

DELIBERAÇÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

DA ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE

(VERSÃO NÃO CONFIDENCIAL)

Considerando que a Entidade Reguladora da Saúde, nos termos do n.º 1 do artigo 4.º dos Estatutos da ERS, 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 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/132/2019;

I. DO PROCESSO

I.1. Origem do processo

1. A Entidade Reguladora da Saúde (ERS) tomou conhecimento, em 14 de outubro de 2019, da reclamação subscrita por S.R., visando a atuação do Agrupamento de Centros de Saúde Oeste Norte (ACES Oeste Norte),

- estabelecimento prestador de cuidados de saúde que integra a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P., inscrita no Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados (SRER) da ERS sob o n.º 16427.
2. Na referida reclamação, à qual foi atribuída o número REC/72161/2019, a exponente alega, em suma, que uma médica do ACES Oeste Norte prestou cuidados de saúde domiciliários ao seu pai, através do Centro de Saúde, tendo-lhe cobrado o valor de 50,00 EUR.
 3. Em resposta à aludida reclamação, o prestador refere que *“Após análise das explicações dadas pela médica, embora a médica alegue que a família do doente foi devidamente informada relativamente a não estar vinculada ao ACeS e sim à empresa de serviços com a qual tem um compromisso que consiste em ver os doentes agendados no dia, SIC, e que o domicílio terá sido feito no seu horário e não no horário de serviço, informa-se que esta situação vai ser alvo de uma intervenção por parte deste executivo, que tomará as medidas corretivas e preventivas que se impõe neste tipo de situações.”*.
 4. Em face da necessidade de uma averiguação aprofundada dos factos relatados, ao abrigo das atribuições e competências da ERS, o respetivo Conselho de Administração deliberou, por despacho de 5 de dezembro de 2019, proceder à abertura do presente processo de inquérito, registado internamente sob o n.º ERS/132/2019.

I.2. Diligências

5. No âmbito da investigação desenvolvida pela ERS, realizaram-se as seguintes diligências instrutórias:
 - (i) Pesquisa no SRER da ERS relativa ao Agrupamento de Centros de Saúde Oeste Norte (ACES Oeste Norte), estabelecimento prestador de cuidados de saúde que integra a Administração Regional de Saúde de

Lisboa e Vale do Tejo, I.P., inscrita no Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados (SRER) da ERS sob o n.º 16427;

- (ii) Notificação de abertura de processo de inquérito enviado à reclamante, em 9 de dezembro de 2019;
- (iii) Notificação de abertura de processo de inquérito e pedido de elementos enviada ao prestador, em 9 de dezembro de 2019, e análise da resposta datada de 16 de dezembro de 2019.

II. DOS FACTOS

6. Concretamente, cumpre destacar os seguintes factos alegados pela reclamante na sua reclamação, datada de 13 de agosto de 2019:

“[...]”

No dia 12 de agosto, o meu pai, A.R., utente do centro de saúde de Santa Catarina, pediu assistência domiciliária, por ser um doente que não tem mobilidade (é completamente dependente). Não estando o doutor G. de serviço, foi assistido pela sra. doutora H.A. (julgo ser este o seu nome), que tem substituído o doutor G. nas suas funções. A doutora acedeu vir a casa do meu pai, porém avisou a minha mãe que teria de pagar 50 euros. Apesar de esta situação ser inusitada (o doutor G.) fez diversas consultas ao domicílio, pedindo apenas que lhe facultassem transporte), a minha mãe acedeu, pois a consulta era estritamente necessária. A doutora em questão apenas mediu a tensão ao doente e entregou as guias de receita de análises. No final da consulta, pediu os 50 euros à minha mãe, tendo esta procedido ao pagamento sem questionar tal procedimento.

Feita a descrição da situação, surgem-me uma série de questões:

- sendo a sra. doutora do Centro de Saúde, onde está a legalidade do pedido de pagamento dos 50 euros para uma consulta domiciliária?

- havendo uma situação que permita ou obrigue a esse pagamento, uma vez que 80% dos idosos vivem com reformas de 200 e tal euros e, portanto, no limiar da pobreza, como podem suportar um sistema ao qual, para todos os efeitos, deveriam ter acesso gratuito? [...]

7. Em resposta à referida reclamação, o prestador remeteu à reclamante, por ofício datado de 30 de setembro de 2019, os seguintes esclarecimentos:

“[...]

Após análise das explicações dadas pela médica, embora a médica alegue que a família do doente foi devidamente informada relativamente a não estar vinculada ao ACeS e sim à empresa de serviços com a qual tem um compromisso que consiste em ver os doentes agendados no dia, SIC, e que o domicílio terá sido feito no seu horário e não no horário de serviço, informa-se que esta situação vai ser alvo de uma intervenção por parte deste executivo, que tomará as medidas corretivas e preventivas que se impõe neste tipo de situações. [...]

8. Assim, para esclarecimento cabal dos factos alegados foi remetido ao prestador, em 9 de dezembro de 2019, o seguinte pedido de elementos:

“[...]

1. *Se pronunciem, de forma fundamentada e circunstanciada sobre a situação descrita na referida reclamação, se possível acompanhada dos respetivos elementos documentais, designadamente:*

- i. Confirmem o pedido de domicílio efetuado pelo utente para o dia em causa, com envio do comprovativo respetivo;*
- ii. Indiquem a identidade do profissional responsável pela realização do domicílio;*
- iii. Indiquem a que título o aludido profissional exerce funções no ACES Oeste Norte;*

