



DELIBERAÇÕES

2 DE ABRIL DE 2026

ERS/068/2025

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

Considerando que a Entidade Reguladora da Saúde (ERS), nos termos do n.º 1 do artigo 4.º dos seus Estatutos, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, exerce funções de regulação, de supervisão e de promoção e defesa da concorrência respeitantes às atividades económicas na área da saúde nos setores privado, público, cooperativo e social;

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

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

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

Visto o processo registado sob o n.º ERS/068/2025;

I. DO PROCESSO

I.1. Origem do processo

1. No dia 3 de julho de 2025, a ERS tomou conhecimento da reclamação subscrita por FS, a qual visa a atuação da UOC-Unidade de Oftalmologia de Coimbra, S.A. (UOC), entidade prestadora de cuidados de saúde inscrita no Sistema de Registo de

Estabelecimentos Regulados (SRER) da ERS sob o número de registo 23113.

2. Com efeito, na mencionada reclamação – registada no Sistema de Gestão de Reclamações (SGREC) da ERS sob o número REC/65432/2025 –, o exponente alega que, no dia 20 de maio de 2025, recorreu à UOC, onde realizou uma consulta de oftalmologia.
3. Todavia, no decurso da mesma, foram realizados exames complementares, os quais, não estando abrangidos no custo daquela consulta, foram cobrados adicional e autonomamente, sem que FS fosse disso, antecipadamente, advertido.
4. Foi, pois, neste contexto que, para efeitos de averiguação e apuramento cabal dos factos atrás descritos, o Conselho de Administração da ERS deliberou proceder, em 28 de agosto de 2025, à abertura do presente processo de inquérito.

I.2. Diligências

5. No âmbito da investigação desenvolvida pela ERS, realizaram-se as seguintes diligências instrutórias:
 - (i) Consulta dos dados constantes do SRER da ERS relativos à UOC, constatando-se que se trata de uma entidade prestadora de cuidados de saúde inscrita naquele SRER sob o número de registo 23113;
 - (ii) Apensação aos presentes autos de inquérito de todas as informações e elementos coligidos no âmbito do processo de reclamação n.º REC/65432/2025;
 - (iii) Notificação da abertura dos presentes autos ao reclamante FS, diligência concretizada através de mensagem de correio eletrónico datada de 2 de setembro de 2025;
 - (iv) Notificação da abertura dos presentes autos à UOC (com pedido de elementos ao abrigo do disposto no artigo 31.º, n.º 1 do

Estatutos da ERS), diligência concretizada através de ofício datado de 2 de setembro de 2025 (com insistência realizada no dia 18 de fevereiro de 2026) e receção da respetiva resposta no dia 19 de fevereiro do ano corrente;

- (v) Pedido de elementos adicional remetido à CPA, com fundamento no preceito legal acima identificado, diligência concretizada através de mensagem de correio eletrónico datada de 27 de janeiro de 2026 e receção da respetiva resposta em 29 de janeiro do ano corrente;

II. DOS FACTOS

- 6. No dia 21 de maio de 2025, FS apresentou a reclamação que mais abaixo se transcreve:

*“(…) No dia **20 de Maio de 2025** dirigi-me a [uoc], onde sou acompanhado, para a **revisão anual**.*

*No final, aquando do pagamento, sou surpreso pelo valor muito acima do esperado. Quando questionei o porquê, apenas me foi dito que para **além da consulta, teria de pagar os exames complementares, e que estes anteriormente estavam incluídos no valor da consulta, mas que agora "têm" de os cobrar...***

Paguei, mas vim embora com a sensação de ter sido enganado.

Em momento algum fui informado desta alteração de procedimento, nem dos custos adicionais destes exames.

Penso que é de lamentar esta maneira de proceder, pois tiram partido da fragilidade da pessoa doente, que confia na idoneidade de quem escolheu para lhe prestar estes serviços e vai pagar o que lhe pedirem para ter o melhor serviço para a sua saúde.

Por isso, agora após ponderar, escrevo esta reclamação já em casa, para que revejam o protocolo que me parece incorrecto e até ilegal, pois viola o direito à decisão livre e informada do utente. Em

momento algum foi questionado o meu consentimento para estes exames, nem tive o direito de recusa dos mesmos.

Para que mais ninguém sejam enganado, aqui fica a minha reclamação.

Aguardo a resolução da mesma. (...)” – – Negrito e sublinhado nosso. Negrito e sublinhado nosso. Cfr. Reclamação apresentada por FS, documento que aqui se dá por integralmente reproduzido para todos os efeitos legais.

7. Em sede de alegações iniciais, a UOC declarou o seguinte:

*“(...) Na qualidade de gestor financeiro da Unidade de Oftalmologia de Coimbra (UOC), venho por este meio responder à comunicação que nos remeteu, na sequência da **consulta realizada em 20 de maio de 2025**.*

Antes de mais, reiteramos o nosso respeito pelos direitos dos utentes e pela sua liberdade de manifestação. A sua reclamação foi analisada com rigor, à luz dos protocolos clínico-administrativos internos.

No que se refere aos pontos apresentados, cumpre-nos esclarecer o seguinte:

1. Consentimento Informado

Nos termos do disposto na Lei n.º 15/2014, de 21 de março, que regula os direitos e deveres dos utentes dos serviços de saúde, o consentimento informado deve, efetivamente, ser prestado de forma livre e esclarecida, sendo adequado à natureza dos atos clínicos em causa.

*Neste contexto, os exames realizados no decurso da sua consulta são de natureza não invasiva, correntes em consultas de revisão oftalmológica, e **encontram-se dentro do protocolo clínico habitual definido pelo médico assistente**. Tais exames não requerem, legalmente, consentimento escrito, e o seu*

consentimento é considerado válido por via da continuidade assistencial, conforme entendimento reiterado por diversas entidades reguladoras e jurisprudência administrativa.

Em momento algum a UOC atuou fora do quadro legal ou ético aplicável. Os atos praticados respeitam as normas do Código Deontológico da Ordem dos Médicos, bem como os princípios da boa prática médica.

2. Transparência sobre custos

*A UOC adota um modelo de faturação transparente, **com afixação dos preços nas suas instalações**, em cumprimento da Lei de Defesa do Consumidor e demais legislação aplicável. Adicionalmente, todos **os nossos colaboradores estão instruídos para informar os utentes, sempre que tal seja solicitado ou clinicamente pertinente**.*

*No seu caso específico, **os exames foram realizados como decorrência da observação médica**, tendo sido corretamente faturados de forma autónoma. Importa ainda referir que nenhum pagamento foi exigido antes da emissão de fatura, e que, ao longo do atendimento, não foi registada qualquer objeção por parte de V. Exa. quanto à realização dos atos clínicos em questão.*

3. Liberdade de recusa

Contrariamente ao alegado, nenhum ato clínico é imposto pela UOC. O utente tem sempre liberdade de recusar ou questionar qualquer intervenção, sendo esse um direito plenamente assegurado. Contudo, no decurso da consulta, não foi manifestada qualquer oposição por parte de V. Exa., o que legitima, nos termos legais, a atuação do corpo clínico.

4. Documentação solicitada

Informamos que os elementos clínicos e registos de faturação solicitados serão disponibilizados em anexo a este email.

A Unidade de Oftalmologia de Coimbra refuta, com firmeza, qualquer insinuação de atuação lesiva, omissiva ou ilegal. (...)” – Negrito e sublinhado nosso. Cfr. Alegações iniciais (e respetivo anexo) apresentadas pela UOC em sede do processo de reclamação n.º REC/65432/2025, documento que aqui se dá por integralmente reproduzido para todos os efeitos legais.

8. Em anexo à referida comunicação, a UOC cópia da “Informação Clínica” da autoria do Dr. JQG – médico que, à data, se encontrava ao serviço e sob as ordens e instruções daquele estabelecimento -, a qual mais abaixo se reproduz:

“(...) Declaro, para os devidos efeitos, que o Sr. [FS] é seguido em consulta de oftalmologia na Unidade de Oftalmologia de Coimbra (UOC).

Como antecedentes oftalmológicos de relevo apresenta a realização de cirurgia refractiva com recurso a técnica de laser assisted in-situ keratomileusis (LASIK). Apresenta também história de queratite intersticial no olho esquerdo (OE) que motivou a realização de uma queratoplastia penetrante no mesmo olho e, posteriormente, do implante de uma lente fática de câmara posterior ICL.

No momento da observação apresentava uma melhor acuidade visual não-corrigida de 10/10 no olho direito (OD) e de 8/10 no (OE).

*À **biomicroscopia** do segmento anterior apresentava, no OD, uma córnea transparente, sem alterações no flap, e um cristalino transparente. No OE era visível um enxerto de córnea transparente, sem suturas, e uma lente ICL de câmara posterior bem posicionada. O restante segmento anterior não apresentava alterações. A fundoscopia não apresentava alterações em ambos os olhos.*

Realizou microscopia especular e avaliação da visão binocular para avaliação da estabilidade visual e refractiva, e para descartar potencial perda acelerada de densidade celular endotelial, relacionadas com as cirurgias realizadas.

Comparativamente aos exames anteriormente realizados, não apresentava agravamento relevante.

Mantém vigilância em consulta. (...)” – Cfr. Alegações iniciais (e respetivo anexo) apresentadas pela UOC em sede do processo de reclamação n.º REC/65432/2025.

