, como já referido, suficiente e atempada para dotar o utente medianamente esclarecido dos instrumentos necessários ao exercício da liberdade de escolha nas unidades de saúde do setor privado e social.

112. Como se percebe, o direito à informação (e o concomitante dever de informar) assume(m) importância fundamental e estruturante da relação estabelecida entre os prestadores de cuidados de saúde e os utentes.

113. Na verdade, o **direito do utente à informação deve modelar todo o quadro de relações, atuais e potenciais, entre utentes e prestadores de cuidados de saúde.**

114. Neste sentido, para que os **princípios da transparência e verdade** vigentes em matéria de relações utente-prestador sejam respeitados, a informação, ressalva-se, não pode deixar de ser completa, verdadeira e inteligível.

115. Analisada a situação de um outro ponto de vista, resulta inequívoco que o incumprimento do dever de informar ou a transmissão de informação errónea ou incompleta revelam-se idóneas para distorcer o exercício da liberdade de escolha dos utentes, podendo mesmo facilitar (e até criar) situações de lesão de direitos e interesses financeiros dos utentes.

116. É que o direito do utente à informação constitui também um elemento fundamental para a construção e solidificação da relação de confiança que deve estabelecer-se entre os prestadores de cuidados de saúde e os utentes, uma relação, como é consabido, que é assimétrica por natureza no que diz respeito aos conhecimentos (técnicos, legais, administrativos, etc.) que ambas as partes dispõem.

117. Efetivamente, na larguíssima maioria das situações, o utente não dispõe da informação (por vezes, mínima) com relevo para a ponderação e decisão que lhe compete, razão pela qual, regra geral, delega essa decisão numa outra entidade que possui essa informação: o agente da oferta, ou mais concretamente, o profissional de saúde;

118. Ora, nesta delegação de direitos de propriedade sobre o consumo – que, em boa verdade, consubstancia uma relação de agência, na qual o agente é o representante do principal (utente consumidor) –, exige-se que a decisão sobre o consumo respeite integralmente as necessidades e as preferências do utente consumidor.

119. Note-se, ademais, que nos mercados de serviços de saúde predomina a comummente denominada "assimetria de informação" dos cidadãos em relação à saúde e à doença.

120. De facto, é natural que o utente (ou os seus representantes) detete(m) ou identifique(m) a existência de um sintoma, ainda que, grosso modo, não sejam capazes de determinar a sua origem, avaliar a sua gravidade ou descortinarem a terapêutica adequada para resolução do problema.

121. Essa determinação e avaliação compete, por sua vez, ao profissional de saúde, que, por dispor de conhecimentos e informações próprias da sua função e formação profissional (por exemplo, os atos ou meios complementares de diagnóstico cuja realização se impõe), conduzirá ao tratamento adequado.

122. É justamente por existir esta assimetria de conhecimentos e informações que se exige que o utente (ou os seus representantes), antes de decidir(em) (ou não), pela realização de um determinado exame ou tratamento, seja(m) informado(s) de forma completa, clara e verdadeira, "*sobre a sua situação, o objetivo, a natureza, as alternativas possíveis, os benefícios e riscos das intervenções propostas e a evolução provável do seu estado de saúde em função do plano de cuidados a adotar*".

123. Acresce que, a iniciativa de informar deve sempre partir do prestador de cuidados de saúde, que não poderá, obviamente, escudar-se na circunstância de o

interessado "*não ter perguntado*", "*ter o dever de saber*" ou de "*já ter sido informado noutra ocasião*".

124. Deve, pois, o prestador de cuidados de saúde agir com especial cuidado na execução do seu dever de informar os utentes de todos os aspetos que podem influenciar a sua decisão final de escolha, fazendo-o, ademais, com o propósito de garantir a salvaguarda do princípio da transparência na relação com o utente.