- iv. *Indiquem qual o procedimento em vigor no ACES Oeste Norte, para a atribuição de domicílios aos profissionais de saúde, juntando o suporte documental respetivo;*
 - v. *Indiquem de que forma foi o domicílio em causa atribuído ao profissional de saúde identificado em ii);*
2. *Indiquem quais os procedimentos internos em vigor, para garantia do acesso dos utentes a cuidados de saúde domiciliários, juntando o suporte documental respetivo;*
 3. *Informem se encetaram algum procedimento interno para apuramento dos factos relatados, bem como as conclusões eventualmente alcançadas, juntando o suporte documental respetivo;*
 4. *Procedam ao envio de quaisquer esclarecimentos complementares julgados necessários e relevantes à análise do caso concreto. [...]*
9. Através de mensagem de correio eletrónico de 16 de dezembro de 2019, o prestador veio informar o seguinte:
- “[...]”
- Em resposta ao solicitado por V. Exa através do ofício em epigrafe, cumpre-nos informar o seguinte:*
- a) *Recebemos o e-mail da Sra. S.R. no dia 12/08/2019 a reportar uma situação relacionada com um suposto pedido de domicílio para o seu pai, Sr. A.R.. De acordo com os procedimentos habituais, o Gabinete do Cidadão (GC) procedeu ao registo de entrada e inseriu a reclamação na plataforma da ERS, deu resposta ao e-mail da Utente informando-a das diligencias efetuadas; anexos 1,2;*
 - b) *De seguida, consultou-se a escala de serviço relativamente aos médicos escalados para Ext. de Sta. Catarina que pertence a UCSP de Caldas da Rainha a fim de identificar o médico ao serviço em substituição do medico ali colocado e que se encontrava de Atestado;*

c) Contactou-se a Sra. S. a fim de lhe perguntar a que horas se tinha realizada a consulta, quem a tinha atendido na Unidade de saúde e se tinha o recibo referente ao pagamento da consulta. Ficou de nos enviar um e-mail com essa informação;

d) No dia 21/08 enviou-nos um e-mail onde informa que o nome da médica é a Dra. E.R. e não a que mencionou na reclamação, que a consulta tinha sido às 15h30 e que a médica não tinha passado recibo, mas que o iria solicitar e assim que o tivesse nos enviaria — anexo 2;

e) Foi enviado um pedido de audição ao serviço visado via e-mail, tendo a Coord. Administrativa da UCSP L.L., enviado uma resposta com base na informação dada pela Administrativa ao serviço em Sta. Catarina anexo 3;

f) Foi de novo enviado um e-mail à Coord. Administrativa no dia 17/9/2019 a pedir que esta providenciasse a versão da médica visada, que enviou a resposta via e-mail no dia 29/09/2019 anexo 4 e 5;

g) Contactou-se mais uma vez a Sra. S. que nos disse não ter conseguido o recibo porque não tinha estado com a médica;

h) Foi enviada resposta a utente com base nas informações disponíveis - anexo 6;

i) A situação foi comunicada a empresa de prestação de serviços para os devidos efeitos — anexos 7 e 8;

Mais se esclarece que a referida médica por pertencer a empresa de prestação de serviços S24 Group, não integra a escala de visitas domiciliárias, pelo que a administrativa não registou o pedido de domicílio sem questionar o colega administrativo (J.M.) que a informou que não seria possível agendar.”.

10. Em anexo ao sobredito ofício de resposta, o prestador juntou a informação prestada pela profissional de saúde visada na reclamação – E.R. –, com o seguinte teor:

“[...]

Em relação à reclamação em questão, tenho a dizer que esta procede de um mal-entendido por parte do familiar do utente.

Em primeiro lugar, as pessoas em questão foram esclarecidas que não pertencem ao quadro do ACES, apenas como prestadora de serviços, ao contrário do Dr. G., que pertence aos quadros e, cujo horário, contempla consultas ao domiciliárias. O meu acordo com a empresa que presta serviço ao Estado é ver os doentes agendados no dia.

Também, tenho a declarar, que ninguém obrigou o doente a ser visto por mim e que as condições lhe foram expostas.

Como profissional liberal, o valor da consulta é critério próprio e está regulado pela Ordem dos Médicos.

Seria incorreto, se eu tivesse feito o domicílio durante o meu horário no posto médico, isto seria grave.

Mesmo um médico, que não tenha exclusividade e seja chamado para atender um doente, após seu horário, poderá cobrar seus honorários. [...]”.

III. DO DIREITO

III.1. Das atribuições e competências da ERS

11. De acordo com o n.º 1 do artigo 5.º dos Estatutos da ERS, esta tem por missão “(...) a *regulação da atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde.*”
12. Ainda, de acordo com o disposto no n.º 2 do artigo 5.º dos seus Estatutos, as atribuições da ERS compreendem “(...) a *supervisão da atividade e funcionamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde no que respeita: (...).*
 - b) *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;*

c) À legalidade e transparência das relações económicas entre os diversos operadores, entidades financiadoras e utentes.”.

13. Sendo que estão sujeitos à regulação da ERS, nos termos do n.º 2 do artigo 4.º dos seus 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.*”;
14. Consequentemente, o Agrupamento de Centros de Saúde Oeste Norte (ACES Oeste Norte), enquanto estabelecimento prestador de cuidados de saúde que integra a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P., inscrita no Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados (SRER) da ERS sob o n.º 16427, está legalmente submetido aos poderes de regulação e supervisão da ERS.
15. Acresce que, constituem objetivos da ERS, nos termos do disposto nas alíneas b), c) e d) do artigo 10.º do mencionado diploma, assegurar o cumprimento dos critérios de acesso aos cuidados de saúde, garantir os direitos e interesses legítimos dos utentes e zelar pela prestação de cuidados de saúde de qualidade.
16. Pelo que, no que concerne à garantia dos critérios de acesso aos cuidados de saúde a alínea a) do artigo 12.º do mesmo diploma legislativo estabelece ser incumbência da ERS “*assegurar 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*, acrescentando a alínea b) do mesmo artigo o dever de “*prevenir e punir as práticas de rejeição e discriminação infundadas de utentes nos serviços e estabelecimentos do SNS, nos estabelecimentos publicamente financiados*,

bem como nos estabelecimentos contratados para a prestação de cuidados no âmbito de sistemas ou subsistemas públicos de saúde ou equiparados”;

17. Por outro lado, no domínio da garantia da prestação de cuidados de saúde de qualidade, incumbe à ERS, entre outras, a garantia do direito dos utentes à prestação de cuidados de saúde qualidade, conforme estatuído na alínea c) do artigo 14.º dos Estatutos da ERS.
18. Podendo a ERS assegurar tais incumbências mediante o exercício dos seus poderes de supervisão, no caso mediante a emissão de 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 – cfr. alíneas a) e b) do artigo 19.º dos Estatutos da ERS.
19. Acresce referir que a ERS detém igualmente competências sancionatórias relativamente a infrações cuja apreciação seja da sua competência – como sucede designadamente com as infrações previstas no artigo 61.º dos seus Estatutos, entre as quais constam as infrações por rejeição infundada de utentes nos serviços e estabelecimentos do SNS e a violação da liberdade de escolha nos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde –, incumbindo a esta Entidade Reguladora desencadear os procedimentos sancionatórios adequados, adotar as necessárias medidas cautelares e aplicar as devidas sanções (cfr. artigo 22.º dos Estatutos da ERS).
20. Cumprindo, ainda, frisar que os eventuais poderes sancionatórios não prejudicam o exercício, quanto aos mesmos factos, dos poderes de supervisão da ERS previstos no artigo 19.º mencionado supra (cfr. n.º 2 do artigo 22.º dos Estatutos da ERS).

