



DELIBERAÇÕES

17 DE ABRIL DE 2026

ERS/073/2025

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

Considerando que a Entidade Reguladora da Saúde (ERS), nos termos do n.º 1 do artigo 4.º dos seus Estatutos, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, 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 ERS conferidas pelo artigo 5.º dos seus Estatutos, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto;

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

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

Visto o processo registado sob o n.º ERS/073/2025;

I. DO PROCESSO

I.1. Origem do processo

1. No dia 19 de março de 2025, a ERS tomou conhecimento da reclamação subscrita por M.R., visando a atuação da Joaquim Chaves Saúde – Clínica de Moscavide, estabelecimento prestador de cuidados de saúde inscrito no Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados (SRER) da ERS, sob o número de registo 165662, o qual é explorado pela entidade Joaquim Chaves, Clínicas Médicas, S.A., titular do NIPC 502 157 640 e registada no SRER sob o número 13822, com sede na Rua Aníbal Bettencourt – Alto dos Barrinhos, n.º 3, 2790-225 - Carnaxide..

2. Na referida reclamação, registada internamente sob o n.º REC/28715/2025, a reclamante alega, em suma, que, no dia 10 de março de 2025, acedeu a uma consulta de otorrinolaringologia no estabelecimento explorado pela entidade Joaquim Chaves, Clínicas Médicas, S.A.
3. Mais alega que, no decurso da referida consulta, foi realizada uma “aspiração”, contestando a respetiva cobrança, uma vez que não foi previamente informada do custo adicional inerente.

4. Em sede de alegações iniciais, o prestador informou que:

“[...] No dia 10 de março, a Sr.ª D.ª [M.R.] compareceu no Centro Médico de Moscavide, para realizar uma consulta no âmbito de otorrinolaringologia, com o Dr. [...]. Fez-nos chegar o seu desagrado pela cobrança da limpeza auricular que, no seu entendimento, não se deveria aplicar.

Em resposta à exposição feita, compete-nos esclarecer que a aspiração ou limpeza auricular, é um ato médico realizado por um profissional de saúde. Este é efetuado no decorrer da consulta, sempre que o médico assistente considere necessária à sua realização e haja a concordância do Cliente para tal.

Lamentamos que tenha ficado com a perceção que custo do ato médico, estaria englobado no valor da consulta.

Conforme indicado presencialmente, foi realizada uma avaliação clínica por parte do Dr. [...] que culminou num ato médico que, naturalmente, valoriza a simples consulta.

Consideramos, pelas razões apresentadas, que a fatura apresentada está correta. [...].”

5. Da análise efetuada à factualidade descrita resultaram evidências de que o prestador não cumpriu os deveres de prestação de informação a que se encontra adstrito, não tendo habilitado a reclamante com informação clara, precisa e completa, acerca dos encargos financeiros associados ao procedimento suprarreferido, realizado no decurso da consulta de otorrinolaringologia a que acedeu no dia 10 de março de 2025.

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 decidiu, por deliberação de 04 de setembro de 2025, proceder à abertura do presente processo de inquérito, registado internamente sob o n.º ERS/073/2025.

I.2. Diligências

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

- (i) 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
- (ii) Notificação de abertura de processo de inquérito enviada à reclamante M.R., por ofício datado de 10 de setembro de 2025, com a referência n.º 286503/2025;
- (iii) Notificação de abertura de processo de inquérito e pedido de elementos enviado à entidade Joaquim Chaves, Clínicas Médicas, S.A., por ofício datado de 10 de setembro de 2025, com a referência n.º 286500/2025;
- (iv) Receção, em 07 de outubro de 2025, da resposta apresentada pela entidade Joaquim Chaves, Clínicas Médicas, S.A. ao pedido de elementos efetuado;
- (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 Barrinhos, n.º 3, 2790-225 - Carnaxide.

II. DOS FACTOS

II.1 Da reclamação n.º REC/28715/2025

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

“[...] Hoje dirigi-me à Clínica Joaquim Chaves porque tinha marcação de otorrino, que me estão a cobrar, valor de consulta e como fiz uma aspiração + o valor da aspiração totalizando 48,00 € por este serviço. Como não fui avisada que o tratamento era pago à parte não vou pagar o tratamento (consulta 19,00 € Médicos e 29€ da aspiração).

O Médico foi o Dr. [...] e a empregada Sra. [...].”

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

“[...] No dia 10 de março, a Sr.ª D.ª [M.R.] compareceu no Centro Médico de Moscavide, para realizar uma consulta no âmbito de otorrinolaringologia, com o Dr. [...]. Fez-nos chegar o seu desagrado pela cobrança da limpeza auricular que, no seu entendimento, não se deveria aplicar.

Em resposta à exposição feita, compete-nos esclarecer que a aspiração ou limpeza auricular, é um ato médico realizado por um profissional de saúde. Este é efetuado no decorrer da consulta, sempre que o médico assistente considere necessária à sua realização e haja a concordância do Cliente para tal.

Lamentamos que tenha ficado com a perceção que custo do ato médico, estaria englobado no valor da consulta.

