

DELIBERAÇÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

DA ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE

(VERSÃO NÃO CONFIDENCIAL)

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

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

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

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

Visto o processo registado sob o n.º ERS/088/2022;

I. DO PROCESSO

I.1. Origem do processo

1. No dia 20 de setembro de 2022, a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) tomou conhecimento da reclamação subscrita por DM, a qual visa a atuação do Hospital da Misericórdia de Évora (HME), estabelecimento prestador de cuidados de saúde que integra a Santa Casa da Misericórdia de Évora (SCME), entidade inscrita no Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados (SRER) da ERS sob o n.º de registo 14797.
2. Na mencionada reclamação, registada no Sistema de Gestão de Reclamações (SGREC) da ERS sob o n.º REC/85888/2022, DM, “*cliente Multicare*”, alega que realizou no prestador visado um exame da área de gastroenterologia.

3. Segundo a exponente, quer aquando do agendamento, quer no momento da admissão, foi-lhe transmitido que o exame tinha um custo a rondar os “8 €, 9 €”, não tendo, contudo, sido informada sobre outros “gastos extras”, como “o comprimido e a bolsa de realização do exame”.
4. Foi, pois, neste contexto que, para efeitos de averiguação e apuramento cabal dos factos atrás descritos, o Conselho de Administração da ERS deliberou proceder, em 27 de outubro de 2022, à abertura do presente processo de inquérito.

I.2. Diligências

5. No âmbito da investigação desenvolvida pela ERS, realizaram-se as seguintes diligências instrutórias:
 - (i) Pesquisa no SRER da ERS relativa à inscrição da SCME, constatando-se que a mesma é uma entidade prestadora de cuidados de saúde inscrita no SRER da ERS sob o número de registo 14797;
 - (ii) Notificação da abertura do presente processo de inquérito à reclamante DM, diligência concretizada através de mensagem de correio eletrónico datada de 2 de novembro de 2022;
 - (iii) Notificação da abertura dos presentes autos à SCME (com pedido de elementos ao abrigo do disposto no n.º 1 do artigo 31.º dos Estatutos da ERS), diligência concretizada através de ofício datado de 2 de novembro de 2022, e receção da respetiva resposta (após deferimento do pedido de prorrogação de prazo) no 13 de janeiro de 2023.

II. DOS FACTOS

6. No dia 8 de setembro de 2022, DM redigiu no livro de reclamações do HME a seguinte exposição:

*“Aquando da marcação do exame, sendo cliente da **Multicare** fui informada que **o exame rondaria os 8 €, 9 €**. **Quando realizei a admissão não fui informada de que para além do valor do exame teria de pagar o comprimido e a “bolsa” de realização do exame**. É inadmissível as pessoas não serem informadas de valores do exame mais gastos extra aquando da sua marcação. Tratando-se de exames de Gastreenterologia que é necessária*

preparação para o mesmo esta informação deverá ser imperativamente dada à data da marcação. Os valores cobrados são demasiado elevados.” – Negrito e sublinhado nosso. – Cfr. Reclamação apresentada por DM, documento que aqui se dá por integralmente reproduzido para todos os efeitos legais.

7. Inicialmente, o HME pronunciou-se nos seguintes termos a propósito da mencionada reclamação:

*“(...) No seguimento da reclamação apresentada, procedemos a uma averiguação interna dos factos que relatou, junto da coordenação administrativa do Serviço de Gastrenterologia, nomeadamente no que diz respeito à informação facultada quando V. Exa. efectuou a marcação do exame. Efetivamente julgamos poder ter existido um lapso quando foi informada do valor do exame, uma vez que **não foi feita referência ao valor dos consumíveis necessários à sua realização**, situação que naturalmente lamentamos.*

Informamos, entretanto, que foram tomadas as medidas necessárias no sentido de evitar a repetição de situações desta natureza, nomeadamente reforçando a informação que deve ser facultada quando este tipo de marcações é efectuada. (...)” – Negrito e sublinhado nosso. – Cfr. Alegações iniciais apresentadas pelo HME, documento que aqui se dá por integralmente reproduzido para todos os efeitos legais.

8. Na sequência da abertura dos presentes autos de inquérito foram solicitados os seguintes esclarecimentos à SCME:

“1. Pronunciem-se detalhadamente sobre a situação descrita na referida reclamação e remetam todos os esclarecimentos adicionais tidos por relevantes, acompanhado de toda a documentação de suporte;

2. Descrevam todas as etapas percorridas pela utente [DM] no [HME] (com referência à situação descrita na reclamação), com indicação de data, hora e profissional responsável pela sua operacionalização, por nome, categoria profissional, funções e serviço em que o mesmo se integra, acompanhado de toda a documentação de suporte;

3. Identifiquem o(s) concreto(s) exame(s) realizado(s) pela mencionada utente, bem como a qualidade em que [DM] recorreu à aludida unidade hospitalar (como beneficiária da Multicare ou noutra qualidade);

4. Remetam cópia do(s) documento(s) em que se encontram descritos a(s) norma(s) e/ou os procedimentos internos dos V. estabelecimentos para a realização do exame identificado em 3, em particular no que se refere às informações prestadas aos utentes (entre outras, a natureza e o âmbito dos serviços a prestar, os recursos disponíveis e as questões financeiras (por exemplo, eventuais encargos a suportar) e logísticas associadas);

5. Remetam cópia da fatura-recibo emitido por V. Exas. em nome da utente, na sequência da prestação de cuidados acima descrita;

6. Esclareçam se, na sequência da situação acima relatada, foram implementadas medidas corretivas, solicitando, em caso afirmativo, a sua identificação, acompanhado de toda a documentação de suporte;” – Cfr. Ofício datado de 2 de novembro remetido pela ERS à SCME.

9. Em resposta ao solicitado, a SCME declarou o seguinte:

“(…)

1. (…)

Em **08/09/2022**, a Senhora D. [DM] dirigiu-nos exposição relativa a aspetos financeiros relacionados com o **exame de gastroenterologia realizado nessa data**, no Hospital.

Em resposta, a 20/09/2022, este Hospital teve a oportunidade de esclarecer e lamentar a situação ocorrida, a qual não correspondeu às expectativas da utente, ora reclamante.