III.2. Da prestação de cuidados de saúde aos utentes do SNS

21. O direito de acesso aos cuidados de saúde visa assegurar aos utentes do sistema de saúde o acesso a atos e serviços que tenham por objeto a

prevenção, promoção, restabelecimento ou manutenção da saúde, bem como o diagnóstico, tratamento/terapêutica e reabilitação, e que, por conseguinte, permitam atingir e garantir uma situação de ausência de doença e um estado de bem-estar físico e mental.

22. Tal direito tem dignidade constitucional, estando consagrado no artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa (CRP) o direito à proteção da saúde, que tem por escopo garantir o acesso de todas as pessoas aos cuidados de saúde, o qual é assegurado, entre outras obrigações impostas constitucionalmente, através da criação de um Serviço Nacional de Saúde (doravante SNS) universal, geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito.
23. Não obstante, a garantia do referido direito estende-se a diversos tipos de prestadores de cuidados de saúde, devendo o mesmo ser asseverado:
 - (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 dado 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; e, finalmente,
 - (iv) pelos prestadores de cuidados de saúde privados, com ou sem fins lucrativos, mediante contraprestação acordada entre o utente e o concreto prestador, livremente escolhido.
24. Em desenvolvimento do preceito constitucional acima mencionado, a nova Lei de Bases da Saúde (LBS), aprovada pela Lei n.º 95/2019, de 4 de

- setembro¹, estabelece 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”, pelo que “[...] compreende o acesso, ao longo da vida, à promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde, a cuidados continuados e a cuidados paliativos” (cfr. n.ºs 1 e 2 da Base I);
25. Mais determina a nova LBS que “[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” (cfr. n.º 4 da Base I).
26. O ACES Oeste Norte integra, assim, o “conjunto organizado e articulado de estabelecimentos e serviços públicos prestadores de cuidados de saúde, dirigido pelo ministério responsável pela área da saúde”, isto é, pertence ao SNS, tal como definido pelo n.º 1 da Base 20 da Lei de Bases da Saúde, e cujo Estatuto foi aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro (Estatuto do SNS).
27. Ora, se, nos termos do artigo 2.º do Estatuto do SNS, “o SNS tem como objectivo a efectivação, por parte do Estado, da responsabilidade que lhe cabe na protecção da saúde individual e colectiva”, cada uma das instituições que o integra desempenha um papel de elevada relevância na prossecução de tal imposição, devendo garantir o direito de acesso universal e igual de todos os cidadãos aos cuidados por si prestados.
28. O direito de acesso à prestação de cuidados de saúde deve ser avaliado, pelo menos, numa quádrupla perspetiva: qualitativa, temporal, geográfica e económica.
29. Ora, a vertente económica implica que o acesso aos cuidados de saúde não fique dependente das condições económico-financeiras dos utentes,

¹ A Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, aprovou a nova Lei de Bases da Saúde e revogou a Lei n.º 48/90, de 24 de agosto (cfr. alínea a) do n.º 1 do artigo 3.º). A Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, entrou em vigor no dia 4 de novembro de 2019 (cfr. artigo 4.º).

estando, ao nível do SNS, correlacionada com o princípio da tendencial gratuitidade dos serviços de saúde prestados.

30. Por outro lado, o acesso aos cuidados de saúde deve ser garantido aos utentes onde quer que vivam, isto é, o acesso dos utentes de determinada região deve ser assegurado em igualdade de circunstâncias, quando comparado com o acesso dos utentes de qualquer outra região do País (vertente geográfica).
31. Já a vertente temporal do direito de acesso surge associada à necessidade de obtenção de cuidados de saúde em tempo útil, por referência à situação clínica dos utentes.
32. Finalmente, numa perspetiva qualitativa, o acesso aos cuidados de saúde deve ser entendido como o acesso aos cuidados que efetivamente são necessários e adequados à satisfação das concretas necessidades dos utentes.
33. Esta configuração do direito de acesso dos utentes aos cuidados de saúde prestados nas instituições que integram o SNS vem, no fundo, concretizar o referido artigo 64.º da CRP, que lhe atribui como características fundamentais a universalidade, generalidade e gratuitidade tendencial.
34. Deste modo, é incumbência dos estabelecimentos do SNS, em concretização da referida universalidade, prestar serviços de saúde a todos os beneficiários do SNS que deles necessitem, efetivando, assim, o seu direito de acesso aos cuidados de saúde.
35. E, relativamente à determinação do tipo de cuidados de saúde que devem ser abrangidos pelo SNS, impõe-se a garantia, com maior ou menor grau, de uma prestação integrada de cuidados globais de saúde aos seus beneficiários.
36. Neste contexto, o acesso dos utentes beneficiários do SNS à Rede Nacional de Prestação de Cuidados de Saúde é também assegurado através de estabelecimentos privados, com ou sem fins lucrativos, com os quais tenham sido celebradas convenções ou acordos destinados a esse fim.