Conforme indicado presencialmente, foi realizada uma avaliação clínica por parte do Dr. [...] que culminou num ato médico que, naturalmente, valoriza a simples consulta.

Consideramos, pelas razões apresentadas, que a fatura apresentada está correta. [...].”

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

10. Por ofício da ERS, datado de 10 de setembro de 2025 (referência interna n.º 286500/2025), foi a entidade prestadora 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. *Informação sobre a qualidade em que a reclamante acedeu aos cuidados de saúde prestados e, caso aplicável, identificação da entidade financeira responsável (EFR);*
3. *Descrição de toda a informação prestada à utente em momento anterior à prestação de cuidados em apreço, acompanhada de suporte documental;*
4. *Cópia da correspondência trocada com a utente relativamente ao assunto em análise, nomeadamente eventual(ais) resposta(s) já remetida(s) na sequência da reclamação apresentada;*
5. *Cópia(s) de eventual(ais) faturas/recibos e/ou eventuais notas de crédito emitidas à reclamante, respeitante aos cuidados de saúde aludidos na sobredita reclamação;*
6. *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;*
7. *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;*
8. *Envio de quaisquer esclarecimentos complementares que V. Exas. julguem necessários e relevantes para a análise do caso concreto. [...]”.*

11. Via comunicação eletrónica datada de 07 de outubro de 2025, veio a entidade Joaquim Chaves, Clínicas Médicas, S.A. prestar os seguintes esclarecimentos:

“[...] JOAQUIM CHAVES CLÍNICAS MÉDICAS, S.A., notificada para se pronunciar sobre a reclamação apresentada pela utente Exma. Sra. [M.R.], e envio de documentação, vem informar Vexa. do seguinte:

1. A reclamação apresentada pela Utente teve origem na insatisfação demonstrada após a realização de consulta de Otorrinolaringologia na Clínica de Moscavide, com o Dr. [...], relativamente ao pagamento do valor solicitado pela aspiração aos ouvidos realizada durante a referida consulta, no montante de € 29,00, acto que não é participado pela seguradora da utente (Medis).

2. O Dr. [...], fez a sua apreciação e anamnese perante as queixas que lhe foram apresentadas pela utente, que culminou na prestação de cuidados de saúde, neste caso, na aspiração aos ouvidos.

3. Após análise da situação ocorrida e ouvidos os colaboradores intervenientes, foi possível apurar que a utente foi informada, antes da consulta, que se fossem realizados atos médicos adicionais durante a consulta, o pagamento desses atos seria efetuado no seu término, uma vez que, não é possível antecipar, administrativamente, quais os atos médicos que poderão ser realizados no decorrer das consultas de especialidade, como é o caso de Otorrinolaringologia.

4. A utente foi informada no email de confirmação de marcação da consulta, que no valor da consulta não estão englobados atos médicos adicionais realizados no decorrer da consulta. (documento n.º 1).

5. Apesar da informação não ter sido reiterada à utente aquando da admissão à consulta – porque a utente tirou a senha de check in automático (às 14h44), tendo sido chamada para o gabinete médico (às 15h01), sem falar com nenhuma rececionista/colaboradora da Reclamada – todos os utentes que realizam consultas de otorrinolaringologia são informados, no ato de admissão, que os atos médicos que possam vir a realizar-se são

pagos adicionalmente ao valor da consulta, no final da consulta, de acordo com os valores aplicáveis, sendo no caso da utente Reclamante, os aplicáveis pela Medis, que não comparticipa este acto.

6. Ao exposto acresce que, tal informação encontra-se afixada na Unidade de Saúde, tanto em acrílicos no Balcão de admissão dos utentes, como nos gabinetes médicos onde se realizam as consultas e os atos médicos adicionais, tal como comprovam os registos fotográficos que se anexam (Documentos número 2 a 4).

7. Em face do exposto, dúvidas não existem de que foi prestado à utente um serviço médico especializado de qualidade e que lhe foi assegurado o direito à informação prévia sobre os custos da aspiração aos ouvidos realizada pelo Médico Otorrinolaringologista.

8. Remete-se nos ficheiros em anexo:

- Cópia das comunicações remetidas à utente em 19 de Março de 2025, às 09:00 e em 27 de Março de 2025, às 07:56;*
- Cópia da fatura emitida à utente respeitante à aspiração realizada pelo Médico Otorrinolaringologista;*
- Cópia manual de ORL, a páginas 8, 9 e 10 consta a indicação da cobrança do ato adicional à consulta de Otorrinolaringologia;*
- Cópia do Modelo de Registo de atos na consulta de ORL que é entregue pelo médico para se efetuar a cobrança de atos no check out do utente: CL.ESP.005.3 – Registo de Atos Médicos – Consulta de ORL;*

(Documentos números 5 a 8).

No Procedimento de Receção existe a indicação de informação ao utente de aviso de cobrança de atos médicos no ponto, 2.2.3. Rececionistas, alínea s), disponível em [...].

Na expectativa de termos prestado as informações e os esclarecimentos solicitados, apresentamos os melhores cumprimentos. [...].

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 *protecção 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.º 1).
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 *gratuidade 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 ressaltar 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 da utente.

