

RECOMENDAÇÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DA ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE

I. ATRIBUIÇÕES DA ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE

1. Nos termos do disposto no n.º 1 do artigo 5.º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de Agosto, a ERS “*tem por missão a regulação, nos termos previstos nos presentes estatutos, da atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde*”, sinalizando a alínea b) do 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*”.
2. 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.º 1), 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).
3. Por outro lado, o artigo 10.º dos aludidos Estatutos define como objetivos da ERS, para além do mais, o de “*assegurar o cumprimento dos critérios de acesso aos cuidados de saúde, nos termos da Constituição e da lei*” (alínea b)), o de “*garantir*

os direitos e interesses legítimos dos utentes” (alínea c)) e, bem assim, o de “zelar pela prestação de cuidados de saúde de qualidade” (alínea d)).

4. Com efeito, a densificação dos objetivos enunciados nas três alíneas supramencionadas é concretizada nos artigos subsequentes dos Estatutos da ERS.
5. Assim, a alínea a) do artigo 12.º estabelece que “[p]ara efeitos do disposto na alínea b) do artigo 10.º incumbe à ERS [a]ssurar 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”.
6. Por sua vez, o artigo 13.º ressalva que, na prossecução do objetivo enunciado na alínea c) do artigo 10.º, 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)).
7. O objetivo traçado na alínea d) do artigo 10.º é densificado no artigo 14.º, 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)).
8. Na senda do disposto na alínea d) do artigo 14.º, e em concretização dos seus poderes de supervisão, o artigo 19.º 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)).

9. Finalmente, aos poderes de supervisão *supra* enunciados acrescem ainda os poderes sancionatórios consagrados no artigo 22.º dos Estatutos da ERS.
10. 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”.
11. No que concretamente respeita à obrigação de assegurar o cumprimento dos critérios de acesso aos cuidados de saúde, se é certo que a violação do direito de acesso, como direito complexo, pode surgir sob diferentes formas, e com origem em causas diversas, não se poderá ignorar que uma das suas violações mais gravosas e últimas se consubstancia na violação da Carta dos Direitos de Acesso.
12. Neste sentido, é estabelecido na alínea a) do n.º 1 do artigo 61.º dos Estatutos da ERS, que “[c]onstitui contraordenação, punível com coima de 750 EUR a 3740,98 EUR ou de 1000 EUR a 44 891,81 EUR, consoante o infrator seja pessoa singular ou coletiva (...) [a] violação dos deveres que consta da «Carta dos direitos de acesso», a que se refere a alínea b) do artigo 13.º [...]”.
13. Assim, atento o quadro legal das suas atribuições e competências, a temática do direito de acesso e, por inerência, do cumprimento dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG), tem sido objeto de atenção constante da ERS, cuja intervenção regulatória se tem regido pelas seguintes linhas de atuação:
 - (i) A ERS tem divulgado junto dos prestadores de cuidados de saúde e das entidades responsáveis pela sua gestão e organização o quadro legal e regulamentar vigente no âmbito dos mecanismos de garantia dos direitos de acesso;
 - (ii) A ERS tem realizado ações de fiscalização com o propósito de avaliar os reais níveis de implementação das obrigações decorrentes do quadro legal

e regulamentar vigente em matéria de TMRG, designadamente as constantes da Carta dos Direitos de Acesso;

- (iii) A ERS tem fomentado junto dos prestadores a necessidade de criação de mecanismos de comunicação e controlo do cumprimento das imposições legais que sobre si impendem;
- (iv) A ERS tem emitido, no exercício dos seus poderes de supervisão, nomeadamente, os previstos nas alíneas a) e b) do artigo 19.º dos seus Estatutos, recomendações e instruções sempre que tal se revela necessário e adequado;
- (v) A ERS tem monitorizado os tempos de espera para atendimento nos prestadores do Serviço Nacional de Saúde (SNS), com especial foco no cumprimento dos TMRG, nomeadamente, fomentando o reporte pelos prestadores das dificuldades sentidas na implementação do quadro legal e regulamentar vigente.

II. ENQUADRAMENTO

A) O direito de acesso a cuidados de saúde

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

15. Por sua vez, a Lei de Bases da Saúde (LBS), aprovada pela Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro em concretização da imposição constitucional contida no referido preceito, especifica no n.º 1 da Base 1 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.*

16. Precisando o n.º 2 da mesma Base 1 que *“O direito à proteção da saúde constitui uma responsabilidade conjunta das pessoas, da sociedade e do Estado e*

compreende o acesso, ao longo da vida, à promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde, a cuidados continuados e a cuidados paliativos". Por fim, segundo o n.º 4 da Base 1, "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."

17. Com efeito, de acordo com o n.º 1 da Base 2 da LBS, sob a epígrafe "*Direitos e deveres das pessoas*", "*Todas as pessoas têm direito:*

a) À proteção da saúde com respeito pelos princípios da igualdade, não discriminação, confidencialidade e privacidade;

b) A aceder aos cuidados de saúde adequados à sua situação, com prontidão e no tempo considerado clinicamente aceitável, de forma digna, de acordo com a melhor evidência científica disponível e seguindo as boas práticas de qualidade e segurança em saúde;

c) A escolher livremente a entidade prestadora de cuidados de saúde, na medida dos recursos existentes;

d) A receber informação sobre o tempo de resposta para os cuidados de saúde de que necessitem;

e) A ser 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;

f) A decidir, 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;

g) A aceder livremente à informação que lhes respeite, sem necessidade de intermediação de um profissional de saúde, exceto se por si solicitado;

h) A ser acompanhadas por familiar ou outra pessoa por si escolhida e a receber assistência religiosa e espiritual;

i) A apresentar sugestões, reclamações e a obter resposta das entidades responsáveis;

j) A intervir nos processos de tomada de decisão em saúde e na gestão participada das instituições do SNS;

k) A constituir entidades que as representem e defendam os seus direitos e interesses, nomeadamente sob a forma de associações para a promoção da saúde e prevenção da doença, de ligas de amigos e de outras formas de participação que a lei preveja;

l) À promoção do bem-estar e qualidade de vida durante o envelhecimento, numa perspetiva inclusiva e ativa que favoreça a capacidade de decisão e controlo da sua vida, através da criação de mecanismos adaptativos de aceitação, de autonomia e independência, sendo determinantes os fatores socioeconómicos, ambientais, da resposta social e dos cuidados de saúde.”.

18. Reflexamente, no n.º 1 da Base 6, sob a epígrafe “Responsabilidade do Estado”, a LBS estabelece que “*A responsabilidade do Estado pela realização do direito à proteção da saúde efetiva-se primeiramente através do SNS e de outros serviços públicos, podendo, de forma supletiva e temporária, ser celebrados acordos com entidades privadas e do setor social, bem como com profissionais em regime de trabalho independente, em caso de necessidade fundamentada.*”

19. Sendo que, nos termos do n.º 1 da Base 20 se estabelece que “*O SNS é 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*”, concretizando o n.º 2 da referida Base 20 que “*O SNS pauta a sua atuação pelos seguintes princípios:*

a) Universal, garantindo a prestação de cuidados de saúde a todas as pessoas sem discriminações, em condições de dignidade e de igualdade;

b) Geral, assegurando os cuidados necessários para a promoção da saúde, prevenção da doença e o tratamento e reabilitação dos doentes;

c) Tendencial gratuitidade dos cuidados, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos;

d) Integração de cuidados, salvaguardando que o modelo de prestação garantido pelo SNS está organizado e funciona de forma articulada e em rede;

e) Equidade, promovendo a correção dos efeitos das desigualdades no acesso aos cuidados, dando particular atenção às necessidades dos grupos vulneráveis;

f) Qualidade, 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;

g) Proximidade, garantindo que todo o país dispõe de uma cobertura racional e eficiente de recursos em saúde;

h) Sustentabilidade financeira, tendo em vista uma utilização efetiva, eficiente e de qualidade dos recursos públicos disponíveis;

i) Transparência, assegurando a existência de informação atualizada e clara sobre o funcionamento do SNS”.

20. Por fim, é plasmado no n.º 1 da Base 25 que, “Tendo 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”.

B) Enquadramento legislativo dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG)

21. A **Lei n.º 41/2007, de 24 de agosto**¹, constituiu um elemento particularmente relevante na concretização do direito de acesso aos cuidados de saúde por utentes do SNS, porquanto nela se estabeleceram:

¹ Aprovada por unanimidade pela Assembleia da República, evidenciando a determinação inequívoca dos órgãos de soberania quanto à fundamentalidade do respeito pelo direito de acesso com o conteúdo então ali estabelecido.

- (i) Os termos da Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos utentes do Serviço Nacional de Saúde (doravante, Carta dos Direitos de Acesso);
 - (ii) A definição e estabelecimento de “Tempos Máximos de Resposta Garantidos” (TMRG) e o direito à informação sobre os mesmos;
 - (iii) A previsão de sancionamento por infração ao disposto na Lei n.º 41/2007; e
 - (iv) O direito dos utentes reclamarem para a ERS sempre que considerem estar perante o desrespeito do estabelecido na referida Lei n.º 41/2007.
22. Os concretos TMRG viriam, então, a ser definidos pela **Portaria n.º 1529/2008, de 26 de dezembro**, valendo para todo o tipo de prestações de saúde sem carácter de urgência nos estabelecimentos do SNS, passando, bem assim, a ser tidos em conta na contratualização, na revisão ou no estabelecimento de novos contratos com entidades convencionadas, positivando-se igualmente os deveres de prestação de informação dos prestadores aos utentes dos então novos TMRG.
23. Posteriormente, a **Portaria n.º 87/2015, de 23 de março**, veio revogar a Portaria n.º 1529/2008 e alterar o enquadramento dos TMRG, reforçando o direito de acesso dos utentes a cuidados de saúde de qualidade em tempo adequado e promovendo a dignificação normativa do direito à informação por via da sua consagração no artigo 4.º.
24. A Portaria n.º 87/2015 foi aprovada na Assembleia da República novamente por unanimidade, daí se inferindo que, quase 7 anos decorridos desde a aprovação da Lei n.º 41/2007, de 24 de agosto, o legislador reiterou, de forma expressa, a sua vontade de aplicação e cumprimento efetivos dos TMRG no âmbito do SNS.
25. De referir que a aprovação da *supra* referida Portaria n.º 87/2015 se deu na sequência da aprovação da **Lei n.º 15/2014, de 21 de março**, que revogou a Lei n.º 41/2007, de 24 de agosto, e compilou os direitos dos utentes de cuidados de saúde num só diploma, reiterando o disposto na Carta dos Direitos de Acesso com a inclusão de TMRG como um elemento fundamental e basilar de tais direitos dos utentes.
26. Ademais, a Lei n.º 15/2014, de 21 de março, veio consagrar expressamente o regime sancionatório aplicável por infração ao disposto no seu capítulo V, relativo à Carta dos Direitos de Acesso, diferentemente do que ocorria anteriormente na Lei n.º

41/2007, de 24 de agosto. Assim, nos termos do disposto no artigo 29.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março, “o regime sancionatório por infração ao disposto neste capítulo consta do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 maio”, sendo que, considerando o disposto no n.º 2 do artigo 6.º do Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto (Estatutos da ERS), as remissões previstas para esse diploma legal consideram-se, desde a entrada em vigor deste último, “[...] efetuadas para o regime constante dos estatutos da ERS [...]”.

27. No seguimento da aprovação do **Decreto-Lei n.º 44/2017, de 20 de abril**² (que concretizou a primeira alteração à Lei n.º 15/2014, de 21 de março), e da **Portaria n.º 147/2017, de 27 de abril** (que regula o novo Sistema Integrado de Gestão do Acesso, SIGA), a **Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio**, redefiniu, reforçou e alargou os TMRG, de modo a melhorar o acesso atempado aos cuidados de saúde, alargando igualmente tal exigência de melhoria às prestações de cuidados de saúde programados.
28. Em termos de estrutura, e tal como acontecia na anterior Portaria n.º 87/2015, de 23 de março, a nova Portaria n.º 153/2017 divide-se em quatro secções: um articulado inicial; o Anexo I, onde são definidos os concretos TMRG; o Anexo II, onde constam definições, conceitos e notas técnicas; e, finalmente, o Anexo III, no qual se encontra vertida a Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do SNS.
29. No articulado inicial, e em relação à anterior Portaria n.º 87/2015 de 23 de março, há a notar a alteração da alínea d) do artigo 4.º, que passa a impor aos prestadores o dever de informar o utente sempre que a capacidade de resposta de um estabelecimento do SNS não seja adequada (antes lia-se “esgotada”) e sempre que haja possibilidade de referenciação para outros estabelecimentos do SNS ou outras entidades com acordos ou convenções. Assim, assiste-se a um reforço deste sub-dever de informação, que passa a contemplar não apenas as situações-limite, em que a capacidade deixou de existir, mas também as situações em que tal capacidade não seja a adequada, o que inclui, os casos em que, independentemente da capacidade de resposta se ter ou não esgotado, a informação disponível permita logo à partida concluir que previsivelmente o TMRG não será respeitado.
30. No que respeita à Carta dos Direitos de Acesso (Anexo III), esta passou a incluir, no ponto I, duas novas alíneas, as quais reforçam o direito que aos utentes assiste de

² Entrou em vigor no dia 1 de junho de 2017.

escolher o prestador de cuidados de saúde no âmbito do SNS e, sobretudo, o direito de participar na construção e execução do seu plano de cuidados (direito de participação este já expressamente enfatizado na nova Portaria n.º 147/2017, de 27 de abril, que regula o SIGA, mormente, na alínea e) do n.º 1 do artigo 13.º).