37. Em tais casos de contratação com entidades privadas ou do setor social, os cuidados de saúde são prestados ao abrigo de acordos específicos, por intermédio dos quais o Estado incumbe essas entidades da missão de interesse público inerente à prestação de cuidados de saúde no âmbito do SNS, passando essas instituições a fazer parte do conjunto de operadores, públicos e privados, que garantem a imposição constitucional de prestação de cuidados públicos de saúde.
38. Por outro lado, *“o Estatuto [do SNS] aplica-se às instituições e serviços que constituem o Serviço Nacional de Saúde e às entidades particulares e profissionais em regime liberal integradas na rede nacional de prestação de cuidados de saúde, quando articuladas com o Serviço Nacional de Saúde.”* – cfr. artigo 2.º do Estatuto do SNS.
39. Princípio este que foi reiterado pelo Decreto-Lei n.º 139/2013, de 9 de outubro, que aprovou o Regime de Celebração de Convenções, e que estabelece, na alínea a) do n.º 1 do artigo 2.º, a *“Equidade no acesso dos utentes aos cuidados de saúde”*, sendo que, nos termos da alínea b) do n.º 1 do artigo 2.º do mesmo diploma é referido que a contratação de convenções deve obedecer ao princípio da *“complementaridade, destinando-se a sua celebração a colmatar as necessidades do SNS quando este, de forma permanente ou esporádica, não tem capacidade para as suprir”*.

III.3. Da competência das Administrações Regionais de Saúde e dos Agrupamentos de Centros de Saúde, e das garantias instituídas com vista ao respeito pelo direito à informação e pela liberdade de escolha

40. O SNS detém uma organização regionalizada e gestão descentralizada, e enquanto conjunto hierarquizado de instituições e de serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde, está organizado em regiões de saúde².
41. Por outro lado, por via da publicação do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, foi instituída a figura dos Agrupamentos de Centros de Saúde

² Conforme n.º 2 da Base 20 da nova LBS e n.º 1 do artigo 3.º do Estatuto do SNS.

(ACES), enquanto serviços de saúde integrados no SNS, dotados de “[...] *autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que integram um ou mais centros de saúde [...]*” e que têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica.

42. Com efeito, os ACES são serviços desconcentrados, com autonomia administrativa da respetiva ARS, estando sujeitos ao seu poder de direção³ – n.º 3 do artigo 2.º do referido Decreto-Lei.
43. Os ACES podem ser constituídos por um ou mais Centros de Saúde, e podem compreender diversas unidades funcionais, sendo que “[...] *em cada centro de saúde componente de um ACES funciona, pelo menos, uma USF ou UCSP e uma UCC ou serviços desta.*” – cfr. n.ºs 1 e 2 do artigo 7.º do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro.
44. Assim sendo, é função das unidades funcionais assegurarem a prestação de cuidados de saúde no âmbito de um determinado ACES que, por sua vez e enquanto serviço descentralizado, é dotado de “[...] *autonomia administrativa para decidir e implementar soluções adaptadas aos recursos e às condições de cada local e comunidade [...]*”, bem como de órgãos e instrumentos próprios de gestão organizacional.
45. Em decorrência do papel fundamental desempenhado pelas ARS na estruturação e organização da resposta do SNS, nas áreas sob suas influências, compete-lhes, em cada região de saúde, assegurar a gestão de convenções, aqui se incluindo o acompanhamento da atividade das entidades convencionadas com o SNS;
46. Surgindo assim a obrigatoriedade de fazerem cumprir, por todos as Unidades de Saúde sob sua coordenação e orientação, o disposto no do artigo 14.º do Decreto-Lei n.º 139/2013, de 9 de outubro;

³ Ainda, para efeitos de gestão, o Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro previu a “[...] *existência de contratos-programa, enquanto acordos celebrados entre o diretor executivo do ACES e o conselho diretivo da administração regional de saúde pelo qual se estabelecem, qualitativa e quantitativamente, os objetivos do ACES e os recursos afetados ao seu cumprimento e se fixam as regras relativas à respetiva execução.*” – cfr. preâmbulo do diploma.

47. Concretamente, o disposto no n.º 2 do artigo 14.º que estatui o seguinte: “As ARS e a ACSS, I.P. devem divulgar e manter atualizada a informação relativa às entidades com convenções em vigor.”;
48. E, bem assim, n.º 3 do mesmo preceito que determina que “A divulgação da informação [relativa às entidades com convenção em vigor] é efetuada nos moldes definidos pela ACSS, I.P., sendo obrigatória [...] a afixação em todas as unidades funcionais do Agrupamento de Centros de Saúde respetivo.”;
49. Assim garantindo que, no “momento zero” do exercício da liberdade de escolha, seja prestada ao utente – pela unidade de cuidados de saúde primários, por inerência à comunicação privilegiada que um atendimento centrado numa lógica de proximidade importa – uma informação verdadeira, completa e inteligível, sobre o universo de prestadores elegíveis para a prestação de cuidados que lhe foram prescritos.
50. Com efeito, e conforme ao diante melhor se explicitará, o direito à informação e o correlativo exercício da liberdade de escolha por parte do utente resultará cerceado, caso o universo de prestadores que lhe é apresentado, para efeitos de escolha para efetivação da prestação de cuidados de saúde, surja enviesado;
51. Mas, também, se exige às entidades que integram o SNS e aos profissionais que aí exercem funções, que não atuem como veículos de publicidade ou informação sobre a atividade exercida por entidades privadas ou do setor social, ainda que no domínio da prestação de cuidados de saúde, sob pena, como ao diante melhor se explicitará, de influenciarem as regras da concorrência entre prestadores privados, beneficiando, de forma ilegítima e ilegal, umas entidades em detrimento de outras.
52. Nos termos do número 1 do artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, os ACES têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica.
53. Para cumprir a sua missão, os ACES desenvolvem atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e

ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados – *cfr.* n.º 2 do artigo 3º do Decreto-Lei n.º 28/2008.