III.2.2. Da prestação de cuidados de saúde ao abrigo de seguros de saúde ¹

46. Fora do âmbito do SNS, o direito de acesso também está sujeito ao cumprimento de normas específicas, em função da relação jurídica estabelecida entre o utente, a entidade responsável pelo pagamento dos encargos resultantes da prestação de cuidados de saúde e a entidade responsável pelo estabelecimento onde estes são prestados.

47. O contrato de seguro é um instrumento mediante o qual uma pessoa transfere para outra o risco da eventual verificação de um determinado dano (sinistro), na esfera própria ou alheia, mediante o pagamento da correspondente remuneração (prémio); e nos contratos de seguro de saúde, atento o disposto

¹ Cf. Melhor densificado no documento elaborado pela ERS sobre “Direitos e Deveres dos Utentes dos Serviços de Saúde”, acessível em <https://www.ers.pt/media/wdId321/direitos-e-deveres-dos-utentes-dos-servi%C3%A7os-de-sa%C3%BAdede-atualiza%C3%A7%C3%A3o-de-01-06-2022.pdf>.

no artigo 213.º do Decreto-Lei n.º 72/2008, de 16 de abril, o segurador cobre riscos relacionados com a prestação de cuidados de saúde.

48. Existem diferentes tipos de seguros de saúde: voluntários ou obrigatórios; individuais ou de grupo; e de prestações convencionadas, de prestações indemnizatórias ou de combinações de ambas.
49. O seguro de saúde surge como exemplo paradigmático dos contratos de seguro voluntários ou facultativos, na medida em que a sua celebração não é, regra geral, legalmente obrigatória. No entanto, alguns seguros de saúde têm carácter obrigatório, como acontece, nomeadamente, quanto aos nacionais de outros EM da União Europeia que pretendam residir em Portugal, nos termos da alínea b) do n.º 1 do artigo 7.º da Lei n.º 37/2006, de 9 de agosto (em condições de reciprocidade com o Estado da nacionalidade), e quanto aos agentes desportivos, praticantes de atividades desportivas em infraestruturas desportivas abertas ao público e participantes em provas ou manifestações desportivas, nos termos Decreto-Lei n.º 10/2009, de 12 de janeiro.
50. O contrato de seguro de saúde pode ser também classificado como individual ou de grupo, consoante seja celebrado relativamente a uma pessoa ou a um conjunto de pessoas ligadas entre si e ao tomador de seguro, por um vínculo ou interesse comum, respetivamente. Um exemplo de seguro de saúde de grupo é aquele em que o tomador de seguro é uma empresa e os segurados são os trabalhadores da empresa.
51. Por último, nos termos da alínea b) do artigo 8.º da Lei n.º 147/2015, de 9 de setembro, os seguros de saúde são ainda considerados como seguros “*não vida*”, ramo de “*Doença*”, compreendendo as modalidades de prestações convencionadas, prestações indemnizatórias, e combinações dos dois tipos de prestações:
- (i) No regime de prestações convencionadas ou sistema de assistência, o segurador dispõe de uma rede de prestadores de cuidados de saúde (rede convencionada) aos quais o segurado recorre, suportando a parte dos custos que os termos do seu

contrato de seguro determinar, e ficando o remanescente a cargo da entidade seguradora, que o liquidará diretamente ao prestador, em prazo e montante previamente fixados na convenção celebrada entre ambos; a modalidade de assistência caracteriza-se, assim, por ser um sistema integrado de seguro com prestação direta de cuidados de saúde, mediante o estabelecimento de uma relação direta entre o segurador, os diferentes prestadores de cuidados de saúde e segurados;

- (ii) No regime de prestações indemnizatórias ou sistema de reembolso, o segurado escolhe livremente o prestador a que pretende recorrer e paga a totalidade das despesas com os cuidados de saúde recebidos, sendo posteriormente reembolsado de uma parte delas pelo segurador; não há, neste regime, o estabelecimento de qualquer relação, direta ou indireta, entre o segurador e os diferentes prestadores de cuidados de saúde;
- (iii) Por fim, o regime de sistema misto combina os dois regimes *supra* aludidos.

52. A exemplo do que também sucede quanto aos subsistemas, na relação que se estabelece entre prestador e utente segurado são sempre invocáveis, para além do que estiver previsto no regime contratual inerente ao seguro de saúde, os direitos e interesses dos utentes resultantes do quadro legal e geral que visa proteger os mesmos, enquanto utentes de serviços de saúde.

53. Uma vez que, tal como os subsistemas públicos de saúde, os subsistemas privados de saúde e os seguros de saúde se assumem como complementares e não substitutivos face ao SNS, os seus beneficiários não deixam de ser beneficiários do SNS, gozando assim de uma dupla cobertura.

54. Na verdade, qualquer utente beneficiário do SNS que se dirija ao SNS, independentemente de ser também beneficiário de um subsistema privado de saúde ou de um seguro de saúde, goza dos mesmos direitos e está

obrigado ao cumprimento dos mesmos deveres que qualquer outro utente do SNS, no estrito cumprimento do direito fundamental previsto na CRP, de acesso universal e equitativo ao SNS.