125. Em síntese, a **liberdade de escolha** constitui um dos pilares fundamentais da relação utente-prestador, devendo ser assegurado que a assimetria de informação existente entre as partes não resulta em prejuízo, direto ou indireto, dos direitos do utente.

126. Deste modo, o utente só estará em condições de exercer a liberdade de escolha que lhe assiste (em relação à proposta terapêutica que lhe é apresentada e no que diz respeito ao estabelecimento a que recorrerá para lhe sejam prestados os cuidados de saúde de que carece) se dispuser de conhecimento efetivo e pleno de todos os elementos fundamentais necessários para a sua decisão.

III.4. Das prévias intervenções regulatórias da ERS

127. Considerando as suas competências e atribuições, *supra* elencadas, a ERS teve já a oportunidade de se pronunciar sobre questões semelhantes àquelas em apreço nos presentes autos, através de deliberações, estudos, recomendações e alertas, que se apresentam *infra*.

III.4.1 Recomendação emitida pela ERS em 11 de março de 2011[4]

128. Na sequência do elevado números de situações trazidas ao conhecimento da ERS referentes à prática de elaboração de orçamentos, bem como de faturação extemporânea e de ausência de informação aos utentes, relativa ao preço de atos relativos à prestação de cuidados de saúde, o então designado Conselho Diretivo

[4] Publicada e acessível em https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/145/Recomendacao_Orcamentos.pdf.

desta Entidade Reguladora, em 11 de março de 2011, emitiu a seguinte Recomendação aos prestadores privados de cuidados de saúde, no sentido de enfatizar a importância do respeito integral pelo direito dos utentes na obtenção de informação rigorosa, transparente e atempada, em contexto de prestação de cuidados de saúde:

"[...]

(i) sempre que prestem informações a utentes ou potenciais utentes, e designada mas não limitadamente quando transmitam previsões de encargos ou orçamentos para potenciais futuros actos a prestar, devem respeitar integralmente o dever de informação com rigor e transparência, devendo, para isso, comunicar aos utentes os actos, exames, consumíveis e fármacos, bem como os respectivos valores, que venham a ser previsivelmente prestados ou administrados e cujo pagamento lhes seja exigível;

ii) sempre que não se afigure possível estimar a totalidade do valor dos actos, exames, consumíveis, bem como fármacos, que venham a ser previsivelmente prestados ou administrados, devem informar claramente tal situação, bem como advertir expressamente os utentes da potencial relevância no custo total de tal impossibilidade de estimativa, coibindo-se de apresentar estimativas incompletas como "orçamentos" de episódios;

(iii) devem respeitar o direito à quitação integral e incondicional de todos os seus utentes que procedam à liquidação dos valores resultantes dos cuidados médicos recebidos, abstendo-se de proceder à emissão de facturas posteriores ao momento da alta dos utentes;

(iv) apenas em situações excepcionais, objectivamente justificadas, devidamente identificadas e do conhecimento dos respectivos utentes, poderão ser adoptados procedimentos que afastem um tal direito à quitação integral e incondicional".

129. Com a referida recomendação, a ERS pretendeu enfatizar a importância do respeito integral pelo direito dos utentes na obtenção de informação rigorosa, transparente e atempada, em contexto de qualquer prestação de cuidados de saúde.

III.4.2. Recomendação emitida pela ERS em 16 de outubro de 2020[5]

130. Ainda no exercício das suas atribuições e competências, e a propósito da mesma temática, a ERS teve, igualmente, oportunidade de intervir sobre a matéria em apreço nos presentes autos, nomeadamente através da Recomendação de 16 de outubro de 2020, emitida no âmbito do processo de inquérito registado internamente sob o n.º ERS/003/2017[6], e que foi dirigida a vários prestadores privados de cuidados de saúde.

131. Com a referida recomendação, a ERS pretendeu, uma vez mais, enfatizar a importância do respeito integral pelo direito dos utentes na obtenção de informação rigorosa, transparente e atempada, em contexto de prestação de cuidados de saúde.