54. Os centros de saúde, enquanto entidades componentes dos ACES, são um conjunto de unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários, individualizado por localização e denominação determinadas – *cfr.* n.º 2 do artigo 2º do Decreto-Lei n.º 28/2008.
55. Nos termos do número 1 do artigo 5.º do referido diploma, os centros de saúde componentes de ACES intervêm nos seguintes âmbitos:
 - a) Comunitário e de base populacional;
 - b) Personalizado, com base na livre escolha do médico de família pelos utentes;
 - c) Do exercício de funções de autoridade de saúde.
56. E nos termos do número 1 do artigo 6.º, “*Os centros de saúde devem assegurar aos utentes a máxima acessibilidade possível, nomeadamente através do princípio de atendimento no próprio dia e marcação de consultas para hora determinada.*”.
57. Atento o disposto no artigo 14.º do mesmo diploma, cada unidade funcional tem um coordenador, a quem compete, designadamente:
 - a) Programar as atividades da unidade, elaborando o plano anual de ação com a respetiva dotação orçamental previsional;
 - b) Assegurar o funcionamento eficiente da unidade e o cumprimento dos objetivos programados, promovendo e incentivando a participação dos profissionais na gestão da unidade e a intercooperação com as diferentes unidades funcionais existentes no centro de saúde e no ACES;
 - c) Assegurar a qualidade dos serviços prestados e a sua melhoria contínua, controlando e avaliando sistematicamente o desempenho da unidade;
 - d) Promover, ouvindo os profissionais da unidade, a consolidação das boas práticas na prescrição e a observância das mesmas;

- e) Elaborar o regulamento interno da unidade e propô-lo, para aprovação, ao diretor executivo;
- f) Elaborar o relatório anual de atividades;
- g) Representar a unidade perante o diretor executivo.

III.4. Da transparência nas relações entre prestadores e utentes de cuidados de cuidados de saúde

- 58. A Lei estabelece um modelo misto de sistema de saúde, consagrando a complementaridade e o caráter concorrencial do setor privado e da economia social na prestação de cuidados de saúde, integrando na rede nacional de prestação de cuidados de saúde as entidades privadas e os profissionais livres que acordem com o SNS a prestação de todas ou de algumas atividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde – *cfr.* artigo 2º do Estatuto do SNS, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro.
- 59. Constituindo incumbência fundamental dos estabelecimentos do SNS prestar todos os seus serviços de saúde a todos os beneficiários do SNS que deles necessitem, por forma a assegurar o respeito e cumprimento daquele direito de acesso.
- 60. Somente critérios objetivos podem determinar que o acompanhamento do utente no setor público passe a ser efetuado no privado (convencionado).
- 61. Efetivamente, deve ter-se sempre presente que, no que respeita ao atendimento de utentes do SNS, a intervenção do setor privado e social encontra-se legalmente equacionada como complementar do setor público, por forma a garantir o acesso aos cuidados quando o setor público não disponha de capacidade para prestar determinados serviços ou não possa prestar tais serviços em tempo clinicamente útil para o utente.
- 62. Os critérios que definem essa complementaridade não são, assim, baseados em interesses de um qualquer prestador específico, mas sim relacionados com a garantia do direito de acesso dos utentes aos cuidados de saúde que necessitam.

63. Quando tal não suceda, estarão comprometidos os deveres de transparência, isenção e rigor que devem pautar a prestação de cuidados de saúde pelo SNS⁴;
64. Para além de que, tais comportamentos violam as regras legais de referenciação de utentes para unidades que não pertençam ao SNS.
65. Por outro lado, este tipo de comportamentos poderá produzir efeitos perversos ao nível da procura de serviços de saúde porquanto, se a prestação de cuidados de saúde for decidida em função do interesse de um determinado prestador, tal comportamento poderá ainda consubstanciar uma prática de indução artificial da procura.
66. E todas estas práticas poderão conduzir, ainda, a um acréscimo injustificado de despesa pública, por via de um consumo não eficiente de cuidados de saúde, sempre que a referenciação para o setor privado ou social não cumpra os critérios clínicos ou legais associados.
67. O desvio ou a transferência de utentes seguidos no SNS, para o setor privado ou social (convencionado ou não), em violação das normas que regem o acesso aos cuidados de saúde na Rede Nacional de Prestação de Cuidados de Saúde, por via de um encaminhamento artificial e/ou induzido, constitui uma violação do direito de acesso dos utentes à saúde.
68. Note-se que a referenciação para prestação de cuidados de saúde no âmbito do SNS – seja para efeitos de consulta, internamento, cirurgia ou qualquer outro ato – está regulada na Lei e obedece a critérios e requisitos previamente definidos⁵.

⁴ Refira-se, por exemplo, que o Decreto-Lei n.º 139/2013, de 9 de outubro, aprovou o novo regime jurídico das convenções, revogando o Decreto-Lei n.º 97/98, de 18 de abril. Este diploma contempla uma norma específica quanto aos requisitos para a celebração das convenções, constante dos n.ºs 2 e 3 do seu artigo 5.º, nos termos dos quais “*Os profissionais vinculados ao SNS não podem celebrar convenções, deter funções de gerência ou a titularidade de capital superior a 10 % de entidades convencionadas, por si mesmos, pelos seus cônjuges e pelos seus ascendentes ou descendentes do 1.º grau.*”. Para além disso, “*Os trabalhadores com funções de direção e chefia no âmbito dos estabelecimentos e serviços do SNS não podem exercer funções de direção técnica em entidades convencionadas.*”.

⁵ Relevam aqui, a título de exemplo, as regras aplicáveis às Redes de Referência Hospitalar (RRH), ao Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC), ao Sistema Consulta a

69. Quando estas exigências legais não são respeitadas, o encaminhamento do utente para o setor privado ou social apresentar-se-á como injustificado, violando-se assim o dever de imparcialidade que deve nortear a atividade dos prestadores e profissionais do setor público;
70. Porquanto a atuação dos profissionais de saúde do SNS deve ser pautada, acima de tudo, pelo interesse exclusivo dos utentes;
71. Sendo, apenas e exclusivamente, o interesse dos utentes que deve determinar o seu acesso aos cuidados de saúde e ao SNS, bem como, a sua eventual referenciação para entidades convencionadas, nos casos previstos na lei;
72. Tanto mais que a prestação de cuidados de saúde só deverá ter por finalidade a satisfação da pretensão do utente e a melhoria do seu estado de saúde e, por medida, a aplicação de critérios estritamente clínicos.
73. Por outro lado, as mesmas práticas ilegais de desvio ou transferência são ainda suscetíveis de causar lesão aos interesses patrimoniais dos utentes, os quais poderão ter de suportar custos com a prestação de cuidados de saúde que não teriam de suportar, caso fossem observadas as normais regras de acesso e referenciação⁶.
74. Com efeito, tudo o que se acaba de expor torna ainda legítima a conclusão de que o incumprimento das regras de referenciação e a não observância dos princípios fundamentais da transparência, rigor e isenção, prejudicam o

Tempo e Horas (CTH) e às regras aplicáveis à realização de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT), entre outras.