31. Além das concretas alterações que traz, a Portaria n.º 153/2017, mantendo o caminho iniciado nesta matéria 10 anos antes pela Lei n.º 41/2007, reforça claramente a firme intenção do legislador garantir um acesso progressivamente mais célere e amplo dos utentes a cuidados de saúde em todos os estabelecimentos do SNS, bem como naqueles que sejam detentores de acordo ou convenção com o SNS.
32. O que, por sua vez, se traduz, conseqüentemente, na reforçada legitimação da intervenção da ERS, enquanto entidade legalmente competente para o efeito, como garante do cumprimento dos TMRG legalmente previstos.
33. No que respeita às concretas alterações trazidas pela Portaria n.º 153/2017, o seu Anexo I define os TMRG para seis níveis de acesso e cuidados diferentes, o que, desde logo, representa um aumento do elenco anteriormente previsto (o qual contemplava apenas três níveis).;
- (i) Cuidados de saúde primários;
 - (ii) Primeira consulta de especialidade hospitalar;
 - (iii) Avaliação para realização de planos de cuidados de saúde programados;
 - (iv) Realização de MCDT³;
 - (v) Realização de procedimentos hospitalares cirúrgicos programados;
 - (vi) Entidades com acordos e contratos de convenção;
 - (vii) Entidades com contratos no âmbito da RNCCI.
34. Além desta nova especificação para os níveis de acesso e tipo de cuidados previstos, foram introduzidas alterações nos TMRG concretamente definidos.

³ Como há muito vinha sendo recomendado pela ERS; veja-se, a título de exemplo, a Recomendação n.º 2/2014 da ERS, publicada no seu *website*, disponível em: https://www.ers.pt/media/odh1kpx2/recomenda__o_n-_2_2014_mcdt.pdf.

35. Assim, e a título de exemplo, para os cuidados de saúde primários, a lei passa a estabelecer um dualismo subjetivamente orientado, distinguindo os TMRG conforme se trate de cuidados de saúde prestados (i) a pedido do utente, familiares, cuidadores formais ou informais; ou (ii) a pedido de outras unidades funcionais do Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), dos serviços hospitalares, do Centro de Contacto do SNS ou das equipas e unidades da RNCCI. Sendo que, tanto para (i) como para (ii), os TMRG são diferenciados consoante os cuidados estejam ou não relacionados com doença aguda.
36. Quanto às necessidades expressas a ser resolvidas de forma indireta (renovação de medicação, relatórios, cartas de referenciação, etc.), o TMRG de 72 horas passa a ser contado da receção (e não da entrega, como anteriormente previsto) do pedido. Alteração semelhante ocorrendo também com o TMRG de consulta no domicílio, que a Portaria n.º 153/2017 passou a estipular como sendo de 24 horas contadas da receção do pedido.
37. Quanto à primeira consulta de especialidade hospitalar, esta passa a organizar-se em três níveis:
- (i) Primeira consulta de especialidade hospitalar referenciada pelas unidades funcionais do ACES (destaque para a alteração do TMRG de consulta com prioridade normal, que passou de 150 para 120 dias seguidos);
 - (ii) Primeira consulta em situação de doença oncológica suspeita ou confirmada;
 - (iii) Primeira consulta em situação de doença cardíaca suspeita ou confirmada.
38. Quanto à primeira consulta em situação de doença oncológica ou cardíaca suspeita/confirmada, é agora feita uma distinção entre o TMRG para as unidades funcionais do ACES efetuarem a referenciação hospitalar e o TMRG para realização da primeira consulta de especialidade hospitalar, o que evidencia um reforço da celeridade pretendida no acesso a este tipo de cuidados.
39. Foi introduzido, bem assim, um novo TMRG respeitante à avaliação para realização de planos de cuidados de saúde programados, ou seja, situações em que não está em causa nem uma primeira consulta hospitalar nem uma cirurgia *tout court*, mas sim a apreciação da situação clínica do utente e a definição dos passos subsequentes a adotar. Note-se que, para este efeito, é considerado período de avaliação para a realização do plano de cuidados o período decorrido entre a

primeira consulta hospitalar e a elaboração do plano de cuidados mais adequado à situação clínica do utente ou, em alternativa, à emissão de alta do episódio hospitalar.

40. Quanto aos MCDT, foi alargado o leque de cuidados sujeitos a TMRG, que passa a incluir: exames de endoscopia gastroenterológica (TMRG de 90 dias seguidos a contar da indicação clínica); exames de medicina nuclear (TMRG de 30 dias seguidos a contar da indicação clínica); exames de tomografia computadorizada (TMRG de 90 dias seguidos a contar da indicação clínica); ressonâncias magnéticas (TMRG de 90 dias seguidos a contar da indicação clínica); angiografia diagnóstica (TMRG de 30 dias seguidos a contar da indicação clínica), tratamentos de radioterapia (TMRG de 15 dias seguidos a contar da indicação clínica); e os restantes MCDT integrados e em programas de seguimento cujo TMRG se encontra inserido no plano de cuidados programados.
41. Por sua vez, as cirurgias passaram a receber a designação de procedimentos hospitalares cirúrgicos programados, fazendo-se uma clara distinção entre as cirurgias para patologias gerais (as de nível 1 passam a ter TMRG de 180 dias seguidos, em vez dos 270 anteriores), para doença oncológica (TMRG mantêm-se inalterados) e, nova redação, para doença cardíaca (15, 45 e 90 dias seguidos conforme o nível muito prioritário, prioritário e normal, respetivamente).
42. Para as entidades do setor privado e social, os TMRG para as consultas, cirurgias e MCDT continuam a ser os constantes dos respetivos contratos de convenção, bem como nos regulamentos aplicáveis.
43. Finalmente, para entidades com contratos no âmbito da RNCCI, os TMRG passaram a ser os constantes da regulamentação específica a definir no âmbito da RNCCI.

Tabela 1 – Tempos Máximos de Resposta Garantidos

Nível de acesso e tipo de cuidados	Tempos Máximos de Resposta Garantidos
1. Cuidados de saúde primários:	
1.1 Cuidados de saúde prestados na unidade funcional do ACES, a pedido do utente, familiares, cuidadores formais ou informais:	
1.1.1 Motivo relacionado com doença aguda	Atendimento no próprio dia do pedido
1.1.2. Motivo não relacionado com doença aguda	15 dias úteis contados da receção do pedido
1.2 Cuidados de saúde prestados na unidade funcional do ACES, a pedido de outras unidades funcionais do ACES, dos serviços hospitalares, do Centro de Contacto do SNS ou das equipas e unidades da RNCCI:	
1.2.1 Motivo relacionado com doença aguda	Atendimento no próprio dia do pedido
1.2.2 Motivo não relacionado com doença aguda	30 dias úteis contados da receção do pedido
1.3 Necessidades expressas a serem resolvidas de forma indireta:	
1.3.1 Renovação de medicação em caso de doença crónica.	72 horas contados da receção do pedido
1.3.2 Relatórios, cartas de referenciação, orientações e outros documentos escritos (na sequência de consulta médica ou de enfermagem)	72 horas contados da receção do pedido
1.4 Consultas programadas pelos profissionais da unidade funcional do ACES:	Sem TMRG geral aplicável; dependente da periodicidade definida nos programas nacionais de saúde e ou avaliação do clínico.
1.5 Consulta no domicílio:	
1.5.1 A pedido do utente, familiares, cuidadores formais ou informais	24 horas contadas da receção do pedido, se a justificação do pedido for aceite pelo profissional
1.5.2 Programadas pelos profissionais da unidade funcional	De acordo com o plano de cuidados previsto
2. Primeira consulta de especialidade hospitalar:	
2.1 Referenciada pelas unidades funcionais do ACES:	
2.1.1 Muito prioritária	30 dias seguidos a partir do registo do pedido médico dos CSP
2.1.2 Prioritária	60 dias seguidos a partir do registo do pedido médico dos CSP
2.1.3 Prioridade Normal	120 dias seguidos a partir do registo do pedido médico dos CSP
2.2 Primeira consulta de doença oncológica (em situação de doença oncológica suspeita ou confirmada):	
2.2.1 Prazo máximo para os profissionais da unidade funcional do ACES efetuar a referenciação hospitalar:	
2.2.1.1 Urgência diferida (nível 4)	Encaminhamento para urgência ou unidade de atendimento permanente
2.2.1.2 Restantes níveis de prioridade	24 horas contadas da receção do pedido
2.2.2 Prazo máximo para realização da primeira consulta de especialidade hospitalar	
2.2.2.1 Urgência Diferida (nível 4)	Imediato
2.2.2.2 Muito prioritária (nível 3)	7 dias seguidos desde a receção do pedido de consulta
2.2.2.3 Prioritária (nível 2)	15 dias seguidos desde a receção do pedido de consulta
2.2.2.4 Prioridade Normal (nível 1)	30 dias seguidos desde a receção do pedido de consulta
2.3 Primeira consulta hospitalar de cardiologia (em situação de doença cardíaca suspeita ou confirmada):	
2.3.1 Prazo máximo para os profissionais da unidade funcional do ACES efetuar a referenciação hospitalar:	
2.3.1.1 Urgência diferida (nível 3)	Encaminhamento para urgência ou unidade de atendimento permanente
2.3.1.2 Restantes níveis de prioridade	24 horas contadas da receção do pedido
2.3.2 Prazo máximo para realização da primeira consulta de especialidade hospitalar de Cardiologia:	
2.3.2.1 Urgência (nível 3)	Imediato
2.3.2.2 Doentes Prioritários (nível 2)	15 dias seguidos desde a receção do pedido de consulta
2.3.2.3 Doentes Eletivos (nível 1)	30 dias seguidos desde a receção do pedido de consulta
3. Avaliação para realização de planos de cuidados de saúde programados	
3.1 Urgência diferida (prioridade 4)	24 horas contadas do 1.º contacto com a instituição
3.2 Muito Prioritário (prioridade 3)	7 dias seguidos contados da 1.ª Consulta da especialidade
3.3 Prioritário (prioridade 2)	30 dias seguidos contados da 1.a Consulta da especialidade
3.4 Normal (prioridade 1)	60 dias seguidos contados da 1.a Consulta da especialidade
4. Meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT)	
4.1 Cateterismo cardíaco	30 dias seguidos contados da indicação clínica
4.2 Pacemaker cardíaco	30 dias seguidos contados da indicação clínica
4.3 Exames de Endoscopia Gastroenterológica	90 dias seguidos contados da indicação clínica

Nível de acesso e tipo de cuidados	Tempos Máximos de Resposta Garantidos
4.4 Exames de Medicina Nuclear	30 dias seguidos contados da indicação clínica
4.5 Exames de Tomografia Computorizada	90 dias seguidos contados da indicação clínica
4.6 Exames de Tomografia Computorizada	90 dias seguidos contados da indicação clínica
4.7 Angiografia diagnóstica	30 dias seguidos contados da indicação clínica
4.8 Tratamentos de Radioterapia	15 dias seguidos contados da indicação clínica
4.9 Restantes MCDT integrados e em programas de seguimento	A realizar dentro do TMRG definido para a realização do plano de cuidados programados em que se insere a necessidade de realização do MCDT
5. Realização procedimentos hospitalares cirúrgicos programados:	
5.1 Procedimentos hospitalares cirúrgicos programados:	
5.1.1 Urgência Diferida (nível 4)	72 horas após a indicação cirúrgica
5.1.2 Muito prioritária (nível 3)	15 dias seguidos após a indicação cirúrgica
5.1.3 Prioritária (nível 2)	60 dias seguidos após a indicação cirúrgica
5.1.4 Prioridade Normal (nível 1)	180 dias seguidos após a indicação clínica
5.2 Procedimentos hospitalares cirúrgicos programados na doença oncológica:	
5.2.1 Urgência Diferida (nível 4)	72 horas após a indicação cirúrgica
5.2.2 Muito prioritária (nível 3)	15 dias seguidos após a indicação cirúrgica
5.2.3 Prioritária (nível 2)	45 dias seguidos após a indicação cirúrgica
5.2.4 Prioridade Normal (nível 1)	60 dias seguidos após a indicação clínica
5.3 Procedimentos hospitalares cirúrgicos programados na doença cardíaca:	
5.3.1 Muito prioritária (nível 3)	15 dias seguidos após a indicação cirúrgica
5.3.2 Prioritária (nível 2)	45 dias seguidos após a indicação cirúrgica
5.3.3 Prioridade Normal (nível 1)	90 dias seguidos após a indicação clínica
6. Entidades com acordos e contratos de convenção:	
6.1 Consultas, cirurgia, meios complementares de diagnóstico e terapêutica	O tempo de resposta que conste no contrato de convenção e nos regulamentos aplicáveis
7. Entidades com contratos no âmbito da RNCCI	
7.1 Equipas e unidades de ambulatório e internamento	O tempo de resposta que conste da regulamentação específica a definir no âmbito da RNCCI

Nota: tempos fixados na Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio

44. Neste contexto, importa igualmente atentar na legislação referente ao Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC), regulamentado pela **Portaria n.º 45/2008, de 15 de janeiro**, entretanto alterada pela **Portaria n.º 179/2014, de 11 de setembro**.