55. Por fim, importa referir que a LBS, na sua Base 27, contempla um conjunto de deveres de informação sobre seguros de saúde. Destinado às seguradoras, o n.º 1 da referida Base refere 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.*”.
56. O n.º 2, por sua vez, tem como destinatários os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, os quais “*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.*”.
57. Estas informações passam, assim, a integrar o conjunto de informações que tais estabelecimentos estão obrigados a prestar aos utentes, em momento prévio ao da prestação de cuidados de saúde, para que os mesmos sejam devidamente esclarecidos para poderem tomar uma decisão livre – ou seja, para consentirem ou recusarem os cuidados de saúde propostos.
58. Importa ainda fazer uma breve referência aos planos e cartões de saúde, que consubstanciam realidades distintas dos seguros de saúde e assentam, por isso, em diferentes características. Em todas estas modalidades de financiamento dos cuidados de saúde, existe uma relação contratual entre uma empresa, enquanto entidade proprietária e/ou promotora do plano/seguro de saúde, o aderente que subscreve o plano/seguro de saúde (beneficiário/segurado e eventualmente ainda outros beneficiários/segurados do seu agregado familiar) e os prestadores de cuidados de saúde que integram ou aderem a uma rede ou diretório clínico (prestadores aderentes).

59. Porém, no caso dos planos e cartões de saúde, o titular é o único responsável pelo pagamento dos cuidados de saúde que lhe são prestados, não havendo participação associada por parte de uma entidade terceira. O acesso é garantido pelo próprio titular e está dependente da sua capacidade financeira, sendo certo que o plano de saúde contratado lhe oferece benefícios assentes no preço e/ou nos cuidados de saúde a que pode aceder.
60. A entidade que emite, promove, explora e/ou comercializa o plano de saúde pode ser uma entidade bancária (que, simultânea e habitualmente, surge como mediadora de seguros), uma entidade seguradora ou mesmo uma entidade responsável por estabelecimentos prestadores 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

61. 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.
62. 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.
63. 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.
64. 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.

65. Ora, a garantia efetiva da liberdade de escolha pressupõe o reconhecimento cumulativo de um outro importantíssimo direito dos utentes: o direito à informação.
66. 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.
67. 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.
68. 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.
69. 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.
70. 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.

71. 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.
72. 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.
73. 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.
74. 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).

75. 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).
76. 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 homogêneos, colectivos ou difusos [...]” – cf. artigo 3.º do mencionado diploma legal.
77. No que especificamente diz respeito ao direito à informação, importa fazer referência à evolução legislativa verificada nos últimos anos.
78. 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”.
79. 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.

80. Todavia, as alterações mais significativas ao mencionado preceito foram introduzidas pela Lei n.º 47/2014, de 28 de julho².
81. 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

² Em vigor desde o dia 29 de julho de 2014 (artigo 8.º).

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 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.”.

82. 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.**
83. 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.
84. 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.
85. 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.

86. 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.
87. 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.
88. Em especial, 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.
89. A este propósito, importa sublinhar que, nos termos do n.º 2 da Base 27 da nova LBS, “[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.*”.
90. 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.

91. 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.
92. 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.
93. 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.**
94. 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.
95. 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.
96. 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.
97. 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;

98. 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.
99. Note-se, ademais, que nos mercados de serviços de saúde predomina a comumente denominada “assimetria de informação” dos cidadãos em relação à saúde e à doença.
100. 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.
101. 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.
102. 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”*.
103. 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”*.
104. 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.

105. 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.

106. 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

107. 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 2011³

108. Na sequência do elevado número 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 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

³ Publicada e acessível em
https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/145/Recomendacao_Orcamentos.pdf.

em

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”.

109. 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 2020⁴

110. 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/003/2017⁵, e que foi dirigida a vários prestadores privados de cuidados de saúde.

111. 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.

112. 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

⁴ 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.

⁵ 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.

utente do custo 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 [...].”.

113. 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.4.3. Alerta de Supervisão n.º 02/2025, emitido pela ERS em 2 de agosto de 2025⁶

114. Em 2 de agosto de 2025, foi emitido o Alerta de Supervisão n.º 02/2025, dirigido a todos os estabelecimentos e serviços dos setores privado, cooperativo e social, com o teor que *infra* se transcreve:

“[...]

Considerando o direito à informação dos utentes dos serviços de saúde, nos termos do qual aqueles devem ser informados sobre todos os aspetos essenciais da prestação de cuidados de saúde, incluindo as suas implicações administrativas, logísticas e financeiras;

Considerando o direito dos utentes dos serviços de saúde de escolherem livremente a entidade prestadora de cuidados de saúde;

Considerando que entre estes dois direitos fundamentais se estabelece uma relação de interdependência e de complementaridade, na medida em que a liberdade daqueles utentes no processo de escolha da entidade prestadora de cuidados de saúde pressupõe o conhecimento prévio, efetivo e pleno de todos os elementos fundamentais e necessários para a sua decisão, incluindo as implicações administrativas, logísticas e financeiras da prestação de cuidados de saúde;