⁶ Este efeito perverso foi já objeto de análise por parte da ERS, no estudo “*Avaliação do acesso dos doentes com descolamento da retina a cirurgia corretiva nos hospitais do SNS*”, publicado em 16 de junho de 2008, em www.ers.pt.

Nessa avaliação, foram identificados vários fatores que poderiam determinar eventuais problemas de acesso aos cuidados de saúde do SNS; entre esses, o estudo alerta para as “*causas comportamentais*”, ou seja, “*comportamentos de qualquer um dos intervenientes, direto ou indireto, na prestação dos cuidados*”. A esse nível (pelo menos, teoricamente) poderão existir fenómenos de rejeição discriminatória ou infundada de utentes, ou limitações graves no acesso aos cuidados, criados ou induzidos pelos estabelecimentos ou serviços, que podem ter diversas motivações, como por exemplo, uma resposta à exposição a risco financeiro da admissão de determinadas categorias de doentes, proporcionada pelo sistema de pagamento pelos serviços prestados. Ainda no âmbito desse estudo, a ERS alertava para o fenómeno da indução artificial da procura como gerador de dificuldades de acesso.

- objetivo de eficiência e equidade na prestação de cuidados de saúde aos utentes pelo SNS;
75. Potenciando, por exemplo, a execução de exames e/ou tratamentos desnecessários, e a (eventual) violação do direito do utente à informação verdadeira, completa e inteligível, gerando inevitavelmente uma perda de confiança no SNS.
 76. Importa, por isso, garantir que a informação prestada é suficiente para dotar o utente medianamente esclarecido e diligente dos elementos necessários ao livre exercício da escolha da unidade de saúde à qual recorrerá.
 77. E, atento o conteúdo do direito à informação, bem como os direitos e interesses dos utentes à verdade e transparência nas relações com os prestadores de cuidados de saúde, impenderá sobre estes últimos o dever de, permanentemente, informar os utentes sobre a entidade responsável, não só pelos atos praticados, mas também por um eventual incumprimento dos deveres de diligência e zelo dos concretos profissionais de saúde e de onde resulte uma lesão dos direitos dos utentes;
 78. Bem como, o dever de adotar as medidas necessárias para que aquela transparência na relação utente-prestador, constitua sempre um elemento determinante do exercício da própria liberdade de escolha dos utentes nas unidades de saúde não públicas.
 79. A tanto obriga o respeito pelos direitos e interesses legítimos dos utentes, que à ERS cumpre assegurar, bem como a garantia da liberdade de escolha nas unidades de saúde e a garantia da transparência e da informação verdadeira, completa e inteligível nas relações estabelecidas entre prestadores e utentes⁷.

⁷ Sobre este tema, veja-se, a título exemplificativo, a “Recomendação n.º 1/09”, relativa ao esclarecimento dos utentes sobre a responsabilidade pela prestação dos cuidados de saúde, publicada em 20 de fevereiro de 2009, em www.ers.pt, e motivada pela análise realizada no ERS/005/08, relativo à dúvida ou incerteza dos utentes sobre a concreta entidade que, a final, surge como responsável pela prestação dos cuidados de saúde, em especial, quando se verifica pluralidade de entidades envolvidas naquela prestação.

Em resultado do estudo, a ERS recomendou a todos os prestadores de cuidados de saúde que nos casos em que existam responsáveis distintos pelo internamento e pela prestação dos cuidados de saúde, todos os prestadores de cuidados de saúde envolvidos deverão, para afastar

80. Por outro lado, este desvirtuar de regras pode até ter uma influência decisiva em momento posterior ao da prestação de cuidados de saúde – nomeadamente, ao nível da reparação de danos eventualmente sofridos pelo utente durante todo o processo de prestação de cuidados de saúde.

III.5. Da defesa da concorrência

81. De referir, ainda, que o desvio ou transferência de um utente do SNS para o setor privado ou social, nos moldes acima descritos, constituirá também uma violação dos princípios elementares de concorrência do mercado.
82. Efetivamente, o profissional de saúde do SNS que contacta diretamente com o utente e decide, em função dos seus interesses pessoais ou de terceiros e ao arrepio das normas de referenciação em vigor, que os cuidados de saúde em questão devem ser prestados por um determinado estabelecimento privado ou do setor social, utiliza abusivamente a sua posição no SNS para benefício e proveito próprio ou de terceiro, que não o utente.
83. Tal atuação terá ainda, como efeito, a diminuição ou eliminação da tensão concorrencial pré-existente, daí decorrendo uma redução dos benefícios, atuais e futuros, que para os utentes decorram da existência de uma estrutura de mercado concorrencial.
84. Havendo, assim, uma adulteração do jogo concorrencial entre os prestadores, por via de tal comportamento, sendo certo que, a este propósito, exige-se aos estabelecimentos e profissionais do setor público que respeitem os princípios da imparcialidade e transparência no exercício das suas funções.
85. E que, por estes motivos, não utilizem a sua posição privilegiada de contacto com os utentes do SNS para beneficiar um determinado prestador do setor privado ou social, em detrimento dos demais prestadores.

a assunção de existência de um contrato total com a entidade responsável pelo internamento, esclarecer clara e atempadamente os utentes quanto à dualidade de contratos celebrados, seus âmbitos, objetivos e entidades subjetivamente responsáveis pelo cumprimento dos mesmos, de forma a que os utentes conheçam inequivocamente qual a entidade responsável, em cada momento, por cada ato ou diligência (praticada ou omitida).

86. Neste sentido, nos termos do artigo 9.º do Código de Procedimento Administrativos, sob a epígrafe “*Princípio da imparcialidade*”, “*A Administração Pública deve tratar de forma imparcial aqueles que com ela entrem em relação, designadamente, considerando com objetividade todos e apenas os interesses relevantes no contexto decisório e adotando as soluções organizatórias e procedimentais indispensáveis à preservação da isenção administrativa e à confiança nessa isenção.*”.