Assim, **em 01/09/2022, a utente agendou o exame, mais concretamente um Teste Respiratório com Carboneo 13, através do Contact Center, tendo sido apenas informada do preço daquele concreto procedimento, de acordo com a EFR apresentada, a Multicare.**

Por conseguinte, **o teste respiratório em análise tem um custo de 37,50€, valores 100% tabela Multicare, e verificadas e eleitas as condições contratuais da Apólice da utente, em 08/09/2022, o valor a suportar por esta correspondeu a 10% do valor do exame, ou seja, 3,75€.**

Contudo, para a realização deste procedimento é **sempre necessário** a utilização de **Fármacos/Consumos, muitas vezes não contemplados no valor do exame, que**

comportam um custo adicional no valor de 86,30€ (Fármaco ([...]) - 31,17€ / Consumo ([...]) - 55,13€).

Estes materiais tem codificação própria no código da nomenclatura médica, pelo que podem ser faturados individualmente, não sendo comparticipados por algumas Seguradoras, pelo que **nestes casos os encargos a suportar pelos utentes são valores 100% tabela.**

No Hospital, **os exames de gastroenterologia são faturados e pagos após a sua realização, pelo que os utentes são informados para, após a prestação do serviço, voltar ao balcão da admissão para proceder ao check-out e dar por encerrado o episódio,** razão que no presente caso conduziu a utente a conhecer dos valores à final.

Não obstante, e após nova reapreciação do presente assunto verificámos que **a Seguradora Multicare contempla, ab initio, os fármacos/consumos necessários à realização deste procedimento.**

Nesse sentido, o Hospital contactou a Sra. D. [DM] lamentando o equívoco de faturação em apreço, **tendo procedido prontamente à devolução dos valores associados ao procedimento,** conforme documento 1. que se anexa (Nota de Crédito e Nova Fatura/Recibo).

Apesar de já termos tido oportunidade de lamentar o sucedido, aproveitamos para reiterar esse pedido, e que se considere que a atuação dos nossos profissionais foi sinalizada e foi prontamente adotada uma atuação corretiva junto da prezada utente, que compreendeu e agradeceu o contacto.

2. (...)

A Sra. D. [DM], em 01/09/2022, efetuou a marcação do exame através de contacto com a Colaboradora Administrativa [SA] pelo contact center. Posteriormente, em 08/09/2022, às 15h45, foi admitida no Hospital pela Colaboradora Administrativa [CF], alocada ao serviço de Gastroenterologia/Internamento. Após a confirmação dos seus dados pessoais, conforme procedimento instituído no Hospital, a utente ficou a aguardar a entrada para o exame. O exame foi realizado pela Dra. [MMS], Médica Gastroenterologista. No fim do exame, a faturação e cobrança foi realizada pela Colaboradora Administrativa [MJP], com registo de saída da utente às 17h15, desse mesmo dia.

3. (...)

No dia 08/09/2022, a utente realizou o exame "Teste Respiratório com Carbono 13", sendo este exame um dos métodos de diagnóstico da infeção pelo *Helicobacter Pylori* (bactéria). A Sra. D. [DM] apresentou-se na qualidade de beneficiária do Seguro de saúde Multicare.

4. (...)

Segue em anexo, documento informativo interno relativo ao Teste Respiratório -*Helicobacter Pylori* com Carbono-13 ou Carbono-14, entregue à utente em momento prévio à realização do exame (Anexo 2).

5. (...)

Em conformidade, pedimos a V. Exas. que considerem o Anexo 3, bem como o Anexo 1. relativo à devolução dos valores cobrados indevidamente.

6. (...)

Após a identificação do incidente, nomeadamente acautelar a incompleta informação quanto aos encargos financeiros associados ao exame em assunto, visando a correção atempada e futura de episódios semelhantes, **foi reforçado junto dos colaboradores, a necessidade de prestar a cabal informação prévia necessária ao conhecimento do utente, e o Manual de Apoio - Gastreenterologia, mais concretamente o Artigo 000002821, encontra-se retificado com a informação financeira relativa aos materiais, Fármacos e Consumos necessários, que acrescem ao valor do exame Teste Respiratório -*Helicobacter Pylori* com Carbono-13 ou Carbono-14, com a advertência de que os materiais acrescidos podem, ou não, ser compartilhados pela entidade financeira da qual o utente possa beneficiar.**

(...)” – Negrito e sublinhado nosso. – Cfr. Comunicação (e respetivos anexos) datada de 12 de janeiro de 2023 remetida pela SCME à ERS, documentos que aqui se dão por integralmente reproduzidos para todos os efeitos legais.

10. Efetivamente, em anexo à referida comunicação, a SCME remeteu ainda os seguintes documentos:

- Fatura/Recibo n.º [...], emitida pela SCME em nome de DM (na qualidade de beneficiária da Multicare) no dia 8 de setembro de 2022 (e relativa a cuidados de saúde prestados nessa data), no valor global de 90,05 €, fruto da soma das seguintes rúbricas: “Teste Respiratório com Carbono 13 (diagnóstico da infeção

pele Helicobacter pylori)” (3,75 €); “Ureia (14C) 37 kBq Caps” (31,17 €); “Breath Card p/ teste Helicap (teste resp H.Pylon)” (55,13 €);

- Nota de crédito n.º [...] (relativa à Fatura/Recibo n.º [...]), emitida pela SCME em nome de DM (na qualidade de beneficiária da Multicare) no dia 19 de dezembro de 2022, no valor global de 90,05 €;
- Fatura/Recibo n.º [...], emitida pela SCME em nome de DM (na qualidade de beneficiária da Multicare) no dia 19 de dezembro de 2022, no valor global de 3,75 €, relativa a “*Teste Respiratório com Carbono 13 (diagnóstico da infecção pelo Helicobacter pylori)*” realizado em 8 de setembro de 2022;
- Procedimento interno relativo “**TESTE RESPIRATÓRIO – HELIBACTER PYLORI COM CARBONO-13 OU CARBONO 14 – INFORMAÇÃO, PREPARAÇÃO E RECOMENDAÇÕES ANTES E APÓS PROCEDIMENTO**”;

– Negrito e sublinhado nosso. – Cfr. Comunicação (e respetivos anexos) datada de 12 de janeiro de 2023 remetida pela SCME à ERS.