9. Subsequentemente, em resposta a tais esclarecimentos, o exponente FS acrescentou o seguinte:

“(...) Agradeço a resposta apresentada pelo Sr. [RB], na qualidade de gestor financeiro da Unidade de Oftalmologia de Coimbra (UOC), relativamente à reclamação que submeti no passado dia 21 de Maio de 2025.

Contudo, não posso deixar de manifestar a minha total discordância com os esclarecimentos prestados, por considerar que os mesmos não respondem de forma concreta às questões essenciais que levantei.

1. Consentimento informado – Alega a UOC que o consentimento informado se presume nos termos legais, salvo oposição expressa. No entanto, importa lembrar que o consentimento informado, por definição legal e ética, deve ser claro, prévio e fundamentado, implicando que o utente seja devidamente informado sobre a necessidade, natureza, custos e alternativas dos atos clínicos propostos, o que não sucedeu no meu caso. Não me foi prestada qualquer explicação clara sobre os exames que seriam realizados, nem me foi dada a oportunidade de os autorizar de forma consciente.

*2. Falta de informação sobre custos adicionais – **Em nenhum momento da consulta fui informado de que seriam realizados exames com custos adicionais, nem fui previamente alertado para o seu valor.** Esta omissão vai contra os princípios de transparência e boa-fé no relacionamento com os utentes, gerando surpresa e desconfiança no momento da faturação.*

3. Imposição de atos clínicos – Contrariamente ao referido, os exames em causa pareceram-me impostos de forma automática, sem que tenha havido uma explicação concreta da sua necessidade, nem oportunidade de os recusar ou adiar. A alegação de que se tratam de atos “tecnicamente justificados” não substitui o dever de informação e consentimento pessoal.

Assim, reitero que, no meu entender, existiu uma falha clara na comunicação com o utente e na prestação de informação relevante, o que configura uma prática lesiva dos direitos dos consumidores e utentes dos serviços de saúde.

Solicito, por isso, que a situação seja reavaliada à luz do disposto na legislação aplicável, nomeadamente no que respeita ao direito à informação e ao consentimento informado. Solicito ainda que me seja facultado acesso ao relatório clínico da consulta e aos registos de faturação detalhada, incluindo os códigos e justificações clínicas dos atos realizados.

Sem outro assunto de momento, aguardo novo contacto e providências da entidade competente. (...)” – Cfr. Exposição remetida por FS à ERS em 3 de julho de 2025, documento que aqui se dá por integralmente reproduzido para todos os efeitos legais.

10. Na sequência da abertura dos presentes autos de inquérito, a ERS solicitou à UOC os seguintes esclarecimentos adicionais:

“1. Com referência à situação narrada na reclamação, descrevam todas as etapas percorridas pela utente FS na UOC, com indicação de data, hora e profissional responsável pela sua operacionalização, por nome, categoria profissional, funções e serviço em que o mesmo se integra, acompanhado de toda a documentação de suporte;

2. Envio de cópia de todos as faturas/recibos (e, eventualmente, notas de crédito) emitidas atinentes aos cuidados de saúde prestados na situação descrita na reclamação acima identificada, bem como informação sobre o seu estado atual, nomeadamente indicação sobre

se o respetivo pagamento foi efetuado (e, em caso afirmativo, em que datas);

3. Procedam ao de quaisquer esclarecimentos complementares julgados necessários e relevantes à análise do caso concreto.” – Cfr. Ofício, datado de 2 de setembro de 2025, remetido pela ERS à UOC.

11. Em resposta, a UOC declarou o seguinte:

“(…) No âmbito do processo de inquérito n.º ERS/068/2025, e em resposta à comunicação remetida por V. Ex.^a, vimos pelo presente proceder ao envio dos elementos solicitados.

Em anexo remetemos a documentação requerida, designadamente:

- Ficheiro “ERS_Documentação_068_2025”, no qual constam as evidências relativas ao percurso do utente no fluxo de atividade ocorrido na data objeto de protesto, incluindo os registos clínicos e administrativos relevantes;*
- Cópias das respetivas faturas-recibo emitidas;*
- Documento de faturação emitido pela seguradora, correspondente ao episódio em análise.*

(…)” – Negrito e sublinhado nosso. Cfr. Mensagem de correio eletrónico (e respetivos anexos), datada de 19 de fevereiro de 2026, remetida pela UOC à ERS, documentos que aqui se dão por integralmente reproduzidos para todos os efeitos legais.

12. Efetivamente, em anexo à referida comunicação, a UCO remeteu à ERS a documentação mais abaixo identificada:

- Ficheiro “ERS_Documentação_068_2025”, de cuja leitura se constata o seguinte:
 - Entre 4 de novembro de 2019 e 20 de maio de 2025, FS foi seguida na UOC, tendo ainda agendada uma consulta para o próximo dia 10 de setembro do ano corrente;

- No referido hiato temporal, FS realizou duas cirurgias (22 e 24 de janeiro de 2020), bem como exames (10 de setembro de 2021) e 14 consultas de oftalmologia;
 - A última dessas consultas foi realizada no dia 20 de maio de 2025, a qual foi agendada por CF, profissional que, à data, se encontrava ao serviço e sob as ordens e instruções da UOC;
 - No decurso desta consulta, que foi assegurada pela Professora Doutora MJQ, foram realizados dois exames, a saber: “*Aval. visão binocular perto e longe c/ testes subj. fixação*” e “*Biomicroscopia especular*”;
 - Os referidos exames foram assegurados, respetivamente, pela Professora Doutora MJQ e pelo técnico ortóptico MR;
 - A faturação foi efetuada por CF;
- Fatura-Recibo n.º [...], a qual foi emitida pela UOC em nome de FS na qualidade de beneficiário do seguro de saúde Médis, no valor global de 50,00 EUR (cinquenta euros), fruto da soma das seguintes rubricas: “*2ª Consulta de Oftalmologia*” (30,00 EUR) e “*Aval. visão binocular perto e longe c/ testes subj. fixação*” (20,00 EUR);
 - Fatura-Recibo n.º [...], a qual foi emitida pela UOC em nome de FS na qualidade de beneficiário do seguro de saúde Médis, no valor global de 23,00 EUR (vinte e três euros) e que se reporta ao seguinte exame: “*Biomicroscopia especular*”;
 - Documento de faturação emitido pela seguradora Médis, correspondente ao episódio em análise, onde se pode constatar que o custo para a seguradora foi de 393,20 EUR (trezentos e noventa e três euros e vinte centimos) e para o utente seu beneficiário foi de 73,00 EUR (setenta e três euros);

– Cfr. Mensagem de correio eletrónico (e respetivos anexos), datada de 19 de fevereiro de 2026, remetida pela UOC à ERS.

III. DO DIREITO

III.1. Da missão e das atribuições legais da ERS

13. Nos termos do disposto no n.º 1 do artigo 5.º dos Estatutos da ERS, esta Entidade Reguladora *“tem por missão a regulação, nos termos previstos nos presentes estatutos, da atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde”*, sinalizando o n.º 2 do mesmo preceito que as suas atribuições compreendem a supervisão da atividade e funcionamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde no que respeita “[à] *garantia dos direitos relativos ao acesso aos cuidados de saúde, à prestação de cuidados de saúde de qualidade, bem como dos demais direitos dos utentes*” (alínea b)); “[à] *legalidade e transparência das relações económicas entre os diversos operadores, entidades financiadoras e utentes*” (alínea c))..
14. O artigo 4.º dos mencionados Estatutos sublinha que a ERS *“exerce funções de regulação, de supervisão e de promoção e defesa da concorrência respeitantes às atividades económicas na área da saúde dos setores privado, público, cooperativo e social”* (n.º1), estando, assim, sujeitos *“à regulação da ERS, no âmbito das suas atribuições e para efeitos dos presentes estatutos, todos os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, do setor público, privado, cooperativo e social, independentemente da sua natureza jurídica, nomeadamente hospitais, clínicas, centros de saúde, consultórios, laboratórios de análises clínicas, equipamentos ou unidades de telemedicina, unidades móveis de saúde e termas”* (n.º 2).
15. Resulta, pois, inequívoco que a UOC é uma entidade prestadora de cuidados saúde, inscrita, ademais, no SRER da ERS sob o número de registo acima identificado, encontrando-se, assim, sob a alçada regulatória e de supervisão da ERS.