132. Em concreto, foi recomendado que:

"[...]

b. As entidades prestadoras de cuidados de saúde devem assegurar que aos utentes é transmitida uma previsão de custos correta sobre a totalidade dos aspetos financeiros que a prestação de cuidados de saúde irá implicar, designadamente dos atos clínicos, exames, consumíveis e fármacos que venham a ser previsivelmente prestados ou administrados e cujo pagamento lhes seja exigível.

c. Sempre que não se afigure possível estimar a totalidade dos atos, exames, consumíveis ou fármacos que venham a ser previsivelmente prestados ou administrados, os utentes devem ser claramente informados dessa possibilidade e advertidos da relevância no custo total dessa impossibilidade de estimativa, coibindo-se as entidades prestadoras de cuidados de saúde de apresentarem estimativas incompletas ou orçamentos de episódios de tratamento.

d. Se o utente necessita de um tratamento prolongado, que englobe a prática de vários e distintos atos clínicos, o prestador deve informar previamente o utente do custo

[5] À Lusíadas, SA., à Fundação Dr.ª Anna de Sommer Champalimaud e Dr. Carlos Montez Champalimaud, ao Hospital da Luz Arrábida, S.A., ao H.P.T - Hospital Privado da Trofa, S.A e ao Hospital CUF Porto, SA.
[6] Publicada e acessível em https://www.ers.pt/media/1mym2p3t/publica%C3%A7%C3%A3o-de-delibera%C3%A7%C3%A3o-ers_3_2017.pdf .

global de todo o tratamento, e não apenas de alguns dos atos incluídos nesse mesmo tratamento.

e. O utente deve saber, com o maior rigor e aproximação possível, qual o custo total do tratamento e da intervenção que lhe é proposta, por forma a poder confirmar se tem capacidade para suportar tais custos, por si próprio ou através de um qualquer subsistema ou contrato de seguro de que seja titular.

f. Os estabelecimentos de saúde informam os utentes sobre os custos a suportar pela prestação de cuidados de saúde ao abrigo de seguros e planos de saúde, incluindo os da totalidade da intervenção proposta, salvo quando justificadamente *não dispuserem dos elementos necessários à prestação dessa informação.*

g. No caso *da entidade prestadora de cuidados de saúde ter celebrado um contrato com uma entidade terceira (por hipótese, um subsistema de saúde ou uma companhia de seguros), com o propósito de definir a prestação de cuidados de saúde a um grupo de utentes (no caso, beneficiários do subsistema ou do contrato de seguro), compete-lhe prestar todas as informações necessárias e relevantes, designadamente sobre os preços dos serviços acordados, para que os utentes beneficiários possam tomar uma decisão quanto aos cuidados de saúde propostos.*

h. Cumpre à entidade prestadora de cuidados de saúde informar os utentes sobre os cuidados de saúde que estão abrangidos *pelo contrato celebrado com o subsistema ou companhia de seguros, sobre as responsabilidades financeiras destas entidades e dos próprios utentes, no que diz respeito ao pagamento do preço devido pelos cuidados prestados, ou ainda sobre os documentos, requisitos administrativos a preencher, autorizações ou outros procedimentos que se revelem necessários cumprir no âmbito do referido contrato* [...].".

133. Esta recomendação da ERS, foi publicada no sítio eletrónico da ERS, tendo todos os prestadores de cuidados de saúde a possibilidade de pleno conhecimento do seu teor, designadamente da necessidade de conformar a sua atividade com o aí determinado e recomendado.