45. No seguimento da aprovação do Decreto-Lei n.º 44/2017, de 20 de abril, que consubstanciou a primeira alteração à Lei n.º 15/2014, de 21 de março, a Portaria n.º 147/2017, de 27 de abril, veio concretizar o desiderato de regulamentação do Sistema Integrado de Gestão do Acesso (SIGA) previsto no n.º 5 do artigo 27.º-A do Decreto-Lei n.º 44/2017, revogando, por sua vez, a Portaria n.º 45/2008, de 15 de janeiro, e a Portaria n.º 179/2014, de 11 de setembro, que alterou a primeira.

46. Com efeito, nos termos do n.º 1 do artigo 2.º, a Portaria n.º 147/2017, de 20 de abril, que regula o SIGA SNS, este é um sistema de acompanhamento, controlo e disponibilização de informação integrada, destinado a permitir um conhecimento transversal e global sobre o acesso à rede de prestação de cuidados de saúde SNS,

e a contribuir para assegurar a continuidade desses cuidados e uma resposta equitativa e atempada aos utentes.

47. Segundo o n.º 1 do artigo 4.º da Portaria, o SIGA SNS possui cinco componentes: cuidados primários (SIGA CSP); primeiras consultas de especialidade hospitalar (SIGA 1.ª Consulta Hospitalar); cuidados de saúde hospitalares (SIGA CSH); MCDT (SIGA MCDT) e Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (SIGA RNCCI).
48. De acordo com a alínea c) do n.º 1 do artigo 4.º, o SIGA CSH (cuidados de saúde hospitalares) regula a referenciação e o acesso aos cuidados hospitalares, incluindo, di-lo expressamente a Portaria n.º 147/2017, o SIGIC.
49. O n.º 2 do artigo 9.º estatui que o SIGA CSH é composto por duas vertentes: i) Procedimentos Hospitalares Cirúrgicos, que engloba o SIGIC; e ii) Procedimentos Hospitalares Não Cirúrgicos. A respeito da primeira vertente, o n.º 3 prevê que os utentes a aguardar cuidados de saúde hospitalares programados são inscritos na Lista de Inscritos para Cuidados de Saúde Hospitalares (LICSH) de uma instituição do SNS, mais acrescenta o n.º 4 que o âmbito de aplicação da componente SIGA Procedimentos Hospitalares Cirúrgicos inclui as entidades do setor social e do setor privado com os quais o SNS haja contratado a prestação destes cuidados de saúde aos seus utentes.
50. Todavia, a Portaria n.º 147/2017 prevê um conjunto de regulamentação subsequente a aprovar (n.º 1 do artigo 26.º) nos seguintes prazos (contados da publicação da Portaria n.º 147/2017):
 - a) 90 dias, nos casos previstos no n.º 2 do artigo 8.º e na alínea a) do n.º 5 do artigo 9.º;
 - b) 120 dias, nos casos previstos no n.º 3 do artigo 7.º e no n.º 2 do artigo 10.º;
 - c) 180 dias, nos casos previstos na alínea b) do n.º 5 do artigo 9.º e no n.º 2 do artigo 10.º
51. Prevendo seguidamente o n.º 2 do artigo 26.º que, até à entrada em vigor dessa regulamentação, é aplicável, em tudo o que não colida com o disposto na Portaria, a regulamentação em vigor na data da sua publicação.

52. Por sua vez, o n.º 5 do artigo 9.º estipula que os regulamentos específicos do SIGA CSH são aprovados por Despacho do membro do Governo responsável pela área da Saúde, quer para a vertente SIGA Procedimentos Hospitalares Não Cirúrgicos (alínea b) do n.º 5 do artigo 9.º), quer para a vertente SIGA Procedimentos Hospitalares Cirúrgicos (alínea a) do n.º 5 do artigo 9.º), a qual, como já referido, passou a incluir o SIGIC.
53. Ora, a alínea a) do n.º 1 do artigo 26.º (“*Regulamentação*”) clarifica, então, que o regulamento específico para a vertente SIGA Procedimentos Hospitalares Cirúrgicos será aprovada nos 90 dias seguintes contados da publicação da Portaria n.º 147/2017, ou seja, contados a partir de 27 de abril de 2017.
54. Contudo, até à presente data, e não obstante o decurso do prazo de 90 dias acima referido, não foi ainda aprovada a regulamentação específica aludida na alínea a) n.º 1 do artigo 26.º da Portaria n.º 147/2017, de 27 de abril.
55. Dito isto, importa invocar o estatuído no artigo 9.º do Código Civil: “[a] *interpretação não deve cingir-se à letra da lei, mas reconstituir a partir dos textos o pensamento legislativo, tendo sobretudo em conta **a unidade do sistema jurídico**, as circunstâncias em que a lei foi elaborada e as condições específicas do tempo em que é aplicada*” (n.º 1), sendo certo que “[n]a *fixação do sentido e alcance da lei, o intérprete presumirá que o legislador consagrou as soluções mais acertadas e soube exprimir o seu pensamento em termos adequados*” – negrito e sublinhado nossos.
56. Significa isto, portanto que, sob pena da existência de um vazio legal no que respeita à regulamentação do SIGIC – hipótese, de todo, não pretendida pelo legislador e que feriria, inclusivamente, a unidade do sistema jurídico –, se deve entender, até à aprovação desse novo regulamento específico, que se encontra plenamente em vigor a Portaria n.º 45/2008, de 15 de janeiro (com as alterações introduzidas pela Portaria n.º 179/2014, de 11 de setembro), em tudo o que não colida com a Portaria n.º 147/2017.
57. Neste contexto, é ainda fundamental fazer a menção à **Portaria n.º 615/2008, de 11 de julho**, que aprovou o Regulamento do Sistema Integrado de Referência e de Gestão do Acesso à Primeira Consulta de Especialidade Hospitalar nas Instituições do SNS, designado por Consulta a Tempo e Horas (CTH).
58. A Portaria n.º 615/2008, de 11 de julho, estabeleceu, assim, as primeiras regras específicas e efetivas sobre os TMRG e consagrou regras de organização e

procedimentos a serem implementados em calendarização ali determinada, tendo incumbido as Administrações Regionais de Saúde (ARS), as unidades de cuidados de saúde primários e hospitalares do SNS, bem como a Administração Central do Sistema de Saúde I.P. (ACSS), da obrigação de criação das condições necessárias à utilização do sistema CTH.

59. Tais condições passavam, designadamente, pela obrigação de instalação dos equipamentos informáticos necessários, formação dos profissionais intervenientes, adequação do funcionamento das suas organizações e garantia de acesso ao sistema informático em condições tais que permitissem a cabal referenciação eletrónica de utentes a partir das unidades de cuidados de saúde primários e possibilitando, por outro lado, o acesso à rede informática da saúde em condições de um bom desempenho – cfr. § 5 a 9 da Portaria n.º 615/2008, de 11 de julho.
60. O que significa que o legislador reconheceu e reconhece a necessidade de existirem instrumentos adequados à monitorização do cumprimento dos TMRG, afigurando-se a fidelidade e qualidade da informação a obter neste âmbito como verdadeiramente fulcrais, o que obriga, por sua vez, ao pleno funcionamento do sistema CTH e da total e plena endogeneização, por todos os intervenientes (ACSS, ARS e prestadores primários e hospitalares do SNS), do dever fundamental de respeito pelas regras de acesso aos cuidados de saúde,
61. E, portanto, do dever de criação e manutenção das condições necessárias à efetiva implementação do sistema CTH e ao respeito pelos TMRG.
62. Posteriormente, a **Portaria n.º 95/2013, de 4 de março**, veio revogar a Portaria n.º 615/2008, de 11 de julho, e aprovar um novo Regulamento do Sistema Integrado de Referenciação e de Gestão do Acesso à Primeira Consulta de Especialidade Hospitalar nas instituições do Serviço Nacional de Saúde (CTH).
63. Como consta do seu preâmbulo, a Portaria n.º 95/2013, de 4 de março, procurou *“adequar este Regulamento à nova realidade, mediante a publicação de nova portaria, mantendo-se, no entanto, inalteráveis a finalidade, os objectivos e os princípios, bem como a estrutura organizacional já consagradas naquele normativo [o previsto anteriormente na Portaria n.º 615/2008, de 11 de julho]”*.
64. Mais concretamente, a Portaria n.º 95/2013 teve como desideratos:

“[...] clarificar o acesso à consulta externa hospitalar e alargar ao CTH a referência de pedidos de primeira consulta de especialidade com origem nos hospitais do SNS e com origem em entidades com acordo de cooperação com o SNS. De igual forma, pretende-se clarificar a excecionalidade da referência proveniente de entidades privadas, sendo estes pedidos de consulta geridos pelo CTH.

Pretende-se, igualmente, clarificar as funções do profissional administrativo do hospital de destino dos pedidos de consulta, uma vez que, com a referência inter-hospitalar, os hospitais são também entidades emissoras de pedidos de consulta.

Promove-se, ainda, a distinção entre o CTH e a aplicação informática que lhe dá suporte.

[...].

65. Em suma, o sistema CTH foi e está concebido para funcionar de forma integrada e articulada entre os diversos intervenientes relevantes (prestadores de cuidados primários e hospitalares, ACSS e ARS), assim visando, nos termos legais, garantir o registo e repositório da informação relevante, de forma a assegurar a monitorização dos níveis de cumprimento dos TMRG.
66. Reputa-se, assim, como essencial o efetivo e integral funcionamento do sistema CTH para cumprimento da Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde, bem como dos TMRG legalmente previstos, eliminando-se falhas de natureza estrutural, organizacional e informática realçadas e reconhecidas pelos próprios prestadores à ERS;
67. Tal registo de informação no âmbito do sistema CTH deve possibilitar uma plena monitorização (interna e externa) assente em informação rigorosa, fiável e atualizada.
68. Sucede, porém, que, ulteriormente, através da Portaria n.º 147/2017, de 27 de abril, que aprova e regula o Sistema Integrado de Gestão do Acesso dos Utentes ao Serviço Nacional de Saúde (SIGA SNS), a Portaria n.º 95/2013, de 4 de março, foi revogada.
69. Novamente, nos termos da alínea a) do n.º 1 do artigo 26.º da Portaria n.º 147/2017, determina-se que o regulamento específico da componente SIGA 1.ª Consulta

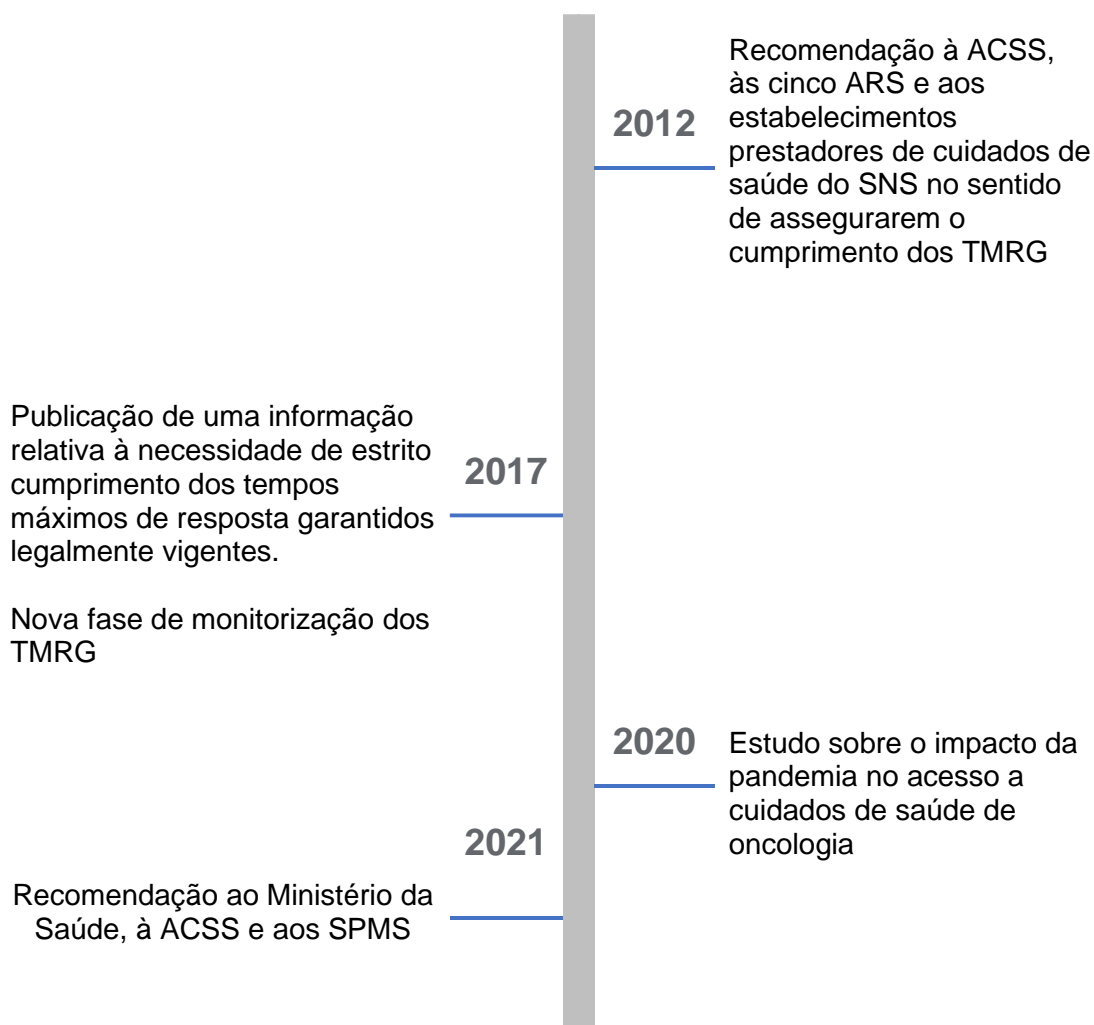
Hospitalar é aprovado no prazo de 90 dias contado da sua publicação.