Considerando, por um lado, a assimetria da relação estabelecida entre prestadores de cuidados de saúde e utentes (em desfavor destes) e, por outro, os princípios de transparência e de lealdade recíproca que devem pautar aquela relação; Considerando a vasta intervenção da Entidade Reguladora da Saúde (ERS) nesta matéria, no exercício dos seus poderes de regulação, de supervisão (através da emissão de ordens, instruções e recomendações), e sancionatórios (por via da aplicação de coimas em

⁶ Publicado e acessível em https://www.ers.pt/media/xmppebxe/alerta-de-supervis%C3%A3o-2_2025.pdf.

múltiplos processos de contraordenação), e bem assim de produção de conteúdos informativos;

Considerando que, apesar das suprarreferidas intervenções, a ERS tem tomado conhecimento de um volume significativo de reclamações de utentes dos serviços de saúde, nas quais são descritas situações de não transmissão ou de transmissão de informação incorreta ou insuficiente sobre as implicações administrativas, logísticas e financeiras da prestação de cuidados de saúde, com claro prejuízo para a liberdade de escolha dos utentes;

A ERS, no exercício dos seus poderes de supervisão, alerta todos os estabelecimentos e serviços dos setores privado, cooperativo e social, para o seguinte:

- 1) Deve ser garantida a prestação de informação aos utentes sobre a totalidade dos aspetos financeiros que a prestação de cuidados de saúde irá implicar.*
- 2) Os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde devem assegurar que a informação é transmitida aos utentes de forma:*
 - a. Antecipada, isto é, de maneira a não colocar o utente numa situação de pressão quanto à decisão a tomar;*
 - b. Completa, objetiva e fidedigna, quer dizer, contendo todos os elementos necessários à ponderação e decisão do utente;*
 - c. Inteligível, ou seja, adaptada à capacidade de compreensão do utente, considerando a sua personalidade, as suas características e opções pessoais, o seu grau de instrução e os seus conhecimentos sobre a sua condição clínica;*
 - d. Pró-ativa, isto é, facultando diretamente ao utente toda a informação sobre aqueles aspetos essenciais, independentemente de tal lhe ter sido solicitado ou de poder aceder a tal informação por outra via.*

- 3) *Deve ser transmitida aos utentes uma previsão de custos correta sobre a totalidade dos aspetos financeiros que a prestação de cuidados de saúde irá implicar, designadamente:*
- a. Atos clínicos, exames, consumíveis, fármacos e piso de sala cujo pagamento, previsivelmente, lhes seja exigível;*
 - b. Quando tal estimativa não seja possível, no todo ou em parte, os utentes devem ser claramente informados dessa impossibilidade e, sempre que possível, advertidos da relevância que os elementos em falta poderão ter no custo total;*
 - c. No caso dos tratamentos prolongados⁷, os utentes deverão ser informados do custo global de todo o tratamento e não apenas de alguns dos atos incluídos nesse mesmo tratamento.*
- 4) *No âmbito da prestação de cuidados de saúde ao abrigo de uma convenção ou acordo com uma entidade terceira (Serviço Nacional de Saúde, subsistema de saúde ou companhia de seguros), deverão ser prestadas aos utentes todas as informações necessárias e relevantes, designadamente sobre:*
- a. Os cuidados de saúde abrangidos pela convenção ou pelo contrato celebrado e os respetivos preços acordados;*
 - b. As responsabilidades financeiras destas entidades e dos próprios utentes, no que diz respeito ao pagamento do preço devido pelos cuidados prestados;*
 - c. Os documentos, os requisitos administrativos a preencher, as autorizações ou outros procedimentos que se revelem necessários cumprir no âmbito da referida convenção ou do respetivo contrato.*
- 5) *No caso específico do acesso a cuidados de saúde ao abrigo de seguros e planos de saúde, os utentes devem ser informados sobre os custos a suportar pela prestação de cuidados de saúde, incluindo os da totalidade da intervenção proposta, salvo quando a respetiva entidade prestadora,*

⁷ Entende-se por tratamento prolongado aquele que engloba a prática de vários e distintos atos clínicos.

justificadamente, não dispuser dos elementos necessários à prestação dessa informação. [...]”.

III.5. Análise da situação concreta

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

1. No dia 10 de março de 2025, a reclamante M.R. acedeu ao estabelecimento explorado pela entidade Joaquim Chaves, Clínicas Médicas, S.A., para a realização de uma consulta de otorrinolaringologia, ao abrigo de seguro de saúde de que é titular (Médis);
2. No decurso da referida consulta, a utente M.R. realizou um meio complementar de diagnóstico e terapêutica (MCDT), concretamente, *“Aspiração/limpeza Auricular”*;
3. Finda a prestação de cuidados de saúde, a utente M.R. foi confrontada com a necessidade de proceder ao pagamento do montante adicional de 29,00 EUR (vinte e nove euros), devido pela realização do suprarreferido MCDT (Fatura/Recibo [...]);
4. Ato contínuo, a utente M.R. apresentou uma reclamação no Livro de Reclamações (LR) do prestador, alegando a ausência de informação prévia sobre a cobrança adicional do procedimento suprarreferido e a que foi sujeita no decurso da consulta de otorrinolaringologia, em 10 de março de 2025.