16. Por outro lado, o artigo 10.º dos aludidos Estatutos define como objetivo da ERS, desde logo, o de assegurar o cumprimento *“dos critérios de acesso aos cuidados de saúde, nos termos da Constituição e da lei”* (alínea b)).
17. Compete-lhe, ademais, *“garantir os direitos e interesses legítimos dos utentes”* (alínea c)), bem como zelar *“pela prestação de cuidados de saúde de qualidade”* (alínea d)) e *“pela legalidade e transparência das relações económicas entre todos os agentes do sistema”* (alínea e)).
18. Com efeito, a densificação dos objetivos enunciados nas quatro alíneas supramencionadas é concretizada nos artigos seguintes dos Estatutos da ERS.
19. Assim, a alínea a) do artigo 12.º dos referidos estatutos estabelece que *“[p]ara efeitos do disposto na alínea b) do artigo 10.º incumbe à ERS [a]ssegurar o direito de acesso universal e equitativo à prestação de cuidados de saúde nos serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde (SNS), nos estabelecimentos publicamente financiados, bem como nos estabelecimentos contratados para a prestação de cuidados no âmbito de sistemas ou subsistemas públicos de saúde ou equiparados”*.
20. O artigo seguinte, o 13.º, ressalva que, na prossecução do objetivo enunciado na alínea c) do artigo 10.º dos seus Estatutos, incumbe à ERS, entre outras atribuições, *“[a]preciar as queixas e reclamações dos utentes e monitorizar o seguimento dado pelos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde às mesmas, nos termos do artigo 30.º, garantindo o direito de acesso pela Direção-Geral da Saúde e pela Direção-Geral do Consumidor à informação quanto à natureza, tipologia e volume das causas mais prevalentes de reclamações, bem como proceder ao envio de relatórios periódicos às mesmas entidades”* (alínea a)) e *“[v]erificar o cumprimento da «Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos utentes do Serviço Nacional de Saúde», designada por «Carta dos Direitos de Acesso» por todos os prestadores*

de cuidados de saúde, nela se incluindo os direitos e deveres inerentes” (alínea b)).

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

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

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

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

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

26. Neste sentido, e com relevância para os presentes autos, estabelece-se artigo 61.º, n.º 2, alínea b), subalínea iv) dos Estatutos da ERS que “[c]onstitui contraordenação, punível com coima de (euro) 1000 a (euro) 3740,98 ou de (euro) 1500 a (euro) 44 891,81, consoante o infrator seja pessoa singular ou coletiva: “[a] violação das regras relativas ao acesso aos cuidados de saúde”, em concreto, “[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. Da prestação de cuidados de saúde aos utentes dos serviços de saúde

Em geral

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

28. Conforme se pode ler no n.º 3 do mencionado preceito constitucional, “[p]ara assegurar o direito à proteção da saúde, incumbe prioritariamente ao Estado (...) [g]arantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação” (alínea a)) e “[d]isciplinar e fiscalizar as formas empresariais e privadas da medicina, articulando-as com o serviço nacional de saúde, por forma a assegurar, nas instituições de saúde públicas e privadas, adequados padrões de eficiência e de qualidade” (alínea d)).
29. Aliás, no mesmo sentido aponta também o legislador ordinário, desde logo na Base 1 da Lei de Bases da Saúde (LBS), aprovada pela Lei n.º 95/2019, de 04 de setembro, onde se esclarece que “[o] direito à 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” (n.º 1), pelo que “[...] compreende o acesso, ao longo da vida, à promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde, a cuidados continuados e a cuidados paliativos” (n.º 2).
30. Por ser assim, “[o] Estado promove e garante o direito à proteção da saúde através do Serviço Nacional de Saúde (SNS), dos Serviços Regionais de Saúde e de outras instituições públicas, centrais, regionais e locais” (n.º 4 da Base 1).
31. A Base 20, por sua vez, define o SNS como “o conjunto organizado e articulado de estabelecimentos e serviços públicos prestadores de cuidados de saúde, dirigido pelo ministério responsável pela área da saúde, que efetiva a responsabilidade que cabe ao Estado na proteção da saúde” (n.º 1).
32. Assim, constituem traves mestras da atuação do SNS as seguintes notas caracterizadoras: “[u]niversal, garantindo a prestação de cuidados de saúde a todas as pessoas sem discriminações, em condições de dignidade e de igualdade” (alínea a)); “[g]eral, assegurando os cuidados

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

33. Acrescenta o n.º 1 da Base 21 que “[s]ão beneficiários do SNS todos os cidadãos portugueses”, bem como “os cidadãos, com residência permanente ou em situação de estada ou residência temporárias em Portugal, que sejam nacionais de Estados-Membros da União Europeia ou equiparados, nacionais de países terceiros ou apátridas, requerentes de proteção internacional e migrantes com ou sem a respetiva situação legalizada, nos termos do regime jurídico aplicável” (n.º 2)¹.
34. Por outro lado, dispõe o n.º 1 da Base 6 da LBS que “[a] responsabilidade do Estado pela realização do direito à proteção da saúde efetiva-se primeiramente através do SNS e de outros serviços públicos, podendo, de forma supletiva e temporária, ser celebrados acordos com entidades privadas e do setor social, bem como com

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

profissionais em regime de trabalho independente, em caso de necessidade fundamentada”, acrescentando o n.º 3 que “[o] Estado assegura o planeamento, regulação, avaliação, auditoria, fiscalização e inspeção das entidades que integram o SNS e das entidades do setor privado e social”.

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

36. No que especificamente diz respeito à prestação de cuidados de saúde no sector privado, o n.º 3 da Base 6 ressalva que é competência do Estado assegurar “o planeamento, regulação, avaliação, auditoria, fiscalização e inspeção das entidades” que integram o referido sector, acrescentando a Base 19 que:

- “O funcionamento do sistema de saúde não pode pôr em causa o papel central do SNS enquanto garante do cumprimento do direito à saúde.” (n.º 1);
- “A lei prevê os requisitos para a abertura, modificação e funcionamento dos estabelecimentos que prestem cuidados de saúde, independentemente da sua natureza jurídica ou do seu titular, com vista a garantir a qualidade e segurança necessárias.” (n.º 2);

37. Não obstante a responsabilidade primacial atribuída ao Estado na garantia do direito constitucional à proteção da saúde, a verdade é que a efetivação do mesmo se estende a diversos tipos de prestadores de

cuidados de saúde, devendo aquele direito ser assegurado pelos prestadores de cuidados de saúde:

- (i) Do SNS, próprios ou convencionados, no caso de todos os cidadãos portugueses e, ainda, de cidadãos estrangeiros, nos termos do regime jurídico aplicável;
- (ii) Próprios, convencionados ou em regime livre de um determinado sistema ou subsistema público de saúde, caso o utente seja beneficiário de tal sistema ou subsistema, e nos termos definidos pelo mesmo;
- (iii) Próprios, convencionados ou em regime livre, ao abrigo de um dado seguro de saúde, caso o utente haja contratado uma tal cobertura do risco de doença, e nos termos acordados com a entidade seguradora;
- (iv) Do setor privado, com ou sem fins lucrativos, mediante contraprestação acordada entre o utente e o concreto prestador, livremente escolhido.

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

39. Ora, a UOC integra o setor privado do sistema de saúde, no âmbito do qual constitui trave-mestra a promoção e salvaguarda da liberdade de escolha do utente.

Da prestação de cuidados de saúde a título particular

40. Excluindo as situações em que o recurso à prestação de cuidados de saúde UOC é feito ao abrigo de algum acordo ou convenção de que a referida entidade seja titular, os utentes que recorrem àquele prestador fazem-no a título particular.

41. Quer isto significar que entre a UOC e tais utentes/clientes se celebra, na prática, um contrato de prestação de serviços, definido no artigo

1154.º do Código Civil (CC) como *“aquele em que uma das partes se obriga a proporcionar à outra certo resultado do seu trabalho intelectual ou manual, com ou sem retribuição”*.

42. Estabelece-se, pois, uma relação jurídica de natureza contratual que origina a subjacente relação creditícia, isto é, uma vez prestados os serviços pela UOC, esta tornara-se credora dos respetivos utentes/clientes.

43. Ora, no que diz respeito à prova do cumprimento das obrigações, o artigo 787.º do CC esclarece que *“[q]uem cumpre a obrigação tem o direito de exigir quitação daquele a quem a prestação é feita, devendo a quitação constar de documento autêntico ou autenticado ou ser provida de reconhecimento notarial, se aquele que cumpriu tiver nisso interesse legítimo”* (n.º 1), acrescentando o n.º 2 do mesmo preceito que *“[o] autor do cumprimento pode recusar a prestação enquanto a quitação não for dada, assim como pode exigir a quitação depois do cumprimento”*.

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

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

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

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

Da prestação de cuidados de saúde ao abrigo de seguros de saúde

46. Conforme sublinha o Supremo Tribunal de Justiça (STJ), “[o] *nosso ordenamento jurídico não reconhece uma noção de contrato de seguro*” pese embora a doutrina defina “*este negócio jurídico como “o contrato pelo qual a seguradora, mediante retribuição pelo tomador do seguro, se obriga, a favor do segurado ou de terceiro, à indemnização de prejuízos resultantes, ou ao pagamento de valor pré-definido, no caso de se realizar um determinado evento futuro e incerto”*” – Cfr. Acórdão do STJ de 25 de outubro de 2018, processo n.º 82/15.0T8ALJ.G1.S2².
47. Assim, prosseguem os Conselheiros do STJ, “[o] *contrato de seguro é um negócio formal, que tem de ser reduzido a escrito chamando-se apólice ao documento que o consubstancia e dela devendo constar todas as condições estipuladas entre as partes.*” – Cfr. Acórdão acima identificado.
48. Ora, a apólice de seguro é composta pelas respetivas condições gerais, especiais e particulares.
49. Em 2015, no documento elaborado pela ERS sobre “Os Seguros de Saúde e o Acesso dos Cidadãos aos Cuidados de Saúde”³, procedeu-se à definição sintética de cada uma daquelas condições, o que se fez nos seguintes termos:
- “(…) As **condições gerais** da apólice de seguro permitem a identificação dos cuidados de saúde a que os segurados podem recorrer, sendo identificadas concretamente as garantias suscetíveis de serem contratadas, de que se podem citar como exemplos hospitalização, internamento, convalescença, assistência médica ambulatoria, estomatologia, próteses e ortóteses, medicamentos, parto e assistência médica ao domicílio. Para além dos cuidados de saúde garantidos, ainda outros cuidados de saúde são mencionados nas condições gerais da apólice, como no caso da definição dos cuidados de saúde com período de carência alargado (tais como partos, extração

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

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

de quistos e artroscopias), ou no caso das exclusões (os cuidados de saúde expressamente indicados como cuidados sem cobertura), sendo alguns exemplos típicos a hemodiálise e os transplantes de órgãos.

