

PARECER

I. INTRODUÇÃO

1. Em 2 de agosto de 2016, a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) recebeu um pedido de informação, remetido pelo Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EPE¹ (IPOLFG), sobre o acesso ao Serviço Nacional de Saúde (SNS) de doentes oncológicos com percurso terapêutico já iniciado noutra instituição de saúde.
2. Em concreto e na sequência dos autos de processo de avaliação em curso na ERS, registados sob o n.º AV/198/2015, o IPOLFG veio expor e requerer o seguinte:

“[...] por ter detetado um nódulo mamário, a utente consultou, por iniciativa própria, uma instituição privada, onde terá recebido, em 14 de abril de 2015, o diagnóstico de carcinoma da mama e onde, após a realização de exames de avaliação da extensão da doença, iniciou quimioterapia em 12 de maio de 2015.

As razões da opção inicial da utente por uma instituição privada, exterior ao Serviço Nacional de Saúde (SNS), são da sua esfera privada. No entanto, a invocada urgência não nos parece aceitável, porquanto o SNS, incluindo o IPOLFG, tem assegurado tempos de resposta clinicamente adequados para primeira consulta, nos termos da lei e conforme reportado.

Depois do diagnóstico e do início do tratamento na referida instituição privada, a utente invoca motivo económico para a pretensão de tratamento no SNS. A invocação deste motivo é despicienda, atendendo a que tem indiscutível direito a receber cuidados de saúde no SNS, independentemente de já ser seguida numa instituição privada. Escolheu por sua iniciativa o IPOLFG, que contactou directamente, ou seja, não utilizando o processo de referência pelo médico de família instituído no SNS: Deve notar-se que a utente nos procurou já no decurso de processo de tratamento combinado, multimodal, que obriga a intervenções sequenciais de diversas especialidades, mas sobre

¹ Entidade prestadora de cuidados de saúde e inscrita no SRER da ERS sob o n.º 13075.

o qual o IPOLFG não teve oportunidade de se pronunciar nem de programar previamente.

Por ser uma instituição inteiramente dedicada ao tratamento da doença oncológica, o IPOLFG não tem possibilidade de priorizar o tratamento de doentes com cancro relativamente a outras patologias, o que pode ser conseguido por hospitais gerais, de acordo com a excecionalidade legalmente conferida às doenças oncológicas no estabelecimento de prazos máximos tanto para a primeira consulta como para a cirurgia e que são geralmente mais curtos que os estabelecidos para as restantes doenças.

Por isso, a concretização do direito da utente ao tratamento no SNS, de forma competente e atempada, adequada às condicionantes da sua situação clínica, justificaria a referenciação a um desses hospitais, onde também existe competência para tratamento da neoplasia mamária, naturalmente àquele que correspondesse à sua área de residência. Caso o envio ao IPOLFG tivesse ocorrido regularmente, por intermédio do seu médico de família e utilizando a plataforma informática do SNS para triagem e circulação dos pedidos e marcações de consultas entre os cuidados primários e os hospitais (“Consulta a Tempo e Horas”), tal redireccionamento teria sido proposto sem perda de tempo. [...]

O IPOLFG tem que tratar no tempo adequado os doentes já seguidos na instituição e com os quais se comprometeu com um plano terapêutico. Acresce que, quando se trabalha no limite da capacidade de produção, como é o caso do IPOLFG, a gestão antecipada é essencial, havendo menor capacidade de acomodar casos não previstos. A única possibilidade de atender esta utente no IPOLFG seria com prejuízo objetivo dos restantes doentes que temos integralmente a cargo. Por outro lado, deferir o seu tratamento para a nossa disponibilidade institucional iria violar a obrigação de lho prestar com prontidão ou num período de tempo clinicamente aceitável. Ou seja, receber esta utente, para continuação do tratamento no IPOLFG, significaria prejudicar outra doente ou prejudica-la a ela.

Em nosso entender, o dever de assegurar o tratamento de um utente por parte do SNS é genérico e não se esgota na instituição que o utente decidiu escolher. Embora se defenda o direito de escolha consagrado na lei, este é necessariamente modulado pela medida dos recursos existentes. A

impossibilidade de prosseguir a terapêutica no tempo adequado é motivo clínico justificado para não aceitar a tomada a cargo de um doente no IPOLFG, existindo recursos alternativos no SNS. Nesta circunstância, é no melhor interesse desse doente a referência ao hospital geral da área de residência que terá capacidade de priorizar o tratamento oncológico, mesmo que em prejuízo de situações não oncológicas, no sentido das disposições legais aplicáveis. Deve salientar-se que a exigência de equidade tanto impede que uma doente transferida de uma instituição privada seja prejudicada no recurso ao hospital público, como obriga a reconhecer que o início do tratamento num centro privado por se possuir capacidade financeira para isso não pode ter como consequência a ultrapassagem dos restantes cidadãos no acesso ao SNS. [...]

O grande aumento de oferta de tratamento oncológico em instituições privadas, nos últimos anos, faz com que este caso não se possa considerar como um caso isolado, passível de solução extraordinária, mas um novo padrão de referência, que não está especificamente previsto na legislação em vigor. Estes casos podem causar graves problemas nos centros oncológicos se não forem devidamente acautelados, por se poderem estabelecer como método sistemático de acesso prioritário e violação do ordenamento de lista de espera, contrariando todos os princípios éticos e de equidade no acesso ao tratamento. Terá de caber às instituições privadas a explicitação, que deve ser obrigatória e verificável, de comunicação prévia dos custos previstos para o tratamento integral de cada patologia oncológica face ao seu estágio (não apenas custos parcelares à medida que se vai avançando entre diferentes modalidades terapêuticas).

O caso em apreço é exemplar: quando se optou por realizar quimioterapia neoadjuvante, ou seja, quimioterapia antes de intervenção cirúrgica, havia a obrigação de programar, de imediato, o procedimento cirúrgico e de explicar todo o processo à doente, incluindo os custos económicos. Mesmo que isso tenha sido feito, não impediu o óbvio e angustiante confronto da doente, a meio da terapêutica, com a dificuldade económica em suportar a respetiva continuação.

Sendo esta uma situação recorrente, deveria também caber sistematicamente à instituição privada responsável pelo início do tratamento a obrigação de

assegurar a articulação adequada com os hospitais do SNS, no sentido de resolver estes casos de forma humanizada e o menos prejudicial possível à continuação do tratamento, designadamente através da elaboração de protocolos escritos, em vez de deixar os doentes à sua sorte, dependentes de vias de acesso aos hospitais do SNS que não foram previstas para este fim ou até de formas menos aconselháveis de acesso informal. [...]

3. A situação específica a que o IPOLFG se refere na sua exposição, constitui objeto de análise nos já referidos autos de processo de avaliação n.º AV/198/2015.
4. Estes autos foram instaurados em virtude de uma exposição dirigida ao IPOLFG por uma utente, em 29 de setembro de 2015, através da qual a mesma solicitou o seguinte:

“[...] Regressei a Portugal em Março e estando com um nódulo suspeito na mama esquerda, dirigi-me a uma instituição privada, dada a urgência, a fim de me ser feito o diagnóstico [...]. Fui diagnosticada com um carcinoma da mama a 14 de Abril e foi-me prescrito iniciar imediatamente tratamento de quimioterapia, após o estadiamento da doença, o qual se iniciou a 12 de Maio. Posteriormente iniciei o processo para transitar para o IPO, sendo que economicamente não me é possível suportar os encargos financeiros inerentes a todo o processo que terei que atravessar numa instituição privada. Enviei todos os exames e relatório médico, assim como os documentos de identificação, que me foram pedidos, pelo IPO e prontamente tive uma marcação e consulta que se realizou ontem pelas 08h45 [...] Consulta esta que durou breves minutos, onde expus que tinha completado o tratamento quimioterápico e que pretendia transitar para o IPO, afim de ser seguida ali e completar todo o meu processo naquela instituição. Foi-me respondido por parte do médico que me assistiu, que não me poderiam receber uma vez que tinha iniciado o tratamento noutra instituição. Que tinha de ser operada no “timings” requerido, ou seja, nas 4 semanas posteriores ao último tratamento quimioterápico, estando eu na quarta semana, mas que o fizesse na instituição onde tinha iniciado o tratamento. Dado que não se responsabilizavam por doentes que tenham iniciado o tratamento fora do IPO. Que poderia, junto do meu médico de família, solicitar ser reenviada para outra instituição.

Coloco aqui a questão da legalidade em me ser recusado o acompanhamento no IPO, sendo eu cidadã portuguesa e tendo como direito usufruir do SNS português. [...]

5. Em resposta à referida exposição, e por ofício remetido à utente em 30 de setembro de 2015, o IPOLFG prestou os seguintes esclarecimentos:

[...] no que respeita à patologia mamária, o IPOLFG tem a sua capacidade ocupada pelos tratamentos de doentes integralmente tomadas a cargo em programas multidisciplinares do Instituto.

Este facto não prejudica o direito ao tratamento no Serviço Nacional de Saúde, que justamente invoca e que deverá ser realizado em hospital geral público da área da sua residência [...]

6. Por ofício remetido à ERS pelo IPOLFG, em 19 de agosto de 2016, veio este Instituto dar conhecimento de uma outra situação semelhante à relatada, nos termos seguintes:

[...] Em 22-07-2016 foi entregue na Consulta da Mama do IPOLFG, um relatório clínico assinado por uma médica do Hospital da Luz, relativo a uma doente residente em Setúbal, com diagnóstico de carcinoma da mama e lesões metastáticas [...] Na ausência de mais documentação foi, em 26-07-2016, preenchido no IPOLFG o impresso em uso para referência de doentes, tendo-se assinalado no campo relativo à triagem a necessidade de ser pedida informação clínica detalhada que justifique a vinda ao IPOLFG por não se perceber “quem referenciou para o IPOLFG e a razão dessa referência” [...]