III.5. Análise da situação concreta

134. Da análise das informações e da documentação trazida ao conhecimento da ERS, apurou-se a seguinte factualidade:

a) No dia 09 de maio de 2023, o utente P.G. acedeu ao estabelecimento explorado pela entidade Joaquim Chaves, Clínicas Médicas, S.A. para realizar um TAC ao tórax, na qualidade de beneficiário do SNS;

b) Neste contexto, o utente P.G. procedeu à respetiva admissão, apresentou a prescrição (P1) de que era portador e acedeu à realização do referido MCDT;

c) Finda a prestação de cuidados de saúde, o utente P.G. foi confrontado com a informação de que o referido exame não seria comparticipado pelo SNS e que teria de suportar o custo de 92,50 EUR (noventa e dois euros e cinquenta cêntimos);

d) Apenas nesse momento o utente terá tomado conhecimento da necessidade de suportar, na totalidade e a expensas próprias, o custo associado ao exame realizado a que se submeteu, dado que nenhuma informação lhe havia sido prestada anteriormente no sentido da não comparticipação do referido exame;

e) Em resposta à reclamação apresentada pelo utente, a entidade Joaquim Chaves, Clínicas Médicas, S.A. informou, nomeadamente, o seguinte:

"[...]

No dia 9 de maio de 2023, o Sr. [P.G.] *compareceu na nossa Clínica de Miraflores, a fim de realizar um exame de imagiologia, fazendo-se acompanhar de uma credencial do Serviço Nacional de Saúde, da região de Leiria. Posteriormente é informado, que se encontra a pagamento o ato realizado, por a prescrição apresentada não ser elegível para o efeito. O Sr.* [P.G.] *fez-nos chegar o seu desagrado por no seu entendimento, a diferenciação feita entre as prescrições dos exames requisitados não ser da sua responsabilidade, considerando que essa informação deveria ter sido transmitida no ato de admissão.*

[...]";

f) Chamada a pronunciar-se junto da ERS, a entidade Joaquim Chaves, Clínicas Médicas, S.A. informou que:

"[...]

Com efeito, após averiguação da situação, verificamos que o utente se fez acompanhar de uma prescrição emitida pelo Serviço Nacional de Saúde, e a colaboradora que o atendeu não se apercebeu que aquela credencial não poderia ser aceite na nossa Clínica, porquanto, o Grupo Joaquim Chaves Saúde tem Convenção com o Serviço Nacional de Saúde, no âmbito da imagiologia, apenas para prescrições da região de Lisboa e Vale do Tejo (LVT), o que não era o caso.

[...]

Não obtivemos resposta do utente, pelo que, após ponderação da situação ocorrida, e de forma a não prejudicar o Utente por lapso da nossa colaborada, entendemos anular a Factura emitida – Factura número [...] *– no valor de € 92.50 (noventa e dois euros e cinquenta e dois cêntimos) e informámos o utente da decisão tomada, conforme comunicação eletrónica que enviámos, que se junta como Documento número 2.*

[...]".

g) Consultada a lista de prestadores convencionados com o SNS, disponível na página de endereço eletrónico da ARS LVT, verifica-se que a entidade Joaquim Chaves, Clínicas Médicas, S.A. detém convenção com o SNS para o estabelecimento por si explorado, na área de Radiologia, para as valências de "TAC'S (crânio, orbita, ângulo ponto cereboloso (D.R.L.), sem contraste membros, coluna, tórax, mediastino, abdómen e pélvica)";

h) A referida convenção é de âmbito regional;

i) A entidade Joaquim Chaves, Clínicas Médicas, S.A. procedeu à anulação da fatura emitida na sequência da prestação de cuidados de saúde em apreço.

135. Em síntese, a questão essencial suscitada pela factualidade em apreço reconduz-se, fundamentalmente, a uma ausência de prestação de informação correta, completa, atempada e inteligível, por parte da entidade Joaquim Chaves,

Clínicas Médicas, S.A., quanto à (não) comparticipação, pelo SNS, do MCDT realizado pelo utente P.G., e respetiva responsabilidade financeira.