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

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

50. Feito este enquadramento teórico, importa fazer notar que o regime jurídico do contrato de seguro se encontra consagrado no Decreto-Lei n.º 72/2008, de 16 de abril (alterado pelas Leis n.ºs 147/2015, de 09 de setembro e 75/2021, de 18 de novembro).
51. Com efeito, neste diploma legal é, inclusive, individualizada e regulada de modo autónomo a matéria atinente ao seguro de saúde (Capítulo III, Seção II), no qual "o segurador cobre riscos relacionados com a prestação de cuidados de saúde" (artigo 213.º).
52. No que diz respeito às cláusulas contratuais, o artigo seguinte esclarece que "[d]o contrato de seguro de saúde anual renovável deve constar de forma bem visível e destacada que (...) [o] segurador apenas cobre o

pagamento das prestações convencionadas ou das despesas efectuadas em cada ano de vigência do contrato [alínea a)]; [a]s condições de indemnização em caso de não renovação do contrato ou da cobertura da pessoa segura respeitam ao risco coberto no contrato, de acordo com o disposto no artigo 217.º [alínea b)]”.

53. Mais recentemente, no manual de “*DIREITOS E DEVERES DOS UTENTES DOS SERVIÇOS DE SAÚDE*”⁴ elaborado pela ERS, procede-se ainda a uma categorização dos diversos tipos de contratos de seguro de saúde: “*voluntários ou obrigatórios; individuais ou de grupo; e de prestações convencionadas, de prestações indemnizatórias ou de combinações de ambas*”⁵.

54. De facto, na maioria dos casos o seguro de saúde configura um exemplo de um contrato de seguro voluntário, uma vez que a sua celebração, em regra, não é obrigatória, o que não sucede, por exemplo, nos seguintes casos:

- Os nacionais de outros Estados-Membros da União Europeia que pretendam residir em Portugal, nos termos da alínea b) do n.º 1 do artigo 7.º da Lei n.º 37/2006, de 9 de agosto (em condições de reciprocidade com o Estado da nacionalidade);
- Os agentes desportivos, praticantes de atividades desportivas em infraestruturas desportivas abertas ao público e participantes em provas ou manifestações desportivas, nos termos Decreto-Lei n.º 10/2009, de 12 de janeiro;⁶

55. No que diz respeito àquela segunda categorização, julga-se pertinente fazer notar que teremos um contrato de seguro individual ou de grupo, “*consoante seja celebrado relativamente a uma pessoa ou a um*

⁴ Documento atualizado pela ERS em 14 de setembro de 2025. Disponível em: https://www.ers.pt/media/nwbhrij3/publica%C3%A7%C3%A3o-direitos-e-deveres-dos-utentes-dos-servi%C3%A7os-de-sa%C3%BAde_set2025_2.pdf .

⁵ Ibid, página 111.

⁶ Ibid, página 111 e 112.

conjunto de pessoas ligadas entre si e ao tomador de seguro, por um vínculo ou interesse comum, respetivamente”⁷.

56. Por outro lado, uma vez que, nos termos do disposto no artigo 8.º, alínea d) da Lei n.º 147/2015, de 09 de setembro⁸, os seguros de saúde são considerados como seguros “*não vida*”, ramo de “*Doença*”, *compreendem as modalidades de prestações convencionadas, prestações indemnizatórias, e combinações dos dois tipos de prestações:*

(i) no regime de prestações convencionadas ou sistema de assistência, o segurador dispõe de uma rede de prestadores de cuidados de saúde (rede convencionada) aos quais o segurado recorre, suportando a parte dos custos que os termos do seu contrato de seguro determinar, e ficando o remanescente a cargo da entidade seguradora, que o liquidará diretamente ao prestador, em prazo e montante previamente fixados na convenção celebrada entre ambos; a modalidade de assistência caracteriza-se, assim, por ser um sistema integrado de seguro com prestação direta de cuidados de saúde, mediante o estabelecimento de uma relação direta entre o segurador, os diferentes prestadores de cuidados de saúde e segurados;

(ii) no regime de prestações indemnizatórias ou sistema de reembolso, o segurado escolhe livremente o prestador a que pretende recorrer e paga a totalidade das despesas com os cuidados de saúde recebidos, sendo posteriormente reembolsado de uma parte delas pelo segurador; não há, neste regime, o

⁷ Ibid, página 111 e 112.

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

estabelecimento de qualquer relação, direta ou indireta, entre o segurador e os diferentes prestadores de cuidados de saúde;

(iii) por fim, o regime de sistema misto combina os dois regimes supra aludidos.”⁹

57. Como se adverte no manual “*DIREITOS E DEVERES DOS UTENTES DOS SERVIÇOS DE SAÚDE*”, “*na relação que se estabelece entre prestador e utente segurado são sempre invocáveis, para além do que estiver previsto no regime contratual inerente ao seguro de saúde, os direitos e interesses dos utentes resultantes do quadro legal e geral que visa proteger os mesmos, enquanto utentes de serviços de saúde*”¹⁰.

58. Efetivamente, na medida em que “*os subsistemas privados de saúde e os seguros de saúde se assumem como complementares e não substitutivos face ao SNS, os seus beneficiários não deixam de ser beneficiários do SNS, gozando assim de uma dupla cobertura*”¹¹.

59. Quer dizer, “*qualquer utente beneficiário do SNS que se dirija ao SNS, independentemente de ser também beneficiário de um subsistema privado de saúde ou de um seguro de saúde, goza dos mesmos direitos e está obrigado ao cumprimento dos mesmos deveres que qualquer outro utente do SNS, no estrito cumprimento do direito fundamental previsto na CRP, de acesso universal e equitativo ao SNS*”¹².

60. Corolário do supra exposto, a Base 27 da nova LBS adverte que “[a] *subscrição de um seguro ou plano de saúde deve ser precedida da prestação, pelo segurador, de informação, clara e inteligível quanto às condições do contrato, em especial no que diz respeito ao âmbito, exclusões e limites da cobertura, incluindo informação expressa quanto à eventual interrupção ou descontinuidade de prestação de cuidados de saúde caso sejam alcançados os limites de capital seguro contratualmente estabelecidos*” (n.º 1).

⁹ Ibid, página 112.

¹⁰ Ibid, página 112.

¹¹ Ibid, página 113.

¹² Ibid, página 113.

61. Assim, “[o]s estabelecimentos de saúde informam as pessoas sobre os custos a suportar pela prestação de cuidados de saúde ao abrigo de seguros e planos de saúde, incluindo os da totalidade da intervenção proposta, salvo quando justificadamente não dispuserem dos elementos necessários à prestação dessa informação” (n.º 2).

III.3. Dos direitos do utente dos serviços de saúde

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

Em geral

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

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

64. Por outro lado, a liberdade de “[d]ecidir, livre e esclarecidamente, a todo o momento, sobre os cuidados de saúde que lhe são propostos, salvo nos casos excecionais previstos na lei, a emitir diretivas antecipadas de vontade e a nomear procurador de cuidados de saúde (...)” – Cfr. Alínea f) do n.º 2 da nova LBS e artigo 3.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março).

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

66. Assim, a alínea e) do n.º 2 da nova LBS reconhece a todas as pessoas o direito a “[s]er informadas de forma adequada, acessível, objetiva, completa e inteligível sobre a sua situação, o objetivo, a natureza, as alternativas possíveis, os benefícios e riscos das intervenções propostas e a evolução provável do seu estado de saúde em função do

plano de cuidados a adotar” – Cfr. No mesmo sentido o artigo 7.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março.

67. Quer dizer, o utente tem direito a ser plenamente informado sobre todos os dados relativos ao seu estado de saúde, nomeadamente no que tange aos tratamentos a que vai ser submetido e aos seus respetivos riscos e benefícios, às alternativas possíveis, aos efeitos em caso de recusa de tratamento, bem como ao diagnóstico, ao prognóstico e aos progressos que se forem verificando na sua situação.
68. A natureza específica da prestação de cuidados de saúde e, bem assim, a necessidade imperiosa de salvaguardar os direitos e interesses dos (potenciais) utentes, exige, pois, que a informação à disposição destes, e que é transmitida pelos prestadores, seja particularmente rigorosa e fidedigna, de molde a assegurar o respeito pelas normas de transparência vigentes.
69. É que a relação estabelecida entre prestadores de cuidados de saúde e os seus utentes deve pautar-se pela verdade, completude e transparência, devendo tais princípios revelar-se em todos os momentos da relação, incluindo nos que antecedem a própria prestação de cuidados de saúde.
70. Com efeito, a informação no setor da saúde deve ser transmitida com verdade, com antecedência (de maneira a não colocar o utente numa situação de pressão quanto à decisão a tomar), de forma clara, adaptada à sua capacidade de compreensão, contendo todos os elementos necessários à ponderação e decisão do utente.
71. Quando assim não sucede, é a própria liberdade de escolha (onde se inclui a possibilidade de escolher o agente prestador de cuidados de saúde) do utente que é cerceada, pois que a escolha só poderá considerar-se verdadeiramente livre se o utente se encontrar devidamente informado.
72. Deste modo, importa assegurar que, em momento anterior à prestação de cuidados de saúde, os utentes são devidamente informados sobre a

natureza e o âmbito dos serviços a prestar, designadamente sobre os recursos disponíveis e as questões financeiras (por exemplo, eventuais encargos) e logísticas associadas.