III.6. Análise da situação concreta

87. Os factos trazidos ao conhecimento desta Entidade Reguladora indiciam a existência de procedimentos de funcionamento e organização que podem conduzir a constrangimentos no direito de acesso dos utentes a cuidados de saúde e no seu direito à liberdade de escolha.

88. Pois que, de acordo com os factos resultantes dos autos, uma profissional de saúde ao serviço do ACES Oeste Norte terá beneficiado da sua posição privilegiada de contacto com um utente do SNS para prestar cuidados de saúde a título privado;

89. Com efeito, refere a reclamante que “*No dia 12 de agosto, o meu pai, A.R., utente do centro de saúde de Santa Catarina, pediu assistência domiciliária, por ser um doente que não tem mobilidade (é completamente dependente). Não estando o doutor F. de serviço, foi assistido pela sra. doutora H.A. (julgo ser este o seu nome), que tem substituído o doutor G. nas suas funções. A doutora acedeu vir a casa do meu pai, porém avisou a minha mãe que teria de pagar 50 euros.*”;

90. Sendo tal situação passível de constituir uma quebra dos deveres de transparência, isenção e rigor, que devem nortear a atuação das entidades públicas, dos seus gestores, trabalhadores e prestadores de serviço.

91. Com efeito, constitui “*desvio de utentes*” toda a transferência de utentes seguidos no setor público, para o setor privado ou social (convencionado ou não), e/ou com direcionamento para um concreto prestador privado, em

- violação das normas que regem o acesso aos cuidados de saúde na Rede Nacional de Prestação de Cuidados de Saúde, por via de um encaminhamento artificial e induzido de utentes para prestadores externos;
92. Devendo ter-se sempre presente que, no que respeita ao atendimento de utentes do SNS, a intervenção do setor privado e social encontra-se legalmente equacionada como complementar do setor público, por forma a garantir o acesso aos cuidados de saúde quando o setor público não disponha de capacidade para prestar determinados serviços ou não possa prestar tais serviços em tempo clinicamente útil para o utente;
 93. Sendo que, os critérios que definem essa complementaridade não são baseados em interesses de um qualquer prestador específico, mas sim relacionados com a garantia do direito de acesso dos utentes aos cuidados de saúde que necessitam.
 94. Por outro lado, as mesmas práticas são suscetíveis de causar lesão dos interesses patrimoniais dos utentes, os quais poderão ter de suportar custos com a prestação de cuidados de saúde, que não teriam de suportar, caso fossem observadas as normais regras de acesso e referenciação.
 95. Ora, no caso em apreço dos autos, a profissional de saúde em causa encontrava-se ao serviço do ACES Oeste Norte e, perante um pedido de consulta, utilizou a sua posição privilegiada para promover a prestação de cuidados fora do SNS;
 96. De onde resultam indícios de que o prestador tenha violado as regras relativas ao acesso aos cuidados de saúde em estabelecimentos do SNS, por via do encaminhamento artificial e induzido de utentes;
 97. Na medida em que o regular funcionamento do quadro de acesso instituído deveria ter permitido àquele concreto utente do SNS aceder à prestação de cuidados de saúde de que necessitava, não sendo constrangido por vicissitudes de índole organizacional que ao mesmo não podem ser impostas.

98. Assim, impõe-se que o prestador assegure a existência de procedimentos que salvaguardem o respeito pelos direitos e legítimos interesses dos utentes, designadamente a verdade e a transparência nas relações entre utentes e prestador de cuidados de saúde;
99. O que implica garantir que os profissionais de saúde, a exercer funções no ACES Oeste Norte, se abstenham de encaminhar utentes para qualquer prestador privado, muito menos os próprios;
100. E isto independentemente do tipo de vínculo contratual existente entre o concreto profissional de saúde e o estabelecimento prestador de cuidados de saúde (neste caso, à data, vigorava um contrato de prestação de serviços);
101. Sendo inequívoca a aplicação *in casu* do disposto no artigo 501.º do Código Civil (CC), nos termos do qual “[o] Estado e demais pessoas colectivas públicas, quando haja danos causados a terceiro pelos seus órgãos, agentes ou representantes no exercício de actividades de gestão privada, respondem civilmente por esses danos nos termos em que os comitentes respondem pelos danos causados pelos seus comissários”;
102. E, por sua vez, do disposto no artigo 500.º n.º 1 do CC, ao determinar que “[a]quele que encarrega outrem de qualquer comissão responde, independentemente de culpa, pelos danos que o comissário causar, desde que sobre este recaía também a obrigação de indemnizar.”.
103. Por todo o vindo de expor, considera-se pertinente a emissão de uma instrução ao ACES Oeste Norte, no sentido de assegurar a adequação dos seus procedimentos de molde a evitar a repetição de situações idênticas à detetada, designadamente, garantindo o respeito pelos direitos e legítimos interesses dos utentes;
104. Acresce referir que, nos termos das disposições conjugadas das alíneas b) e d) do artigo 12.º e das subalíneas ii) e iv) da alínea b) do n.º 2 do artigo 61.º dos Estatutos da ERS, a rejeição infundada de utentes nos serviços e estabelecimentos do SNS e a violação da liberdade de escolha nos

estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde constituem contraordenação;

105. Pelo que, paralelamente à emissão da instrução *infra* delineada, competirá à ERS instaurar um processo contraordenacional contra o Agrupamento de Centros de Saúde Oeste Norte, nos termos e com os fundamentos que oportunamente lhe serão notificados (*cf.* n.º 2 do artigo 22.º dos Estatutos da ERS).
106. Ademais, estando em causa a atuação de um profissional de saúde, atento o disposto na alínea a) do n.º 3 do artigo 4.º dos Estatutos da ERS, deve a reclamação ser enviada à Ordem dos Médicos para a competente avaliação.