Em 27 de Julho a utente respondeu esclarecendo que é professora contratada, beneficiária da ADSE, mas que em virtude do seu estado de saúde não poderá continuar a leccionar pelo que irá perder o direito a beneficiar desse sub-sistema de saúde e que por esse motivo solicitou à médica que a seguia um relatório para poder ser seguida no IPOLFG [...]

Na sequência deste esclarecimento foi na mesma data proferido parecer pelo responsável pelo Gabinete de Referência do IPOLFG no sentido de dever ser mantido seguimento no Hospital da Luz ou no Hospital da sua área de residência [...]

Em 3 de Agosto de 2016 foi enviado ao IPOLFG através do sistema de Consulta a Tempo e Horas um pedido de consulta que em 4 de Agosto foi devolvido à origem com indicação de dever ser enviada informação clínica detalhada desde a data do diagnóstico em 2014 para que pudesse ser dado adequado encaminhamento á situação [...]

No dia 10 de Agosto o marido da doente enviou novo mail para o IPOLFG no qual refere que em 31 de Agosto aquela deixará de poder beneficiar da ADSE e solicita indicações relativamente a como proceder [...]

No dia 12 de Agosto o Sr. Director Clínico do IPOLFG profere despacho sobre o referido mail com o seguinte teor:

“Ao director do Serviço de Oncologia Médica e ao Gabinete de Referenciação [...]: atendendo ao normativo em vigor, à preferência manifestada pela doente e consignada pelo seu médico de família através do CTH (3/8/16), deve ser marcada consulta de oncologia médica de modo a prosseguir os cuidados clínicos como for adequado e necessitado pela doente.”

No seguimento do despacho supra referido foi marcada consulta de oncologia médica para o dia 18 de Agosto pelas 10 horas [...].”

7. Ora, compaginadas as situações concretas *supra* explanadas e o pedido de informação que o IPOLFG remeteu à ERS, foi determinada a abertura do processo de avaliação n.º AV/142/2016, para se proceder a um apuramento mais aprofundado dos factos e a uma análise transversal da matéria em causa.
8. Para tanto, e por ofícios datados de 20 de agosto e 14 de novembro de 2016, foram solicitadas ao IPOLFG as seguintes informações:

“1. Considerando o entendimento manifestado de que o caso concreto a partir do qual se elabora a reflexão subjacente aos presentes autos não constituirá um “caso isolado”, atento “o grande aumento de oferta de tratamento oncológico em instituições privadas”, indicação do número aproximado de utentes que terão já contactado o IPOLFG em circunstâncias análogas, e do encaminhamento que foi efetuado dos respetivos pedidos de tratamento, se possível acompanhado do respetivo suporte documental.

2. Indicação se os eventuais casos similares de “utentes com percurso terapêutico já iniciado noutra instituição de saúde” se reportam exclusivamente

a utentes provenientes de estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde do setor privado, ou também incluem utentes provenientes de outras unidades do SNS que, à luz do direito de liberdade de escolha, optam por continuar o tratamento no IPOLFG e, em caso afirmativo, qual o circuito de referência utilizado para o efeito e qual o encaminhamento dado aos respetivos pedidos de tratamento.

3. Considerando a identificação de “um novo padrão de referência, que não está especificamente previsto na legislação em vigor”, indicação da existência de troca de comunicações com a ARS territorialmente responsável sobre a temática em questão e eventuais alterações de procedimentos suscitados nesse âmbito, que permitam acomodar a supra referida alteração dos circuitos de referência instituídos.

4. Envio de quaisquer outros elementos, documentos ou esclarecimentos adicionais que V. Exa. considere relevantes para o completo esclarecimento da situação em apreço.”.

9. Através de ofício remetido aos presentes autos a 21 de dezembro de 2016, o IPOLFG veio prestar as seguintes informações:

“[...]”

1. Juntam-se documentos comparativos de outras situações análogas à apresentada na exposição inicial enviada a V. Exas.. Este conjunto de situações está longe de ser exaustivo, pois a “origem” dos doentes não está habitualmente nos critérios de informação estatística no IPOLFG. Nesta recolha de informação, identificaram-se os seguintes casos:

- *M [...], com origem no Hospital CUF Infante Santo, referência em novembro de 2016;*
- *M [...] com origem no Hospital CUF Descobertas, referência em novembro de 2016;*
- *M [...] com origem no Hospital CUF, referência em novembro de 2016;*
- *M [...] com origem no Hospital dos Lusíadas, referência em outubro de 2016;*

- *L [...] com origem no Hospital CUF Infante Santo, referência em outubro de 2015;*
- *F [...] com origem na Fundação Champalimaud, referência em maio de 2016;*
- *A [...] com origem na Fundação Champalimaud, referência em março de 2016;*
- *J [...], com origem no Hospital CUF Descobertas, referência em março de 2016.*

Todos estes doentes foram, naturalmente, inscritos para consulta no IPOLFG.

2. A questão colocada pelo IPOLFG à ERS em agosto refere-se exclusivamente a doentes com origem em unidades privadas. As transferências de doentes entre unidades do SNS são prática bem estabelecida há muitos anos, não ocasionando qualquer problema de princípio.”.

10. Em anexo ao referido ofício, o IPOLFG remete ainda cópia de vários documentos referentes a cada um dos utentes indicados, destacando-se os seguintes:

- a) Documento n.º 6, que corresponde a cópia de uma mensagem de correio eletrónico remetido ao IPOLFG, com o seguinte teor:

“[...] o meu Pai, desde que ficou viúvo tem vivido em minha casa [...] Não está inscrito no Centro de Saúde em Lisboa e apenas no de Chancelaria no Concelho de Torres Novas.

Há uns meses atrás foi-lhe diagnosticado um tumor na próstata, é doente do Sr. Dr. Miguel Almeida nas consultas do Centro Clínico Champalimaud. Por motivos económicos, solicito a V. Exa. o vosso apoio a fim de ele poder ser acompanhado no IPO.

Anexo cópias dos exames clínicos que ele já fez. [...]

- b) Documento n.º 8, que corresponde a cópia de uma mensagem de correio eletrónico remetido ao IPOLFG, com o seguinte teor:

“[...] Como solicitado, venho por este meio justificar o meu pedido de acompanhamento no IPO.

Em Abril do ano passado, foi-me diagnosticado cancro da mama.

Supostamente como o meu tumor tinha 5 mm, por tal quando entrei para o bloco operatório existia uma forte possibilidade de não fazer quimioterapia.

Mas após análise da peça, foi inevitável a realização da mesma.

Todos estes tratamentos deviam ser cobertos pelo meu seguro de saúde da Allianz. Contudo estes tratamentos têm sido pagos na integralidade por mim, pois na altura não me informaram que as franquias teriam o valor de 250 € a 400 € por 20 dias de tratamento, o que por vezes é superior ao valor dos tratamentos, sendo que a radioterapia está englobada no ambulatório.

O plafond do ambulatório como devem imaginar já esgotou logo nos primeiros meses de tratamentos.

Desta forma todos estes custos tem sido insuportáveis para mim.

Neste momento não tenho disponibilidade financeira para continuar os meus tratamentos onde até agora fui acompanhada, na Fundação Champalimaud.

Gostaria desta forma de ser acompanhada no IPO, para os restantes tratamentos que me faltam, e para acompanhamento futuro, pois presentemente e depois de passar por esta dramática experiência, percebi que infelizmente este tipo de doença não tem as coberturas devidas, pelo menos na minha seguradora. [...]

- c) Documento n.º 10, que corresponde a cópia de uma mensagem de correio eletrónico remetido ao IPOLFG, com o seguinte teor:

“[...] Em Outubro de 2014 foi-me diagnosticado através de RM um quisto não puro no Rim Esquerdo. Mais tarde, em finais de 2015, de acordo com o conselho do médico Urologista, voltei a fazer exames (TC e RM), mantendo-se o prognóstico de Quisto não Puro/Tumor, apesar de não ter sofrido alterações dimensionais fiz uma intervenção cirúrgica a 14 de Janeiro de 2016, para fazer uma Nefrectomia Parcial do Rim de modo a retirar o respetivo Tumor. A avaliação da anatomia Patológica do Tumor confirmou que o tumor era maligno.

Face a este meu histórico, e tendo passado cerca de 6 semanas da operação, entro em contacto convosco para avaliar a possibilidade de poder marcar uma consulta no IPO de modo a poder ser feita uma avaliação do ponto de vista

Oncológico da minha situação clínica actual e futura, bem como qual o seguimento e acompanhamento ou tratamentos.

Em anexo envio relatórios relevantes para alguma avaliação preliminar que possam necessitar de efetuar. Os exames, consultas e operação, foram efetuados no Hospital CUF Descobertas – Lisboa, sendo seguido pelo médico Urologista, Dr. João Bastos. [...]