11. Feita pesquisa no SRER da ERS é possível constatar que o HME tem registado acordo, entre outros, com a Multicare na valência “*Endoscopia gastroenterológica*”, com o seguinte âmbito: “*consultas*”; “*elementos complementares de diagnóstico*”. – Cfr. Informação disponível no SRER.

III. DO DIREITO

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

12. Nos termos do disposto no n.º 1 do artigo 5.º dos Estatutos da ERS, esta Entidade Reguladora “*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*” (alínea b)); “[à] *legalidade e transparência das relações económicas entre os diversos operadores, entidades financiadoras e utentes*” (alínea c)).

13. O artigo 4.º dos mencionados Estatutos sublinha que a ERS “*exerce funções de regulação, de supervisão e de promoção e defesa da concorrência respeitantes às atividades económicas na área da saúde dos setores privado, público, cooperativo e social*” (n.º1), estando, assim, sujeitos “*à regulação da ERS, no âmbito das suas atribuições e para efeitos dos presentes estatutos, todos os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, do setor público, privado, cooperativo e social, independentemente da sua natureza jurídica, nomeadamente hospitais, clínicas, centros de saúde, consultórios, laboratórios de análises clínicas, equipamentos ou unidades de telemedicina, unidades móveis de saúde e termas*” (n.º 2).
14. Resulta, pois, inequívoco que a SCME é uma entidade prestadora de cuidados de saúde, inscrita, ademais, no SRER da ERS sob o número de registo acima identificado, encontrando-se, assim, sob a alçada regulatória e de supervisão da ERS.
15. Por outro lado, o artigo 10.º dos aludidos Estatutos procede à identificação dos “*objetivos da atividade reguladora da ERS*”, importando destacar, pela sua relevância para os presentes autos de inquérito, os seguintes:
- “*Assegurar o cumprimento dos critérios de acesso aos cuidados de saúde, nos termos da Constituição e da lei*” (alínea b));
 - “*Garantir os direitos e interesses legítimos dos utentes*” (alínea c));
 - “*Zelar pela prestação de cuidados de saúde de qualidade*” (alínea d));
 - “*Zelar pela legalidade e transparência das relações económicas entre todos os agentes do sistema*” (alínea e));
16. Com efeito, a densificação dos objetivos enunciados nas quatro alíneas supramencionadas é concretizada nos artigos seguintes dos Estatutos da ERS.
17. Assim, a alínea a) do artigo 12.º dos referidos estatutos estabelece que “[p]ara efeitos do disposto na alínea b) do artigo 10.º incumbe à ERS [a]ssegurar o direito de acesso universal e equitativo à prestação de cuidados de saúde nos serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde (SNS), nos estabelecimentos publicamente financiados, bem como nos estabelecimentos contratados para a prestação de cuidados no âmbito de sistemas ou subsistemas públicos de saúde ou equiparados”.
18. O artigo seguinte, o 13.º, ressalva que, na prossecução do objetivo enunciado na alínea c) do artigo 10.º dos seus Estatutos, incumbe à ERS, entre outras atribuições, “[a]preciar as queixas e reclamações dos utentes e monitorizar o seguimento dado pelos

estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde às mesmas, nos termos do artigo 30.º, garantindo o direito de acesso pela Direção-Geral da Saúde e pela Direção-Geral do Consumidor à informação quanto à natureza, tipologia e volume das causas mais prevalentes de reclamações, bem como proceder ao envio de relatórios periódicos às mesmas entidades” (alínea a)) e “[v]erificar o cumprimento da «Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos utentes do Serviço Nacional de Saúde», designada por «Carta dos Direitos de Acesso» por todos os prestadores de cuidados de saúde, nela se incluindo os direitos e deveres inerentes” (alínea b)).

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

20. 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)).

21. 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” (alínea a));.

III.2. Da prestação de cuidados de saúde aos utentes dos serviços de saúde

III.2.A. Em geral

22. 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 (artigo 1.º da CRP) e da *“realização da democracia (...) social”* (artigo 2.º da CRP).
23. 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”* (alínea a)) e *“[d]isciplinar e fiscalizar as formas empresariais e privadas da medicina, articulando-as com o serviço nacional de saúde, por forma a assegurar, nas instituições de saúde públicas e privadas, adequados padrões de eficiência e de qualidade”* (alínea d)).
24. Aliás, no mesmo sentido aponta também o legislador ordinário, desde logo na Base 1 da Lei de Bases da Saúde (LBS), aprovada pela Lei n.º 95/2019, de 04 de setembro, onde se esclarece que *“[o] direito à protecção da saúde é o direito de todas as pessoas gozarem do melhor estado de saúde físico, mental e social, pressupondo a criação e o desenvolvimento de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam níveis suficientes e saudáveis de vida, de trabalho e de lazer”* (n.º 1), pelo que *“[...] compreende o acesso, ao longo da vida, à promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde, a cuidados continuados e a cuidados paliativos”* (n.º 2).
25. Por ser assim, *“[o] Estado promove e garante o direito à protecção da saúde através do Serviço Nacional de Saúde (SNS), dos Serviços Regionais de Saúde e de outras instituições públicas, centrais, regionais e locais”* (n.º 4 da Base 1).
26. 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 protecção da saúde”* (n.º 1).
27. Assim, constituem traves mestras da atuação do SNS as seguintes notas caracterizadoras: *“[u]niversal, garantindo a prestação de cuidados de saúde a todas as pessoas sem discriminações, em condições de dignidade e de igualdade”* (alínea a)); *“[g]eral, assegurando os cuidados necessários para a promoção da saúde, prevenção da doença e o tratamento e reabilitação dos doentes”* (alínea b)); *“[t]endencial gratuitidade dos cuidados, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos”* (alínea c)); *“[i]ntegração*

de cuidados, salvaguardando que o modelo de prestação garantido pelo SNS está organizado e funciona de forma articulada e em rede” (alínea d)); “[e]quidade, promovendo a correção dos efeitos das desigualdades no acesso aos cuidados, dando particular atenção às necessidades dos grupos vulneráveis” (alínea e)); “[q]ualidade, visando prestações de saúde efetivas, seguras e eficientes, com base na evidência, realizadas de forma humanizada, com correção técnica e atenção à individualidade da pessoa” (alínea f)); “[p]roximidade, garantindo que todo o país dispõe de uma cobertura racional e eficiente de recursos em saúde” (alínea g)); “[s]ustentabilidade financeira, tendo em vista uma utilização efetiva, eficiente e de qualidade dos recursos públicos disponíveis” (alínea h)); “[t]ransparência, assegurando a existência de informação atualizada e clara sobre o funcionamento do SNS” (alínea i)) – Cfr. N.º 2 da Base 20 da LBS.