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

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

74. Esta informação pode ser relevante, não só para a decisão do utente quanto à prestação de cuidados de saúde em concreto, mas ainda para que o mesmo, perante os dados que lhe foram dados a conhecer, possa escolher livremente o agente prestador dos cuidados de saúde a que irá recorrer (público, privado ou do sector social).

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

76. Nesse seguimento, deve ter-se presente que “[o] consumidor tem direito: (...) d) [à] informação para o consumo; e) [à] protecção dos interesses económicos; f) [à] prevenção e à reparação dos danos patrimoniais ou não patrimoniais que resultem da ofensa de interesses ou direitos individuais homogêneos, colectivos ou difusos [...]” – Cfr. artigo 3.º do mencionado diploma legal.
77. No que especificamente diz respeito ao direito à informação, importa fazer referência à evolução legislativa verificada nos últimos anos.
78. Na sua primeira redação (introduzida pela Lei n.º 24/96, de 31 de julho), o n.º 1 do artigo 8.º dispunha que “[o] fornecedor de bens ou prestador de serviços deve, tanto nas negociações como na celebração de um contrato, informar de forma clara, objectiva e adequada o consumidor, nomeadamente, sobre características, composição e preço do bem ou serviço, bem como sobre o período de vigência do contrato, garantias, prazos de entrega e assistência após o negócio jurídico”.
79. Com a entrada em vigor, em 28 de abril de 2013 (artigo 7.º), da Lei n.º 10/2013, de 28 de janeiro, que procedeu à alteração da Lei de defesa do consumidor, o n.º 1 do referido artigo 8.º passou a estabelecer que “[o] fornecedor de bens ou prestador de serviços deve, tanto na fase de negociações como na fase de celebração de um contrato, informar de forma clara, objetiva e adequada o consumidor, nomeadamente sobre características, composição e preço do bem ou serviço, bem como sobre o período de vigência do contrato, garantias, prazos de entrega e assistência após o negócio jurídico e consequências do não pagamento do preço do bem ou serviço” – Negrito e sublinhado nosso.
80. Todavia, as alterações mais significativas ao mencionado preceito foram introduzidas pela Lei n.º 47/2014, de 28 de julho¹³.
81. Assim, o n.º 1 do artigo 8.º da Lei de defesa do consumidor passou a dispor o seguinte:

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

“O fornecedor de bens ou prestador de serviços deve, tanto na fase de negociações como na fase de celebração de um contrato, informar o consumidor de forma clara, objetiva e adequada, a não ser que essa informação resulte de forma clara e evidente do contexto, nomeadamente sobre:

a) As características principais dos bens ou serviços, tendo em conta o suporte utilizado para o efeito e considerando os bens ou serviços em causa;

b) A identidade do fornecedor de bens ou prestador de serviços, nomeadamente o seu nome, firma ou denominação social, endereço geográfico no qual está estabelecido e número de telefone;

c) O preço total dos bens ou serviços, incluindo os montantes das taxas e impostos, os encargos suplementares de transporte e as despesas de entrega e postais, quando for o caso;

d) O modo de cálculo do preço, nos casos em que, devido à natureza do bem ou serviço, o preço não puder ser calculado antes da celebração do contrato;

e) A indicação de que podem ser exigíveis encargos suplementares postais, de transporte ou de entrega e quaisquer outros custos, nos casos em que tais encargos não puderem ser razoavelmente calculados antes da celebração do contrato;

f) As modalidades de pagamento, de entrega ou de execução e o prazo de entrega do bem ou da prestação do serviço, quando for o caso;

g) O sistema de tratamento de reclamações dos consumidores pelo profissional, bem como, quando for o caso, sobre os centros de arbitragem de conflitos de consumo de que o profissional seja aderente, e sobre a existência de arbitragem necessária;

h) O período de vigência do contrato, quando for o caso, ou, se o contrato for de duração indeterminada ou de renovação automática, as condições para a sua denúncia ou não renovação, bem como as

respetivas consequências, incluindo, se for o caso, o regime de contrapartidas previstas para a cessação antecipada dos contratos que estabeleçam períodos contratuais mínimos;

i) A existência de garantia de conformidade dos bens, com a indicação do respetivo prazo, e, quando for o caso, a existência de serviços pós-venda e de garantias comerciais, com descrição das suas condições;

j) A funcionalidade dos conteúdos digitais, nomeadamente o seu modo de utilização e a existência ou inexistência de restrições técnicas, incluindo as medidas de proteção técnica, quando for o caso;

k) Qualquer interoperabilidade relevante dos conteúdos digitais, quando for o caso, com equipamentos e programas informáticos de que o fornecedor ou prestador tenha ou possa razoavelmente ter conhecimento, nomeadamente quanto ao sistema operativo, a versão necessária e as características do equipamento;

l) As consequências do não pagamento do preço do bem ou serviço.”.

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

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

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

cuidados de saúde de apresentarem estimativas incompletas ou orçamentos de episódios de tratamento.

85. Assim, se o utente necessita de um tratamento prolongado, que englobe a prática de vários e distintos atos clínicos, o prestador deve informar previamente o utente do custo global de todo o tratamento, e não apenas de alguns dos atos incluídos nesse mesmo tratamento.
86. O utente deve saber, com o maior rigor e aproximação possível, qual o custo total do tratamento e da intervenção que lhe é proposta, por forma a poder confirmar se tem capacidade para suportar tais custos, por si próprio ou através de um qualquer subsistema ou contrato de seguro de que seja titular.
87. No caso da entidade prestadora de cuidados de saúde ter celebrado um contrato com uma entidade terceira (por hipótese, um subsistema de saúde ou uma companhia de seguros), com o propósito de definir a prestação de cuidados de saúde a um grupo de utentes (no caso, beneficiários do subsistema ou do contrato de seguro), compete-lhe prestar todas as informações necessárias e relevantes, designadamente sobre os preços dos serviços acordados, para que os utentes beneficiários possam tomar uma decisão quanto aos cuidados de saúde propostos.
88. Em especial, cumpre à entidade prestadora de cuidados de saúde informar os utentes sobre os cuidados de saúde que estão abrangidos pelo contrato celebrado com o subsistema ou companhia de seguros, sobre as responsabilidades financeiras destas entidades e dos próprios utentes, no que diz respeito ao pagamento do preço devido pelos cuidados prestados, ou ainda sobre os documentos, requisitos administrativos a preencher, autorizações ou outros procedimentos que se revelem necessários cumprir no âmbito do referido contrato.
89. A este propósito, importa sublinhar que, nos termos do n.º 2 da Base 27 da nova LBS, “[o]s *estabelecimentos de saúde informam as pessoas sobre os custos a suportar pela prestação de cuidados de saúde ao*

abrigo de seguros e planos de saúde, incluindo os da totalidade da intervenção proposta, salvo quando justificadamente não dispuserem dos elementos necessários à prestação dessa informação.”.

90. Noutra ordem de considerações, quando os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde do sector privado ou social forem detentores de convenções com o SNS, com a ADSE ou outros subsistemas de saúde públicos ou privados ou com redes de seguros de saúde, devem ter um especial cuidado na transmissão da informação sobre as condições de acesso dos utentes aos cuidados de saúde por si prestados.
91. De facto, a informação sobre as convenções detidas por um prestador constitui um elemento relevante para o exercício da livre escolha pelo utente do prestador de cuidados de saúde a que pretende recorrer.
92. Deve, assim, ser acautelado que, em momento anterior ao da prestação de cuidados de saúde, os utentes sejam integralmente informados sobre a existência de convenções, suas aplicações a cada ato ou exame de que necessitam e eventuais exclusões aplicáveis.
93. Assim deverá suceder, pois a informação errónea do utente, a falta de informação ou a omissão de um dever de informar são suficientes quer para distorcer a liberdade de escolha dos utentes, quer para facilitarem – ou mesmo criarem – situações de lesões de direitos e interesses financeiros dos utentes.
94. Não sendo admissível que um prestador possa propor-se iniciar a prestação de cuidados de saúde sem previamente informar o utente da extensão da convenção por si celebrada, também não é admissível que a informação publicamente prestada pelo mesmo relativamente às convenções por si detidas não apresente qualquer referência a eventuais limitações ou restrições que possam ser aplicáveis, nem qualquer referência, por exemplo, à possibilidade de parte dos profissionais de saúde não se encontrarem abrangidos por determinada convenção.