70. Estabelecendo o n.º 2 do artigo 26.º da Portaria n.º 147/2017, como já referido *supra*, que, “*Até à entrada em vigor da regulamentação prevista no número anterior, é aplicável, em tudo o que não colida com o disposto na presente Portaria, a regulamentação em vigor na data da sua publicação*”,
71. Sucede que, até à presente data, e não obstante o decurso do prazo de 90 dias acima referido, não foi ainda aprovada a regulamentação específica aludida na alínea a) n.º 1 do artigo 26.º da Portaria n.º 147/2017, de 27 de abril.
72. Logo, pela mesma ordem de razões explanada *supra*, deve entender-se que, até à aprovação do novo regulamento, se encontra plenamente em vigor a Portaria n.º 95/2013, de 4 de março, em tudo o que não colida com a Portaria n.º 147/2017.

III. HISTÓRICO DAS INTERVENÇÕES REGULATÓRIAS DA ERS

73. Atento o quadro legislativo *supra* descrito, a ação de supervisão da ERS tem-se centrado em dois grandes e complementares eixos de atuação: (i) reforço da vertente do direito à informação do utente e (ii) reforço da recolha e divulgação de dados em matéria de TMRG.
74. Esta ação de supervisão consubstanciou-se, em concreto, na adoção das atuações que seguidamente se descrevem, e que desde já se sintetizam na imagem *infra*:

Imagem 1 – Atuação regulatória da ERS



A) Recomendação à ACSS, às cinco ARS e aos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde do SNS sobre cumprimento dos TMRG

75. Em maio de 2012, após ter tomado conhecimento de situações relativas a dificuldades de marcação de consultas a pedido do utente junto dos prestadores de cuidados de saúde primários (CSP), bem como do incumprimento das regras relativas aos TMRG no acesso a primeiras consultas de especialidade hospitalar, o então Conselho Diretivo da ERS deliberou emitir uma Recomendação⁴ a todos os

⁴ Disponível em: https://www.ers.pt/media/zbiloxod/recomenda__o_tmrg_vers_o_publica__o.pdf

prestadores de CSP e hospitalares no sentido de estes criarem condições internas e adequarem o funcionamento das suas organizações à permanente garantia de efetivo cumprimento da Lei n.º 41/2007, de 24 de agosto, das Portarias n.º 615/2008, de 11 de julho, e n.º 1528/2008, de 26 de dezembro, designadamente, da Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do Serviço Nacional de Saúde e do Regulamento do Sistema Integrado de Referência e de Gestão do Acesso à Primeira Consulta de Especialidade Hospitalar nas Instituições do SNS (CTH).

76. No caso concreto dos CSP, foi possível constatar a existência de problemas relacionados com os sistemas de informação, transversais a todos os prestadores, que impossibilitavam a obtenção de dados fidedignos quanto ao número de pedidos de consultas pendentes, por não se efetuar o registo informático dos mesmos nem a distinção das consultas agendadas para 15 dias úteis após a data do pedido de acordo com os diferentes motivos (motivos estes que podem ser impossibilidade de agendamento para data anterior, solicitações dos próprios utentes ou questões relacionadas com o planeamento clínico).
77. No caso dos cuidados hospitalares, verificou-se que os problemas informáticos eram similares na sua génese e natureza e se manifestavam de forma transversal em todos os prestadores, nomeadamente o(s) sistema(s) informático(s) de apoio ao acesso às primeiras consultas de especialidade hospitalar não operava(m) de forma centralizada e integrada com os demais sistemas em uso, pelo que a fiabilidade e qualidade da informação eram colocadas em causa.
78. Deste modo, o então Conselho Diretivo da ERS deliberou ainda emitir uma recomendação às ARS para que, no âmbito das suas atribuições e competências, procedessem a auditorias regulares junto dos prestadores da sua área de influência, com vista a garantir, por parte dos mesmos, o cumprimento e integral respeito da Lei n.º 41/2007, de 24 de agosto, e respetiva regulamentação; e promovessem a formação e informação dos funcionários e profissionais de saúde sobre o conteúdo da Carta de Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do Serviço Nacional de Saúde;
79. E recomendou também à ACSS que procedesse à realização de auditorias aos sistemas de informação e às redes de comunicação efetivamente utilizadas pelos prestadores de cuidados de saúde, necessárias à identificação e resolução das deficiências que pudessem prejudicar o correto funcionamento do sistema CTH.

B) Informação relativa à necessidade de cumprimento dos TMRG legalmente vigentes

80. Em 2017, no seguimento da aprovação do Decreto-Lei n.º 44/2017, de 20 de abril (que concretizou a primeira alteração à Lei n.º 15/2014, de 21 de março), e da Portaria n.º 147/2017, de 27 de abril (que regulamentou o novo Sistema Integrado de Gestão do Acesso, SIGA), a ERS publicou uma Informação⁵ reiterando a necessidade de estrito cumprimento dos TMRG legalmente vigentes, analisando as concretas alterações trazidas pela Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio, que redefiniu os Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG), de modo a melhorar o acesso atempado aos cuidados de saúde, assim como alargando tal exigência de melhoria às prestações de cuidados de saúde programados.

81. Com efeito, naquela Informação transmitiu-se a todos os prestadores de cuidados de saúde o entendimento de que, além das concretas alterações trazidas, a Portaria n.º 153/2017, mantendo o caminho iniciado nesta matéria 10 anos antes pela Lei n.º 41/2007, reforçava claramente a firme intenção do legislador de garantir um acesso progressivamente mais célere e amplo dos utentes a múltiplos cuidados de saúde em todos os estabelecimentos do SNS, bem como naqueles que fossem detentores de acordo ou convenção com o SNS.

82. Em setembro de 2021, a ERS emitiu uma Recomendação nesta matéria ao Ministério da Saúde, no seguinte sentido:

- 1) Proceder à revisão da Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio, garantindo que a mesma passa a definir TMRG para pedidos de primeira consulta de especialidade hospitalar, sejam internos (pedidos intra-hospitalares), sejam externos (pedidos inter-hospitalares efetuados entre diferentes hospitais do SNS), em conformidade com o previsto na alínea b) do n.º 1 do artigo 8.º da Portaria 147/2017, de 27 de abril;

⁵ Disponível em: <https://www.ers.pt/pt/prestadores/alertas-de-supervisao-comunicados-e-informacoes/selecionar/informacoes/informacoes/informacao-relativa-a-reiteracao-da-necessidade-de-estrito-cumprimento-dos-tempos-maximos-de-resposta-garantidos-legalmente-vigentes/>.

- 2) Proceder, conforme previsto no n.º 1 do artigo 26.º da Portaria n.º 147/2017, de 27 de abril, à regulamentação do Sistema Integrado de Gestão do Acesso (SIGA SNS).

83. Paralelamente, a ERS emitiu, na mesma data, uma recomendação à **ACSS e aos SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E. (SPMS) para que adotem medidas adequadas a:**

- 1) Alterar e adequar os sistemas e procedimentos informáticos necessários ao registo, extração e controlo pelos ACES dos tempos de espera relativos a cada utente;
- 2) Alterar e adequar os sistemas e procedimentos informáticos no sentido de passarem a efetivamente contabilizar todos os TMRG relativos a pedidos de primeira consulta de especialidade hospitalar, sejam internos (pedidos intra-hospitalares), sejam externos (pedidos inter-hospitalares efetuados entre diferentes hospitais do SNS);
- 3) Alterar e adequar os sistemas e procedimentos informáticos no sentido de passarem a ser efetivamente contabilizados todos os TMRG previstos na Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio, designada e especialmente, os TMRG para realização de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT);
- 4) Alterar e adequar os sistemas e procedimentos informáticos no sentido de permitir a tipificação de patologias oncológicas específicas no pedido de primeira consulta em situação de doença oncológica (suspeita ou confirmada), seja o pedido feito em sede de CSP ou em sede intra/inter hospitalar, no respeito pelos TMRG definidos no ponto 2.2 do Anexo I da Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio, assim se assegurando a distinção inequívoca da patologia oncológica das demais patologias no pedido de consulta;
- 5) Alterar e adequar os sistemas e procedimentos informáticos no sentido de permitir a tipificação específica dos procedimentos hospitalares cirúrgicos programados no âmbito da doença oncológica, no respeito pelos TMRG definidos no ponto 5.2 do Anexo I da Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio, assim se assegurando a distinção inequívoca das cirurgias no âmbito de doença oncológica das demais cirurgias.

C) Nova metodologia de monitorização do cumprimento dos TMRG

84. Em 2017, a ERS iniciou uma nova metodologia de monitorização do cumprimento dos TMRG assente na análise de informação periódica dos tempos de espera de cada um dos utentes atendidos em estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde do SNS, que passou não só pela monitorização do cumprimento dos TMRG, mas também pela análise do desempenho relativo dos prestadores em termos de espera e de equidade no acesso.
85. O referido processo de monitorização iniciou-se com uma etapa de implementação piloto, que incidiu sobre a atividade cirúrgica e de consulta externa, realizada entre 1 de agosto e 31 de outubro de 2018, e na qual foi possível identificar diversos obstáculos à completa monitorização dos TMRG pela ERS, que subsistem até esta data.⁶
86. Assim, no que concretamente respeita a atividade de primeira consulta hospitalar, verificou-se que a informação que é passível de reporte por parte dos hospitais apenas permite o controlo do cumprimento dos TMRG no caso das consultas registadas no sistema CTH.
87. Ora, tal abrange apenas cerca de 40% das primeiras consultas realizadas⁷.
88. As restantes consultas (designadamente, consultas intra-hospitalares) registadas no Sistema Integrado de Informação Hospitalar (SONHO) não são passíveis de ser analisadas na ótica do cumprimento dos TMRG, na medida em que neste sistema faltam campos fundamentais (v.g., não há registo das datas de todos os momentos-chave para o controlo dos TMRG e não existe registo do nível de prioridade).
89. Adicionalmente, verificou-se não ser possível a avaliação dos tempos de espera para a realização de MCDT, por dificuldades relacionadas com os sistemas de informação na maioria dos hospitais do SNS.
90. Ainda que se faça notar, quanto aos MCDT, que alguns prestadores defendem existir um constrangimento de base com a Portaria n.º 153/2017, na medida em que, na grande parte das vezes, o tempo entre a marcação e a realização de um exame

⁶ Conforme relatório disponível em: https://www.ers.pt/media/ux1hpi5t/info_monitorizacao_-_tempos_espera_-_2_07_18.pdf.

⁷ Esta é uma percentagem média de primeiras consultas registadas no sistema informático CTH no total de primeiras consultas, calculada tendo por base o reporte de informação por parte de vários hospitais do SNS, e que se tem mantido estável ao longo dos semestres analisados.

é um tempo ditado por decisão clínica e não pela lista de espera do hospital, pelo que os prestadores entendem não ser adequado impor um TMRG nestes casos.