11. Já na pendência dos presentes autos de avaliação, foi apensado aos mesmos o processo de reclamação REC/30839/2015, referente à reclamação deduzida pela utente L [...], a qual versava sobre a atuação do Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE.
12. De acordo com a reclamação, alegava a utente que “[...] *No pretérito dia 09 de agosto de 2014, no Hospital de Alfena – Valongo, foi-me diagnosticado após biópsia uma Neoplasia Maligna do quadrante superior externo da mama direita com um carcinoma invasivo de grau III, agressivo e alto grau nuclear. O processo deu entrada no IPOP ainda em meados de agosto de 2014 e só no dia 04 de setembro tive a primeira consulta oncológica. [...]*”.
13. Todas estas situações concretas identificadas, constituem também preocupação de várias outras entidades com competência na área da saúde e são transversais a várias especialidades².
14. Assim, em traços genéricos e considerando as situações acabadas de expor, são essencialmente duas as questões fundamentais colocadas à ERS e que justificam a sua análise, considerando as suas atribuições e competências:
 - a) Por um lado, identificar o âmbito de informação que deve ser prestada aos utentes que recorrem a estabelecimentos do setor privado ou social, e que é determinante para a fundamentação e legalidade do consentimento para a prestação de cuidados de saúde;

² A título de exemplo, no passado dia 6 de dezembro de 2016 foram veiculadas várias notícias pelos meios de comunicação social, que abordavam precisamente os mesmos problemas identificados pelo IPOLFG; tal como se alcança do teor da notícia partilhada pela rádio TSF, sob o título “*Doentes trocam privado por público a meio de tratamentos*” (e cuja cópia se encontra a fls. 30 a 32 dos autos), “*Muitos doentes estão a chegar aos hospitais públicos, a meio de tratamentos, por terem esgotado os limites dos seguros de saúde. São muitos os casos de oncologia, mas há outros, quase sempre relacionados com patologias com tratamento mais caro. [...]*”; por sua vez, no dia 18 de janeiro de 2017, numa entrevista publicada no jornal I a Carla Costa, inspetora da Polícia Judiciária, produz a seguinte afirmação: “*Temos suspeitas de doentes que vêm do privado e passam à frente das cirurgias nos hospitais públicos*” (cfr. fls. 48 a 50 dos autos).

- b) Por outro lado, determinar a forma como o Serviço Nacional de Saúde deve lidar com o acesso de utentes, que já iniciaram um qualquer tipo de tratamento num estabelecimento do setor privado ou social e que pretendem ser transferidos para um estabelecimento do setor público, para aí continuarem a receber os cuidados de saúde que ainda necessitem.

II. INTERVENÇÕES REGULATÓRIAS ANTERIORES

15. Considerando as suas competência e atribuições, a ERS teve já a oportunidade de se pronunciar sobre as questões ora em apreço, através de deliberações, estudos e recomendações, que se apresentam *infra*.

II.1 - Estudo sobre o Consentimento Informado (2009)³

16. No âmbito das atribuições da ERS - nomeadamente, a de assegurar os direitos e interesses legítimos dos utentes - foi realizado, em maio de 2009, um estudo referente à temática do Consentimento Informado.
17. Face à situação então diagnosticada e que revelava uma aplicação inadequada do procedimento de obtenção de consentimento informado em numerosas instituições prestadoras de cuidados de saúde e uma diferente interpretação sobre a sua utilidade, foram aprovadas um conjunto de recomendações visando corrigir a situação.

II.2 - Recomendação sobre elaboração de orçamentos e faturação (2011)⁴

18. Na sequência do elevado número de reclamações referentes à prática de elaboração de orçamentos, bem como de faturação extemporânea e de ausência de informação aos utentes relativa ao preço de atos, a ERS emitiu e publicou, em março de 2011, uma Recomendação dirigida a todos os prestadores privados de cuidados de saúde.

II.3 – Intervenções regulatórias específicas

a) ERS/049/2008⁵

19. No processo referido, a ERS pronunciou-se, a pedido do Centro Hospitalar do Porto, sobre a transferência de quatro utentes, que teriam sido objeto de intervenções cirúrgicas realizadas por prestadores privados de saúde e que, subsequentemente e

³ O Estudo pode ser consultado na íntegra em https://www.ers.pt/pages/18?news_id=50

⁴ A Recomendação pode ser consultada na íntegra em https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/51/Recomendacao_Orcamentos.pdf

⁵ O Parecer pode ser consultado na íntegra em https://www.ers.pt/pages/64?news_id=88

por virtude de complicações pós-operatórias, deram entrada, em situação de emergência, nos serviços do Centro Hospitalar do Porto;

20. No âmbito do referido processo, concluiu-se, em suma, que o Centro Hospitalar do Porto:

(i) se acha incumbido de prestar os seus serviços de saúde (e assim efetivar os seus direitos de acesso aos cuidados de saúde) a todos os beneficiários do SNS da sua área de influência que deles necessitem e independentemente das razões de tais necessidades, como efetivamente tem efetuado;

(ii) verificando-se *in concreto* que as complicações pós-operatórias que motivam o encaminhamento de utentes para os seus serviços de urgência podem constituir o resultado de uma lesão ilícita de um qualquer direito subjetivo do utente, e uma vez verificados os remanescentes pressupostos da responsabilidade civil extracontratual, poderá acionar, conjuntamente com o próprio utente ou de forma autónoma, os mecanismos legais existentes com vista à responsabilização das unidades privadas de saúde em causa e conseqüente ressarcimento dos encargos financeiros por si incorridos;

(iii) considerando-se, para o efeito e a título de exemplo, que podem revelar-se como lesões *ilícitas* aquelas decorrentes dos atos cirúrgicos:

a) praticados com violação do direito dos utentes à informação prévia e plena, esclarecida e esclarecedora, uma vez que, numa tal situação, o ato pode vir a representar-se, efetivamente, como uma *lesão corporal* não consentida e, logo, ilícita;

b) praticados com violação clara ou grosseira das *leges artis*;

c) praticados com violação do quadro legal aplicável, que estabelece as condições humanas, científicas, técnicas e materiais mínimas;

d) praticados com desrespeito do dever de cuidado e de diligência, que concretamente imponham parâmetros superiores às condições humanas, científicas, técnicas e materiais mínimas legalmente exigíveis, de onde igualmente resultará uma violação das próprias *leges artis*.

b) ERS/020/2012⁶

21. No processo referido, a ERS tomou conhecimento de uma exposição sobre os procedimentos administrativos adotados pelo Hospital Cuf Infante Santo, S.A. na faturação dos atos e serviços médicos oncológicos e de cirurgia plástica e reconstrutiva, prestados a uma utente na qualidade de beneficiária de um seguro de saúde.
22. Considerados todos os elementos factuais e documentais carreados para os autos, bem como dos demais decorrentes das diligências instrutórias entretanto encetadas pela ERS, concluiu-se que:
- a) os procedimentos do estabelecimento denunciado não lograram informar devida e antecipadamente a utente de que o seu seguro de saúde não cobriria a totalidade dos tratamentos aos quais foi submetida, pelo menos, entre junho e julho de 2010;
 - b) os pedidos de autorização, que deveriam ser prévios aos tratamentos, apenas ocorreram em datas posteriores à realização destes últimos;
 - c) não obstante não ser possível concluir da data em que a utente tomou conhecimento efetivo das faturas entretanto emitidas em seu nome e de que os tratamentos não teriam cobertura do seu seguro de saúde, certo é que o comportamento do prestador não foi apto a evitar a situação, tendo, por isso, concorrido para que a situação se prolongasse no tempo.
23. Foi assim deliberado emitir uma instrução ao Hospital CUF Infante Santo, nos seguintes termos:
- (i) deve garantir que todo e qualquer procedimento administrativo por si adotado se revelasse capaz de garantir a informação prévia, clara, completa e inteligível de todos os utentes que a si se dirigem, sobre os preços e a responsabilidade pelo seu pagamento,
 - (ii) deve assegurar que as autorizações às entidades financiadoras sejam solicitadas previamente aos tratamentos ou, assim não sendo fundamentadamente possível, deveria o utente reconhecer, por escrito, que aceita que a realização dos tratamentos tenha lugar antes do pedido de autorização ser remetido e/ou respondido e que assumisse a responsabilidade pelo pagamento dos mesmos, nos

⁶ O processo pode ser consultado em https://www.ers.pt/pages/484?news_id=653

termos do orçamento ou estimativa que lhe seja fornecido, caso a autorização seja recusada.

c) ERS/049/2013⁷

24. No processo referido, a ERS tomou conhecimento de duas exposições visando o Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa (HCVP), sobre o alegado comportamento adotado a respeito da informação sobre os preços dos atos médicos prestados e da emissão das respetivas faturas, concretamente, respeitante à alegada não emissão atempada das faturas relativas aos atos e cuidados médicos prestados e sobre a inadequada e insuficiente informação relativamente aos custos inerentes aos atos e cuidados médicos prestados no decurso das complicações, em fase de pós-operatório.

25. Efetuadas as diligências tidas por necessárias, constatou-se que os procedimentos adotados pelo prestador apresentam falhas quanto ao direito à informação sobre os cuidados de saúde prestados; e não lograram informar devida e antecipadamente sobre os custos dos tratamentos propostos, assim como sobre o facto de o seguro de saúde não cobrir a totalidade dos custos, porquanto havia sido atingido o limite de *plafond*.