136. Conforme supra se expendeu, impende sobre as entidades prestadoras de cuidados de saúde o dever de garantir o respeito pelos direitos dos utentes, nomeadamente, assegurar que lhes é transmitida toda a informação necessária para que possam decidir se aceitam ou se recusam a prestação de cuidados de saúde;

137. Onde se inclui, concretamente, a informação sobre os preços dos cuidados de saúde a serem prestados e responsabilidade pelo seu pagamento, face às repercussões financeiras daí resultantes na sua esfera patrimonial, para que a utente possa conformar a sua liberdade e exercer o seu direito de decisão, juridicamente válido;

138. Não bastando que o utente venha a ser confrontado com a necessidade de proceder ao pagamento de encargos adicionais, posteriormente a ter orientado a sua escolha por um determinado tratamento ou serviço e por um determinado prestador, muito menos ser informado desse facto em momento posterior à prestação de cuidados.

139. Pois que, não se olvide, na prestação de cuidados de saúde predomina a comummente denominada "*assimetria de informação*" dos cidadãos em relação à saúde, à doença e aos concretos termos em que se concretiza a prestação de cuidados;

140. Não detendo o utente, as mais das vezes, o conhecimento exato sobre a patologia de que padece, dos tratamentos que necessita, dos materiais, fármacos ou consumos a utilizar e/ou exames complementares de diagnóstico adequados e necessários ou dos custos inerentes aos cuidados propostos;

141. E é justamente por existir esta assimetria de conhecimento que se exige que o utente, antes de decidir, pela realização de um determinado exame e/ou tratamento, seja informado de forma completa, clara e verdadeira sobre todos os elementos fundamentais necessários para a sua decisão, nomeadamente a responsabilidade financeira que lhe é inerente.

142. Situação que ganha particular acuidade no caso vertente, considerando que o utente P.G. acedeu à realização dos referidos cuidados de saúde tendo por pressuposto a qualidade de beneficiário do SNS e a respetiva comparticipação, recaindo, por conseguinte, sobre a entidade prestadora de cuidados de saúde, o especial cuidado de transmissão de informação, necessária e relevante, sobre as condições de acesso dos utentes aos cuidados de saúde por si prestados;

143. Em especial, sobre os cuidados de saúde que estão abrangidos pelo contrato celebrado com o SNS, eventuais exclusões aplicáveis – *in casu,* em virtude do âmbito territorial da convenção celebrada entre o prestador e o SNS – e sobre as responsabilidades financeiras desta entidade e do próprio utente;

144. Em face do exposto, conclui-se que a informação prestada ao utente P.G., em momento anterior à prestação de cuidados, foi manifestamente incompleta, revelando-se apta a distorcer a sua liberdade de escolha, não tenho sido salvaguardado, na situação vertente, o direito à informação do utente.

145. A entidade Joaquim Chaves, Clínicas Médicas, S.A. falhou na prestação de informação relativa à responsabilidade financeira associada àquele MCDT, em momento prévio à sua concretização, fazendo-o apenas em momento posterior à prestação de cuidados de saúde.

146. Sem prejuízo do acabado de expor, considerando que a entidade Joaquim Chaves, Clínicas Médicas, S.A., procedeu à anulação da fatura emitida ao utente P.G., não se verifica a necessidade de uma intervenção regulatória adicional quanto à revisão da faturação emitida ao utente, com vista à anulação/devolução dos encargos associados à realização do suprarreferido MCDT.

147. Termos em que se propõe a atuação regulatória *infra* delineada, ao abrigo das atribuições e competências legalmente atribuídas à ERS, para garantia da efetiva interiorização e assunção das obrigações em causa e, bem assim, evitar que situações como a dos presentes autos se repitam.

IV. AUDIÊNCIA DE INTERESSADOS

148. A presente deliberação foi precedida de audiência escrita de interessados, nos termos e para os efeitos do disposto no n.º 1 do artigo 122.º do Código de Procedimento Administrativo, aplicável *ex vi* do artigo 24.º dos Estatutos da ERS, tendo para o efeito sido chamados a pronunciarem-se, relativamente ao projeto de deliberação da ERS, a entidade Joaquim Chaves, Clínicas Médicas, S.A. e o reclamante P.G., por ofícios datados de 30 de janeiro de 2025 (referências internas n.º 68035/2025 e 68038/2025, respetivamente).