91. Quanto aos CSP, constatou-se que os ACES estão impossibilitados de extrair dos seus sistemas informação individualizada de cada um dos seus utentes, e que a informação enviada pelas ARS compreende apenas dados agregados por intervalos de tempo de espera, e não informação utente a utente.
92. Em suma, foi largamente reportado pelas instituições do SNS que os sistemas de informação inviabilizam a obtenção dos dados necessários para a completa monitorização dos tempos de espera, o que constitui obstáculo ao cabal exercício das funções de supervisão estatutariamente cometidas a esta entidade reguladora, bem como à verificação do cumprimento da legislação que impõe os TMRG.
93. Deste modo, a 27 de junho de 2018, foi remetido ofício ao Ministério da Saúde reportando as referidas limitações e solicitando indicação de como poderiam ser ultrapassadas as dificuldades na obtenção dos dados, nomeadamente através do eventual acesso centralizado aos dados sobre cada um dos utentes atendidos e em espera em cada unidade hospitalar e ACES, no âmbito das prestações com TMRG previsto, de modo a garantir a efetiva monitorização dos tempos de espera pela ERS.
94. Em resposta ao ofício da ERS, os SPMS, por ofício datado de 14 de agosto de 2018 , informaram que: “[...] *no que concerne à informação relativa aos utentes atendidos nos cuidados de saúde primários, e em particular no âmbito dos TMRG (Tempo Máximos de Resposta Garantidos), nas respetivas unidades, somos a informar que foi realizada uma intervenção no âmbito da fonte de dados SClinico CSP, por forma a consolidar anomalias-previamente evidenciadas, que nos impede de facultar a informação requerida, dentro do período desejado.*” [...].
95. Mais informaram que “[...] *no que concerne às cirurgias programadas, todas as Instituições Hospitalares estão aptas para extrair os dados relativos aos Tempos de Espera, dos seus utentes, pelo que a informação de que a ERS dispõe, não se verifica no sistema central*”.
96. Posteriormente, e já no decorrer da primeira fase de monitorização, que incidiu sobre as consultas e cirurgias realizadas entre 1 de janeiro e 31 de maio de 2018,

concretamente após a publicação da primeira informação de monitorização⁸, e na sequência do envio dos resultados individuais obtidos por cada prestador de cuidados de saúde,

97. Foi remetida à ERS informação por parte dos Institutos Portugueses de Oncologia (IPO) que suscitou dúvidas sobre a forma como estes prestadores estariam a monitorizar os tempos de espera para primeiras consultas referenciadas pelos CSP, concretamente sobre quais os TMRG considerados para aferição dos tempos de resposta assegurados por estes prestadores.

98. A informação rececionada pela ERS dava conta da impossibilidade de tipificação de patologia oncológica no sistema CTH e, conseqüentemente, da não aferição do cumprimento dos TMRG para primeira consulta de doença oncológica de acordo com os limites específicos definidos no ponto 2.2 do Anexo I da Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio, mas sim de acordo com a condição de patologia geral.

99. Concretamente, foi explicitado junto da ERS que “[...] *na referência provinda dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), a única que nos encontramos a avaliar, a plataforma CTH não permite a categorização da patologia do evento como (Patologia geral ou Oncológica), existindo mesmo por vezes um elevado défice de informação clínica que permita uma robusta avaliação clínica do pedido, a que acresce a circunstância de o CTH hospitalar não fazer essa distinção. Com as condicionantes referidas, não parecerá adequado que a aferição do cumprimento do TMRG seja realizada de acordo com os tempos indicados para a patologia oncológica, pois as ferramentas disponíveis não permitem a priorização efetiva destes pedidos por tipo de patologia, sendo por conseguinte realizados os respetivos agendamentos de acordo com a prioridade clínica conferida pelos triadores, com respeito pela ordem de chegada, de acordo com a informação clínica, e dentro do mais curto espaço de tempo possível*”.

“[...] o Ministério da Saúde, através da Administração Central dos Serviços de Saúde, procede ao cálculo deste indicador, tendo o IPO [...] obtido no ano de 2018 um score de 99,8% de cumprimento de TMRG com um tempo médio de espera de 25,3 dias”.

⁸ Disponível em: [_tempos_de_espera_mai2019__publicar_.pdf](#).

[//www.ers.pt/media/344oy3x5/ers_-](http://www.ers.pt/media/344oy3x5/ers_-)

100. Note-se que, conforme apuramento realizado pela ERS, estes resultados são compatíveis com a aferição do cumprimento dos TMRG com base nos tempos indicados para patologia geral.
101. Foi igualmente feito notar pelos IPO que “[...] *existem pedidos de CE enviados para o IPO que não dizem respeito a situações oncológicas, pelo que os TMRG usados para o cálculo deveriam ser feitos tendo em consideração esses casos*”.
102. Considerando o teor da informação rececionada a 13 de agosto de 2019, a ERS remeteu um ofício ao Ministério da Saúde expondo a situação e evidenciando as diferenças nos resultados obtidos quando considerados os TMRG específicos para primeira consulta de doença oncológica e os TMRG para primeira consulta de patologia geral, que, sendo substancialmente mais alargados, conduzem a uma subestimação do incumprimento do TMRG.
103. No ofício, foram ainda reiteradas as dificuldades inerentes às insuficiências dos sistemas de informação que obstaculizam a completa monitorização dos TMRG pela ERS, as quais já tinham sido reportadas em 2018.
104. Posteriormente, no dia 18 de setembro de 2019, com o intuito de debater estas questões e analisar as diferenças entre os resultados apurados pela ERS e as estatísticas produzidas pelo Ministério da Saúde sobre os tempos de espera, realizou-se uma reunião entre a ERS e a Secretária de Estado da Saúde⁹.
105. Já na fase seguinte de monitorização, que incidiu sobre as consultas e cirurgias realizadas entre 1 de janeiro e 30 de junho de 2019, e com o objetivo de perceber a extensão da dificuldade reportada pelos IPO, foi solicitado a todos os prestadores de cuidados de saúde que, no reporte da informação, procedessem à distinção inequívoca e de forma explícita da atividade realizada por patologia geral, patologia oncológica e cardiologia¹⁰.
106. Desta forma, foi possível constatar que, na grande maioria dos prestadores, apenas foram reportadas como consultas com suspeita ou confirmação de doença

⁹ Na sequência desta reunião, no decorrer do ano de 2020, realizaram-se sessões de trabalho entre a ERS, os SPMS e a ACSS, onde foram reconhecidas as insuficiências dos sistemas de informação, tendo sido transmitido que estaria em curso uma reestruturação desses sistemas com vista à resolução dos problemas identificados.

¹⁰ Note-se que, até esta fase, a separação da atividade era feita pela ERS com base na informação remetida nos campos “*especialidade*” (no caso das consultas) e “*indicador oncológico*” (no caso das cirurgias).

oncológica as consultas referenciadas pelos CSP para a especialidade de Oncologia Médica.

107. Adicionalmente, verificaram-se dificuldades na distinção das cirurgias programadas no âmbito da doença oncológica – verificou-se, por exemplo, a existência de registos de cirurgias do foro oncológico, como é o caso da braquiterapia, sem indicação de estarem relacionadas com doença oncológica para efeitos de controlo dos tempos de espera, o que conduz à subestimação do nível de incumprimento dos TMRG estabelecidos na lei.
108. Deste modo, a 20 de janeiro de 2020, foi remetido novo ofício ao Ministério da Saúde dando conta das dificuldades conhecidas pela ERS e reiterando o impacto dos problemas no registo da atividade nos hospitais do SNS no controlo e monitorização do cumprimento dos TMRG.

D) Estudo de avaliação do impacto da pandemia de COVID-19 no acesso a cuidados de oncologia

109. Considerando o contexto específico de prestação de cuidados de saúde determinado pela pandemia de COVID-19, em 30 de outubro de 2020, o Conselho de Administração da ERS determinou a realização de um estudo sobre o impacto da mesma no acesso a cuidados de saúde de oncologia, com o objetivo de quantificar o impacto da pandemia ao nível dos diferentes tipos de cuidados de saúde associados à doença oncológica, desde o rastreio até ao tratamento¹¹.
110. Ora, considerando todos os constrangimentos e limitações dos sistemas de informação utilizados pelos prestadores de cuidados de saúde que impossibilitam a distinção inequívoca entre atividade oncológica e não oncológica, os quais haviam já sido reportados à ERS, considerou-se oportuno, no âmbito do estudo, abordar de forma explícita aqueles constrangimentos e limitações no sentido de os descrever detalhadamente e de analisar as suas causas e consequências.
111. Neste sentido, em fevereiro de 2021, foram dirigidos pedidos de elementos a todos os hospitais do SNS, solicitando informação sobre o volume de atividade oncológica mensal realizada entre 2018 e 2020, bem como a clara identificação de eventuais dificuldades existentes no reporte dessa atividade, concretamente no que

¹¹ Ainda não publicado.

respeita a distinção entre atividade cirúrgica e de consulta oncológica e não oncológica.

112. Dos esclarecimentos obtidos, tornou-se claro que a dificuldade existente de identificação e reporte inequívoco de todas as consultas realizadas com suspeita ou confirmação de doença oncológica não é apenas uma realidade nos IPO, mas um problema transversal ao setor hospitalar do SNS.
113. Assim, no caso dos utentes referenciados pelos CSP, os prestadores informaram que, no momento da referenciação, os médicos de família apenas conseguem fazer o pedido de consulta para uma especialidade geral (por exemplo, gastroenterologia), não estando disponível a possibilidade de sinalizar o pedido como estando relacionado com suspeita de doença oncológica.
114. Acresce que existem diferenças ao nível do circuito do utente após a chegada do pedido de consulta consoante as unidades hospitalares. Em alguns casos, os prestadores referiram que, recebendo o pedido de consulta para uma especialidade geral, e existindo suspeita ou confirmação de doença oncológica, no momento da triagem do pedido o médico triador confere um nível de prioridade mais elevada ao doente, mas a primeira consulta mantém-se para a especialidade geral.
115. Pelo que, do ponto de vista do reporte de atividade a partir de bases de dados, os sistemas de informação utilizados pelos prestadores não permitem a distinção dos doentes referenciados com suspeita ou confirmação de doença oncológica dos restantes. Só após a confirmação da doença oncológica, e existindo na unidade hospitalar a subespecialidade oncológica, é que o doente é encaminhado para essa subespecialidade; caso contrário, mantém-se o seu seguimento na especialidade geral.
116. Noutros casos, os prestadores referiram que, rececionando um pedido de consulta com a indicação de existência de suspeita ou confirmação de doença oncológica, o pedido é triado de novo diretamente para uma subespecialidade oncológica.
117. Deste modo, dos 41 prestadores inquiridos que prestam cuidados de saúde de oncologia, sete informaram não conseguir fazer de todo a distinção entre as consultas com suspeita ou confirmação de doença oncológica e 17 referiram que só é possível a identificação dos utentes com suspeita ou confirmação de doença oncológica se o pedido de consulta se realizar para a especialidade de Oncologia

Médica, algo que acontece com pouca frequência e que não é acessível a todas as unidades de CSP, ou se for triado de novo para uma subespecialidade oncológica.

118. Note-se que, não obstante as insuficiências dos sistemas de informação que se acabaram de descrever terem sido reportadas pela grande maioria dos prestadores, 17 prestadores não assinalaram explicitamente quaisquer dificuldades no reporte dos dados; todavia, o reduzido volume de atividade que foi reportado pelos mesmos sugere que não foi possível apurar a totalidade da atividade oncológica realizada.
119. Já no caso das consultas originadas em pedidos internos, 15 dos prestadores inquiridos que declaram prestar cuidados de saúde na área de oncologia informaram não conseguir identificar a totalidade dos utentes em situação de doença oncológica suspeita ou confirmada, estando a distinção das consultas oncológicas das restantes dependente da sua realização a nível de uma subespecialidade oncológica.
120. Concretamente, os prestadores conseguem reportar como sendo consultas com suspeita ou confirmação de doença oncológica aquelas que são realizadas na especialidade de Oncologia Médica ou em subespecialidades associadas a patologia oncológica (no mesmo exemplo, gastroenterologia oncológica), o que não corresponde ao universo total de consultas, na medida em que nem todas as especialidades têm subespecialidades oncológicas associadas.
121. Note-se, adicionalmente, que se verifica heterogeneidade ao nível da existência de subespecialidades oncológicas nos diferentes hospitais, o que constitui um entrave adicional à análise do volume de atividade por essa via.
122. Cumpre ainda referir que, no caso dos pedidos de consulta internos, o sistema de informação utilizado pela generalidade dos prestadores de cuidados de saúde, SONHO, não permite o registo de prioridades, impedindo, assim, a análise do cumprimento do TMRG por prioridade.
123. O reduzido número total de utentes apurados como tendo sido referenciados pelos CSP nos últimos três anos com suspeita ou confirmação de doença oncológica sugere que as limitações dos sistemas de informação não estão a permitir a identificação de uma parte significativa dos utentes.
124. Concretamente, verifica-se que o número de utentes referenciados pelos CSP representa apenas cerca de 7% das primeiras consultas hospitalares de oncologia

realizadas nos últimos três anos, o que, conseqüentemente, implicaria que 93% das consultas com suspeita ou confirmação de doença oncológica tivesse origem interna nos hospitais.

125. Ora, comparando o volume de referenciações associadas a doença oncológica com origem nos CSP com a realidade das restantes especialidades médicas, onde as primeiras consultas realizadas a pedido dos CSP representam, em média, cerca de 40% das primeiras consultas realizadas a nível hospitalar, torna-se evidente que as dificuldades de registo que foram reportadas pelos prestadores de cuidados de saúde estão a levar a que muitas consultas não estejam a ser corretamente identificadas como associadas a doença oncológica.
126. De todo o exposto, torna-se evidente que as referidas limitações dos sistemas de informação obstaculizam a correta monitorização por parte da ERS, tanto no que se refere ao volume de atividade como ao cumprimento dos TMRG, colocando em causa o direito dos utentes ao acesso a cuidados de saúde em tempo útil.
127. Cumpre ainda referir que foram igualmente reportadas à ERS dificuldades na distinção das cirurgias programadas no âmbito da doença oncológica, tal como a ERS já havia identificado em 2019.
128. Foi ainda referido por alguns prestadores que a distinção entre as cirurgias oncológicas e as restantes, com base no indicador oncológico, pode não refletir de forma rigorosa as cirurgias oncológicas, uma vez que se baseia na classificação dos doentes com suspeita ou diagnóstico de cancro conhecido à data da cirurgia, podendo ou não vir a confirmar-se no exame anátomo-patológico.