26. Assim, foi deliberado emitir uma instrução ao Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa, nos seguintes termos:

(i) deve garantir que os procedimentos administrativos por si adotados se revelem capazes de assegurar a informação prévia, clara, completa e inteligível a todos os utentes sobre os preços dos cuidados de saúde que se propõe prestar, bem como, sobre a responsabilidade pelo seu pagamento;

(ii) deve assegurar que as autorizações às entidades financiadoras são solicitadas previamente aos tratamentos, mantendo uma comunicação constante com aquelas entidades e com os utentes, e não sendo possível, em situações excecionais, deve informar o utente deste circunstancialismo e solicitar-lhe que assuma a responsabilidade pelo pagamento dos mesmos, caso a autorização seja recusada.

d) ERS/069/2013⁸

27. No processo referido, a ERS tomou conhecimento de uma reclamação a qual se reportava a questões de faturação do episódio de internamento no Hospital da Luz, ao

⁷ O processo pode ser consultado em https://www.ers.pt/pages/484?news_id=1297

⁸ O processo pode ser consultado em https://www.ers.pt/pages/484?news_id=952

abrigo de um plano de saúde da Multicare, em especial quanto à ausência de informação prévia pelo prestador do momento em que o *plafond* desse plano foi atingido e, conseqüentemente, quanto ao valor a pagar a título privado.

28. Consideradas todas as diligências instrutórias realizadas, conclui-se que:

- a) os procedimentos, tal como adotados pelo prestador denunciado, não lograram informar devida e antecipadamente o utente dos custos do tratamento proposto, nem de que o seu seguro de saúde não cobriria a totalidade dos tratamentos aos quais foi submetido, porquanto havia sido atingido o limite de *plafond*;
- b) o prestador não respondeu atempadamente aos pedidos do utente de acesso a informação e dados clínicos.

29. Assim, foi deliberado emitir uma instrução ao Hospital da Luz nos seguintes termos:

- (i) Garantisse que todo e qualquer procedimento administrativo por si adotado se revele capaz de assegurar a informação prévia, clara, completa e inteligível a todos os utentes que a si se dirigem e que sejam beneficiários de um seguro de saúde, sobre os preços dos cuidados de saúde que se propõe prestar, bem como, sobre a responsabilidade pelo seu pagamento;
- (ii) Assegurasse que as autorizações às entidades financiadoras são solicitadas previamente aos tratamentos, mantendo uma comunicação constante, direta e diária com aquelas entidades e com os utentes;
- (iii) Assim não sendo fundamentadamente possível, e em situações excepcionais, informasse o utente deste circunstancialismo e solicitar-lhe, por escrito, que aceite que a realização dos tratamentos tenha lugar antes do pedido de autorização ser remetido e/ou respondido e que assuma a responsabilidade pelo pagamento dos mesmos, nos termos do orçamento ou estimativa que lhe vier a ser fornecida, caso a autorização seja recusada.

III. ENQUADRAMENTO LEGAL

III.1. Das atribuições e competências da ERS

30. De acordo com o n.º 1 do artigo 4.º e o n.º 1 do artigo 5.º, ambos dos Estatutos da ERS aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, 22 de agosto, a ERS tem por missão a regulação, supervisão, e a promoção e defesa da concorrência, respeitantes às

atividades económicas na área da saúde dos setores privados, público, cooperativo e social, e, em concreto, da atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde.

31. Sendo que estão sujeitos à regulação da ERS, nos termos do n.º 2 do artigo 4.º dos mesmos Estatutos, todos os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, do sector público, privado, cooperativo e social, independentemente da sua natureza jurídica.
32. As atribuições da ERS, de acordo como disposto nas alíneas b) e c) do n.º 2 do artigo 5.º dos Estatutos da ERS, 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, e ainda, à legalidade e transparência das relações económicas entre os diversos operadores, entidades financiadoras e utentes.
33. Ademais, constituem objetivos da ERS, nos termos do disposto nas alíneas b), c) e e) 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 legalidade e transparência das relações económicas entre todos os agentes do sistema.
34. Competindo-lhe, na execução dos preditos objetivos, e conforme resulta dos artigos 12.º e 15.º dos Estatutos, 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; 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; prevenir e punir as práticas de indução artificial da procura de cuidados de saúde; zelar pelo respeito da liberdade de escolha nos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, incluindo o direito à informação, e também analisar as relações económicas nos vários segmentos da economia da saúde, tendo em vista o fomento da transparência, da eficiência e da

equidade do sector, bem como a defesa do interesse público e dos interesses dos utentes.

35. Para tanto, a ERS pode assegurar tais incumbências mediante o exercício dos seus poderes de supervisão, zelando pela aplicação das leis e regulamentos e demais normas aplicáveis às atividades sujeitas à sua regulação, no âmbito das suas atribuições, e emitindo 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.
36. Por fim, e considerando o disposto na alínea a) do n.º 1 do artigo 61º dos Estatutos, constitui contraordenação, punível com coima de 750 EUR a 3740,98 EUR ou de 1000 EUR a 44 891,81 EUR, consoante o infrator seja pessoa singular ou coletiva “*A violação dos deveres que constam da «Carta dos direitos de acesso» a que se refere a alínea b) do artigo 13.º, bem como nos n.os 1 e 2 do artigo 30.º;*
37. Por sua vez, nos termos do disposto na alínea b) do n.º 2 do artigo 61º, constitui contraordenação, punível com coima de 1000 EUR a 3740,98 EUR ou de 1500 EUR a 44 891,81 EUR, consoante o infrator seja pessoa singular ou coletiva, “*A violação das regras relativas ao acesso aos cuidados de saúde: [...] ii) A violação de regras estabelecidas em lei ou regulamentação e que visem garantir e conformar o acesso dos utentes aos cuidados de saúde [...] iii) A indução artificial da procura de cuidados de saúde, prevista na alínea c) do artigo 12.º; iv) A violação da liberdade de escolha nos estabelecimentos de saúde privados, sociais, bem como, nos termos da lei, nos estabelecimentos públicos, prevista na alínea d) do artigo 12.º.*

III.2. O SNS e o direito de acesso universal ao serviço público de saúde

38. O direito à proteção da saúde, consagrado no artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa (doravante CRP), tem por objetivo garantir o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde, o qual será assegurado, entre outras obrigações impostas constitucionalmente, através da criação de um Serviço Nacional de Saúde (SNS) universal, geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito.

39. Por sua vez, a Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, concretizando aquela imposição constitucional, estabelece na sua Base XXIV, como características do SNS:
- a) Ser universal quanto à população abrangida;
 - b) Prestar integralmente cuidados globais ou garantir a sua prestação;
 - c) Ser tendencialmente gratuito para os utentes, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos.
40. O n.º 4 da Base I da Lei de Bases da Saúde estabelece que *“os cuidados de saúde são prestados por serviços e estabelecimentos do Estado ou, sob fiscalização deste, por outros entes públicos ou por entidades privadas, sem ou com fins lucrativos”*.
41. Para a presente análise, importa sublinhar que a Base II assume, como diretriz da política de saúde, que *“é objectivo fundamental obter a igualdade dos cidadãos no acesso aos cuidados de saúde, seja qual for a sua condição económica e onde quer que vivam, bem como garantir a equidade na distribuição de recursos e na utilização de serviços”*.
42. Ora, nos termos do n.º 2 da Base IV da mesma Lei, *“para efectivação do direito à protecção da saúde, o Estado actua através de serviços próprios, celebra acordos com entidades privadas para a prestação de cuidados e apoia e fiscaliza a restante actividade privada na área da saúde”*.
43. Para assegurar esta obrigação, foi criado um conjunto de *“instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde dependentes do Ministério da Saúde”*, que pertencem ao SNS, tal como definido pelo n.º 2 da Base XII da Lei de Bases da Saúde, e cujo Estatuto foi aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro.
44. Nos termos do artigo 2.º do Estatuto do SNS, este sistema *“tem como objectivo a efectivação, por parte do Estado, da responsabilidade que lhe cabe na protecção da saúde individual e colectiva”*.
45. Neste contexto, o direito de acesso à prestação de cuidados de saúde no SNS deve ser avaliado numa quádrupla perspetiva: qualitativa, temporal, geográfica e económica.
46. Assim, o acesso aos cuidados de saúde deve ser, desde logo, compreendido como o acesso aos cuidados que, efetivamente, são necessários e adequados à satisfação das concretas necessidades dos utentes (vertente qualitativa).

47. Um tal acesso deverá ser sempre garantido em tempo útil, em face do que concretamente sejam as necessidades dos utentes e os cuidados efetivamente necessários para as suas satisfações (vertente temporal);
48. E deve ser garantido o acesso ao SNS a todos os utentes, onde quer que vivam ou se encontrem, tal como decorre da citada Base II da Lei de Bases da Saúde (vertente geográfica).
49. 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 gratuidade tendencial.
50. Deste modo, é incumbência dos estabelecimentos hospitalares do SNS, em concretização da referida universalidade, prestar os seus serviços de saúde a todos os beneficiários do SNS que deles necessitem, efetivando, assim, o seu direito de acesso aos cuidados de saúde.
51. 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.
52. Por fim, e ainda que não seja feita menção expressa no artigo 64.º da CRP, constitui característica do SNS a necessidade de ser garantida *“a equidade no acesso dos utentes, com o objectivo de atenuar os efeitos das desigualdades económicas, geográficas e quaisquer outras no acesso aos cuidados”* – cfr. Base XXIV alínea d) da Lei de Bases da Saúde.
53. Como se refere na alínea a) do n.º 3 do artigo 64.º da CRP, para que seja assegurada a realização do direito à proteção da saúde, o Estado deverá *“garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação”*, pelo que a universalidade pressupõe que todos os cidadãos, sem exceção, estejam cobertos por esquemas de promoção e proteção da saúde e possam aceder aos serviços prestadores de cuidados de saúde.