149. Decorrido o prazo concedido para o efeito, nenhum dos interessados veio aos autos pronunciar-se sobre o projeto de deliberação, pelo que este deve ser integralmente mantido.

V. DECISÃO

150. Tudo visto e ponderado, propõe-se ao Conselho de Administração da ERS, nos termos e para os efeitos do preceituado nas alíneas a) e b) do artigo 19.º e da alínea a) do artigo 24.º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, a emissão de uma instrução à entidade Joaquim Chaves, Clínicas Médicas, S.A., no sentido de:

(i) Garantir, em permanência, que são respeitados os direitos e interesses dos utentes em todo o processo de prestação de cuidados de saúde, em particular a liberdade de escolha dos utentes e o seu direito a serem informados com verdade e antecedência, de forma clara e adaptada à sua capacidade de compreensão (contendo todos os elementos necessários para a sua ponderação e decisão) sobre a natureza e o âmbito dos serviços a prestar, designadamente sobre os recursos disponíveis e as questões financeiras e/ou logísticas associadas, em conformidade com o disposto nas alíneas c), e) e f) do n.º 1 da Base 2 da LBS, nos artigos 2.º e 7.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março, e nos artigos 3.º, alínea d) e 8.º, n.º 1 da Lei n.º 24/96, de 31 de julho;

(ii) Para o efeito, a informação em causa deve abranger as repercussões administrativas, logísticas e financeiras que a prestação de cuidados possa importar:

a. Neste âmbito, incluem-se, nomeadamente, informações sobre:

i. Os meios humanos e técnicos existentes e disponíveis no estabelecimento em causa, para a prestação dos cuidados de saúde necessários;

ii. As autorizações prévias a emitir por entidades terceiras;

iii. Os preços e orçamentos referentes à prestação de cuidados de saúde em causa;

iv. A natureza e regras da convenção que o prestador de saúde tenha celebrado com um qualquer subsistema de saúde ou entidade seguradora, que abranja o pagamento ou o reembolso dos valores devidos pela execução dos atos propostos.

b. Deve ser assegurado que aos utentes é transmitida uma previsão de custos correta sobre a totalidade dos aspetos financeiros que a prestação de cuidados de saúde irá implicar, designadamente, dos atos clínicos, exames, consumíveis e fármacos que venham a ser previsivelmente prestados ou administrados e cujo pagamento lhes seja exigível;

c. A entidade prestadora de cuidados de saúde deve coibir-se de apresentar estimativas ou orçamentos de episódios de tratamento incompletas;

d. Sempre que não se afigure possível estimar a totalidade dos atos, exames, consumíveis ou fármacos que venham a ser previsivelmente prestados ou administrados, os utentes devem ser claramente informados dessa impossibilidade de estimativa e advertidos da relevância da mesma no custo total;

e. Se os utentes necessitarem de um tratamento prolongado, que englobe a prática de vários e distintos atos clínicos, deverão os mesmos ser informados do custo global de todo o tratamento, e não apenas de alguns dos atos incluídos nesse mesmo tratamento;

f. Os utentes devem saber, com o maior rigor e aproximação possível, qual o custo total do tratamento e/ou da intervenção que lhe é proposta, por forma a poderem confirmar se têm capacidade para suportar tais custos, por si próprios ou através de um qualquer subsistema ou contrato de seguro de que seja titular;

g. Os utentes deverão ser informados sobre os custos a suportar pela prestação de cuidados de saúde ao abrigo de subsistemas privados de saúde, incluindo os da totalidade da intervenção proposta, salvo quando justificadamente não dispuserem dos elementos necessários à prestação dessa informação;

h. Na eventualidade de ter sido celebrado um contrato com uma entidade terceira (por hipótese, um subsistema de saúde ou uma companhia de seguros), com o propósito de definir a prestação de cuidados de saúde a um grupo de utentes (no caso, beneficiários do subsistema ou do contrato de seguro), deverão ser prestadas todas as informações necessárias e relevantes, designadamente sobre os preços dos serviços acordados, para que os utentes beneficiários possam tomar uma decisão quanto aos cuidados de saúde propostos.