V. DA AUDIÊNCIA DE INTERESSADOS

107. A presente deliberação foi precedida de audiência escrita dos interessados, nos termos e para os efeitos do disposto no n.º 1 do artigo 122.º do Código do Procedimento Administrativo (CPA), aplicável *ex vi* da alínea a) do artigo 24.º dos Estatutos da ERS, tendo sido chamados a pronunciarem-se, relativamente ao projeto de deliberação da ERS, o ACES Oeste Norte, a ARS LVT e a reclamante S.R., todos por ofícios datados de 9 de abril de 2021.
108. Nesse seguimento, foi recebida a pronúncia da ARS LVT, datada de 28 de abril de 2021, com o seguinte teor:

“[...]”

Em resposta à notificação, em sede de audiência dos interessados, do projeto de deliberação da Entidade Reguladora da Saúde, no âmbito do processo de inquérito em assunto, somos a informar o seguinte:

1. A médica visada pertence a uma empresa de prestação de serviços que tem um acordo com a ARSLVT, situação que permite ao Aces Oeste Norte colmatar a carência de médicos e desse modo, dar resposta aos utentes que necessitam de cuidados de saúde em situações de doença aguda;

2. A médica e o utente/ ou seu familiar, acordaram um serviço domiciliário sem conhecimento da Assistente Técnica, que já tinha informado que naquele dia não havia médico escalado para poder agendar domicílio pretendido, tendo por isso cumprido com as orientações do AceS ao não indicar a médica da empresa de prestação de serviços, que não fazia parte da escala;

3. A referida médica, a quem se pediu esclarecimentos sobre a ocorrência, informou que fez o domicílio dentro do seu horário e não enquanto ao serviço;

4. Não constam dos registos do ACes situações idênticas, estando os profissionais conscientes do seu papel enquanto trabalhadores a exercer funções públicas, neste caso no Serviço Nacional de Saúde;

5. O ACeS Oeste Norte, após apreciar o processo de reclamação e apesar das explicações dadas pela médica, entendeu dar conhecimento à empresa de prestação de serviços à qual pertence;

6. Em nosso entender, a profissional visada, que já integrou a lista de funcionários do referido ACeS (CTFPTI), como já referimos, embora presentemente se encontre a exercer funções através da empresa de prestação de serviços, é por isso conhecedora dos deveres a que está sujeita enquanto servidora do Estado.

Refira-se, que a exponente, Sra. S.R., aquando do tratamento da reclamação, foi contactada para entregar no ACES Oeste Norte o comprovativo do pagamento da consulta a fim de ser dado seguimento ao processo, situação que, até hoje, não chegou a acontecer.

Consideramos, pois, que o Aces Oeste Norte, tudo fez para que esta situação não se voltasse a repetir, de forma que os cidadãos continuem a depositar a sua confiança nos serviços e profissionais.”.

109. A pronúncia da ARSLVT foi devidamente analisada e ponderada pela ERS;

110. Ainda que da mesma não tenha resultado uma alteração no sentido da decisão que a ERS ora entende emitir.

111. Isto porque, a pronúncia reproduz os argumentos anteriormente apresentados, no sentido de que *“A médica visada pertence a uma empresa de prestação de serviços que tem um acordo com a ARSLVT [...]. A médica e o utente/ ou seu familiar, acordaram um serviço domiciliário sem conhecimento da Assistente Técnica, que já tinha informado que naquele dia não havia médico escalado para poder agendar domicílio pretendido, [...]; A referida médica, a quem se pediu esclarecimentos sobre a ocorrência, informou que fez o domicílio dentro do seu horário e não enquanto ao serviço; [...].”*
112. Posição que não merece a concordância da ERS, pelos motivos explanados em sede de análise da situação concreta.
113. Pois que, a profissional de saúde em causa encontrava-se ao serviço do ACES Oeste Norte e beneficiou da sua posição privilegiada de contacto com um utente do SNS para prestar cuidados de saúde a título privado, quando o regular funcionamento do quadro de acesso instituído deveria ter permitido àquele concreto utente do SNS aceder à prestação de cuidados de saúde de que necessitava, não sendo constrangido por vicissitudes de índole organizacional que ao mesmo não podem ser impostas.
114. Em face do exposto, verifica-se a necessidade de manutenção dos termos da instrução, tal como projetada e notificada, por forma a assegurar o respeito pelos direitos e interesses legítimos dos utentes, e que situações idênticas à verificada nos presentes autos não se venham a repetir no futuro;
115. Motivo pelo qual se mantém na íntegra a decisão projetada.

V. DECISÃO

116. Tudo visto e ponderado, propõe-se ao Conselho de Administração da ERS, nos termos e para os efeitos do preceituado na alínea a) do artigo 24.º e das alíneas a) e b) do artigo 19.º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, a emissão de uma instrução ao Agrupamento de Centros de Saúde Oeste Norte, no sentido de:

- a) Garantir que todos os seus gestores, trabalhadores ou prestadores de serviço se abstenham da prática de quaisquer atos que sejam aptos a prejudicar a objetividade, integralidade e integridade da informação prestada aos utentes sobre acesso a cuidados de saúde;
 - b) Garantir que todos os seus gestores, trabalhadores ou prestadores de serviço se abstenham de sugerir ou prescrever aos utentes, por qualquer forma ou meio, o recurso a uma determinada e específica entidade prestadora de cuidados de saúde do setor privado e/ou social, incluindo aos próprios;
 - c) Promover o conhecimento e formação dos seus gestores, trabalhadores ou prestadores de serviço sobre o dever de respeitar os direitos e interesses legítimos dos utentes de cuidados de saúde, designadamente, o direito fundamental da liberdade de escolha do prestador de cuidados de saúde;
 - d) Dar cumprimento imediato à presente instrução e deve dar conhecimento à ERS, no prazo máximo de 30 (trinta) dias úteis após a notificação da deliberação final, dos procedimentos adotados para cumprimento da mesma.
117. A instrução ora emitida constitui decisão da ERS, sendo que a alínea b) do n.º 1 do artigo 61.º dos Estatutos da ERS, aprovados em anexo ao Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, configura como contraordenação punível *in casu* com coima de € 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”.
118. A presente deliberação será levada ao conhecimento da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P. e ao conhecimento da Ordem dos Médicos.

119. 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, 21 de maio de 2021.



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, 2021

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).