III.3. Da liberdade de escolha nos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde

54. Embora o acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde seja assegurado, como resultado da opção constitucionalmente consagrada, pela criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos utentes, tendencialmente gratuito;
55. Os cuidados de saúde podem também ser prestados por entidades que não integram o SNS, ou seja, por outras entidades privadas ou do setor social.
56. *“Com efeito, o texto constitucional não perfilhou um modelo de monopólio do sector público de prestação de cuidados de saúde — tendencialmente coincidente com o Serviço Nacional de Saúde —, antes admite a existência de um sector privado de prestação de cuidados de saúde em relação de complementaridade e até de concorrência com o sector público.”* – cfr. Acórdão do Tribunal Constitucional n.º 731/95, de 14 de dezembro.
57. O sector privado e social de prestação de cuidados de saúde pode operar e fornecer os seus serviços, independentemente de qualquer acordo com o SNS.
58. Deste modo, qualquer utente de serviços de saúde poderá optar por recorrer, para satisfação das suas necessidades concretas:
- (i) aos prestadores de cuidados de saúde do SNS, beneficiando das suas características de generalidade, universalidade e gratuidade tendencial; e/ou
 - (ii) aos prestadores de cuidados de saúde - próprios, convencionados ou em regime livre - de um dado subsistema (público ou privado) de saúde, caso seja beneficiário de tal subsistema e nos termos definidos por este último; e/ou
 - (iii) aos prestadores de cuidados de saúde - próprios, convencionados ou em regime livre – ao abrigo de um contrato de seguro de saúde, caso tenha contratado uma tal cobertura do risco de doença e nos termos acordados com a entidade seguradora; e/ou
 - (iv) aos prestadores de cuidados de saúde privados ou do setor social, com ou sem fins lucrativos, mediante a contraprestação acordada com o concreto prestador, livremente escolhido.
59. Em qualquer caso, urge garantir que o utente beneficia de uma efetiva liberdade de escolha do concreto prestador a que pretende recorrer.

60. A liberdade de escolha constitui um dos pilares fundamentais da relação utente-prestador de cuidados de saúde, devendo ser assegurado que a assimetria de informação existente entre o utente e os prestadores não resulta em prejuízo, direto ou indireto, dos direitos daquele.
61. Nesta medida, assume especial relevância, enquanto direito fundamental dos utentes de cuidados de saúde, o direito à informação prévia, plena e esclarecida.
62. E para esse efeito, o direito do utente à informação não se limita ao que prevê a alínea e) do n.º 1 da Base XIV da Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, para efeitos de consentimento informado e esclarecimento quanto a alternativas de tratamento e evolução do estado clínico;
63. Trata-se, antes, de um princípio que deve modelar todo o quadro de relações atuais e potenciais entre utentes e prestadores de cuidados de saúde, sejam eles públicos, privados ou do setor social.
64. Importa, por isso, garantir que a informação prestada é suficiente para dotar o utente dos elementos necessários ao livre exercício da escolha da unidade de saúde à qual recorrerá.
65. Neste contexto, os utentes que pretendam ou necessitem de cuidados de saúde, poderão recorrer às diferentes alternativas de acesso que concretamente se lhe apresentem – sendo essencial que o façam de forma esclarecida e informada.
66. O que passará, necessariamente, pela informação prévia e cabal sobre o diagnóstico, exame e/ou tratamento proposto; sobre os riscos e/ou efeitos secundários do mesmo; sobre o direito de recusar e de revogar o consentimento; sobre os meios humanos e técnicos existentes e disponíveis no estabelecimento em causa para a prestação dos cuidados de saúde em causa; mas também sobre todas as questões administrativas e financeiras relevantes, nomeadamente, sobre regras de acesso e de referenciação em vigor no âmbito do SNS, sobre autorizações prévias a emitir por entidades terceiras e sobre preços e orçamentos referentes à prestação de cuidados de saúde em causa.
67. Só tendo conhecimento efetivo e pleno de todos estes elementos, é que o utente estará em condições de tomar uma decisão sobre a proposta terapêutica que lhe é apresentada, mas também de exercer a sua liberdade de escolha, optando pelo concreto estabelecimento prestador de cuidados de saúde a que irá recorrer para o efeito.

68. Se o utente optar por recorrer ao setor privado ou social, a escolha pelo concreto prestador de cuidados de saúde deverá ser efetuada de forma livre e sem quaisquer restrições.
69. Se o utente optar por recorrer ao setor público – ou seja, ao Serviço Nacional de Saúde, o qual inclui estabelecimentos públicos e privados convencionados - o direito de escolher livremente os prestadores de cuidados de saúde encontra-se plasmado na alínea a) do n.º 1 da Base XIV da LBS, que estabelece que os utentes têm direito a *“[...] escolher, no âmbito do sistema de saúde e na medida dos recursos existentes e de acordo com as regras de organização, o serviço e agentes prestadores”*.
70. Por sua vez, nos termos do n.º 5 da Base V da LBS, *“é reconhecida a liberdade de escolha no acesso à rede nacional de prestação de cuidados de saúde, com as limitações decorrentes dos recursos existentes e da organização dos serviços”*.
71. Ou seja, no âmbito do SNS também se reconhece liberdade de escolha dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, embora atenuada pelas limitações decorrentes dos recursos existentes e da organização dos serviços.
72. Reforçando este reconhecimento da liberdade de escolha, o Despacho n.º 6170-A/2016, de 9 de maio, publicado na 2ª série do Diário da República n.º 89, de 9 de maio de 2016, determina, no seu artigo 1º, que *“[...] A Administração Central do Sistema de Saúde, I. P. (ACSS), em colaboração com a SPMS — Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE (SPMS), assegura que o sistema de informação de apoio à referenciação para a primeira consulta de especialidade hospitalar permite que o médico de família, em articulação com o utente e com base no acesso à informação sobre tempos de resposta de cada estabelecimento hospitalar, efetue a referenciação para a realização da primeira consulta hospitalar em qualquer uma das unidades hospitalares do SNS onde exista a especialidade em causa.”*
73. Nos termos do artigo 2º do mesmo Despacho, *“A referenciação referida no ponto anterior deve ser efetuada, prioritariamente, de acordo com o interesse do utente, com critérios de proximidade geográfica e considerando os tempos médios de resposta para a primeira consulta de especialidade hospitalar nas várias instituições do SNS.*
74. Nos termos do artigo 3º, *“Para as especialidades cirúrgicas, deverá ainda ser considerado o tempo médio de reposta para a cirurgia programada nos últimos três meses, nas várias instituições hospitalares.”*

75. Por fim, e atento o artigo 4º do Despacho em análise, “*Sem prejuízo do definido nos números anteriores, persistirão as redes de referência para fins específicos, nas áreas que vierem a ser definidas pelo membro do Governo.*”.
76. Na sequência da publicação do predito Despacho, a ACSS e os SPMS aprovaram a Circular Informativa Conjunta N. 21/2016/ACSS/SPMS de 1 de junho de 2016, informando que: “[...] *passou a ser possível que o médico de família, em conjunto com o utente, possa decidir qual o hospital do SNS para o qual pretende efetuar a referência para primeira consulta de especialidade hospitalar, deixando assim esta opção de estar limitada à rede de referência pré definida e parametrizada nos sistemas de informação.*”.
77. Assim, do reforço normativo do direito à liberdade de escolha vindo de explicar, resulta uma afirmação do princípio do livre acesso e circulação dos utentes do SNS, norteado por preocupações de acesso equitativo e atempado, assente na maximização da capacidade instalada e na garantia de continuidade dos cuidados prestados.
78. Subjacente a tal liberdade de escolha estará, necessariamente, o direito à informação, tal como plasmado na Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do SNS, aprovada em anexo à Portaria n.º 87/2015, de 23 de março.
79. Neste contexto, e no âmbito do SNS, o exercício da liberdade de escolha constitui também uma opção informada do utente, sendo certo que, nos termos do n.º 2 da Base XIV, tal exercício deverá ser conformado com a necessidade de cumprimento das regras sobre a organização e o funcionamento dos serviços e estabelecimentos.
80. Por último, importa ainda referir que, para além dos direitos e liberdades reconhecidas aos utentes, a Lei também impõe o cumprimento de deveres.
81. Assim, nos termos do disposto no n.º 2 da Base XIV da LBS, os utentes devem respeitar os direitos dos outros utentes, observar as regras sobre a organização e o funcionamento dos serviços e estabelecimentos e utilizar os serviços de acordo com as regras estabelecidas.
82. Os mesmos deveres encontram-se ainda previstos no artigo 24º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março, nos termos do qual “*O utente dos serviços de saúde deve respeitar os direitos de outros utentes [...]*” (n.º 1), bem como, as “*regras de organização e funcionamento dos serviços e estabelecimentos de saúde*” (n.º 2).