28. Acrescenta o n.º 1 da Base 21 que “[s]ão beneficiários do SNS todos os cidadãos portugueses”.¹

29. 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.” (n.º 1);
- “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.” (n.º 2);

Aqui chegados,

30. 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 pelos prestadores de cuidados de saúde:

¹ No mesmo sentido aponta o artigo 4.º, n.º 1 do novo estatuto do SNS, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto.

- (i) Do SNS, próprios ou convenionados, no caso de todos os cidadãos portugueses e, ainda, de cidadãos estrangeiros, nos termos do regime jurídico aplicável;
 - (ii) Próprios, convenionados ou em regime livre de um determinado sistema ou subsistema público de saúde, caso o utente seja beneficiário de tal sistema ou subsistema, e nos termos definidos pelo mesmo;
 - (iii) Próprios, convenionados ou em regime livre, ao abrigo de um dado seguro de saúde, caso o utente haja contratado uma tal cobertura do risco de doença, e nos termos acordados com a entidade seguradora;
 - (iv) Do setor privado, com ou sem fins lucrativos, mediante contraprestação acordada entre o utente e o concreto prestador, livremente escolhido.
31. Trata-se, pois, de uma solução legislativa de compromisso que, com o objetivo de garantir e efetivar o direito constitucional à proteção na saúde, visa colmatar as eventuais lacunas e limitações (humanas, técnicas e financeiras) existentes nos estabelecimentos públicos de saúde num determinado contexto histórico-temporal.
32. Ora, a SCME integra o setor privado do sistema de saúde, no âmbito do qual constitui trave-mestra a promoção e salvaguarda da liberdade de escolha do utente.

III.2.B. Da prestação de cuidados de saúde a título particular

33. Assim, excluindo as situações em que o recurso à prestação de cuidados de saúde no HME-SCME é feito ao abrigo de algum dos acordos ou convenções de que a referida entidade é titular, os utentes que recorrem àquele prestador fazem-no a título particular.
34. Quer isto significar que entre a SCME e tais utentes/clientes se celebra, na prática, um contrato de prestação de serviços, definido no artigo 1154.º do Código Civil (CC) como *“aquele em que uma das partes se obriga a proporcionar à outra certo resultado do seu trabalho intelectual ou manual, com ou sem retribuição”*.
35. Estabelece-se, pois, uma relação jurídica de natureza contratual que origina a subjacente relação creditícia, isto é, uma vez prestados os serviços pelo SCME, este tornara-se credora dos respetivos utentes/clientes.
36. Ora, no que diz respeito à prova do cumprimento das obrigações, o artigo 787.º do CC esclarece que *“[q]uem cumpre a obrigação tem o direito de exigir quitação daquele a quem a prestação é feita, devendo a quitação constar de documento autêntico ou autenticado ou ser provida de reconhecimento notarial, se aquele que cumpriu tiver nisso interesse legítimo”*

(n.º 1), acrescentando o n.º 2 do mesmo preceito que “[o] autor do cumprimento pode recusar a prestação enquanto a quitação não for dada, assim como pode exigir a quitação depois do cumprimento”.

37. O artigo 786.º do CC estabelece, todavia, três presunções de cumprimento da obrigação, a saber:

“1. Se o credor der quitação do capital sem reserva dos juros ou de outras prestações acessórias, presume-se que estão pagos os juros ou prestações.

2. Sendo devidos juros ou outras prestações periódicas e dando o credor quitação, sem reserva, de uma dessas prestações, presumem-se realizadas as prestações anteriores.

3. A entrega voluntária, feita pelo credor ao devedor, do título original do crédito faz presumir a liberação do devedor e dos seus condevedores, solidários ou conjuntos, bem como do fiador e do devedor principal, se o título é entregue a algum destes.”

38. Onde, o utente (devedor) que cumpra a sua obrigação do pagamento da retribuição do estabelecimento prestador dos serviços objeto do contrato tem direito à quitação.

39. Neste sentido, impende sobre o prestador a obrigação de emitir um documento – fatura/recibo – que comprove o pagamento do preço devido pelos concretos cuidados de saúde prestados.

III.2.B. Da prestação de cuidados de saúde ao abrigo de seguros de saúde

40. Conforme sublinha o Supremo Tribunal de Justiça (STJ), “[o] nosso ordenamento jurídico não reconhece uma noção de contrato de seguro” pese embora a doutrina defina “este negócio jurídico como “o contrato pelo qual a seguradora, mediante retribuição pelo tomador do seguro, se obriga, a favor do segurado ou de terceiro, à indemnização de prejuízos resultantes, ou ao pagamento de valor pré-definido, no caso de se realizar um determinado evento futuro e incerto” – Cfr. Acórdão do STJ de 25 de outubro de 2018, processo n.º 82/15.0T8ALJ.G1.S2².

41. Assim, prosseguem os Conselheiros do STJ, “[o] contrato de seguro é um negócio formal, que tem de ser reduzido a escrito chamando-se apólice ao documento que o consubstancia

² Disponível em: <http://www.dgsi.pt/jstj.nsf/954f0ce6ad9dd8b980256b5f003fa814/bcbd0721b720ab7680258331005493e8?OpenDocument> .

e dela devendo constar todas as condições estipuladas entre as partes.” – Cfr. Acórdão acima identificado.