i. Deverão, igualmente, os utentes ser informados sobre:

    i. Os cuidados de saúde que estão abrangidos pelo contrato celebrado com o subsistema ou companhia de seguros;

    ii. As responsabilidades financeiras destas entidades e dos próprios utentes, no que diz respeito ao pagamento do preço devido pelos cuidados prestados;

iii. Os documentos, requisitos administrativos a preencher, autorizações ou outros procedimentos que se revelem necessários cumprir no âmbito do referido contrato.

j. Em caso de (eventual) titularidade de convenções com o SNS, com a ADSE ou outros subsistemas de saúde, públicos ou privados, ou com seguros de saúde, devem ter um especial cuidado na transmissão de informação sobre as condições de acesso dos utentes aos cuidados de saúde por si prestados.

k. Deve ser acautelado que, em momento anterior ao da prestação de cuidados de saúde, os utentes sejam integralmente informados sobre a existência de convenções ou acordos e a sua aplicabilidade no caso concreto, especialmente se os atos propostos se encontram abrangidos nas respetivas coberturas;

l. Sempre que assumido, perante o utente, a obrigação de efetuar as comunicações necessárias com entidades terceiras (sejam subsistemas de saúde, companhias de seguros, entidades patronais ou outras), prévia ou contemporaneamente à prestação de cuidados de saúde, essa obrigação deverá ser cumprida e respeitada na íntegra, enquanto se mantiver a relação de prestação de serviços de saúde, o que se revestirá de particular acuidade sempre que, em razão dos cuidados prestados, o utente se encontre em situação de debilidade ou incapacidade para encetar pelos próprios meios as referidas comunicações com a entidade financiadora.

(iii) Assegurar, em permanência e em todo o processo de prestação de cuidados de saúde, o direito à quitação integral e incondicional dos utentes, abstendo-se de proceder à emissão de faturas posteriores ao momento da sua alta, exceto em situações excecionais, devidamente identificadas e do conhecimento dos respetivos utentes;

(iv) Implementar, em especial, os procedimentos e/ou normas internas adequadas ao cumprimento do disposto em (i) a (iii);

(v) Assegurar, em permanência, que os procedimentos descritos nas alíneas anteriores são do conhecimento dos seus profissionais e por eles, efetivamente, adotados, logrando assim a divulgação de padrões de qualidade dos cuidados, de recomendações e boas práticas, com vista à formação e informação dos profissionais de saúde intervenientes;

(vi) Dar cumprimento imediato à presente instrução, bem como dar conhecimento à ERS, no prazo máximo de 30 (trinta) dias úteis, após a notificação da presente deliberação, dos procedimentos adotados para o efeito.

151. A instrução ora emitida constitui decisão da ERS, sendo que, a alínea b) do n.º 1 do artigo 61.º dos Estatutos da ERS configura como contraordenação punível *in casu* com coima de € 1.000,00 a € 44.891,81, "[…] *o desrespeito de norma ou de decisão da ERS que, no exercício dos seus poderes regulamentares, de supervisão ou sancionatórios determinem qualquer obrigação ou proibição, previstos nos artigos 14.º, 16.º, 17.º, 19.º, 20.º, 22.º, 23.º*".

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

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

Porto, 27 de fevereiro de 2025.

© Entidade Reguladora da Saúde, Porto, Portugal, 2025

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

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

ERS
ENTIDADE
REGULADORA
DA SAÚDE
20
ANOS

Rua S. João de Brito, 621 l32
4100-455 porto - Portugal
T +351 222 092 350
geral@ers.pt
www.ers.pt