III.4. Do consentimento informado – âmbito da informação a prestar

83. O consentimento informado para a prestação de cuidados de saúde é um requisito ético e jurídico fundamental na relação estabelecida entre utentes, profissionais de saúde e entidades prestadoras de cuidados de saúde, e assume-se como uma manifestação de respeito pelo utente e pela realização dos valores da dignidade humana, da liberdade e da autodeterminação pessoal.
84. O consentimento informado assegura a proteção do utente contra a sujeição a tratamentos não desejados, e a participação ativa do mesmo na definição dos cuidados de saúde a que é sujeito.
85. Para um consentimento informado, livre e esclarecido, a comunicação plena e eficaz é fundamental e as entidades prestadoras de cuidados de saúde devem instaurar mecanismos que a assegurem, não só entre o médico e o utente, como também entre os diversos profissionais.
86. A noção de consentimento informado fundamenta-se em vários princípios constitucionais, tais como a defesa e promoção da dignidade humana (*cf.* art. 1º da CRP), a inviolabilidade da integridade moral e físicas das pessoas (*cf.* art. 25º da CRP) e o reconhecimento dos direitos à identidade pessoal, ao desenvolvimento da personalidade, à reserva da intimidade da vida privada e familiar, à proteção legal contra quaisquer formas de discriminação e à liberdade (*cf.* art. 26º e 27º da CRP).
87. Esta dimensão de proteção conferida pela CRP transmite-se a todo o ordenamento jurídico, que adotou, como seu princípio estruturante, a proteção da personalidade – nos termos do art.º 70º, n.º 1 do Código Civil, “*A lei protege os indivíduos contra qualquer ofensa ilícita ou ameaça de ofensa à sua personalidade física ou moral.*”.
88. Concretizando estes princípios e normas fundamentais, a LBS reconhece aos utentes o direito à informação sobre a sua situação clínica, sobre as alternativas possíveis de tratamento e sobre a evolução provável do seu estado, bem como, o direito de receber ou recusar a prestação de cuidados de saúde que lhe é proposta (*cf.*, alíneas b) e e) do n.º 1 da Base XIV).
89. Assim, nos termos do n.º 1 da referida Base XIV, os utentes têm direito a:
- “a) Escolher, no âmbito do sistema de saúde e na medida dos recursos existentes e de acordo com as regras de organização, o serviço e agentes prestadores;

b) Decidir receber ou recusar a prestação de cuidados que lhes é proposta, salvo disposição especial da lei;

c) Ser tratados pelos meios adequados, humanamente e com prontidão, correcção técnica, privacidade e respeito;

[...]

e) Ser informados sobre a sua situação, as alternativas possíveis de tratamento e a evolução provável do seu estado;

[...]"

90. Por sua vez, a Convenção sobre os Direitos Humanos e da Biomedicina⁹ afirma, como objetivo fundamental dos Estados Signatários, o de protegerem a dignidade e identidade de qualquer ser humano e garantirem, sem discriminação, o respeito pela sua integridade e pelos seus outros direitos e liberdades fundamentais, face às aplicações da biologia e da medicina.

91. Desta forma, o interesse e o bem-estar do ser humano devem prevalecer sobre o interesse único da sociedade ou da ciência (cfr. artigo 2º da Convenção).

92. Por isso, e no que respeita ao consentimento para a prestação de cuidados de saúde, o artigo 5º da Convenção afirma o seguinte:

“Qualquer intervenção no domínio da saúde só pode ser efectuada após ter sido prestado pela pessoa em causa o seu consentimento livre e esclarecido.

Esta pessoa deve receber previamente a informação adequada quanto ao objectivo e à natureza da intervenção, bem como às suas consequências e riscos.

A pessoa em questão pode, em qualquer momento, revogar livremente o seu consentimento.”

93. Já a Lei n.º 15/2014, de 21 de março - que visou a consolidação dos direitos e deveres dos utentes dos serviços de saúde, concretizando a Base XIV da Lei de Bases da Saúde - sob a epígrafe “*consentimento ou recusa*”, afirma, no seu artigo 3º, que “*O consentimento ou a recusa da prestação dos cuidados de saúde devem ser*

⁹ Aprovada para ratificação pela Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001, de 3 de Janeiro e ratificada pelo Decreto do Presidente da República n.º 1/2001, de 3 de janeiro, publicada no Diário da República, I Série-A, n.º 2/2001 de 3 de janeiro de 2001

declarados de forma livre e esclarecida, salvo disposição especial da lei” (cfr. n.º 1) e que “O utente dos serviços de saúde pode, em qualquer momento da prestação dos cuidados de saúde, revogar o consentimento.” (cfr. n.º 2).

94. No que respeita ao “*direito à informação*”, nos termos do artigo 7º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março “*O utente dos serviços de saúde tem o direito a ser informado pelo prestador dos cuidados de saúde sobre a sua situação, as alternativas possíveis de tratamento e a evolução provável do seu estado*” (cfr. n.º 1), sendo certo que estes dados deverão ser transmitidos de forma acessível, objetiva, completa e inteligível (cfr. n.º 2).
95. Neste contexto, qualquer cuidado de saúde só poderá ser prestado depois de estarem cumpridos dois procedimentos prévios: prestação de informação ao utente e obtenção de seu consentimento.
96. Porém, a prestação de informação prévia não se resume a uma mera indicação genérica sobre a proposta de prestação de cuidados; o dever de informação prévia, enquanto requisito de validade e legalidade do ato, implica a transmissão ao utente de um conjunto amplo de informações que definam, com precisão, a intervenção que se pretende levar a cabo – como resulta do citado artigo 5º da Convenção dos Direitos Humanos e da Biomedicina.
97. Assim, nos termos do disposto no n.º 1 do artigo 150º do Código Penal, “*As intervenções e os tratamentos que, segundo o estado dos conhecimentos e da experiência da medicina, se mostrarem indicados e forem levados a cabo, de acordo com as leges artis, por um médico ou por outra pessoa legalmente autorizada, com intenção de prevenir, diagnosticar, debelar ou minorar doença, sofrimento, lesão ou fadiga corporal, ou perturbação mental, não se consideram ofensa à integridade física.*”.
98. Porém, atento o n.º 1 do artigo 156º do Código Penal – norma que define o crime de intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos arbitrários – “*As pessoas indicadas no artigo 150.º que, em vista das finalidades nele apontadas, realizarem intervenções ou tratamentos sem consentimento do paciente são punidas com pena de prisão até 3 anos ou com pena de multa.*”.
99. Para concretizar esta norma, o artigo 157º do Código Penal afirma que o consentimento só é eficaz quando o utente tiver sido devidamente esclarecido sobre o diagnóstico e a índole, alcance, envergadura e possíveis consequências da

intervenção ou do tratamento - ou seja, quando ao utente forem fornecidos todos os elementos necessários à tomada de uma decisão consciente, fundamentada e livre.

100. Neste contexto, a informação que deve ser prestada previamente ao utente, para que este possa tomar uma decisão sobre o tratamento ou intervenção proposta, deve abranger:

- a) Todos os dados sobre o seu estado de saúde e diagnóstico, em resultado da avaliação efetuada pelo profissional de saúde;
- b) Descrição do exame e/ou intervenções terapêuticas ou medicamentosas, que o profissional de saúde considere indicadas, incluindo, dessa forma, a descrição dos meios que se pretendem utilizar para o efeito, das finalidades dos mesmos e do prognóstico/probabilidade de sucesso que se pretende alcançar, bem como, da existência de soluções alternativas;
- c) Informação sobre os riscos e/ou efeitos secundários do exame e/ou intervenções terapêuticas ou medicamentosas;
- d) Informação sobre o direito de recusar e de revogar o consentimento a qualquer momento, incluindo a informação sobre os riscos para a saúde, inerentes ao exercício destes direitos;
- e) Informação sobre os meios humanos e técnicos existentes e disponíveis no estabelecimento em causa, para a prestação dos cuidados de saúde necessários;
- f) Informação sobre todas as questões administrativas e financeiras relevantes, nomeadamente, sobre regras de acesso e de referenciação em vigor no âmbito do SNS, sobre autorizações prévias a emitir por entidades terceiras e sobre preços e orçamentos referentes à prestação de cuidados de saúde em causa.

101. Para que esta informação possa ser devidamente recebida e interpretada pelo utente, o profissional de saúde deve adotar formas de comunicação e de linguagem que permitam o efetivo esclarecimento daquele.

102. A informação deve ser transmitida em linguagem acessível e compreensível pelo utente em concreto, independentemente das suas habilitações profissionais ou académicas, ou de quaisquer limitações linguísticas ou de natureza cognitiva.

103. A compreensão, tal como definida atrás, é um requisito fundamental para assegurar a liberdade na prestação do consentimento, pelo que, constitui sempre obrigação do profissional de saúde e do estabelecimento prestador de cuidados de saúde, confirmar que o utente está devidamente esclarecido sobre a informação que lhe foi prestada.
104. O consentimento do utente é livremente e a todo o tempo revogável, sendo certo que, tal como acima se referiu, a revogação deve ser informada – ou seja, o utente deve ser informado e esclarecido sobre os riscos que a revogação do consentimento pode implicar para a sua saúde.