Tabela 2 – Constrangimentos detetados

Cuidados de saúde primários	<p>Os ACES estão impossibilitados de extrair dos seus sistemas de informação os dados relativos ao tempo de espera de cada um dos seus utentes;</p> <p>A informação enviada pelas ARS compreende apenas dados agregados por intervalos de tempo de espera.</p>
	<p>A informação que é passível de reporte por parte dos hospitais apenas permite o controlo do cumprimento dos TMRG no caso das consultas registadas no CTH, que apenas abrange cerca de 40% das primeiras consultas realizadas;</p>
Cuidados hospitalares	<p>Não é possível a avaliação dos tempos de espera para a realização de MCDT, por dificuldades relacionadas com os sistemas de informação na maioria dos hospitais do SNS;</p> <p>Impossibilidade de tipificação de patologia oncológica no CTH, e conseqüentemente, não aferição do cumprimento dos TMRG para primeira consulta de doença oncológica de acordo com os limites específicos definidos no ponto 2.2 do Anexo I da Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio, mas sim de acordo com a condição de patologia geral;</p> <p>Na grande maioria dos prestadores, apenas são reportadas como consultas com suspeita ou confirmação de doença oncológica as consultas referenciadas pelos CSP para a especialidade de Oncologia Médica, o que corresponde a um volume reduzido de consultas;</p> <p>Dificuldades também na distinção das cirurgias programadas no âmbito da doença oncológica;</p>

IV. CONCLUSÕES

Assim, tendo presente que:

- (i) O direito à proteção da saúde, consagrado no artigo 64.º da CRP, tem por escopo garantir o acesso de todos os cidadãos a cuidados de saúde de qualidade e em tempo adequado, o qual deve ser assegurado através de um SNS universal, geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos

cidadãos, tendencialmente gratuito;

- (ii) O cumprimento dos princípios de universalidade e generalidade do SNS implica a existência de regras que garantam o acesso a cuidados globais de saúde e em tempo clinicamente aceitável a todo e qualquer utente do SNS;
- (iii) A Lei n.º 15/2014, de 21 de março, compilou os direitos dos utentes de cuidados de saúde num só diploma, reiterando o teor da Carta dos Direitos de Acesso e incluindo os TMRG como elemento fundamental e basilar de tais direitos dos utentes;
- (iv) O ordenamento jurídico assegura, através de regras concretas e dirigidas ao acesso aos cuidados de saúde, o direito dos utentes – e concomitante, o respetivo dever por parte dos prestadores de cuidados de saúde– à prestação de cuidados em tempo considerado clinicamente aceitável para a sua condição de saúde, o que se traduz, concretamente, no direito de receber tais cuidados no respeito rigoroso pelo cumprimento de todos os TMRG definidos;

Considerando os problemas e constrangimentos detetados, através da transversal e multifacetada intervenção regulatória da ERS acima melhor descrita, na operacionalização pelos prestadores de cuidados de saúde primários e hospitalares das obrigações que sobre si impendem na implementação do quadro legal e regulamentar do direito de acesso, os quais, além de representarem uma entropia ao cumprimento dos princípios e normas legais vigentes nesta matéria, comportam um real obstáculo à prestação de cuidados da saúde, de modo tempestivo, com qualidade e humanidade a todos os utentes do SNS;

Considerando ainda a Recomendação emitida pela ERS, em setembro de 2021, ao Ministério da Saúde, à ACSS e aos SPMS sobre esta mesma matéria;

Entende-se ser de primordial importância proceder a uma intervenção que promova o respeito pleno e rigoroso da Lei n.º 15/2014, de 21 de março, da Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio, e da Portaria n.º 147/2017, de 27 de abril;

O que se reveste, presentemente, de uma relevância acrescida para a ERS, em consequência do impacto da pandemia COVID-19 na suspensão da atividade assistencial programada, em virtude da qual muitos utentes não têm conseguido aceder em tempo adequado ao sistema de saúde.

Termos em que, tendo já sido iniciada a retoma de tal atividade, deverá a ERS exercer as suas atribuições de monitorização dos tempos de espera com recurso a dados fiáveis e fidedignos.

V. CONSULTA PÚBLICA

Nos termos do disposto no artigo 18.º dos respetivos Estatutos, a ERS submeteu o Projeto de Recomendação Genérica aqui vertente a consulta pública, a qual decorreu entre 2 de dezembro de 2021 e 14 de janeiro de 2022.

Assim, no âmbito da Consulta Pública n.º 1/2021, foram recebidas as pronúncias identificadas *infra* por ordem alfabética (disponíveis para consulta nas instalações da ERS), cujos autores se não opuseram à sua divulgação:

- **Ana Braga (utente):**

“O projecto de recomendação agora em consulta pública deveria encontrar forma de que, na prática, se cumpram os tempos nele inscritos”;

- **Associação Portuguesa dos Técnicos de Radiologia, Radioterapia e Medicina Nuclear (ATARP):**

“B. Considerações à Recomendação

Ao analisar esta recomendação do Conselho de Administração (CA) da Entidade Reguladora da Saúde (ERS), entende a ATARP que devem ser acauteladas algumas questões decorrentes dos estatutos da ERS, nomeadamente:

1. Atendendo a que as atribuições da ERS “compreendem a supervisão da atividade e funcionamento dos estabelecimentos dos 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 doentes”, importa ressaltar que estes pressupostos apenas estarão garantidos com o exercício qualificado, através de profissionais legalmente habilitados para o mesmo;

2. Decorrem ainda dos estatutos da ERS “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”, pelo que essa mesma

promoção e defesa da concorrência deverá ser alicerçada também numa igualdade de tratamento e condições profissionais, bem como, uma vez mais, acautelar a inexistência de exercício ilegal e/ou inqualificado, inúmeras vezes menos oneroso para as instituições;

3. Também o artigo 10º dos estatutos incumbe a ERS de “garantir o direito dos utentes à prestação de cuidados de saúde de qualidade e de propor e homologar códigos de conduta e manuais de boas práticas dos destinatários atividade objeto de regulação pela ERS”, pelo que entendemos que só com profissionais qualificados, diferenciados e legalmente habilitados, se pode garantir a prestação de cuidados de saúde de qualidade;

4. O mesmo decorre do artigo 19º e da “adoção de providências necessárias à reparação dos direitos e interesses legítimos dos utentes”, que esperam do prestador de cuidados a melhor prática possível, de acordo com as orientações técnicas e científicas mais atualizadas, através dos profissionais de saúde mais qualificados, diferenciados e habilitados;

5. Igual interpretação se pode fazer do nº 1 da Base 2 da Lei de Bases da Saúde (LBS), segundo a qual “Todas as pessoas têm direito: b) A aceder aos cuidados de saúde adequados à sua situação, com prontidão e no tempo considerado clinicamente aceitável, de forma digna, de acordo com a melhor evidência científica disponível e seguindo as boas práticas de qualidade e segurança em saúde”.

6. Importa, também, lembrar a própria recomendação que ER) faz ao Ministério da Saúde (MS), à Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) e aos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS), relativa ao cumprimento do quadro legal em vigor e que importa lembrar:

«(i) O direito à proteção da saúde, consagrado no artigo 64.º da CRP, tem por escopo garantir o acesso de todos os cidadãos a cuidados de saúde de qualidade e em tempo adequado, o qual deve ser assegurado através de um SNS universal, geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito;

(ii) O cumprimento dos princípios de universalidade e generalidade do SNS implica a existência de regras que garantam o acesso a cuidados globais de saúde e em tempo clinicamente aceitável a todo e qualquer utente do SNS;

(iii) A Lei n.º 15/2014, de 21 de março, compilou os direitos dos utentes de cuidados de saúde num só diploma, reiterando o teor da Carta dos Direitos de Acesso e

incluindo os TMRG como elemento fundamental e basilar de tais direitos dos utentes;

(iv) O ordenamento jurídico assegura, através de regras concretas e dirigidas ao acesso aos cuidados de saúde, o direito dos utentes – e concomitante, o correspondente dever por parte dos prestadores de cuidados de saúde– à prestação de cuidados em tempo considerado clinicamente aceitável para a sua condição de saúde, o que se traduz, concretamente, no direito de receber tais cuidados no respeito rigoroso pelo cumprimento de todos os TMRG definidos;»

C. Potenciar o cumprimento dos TMRG

Tal como mencionado pelo CA da ERS nesta proposta, entende a ATARP que potenciar o cumprimento dos TMRG, em favor dos doentes, no que concerne a Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT), especificamente de Medicina Nuclear, Radiologia e Radioterapia, e os seus profissionais. E isso é evidente nas alíneas f), g) e h) da Base 20 da LBS, como podemos verificar de seguida:

f) “Qualidade, 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” – Técnicos de Medicina Nuclear, de Radiologia e de Radioterapia, são profissionais altamente qualificados e diferenciados e dos poucos legalmente habilitados aos aspetos práticos da exposição a radiação ionizante, com claro papel de responsabilidade clínica por essa mesma exposição e otimização da mesma;

g) “Proximidade, garantindo que todo o país dispõe de uma cobertura racional e eficiente de recursos em saúde” – a instalação e/ou renovação do parque tecnológico é fundamental, quer em equipamos de 1ª linha (Radiologia Geral, Mamografia, Radiologia Dentária, Osteodensitometria), quer em equipamentos nobres (Tomografia Computorizada, Ressonância Magnética, Câmara Gama, PET-CT, Aceleradores Lineares);

h) “Sustentabilidade financeira, tendo em vista uma utilização efetiva, eficiente e de qualidade dos recursos públicos disponíveis” – esta utilização efetiva, eficiente e de qualidade deve estar diretamente ligada à otimização de procedimentos com radiação ionizante, sendo pertinente combater a repetição de exames, não apenas pelo seu custo financeiro, mas sobretudo à segurança dos doentes.

D. Propostas ATARP

Assim sendo, e visto que apesar de todas as recomendações da ERS às entidades competentes, e percebendo que os TMRG não estão a ser cumpridos, a recomendação da ATARP será sempre no sentido de acautelar a saúde pública e os direitos dos cidadãos, no que diz respeito ao acesso aos cuidados de saúde, pelo que, mais do que implementar novos TMRG, importa encontrar soluções que garantam o cumprimento dos que já estão em vigor. As nossas propostas são:

1. Sistemas de Informação uniformizados/transversais em TODO o Sistema Nacional de Saúde Esta medida evitaria a duplicação de exames nalgumas situações, bem como permitiria o acesso direto a TODOS os MCDT realizados por cada utente. Consequentemente esta medida diminuiria a necessidade de “novos” tempos de espera, sempre que a condição clínica permitir, garantindo desde logo um acesso facilitado aos profissionais de saúde implicados no processo clínico do doente. Mesmo sabendo que já existem alguns projetos nesta área, importa um grupo de trabalho, que inclua todos os profissionais de saúde (Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica das diversas áreas, Médicos, Enfermeiros, entre outros), Gestores, Informáticos, Representantes de Entidades Públicas, de forma otimizar estes sistemas.

2. Operacionalizar o Despacho 3796-A/2017 de 5 de maio, por forma a promover a operacionalização dos meios e recursos existentes do Serviço Nacional de Saúde (SNS), de forma a aumentar a interoperabilidade entre instituições do SNS, incrementando a capacidade de resposta na prestação de cuidados de saúde aos utentes. O sistema GPR SNS já tem enquadramento legal, mas a sua utilização não está maximizada, pelo que a utilização desta ferramenta deve ser potencializada, em prol de um melhor e maior acesso aos cuidados de saúde. Deve também ser considerada a necessidade de priorizar os exames com indicação clínica de patologia oncológica e cardíaca (entre outros), por forma a que os TMRG nestas situações sejam reduzidos, pelo menos, para 50%.

3. Criação de Centros de Responsabilidade Integrados (CRI) Estes CRI deverão potenciar – nas várias áreas e tipologias de resposta previstos no ponto 33, no que respeita às concretas alterações trazidas pela Portaria nº 153/2017, no seu anexo I (ex. MCDT) – o cumprimento dos TMRG no que diz respeito aos MCDT;

4. Criação e disponibilização de ferramentas para orientar a referenciação de doentes para realização de exames A criação, e/ou utilização/adaptação de ferramentas já existentes, com vista a uma mais eficaz e eficiente referenciação de doentes para a realização de exames (nomeadamente de Medicina Nuclear e

Radiologia), poderia, de sobremaneira, moderar e otimizar os tempos de resposta, salvaguardando a capacidade de resposta, sobretudo para os doentes considerados urgentes.