95. Ora, a informação quanto à existência de convenções e ao seu conteúdo – divulgada tanto pelos subsistemas como pelos prestadores convencionados – não pode, também ela, deixar de ser completa, verdadeira e inteligível.
96. Na medida em que o utente não tem, regra geral, conhecimento direto dos textos das convenções celebradas entre os prestadores e as entidades financiadoras, importa assim garantir que esta informação prestada ao utente é suficiente e atempada para uma tomada de consciência do conteúdo da convenção, no que respeita às repercussões – designadamente financeiras – que resultam para o utente da relação contratual estabelecida entre o subsistema e o prestador.
97. Desta forma, não basta que o utente venha a ser informado da limitação do objeto da convenção posteriormente a ter já orientado a sua escolha para um determinado prestador.
98. É necessário, pelo contrário, que a informação que lhe é disponibilizada seja, como já referido, suficiente e atempada para dotar o utente medianamente esclarecido dos instrumentos necessários ao exercício da liberdade de escolha nas unidades de saúde do setor privado e social.
99. Como se percebe, o direito à informação (e o concomitante dever de informar) assume(m) importância fundamental e estruturante da relação estabelecida entre os prestadores de cuidados de saúde e os utentes.
100. Na verdade, o direito do utente à informação deve modelar todo o quadro de relações, atuais e potenciais, entre utentes e prestadores de cuidados de saúde.
101. Neste sentido, para que os princípios da transparência e lealdade vigentes em matéria de relações utente-prestador sejam respeitados, a informação, ressalva-se, não pode deixar de ser completa, verdadeira e inteligível.

102. Analisada a situação de um outro ponto de vista, resulta inequívoco que o incumprimento do dever de informar ou a transmissão de informação errónea ou incompleta revelam-se idóneas para distorcer o exercício da liberdade de escolha dos utentes, podendo mesmo facilitar (e até criar) situações de lesão de direitos e interesses financeiros dos utentes.
103. É que o direito do utente à informação constitui também um elemento fundamental para a construção e solidificação da relação de confiança que deve estabelecer-se entre os prestadores de cuidados de saúde e os utentes, uma relação, como é consabido, que é assimétrica por natureza no que diz respeito aos conhecimentos (técnicos, legais, administrativos, etc.) que ambas as partes dispõem.
104. Efetivamente, na larguíssima maioria das situações, o utente não dispõe da informação (por vezes, mínima) com relevo para a ponderação e decisão que lhe compete, razão pela qual, regra geral, delega essa decisão numa outra entidade que possui essa informação: o agente da oferta, ou mais concretamente, o profissional de saúde;
105. Ora, nesta delegação de direitos de propriedade sobre o consumo – que, em boa verdade, consubstancia uma relação de agência, na qual o agente é o representante do principal (utente consumidor) –, exige-se que a decisão sobre o consumo respeite integralmente as necessidades e as preferências do utente consumidor.
106. Note-se, ademais, que nos mercados de serviços de saúde predomina a comumente denominada “informação imperfeita” dos cidadãos em relação à saúde e à doença.
107. De facto, é natural que o utente (ou os seus representantes) detetem(m) ou identifiquem a existência de um sintoma, ainda que, grosso modo, não sejam capazes de determinar a sua origem, avaliar a sua gravidade ou descortinarem a terapêutica adequada para resolução do problema.

108. Essa determinação e avaliação compete, por sua vez, ao profissional de saúde, que, por dispor de conhecimentos e informações próprias da sua função e formação profissional (por exemplo, os atos ou meios complementares de diagnóstico cuja realização se impõe), conduzirá ao tratamento adequado.
109. É justamente por existir esta assimetria de conhecimentos e informações que se exige que o utente (ou os seus representantes), antes de decidir(em) (ou não), pela realização de um determinado exame ou tratamento, seja(m) informado(s) de forma completa, clara e verdadeira, “sobre a sua situação, o objetivo, a natureza, as alternativas possíveis, os benefícios e riscos das intervenções propostas e a evolução provável do seu estado de saúde em função do plano de cuidados a adotar”.
110. Acresce que, assumindo o utente a posição de consumidor de um serviço, a iniciativa de informar deve sempre partir do prestador de cuidados de saúde, que não poderá, obviamente, escudar-se na circunstância de o interessado “não ter perguntado”, “ter o dever de saber” ou de “já ter sido informado noutra ocasião”.
111. Deve, pois, o prestador de cuidados de saúde agir com especial cuidado na execução do seu dever de informar os utentes de todos os aspetos que podem influenciar a sua decisão final de escolha, fazendo-o, ademais, com o propósito de garantir a salvaguarda do princípio da transparência na relação com o utente.
112. Em síntese, a liberdade de escolha constitui um dos pilares fundamentais da relação utente-prestador, devendo ser assegurado que a assimetria de informação existente entre as partes não resulta em prejuízo, direto ou indireto, dos direitos do utente.
113. Deste modo, o utente só estará em condições de exercer a liberdade de escolha que lhe assiste (em relação à proposta terapêutica que lhe é apresentada e no que diz respeito ao estabelecimento a que recorrerá para lhe sejam prestados os cuidados de saúde de que

carece) se dispuser de conhecimento efetivo e pleno de todos os elementos fundamentais necessários para a sua decisão

Recomendação emitida pela ERS em 11 de março de 2011

114. Na sequência do elevado número de situações trazidas ao conhecimento da ERS referentes à prática de elaboração de orçamentos, bem como de faturação extemporânea e de ausência de informação aos utentes, relativa ao preço de atos relativos à prestação de cuidados de saúde, o então designado Conselho Diretivo desta Entidade Reguladora, em 11 de março de 2011, emitiu a seguinte Recomendação¹⁴ aos prestadores privados de cuidados de saúde, no sentido de enfatizar a importância do respeito integral pelo direito dos utentes na obtenção de informação rigorosa, transparente e atempada, em contexto de prestação de cuidados de saúde:

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

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

(iii) devem respeitar o direito à quitação integral e incondicional de todos os seus utentes que procedam à liquidação dos valores resultantes dos

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

cuidados médicos recebidos, abstendo-se de proceder à emissão de facturas posteriores ao momento da alta dos utentes;

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

Recomendação emitida pela ERS em 16 de outubro de 2020¹⁵

115. Ainda no exercício das suas atribuições e competências, e a propósito da mesma temática, a ERS teve, igualmente, oportunidade de intervir sobre a matéria em apreço nos presentes autos, nomeadamente através da Recomendação de 16 de outubro de 2020, emitida no âmbito do processo de inquérito registado internamente sob o n.º ERS/003/2017¹⁶, e que foi dirigida a vários prestadores privados de cuidados de saúde¹⁷.

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

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

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

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

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

¹⁷ À Lusíadas, S.A., à Fundação Dr.ª Anna de Sommer Champalimaud e Dr. Carlos Montez Champalimaud, ao Hospital da Luz Arrábida, S.A., ao H.P.T - Hospital Privado da Trofa, S.A e ao Hospital CUF Porto, SA.

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

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

(...)

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

a. Designadamente, cabem neste âmbito informações sobre os meios humanos e técnicos existentes e disponíveis no estabelecimento em causa, para a prestação dos cuidados de saúde necessários; sobre as regras de acesso e de referenciação em vigor no âmbito do SNS; sobre autorizações prévias a emitir por entidades terceiras; sobre preços e orçamentos referentes à prestação de cuidados de saúde em causa; sobre a natureza e regras da convenção que o prestador de saúde tenha celebrado com um qualquer subsistema de saúde, que abranja o pagamento ou o reembolso dos valores devidos pela execução dos atos propostos.

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

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

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

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

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

g. No caso da entidade prestadora de cuidados de saúde ter celebrado um contrato com uma entidade terceira (por hipótese, um subsistema de saúde ou uma companhia de seguros), com o propósito de definir a prestação de cuidados de saúde a um grupo de utentes (no caso, beneficiários do subsistema ou do contrato de seguro),

compete-lhe prestar todas as informações necessárias e relevantes, designadamente sobre os preços dos serviços acordados, para que os utentes beneficiários possam tomar uma decisão quanto aos cuidados de saúde propostos.

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

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

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

k. Sempre que um qualquer prestador de cuidados de saúde assumir, perante o utente, a obrigação de efetuar as comunicações necessárias com entidades terceiras (sejam subsistemas de saúde, companhias de seguros, entidades patronais ou outras), prévia ou

contemporaneamente à prestação de cuidados de saúde, essa obrigação deverá ser cumprida e respeitada na íntegra, enquanto se mantiver a relação de prestação de serviços de saúde, o que se revestirá de particular acuidade sempre que, em razão dos cuidados prestados, o utente se encontre em situação de debilidade ou incapacidade para encetar pelos próprios meios as referidas comunicações com a entidade financiadora. (...)”.

Do Alerta de Supervisão da ERS n.º 2/2025, de 2 de agosto de 2025

118. No dia de agosto de 2025, a ERS emitiu o seguinte Alerta de Supervisão (dirigido aos estabelecimentos e serviços dos setores privado, cooperativo e social):

“1) Deve ser garantida a prestação de informação aos utentes sobre a totalidade dos aspetos financeiros que a prestação de cuidados de saúde irá implicar.