42. Ora, a apólice de seguro é composta pelas respetivas condições gerais, especiais e particulares.

43. Em 2015, no documento elaborado pela ERS sobre “Os Seguros de Saúde e o Acesso dos Cidadãos aos Cuidados de Saúde”³, procedeu-se à definição sintética de cada uma daquelas condições, o que se fez nos seguintes termos:

*“(…) As **condições gerais** da apólice de seguro permitem a identificação dos cuidados de saúde a que os segurados podem recorrer, sendo identificadas concretamente as garantias suscetíveis de serem contratadas, de que se podem citar como exemplos hospitalização, internamento, convalescença, assistência médica ambulatoria, estomatologia, próteses e ortóteses, medicamentos, parto e assistência médica ao domicílio. Para além dos cuidados de saúde garantidos, ainda outros cuidados de saúde são mencionados nas condições gerais da apólice, como no caso da definição dos cuidados de saúde com período de carência alargado (tais como partos, extração de quistos e artroscopias), ou no caso das exclusões (os cuidados de saúde expressamente indicados como cuidados sem cobertura), sendo alguns exemplos típicos a hemodiálise e os transplantes de órgãos.*

*As **condições especiais** de uma apólice de seguro, que incluem as cláusulas que visam esclarecer, completar ou especificar as disposições das condições gerais da apólice, também podem apresentar exclusões, sem prejuízo das identificadas nas condições gerais. As condições especiais também servem para especificar em detalhe as garantias que são contratadas, indicando exatamente que cuidados de saúde específicos são garantidos.*

*Finalmente, as **condições particulares** destinam-se à identificação do tomador de seguro e do segurado, bem como do prémio, das coberturas específicas contratadas, da percentagem do reembolso da seguradora (comparticipação), do valor a pagar pelo segurado em caso de sinistro (franquia) e do valor concreto para cada despesa de saúde a cargo do segurado no ato do consumo (copagamento), entre outros. São incluídos neste documento da apólice os elementos específicos e individuais de cada contrato de seguro. (…)” – Negrito e sublinhado nosso - Cfr. “Os Seguros de Saúde e o Acesso dos Cidadãos aos Cuidados de Saúde”, ERS, 2015, páginas 22 a 23.*

³ Disponível em: <https://www.ers.pt/media/a1jc1hry/file-51.pdf> .

44. Feito este enquadramento teórico, importa fazer notar que o regime jurídico do contrato de seguro se encontra consagrado no Decreto-Lei n.º 72/2008, de 16 de abril (alterado pelas Leis n.ºs 147/2015, de 09 de setembro e 75/2021, de 18 de novembro).
45. Com efeito, neste diploma legal é, inclusive, individualizada e regulada de modo autónomo a matéria atinente ao seguro de saúde (Capítulo III, Seção II), no qual “o *segurador cobre riscos relacionados com a prestação de cuidados de saúde*” (artigo 213.º).
46. No que diz respeito às cláusulas contratuais, o artigo seguinte esclarece que “[d]o *contrato de seguro de saúde anual renovável deve constar de forma bem visível e destacada que (...) [o] segurador apenas cobre o pagamento das prestações convencionadas ou das despesas efectuadas em cada ano de vigência do contrato [alínea a)]; [a]s condições de indemnização em caso de não renovação do contrato ou da cobertura da pessoa segura respeitam ao risco coberto no contrato, de acordo com o disposto no artigo 217.º [alínea b)]*”.
47. Mais recentemente, no manual de “*DIREITOS E DEVERES DOS UTENTES DOS SERVIÇOS DE SAÚDE*”⁴ elaborado pela ERS, procede-se ainda a uma categorização dos diversos tipos de contratos de seguro de saúde: “*voluntários ou obrigatórios; individuais ou de grupo; e de prestações convencionadas, de prestações indemnizatórias ou de combinações de ambas*”⁵.
48. De facto, na maioria dos casos o seguro de saúde configura um exemplo de um contrato de seguro voluntário, uma vez que a sua celebração, em regra, não é obrigatória, o que não sucede, por exemplo, nos seguintes casos:
- Os nacionais de outros Estados-Membros 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);
 - Os 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;⁶
49. No que diz respeito àquela segunda categorização, julga-se pertinente fazer notar que teremos um contrato de seguro individual ou de grupo, “*consoante seja celebrado*

⁴ Documento atualizado pela ERS em 1 de junho de 2022. Disponível em: <https://www.ers.pt/media/wdld321/direitos-e-deveres-dos-utentes-dos-servi%C3%A7os-de-sa%C3%BAde-atualiza%C3%A7%C3%A3o-de-01-06-2022.pdf> .

⁵ Ibid, página 105.

⁶ Ibid, página 105.

*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*⁷.

50. Por outro lado, uma vez que, nos termos do disposto no artigo 8.º, alínea d) da Lei n.º 147/2015, de 09 de setembro⁸, os seguros de saúde são considerados como seguros “*não vida*”, ramo de “*Doença*”, *compreendem 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.*⁹

51. Como se adverte no manual “*DIREITOS E DEVERES DOS UTENTES DOS SERVIÇOS DE SAÚDE*”, “*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*

⁷ Ibid, página 105.

⁸ Aprova o regime jurídico de acesso e exercício da atividade seguradora e resseguradora, bem como o regime processual aplicável aos crimes especiais do setor segurador e dos fundos de pensões e às contraordenações cujo processamento compete à Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões, transpondo a Diretiva 2009/138/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 25 de novembro de 2009, procede à quinta alteração ao Decreto-Lei n.º 12/2006, de 20 de janeiro, à primeira alteração ao regime jurídico do contrato de seguro, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 72/2008, de 16 de abril, à segunda alteração ao Decreto-Lei n.º 40/2014, de 18 de março, e revoga o Decreto de 21 de outubro de 1907 e o Decreto-Lei n.º 90/2003, de 30 de abril.

⁹ Ibid, página 106.

saúde, os direitos e interesses dos utentes resultantes do quadro legal e geral que visa proteger os mesmos, enquanto utentes de serviços de saúde”¹⁰.