116. 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 aos encargos financeiros associados ao procedimento realizado no decurso da consulta de otorrinolaringologia a que acedeu no dia 10 de março de 2025, e respetiva responsabilidade financeira.

117. 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;
118. Onde se inclui, concretamente, os preços dos cuidados de saúde a serem prestados e respetiva responsabilidade pelo seu pagamento, face às repercussões financeiras daí resultantes na sua esfera patrimonial, para que os utentes possam conformar a sua liberdade e exercer o seu direito de decisão, juridicamente válido;
119. Não bastando que os utentes venham a ser confrontados com a necessidade de proceder ao pagamento de encargos adicionais, posteriormente a terem orientado a sua escolha por um determinado tratamento ou serviço e por um determinado prestador, muito menos serem informados desse facto em momento posterior à prestação de cuidados.
120. Pois que, não se olvide, na prestação de cuidados de saúde predomina a comumente denominada “*assimetria de informação*” dos cidadãos em relação à saúde, à doença e aos concretos termos em que se concretiza a prestação de cuidados;
121. Não detendo os utentes, as mais das vezes, o conhecimento exato sobre a patologia de que padecem, dos tratamentos que necessitam, dos materiais, fármacos ou consumos a utilizar e/ou exames complementares de diagnóstico adequados e necessários ou dos custos inerentes aos cuidados propostos;
122. E é justamente por existir esta assimetria de conhecimento que se exige que os utentes, antes de decidirem pela realização de um determinado exame e/ou tratamento, sejam informados de forma completa, clara e verdadeira sobre todos os elementos fundamentais necessários para a sua decisão, nomeadamente a responsabilidade financeira que lhe é inerente.
123. Nesse sentido apontavam já as alíneas i) e ii) da Recomendação emitida pelo Conselho Diretivo da ERS em 11 de março de 2011,

recomendação que, como se advertiu, era expressamente dirigida aos prestadores de cuidados de saúde;

124. Bem como, mais recentemente, o Alerta de Supervisão emitido pela ERS, em 02 de agosto de 2025, dirigido a todos os estabelecimentos e serviços dos setores privado, cooperativo e social.
125. Situação que ganha particular acuidade na situação da utente M.R., porquanto, ocorrendo no âmbito da consulta, o diagnóstico clínico alcançado na sequência da observação efetuada e, em função desta, a decisão pela realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica e, em última instância, a sua efetivação;
126. Diluem-se nos vários atos realizados na prestação de cuidados de saúde, sem que seja perceptível à utente o momento a partir do qual se inicia a realização de um ato complementar à própria consulta (*in casu*, “*Aspiração/limpeza Auricular*”) e os custos inerentes aos (vários) cuidados prestados;
127. Em particular, a partir do momento em que foi determinada a necessidade de realização do suprarreferido procedimento, a entidade Joaquim Chaves, Clínicas Médicas, S.A. deveria ter encetado todos os esforços no sentido de habilitar a utente M.R. com informação clara, atempada, inteligível e completa sobre os encargos financeiros associados, por forma a que aquela, munida desses elementos, pudesse exercer, de forma livre e consciente, a sua liberdade de escolha e tomada de decisão.
128. Pautando, assim, a sua atuação pela verdade, completude e transparência que deve conformar todos os momentos da relação estabelecida entre prestador dos cuidados de saúde e utente, especialmente na fase que antecede a própria prestação de cuidados.
129. A este propósito, não colhe a alegação do prestador, no sentido de que “[...] *foi assegurado o direito à informação prévia sobre os custos da aspiração aos ouvidos realizada pelo Médico Otorrinolaringologista [...]*”, porquanto, ainda que se reconheça verosímil a possibilidade de só no decurso da consulta se concluir pela necessidade de realização de

determinado ato complementar, tal não significa que o prestador fique desonerado do dever de prestação de qualquer informação;

130. Não se revelando suficiente a informação genérica e abstrata de que “[...] o valor da consulta/exame não engloba atos adicionais que possam se realizados durante a mesma [...]” ou que durante a consulta “[...] a realização de exames ou outros atos médicos serão cobrados de acordo com a tabela de preços em vigor [...]”, impendendo sobre o prestador o dever de advertir os utentes, previamente à prestação de cuidados de saúde, de que existem atos, especificando quais, que podem implicar cobrança adicional, como o procedimento suprarreferido.
131. Além disso, a circunstância de a utente ter efetuado a admissão através do “*check-in automático*”, sem intervenção humana, também não desonera o dever de prestação de informação que impende sobre o prestador de cuidados de saúde, nos termos expostos supra.
132. Em face do exposto, pese embora a existência de procedimentos internos definidos e implementados pelo prestador, conclui-se que a informação prestada à utente M.R., em momento anterior à prestação de cuidados, foi manifestamente incompleta, revelando-se apta a distorcer a sua liberdade de escolha, não tendo sido salvaguardado, na situação vertente, o direito à informação da utente.
133. Pelo que, além da instrução *infra* descrita, deverá ser emitida uma ordem à entidade Joaquim Chaves, Clínicas Médicas, S.A., no sentido de anular a fatura-recibo n.º [...], emitida em 10 de março de 2025 à utente M.R., no montante global de 29,00 EUR (vinte e nove euros), em virtude de ter sido emitida em violação dos seus direitos e interesses legítimos.
134. Acresce que, de acordo com as disposições conjugadas da alínea d) do artigo 12.º e da subalínea iv) da alínea b) do n.º 2 do artigo 61.º dos Estatutos da ERS, a violação da liberdade de escolha da utente M.R. constitui contraordenação, pelo que deverá ser determinada, a final, a abertura do competente processo contraordenacional.