2) Os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde devem assegurar que a informação é transmitida aos utentes de forma:

a. Antecipada, isto é, de maneira a não colocar o utente numa situação de pressão quanto à decisão a tomar;

b. Completa, objetiva e fidedigna, quer dizer, contendo todos os elementos necessários à ponderação e decisão do utente;

c. Inteligível, ou seja, adaptada à capacidade de compreensão do utente, considerando a sua personalidade, as suas características e opções pessoais, o seu grau de instrução e os seus conhecimentos sobre a sua condição clínica;

d. Pró-ativa, isto é, facultando diretamente ao utente toda a informação sobre aqueles aspetos essenciais, independentemente de tal lhe ter sido solicitado ou de poder aceder a tal informação por outra via.

3) Deve ser transmitida aos utentes uma previsão de custos correta sobre a totalidade dos aspetos financeiros que a prestação de cuidados de saúde irá implicar, designadamente:

a. Atos clínicos, exames, consumíveis, fármacos e piso de sala cujo pagamento, previsivelmente, lhes seja exigível;

b. Quando tal estimativa não seja possível, no todo ou em parte, os utentes devem ser claramente informados dessa impossibilidade e, sempre que possível, advertidos da relevância que os elementos em falta poderão ter no custo total;

c. No caso dos tratamentos prolongados¹⁸, os utentes deverão ser informados do custo global de todo o tratamento e não apenas de alguns dos atos incluídos nesse mesmo tratamento.

4) No âmbito da prestação de cuidados de saúde ao abrigo de uma convenção ou acordo com uma entidade terceira (Serviço Nacional de Saúde, subsistema de saúde ou companhia de seguros), deverão ser prestadas aos utentes todas as informações necessárias e relevantes, designadamente sobre:

a. Os cuidados de saúde abrangidos pela convenção ou pelo contrato celebrado e os respetivos preços acordados;

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

c. Os documentos, os requisitos administrativos a preencher, as autorizações ou outros procedimentos que se revelem necessários cumprir no âmbito da referida convenção ou do respetivo contrato.

¹⁸ Entende-se por tratamento prolongado aquele que engloba a prática de vários e distintos atos clínicos.

5) No caso específico do acesso a cuidados de saúde ao abrigo de seguros e planos de saúde, os utentes devem ser informados sobre os custos a suportar pela prestação de cuidados de saúde, incluindo os da totalidade da intervenção proposta, salvo quando a respetiva entidade prestadora, justificadamente, não dispuser dos elementos necessários à prestação dessa informação¹⁹.”

IV. Da análise da situação concreta

119. Na sequência das diligências de averiguação encetadas e, bem assim, da análise atenta e rigorosa dos elementos carreados para os presentes autos, logrou-se apurar, em síntese, o seguinte:

- a) À data dos factos adiante descritos, a UOC era titular de acordo com a seguradora Médis, nele estando incluída a prestação de cuidados de saúde da especialidade de oftalmologia;
- b) Entre 4 de novembro de 2019 e 20 de maio de 2025, FS foi seguido na especialidade de oftalmologia da UOC, tendo ainda agendada uma consulta para o próximo dia 10 de setembro do ano corrente;
- c) No referido hiato temporal, FS realizou na UOC:
 - Em 22 de janeiro de 2020, uma cirurgia refractiva com recurso a técnica de laser assisted in-situ keratomileusis (LASIK);
 - Em 24 de janeiro de 2020, uma cirurgia de queratoplastia penetrante no mesmo olho e, posteriormente, do implante de uma lente fáquica de câmara posterior ICL;
 - 14 consultas de oftalmologia, mais precisamente nos dias 4 de novembro de 2019, 27 de janeiro, 12 de março, 2 e 9 de julho de 2020, 23 e 26 de abril, 3 e 31 de maio e 10 de

¹⁹ Cfr. Base 27, n.º 2 da Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 95/2019, de 04 de setembro.

setembro de 2021, 8 de fevereiro de 2022, 14 de março de 2023, 14 de maio de 2024 e 20 de maio de 2025;

- Uma topografia no dia 10 de setembro de 2021;
- d) No que especificamente diz respeito à consulta de oftalmologia de 20 de maio de 2025, a mesma foi agendada previamente por FS junto de CF (profissional que, à data, se encontrava ao serviço e sob as ordens e instruções da UOC), o que o utente fez enquanto beneficiária do seguro de saúde Médis;
- e) Assim, no dia 20 de maio de 2025, FS dirigiu-se à UOC, onde realizou a sobredita consulta de oftalmologia, a qual foi assegurada pela Professora Doutora MJQ;
- f) No decurso desta consulta, a Professora Doutora MJQ considerou pertinente e necessária a realização por parte da utente de dois exames, a saber: *“Aval. visão binocular perto e longe c/ testes subj. fixação”* e *“Biomicroscopia especular”*;
- g) Os referidos exames são de natureza não invasiva, correntes em consultas de revisão oftalmológica, e encontram-se dentro do protocolo clínico habitual definido pelo médico assistente da UOC;
- h) Acontece que a UOC, por intermédio da Professora Doutora MJQ e/ou de qualquer outro profissional que, à data, se encontrasse ao seu serviço e sob suas ordens e instruções, não informou previamente o utente FS que, não estando aqueles exames incluídos no montante global da consulta de oftalmologia, seriam cobrados autonomamente, perfazendo o custo global de 43,00 EUR (20,00 EUR decorrentes da *“Aval. visão binocular perto e longe c/ testes subj. fixação”* e 23,00 EUR atinentes à *“Biomicroscopia especular”*);
- i) Na verdade, só aquando da faturação dos serviços prestados, é que a UOC, por intermédio de CF informou FS que, aos valores

atinentes à consulta de oftalmologia, acrescia ainda a quantia devida pela realização daqueles dois exames;

j) Neste sentido, a UOC emitiu em nome de FS:

- Fatura-Recibo n.º [...], no valor global de 50,00 EUR (cinquenta euros), fruto da soma das seguintes rubricas: “2ª Consulta de Oftalmologia” (30,00 EUR) e “Aval. visão binocular perto e longe c/ testes subj. fixação” (20,00 EUR);
- Fatura-Recibo n.º [...], no valor global de 23,00 EUR (vinte e três euros) e que se reporta ao seguinte exame: “Biomicroscopia especular”;

k) Nesse mesmo dia 20 de maio de 2025, FS procedeu ao pagamento do valor constante daquelas duas faturas.

120. Conforme decorre da factualidade supra enunciada, a decisão de FS de realizar na UOC uma consulta de oftalmologia assentou em dois pressupostos fundamentais.

121. Por um lado, a existência de um acordo para a prestação de cuidados de saúde da especialidade de oftalmologia entre a UOC e o seguro de saúde de que FS era beneficiário (Médis).

122. Por outro, a informação prévia que o utente recebeu da UOC relativamente ao custo inerente à realização daquela consulta de oftalmologia, quantia, aliás, que FS aceitou pagar.

123. Todavia, o utente não foi previamente informado de que os dois exames realizados no decurso daquela consulta (“Aval. visão binocular perto e longe c/ testes subj. fixação” e “Biomicroscopia especular”), não estando incluídos no montante global da consulta de oftalmologia, seriam cobrados autonomamente, perfazendo o custo global de 43,00 EUR (20,00 EUR, no caso do primeiro exame e 23,00 EUR, no que diz respeito ao segundo exame”).

124. Não obstante, a UOC avançou com a realização daqueles dois exames e cobrou ao utente a quantia de 43,00 EUR (quarenta e três euros) a esse título.
125. A este propósito, a UOC refere, em primeiro lugar, que “*adota um modelo de faturação transparente, com afixação dos preços nas suas instalações*”.
126. Em segundo lugar, o prestador em apreço acrescenta que “*todos os [seus] colaboradores estão instruídos para informar os utentes, sempre que tal seja solicitado ou clinicamente pertinente*”.
127. Acontece que tal *modus operandi* da UOC não se revela conforme o sentido e alcance do direito à informação e a liberdade de escolha dos utentes dos serviços de saúde.
128. De facto, o cumprimento daqueles dois direitos dos utentes exige, pois, da parte do prestador de cuidados de saúde a adoção de uma postura pró-ativa, tomando a iniciativa de facultar ao paciente toda a informação sobre aspetos essenciais à sua tomada de decisão, designadamente as implicações financeiras que a prestação de cuidados de saúde pode acarretar, independentemente de tal lhe ter sido solicitado ou de poder aceder a tal informação por outra via.
129. Na verdade, essa postura pró-ativa exige ainda que a informação seja facultada ao utente de forma direta e expressa, não cumprindo o seu dever de informação o prestador que se limita a aconselhar o seu interlocutor a tentar obter os esclarecimentos necessários através da consulta do preço, da tabela de preços ou da informação disponível na internet.
130. Note-se, ademais, que *in casu* o dever de facultar ao utente informação, de forma antecipada e expressa, sobre os custos daqueles exames era acrescido, tanto mais que, conforme confirmado pelo próprio prestador, os exames são “*correntes em consultas de revisão oftalmológica*”, encontrando-se mesmo “*dentro do protocolo clínico habitual definido pelo médico assistente*” da UOC.