IV. ANÁLISE

105. Conforme acima se expôs, serão essencialmente duas as questões fundamentais colocadas à ERS e que justificam a presente análise: identificar o âmbito de informação que deve ser prestada aos utentes que recorrem a estabelecimentos do setor privado e social e determinar a forma como o SNS deve lidar com o acesso de utentes, que já iniciaram um qualquer tipo de tratamento num estabelecimento do setor privado ou social e que pretendem ser transferidos para um estabelecimento do setor público, a fim de continuarem a receber os cuidados de saúde que ainda necessitam.
106. Quanto à primeira questão, e tal como se pode verificar do histórico de intervenções regulatórias, a ERS já se pronunciou de forma detalhada.
107. Nessa medida, cumpre reafirmar que qualquer utente que acede a uma qualquer entidade prestadora de cuidados de saúde, tem direito a 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.
108. Ao estabelecimento prestador de cuidados de saúde e ao profissional de saúde responsável, cumpre observar o dever de informar o utente desses elementos e de confirmar que este compreendeu toda a informação transmitida e que está devidamente esclarecido sobre todos os aspetos relevantes para a decisão a tomar.
109. Para esse efeito, e como acima se referiu, a informação em causa deve abranger:
- a) Todos os dados sobre o estado de saúde e diagnóstico, em resultado da avaliação efetuada pelo profissional de saúde ao utente;

- b) Descrição do exame e/ou intervenções terapêuticas ou medicamentosas, que o profissional de saúde considere indicadas, incluindo a descrição dos meios que se pretendem utilizar para o efeito, das finalidades dos mesmos e do prognóstico/probabilidade de sucesso que se pretende alcançar, bem como, da existência de outras soluções alternativas;
 - c) Informação sobre os riscos e/ou efeitos secundários do exame e intervenções terapêuticas ou medicamentosas;
 - d) Informação sobre o direito de recusar e de revogar o consentimento, incluindo informação sobre os riscos e efeitos inerentes ao exercício destes direitos;
 - e) Informação sobre os meios humanos e técnicos existentes e disponíveis no estabelecimento em causa para a prestação dos cuidados de saúde;
 - f) Informação sobre todas as questões administrativas e financeiras relevantes, nomeadamente, sobre regras de acesso e de referenciação em vigor no âmbito do SNS, sobre autorizações prévias a emitir por entidades terceiras e sobre preços e orçamentos referentes à prestação de cuidados de saúde em causa.
110. Para tanto, as entidades prestadoras de cuidados de saúde devem garantir que qualquer procedimento observado nos seus serviços e pelos seus profissionais, para efeitos de obtenção de consentimento para a prestação de cuidados de saúde, é capaz de assegurar que estas informações são prestadas e compreendidas por todos os utentes que a si se dirigem.
111. Atendendo às questões que foram trazidas ao conhecimento da ERS, importa sublinhar, neste âmbito, três aspetos fundamentais sobre a informação que deve ser previamente prestada ao utente, no âmbito da prestação de cuidados de saúde por entidades do setor privado e social.
112. Em primeiro lugar, a informação sobre orçamentos e preços dos cuidados de saúde a prestar assume especial relevância, face às repercussões financeiras daí resultantes para os utentes.
113. Tal como se afirmou na Recomendação sobre questões financeiras que a ERS emitiu em 2011, os direitos e interesses legítimos dos utentes são prejudicados – incluindo a liberdade de escolha - sempre que não lhes seja prestada informação

prévia sobre a necessidade, e respetivos preços, da realização de procedimentos clínicos, nomeadamente atos clínicos, exames, consumíveis e fármacos.

114. O direito à informação – e o concomitante dever de informar – surge aqui com especial relevância e é dotado de uma importância estrutural e estruturante da própria relação, não se limitando, como vimos, ao que prevê a alínea e) do n.º 1 da Base XIV da Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, para efeitos de consentimento informado e esclarecimento quanto a alternativas de tratamento e evolução do estado clínico, mas modelando todo o quadro de relações atuais e potenciais entre utentes e prestadores de cuidados de saúde.
115. De facto, os mercados de serviços de saúde são caracterizados pela informação imperfeita que, regra geral, as pessoas possuem relativamente à saúde e à doença.
116. Com efeito, é natural que um utente perceba a existência de um sintoma, mas que não reúna os conhecimentos necessários para determinar a origem e gravidade do mesmo.
117. Deste modo, será normalmente um profissional de saúde que determinará a gravidade do problema, que conduzirá o utente ao tratamento adequado e que possuirá a informação sobre o material, fármacos, consumos que podem ser usados durante um internamento/tratamento - incluindo não só aqueles que são típicos e que surgem em todas as situações de internamento, mas igualmente aqueles que respeitam especificamente aos tratamentos que se revelam como adequados à situação específica do utente em questão.
118. É aqui que se verifica uma assimetria de informação relevante entre prestadores e utentes que, concretamente, resulta do facto de os profissionais de saúde serem portadores do conhecimento exato sobre os cuidados mais adequados às necessidades dos utentes.
119. Efetivamente, o utente comum não será conhecedor da doença de que padece, e, muito menos, dos tratamentos de que necessita, nem do material, fármacos, consumos a utilizar, e ainda dos custos que lhe estão diretamente inerentes, sendo essa a razão que o leva a recorrer a um prestador de cuidados de saúde para o aconselhar.
120. E é precisamente isso que justifica que um utente, antes de decidir submeter-se a um determinado tratamento, solicite informação adequada – um orçamento, por exemplo - e seja conhecedor das tabelas de preços e regras que lhe são aplicáveis.

121. Deste modo, nas situações ora em apreço torna-se pertinente assegurar que aos utentes seja 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.
122. 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.
123. Quer isto significar que, 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.
124. 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.
125. Neste âmbito, cumpre ainda referir que, 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.
126. A relação que se estabelece entre a entidade seguradora/subsistema e o prestador de cuidados de saúde, por via de contrato, tem por objeto a vinculação de um determinado prestador a uma determinada rede de seguros de saúde ou subsistema, e nos termos da qual o prestador aceita prestar cuidados de saúde aos beneficiários de seguros ou do subsistema, com quem haja sido contratado o acesso à mesma (rede) em condições previamente acordadas e contratadas.

127. Assim, por via de tal contrato, o prestador acorda a assunção de qualidade de prestador convencionado e aceita cumprir um conjunto de obrigações perante a sua contraparte, obrigações essas que igualmente condicionam diretamente a forma pela qual um qualquer beneficiário/utente da referida rede de seguros de saúde poderá aceder aos cuidados de saúde por si prestados.
128. Assim, é desta relação contratual que resulta conformado o acesso dos beneficiários/utentes aos prestadores convencionados de redes de seguros de saúde/subsistemas.
129. E nestes casos, repete-se, competirá à entidade prestadora de cuidados de saúde prestar todas as informações necessárias e relevantes para que os utentes beneficiários possam tomar uma decisão quanto aos cuidados de saúde propostos.
130. Em especial, cumpre à entidade em causa 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.
131. Por fim, importa ainda afirmar que, nos restantes casos que não se enquadrem nestas situações e em que exista um terceiro contratual ou legalmente responsável pelo pagamento do preço devido pelos cuidados de saúde a prestar (subsistemas de saúde, companhias de seguros, entidades patronais ou outras), compete em princípio ao utente a obrigação de se informar junto desse terceiro, sobre o âmbito da sua responsabilidade no pagamento dos cuidados de saúde e sobre os procedimentos a observar para o efeito.
132. Porém, sempre que um qualquer prestador de cuidados de saúde assumir, perante o utente, a obrigação de efetuar as comunicações necessárias com essas entidades terceiras (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

133. Em segundo lugar, o utente deve ser informado não apenas sobre os meios humanos e técnicos disponíveis no estabelecimento em causa, para a prestação dos cuidados de saúde que o profissional de saúde identifica como necessários, mas também para os cuidados de saúde que se possam revelar necessários, caso se verifique algum dos riscos e/ou efeitos secundários frequentemente associados à intervenção ou tratamento proposto.
134. Este aspeto pode ser determinante para o utente decidir escolher um prestador, em detrimento de outro, pelo facto daquele apresentar melhores condições de segurança e uma rede de suporte técnico mais adequada para abordar o seu problema de saúde e o acompanhamento integral da intervenção e tratamento, no caso de se verificar qualquer um dos riscos ou efeitos secundários associados.
135. Por fim, e como acima se afirmou, o utente deve ser informado sobre o direito de, a qualquer momento, poder recusar ou revogar o consentimento.
136. Mas esta indicação deve ser sempre acompanhada da informação sobre os riscos e efeitos para a saúde do utente, inerentes ao exercício destes direitos – sobretudo, e no que respeita à revogação do consentimento, quando o utente pretende continuar a receber cuidados de saúde num outro estabelecimento, seja do setor público, seja do setor privado ou social.
137. Desde logo, porque a revogação do consentimento após o início do tratamento ou intervenção, pode implicar riscos para a saúde do utente ou comprometer o tratamento e intervenção já iniciada.
138. Nesse caso, sempre que a revogação tenha esse potencial efeito, essa informação deve ser prestada ao utente antes do tratamento ou intervenção se iniciar.
139. Depois, porque a intervenção ou o tratamento que foi proposto e para o qual o utente conferiu o seu consentimento, resultou de uma avaliação efetuada por um profissional ou por um conjunto de profissionais, num determinado contexto.
140. Por conseguinte, a revogação do consentimento para a intervenção ou tratamento e a transferência do utente para outro estabelecimento, com o propósito de aí continuar a receber cuidados de saúde, implicará que outros profissionais efetuem uma nova avaliação ao estado de saúde do utente, a qual até poderá incidir sobre a

análise já efetuada no estabelecimento de origem, mas que pode, de algum modo, ser incompatível com a necessidade e urgência da prestação de cuidados de saúde.