IV. AUDIÊNCIA DE INTERESSADOS

135. A presente deliberação foi precedida de audiência escrita dos interessados, nos termos e para os efeitos do disposto no n.º 1 do artigo 122.º do Código 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 a reclamante M.R., por ofícios datados de 05 de março de 2026 (referências internas n.º 36888/2026 e 36889/2026, respetivamente).

136. Decorrido o prazo concedido para o efeito, somente a entidade Joaquim Chaves, Clínicas Médicas, S.A. veio os autos pronunciar-se sobre o projeto de deliberação, nos termos que *infra* se transcrevem:

“[...] JOAQUIM CHAVES CLÍNICAS MÉDICAS, S.A., notificada para se pronunciar, querendo, sobre o conteúdo do projeto de deliberação emitido relativo à reclamação apresentada pela utente Exma. Senhora Maria do Carmo Ribeiro Reis Martins Rodrigues, vem expor e requerer a Vexa. Do seguinte:

- a. A reclamada não concorda com o projeto de deliberação emitido relativamente à reclamação apresentada pela utente após a realização de consulta de Otorrinolaringologia na Clínica de Moscavide, quanto ao pagamento do valor solicitado pela aspiração aos ouvidos, realizada durante a referida consulta, no montante de € 29,00.*
- b. Porquanto, conforme se demonstrou nos autos, a utente foi informada, antes da consulta, e durante a consulta, que a realização de actos médicos adicionais durante a consulta, poderia implicar o pagamento de valores adicionais, no seu término.*
- c. Só é possível antecipar, administrativamente, quais os actos médicos que poderão vir a ser realizados no decorrer das consultas de especialidade, durante as consultas aquando da observação dos utentes, como é o caso de Otorrinolaringologia. O médico desconhece qual a patologia que o utente apresenta, antes de o observar.*

- d. *O entendimento perfilhado pela ERS é irreal, pois implicaria que impendesse sobre a Reclamada a obrigação de informar previamente os utentes acerca do custo de todos os actos de MCDT passíveis de ser realizados no decurso de uma consulta de Otorrinolaringologia.*
- e. *A exigência de prévia informação detalhada e individualizada de todos os custos potenciais de todos os actos de MCDT possíveis, revela-se, na prática, de impossível cumprimento.*
- f. *Muitos actos de MCDT apresentam variabilidade e custos em função de factores técnicos e clínicos, não sendo possível assegurar, em todos os casos, a determinação prévia e exacta do respetivo preço a pagar por cada um desses actos.*
- g. *A interpretação sufragada por essa Entidade mostra-se desproporcional face aos objectivos da transparência e protecção dos utentes, impondo um ónus excessivo e desadequado à Reclamada, que ultrapassa o razoável e necessário para assegurar o direito à informação dos utentes.*
- h. *O exercício da Medicina rege-se por critérios de autonomia técnica e científica, não podendo a Reclamada impor ao médico especialista, condicionantes administrativas prévias ou no decorrer da consulta, que poderão interferir indevidamente na liberdade de prescrição e na tomada de decisão clínica em tempo útil, comprometendo o dever primordial de prestação de cuidados de saúde adequados, eficazes e atempados aos utentes.*
- i. *Para se implementar o entendimento perfilhado por essa entidade, as consultas médicas teriam que ser terminadas, para que os utentes fossem informados pelos serviços administrativos, dos preços do(s) MCDT a realizar e das coberturas do respectivo seguro de saúde, se for o caso, que agendassem a sua realização para outra data, em função da disponibilidade de ambas as partes e que marcassem nova consulta para a realização do acto, o que, claro está, implicaria o atraso no diagnóstico e tratamento dos utentes e o acréscimo dos custos a suportar por estes!*

- j. *Reitera-se que a utente em apreço, foi por várias formas antecipada e devidamente informada, de que ao valor da consulta poderia acrescer o de actos médicos adicionais realizados no seu decorrer, como comprovam os documentos oportunamente juntos aos autos pela Reclamada.*
 - k. *Ao exposto acresce que, a utente nunca questionou o Médico que realizou o procedimento sobre como poderia saber o valor a pagar, nem lhe transmitiu que poderia não o querer realizar em função desse valor, mesmo sabendo e não podendo ignorar, que esse acto poderia implicar o pagamento de um valor adicional à consulta.*
 - l. *Em face do exposto, dúvidas não existem de que foi assegurado à utente o direito à informação prévia sobre os custos da aspiração aos ouvidos realizada pelo Médico Otorrinolaringologista.*
 - m. *Em face do exposto, a Reclamada não pode concordar como o projeto de deliberação emitido, devendo ser emitida deliberação que considere o exposto e a prova carreada para o processo, e conclua que a Reclamada prestou à utente todas as informações necessárias e relevantes que lhe permitiram ter tomado uma decisão livre, consciente e esclarecida quanto aos cuidados de saúde propostos. [...]”.*
137. Pelo que importa aferir se a pronúncia da entidade Joaquim Chaves, Clínicas Médicas, S.A. é suscetível de infirmar a deliberação delineada e, bem assim, aferir da necessidade de manutenção de uma intervenção regulatória por parte da ERS.
138. **Desde já se adianta que não, mantendo-se, na íntegra, a necessidade de uma intervenção regulatória por parte da ERS.**