131. Neste sentido, ao atuar nos termos supra descritos, a UOC não salvaguardou o direito à informação do utente FS, cerceando, ademais, a sua liberdade de escolha (Base 2, n.º 1, alíneas c) e d) e Base 27, n.º 2 da LBS, e artigos 2.º e 7.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março e 3.º, alínea d) e 8.º, n.º 1 da Lei n.º 24/96, de 31 de julho).
132. Por ser assim, justifica-se a emissão da instrução adiante descrita, a qual, no essencial, insta a UOC a garantir, de forma permanente, estes dois importantíssimos direitos dos utentes, adotando, para o efeito, procedimentos internos em conformidade com o sentido e alcance dos direitos à informação e à liberdade de escolha que acima se explanou.
133. Numa outra perspetiva, a cobrança da quantia atinente à realização daqueles dois exames, na medida em que violou aqueles dois direitos do utente FS, lesou os interesses financeiros legítimos daquele paciente, razão pela qual deverá, igualmente, ser emitida uma ordem à UOC no sentido de restituir a FS a quantia de 43,00 EUR (quarenta e três euros).
134. Finalmente, uma vez que a violação da liberdade de escolha dos utentes dos serviços de saúde configura a prática da contraordenação prevista e punível nos termos previstos no artigo 61.º, n.º 2, alínea b), subalínea iv) dos Estatutos da ERS, deverá ainda ser determinada, a final, a abertura do respetivo processo contraordenacional contra a UOC.

V. DA AUDIÊNCIA DE INTERESSADOS

135. A presente deliberação foi precedida de audiência escrita dos interessados, nos termos e para os efeitos do disposto no n.º 1 do artigo 122.º do Código do Procedimento Administrativo, aplicável *ex vi* do artigo 24.º dos Estatutos da ERS, tendo para o efeito sido chamados a pronunciarem-se, relativamente ao projeto de deliberação da ERS, o reclamante FS e a UOC.

136. Todavia, decorrido o prazo legal concedido para o efeito, a ERS não rececionou qualquer pronúncia escrita dos aludidos interessados.
137. Neste sentido, considerando que, em sede audiência dos interessados, não foram trazidos ao conhecimento da ERS quaisquer factos capazes de infirmar ou alterar o sentido do projeto de deliberação da ERS, deve o seu conteúdo ser mantido na íntegra.

VI. DECISÃO

138. Tudo visto e ponderado, propõe-se ao Conselho de Administração da ERS, nos termos e para os efeitos do preceituado nas alíneas a) e b) do artigo 19.º, no n.º 2 do artigo 22.º e na alínea a) do artigo 24.º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, emitir uma ordem à UOC-Unidade de Oftalmologia de Coimbra, S.A. no sentido de:
- (i) Anular parcialmente a n.º [...], emitida em nome do utente FS, nomeadamente no que diz respeito à rubrica atinente à “*Aval. visão binocular perto e longe c/ testes subj. fixação*”, restituindo à mencionado utente a quantia de 20,00 EUR (vinte euros), a qual foi cobrada em violação dos interesses financeiros legítimos do paciente;
 - (ii) Anular a n.º [...], emitida em nome do utente FS, nomeadamente no que diz respeito à rubrica atinente à “*Biomicroscopia especular*”, restituindo à mencionado utente a quantia de 23,00 EUR (vinte e três euros), a qual foi cobrada em violação dos interesses financeiros legítimos do paciente;
 - (iii) Dar cumprimento imediato à ordem emitida, bem como dar conhecimento à ERS, no prazo máximo de 5 (cinco) dias após a notificação da deliberação final, das medidas e/ou procedimentos por si adotados para cumprimento do determinado nos pontos anteriores;

139. Ao abrigo das disposições legais identificadas no número precedente, mais se propõe ao Conselho de Administração da ERS emitir uma instrução à UOC-Unidade de Oftalmologia de Coimbra, S.A., no sentido de:

(i) Garantir, em permanência e em todo o processo de prestação de cuidados de saúde, a liberdade de escolha dos utentes e o seu direito a serem informados com verdade e antecedência, de forma clara, completa e adaptada à sua capacidade de compreensão (contendo todos os elementos necessários para a sua ponderação e decisão) sobre a natureza e o âmbito dos serviços a prestar, designadamente sobre os recursos disponíveis e as questões financeiras e/ou logísticas associadas, em conformidade com o disposto nas alíneas c) e e) da Base 2 e no n.º 2 da Base 27 da LBS, nos artigos 2.º e 7.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março e 3.º, alínea d) e 8.º, n.º 1 da Lei n.º 24/96, de 31 de julho;

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

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

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

pagamento ou o reembolso dos valores devidos pela execução dos atos propostos.

- b. Deve ser assegurado que aos utentes é transmitida uma previsão de custos correta sobre a totalidade dos aspetos financeiros que a prestação de cuidados de saúde irá implicar, designadamente dos atos clínicos, exames, consumíveis e fármacos que venham a ser previsivelmente prestados ou administrados e cujo pagamento lhes seja exigível;
- c. As entidades prestadoras de cuidados de saúde devem coibir-se de apresentar estimativas ou orçamentos de episódios de tratamento incompletas;
- d. Sempre que não se afigure possível estimar a totalidade dos atos, exames, consumíveis ou fármacos que venham a ser previsivelmente prestados ou administrados, os utentes devem ser claramente informados dessa impossibilidade de estimativa e advertidos da relevância da mesma no custo total;
- e. Se os utentes necessitarem de um tratamento prolongado, que englobe a prática de vários e distintos atos clínicos, deverão os mesmos ser informados do custo global de todo o tratamento, e não apenas de alguns dos atos incluídos nesse mesmo tratamento;
- f. Os utentes devem saber, com o maior rigor e aproximação possível, qual o custo total do tratamento e da intervenção que lhe é proposta, por forma a poderem confirmar se têm capacidade para suportar tais custos, por si próprios ou através de um qualquer subsistema ou contrato de seguro de que seja titular;
- g. Os utentes deverão ser informados sobre os custos a suportar pela prestação de cuidados de saúde ao abrigo de

seguros e planos de saúde, incluindo os da totalidade da intervenção proposta, salvo quando justificadamente não dispuserem dos elementos necessários à prestação dessa informação.

- h. Na eventualidade de ter sido celebrado um contrato com uma entidade terceira (por hipótese, um subsistema de saúde ou uma companhia de seguros), com o propósito de definir a prestação de cuidados de saúde a um grupo de utentes (no caso, beneficiários do subsistema ou do contrato de seguro), deverão ser prestadas todas as informações necessárias e relevantes, designadamente sobre os preços dos serviços acordados, para que os utentes beneficiários possam tomar uma decisão quanto aos cuidados de saúde propostos.
- i. Deverão, igualmente, os utentes ser informados sobre:
 - i. Os cuidados de saúde que estão abrangidos pelo contrato celebrado com o subsistema ou companhia de seguros;
 - ii. As responsabilidades financeiras destas entidades e dos próprios utentes, no que diz respeito ao pagamento do preço devido pelos cuidados prestados;
 - iii. Os documentos, requisitos administrativos a preencher, autorizações ou outros procedimentos que se revelem necessários cumprir no âmbito do referido contrato.
- j. Em caso de (eventual) titularidade de convenções com o SNS, com a ADSE ou outros subsistemas de saúde públicos ou privados ou com seguros de saúde, devem ter um especial cuidado na transmissão da informação sobre as

condições de acesso dos utentes aos cuidados de saúde por si prestados.

- k. Deve ser acautelado que, em momento anterior ao da prestação de cuidados de saúde, os utentes sejam integralmente informados sobre a existência de convenções ou acordos e a sua aplicabilidade no caso concreto, especialmente se os atos propostos se encontram abrangidos nas respetivas coberturas;
 - l. Sempre que assumido, perante o utente, a obrigação de efetuar as comunicações necessárias com entidades terceiras (sejam subsistemas de saúde, companhias de seguros, entidades patronais ou outras), prévia ou contemporaneamente à prestação de cuidados de saúde, essa obrigação deverá ser cumprida e respeitada na íntegra, enquanto se mantiver a relação de prestação de serviços de saúde, o que se revestirá de particular acuidade sempre que, em razão dos cuidados prestados, o utente se encontre em situação de debilidade ou incapacidade para encetar pelos próprios meios as referidas comunicações com a entidade financiadora;
- (iii) Implementar, em especial, os procedimentos e/ou normas internas adequadas ao cumprimento do disposto em (i) e (ii);
- (iv) Assegurar, em permanência, que os procedimentos descritos nas alíneas anteriores são do conhecimento dos seus profissionais e por eles, efetivamente, adotados, logrando assim a divulgação de padrões de qualidade dos cuidados, de recomendações e de boas práticas, com vista à formação e informação dos profissionais de saúde intervenientes;
- (v) Dar cumprimento imediato à presente instrução, bem como dar conhecimento à ERS, no prazo máximo de 30 dias úteis, após a

notificação da presente deliberação, dos procedimentos adotados para o efeito;

140. A instrução e a ordem emitidas constituem decisão da ERS, sendo que a alínea b) do n.º 1 do artigo 61.º dos respetivos Estatutos configura como contraordenação punível, *in casu* com coima de 1 000,00 EUR a 44 891,81 EUR, “[...] o desrespeito de norma ou de decisão da ERS que, no exercício dos seus poderes regulamentares, de supervisão ou sancionatórios determinem qualquer obrigação ou proibição, previstos nos artigos 14.º, 16.º, 17.º, 19.º, 20.º, 22.º, 23.º”.

141. A presente deliberação será levada ao conhecimento da Seguradora Médis.

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

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

Porto, 2 de abril de 2026

© Entidade Reguladora da Saúde, Porto,
Portugal, 2026

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

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



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