141. Ou seja, a transferência do utente para outra unidade de saúde pode implicar novas avaliações clínicas e, por essa via, atrasar a continuação do tratamento ou intervenção, com prejuízo para a eficácia destes atos ou para a saúde do próprio utente – factos, estes, que também devem ser dados a conhecer ao utente, no âmbito da prestação de informação prévia para efeitos de obtenção de consentimento.
142. Estes considerandos assumem especial relevo nos casos de tratamento e intervenções mais complexas e prolongadas no tempo – como o caso dos tratamentos do foro oncológico, entre outros – que, se forem interrompidos, podem acarretar problemas graves para a saúde dos utentes e para a eficácia dos próprios tratamentos e intervenções, mesmo que o utente seja transferido para outra unidade de saúde.
143. Por outro lado, quando o utente decide revogar o consentimento para um determinado tratamento e intervenção que já foi iniciado, mas pretende que tal tratamento ou intervenção seja prestado noutra unidade de saúde, seja ela pública ou privada, o utente deve estar consciente da necessidade de respeitar os critérios e regras de acesso a tais unidades.
144. Nessa medida, o utente deve ser informado que a transferência para outra unidade de saúde pode não implicar que o tratamento ou intervenção interrompida seja imediatamente retomada, nos tempos clinicamente desejáveis, quer porque a dita unidade pode ter a sua capacidade de resposta temporariamente esgotada e, assim, não reunir condições para receber o utente;
145. Quer porque, no caso do SNS, o acesso está devidamente regulado e sujeito a regras específicas, que existem para assegurar que todos os cidadãos têm a mesma oportunidade de acesso a cuidados de saúde e não são prejudicados em função das respetivas condições económicas.
146. Na verdade, o utente que se desloque, *ab initio*, ao SNS, terá sempre de respeitar as regras de acesso e de referenciação em vigor neste sistema;
147. Pelo que, o facto de um utente, no legítimo exercício da sua liberdade de escolha, optar por receber cuidados de saúde numa unidade privada, não o desonera de, querendo ser transferido para o SNS a meio de uma intervenção ou tratamento, ter de respeitar as regras de acesso e referenciação vigentes neste sistema, como todos os demais utentes que acederam *ab initio* ao SNS.

148. Estas informações sobre riscos e efeitos de revogação do consentimento, devem ser prestadas ao utente previamente ao início da intervenção e do tratamento – ou seja, devem constar do elenco de informações a prestar ao utente para efeitos de consentimento informado, para que a opção seja tomada de forma esclarecida e consciente.
149. De referir, porém, que tendo sido prestada esta informação e, ainda assim, durante o tratamento ou a intervenção, por qualquer motivo, o utente revogar o consentimento e manifestar a sua intenção de ser acompanhado noutra unidade hospitalar, cumpre à entidade onde os cuidados estavam a ser prestados, o dever de assegurar que toda a informação de saúde do utente é transmitida à entidade que irá assegurar a continuidade de prestação de cuidados de saúde, cumprindo sempre as regras de acesso e de referenciação em vigor, em especial se o utente em causa pretender aceder ao SNS.
150. A segunda questão que importa abordar, prende-se com a forma como o SNS deve lidar com o acesso de utentes, que já iniciaram um qualquer tipo de tratamento num estabelecimento do setor privado e que pretendem ser transferidos para um estabelecimento do setor público, a fim de aí continuarem a receber os cuidados de saúde que ainda necessitem.
151. Nestes casos, e considerando o direito universal de acesso ao SNS, cumpre reafirmar o que acima se deixou expresso: qualquer utente tem o direito de recorrer, a todo e qualquer momento e em quaisquer circunstâncias, ao SNS.
152. O que se impõe, nestes casos em particular, é que as regras de acesso, organização e de referenciação do próprio SNS sejam respeitadas.
153. Nessa medida, o utente deverá aceder ao SNS, consoante as circunstâncias do seu caso concreto, através da rede de urgência/emergência ou através dos cuidados primários.
154. Deste modo, se o utente necessitar de cuidados de saúde urgentes/emergentes, tal como os mesmos se encontram definidos no SNS, o acesso deve ser efetuado através da rede de urgência/emergência.
155. Se a situação específica do utente não se enquadrar nesse contexto, deverá o mesmo dirigir-se à rede de cuidados primários, à qual competirá efetuar a avaliação da sua situação e, em conformidade com a sua patologia e necessidades de tratamento ou intervenção, decidir pela competente referenciação hospitalar.

V. CONCLUSÕES

156. Atento o exposto, importa concluir pelo seguinte:

- (i) Qualquer utente, que acede a uma qualquer entidade prestadora de cuidados de saúde, tem direito a 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, cumpre observar o dever de informar o utente 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:
 - a) Informação sobre o estado de saúde e diagnóstico, em resultado da avaliação efetuada pelo profissional de saúde ao utente;
 - b) Descrição do exame e/ou intervenções terapêuticas ou medicamentosas, que o profissional de saúde considere indicadas, incluindo a descrição dos meios que se pretendem utilizar para o efeito, das finalidades dos mesmos e do prognóstico/probabilidade de sucesso que se pretende alcançar, bem como, da existência de outras soluções alternativas;
 - c) Informação sobre os riscos e/ou efeitos secundários do exame e intervenções terapêuticas ou medicamentosas;
 - d) Informação sobre o direito de recusar e de revogar o consentimento, incluindo informação sobre os riscos e efeitos inerentes ao exercício destes direitos;
 - e) Informação sobre os meios humanos e técnicos existentes e disponíveis no estabelecimento em causa para a prestação dos cuidados de saúde;
 - f) Informação sobre todas as questões administrativas e financeiras relevantes, nomeadamente, sobre regras de acesso e de referenciação em vigor no âmbito o SNS, sobre autorizações prévias a emitir por entidades terceiras e sobre preços e orçamentos referentes à prestação de cuidados de saúde em causa.

- (iv) Para tanto, as entidades prestadoras de cuidados de saúde devem garantir que qualquer procedimento observado nos seus serviços e pelos seus profissionais, para efeitos de obtenção de consentimento para a prestação de cuidados de saúde, é capaz de assegurar que estas informações são prestadas e compreendidas por todos os utentes que a si se dirigem.
- (v) A informação sobre orçamentos e preços dos cuidados de saúde a prestar assume especial relevância, face às repercussões financeiras daí resultantes para os utentes.
- (vi) Deste modo, 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.
- (vii) 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.
- (viii) Deste modo, 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.
- (ix) 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.
- (x) 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.

- (xi) 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.
- (xii) Sempre que um qualquer prestador de cuidados de saúde assumir, perante o utente, a obrigação de efetuar as comunicações necessárias com entidades terceiras (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
- (xiii) Em qualquer dos casos, o utente deve ser informado não apenas sobre os meios humanos e técnicos disponíveis no estabelecimento em causa, para a prestação dos cuidados de saúde que o profissional de saúde identifica como necessários, mas também sobre os cuidados de saúde que se possam revelar necessários, caso se verifique algum dos riscos e/ou efeitos secundários frequentemente associados à intervenção ou tratamento proposto.
- (xiv) Por fim, o utente deve ser informado sobre o direito de, a qualquer momento, poder recusar ou revogar o consentimento.
- (xv) Esta indicação deve ser sempre acompanhada da informação sobre os riscos e efeitos para a saúde do utente, inerentes ao exercício destes direitos – sobretudo, e no que respeita à revogação do consentimento, quando o utente pretende continuar a receber cuidados de saúde num outro estabelecimento, seja do setor público, seja do setor privado ou social.

- (xvi) Deste modo, sempre que a revogação do consentimento implicar riscos para a saúde do utente ou comprometer o tratamento e intervenção, essa informação deve ser prestada ao utente antes do tratamento ou intervenção se iniciar.
- (xvii) O utente deve ser também informado que a revogação do consentimento e a sua posterior transferência para outra unidade de saúde, pode implicar novas avaliações clínicas e, por essa via, atrasar a continuação do tratamento ou intervenção, com prejuízo para a eficácia destes atos ou para a saúde do próprio utente.
- (xviii) Por fim, o utente deve ainda ser informado que, no caso de decidir revogar o consentimento para um determinado tratamento e intervenção que já foi iniciado, mas pretender que tal tratamento ou intervenção seja prestado noutra unidade de saúde, seja ela pública ou privada, deverá respeitar os critérios e regras de acesso a tais unidades.
- (xix) E nessa medida, o utente deve ser informado que a transferência para outra unidade de saúde pode não implicar que o tratamento ou intervenção interrompida seja imediatamente retomada, nos tempos clinicamente desejáveis, quer porque a dita unidade pode ter a sua capacidade de resposta temporariamente esgotada e, assim, não reunir condições para receber o utente;
- (xx) Quer porque, no caso do SNS, o acesso está devidamente regulado e sujeito a regras específicas, que existem para assegurar que todos os cidadãos têm a mesma oportunidade de acesso a cuidados de saúde e não são prejudicados em função das respetivas condições económicas.
- (xxi) Todas estas informações sobre riscos e efeitos de revogação do consentimento, devem ser prestadas ao utente previamente ao início da intervenção e do tratamento – ou seja, devem constar do elenco de informações a prestar ao utente para efeitos de consentimento informado, para que a opção seja tomada de forma esclarecida e consciente.
- (xxii) Tendo sido prestadas estas informações e, ainda assim, durante o tratamento ou a intervenção, por qualquer motivo, o utente revogar o consentimento e manifestar a sua intenção de ser acompanhado noutra unidade hospitalar, cumpre à entidade onde os cuidados estavam a ser prestados, o dever de assegurar que toda a informação de saúde do utente é transmitida à entidade que irá assegurar a continuidade de prestação de cuidados de saúde.

- (xxiii) Considerando o direito universal de acesso ao SNS, qualquer utente tem o direito de recorrer, a todo e qualquer momento e em quaisquer circunstâncias, a este Serviço, cumprindo as regras de acesso, organização e de referenciação em vigor a cada momento.
- (xxiv) Deste modo, se o utente necessitar de cuidados de saúde urgentes/emergentes, tal como os mesmos se encontram definidos no SNS, o acesso deve ser efetuado através da rede de urgência/emergência.
- (xxv) Se a situação específica do utente não se enquadrar nesse contexto, deverá o mesmo dirigir-se à rede de cuidados primários, à qual competirá efetuar a avaliação da sua situação e, em conformidade com a sua patologia e necessidades de tratamento ou intervenção, decidir pela competente referenciação hospitalar.