Porquanto,

139. Da ponderação global dos elementos recolhidos em sede de instrução dos presentes autos, resultou que a utente M.R. foi sujeita à realização de MCDT, concretamente, “*Aspiração/limpeza Auricular*”, no decurso da consulta de otorrinolaringologia a que acedeu no dia 10 de março de 2025.

140. Ressaltando, contudo, da reclamação apresentada a ausência de informação prévia relativa à complementaridade daquele ato em relação à consulta e respetiva cobrança adicional.
141. Ora, conforme suprarreferido, na prestação de cuidados de saúde predomina a comumente denominada “*assimetria de informação*” dos cidadãos em relação à saúde, à doença e aos concretos termos em que se concretiza a prestação de cuidados.
142. Situação que ganha particular acuidade na situação da utente M.R., porquanto, ocorrendo no âmbito da consulta, o diagnóstico clínico alcançado na sequência da observação efetuada, diluem-se nos vários atos realizados na prestação de cuidados de saúde, sem que seja perceptível à utente o momento a partir do qual se inicia a realização de um ato complementar à própria consulta (*in casu*, “*Aspiração/limpeza Auricular*”) e os custos inerentes aos (vários) cuidados prestados.
143. Impendendo sobre a entidade Joaquim Chaves, Clínicas Médicas, S.A. o dever de assegurar que é transmitida aos utentes toda a informação necessária para que possam decidir se aceitam ou se recusam a prestação de cuidados de saúde, independentemente de os utentes “*não ter[em] perguntado*”, “*ter[em] o dever de saber*” ou de “*já ter[em] sido informado[s] noutra ocasião*”.
144. Não se revelando suficiente, conforme suprarreferido, a informação genérica e abstrata de que “[...] *a realização de actos médicos adicionais durante a consulta, poderia implicar o pagamento de valores adicionais, no seu término [...]*”.
145. *In casu*, considerando que a necessidade de realização do suprarreferido procedimento foi determinada no contexto da consulta, a entidade Joaquim Chaves, Clínicas Médicas, S.A. deveria ter encetado todos os esforços no sentido de habilitar a utente M.R. com informação clara, atempada, inteligível e completa sobre os encargos financeiros associados.
146. **O que não se verificou na situação em apreço.**

147. Ademais, a ERS considerou *supra* (cfr. ponto 131.) a existência de procedimentos internos definidos e implementados pelo prestador, contudo, estes não se revelaram idóneos, na situação concreta em apreço, à salvaguarda da liberdade de escolha e do direito à informação da utente, impondo-se a implementação das necessárias ações corretivas.
148. Por tudo quanto foi exposto, justifica-se a **manutenção integral da atuação regulatória proposta**, atenta a inexistência de novos factos suscetíveis de infirmarem o quadro jurídico-factual que norteou a sua emissão e a inexistência de elementos documentais de suporte que permitam evidenciar e corporizar o cumprimento da ordem e instrução projetadas.
149. Afigurando-se necessário garantir uma efetiva interiorização e assunção das obrigações em causa e, bem assim, a adequação integral do comportamento da entidade Joaquim Chaves, Clínicas Médicas, S.A., no sentido de conformar as suas práticas e procedimentos internos de acordo com o respeito pelos direitos e interesses dos utentes em todo o processo de prestação de cuidados de saúde, em particular, a liberdade de escolha e o direito à informação dos utentes.

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 ordem à entidade Joaquim Chaves, Clínicas Médicas, S.A., no sentido de:
- (i) Anular a fatura-recibo n.º [...], emitida em 10 de março de 2025 à utente M.R., no montante global de 29,00 EUR (vinte e nove euros), em virtude de ter sido emitida em violação dos seus direitos e interesses legítimos;
 - (ii) Dar cumprimento imediato à ordem emitida, bem como dar conhecimento à ERS, no prazo máximo de 5 (cinco) dias após a notificação da deliberação final, das medidas e/ou procedimentos

por si adotados para cumprimento do determinado nos pontos anteriores.

151. Mais se propõe 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, fármacos e piso de sala cujo pagamento, previsivelmente, 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, caso aplicável;
 - 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.

152. A ordem e instrução ora emitidas constituem 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”.

153. A presente deliberação será levada ao conhecimento da Médis.

154. 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, 17 de abril de 2026.



© Entidade Reguladora da Saúde, Porto, Portugal, 2026

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

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



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