5. Perfil de utilizador específico Criação de condições para existência de perfil de utilizador específico nos softwares de gestão de procedimentos para Técnicos de Medicina Nuclear, de Radiologia e de Radioterapia, para a gestão de vagas de acordo com as especificidades e indicação clínica de cada doente, por forma a uma otimização dos períodos para os procedimentos diagnósticos ou terapêuticos”;

- **Centro Hospitalar Universitário do Algarve, E.P.E.:**

“Considerando que o cumprimento dos TMRG constitui um pilar fundamental na prossecução e materialização do direito ao acesso a cuidados de saúde, e que, sendo cumpridos, potenciam a probabilidade de diagnósticos e tratamentos atempados e adequados às necessidades dos doentes;

Considerando que a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) refere no texto que antecede a proposta de Recomendação (pag. 22), que em Setembro de 2021 recomendou ao Ministério da Saúde que procedesse à revisão da portaria 153/2017, de 4 de maio, de maneira tal que fossem passados a ser definidos TMRG quer para pedidos externos de consulta, quer para pedidos internos e que recomendou ainda que se procedesse à regulamentação do SIGA nos termos previstos na portaria 147/2017, de 27 de abril;

Considerando que na mesma data (setembro de 2021) recomendou à Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS) e aos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE (SPMS) (pag. 23) que adotassem medidas de alteração e adequação dos sistemas informáticos que viabilizassem os registos e contagens de tempos, entre outros, de primeiras consultas hospitalares independentemente da proveniência do pedido, de pedidos de realização de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT), de tipificação de situações oncológicas quer no âmbito da consulta, quer no âmbito da cirurgia;

Considerando que a proposta de Recomendação destinada aos prestadores de cuidados de saúde hospitalares consubstancia-se em:

- a) Adequação do funcionamento da unidade aos TMRG definidos na legislação aplicável (Portaria 153/2017 e Lei 15/2014);*

- b) *Registo de toda a informação que permita controlar os TMRG associados a pedidos dos CSP, a pedidos internos ou a referências externas;*
- c) *Registo e tipificação das situações de doença oncológica no momento da triagem do pedido de consulta de maneira a que seja inequivocamente distinguível das restantes patologias;*
- d) *Registo e tipificação das situações de doença oncológica no âmbito das cirurgias programadas de maneira a que seja inequivocamente distinguível das restantes patologias;*
- e) *Registo e tipificação das situações de doença cardíaca no momento da triagem do pedido de consulta de maneira a que seja inequivocamente distinguível das restantes patologias;*
- f) *Registo de toda a informação relativa ao percurso do doente que viabilize a aferição do cumprimento dos TMRG em MCDT.*

Entende-se, pois, que a operacionalização pelos prestadores de cuidados da Recomendação em projeto depende totalmente do prévio desenvolvimento por parte da ACSS e SPMS dos instrumentos informáticos de suporte ao processo, que neste âmbito têm de ser necessariamente padronizados a nível central.

Assim, está demonstrado possuir a ERS assumidamente o conhecimento sobre os constrangimentos que impedem os prestadores de dar cumprimento ao que se propõe no projeto de Recomendação.

Tratam-se (sic) de constrangimentos a montante dos prestadores, pelo que, respeitosamente se sugere que a Recomendação seja orientada para o Ministério da Saúde e entidades centrais – ACSS e SPMS, porquanto será expectável o não cumprimento da Recomendação por parte dos prestadores sem o trabalho prévio daquelas entidades, designadamente sem a materialização das recomendações que já antes lhes foram dirigidas.

Não obstante, adicionalmente refere-se que:

Há enquadramento legal a ser ajustado, designadamente no que toca ao alargamento dos TMRG aos pedidos internos de consulta intra e inter hospitalares.

Materialmente, tanto quanto é do nosso conhecimento, estão a ser preparadas alterações pela ACSS e SPMS nos sistemas informáticos de referência para consulta hospitalar (RSE SIGA) que se projeta que venham a viabilizar a disponibilização de informação referente aos pedidos internos também. Não podemos deixar de sinalizar que o CHUA encontra particularidades informáticas que eventualmente poderão constranger a operacionalização das alterações,

designadamente no que concerne à existência de sistemas de informação não unificados entre as Unidades Hospitalares e que tem instalada a versão 1 do SONHO.

É importante enfatizar que, não obstante as dificuldades supra e as restantes por demais consabidas, no CHUA há um tratamento das referências internas feito que permite o agendamento tempestivo, equitativo e atento ao grau de prioridade (na gestão da espera) em relação aos demais pedidos de primeira consulta hospitalar.

No plano da diferenciação das situações oncológicas em LIC, e não obstante as eventuais alterações que possam estar a ser preparadas pela ACSS e SPMS, a atual aplicação – SIGLIC - permite qualificar se a proposta cirúrgica é ou não uma situação oncológica. Aliás, referir que, as várias listagens que foram submetidas pelo CHUA à ERS continham esse qualificador binário.

Contudo, reforçamos que a qualificação e tipificação oncológica à priori não é razoável na maior parte dos pedidos de consulta e, em muitas circunstâncias, não o é na própria inscrição em LIC. Muitas das vezes o diagnóstico oncológico apenas é possível após a efetivação e prestação de múltiplos cuidados após o pedido inicial. No entanto, tanto no caso da LIC como da LEC, o reporte à posteriori está devidamente qualificado no que toca a todas as situações oncológicas.

No que concerne aos pedidos de consulta de Cardiologia, importa sublinhar que os níveis de prioridade definidos na Portaria para a triagem (em situação de doença cardíaca suspeita ou confirmada) – Urgência (nível 3); Doentes prioritários (nível 2); Doentes Eletivos (nível 1), diferem dos níveis de prioridade existentes no programa SONHO: Muito prioritário (nível 1); Prioritário (nível 2); e Normal (nível 3). Para cumprimento do proposto no projeto de Recomendação é impreterível que a SPMS proceda à introdução dos níveis de prioridade inexistentes no SONHO e à uniformização dos níveis definidos na legislação com os níveis definidos no SONHO.

Relativamente aos MCDT, e apesar de a legislação claramente prever que o desenvolvimento dos aplicativos informáticos no âmbito do SIGA deve ser desenvolvido pela ACSS e SPMS, o CHUA está a desenvolver uma plataforma interna agregadora de todos os pedidos de MCDT que permita fazer, entre outras circunstâncias, a medição dos Tempos de Espera. O desenvolvimento é complexo porque implica entrar em sistemas proprietários de empresas externas que forneceram os softwares (ex: GLINTT/Radio), sistemas esses que em alguns casos são a fonte primária da prescrição. O desenvolvimento está em curso e irá incidir na primeira fase nos pedidos feitos pelo CHUA ao exterior, passando a desmaterializar

todo o circuito desde a prescrição até ao relatório do MCDT inserido diretamente no SClinico.

Salientamos que a compartimentação da análise da prestação de cuidados aos doentes em detrimento da análise do seu percurso no sistema de saúde, em nosso entender nem sempre é desejável ou promotor de efetividade clínica ou eficiência organizacional. Vários atos de cuidados de saúde hospitalares, entre os quais destacamos a área das técnicas e dos MCDT, não faz sentido que tenham tempos máximos, específicos e próprios, de resposta garantida, mas antes, que o resultado final para o utente seja adequado em termos de espera e que a disponibilização do resultado seja feita em função do seu percurso e plano terapêutico.

Seria desejável que os sistemas informáticos permitissem o registo da lista de espera dos MCDT, com inclusão de uma data para a qual o prescritor pretende a sua realização, isto para situações de doença que carecem de avaliação periódica. Assim, medir-se-ia o TMRG face à data pretendida (e não face à data de requisição) do MCDT, porquanto, definir o TMRG face à requisição para alguns atos pode até ser prejudicial porque em muitas circunstâncias é desejável um agendamento distanciado no tempo para medir a evolução do diagnóstico e tratamento do doente.”;

- **Débora Cláudio (Nutricionista e Coordenadora da URAP do ACeS Porto Oriental):**

“Gostaria que me esclarecessem se os TMRG também se aplicam à URAP e aos seus profissionais, uma vez que a leitura me deixa com dúvidas, parecendo apenas aplicar-se, no caso dos Cuidados de Saúde Primários às USF e UCSP, aos médicos de Medicina Geral e Familiar. Quando o documento refere especialidades, parece referir-se apenas a especialidades Hospitalares, certo?

A única eventual menção a outros cuidados de saúde e eventualmente à URAP parece encontrar-se na Tabela 1 no ponto 1.2, e assim, como na Nutrição clínica nos CSP não há "doença aguda", presumo que a aplicarem-se o TMRG seriam os 30 dia úteis.

Acontece que com 1 nutricionista para cerca de 30.000 utentes é impossível o agendamento de uma primeira consulta após referenciação do Médico de Família em 30 dias, sendo a minha resposta actual de 60 a 90 dias e porque priorizamos a referenciação estabelecendo critérios que afunilam esta referenciação interna.”;

- **Helena Maria Silva Pereira (ACES Porto Ocidental/ARS Norte):**

“TMRG no atendimento de pedidos de MCDT na Área da Radiologia dos Cuidados de Saúde Primários

(...) vimos por este meio apresentar os nossos contributos, na produção de MCDT, ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, especificamente na Área da Radiologia, tendo em conta que estes, à semelhança do que ocorre nos Cuidados de Saúde Hospitalares devem ter TMRG devidamente padronizados.

(...) apresenta-se em anexo, um quadro dos TMRG planificados para os Serviços de Radiologia dos Cuidados de Saúde Primários, elaborado pelas Técnicas Superiores de Diagnóstico e Terapêutica da Área da Radiologia da ARS Norte I.P.”;

- **Joana Madureira (Técnica Superior de Diagnóstico e Terapêutica na área de Radiologia):**

- *Como ponto primordial, é fundamental criar Centros Responsabilidade Integrados (CRI), nas zonas de difícil acesso a MCDT’s aos utentes. É fundamental que os cidadãos tenham acesso atempado a um diagnóstico diferenciado, para um tratamento precoce.*
- *Agilizar e colocar em prática Sistemas de informação abrangentes e, acessíveis a todo o SNS, de forma a evitar a duplicação de MCDT’s, a redução de custos dos mesmos, minorar os riscos para a saúde pública no que diz respeito à exposição excessiva dos MCDT’s com recurso à radiação ionizante.*
- *criação de Grupos de Trabalho, para monitorizar e controlar os rastreios à população, no que diz respeito aos MCDT’s. Por exemplo, no que diz respeito ao cancro colorrectal, seria fundamental esta vigilância precoce.*
- *Nos cuidados de saúde primários, colocar os Técnicos Superiores de Diagnóstico e terapêutica das várias áreas a triar as prescrições, podendo inclusivamente, procurar soluções mais rápidas para o doente”;*

- **Miguel Azevedo (utente):**

“Registar toda a informação relativa ao percurso do utente que permita controlar, cabalmente e com exatidão, os TMRG previstos no ponto:

No caso do TMRG “1.3.1 — Renovação de medicação em caso de doença crónica”, devem ser consideradas “72 horas [úteis] contadas da receção do pedido.”;

Registar e tipificar as situações de doença oncológica ou cardíaca (suspeita ou confirmada) no momento do registo do pedido de primeira consulta de especialidade hospitalar, assim se assegurando a distinção inequívoca da patologia oncológica ou cardíaca das demais patologias: o Note-se que, tendo em conta a diferente linguagem de codificação dos diagnósticos médicos entre os cuidados de saúde primários (ICPC-2) e os cuidados hospitalares (CID-10), a melhor tipificação deve ser simplificada e desburocratizada, sob pena de não produzir efeito;

Deve ser recomendado a todos os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde do SNS e todas as entidades convencionadas, a monitorização do TMRG para Realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT):

- *Os TMRGs em avaliação devem ser alargados, de modo a abarcar MCDTs com acesso dificultado, como a electromiografia ou a realização de ecografia de partes moles, entre outros.*
- *Uma possível solução para esta monitorização poderia passar pelo acompanhamento informático da data de emissão de uma credencial para um determinado MCDT, e da data de execução desse mesmo MCDT. Tendo o N.º de SNS como elemento de identificação inequívoca, a primeira data referida pode ser aferida pelos sistemas de informação do prescritor, seja dos CSP ou da área hospitalar, e a segunda data, pelos sistemas de informação de facturação do MCDT. Esta monitorização deve ser alvo de uma sistemática publicação desses dados em formato Power BI (p ex), num site dedicado, com actualização mensal, de forma a suportar a melhor tomada de decisão do utente.*
- *Registar toda a informação relativa ao percurso do utente que permita controlar, cabalmente e com exatidão, os TMRG, previstos na Portaria n.º 153/2017.*
- *Deve haver uma sistemática publicação desses dados em formato Power BI (p ex), num site dedicado, com actualização mensal, de forma a suportar a melhor tomada de decisão do utente.*

- *Deve haver uma sistemática publicação desses dados em formato papel, na própria entidade convencionada, ou estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde do SNS, de forma a suportar a melhor tomada de decisão do utente.*

Ainda que não seja considerada na Portaria n.º 153/2017, a acessibilidade a cuidados de saúde por via não presencial foi fortemente incrementada pela pandemia por COVID-19. Importa qualificar e mensurar essa acessibilidade:

- *Acessibilidade aos serviços prestadores de cuidados de saúde por via telefónica. Existem soluções de centrais telefónicas VOIP já implementadas no terreno que monitorizam o tempo decorrido entre o registo do pedido de chamada, e a sua devolução.*
- *Acessibilidade aos serviços prestadores de cuidados de saúde por via de correio electrónico. Dado o uso massificado de uma solução informática de correio electrónico no SNS, é possível medir os tempos de resposta a e-mails.*

Ainda que não seja considerada na Portaria n.º 153/2017, a acessibilidade específica a consultas ou entidades convencionadas para aferição de suspeita levantada em rastreio oncológico organizado de base populacional, tipo de rastreios tem vindo a ser incrementado. Importa qualificar e mensurar essa acessibilidade”;

- **Olga Bastos - Técnica Superior de Diagnóstico e Terapêutica Especialista na área de Radiologia (Vogal do Conselho Clínico e de Saúde do ACES Gaia):**

“Considerando que nos Cuidados de Saúde Primários há produção de MCDTs, estes deviam ter Tempos Máximos de Resposta Garantidos à semelhança dos Cuidados de Saúde Hospitalares”;

- **Ordem dos Biólogos:**

“Considera a Ordem dos Biólogos:

1. *Ser fundamental colocar à disposição da Entidade Reguladora da Saúde de mecanismos e instrumentos eficazes para monitorizar os TMRG, de forma a possibilitar o acompanhamento, controlo e gestão integrados do acesso ao SNS, bem como possibilitar uma visão global e transparente do percurso do utente na*

procura da prestação de cuidados de saúde, contribuindo assim para assegurar uma resposta equitativa e atempada.