52. Efetivamente, na medida em que “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”¹¹.
53. Quer dizer, “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”¹².
54. Corolário do supra exposto, a Base 27 da nova LBS adverte 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” (n.º 1).
55. Assim, “[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” (n.º 2).

III.3. Dos direitos do utente dos serviços de saúde: Informação e liberdade de escolha

Em geral

56. 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.
57. Por um lado, a liberdade de “[e]scolher livremente a entidade prestadora de cuidados de saúde, na medida dos recursos existentes” – Cfr. Alínea c) do n.º 2 da nova LBS e artigo 2.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março).

¹⁰ Ibid, página 106.

¹¹ Ibid, página 106.

¹² Ibid, página 106.

58. 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 excepcionais previstos na lei, a emitir diretivas antecipadas de vontade e a nomear procurador de cuidados de saúde (...)” – Cfr. Alínea f) do n.º 2 da nova LBS e artigo 3.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março).
59. Ora, a garantia efetiva da liberdade de escolha pressupõe o reconhecimento cumulativo de um outro importantíssimo direito dos utentes: o direito à informação.
60. Assim, a alínea e) do n.º 2 da nova LBS reconhece a todas as pessoas o direito a “[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” – Cfr. No mesmo sentido o artigo 7.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março.
61. 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.
62. 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.
63. 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.
64. 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.
65. 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.

66. 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.

67. 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 regras de acesso e de referenciação em vigor no âmbito do SNS;
- 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.

68. 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).

69. 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 [são] 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.”* – Cfr. n.º 1 do artigo 2.º da Lei n.º 24/96, de 31 de julho (Lei de defesa do consumidor).

70. 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 [...]” – Cfr. artigo 3.º do mencionado diploma legal.

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

72. 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*”.

73. Com a entrada em vigor, em 28 de abril de 2013 (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.

74. Todavia, as alterações mais significativas ao mencionado preceito foram introduzidas pela Lei n.º 47/2014, de 28 de julho¹³.

75. Assim, o n.º 1 do artigo 8.º da Lei de defesa do consumidor passou a dispor o seguinte:

“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;

¹³ Em vigor desde o dia 29 de julho de 2014 (artigo 8.º).

- c) O preço total dos bens ou serviços, incluindo os montantes das taxas e impostos, os encargos suplementares de transporte e as despesas de entrega e postais, quando for o caso;*
- d) O modo de cálculo do preço, nos casos em que, devido à natureza do bem ou serviço, o preço não puder ser calculado antes da celebração do contrato;*
- e) A indicação de que podem ser exigíveis encargos suplementares postais, de transporte ou de entrega e quaisquer outros custos, nos casos em que tais encargos não puderem ser razoavelmente calculados antes da celebração do contrato;*
- f) As modalidades de pagamento, de entrega ou de execução e o prazo de entrega do bem ou da prestação do serviço, quando for o caso;*
- g) O sistema de tratamento de reclamações dos consumidores pelo profissional, bem como, quando for o caso, sobre os centros de arbitragem de conflitos de consumo de que o profissional seja aderente, e sobre a existência de arbitragem necessária;*
- h) O período de vigência do contrato, quando for o caso, ou, se o contrato for de duração indeterminada ou de renovação automática, as condições para a sua denúncia ou não renovação, bem como as respetivas consequências, incluindo, se for o caso, o regime de contrapartidas previstas para a cessação antecipada dos contratos que estabeleçam períodos contratuais mínimos;*
- i) A existência de garantia de conformidade dos bens, com a indicação do respetivo prazo, e, quando for o caso, a existência de serviços pós-venda e de garantias comerciais, com descrição das suas condições;*
- j) A funcionalidade dos conteúdos digitais, nomeadamente o seu modo de utilização e a existência ou inexistência de restrições 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.”.*

76. 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.
77. 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.
78. 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 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.
79. 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.
80. 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.
81. 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.
82. 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.

83. A este propósito, importa reforçar 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.”.
84. Noutra ordem de considerações, 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.
85. De facto, a informação sobre as convenções detidas por um prestador constitui um elemento relevante para o exercício da livre escolha pelo utente do prestador de cuidados de saúde a que pretende recorrer.
86. Deve, assim, ser acautelado que, em momento anterior ao da prestação de cuidados de saúde, os utentes sejam integralmente informados sobre a existência de convenções, suas aplicações a cada ato ou exame de que necessitam e eventuais exclusões aplicáveis.
87. 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.
88. Não sendo admissível que um prestador possa propor-se iniciar a prestação de cuidados de saúde sem previamente informar o utente da extensão da convenção por si celebrada, também não é admissível que a informação publicamente prestada pelo mesmo relativamente às convenções por si detidas não apresente qualquer referência a eventuais limitações ou restrições que possam ser aplicáveis, nem qualquer referência, por exemplo, à possibilidade de parte dos profissionais de saúde não se encontrarem abrangidos por determinada convenção.
89. Ora, a informação quanto à existência de convenções e ao seu conteúdo – divulgada tanto pelos subsistemas como pelos prestadores convencionados – não pode, também ela, deixar de ser completa, verdadeira e inteligível.

90. Na medida em que o utente não tem, regra geral, conhecimento direto dos textos das convenções celebradas entre os prestadores e as entidades financiadoras, importa assim garantir que esta informação prestada ao utente é suficiente e atempada para uma tomada de consciência do conteúdo da convenção, no que respeita às repercussões – designadamente financeiras – que resultam para o utente da relação contratual estabelecida entre o subsistema e o prestador.
91. Desta forma, não basta que o utente venha a ser informado da limitação do objeto da convenção posteriormente a ter já orientado a sua escolha para um determinado prestador.
92. É necessário, pelo contrário, que a informação que lhe é disponibilizada seja, como já referido, suficiente e atempada para dotar o utente medianamente esclarecido dos instrumentos necessários ao exercício da liberdade de escolha nas unidades de saúde do setor privado e social.
93. 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.
94. 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.
95. Neste sentido, para que os princípios da transparência e lealdade vigentes em matéria de relações utente-prestador sejam respeitados, a informação, ressalva-se, não pode deixar de ser completa, verdadeira e inteligível.
96. 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.
97. 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.
98. 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;

99. 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.
100. Note-se, ademais, que nos mercados de serviços de saúde predomina a comumente denominada “*informação imperfeita*” dos cidadãos em relação à saúde e à doença.
101. De facto, é natural que o utente (ou os seus representantes) detetem(m) ou identifiquem 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.
102. 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.
103. 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*”.
104. Acresce que, assumindo o utente a posição de consumidor de um serviço, 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*”.
105. 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.
106. 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.

107. 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.

Recomendação emitida pela ERS em 11 de março de 2011

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 Recomendação¹⁴ aos prestadores privados de cuidados de saúde, no sentido de enfatizar a importância do respeito integral pelo direito dos utentes na obtenção de informação rigorosa, transparente e atempada, em contexto de prestação de cuidados de saúde:

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

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

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

¹⁴ Disponível para consulta em: https://www.ers.pt/media/xftl2f15/recomendacao_orcamentos.pdf .

(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.”

Recomendação emitida pela ERS em 16 de outubro de 2020¹⁵

109. 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/003/2017¹⁶, e que foi dirigida a vários prestadores privados de cuidados de saúde¹⁷.

110. 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.

111. Em concreto foi recomendado, para além do mais, o seguinte:

“(i) O utente, que aceda a uma qualquer entidade prestadora de cuidados de saúde, tem o direito de ser previamente informado sobre todos os elementos necessários ao seu completo e efetivo esclarecimento, para que possa tomar uma decisão sobre o tratamento ou intervenção proposta.

(ii) Ao estabelecimento prestador de cuidados de saúde e ao profissional de saúde responsável pelo utente, cumpre observar o dever de o informar sobre tais elementos e de confirmar que este compreendeu toda a informação que lhe foi transmitida e que está devidamente esclarecido sobre todos os aspetos relevantes para a decisão a tomar.

(iii) Para esse efeito, a informação em causa deve abranger, designadamente:

(...)

d) As repercussões administrativas, logísticas e financeiras que a prestação de cuidados de saúde pode importar.

¹⁵ Disponível para consulta em: https://www.ers.pt/media/1mym2p3t/publica%C3%A7%C3%A3o-de-delibera%C3%A7%C3%A3o-ers_3_2017.pdf.

¹⁶ Disponível para consulta em: https://www.ers.pt/media/1mym2p3t/publica%C3%A7%C3%A3o-de-delibera%C3%A7%C3%A3o-ers_3_2017.pdf.

¹⁷ À Lusíadas, S.A., 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.

a. Designadamente, cabem neste âmbito informações sobre os meios humanos e técnicos existentes e disponíveis no estabelecimento em causa, para a prestação dos cuidados de saúde necessários; sobre as regras de acesso e de referenciação em vigor no âmbito do SNS; sobre autorizações prévias a emitir por entidades terceiras; sobre preços e orçamentos referentes à prestação de cuidados de saúde em causa; sobre 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.

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

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

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

i. 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.

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

k. Sempre que um qualquer prestador de cuidados de saúde assumir, 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. (...)"

IV. Da análise da situação concreta

112. Da análise das informações e da documentação trazida ao conhecimento da ERS no âmbito dos presentes autos de inquérito, constata-se, desde logo, que reclamante e prestador apresentam, no essencial, a mesma versão dos factos.
113. Com efeito, no dia 1 de setembro de 2022, DM, na qualidade de beneficiária de seguro de saúde com a Multicare, agendou a realização no HME de Teste Respiratório com Carbono 13, o que fez através do Contact Center daquela unidade hospitalar.
114. Considerando, por um lado, o custo total do exame (37,50€) e, por outro, as condições contratuais da apólice de DM, a utente teria de pagar pela realização daquele exame a quantia de 3,75 €, informação que lhe foi transmitida pelo HME aquando do agendamento e da admissão hospitalar, em 9 de setembro de 2022.
115. No entanto, a realização daquele procedimento pressupõe a utilização de Fármacos/Consumos, muitas vezes não contemplados no valor do exame e/ou não comparticipados por algumas seguradoras, os quais comportam um custo adicional no valor de 86,30€.
116. Acontece que quer aquando do agendamento, quer aquando da admissão, o HME não facultou tal informação a DM, o que fez apenas após a realização do exame em apreço, imputando-lhe assim a responsabilidade pelo pagamento da quantia, não de 3,75 €, mas sim de 90,05 € (fruto da soma das seguintes rubricas: “*Teste Respiratório com Carbono 13 (diagnóstico da infecção pelo *Helicobacter pylori*)*” (3,75 €); “*Ureia (14C) 37 kBq Caps*” (31,17 €); “*Breath Card p/ teste Helicap (teste resp H.Pylon)*” (55,13 €)).
117. Donde, ao atuar nos termos supra descritos, o HME, integrado na SCME, não facultou a DM informação completa sobre as implicações financeiras atinentes à prestação de cuidados de saúde em apreço, omitindo, nomeadamente, a informação relativa aos custos adicionais (fármacos e consumos necessários para a realização do Teste Respiratório com Carbono 13) cujo pagamento, a final, lhe seria exigido.
118. É, pois, manifesto, com a sua atuação, a SCME desrespeitou o direito à informação e a liberdade de escolha da utente DM (alíneas c) e 3) do n.º 2 da nova LBS; artigos 2.º e 7.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março; artigos 3.º, alínea d) e 8.º, n.º 1 da Lei n.º 24/96, de 31 de julho), razão pela qual se justifica a emissão da instrução adiante descrita.

119. Todavia, conforme resulta da resposta da SCME ao pedido de elementos formulado pela ERS na sequência da abertura dos presentes autos de inquérito, após nova apreciação desta situação, o prestador:

- Verificou que *“a Seguradora Multicare contempla, ab initio, os fármacos/consumos necessários à realização deste procedimento”*;
- Procedeu *“à devolução dos valores associados ao procedimento”*, conforme atestam a Nota de crédito n.º [...] e a Fatura/Recibo n.º [...];

120. Por outras palavras, foi cobrada à utente a quantia que lhe fora previamente comunicada pelo prestador (3,75 €), razão pela qual, inexistindo a lesão do interesse financeiro de DM, não se justifica a emissão de uma ordem de devolução/anulação da quantia/fatura em apreço, nos termos do disposto na alínea b) do artigo 19.º dos Estatutos da ERS.

121. Uma nota final para sublinhar que, na sequência da situação em apreciação nos presentes autos de inquérito, a SCME informou a ERS do seguinte:

“[F]oi reforçado junto dos colaboradores, a necessidade de prestar a cabal informação prévia necessária ao conhecimento do utente, e o Manual de Apoio - Gastrenterologia, mais concretamente o Artigo 000002821, encontra-se retificado com a informação financeira relativa aos materiais, Fármacos e Consumos necessários, que acrescem ao valor do exame Teste Respiratório -Helicobacter Pylori com Carbono-13 ou Carbono-14, com a advertência de que os materiais acrescidos podem, ou não, ser comparticipados pela entidade financeira da qual o utente possa beneficiar (...)”

122. Adverte-se, assim, o prestador que, independentemente de *“os exames de gastroenterologia [serem] faturados e pagos após a sua realização”*, conforme declarado pela SCME, toda a informação atinente à realização daqueles exames, nomeadamente as suas implicações financeiras, deve ser facultada aos utentes de forma antecipada, completa, verdadeira e adaptada à sua capacidade de compreensão.

123. Aliás, reitera-se que, tratando-se de utente beneficiário de um contrato de seguro, impende sobre o prestador de cuidados de saúde o dever de informar *“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”* (n.º 2 da Base 27 da LBS).

124. Nestes termos, considerando a necessidade da SCME robustecer os procedimentos empregues para prestação de informação aos utentes, relativamente aos custos associados à prestação de cuidados de saúde, fazendo-o, de forma antecipada, completa e verdadeira, considera-se necessária a adoção da atuação regulatória *infra* delineada.

V. DA AUDIÊNCIA DE INTERESSADOS

125. A presente deliberação foi precedida de audiência escrita dos interessados, nos termos e para os efeitos do disposto no n.º 1 do artigo 122.º do Código do Procedimento Administrativo, 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 reclamante e o prestador acima identificado.

126. No dia 28 de fevereiro de 2023, a SCME, através de mensagem de correio eletrónico, veio requerer a prorrogação do prazo de pronúncia por mais 10 dias úteis, tendo a ERS, na mesma data e pela mesma via, deferido o mencionado pedido nos termos requeridos. – Cfr. Mensagens de correio eletrónico (datadas de 28 de fevereiro) trocadas entre a SCME e a ERS, documentos que aqui se dão por integralmente reproduzidos para todos os efeitos legais.

127. Todavia, decorrido o prazo supra enunciado, a ERS não rececionou qualquer pronúncia escrita da exponente e/ou da SCME.

128. Neste sentido, considerando que, em sede Audiência dos Interessados, não foram trazidos ao conhecimento da ERS quaisquer factos capazes de infirmar ou alterar o sentido do projeto de deliberação da ERS, deve o seu conteúdo ser mantido na íntegra.

VI. DECISÃO

129. 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, no n.º 2 do artigo 22.º e na alínea a) do artigo 24.º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, emitir uma instrução à Santa Casa da Misericórdia de Évora, no sentido de:

- (i) Garantir, em permanência e em todo o processo de prestação de cuidados de saúde, a liberdade de escolha dos utentes e o seu direito a serem informados com verdade e

antecedência, de forma clara, completa 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) da Base 2 e no n.º 2 da Base 27 da LBS, nos artigos 2.º e 7.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março e 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 de saúde possa importar:

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

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

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

c. As entidades prestadoras de cuidados de saúde devem 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 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 seguros e planos de saúde, incluindo os da totalidade da intervenção proposta, salvo quando justificadamente não dispuserem dos elementos necessários à prestação dessa informação.
- h. Na eventualidade de ter sido celebrado um contrato com uma entidade terceira (por hipótese, um subsistema de saúde ou uma companhia de seguros), com o propósito de definir a prestação de cuidados de saúde a um grupo de utentes (no caso, beneficiários do subsistema ou do contrato de seguro), deverão ser prestadas todas as informações necessárias e relevantes, designadamente sobre os preços dos serviços acordados, para que os utentes beneficiários possam tomar uma decisão quanto aos cuidados de saúde propostos.
- i. Deverão, igualmente, os utentes ser informados sobre:
 - i. Os cuidados de saúde que estão abrangidos pelo contrato celebrado com o subsistema ou companhia de seguros;
 - ii. As responsabilidades financeiras destas entidades e dos próprios utentes, no que diz respeito ao pagamento do preço devido pelos cuidados prestados;
 - iii. Os documentos, requisitos administrativos a preencher, autorizações ou outros procedimentos que se revelem necessários cumprir no âmbito do referido contrato.

- j. Em caso de (eventual) titularidade de convenções com o SNS, com a ADSE ou outros subsistemas de saúde públicos ou privados ou com seguros de saúde, devem ter um especial cuidado na transmissão da 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) Implementar, em especial, os procedimentos e/ou normas internas adequadas ao cumprimento do disposto em (i) e (ii);
 - (iv) 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 de boas práticas, com vista à formação e informação dos profissionais de saúde intervenientes;
 - (v) Dar cumprimento imediato à presente instrução, bem como dar conhecimento à ERS, no prazo máximo de 30 dias úteis, após a notificação da presente deliberação, dos procedimentos adotados para o efeito;
130. A instrução emitida constitui decisão da ERS, sendo que a alínea b) do n.º 1 do artigo 61.º dos respetivos Estatutos configura como contraordenação punível *in casu* com coima de 1 000,00 EUR a 44 891,81 EUR, “[...] 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.

131. A presente deliberação será levada ao conhecimento da Multicare - Seguros de Saúde, S.A..

132. A presente deliberação será publicada no sítio oficial da ERS na Internet.

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

Porto, 30 de março de 2023.



RUA S. JOÃO DE BRITO, 621 L32
4100-455 PORTO - PORTUGAL
T +351 222 092 350
GERAL@ERS.PT
WWW.ERS.PT

© Entidade Reguladora da Saúde, Porto, Portugal, 2023

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).