2. *Subscrever as medidas a adoptar propostas neste projecto de recomendação da Entidade Reguladora da Saúde, nomeadamente as referentes aos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde primários do SNS e aos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde hospitalares do SNS”;*

- **Ordem dos Enfermeiros:**

“O direito à proteção da saúde integra, no quadro normativo português, o acesso a cuidados de saúde adequados à situação de cada um, “com prontidão e no tempo considerado clinicamente aceitável...”, conforme consagrada a alínea b) do n.º 1 da Base 1, da Lei n.º 95/2019, de 4 de Setembro.

É ainda reconhecido na alínea d) da citada norma, como direito, o acesso à “informação sobre o tempo de resposta para os cuidados de saúde de que necessite”.

Apesar deste reconhecimento, Portugal tem apresentado, recorrentemente, ineficiências e degradação do acesso dos utentes aos serviços do SNS, incluindo no que se refere a áreas de especialidade com elevada prevalência e impacto no sistema de saúde e qualidade de vida.

No referido contexto, diferentes formas e modalidades de monitorização revelam-se essenciais. Contudo, considera-se que, por si, estas ações poderão não ser suficientes, sendo necessário que sejam extrapoladas as conclusões necessárias, bem como apontados caminhos e medidas a observar pelas instituições de saúde.

As recomendações ora enunciadas inserem-se no referido âmbito. Todavia, o contexto particular em que nos encontramos suscita-nos preocupações e cautelas, em particular face à necessidade de potenciar e agilizar o acesso a cuidados de saúde, de forma atempada, incluindo quanto ao acesso a cuidados de saúde mental, nos diferentes níveis de cuidados de saúde.

Sendo certo que o acesso ao SNS constitui, há muito, um dos principais desafios do sistema de saúde, a necessidade de dar resposta à pandemia de COVID-19, obrigou à adoção de medidas que condicionam, adiando, o acesso à atividade assistencial e programada não urgente.

As recomendações ora emanadas surgem por isso num momento crucial, em que importa identificar as práticas centrais do sistema de referência e acesso,

identificar lacunas e falhas, retificando-as e iniciar a reorganização dos serviços e fluxos associados, questões que entendemos estarem presentes nas recomendações em causa.

Importa, porém, a consciência de que um sistema eficiente de acesso a cuidados de saúde, assente na implementação das recomendações ora enunciadas, carece de uma adequada alocação de recursos que garantam o tratamento da informação e o seu registo como enunciado, tendo presente três realidades essenciais: a) a necessidade de recuperar a atividade programada não realizada; b) assegurar a normal e regular atividade assistencial, e c) responder a uma fase de elevada incidência da atual pandemia.

As recomendações ora apreciadas mostram-se alinhadas e coerentes com as iniciativas realizadas pela ERS nesse âmbito.

O particular contexto epidemiológico, a exigência de respostas e a incerteza que o caracterizam evidenciam a necessidade urgente de reforço dos sistemas de saúde, em particular no que se refere à adequação dos recursos existentes e na efetiva implementação dos processos e procedimentos ora recomendados, atuando sobre as fragilidades identificadas no acesso a cuidados atempados, essencial na redução das vulnerabilidades sociais e na obtenção de ganhos em saúde, bem-estar e qualidade de vida”;

- **Paula Barrias (Centro Hospitalar Universitário do Porto, E.P.E.):**

“- O avultado nº de pedidos de consulta de primeira consulta hospitalar, que são realizados diretamente por médicos especialistas, quer a nível intra-hospitalar, quer extra hospitalar, compromete em grande medida o TMRG que é dado aos cuidados de saúde primários.

- Pedidos provenientes de especialidades médicas (intra e extra-hospitalar), em que na mesma formulação é simultâneo solicitado a realização de primeira consulta hospitalar, e a realização de MCDT’s (chegando mesmo a ser solicitado consulta com o objetivo de realizar MCDT) comprometem o TMRG da consulta e nem permite especificar os TMRG para a consulta e para os MCDT.

- O pedido de uma segunda opinião é sem dúvida importante, mas consome recursos, e compromete o TMRG.

- Os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde primários e hospitalares do SNS, bem como as entidades do setor privado ou social, concorrem de igual

forma para o acesso à primeira consulta de especialidade hospitalar, devendo ser contemplado na avaliação do cumprimento dos TMRG, até para definir recomendações consideradas pertinentes.”

- **Sandra Antunes (Técnica de Radiologia e Vogal do Conselho Clínico e de Saúde do ACES Cávado III - Barcelos / Esposende):**

“Propõe a definição dos seguintes TMRG:

1.1. Motivo relacionado com doença aguda: no dia do pedido.

1.2. Motivo não relacionado com doença aguda: 5 dias úteis contados da receção do pedido.

1.3. MCDT prescritos no âmbito de cuidados programados: TMRG definidos de acordo com o Plano Individual de Cuidados.

Para além da definição de TMRG, importa a operacionalização e cumprimento da Legislação já existente, nomeadamente do Despacho n.º 3796-A/2017 de 5 de maio, como a criação dos Centros de Responsabilidade Integrados, assim como potenciar a partilha de recursos em instituições do SNS (Plataforma GPR_SNS).”

De um modo geral, as pronúncias que chegaram ao conhecimento da ERS no âmbito da Consulta Pública n.º 1/2021 relativa ao Projeto de Recomendação aos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde primários e hospitalares do SNS no âmbito dos TMRG revelaram-se pertinentes e oportunas, sendo demonstrativas do interesse dos participantes em contribuir ativamente para o referido Projeto, nomeadamente, no que respeita aos direitos e interesses legítimos dos utentes e, em especial, à operacionalização e cumprimento dos TMRG legalmente previstos.

Após a análise e ponderação das referidas pronúncias, considera-se que do teor das mesmas, pese embora a sua pertinência, não resultaram elementos que alterem ou infirmem os pressupostos e as conclusões vertidas no Projeto de Recomendação. Pelo contrário, constata-se que das pronúncias rececionadas resulta a corroboração e o reforço do teor do Projeto de Recomendação em causa.

Concretamente no que respeita à necessidade de previsão de TMRG para a realização de MCDT no âmbito da prestação de cuidados de saúde primários – tópico abordado em algumas das pronúncias *supra* reproduzidas –, tal questão foi já devidamente ponderada e incluída pela ERS na Recomendação relativa ao cumprimento do quadro

legal e regulamentar dos TMRG emitida ao Ministério da Saúde em 8 de novembro de 2021¹², especificamente na alínea relativa à necessidade de “*Proceder, conforme previsto no n.º 1 do artigo 26.º da Portaria n.º 147/2017, de 27 de abril, à regulamentação do Sistema Integrado de Gestão do Acesso (SIGA SNS)*”, razão pela qual a sobredita questão se encontra já regulatoriamente acautelada pela ERS junto das entidades legalmente competentes para o efeito.

VI. PARECER DO CONSELHO CONSULTIVO DA ERS

No dia 24 de março de 2022, por videoconferência, o Conselho Consultivo da Entidade Reguladora da Saúde (ERS) reuniu para, entre outros assuntos, proceder à discussão e emissão de parecer sobre o projeto de Recomendação da ERS, nos termos do disposto no n.º 1 do artigo 18.º e na segunda parte do n.º 1 do artigo 47.º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto.

Nessa sequência, foi deliberado, por unanimidade dos Conselheiros presentes, emitir parecer favorável ao projeto de Recomendação da ERS.

VII. RECOMENDAÇÃO

Considerando as atribuições e incumbências da Entidade Reguladora da Saúde (ERS) tal como definidas nos n.ºs 2 e 3 do artigo 5.º e nas alíneas a) e b) do artigo 19.º dos seus Estatutos, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, o Conselho de Administração da ERS delibera, nos termos e para os efeitos do preceituado nas alíneas a) e b) do artigo 19.º, **recomendar aos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde primários do SNS a adoção das seguintes medidas:**

- 1) Adequar o funcionamento das suas organizações à garantia do escrupuloso cumprimento da Lei n.º 15/2014, de 21 de março, e da Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio, concretamente, dos TMRG aí legalmente definidos;
- 2) Registrar toda a informação relativa ao percurso do utente que permita controlar, cabalmente e com exatidão, os TMRG previstos no ponto 1 do Anexo I da

¹² Disponível para consulta em: https://ers.pt/media/abjbgz2/ers-recomendacao-pmt_09_2020.pdf

Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio, designadamente, a data de receção do pedido e do respetivo atendimento;

- 3) Registrar toda a informação relativa ao percurso do utente que permita controlar, cabalmente e com exatidão, os TMRG previstos no ponto 2.2.1 do Anexo I da Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio, designadamente, a data do pedido;
- 4) Registrar toda a informação relativa ao percurso do utente que permita controlar, cabalmente e com exatidão, os TMRG previstos no ponto 2.3.1 do Anexo I da Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio, designadamente, a data do pedido;
- 5) Registrar e tipificar as situações de doença oncológica (suspeita ou confirmada) no momento do registo do pedido de primeira consulta de especialidade hospitalar, assim se assegurando a distinção inequívoca da patologia oncológica das demais patologias, no respeito pelos TMRG definidos no ponto 2.2.2 do Anexo I da Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio;
- 6) Registrar e tipificar as situações de doença cardíaca (suspeita ou confirmada) no momento do registo do pedido de primeira consulta de especialidade hospitalar, assim se assegurando a distinção inequívoca da patologia cardíaca das demais patologias, no respeito pelos TMRG definidos no ponto 2.3.2 do Anexo I da Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio

Paralelamente, o Conselho de Administração da ERS delibera, nos termos e para os efeitos do preceituado nos n.ºs 2 e 3 do artigo 5.º e nas alíneas a) e b) do artigo 19.º dos seus Estatutos, **recomendar a todos os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde hospitalares do SNS a adoção das seguintes medidas:**

- 1) Adequar o seu funcionamento à garantia do escrupuloso cumprimento da Lei n.º 15/2014, de 21 de março, e da Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio, concretamente, dos TMRG aí legalmente definidos;
- 2) Registrar toda a informação relativa ao percurso do utente que permita controlar, cabalmente e com exatidão, os TMRG, previstos na Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio, relativos a pedidos de primeira consulta de especialidade hospitalar, que sejam provenientes de prestadores de cuidados de saúde primários, de

referenciação interna (intra-hospitalares) ou externa (inter-hospitalares ou de outras unidades de saúde do SNS);

- 3)** Registrar e tipificar as situações de doença oncológica (suspeita ou confirmada) no momento da triagem do pedido de primeira consulta de especialidade hospitalar, assim se assegurando a distinção inequívoca da patologia oncológica das demais patologias, no respeito pelos TMRG definidos no ponto 2.2.2 do Anexo I da Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio;

- 4)** Registrar e tipificar os procedimentos hospitalares cirúrgicos programados no âmbito da doença oncológica, assim se assegurando a distinção inequívoca das cirurgias no âmbito de doença oncológica das demais cirurgias, no respeito pelos TMRG definidos no ponto 5.2 do Anexo I da Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio;

- 5)** Registrar e tipificar as situações de doença cardíaca (suspeita ou confirmada) no momento da triagem do pedido de primeira consulta de especialidade hospitalar, assim se assegurando a distinção inequívoca da patologia cardíaca das demais patologias, no respeito pelos TMRG definidos no ponto 2.3.2 do Anexo I da Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio;

- 6)** Registrar toda a informação relativa ao percurso do utente que permita controlar, cabalmente e com exatidão, os TMRG, previstos na Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio, relativos à realização de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT).