

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

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

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

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

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

Visto o processo registado sob o n.º ERS/072/2016;

I. DO PROCESSO

I.1. Origem do processo

1. A Entidade Reguladora da Saúde (ERS) tomou conhecimento de uma reclamação, subscrita pelo utente A.G., nos termos da qual o mesmo alega ter recebido um vale cirurgia no âmbito do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC), tendo sido submetido a uma intervenção cirúrgica pelo hospital de destino (HD), Hospital da Confraria de Nossa Senhora da Nazaré – Confraria Nossa Senhora Nazaré

(CNSN), distinta da proposta realizada pelo hospital de origem (HO), Hospitais da Universidade de Coimbra – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC).

2. Para uma análise preliminar da sobredita reclamação, foi aberto o processo de avaliação n.º AV/158/2016.
3. No entanto, face à necessidade de uma averiguação mais pormenorizada dos factos relatados, ao abrigo das atribuições e competências da ERS, o respetivo Conselho de Administração deliberou, por despacho de 16 de novembro de 2016, proceder à abertura do presente processo de inquérito, registado internamente sob o n.º ERS/072/2016.

I.2 Diligências

4. No âmbito da investigação desenvolvida pela ERS, realizaram-se, entre outras, as diligências consubstanciadas em:
 - (i) Pesquisa no Sistema de Registo de Estabelecimento Regulados (SRER) da ERS relativa ao Hospital da Confraria de Nossa Senhora da Nazaré, estabelecimento prestador de cuidados de saúde registado sob o n.º 105451 e detido pela entidade CNSN, e aos Hospitais da Universidade de Coimbra, estabelecimento prestador de cuidados de saúde registado sob o n.º 127376 e detido pela entidade CHUC;
 - (ii) Pedido de elementos enviado à CNSN, por ofício de 10 de outubro de 2016, e análise da resposta endereçada à ERS, rececionada em 26 de outubro de 2016;
 - (iii) Pedido de elementos enviado ao CHUC, por ofício de 10 de outubro de 2016, e análise da resposta endereçada à ERS, rececionada em 31 de outubro de 2016;
 - (iv) Pedido de parecer clínico a perito consultor da ERS, em 25 de novembro de 2016;
 - (v) Notificação da abertura do processo de inquérito à CNSN, ao CHUC e ao utente, todos por ofício de 29 de novembro de 2016;
 - (vi) Notificação da abertura do processo de inquérito e pedido de elementos enviado à Unidade Regional de Gestão de Inscrito para Cirurgia do Centro (URGIC Centro), por ofício de 29 de novembro de 2016, e análise da resposta endereçada à ERS rececionada em 2 de janeiro de 2017.

II. DOS FACTOS

II.1. Do teor da reclamação apresentada na ERS

5. Na reclamação rececionada pela ERS o utente alega ter recebido um vale cirurgia, tendo sido submetido a uma intervenção cirúrgica pelo hospital de destino (HD), Hospital da CNSN, distinta da proposta realizada pelo hospital de origem (HO), HUC.
6. Concretamente, cumpre destacar os seguintes factos alegados pelo utente:

“[...]

Estando a ser acompanhado nos serviços de cirurgia plástica dos hospitais da universidade de Coimbra, e após alguns meses de espera para cirurgia plástica, recebi um cheque cirurgia que propunha a escolha de outros prestadores de serviços para a cirurgia que eu necessitava. Por ser mais perto de casa, optei (confiando que o serviço nacional de saúde escolhia com rigor os prestadores de serviços com os quais efetua protocolos) por escolher o Hospital da Confraria de Nossa Senhora da Nazaré. Após a cirurgia, que ocorreu no dia 29/10/2014, fui várias vezes falar com o cirurgião que me operou e mostrei o meu desagrado por considerar que a cirurgia não teve o efeito pretendido. [...] Entretanto recebo uma carta dos serviços de cirurgia plástica dos Hospitais da Universidade de Coimbra a informar de consulta para o passado dia 02/07/2015. Desloquei-me a Coimbra, e qual é o meu espanto quando um dos cirurgiões responsáveis pelo serviço me informa, após me consultar e verificar os resultados da cirurgia efetuada em outubro passado, que a cirurgia efetuada não tinha nada a ver com a cirurgia proposta por aqueles serviços e que a mesma tinha sido efetuada por um cirurgião não habilitado para cirurgia plástica. [...].”

7. Tal reclamação recebeu por parte da CNSN a alegação de que:

“[...] A [CNSN], no âmbito da sua atividade hospitalar, colabora desde 2008 nos programas de combate às listas de espera para cirurgias nos hospitais, inicialmente programa de acesso – PECLEC, actualmente denominado SIGIC.

Após averiguação dos factos relativos à reclamação do utente [A.G.], constatamos que o utente foi esclarecido das alternativas técnicas para a sua patologia, tendo optado pelo procedimento menos invasivo e assinado o consentimento, o qual anexamos.

De realçar que a equipa teve sempre um diálogo amistoso e aberto com o utente, mostrando-se disponível para uma reavaliação final que não chegou a existir, ficando surpreendidos com a reclamação.”

8. Atenta a necessidade de uma análise preliminar da situação denunciada, foi determinada a abertura do processo de avaliação registado sob o n.º AV/158/2016, tendo nesse âmbito sido enviado um pedido de elementos à CNSN, nos seguintes termos:

“[...]”

1. *Pronunciem-se, de forma fundamentada, sobre o teor da reclamação que se junta;*
 2. *Confirmação da situação de entidade protocolada com o SNS, da Confraria de Nossa Senhora da Nazaré no âmbito do SIGIC, com indicação das especialidades clínicas contratadas e envio de cópia dos elementos documentais que confirmam essa mesma qualidade;*
 3. *Descrição pormenorizada das etapas percorridas pelo utente na Confraria de Nossa Senhora da Nazaré com indicação das datas (i) da cativação do “vale cirurgia”, (ii) da transferência, (iii) da(s) consulta(s) de avaliação da proposta cirúrgica, (ii) da realização da cirurgia, (iii) da alta hospitalar;*
 4. *Envio de cópia do “vale cirurgia” emitido ao utente;*
 5. *Confirmação da existência de pedido de alteração à proposta cirúrgica, e diligências eventualmente encetadas junto do hospital de origem/UHGIC e/ou da URGIC, com indicação do seu teor e dos meios de comunicação utilizados para esse fim, sempre com a identificação dos profissionais de saúde envolvidos;*
 6. *Confirmação da existência de consentimento expresso do utente à eventual alteração da proposta cirúrgica e envio de cópia dos elementos documentais de suporte.”*
9. Nessa sequência, veio prestador prestar os esclarecimentos suscitados, informando o seguinte:

“[...]”

No que diz respeito ao ponto n.º1:

- *A Confraria de Nossa Senhora da Nazaré, no âmbito da sua atividade hospitalar, colabora desde 2008 nos programas de combate às listas de espera para cirurgias nos hospitais, inicialmente programa de acesso - PECLEC, actualmente denominado SIGIC. Desde então propôs-se a efetuar os procedimentos compatíveis com a atividade dos diversos cirurgiões, dos equipamentos dispositivos médicos disponíveis no hospital.*

- *Relativamente à reclamação efetuada pelo Sr. [A.G.], voltamos a realçar que a equipa teve sempre um diálogo amistoso e aberto com o utente mostrando-se disponível para uma reavaliação final que não chegou a existir, ficando surpreendidos com a reclamação.*
- *Após averiguação dos fatos relativos à reclamação do utente [A.G.], constatamos que o utente foi esclarecido das alternativas técnicas para a sua patologia, tendo optado pelo procedimento menos invasivo e assinado o consentimento, o qual voltamos a anexar.*

Ponto n.º2:

- *O Hospital da Confraria de Nossa Senhora da Nazaré tem contrato/convenção com o SNS no âmbito do SIGIC desde 01/05/2007, com as seguintes especialidades contratadas:*
 - *Cirurgia Geral*
 - *Ginecologia*
 - *Oftalmologia*
 - *Ortopedia*
- Anexo n.º 3*

Ponto n.º3:

- *Vale Cirúrgico n.º - [...] cativado a 25/08/2014*
- *Lic. N.º [...]*
- *Proc. Origem n.º.[...]*
- *Consulta Pré-Operatória 25/08/2014*
- *Cirurgia Realizada a 29/10/2014*
- *Internamento de 29/10/2014 a 30/10/2014*
- *Alta Hospitalar a 30/10/2014*
- *Consulta Pós-Operatória a 05/11/2014*
- *Alta clínica (libertação do processo) 23/02/2015*

Ponto n.º4:

- *Anexamos o vale de cirurgia (anexo n.º1)*

Ponto n.º5:

Relativamente a este ponto, informamos que não foi feita alteração do procedimento proposto - mastectomia subcutânea tendo este procedimento diversas vias de abordagem entre as quais lipoaspiração.”

10. Em anexo ao ofício de resposta, o prestador enviou também o consentimento assinado pelo utente, datado de 29 de outubro de 2014, sendo ilegível qual o procedimento proposto.

11. Concomitantemente, foi enviado um pedido de elementos ao CHUC, solicitando:

“[...]

1. *Pronunciem-se, de forma fundamentada, sobre o teor da reclamação que se junta;*
2. *Procedam ao envio de cópia do certificado de inscrição em LIC do utente [A.G.] bem como de cópia da respetiva proposta cirúrgica;*
3. *Descrição pormenorizada das etapas percorridas pelo utente nos Hospitais da Universidade de Coimbra com indicação das datas e respetivo suporte documental extraído do SIGLIC (i) da(s) consulta(s) de especialidade realizada(s), (ii) da decisão clínica de procedimento cirúrgico, (iii) da proposta cirúrgica, (iv) da inscrição do utente em LIC, (v) da emissão do “vale cirurgia”, (vi) da transferência do utente, (vii) da consulta de revisão, com envio dos respetivos documentos de suporte, designadamente do relatório disponibilizado no SGLIC;*
4. *Confirmação da existência de pedido de alteração à proposta cirúrgica, pelo hospital de destino, e diligências eventualmente encetadas junto da URGIC/UHGIC, com indicação do seu teor e dos meios de comunicação utilizados para esse fim, sempre com a identificação dos profissionais de saúde envolvidos;*
5. *Confirmação da existência de consentimento expresso do utente à eventual alteração da proposta cirúrgica e envio de cópia dos elementos documentais de suporte.”*

12. Nessa sequência, veio o CHUC remeter à ERS os esclarecimentos prestados pela Unidade Hospitalar de Gestão de Inscritos para Cirurgia (UHGIC), informando que:

“[...]

O utente [A.G.], processo hospitalar n.º [...], foi observado no serviço de Cirurgia Plástica do CHUC e foi inscrito em lista de espera para cirurgia; não tendo sido efectuado o agendamento da cirurgia dentro do tempo máximo de resposta garantido foi emitido vale de cirurgia pela Unidade Central do SIGIC; o vale cirurgia foi cativo no

Hospital da Confraria da Nossa Senhora da Nazaré onde o doente foi operado; desagrado por considerar que a cirurgia não teve o efeito pretendido apresentou reclamação à ERS; no mesmo sentido o médico do hospital de destino [origem?] registou em notas clínicas "apenas foi feita aparentemente lipoaspiração com resultado inadequado e paciente insatisfeito"; [...]

Não houve pedido de alteração do procedimento;

Não houve pedido de alteração da proposta cirúrgica;

Mais se informa no que diz respeito a este episódio em SIGIC:

- 1. O Director do Serviço de Cirurgia Plástica e Reconstructiva, Dr. [J.L.], informou a UHGIC, a 03/08/2016, que não tinha sido executado o procedimento da proposta (anexo 7);*
 - 2. A UHGIC procedeu de acordo com o seu procedimento geral aprovado pelo CA (anexo 8) e comunicou o incumprimento da proposta à URGIC através da Comunicação na Rede n.º 301424 (anexo 9);*
 - 3. O VC n.º [...] correspondente a este episódio foi validado financeiramente pela UHGIC no ficheiro enviado pela ARS-C em 15-05-2015 (anexo 10)."*
13. Em anexo ao ofício de resposta, o prestador remeteu ainda à ERS cópia do certificado de inscrição em LIC, proposta de intervenção cirúrgica assinada pelo Diretor do Serviço e pelo utente, diário clínico e informação da alta de internamento, de onde se conclui que:
- i) O utente era seguido no Serviço de Cirurgia Plástica do CHUC onde lhe foi diagnosticado "*Ginecomastia Bilateral*";
 - ii) Estava "*inscrito na Lista para Cirurgia no Serviço de Cirurgia Plástica desde o dia 07/11/13*" proposto a "*mastectomia subcutânea bilateral*", tendo o utente assinado o consentimento para realização da cirurgia proposta;
 - iii) Em 25/06/2014 foi emitido o VC/NT n.º [...], tendo o mesmo sido cativado no dia 25/08/2014 pela CNSN;
 - iv) Foi operado no dia 29/10/14;
 - v) Na informação da alta de internamento é referido "*Procedimento: Mastectomia subcutânea bilateral*".
 - vi) Em 2 de julho de 2015, regressou ao CHUC para consulta de Cirurgia Plástica, tendo o médico registado em notas clínicas "*apenas foi feita aparentemente lipoaspiração com resultado inadequado e paciente insatisfeito*".

vii)O último episódio clínico do utente refere-se a uma consulta de Cirurgia Plástica, no dia 22 de setembro 2016, tendo o médico novamente registado em notas clínicas “O doente vem de novo reclamar o facto de não estar tratado.”.

14. Já no âmbito do presente processo de inquérito, foi solicitado parecer clínico ao perito consultor da ERS, o qual, após analisar todos os elementos junto aos autos, concluiu o seguinte:

“[...]”

Trata-se de reclamação relacionada com alteração de procedimento realizado no âmbito da emissão de vale-cirurgia para o doente ser submetido a intervenção fora da Instituição que o inscreveu.

Tratava-se, aparentemente, de um doente com ginecomastia, proposto para mastectomia subcutânea, tendo o procedimento sido alterado para lipoaspiração.

As regras do SIGIC são claras ao referirem que a alteração do procedimento pré-operatoriamente, só pode ser realizada, desde que tenha a concordância do Hospital de Origem, o que não se verificou.

Acresce que, de acordo com a reclamação o resultado final não terá sido satisfatório.

A Instituição de Origem não pode ser responsabilizada, na minha opinião, pelo resultado final, nem pela responsabilidade financeira do procedimento, uma vez que foi efectuado à revelia da mesma.”

15. Na sequência do exposto, foi enviado um pedido de elementos à URGIC Centro, nos seguintes termos:

“[...]”

- 1. Informem se já tinham conhecimento da situação acima descrita, acompanhado do envio do suporte documental de todas as eventuais comunicações trocadas com HO (CHUC) e HD (CNSN);*
- 2. Confirmação da (eventual) existência de pedido de alteração à proposta cirúrgica original, pelo hospital de destino (CNSN), e diligências eventualmente encetadas com indicação do seu teor e dos meios de comunicação utilizados para esse fim e envio do suporte documental respetivo;*
- 3. Confirmação da existência de consentimento expresso do utente à eventual alteração da proposta cirúrgica e envio de cópia dos elementos documentais de suporte;*

4. *Confirmação da existência de reporte de (eventual) erro, má prática, prestação insuficiente ou qualquer outra intercorrência pelo HO (CHUC.), após consulta de revisão;*
 5. *Informação das eventuais medidas adotadas por V. Exas. após terem tomado conhecimento da comunicação do HO, dando conta do incumprimento da proposta cirúrgica por parte do Hospital da CNSN, designadamente, indicação se o episódio em causa foi objeto de pagamento ao HD;*
 6. *Indicação e descrição dos eventuais mecanismos de controlo existentes, para aferição da correspondência entre os procedimentos cirúrgicos propostos e os efetivamente realizados, tendo por referência a proposta cirúrgica e respetivo vale cirurgia;*
 7. *Confirmação da situação de entidade protocolada com o SNS, da Confraria de Nossa Senhora da Nazaré no âmbito do SIGIC, designadamente na especialidade Cirurgia Plástica Reconstructiva e Estética, acompanhado do envio do respetivo suporte documental;*
 8. *Quaisquer esclarecimentos complementares que V. Exas. julguem necessários e relevantes para a análise do caso concreto.*
16. Dando cumprimento ao solicitado, veio a URGIC Centro informar que:

“[...]”

1. *A URGIC não tinha conhecimento da presente situação até ao momento. Existe uma comunicação do CHUC, E.P.E. endereçada à ARS na aplicação SIGLIC (anexo I), informando sobre o possível incumprimento da proposta operatória. Não houve qualquer outra forma de comunicação desta possível irregularidade. A URGIC não tem capacidade em termos de recursos humanos para analisar as comunicações registadas no SIGLIC, pela carga administrativa que envolve. Por outro lado, considera-se que um caso de incumprimento de proposta cirúrgica detetado pelo Hospital de Origem deveria ser transmitido por outras vias.*
2. *Não existe qualquer pedido de alteração à proposta cirúrgica original, pelo Hospital de destino. Pelos registos do SIGLIC não parece ter existido alteração da proposta cirúrgica inicial (anexo II). Considera-se que deverá ser solicitado ao hospital de destino informação detalhada sobre a cirurgia efetivamente realizada (registos clínicos) para se poder concluir da veracidade dos registos referidos.*
3. *Não temos conhecimento.*
4. *Não temos conhecimento.*

5. *O episódio em causa foi já pago ao HD em 9 de julho de 2015, conforme registos do SIGLIC (anexo III), pois não tínhamos conhecimento da reclamação.*
6. *A avaliação da faturação recebida pelas cirurgias realizadas nos HD tem como procedimento obrigatório, na URGIC, a confirmação entre os procedimentos cirúrgicos realizados (constantes da Nota Apensa – documento gerado pelo SIGLIC) e a proposta cirúrgica elaborada pelo HO.*
7. *A Confraria de Nossa Senhora da Nazaré tem uma convenção celebrada com esta ARS, no âmbito do SIGIC, desde 1 de maio de 2007. As especialidades protocoladas são Cirurgia Geral, Ginecologia, Oftalmologia e Ortopedia. O procedimento realizado (8536) está considerado na especialidade de Cirurgia Geral.*
8. *Esta ARS não tem conhecimento da reclamação subscrita pelo utente [A.G.]”.*

III. DO DIREITO

III.1 Das atribuições e competências da ERS

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

[...]

b) *À garantia dos direitos relativos ao acesso aos cuidados de saúde, à prestação de cuidados de saúde de qualidade, bem como dos demais direitos dos utentes;*

c) *À legalidade e transparência das relações económicas entre os diversos operadores, entidades financiadoras e utentes.*”
19. Sendo que estão sujeitos à regulação da ERS, nos termos do n.º 2 do artigo 4.º dos seus Estatutos “[...] *todos os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, do setor público, privado, cooperativo e social, independentemente da sua natureza jurídica, nomeadamente hospitais, clínicas, centros de saúde, consultórios, laboratórios de análises clínicas, equipamentos ou unidades de telemedicina, unidades móveis de saúde e termas.*”;

20. A CNSN e o CHUC são entidades prestadoras de cuidados de saúde inscritas SRER da ERS, sob os n.ºs 127376 e 21486, respetivamente, pelo que ambas estão legalmente submetidas aos poderes de regulação e supervisão da ERS.
21. Acresce que, constituem objetivos da ERS, nos termos do disposto nas alíneas b), c) e d) do artigo 10.º do mencionado diploma, assegurar o cumprimento dos critérios de acesso aos cuidados de saúde, garantir os direitos e interesses legítimos dos utentes e zelar pela prestação de cuidados de saúde de qualidade.
22. Pelo que, no que concerne à garantia dos critérios de acesso aos cuidados de saúde a alínea a) do artigo 12.º do mesmo diploma legislativo estabelece ser incumbência da ERS “ *assegurar o direito de acesso universal e equitativo à prestação de cuidados de saúde nos serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde (SNS), nos estabelecimentos publicamente financiados, bem como nos estabelecimentos contratados para a prestação de cuidados no âmbito de sistemas ou subsistemas públicos de saúde ou equiparados*, acrescentando a alínea b) do mesmo artigo o dever de “ *prevenir e punir as práticas de rejeição e discriminação infundadas de utentes nos serviços e estabelecimentos do SNS, nos estabelecimentos publicamente financiados, bem como nos estabelecimentos contratados para a prestação de cuidados no âmbito de sistemas ou subsistemas públicos de saúde ou equiparados*”;
23. Pois, se é certo que a violação do direito de acesso, como direito complexo, pode surgir sob diferentes formas, ou ser originada por diferentes causas, é igualmente certo que uma das suas violações mais gravosas e últimas se consubstancia na rejeição infundada de pacientes;
24. Sendo por isso também competência da ERS, *prevenir e punir as práticas de rejeição e discriminação infundadas de utentes nos serviços e estabelecimentos do SNS, nos estabelecimentos publicamente financiados, bem como nos estabelecimentos contratados para a prestação de cuidados no âmbito de sistemas ou subsistemas públicos de saúde ou equiparados*.
25. Por outro lado, no domínio da garantia da prestação de cuidados de saúde de qualidade, incumbe à ERS, entre outras, a garantia do direito dos utentes à prestação de cuidados de saúde qualidade, conforme estatuído na alínea c) do artigo 14.º dos Estatutos da ERS.
26. Podendo a ERS assegurar tais incumbências mediante o exercício dos seus poderes de supervisão, zelando pela aplicação das leis e regulamentos e demais normas aplicáveis às atividades sujeitas à sua regulação, no âmbito das suas atribuições, e emitindo ordens e instruções, bem como recomendações ou advertências individuais,

sempre que tal seja necessário, sobre quaisquer matérias relacionadas com os objetivos da sua atividade reguladora, incluindo a imposição de medidas de conduta e a adoção das providências necessárias à reparação dos direitos e interesses legítimos dos utentes (cfr. alíneas a) e b) do artigo 19.º dos Estatutos da ERS).

III.2 Do modelo de funcionamento do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia

III.2.1 Os direitos dos utentes

27. O direito de acesso aos cuidados de saúde encontra-se constitucionalmente consagrado no artigo 64.º, sob a epígrafe “*direito à proteção da saúde*”, nos termos do qual tal direito é garantido pela criação de um SNS assente no respeito pelos princípios fundamentais da universalidade, generalidade e gratuitidade tendencial e impõe-se a toda a rede nacional de prestação de cuidados de saúde.
28. Com efeito, nos termos da Base XXIV da Lei de Bases da Saúde (LBS), o SNS deve prover pela garantia de “*equidade no acesso dos utentes, com o objetivo de atenuar os efeitos das desigualdades económicas, geográficas e quaisquer outras no acesso aos cuidados*”, o que implica que, nos estabelecimentos integrados no SNS, os cidadãos em situação idêntica devem receber tratamento em iguais circunstâncias, e em função das necessidades de cuidados de saúde.
29. A universalidade assenta na atribuição a todos do direito à proteção da saúde e nessa medida, deve ser assegurado a todos os cidadãos, no âmbito do SNS, o direito de acesso “[...] *independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação*”, o que implica que todos os cidadãos, sem exceção, possam aceder aos serviços prestadores de cuidados de saúde.
30. A generalidade impõe que o SNS garanta, com maior ou menor grau, uma prestação integrada de cuidados globais de saúde aos seus beneficiários. O princípio da generalidade aponta para o direito dos cidadãos a obter todo o tipo de cuidados de saúde, pelo que o Estado, com o intuito de assegurar a realização do direito à proteção da saúde, deverá “*garantir uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde*”. A este respeito a LBS determina que o cidadão tem direito a que lhe sejam prestados de forma integrada todos os cuidados de saúde, sejam primários, secundários, continuados ou paliativos.

31. Por outro lado, a Lei n.º 15/2014, de 21 de março, recentemente alterada pelo Decreto-Lei n.º 77/2017, de 20 de abril, que consolidou a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde, determina no seu artigo 4.º que a prestação dos cuidados de saúde pelo Serviço Nacional de Saúde e pelas entidades convencionadas ocorra em tempo considerado clinicamente aceitável para a condição de saúde de cada utente, igualmente instituindo tal normativo que, a Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do Serviço Nacional de Saúde, define “[...] os tempos máximos de resposta garantidos [e] o direito do utente à informação sobre esses tempos”, impondo aos estabelecimentos do SNS e aos do setor convencionado a obrigação de informarem o utente do tempo máximo de resposta garantido para a prestação de cuidados de saúde de que necessita, bem como de afixação de informação atualizada relativa aos TMRG para os diferentes tipos de prestação e grupos de patologia.

32. Nesse sentido, a Portaria n.º 87/2015, de 23 de março¹ estabelece assim os TMRG para prestações sem carácter de urgência, nomeadamente ambulatório dos centros de

¹ No seguimento da recente aprovação do Decreto-Lei n.º 77/2017, 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 77/2017. Nos termos do art. 2.º, 1, a portaria regula o Sistema Integrado de Gestão do Acesso dos utentes ao Serviço Nacional de Saúde (SIGA SNS), que 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. Segundo o n.º 1 do artigo 4.º da Portaria, o SIGA SNS possui 5 componentes: cuidados primários (SIGA CSP); primeiras consultas de especialidade hospitalar (SIGA 1.ª Consulta Hospitalar); cuidados de saúde hospitalares (SIGA CSH); para realização de MCDT (SIGA MCDT); e para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (SIGA RNCCI).

De acordo com a alínea c) do n.º 1 do artigo 4.º, o SIGA CSH (cuidados de saúde hospitalares) regula a referência e o acesso aos cuidados hospitalares, incluindo, di-lo expressamente a Portaria, o SIGIC. 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 acrescentando 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.

O artigo 27.º da Portaria n.º 147/2017, de 27 de Abril estatui que é revogada a Portaria n.º 45/2008, de 15 de janeiro, que criou e regula o SIGIC, e a Portaria 179/2014, de 11 de setembro, que alterou a primeira. Todavia, a Portaria 147/2017 prevê um conjunto de regulamentação subsequente a aprovar (art. 26.º), esclarecendo o n.º 2 do art. 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. 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

saúde, cuidados domiciliários, consultas externas hospitalares, meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) e cirurgia programada.

33. Por seu turno, cada estabelecimento do SNS fixará anualmente, dentro dos limites máximos estabelecidos a nível nacional por via da referida Portaria, os seus tempos de resposta garantidos por tipo de prestação e por patologia ou grupo de patologias, que igualmente deverão constar dos respetivos planos de atividades e contratos-programa.

III.2.2 Das regras do SIGIC

34. Conforme descrito na Portaria n.º 45/2008, de 15 de janeiro² que aprovou o Regulamento do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC), é este último um sistema de regulação da atividade relativa “[...] *a utentes propostos para cirurgia e a utentes operados, assente em princípios de equidade no acesso ao tratamento cirúrgico, transparência dos processos de gestão e responsabilização dos utentes e dos hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e dos estabelecimentos de saúde que contratam e convencionam com aquele a prestação de cuidados de saúde aos seus beneficiários.*”; e
35. São elegíveis para efeitos de inscrição na lista de inscritos para cirurgia (LIC) “[...] todos os utentes dos hospitais do SNS e os utentes beneficiários deste Serviço referenciados para os estabelecimentos de saúde do sector privado e do sector social, ao abrigo dos contratos e convenções celebrados.”.
36. Sendo que toda a programação cirúrgica é registada no SIGLIC e deve obedecer aos critérios:

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, no que aqui releva, 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.

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, ou seja, contados a partir de 27 de abril de 2017. Significa isto, portanto, que se deve entender, sob pena da existência de um vazio legal no que respeita à regulamentação do SIGIC, que, até à aprovação desse novo regulamento específico, 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. Temos em que a subsunção dos factos descritos nos presentes autos ao direito se fará tendo por enquadramento e referente jurídico-normativos a referida Portaria n.º 45/2008, a qual se constitui no regulamento – ainda em vigor – definidor dos princípios e normas vigentes do SIGIC.

² Alterada por via da publicação da Portaria n.º 179/2014, de 11 de setembro.

(i) da prioridade clínica estabelecida pelo médico especialista, em função da doença e problemas associados, patologia de base, gravidade, impacto na esperança de vida, na autonomia e na qualidade de vida do utente, velocidade de progressão da doença e tempo de exposição à doença; bem como

(ii) da antiguidade na LIC, sendo, em caso de igual prioridade clínica, selecionado em primeiro lugar o utente que se encontra inscrito na lista há mais tempo – cfr. § 73. do Regulamento.

37. Cumprindo a este propósito ressaltar que, cronologicamente, a inscrição dos utentes em LIC é precedida da consulta da especialidade e da consequente elaboração de um plano de cuidados, ou seja da elaboração de uma proposta de abordagem de um ou mais problemas de saúde do utente, onde se inscrevem e caracterizam os eventos necessários à sua resolução, ordenados de forma cronológica, não havendo limitação ao registo na proposta quanto ao número de diagnósticos descritos ou procedimentos a realizar, cfr. § 3.2.1.1. e 3.2.1.2.1 do Manual de Gestão de Inscritos para Cirurgia (MGIC).

38. Concretamente, prevê o MGIC de forma taxativa as causas de exclusão de inscrição de atos a realizar, como sendo os atos praticados fora do bloco operatório (BO), por não cirurgões ou pequenas cirurgias que não necessitem de utilização do BO;

39. Elencando igualmente os elementos de menção obrigatória no preenchimento da proposta de cirurgia, nos quais consta, entre outros a caracterização dos problemas a abordar, incluindo patologias associadas, em termos de descrição, codificação e respetiva lateralidade, e episódio antecedente se aplicável cfr. § 3.2.1.2.1 do MGIC.

40. Igualmente prévia à inscrição do utente em LIC, uma vez concluído o preenchimento da proposta de cirurgia, é a recolha do consentimento informado do utente, garantindo que o mesmo atesta a concordância com a proposta e respetiva inscrição em LIC.

41. Por outro lado, “[...] *todos os atos relacionados com a inscrição do utente em LIC, desde a efetivação da primeira consulta em serviço hospitalar relacionada com a proposta cirúrgica até à realização da intervenção cirúrgica e respetiva alta, são registados no SIGLIC, de acordo com as regras previstas no MGIC*”, devendo qualquer registo na LIC respeitar os procedimentos ali considerados, mormente os constantes dos § 58 a 75.

42. Pelo que, “[...] *após a emissão de certificado de inscrição, dá-se lugar à ativação da inscrição do utente na LIC do serviço/unidade funcional da instituição hospitalar.*” – cfr. § 3.2.1.2. do MGIC.

43. Ademais, aos utentes é reconhecido, nomeadamente, o direito de obter um certificado comprovativo da sua inscrição e de obter informação a todo o tempo junto da Unidade Hospitalar de Gestão de Inscritos para Cirurgia (UHGIC) do seu hospital e a seu pedido, sobre os dados que lhe respeitem registados na LIC, como seja o nível de prioridade que lhe foi atribuído e o seu posicionamento relativo na prioridade atribuída – cfr. § 44. do Regulamento.
44. Assim, a UHGIC é o principal elo de ligação do utente com o hospital, e todos os contactos com aquele e outros factos são registados no SI, competindo-lhe a informação aos utentes ou seus representantes, sobre o estado da inscrição, o teor dos deveres e direitos e qualquer outra sobre as diferentes fases do processo. – cfr. § 3.3.3. e § 3.3.5. do MGIC que remetem para o Volume II – Área da gestão.
45. Compete ainda aos responsáveis pelas unidades ou serviços dos hospitais envolvidos nos procedimentos cirúrgicos zelar pela atualização permanente da lista de procedimentos cirúrgicos suscetíveis de serem realizados pelos seus serviços, garantindo que a cada um está corretamente associado o código do sistema de codificação em vigor e ainda, garantir a seleção dos utentes inscritos em LIC para efeito de programação cirúrgica de acordo com os critérios de antiguidade e prioridade estabelecidos no MGIC e neste Regulamento – cfr. alíneas b) e c) do § 57 do Regulamento.
46. Pelo que, “[...] sempre que a instituição hospitalar de origem não consegue garantir ou a realização da cirurgia ou o seu agendamento até 100% do TMRG, o serviço/UF tenha perdido ou a capacidade técnica para realizar a cirurgia ou apresente piores tempos de acesso do que outro que se lhe equipare e ainda por conveniência justificada do utente, estão criadas as condições para se dar início à etapa de transferência. Seja qual for o tipo de transferência, esta só pode ocorrer com o acordo expresso do utente [...]”. – cfr. § 3.2.1.4. do MGIC.
47. Concretamente, no que à transferência cirúrgica diz respeito, é “[...] operada pela emissão e cativação de NT/VC [nota de transferência/vale cirurgia³], implica apenas a transferência da prestação dos procedimentos cirúrgicos relativos ao(s) problema(s) identificado(s) e às eventuais intercorrências da responsabilidade da instituição hospitalar ou complicações identificadas até sessenta dias após a alta hospitalar [...]” – cfr. § 3.2.1.4. do MGIC.

³ “[...] Quer a nota de transferência, quer o vale cirurgia, habilitam o utente a marcar a cirurgia diretamente numa das entidades de destino [...] a diferença reside no facto da primeira permitir apenas a sua utilização no âmbito do SNS e a segunda poder ser utilizada quer nos hospitais do SNS, quer nas instituições convencionadas do sector privado e social.” – cfr. § 3.2.1.4.1.7 do MGIC.

48. Ainda, “[...] a transferência de utentes através da emissão de NT/VC para outras unidades hospitalares integradas no SNS ou unidades convencionadas é obrigatória sempre que o hospital de origem, com os seus recursos, não possa garantir a realização da cirurgia dentro dos TMRG estabelecidos por prioridade clínica, por patologia ou grupo de patologias, presumindo-se a falta de garantia quando a cirurgia não for agendada até ao limite do prazo estabelecido para cada nível de prioridade, a contar da data de inscrição na LIC. [...]”, o que, no caso dos doentes com prioridade de nível 2, equivale ao trigésimo dia do TMRG - cfr. § 3.2.1.4.1.1. do MGIC.
49. Decorridos os prazos para agendamento da cirurgia, tal como previstos nos n.ºs 79 e 80 da Parte V do Regulamento⁴ sem que o agendamento no Hospital de Origem tenha ocorrido, “[...] e não existindo HD do SNS disponível nos termos do [...] Regulamento, a UCGIC emite de imediato um vale cirurgia a favor do utente.” – cfr. n.º 108 da Parte V do Regulamento;
50. Competindo, com efeito, à Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia (UCGIC), nos termos da alínea I) do.º 49 da Parte IV do Regulamento do SIGIC “[e]mitir e enviar vales cirurgia.”.
51. Efetivando-se essa mesma transferência mediante a emissão pela UCGIC de “[...] nota de transferência a favor do utente, propondo-lhe a selecção de uma das unidades hospitalares constante da listagem anexa de hospitais disponíveis” – cfr. n.º 98 da Parte V do Regulamento .
52. Sendo que a emissão de vale cirurgia pela UCGIC pressupõe a aplicação de um algoritmo automático que procura as instituições hospitalares do SNS com capacidade para realizar o procedimento cirúrgico, indicando em primeiro lugar as instituições do concelho de residência, seguido das instituições dos concelhos limítrofes e por último do distrito.
53. No que tange à preparação dos episódios para transferência o HO “[...] é responsável pela preparação do processo clínico do utente, para [...] envio ao hospital de destino seleccionado [...] para o que deve “[...] proceder de acordo com as legis artis para que o processo clínico se encontre suficientemente completo e actual, de modo a permitir documentar o médico”, cfr § 3.2.1.4.1.3. do MGIC.
54. Após a cativação do vale cirurgia o Hospital de Destino (HD) deve convocar o utente transferido “[...] para avaliar a proposta cirúrgica e desencadear os mecanismos

⁴ Nos termos dos n.ºs 79 e 80 da Parte V do Regulamento do SIGIC, o agendamento das cirurgias deve ocorrer até ao limite de 50 % e 75 % do tempo de espera, respetivamente se os utentes estiverem classificados com nível 2 e nível 1.

necessários à realização da cirurgia [...] o HD deve dispor dos exames complementares necessários à caracterização cabal da patologia e órgãos afetados, de forma a poder executar os procedimentos propostos [...] o HD deve proceder à avaliação da situação clínica actual do utente, realizando os meios complementares inerentes á rotina pré-operatória [...], cfr. § 3.2.1.4.2.3. do MGIC;

55. No âmbito da avaliação pré-operatória pelo HD prevê o MGIC que HD possa não considerar os procedimentos propostos os mais indicados, podendo solicitar ao HO ou à URGIC a sua alteração.

56. Concretamente, no § 3.2.1.4.2.3 do MGIC prevê-se que “[...] O HD pode entender que os procedimentos para os quais o utente foi proposto já não são os mais indicados ou que o utente necessita de outros procedimentos adicionais aos propostos face à situação clínica actual” e que “[...] ao detectar a necessidade de um ou mais procedimentos cirúrgicos que não constam na proposta de origem, o HD deve avaliar se tem capacidade para realizar esses novos procedimentos [...] para o que [...] deve pedir autorização ao HO através do SIGLIC para actualizar a proposta cirúrgica, justificando detalhadamente o proposto.”

57. Ademais, “[...] a URGIC deve através do SIGLIC analisar e validar os pedidos de devolução do HD e devolver o episódio ao HO, para que esta possa validar a necessidade de atualização da proposta”, sendo que “[...] os procedimentos que forem realizados sem autorização prévia do HO, URGIC ou UCGIC não podem ser facturados, uma vez que correspondem a prestações que não foram solicitadas– cfr. § 3.2.1.4.2.3 do MGIC.

58. Refira-se, ainda, que as UHGIC ficam integradas nos hospitais, competindo-lhes:

- a) *Zelar pelo cumprimento das normas aplicáveis à LIC e respetivo Regulamento;*
- g) *Prever e identificar os casos dos utentes que deverão ser transferidos para outra unidade prestadora de cuidados de saúde [...] – cfr. § 54.º e 56.º do Regulamento.*

59. As URGIC ficam integradas nas Administrações Regionais de Saúde, competindo-lhes:

- a) *Monitorizar, avaliar e controlar a evolução de inscritos para cirurgia nas unidades hospitalares, designadamente os tempos de espera;*
- j) *Autorizar a emissão de vales cirurgia para a realização de procedimentos cirúrgicos propostos pelo HD, quando sejam complementares de*

procedimentos cirúrgicos realizados anteriormente, após auscultação do HO;

- m) Decidir nas situações em que se verificarem conflitos entre HO e HD;*
- n) Verificar se a facturação emitida pelas entidades convencionadas corresponde à actividade realizada no âmbito dos vales cirurgia [...] – cfr. § 50.º e § 52.º do Regulamento.*

60. Ainda, a UCGIC fica integrada na ACSS, competindo-lhe:

- j) Selecionar os utentes a transferir e garantir o cumprimento e monitorização dos protocolos de transferência definidos por parte dos restantes intervenientes;*
- l) Emitir e enviar vales cirurgia;*
- m) Autorizar o [...] HD a elaborar propostas cirúrgicas e a realizar os procedimentos que lhes correspondam – cfr. § 47.º e 49.º do Regulamento.*

III.3. Do consentimento informado

61. O consentimento informado para a prestação de cuidados de saúde é um requisito ético e jurídico fundamental na relação estabelecida entre utentes, profissionais de saúde e entidades prestadoras de cuidados de saúde, e assume-se como uma manifestação de respeito pelo utente e pela realização dos valores da dignidade humana, da liberdade e da autodeterminação pessoal.

62. O consentimento informado assegura a proteção do utente contra a sujeição a tratamentos não desejados, e a participação ativa do mesmo na definição dos cuidados de saúde a que é sujeito.

63. Para um consentimento informado, livre e esclarecido, a comunicação plena e eficaz é fundamental e as entidades prestadoras de cuidados de saúde devem instaurar mecanismos que a assegurem, não só entre o médico e o utente, como também entre os diversos profissionais.

64. A noção de consentimento informado fundamenta-se em vários princípios constitucionais, tais como a defesa e promoção da dignidade humana (*cfr.* art. 1º da CRP), a inviolabilidade da integridade moral e físicas das pessoas (*cfr.* art. 25º da CRP) e o reconhecimento dos direitos à identidade pessoal, ao desenvolvimento da personalidade, à reserva da intimidade da vida privada e familiar, à proteção legal contra quaisquer formas de discriminação e à liberdade (*cfr.* art. 26º e 27º da CRP).

65. Esta dimensão de proteção conferida pela CRP transmite-se a todo o ordenamento jurídico, que adotou, como seu princípio estruturante, a proteção da personalidade – nos termos do art.º 70º, n.º 1 do Código Civil, “*A lei protege os indivíduos contra qualquer ofensa ilícita ou ameaça de ofensa à sua personalidade física ou moral.*”.
66. Concretizando estes princípios e normas fundamentais, a LBS reconhece aos utentes o direito à informação sobre a sua situação clínica, sobre as alternativas possíveis de tratamento e sobre a evolução provável do seu estado, bem como, o direito de receber ou recusar a prestação de cuidados de saúde que lhe é proposta (cfr., alíneas b) e e) do n.º 1 da Base XIV).
67. Assim, nos termos do n.º 1 da referida Base XIV, os utentes têm direito a:
- “a) Escolher, no âmbito do sistema de saúde e na medida dos recursos existentes e de acordo com as regras de organização, o serviço e agentes prestadores;*
- b) Decidir receber ou recusar a prestação de cuidados que lhes é proposta, salvo disposição especial da lei; c) Ser tratados pelos meios adequados, humanamente e com prontidão, correção técnica, privacidade e respeito;*
- [...]
- e) Ser informados sobre a sua situação, as alternativas possíveis de tratamento e a evolução provável do seu estado;*
- [...]”
68. Por sua vez, a Convenção sobre os Direitos Humanos e da Biomedicina⁵ afirma, como objetivo fundamental dos Estados Signatários, o de protegerem a dignidade e identidade de qualquer ser humano e garantirem, sem discriminação, o respeito pela sua integridade e pelos seus outros direitos e liberdades fundamentais, face às aplicações da biologia e da medicina.
69. Desta forma, o interesse e o bem-estar do ser humano devem prevalecer sobre o interesse único da sociedade ou da ciência (cfr. artigo 2º da Convenção).
70. Por isso, e no que respeita ao consentimento para a prestação de cuidados de saúde, o artigo 5º da Convenção afirma o seguinte:
- “Qualquer intervenção no domínio da saúde só pode ser efectuada após ter sido prestado pela pessoa em causa o seu consentimento livre e esclarecido.*

⁵ Aprovada para ratificação pela Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001, de 3 de Janeiro e ratificada pelo Decreto do Presidente da República n.º 1/2001, de 3 de janeiro, publicada no Diário da República, I Série-A, n.º 2/2001 de 3 de janeiro de 2001

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

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

71. Já a Lei n.º 15/2014, de 21 de março, concretizando a Base XIV da Lei de Bases da Saúde - sob a epígrafe “*consentimento ou recusa*”, afirma, no seu artigo 3º, que “*O consentimento ou a recusa da prestação dos cuidados de saúde devem ser declarados de forma livre e esclarecida, salvo disposição especial da lei*” (cfr. n.º 1) e que “*O utente dos serviços de saúde pode, em qualquer momento da prestação dos cuidados de saúde, revogar o consentimento.*” (cfr. n.º 2).
72. No que respeita ao “*direito à informação*”, nos termos do artigo 7º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março “*O utente dos serviços de saúde tem o direito a ser informado pelo prestador dos cuidados de saúde sobre a sua situação, as alternativas possíveis de tratamento e a evolução provável do seu estado*” (cfr. n.º 1), sendo certo que estes dados deverão ser transmitidos de forma acessível, objetiva, completa e inteligível (cfr. n.º 2).
73. Neste contexto, qualquer cuidado de saúde só poderá ser prestado depois de estarem cumpridos dois procedimentos prévios: prestação de informação ao utente e obtenção de seu consentimento.
74. Porém, a prestação de informação prévia não se resume a uma mera indicação genérica sobre a proposta de prestação de cuidados; o dever de informação prévia, enquanto requisito de validade e legalidade do ato, implica a transmissão ao utente de um conjunto amplo de informações que definam, com precisão, a intervenção que se pretende levar a cabo – como resulta do citado artigo 5º da Convenção dos Direitos Humanos e da Biomedicina.
75. Assim, nos termos do disposto no n.º 1 do artigo 150º do Código Penal, “*As intervenções e os tratamentos que, segundo o estado dos conhecimentos e da experiência da medicina, se mostrarem indicados e forem levados a cabo, de acordo com as leges artis, por um médico ou por outra pessoa legalmente autorizada, com intenção de prevenir, diagnosticar, debelar ou minorar doença, sofrimento, lesão ou fadiga corporal, ou perturbação mental, não se consideram ofensa à integridade física.*”.
76. Porém, atento o n.º 1 do artigo 156º do Código Penal – norma que define o crime de intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos arbitrários – “*As pessoas indicadas no artigo 150.º que, em vista das finalidades nele apontadas, realizarem intervenções ou*

tratamentos sem consentimento do paciente são punidas com pena de prisão até 3 anos ou com pena de multa.”.

77. Para concretizar esta norma, o artigo 157º do Código Penal afirma que o consentimento só é eficaz quando o utente tiver sido devidamente esclarecido sobre o diagnóstico e a índole, alcance, envergadura e possíveis consequências da intervenção ou do tratamento - ou seja, quando ao utente forem fornecidos todos os elementos necessários à tomada de uma decisão consciente, fundamentada e livre.
78. Neste contexto, a informação que deve ser prestada previamente ao utente, para que este possa tomar uma decisão sobre o tratamento ou intervenção proposta, deve abranger:
- a) Todos os dados sobre o seu estado de saúde e diagnóstico, em resultado da avaliação efetuada pelo profissional de saúde;
 - b) Descrição do exame e/ou intervenções terapêuticas ou medicamentosas, que o profissional de saúde considere indicadas, incluindo, dessa forma, a descrição dos meios que se pretendem utilizar para o efeito, das finalidades dos mesmos e do prognóstico/probabilidade de sucesso que se pretende alcançar, bem como, da existência de soluções alternativas;
 - c) Informação sobre os riscos e/ou efeitos secundários do exame e/ou intervenções terapêuticas ou medicamentosas;
 - d) Informação sobre o direito de recusar e de revogar o consentimento a qualquer momento, incluindo a informação sobre os riscos para a saúde, inerentes ao exercício destes direitos;
 - e) Informação sobre os meios humanos e técnicos existentes e disponíveis no estabelecimento em causa, para a prestação dos cuidados de saúde necessários;
 - f) Informação sobre todas as questões administrativas e financeiras relevantes, nomeadamente, sobre regras de acesso e de referenciação em vigor no âmbito do SNS, sobre autorizações prévias a emitir por entidades terceiras e sobre preços e orçamentos referentes à prestação de cuidados de saúde em causa.
79. Para que esta informação possa ser devidamente recebida e interpretada pelo utente, o profissional de saúde deve adotar formas de comunicação e de linguagem que permitam o efetivo esclarecimento daquele.
80. A informação deve ser transmitida em linguagem acessível e compreensível pelo utente em concreto, independentemente das suas habilitações profissionais ou académicas, ou de quaisquer limitações linguísticas ou de natureza cognitiva.

81. A compreensão, tal como definida atrás, é um requisito fundamental para assegurar a liberdade na prestação do consentimento, pelo que, constitui sempre obrigação do profissional de saúde e do estabelecimento prestador de cuidados de saúde, confirmar que o utente está devidamente esclarecido sobre a informação que lhe foi prestada.
82. Resulta das disposições acima referidas, que o ordenamento jurídico reconhece aos utentes o direito ao consentimento, mas também o direito de revogar, livremente e a todo o tempo, o consentimento, bem como, o direito de recusar qualquer prestação de cuidados de saúde.
83. Quer a revogação, quer a recusa, devem ser informadas – ou seja, o utente deve ser informado e esclarecido sobre os riscos que a revogação ou recusa do consentimento pode implicar para a sua saúde.
84. Sendo o consentimento revogável a qualquer momento, também a recusa manifestada poderá ser alterada – ou seja, se um utente recusou um determinado plano terapêutico ou cirúrgico que lhe foi proposto, poderá mais tarde vir a conferir o seu consentimento para esse efeito, desde que a sua vontade seja informada e livremente manifestada.

III.4. Análise da situação concreta

85. Ponderados os elementos factuais recolhidos nos presentes autos cumpre assim analisar o percurso do utente A.G. à luz das prestações exigíveis quer ao hospital de origem, quer ao hospital de destino, quer ainda à luz das atribuições que neste âmbito recaem sobre a URGIC territorialmente competente, *in casu*, URGIC Centro.

III.4.1 Da atuação do HO

86. Assim, foi possível apurar que ao utente A.G., seguido no Serviço de Cirurgia Plástica do CHUC, foi diagnosticado Ginecomastia Bilateral.
87. Pelo que, no dia 7 de novembro de 2013, foi o mesmo inscrito em LIC e proposto por aquela especialidade para a realização do procedimento cirúrgico - mastectomia subcutânea bilateral.
88. Esgotado o TMRG aplicável, foi emitido o vale cirurgia, tendo o mesmo sido cativado pelo utente no dia 25 de agosto de 2014 na CNSN, onde foi operado no dia 29 de outubro do mesmo ano, constando da respetiva nota de alta, emitida a 30 de outubro de 2014, que o procedimento realizado foi uma mastectomia subcutânea bilateral

89. Subsequentemente, em 2 de julho de 2015, o utente regressou ao CHUC para consulta de Cirurgia Plástica, tendo o seu médico verificado o incumprimento da proposta cirúrgica, conforme registo efetuado no respetivo diário clínico, onde se pode ler “[...] apenas foi feita aparentemente lipoaspiração com resultado inadequado e paciente insatisfeito”.
90. Nessa sequência, a 31 de julho de 2015, o diretor do Serviço de Cirurgia Plástica e Reconstructiva, informou a UHGIC do CHUC de que não tinha sido executado o procedimento proposto, concretamente atestando que “[...] junto envio fotocópias do processo com o procedimento proposto e que, segundo o doente, e com base em observação clínica, não terá sido efectuado apesar de descrito na carta de alta. Aproveito para lembrar que o médico que operou o doente, não se encontra inscrito no Colégio da Especialidade de Cirurgia Plástica Reconstructiva e Estética da Ordem dos Médicos pelo que não é reconhecido como cirurgião plástico. Alertamos de novo para o facto de situações destas se repetirem com alguma frequência, com queixas de insatisfação com os resultados das cirurgias por parte dos doentes.”
91. Tal informação foi formalizada a 6 de agosto de 2015 pela UHGIC que, na rede SIGLIC, dirigiu uma comunicação à URGIC Centro, onde sob o assunto “Incumprimento de proposta operatória” descreveu “Informamos que na análise deste episódio se apurou incumprimento da proposta operatória com eventual prejuízo para o utente – Procedimento(s) executado(s) não correspondente(s) ao(s) proposto(s). Na salvaguarda dos interesses do utente e da Instituição solicitamos que o processo seja devidamente analisado e que sejam tomadas as devidas medidas cautelares no caso de vir a ser apurada a violação que ora se presume.”.
92. Por outro lado, da consulta do documento intitulado “Informação dos Estados do Episódio” da autoria da ARS Centro, retira-se que a 3 de março de 2015 o episódio foi faturado, tendo sido concluído financeiramente a 9 de julho de 2015.
93. Sendo que da informação prestada pelo CHUC à ERS resulta ainda que “[...] o VC [...] correspondente a este episódio foi validado financeiramente pela UHGIC no ficheiro enviado pela ARS-C em 15-05-2015.”
94. Ora, compaginando todos os factos vindos de expor com o enquadramento jurídico *supra* melhor explanado relativo aos mecanismos de funcionamento do SIGIC temos que:
- i. De acordo com o previsto no § 128 da Portaria 45/2008, de 15 de janeiro “[...] logo após a alta hospitalar, o HO convoca o utente para uma consulta de revisão destinada a avaliar o utente, a concluir sobre a prestação no HD e a

verificar se há necessidade de outras ações. Desta consulta terá de resultar um relatório nos termos constantes do MGIC a disponibilizar no SIGLIC.”

- ii. No caso concreto, tendo o utente tido alta a 30 de outubro de 2014 e tendo o respetivo processo ficado concluído no HD a 23 de fevereiro de 2015, verifica-se que apenas a 2 de julho de 2015 o mesmo é convocado para a realização da referida consulta de revisão, na qual efetivamente se vem a constatar o incumprimento pelo HD da proposta cirúrgica;
- iii. Mas sucede que, perante tal constatação, a formalização em SIGLIC da não conformidade existente só ocorre no dia 6 de agosto subsequente, a qual de resto apenas foi endereçada à URGIC Centro, contrariando assim o disposto na Política de Incumprimento do Plano Terapêutico Pelos Hospitais de Destino, a qual na página 6 determina que “[...] *considera-se incumprimento de importância crítica quando há interferência direta no plano de cuidados, imprescindível para tratar o problema do utente de acordo com a proposta cirúrgica [...] sempre que ocorra incumprimento do plano terapêutico pelos hospitais de destino da UHGIC, no cumprimento das suas obrigações, informa URGIC e UCGIC através de comunicação na rede do SIGLIC. Todos os casos de incumprimento resultam em invalidação da responsabilidade financeira do CHUC [...].*”;
- iv. Ora, não só a comunicação do incumprimento do plano terapêutico ocorreu apenas à URGIC, e não também à UCGIC como previsto, como não determinou também a invalidação da responsabilidade financeira do CHUC, já que, como visto, o episódio foi faturado a 3 de março de 2015, foi validado financeiramente pela UHGIC no ficheiro enviado pela ARS-C em 15-05-2015 e foi concluído financeiramente a 9 de julho de 2015.

III.4.2 Da atuação do HD

95. Dos esclarecimentos prestados pela CNSN nos presentes autos resulta que a mesma nega ter procedido à alteração da proposta cirúrgica, alegando que para o procedimento em causa – Mastectomia Bilateral – “[...] *diversas vias de abordagem podem ser seguidas, entre as quais a lipoaspiração.*”
96. Sustentando a este respeito que [...] “*o utente foi esclarecido das alternativas técnicas para a sua patologia, tendo optado pelo procedimento menos invasivo e assinado o consentimento [...] não foi feita alteração do procedimento proposto - mastectomia*

subcutânea tendo este procedimento diversas vias de abordagem entre as quais lipoaspiração.”.

97. Facto é que, decorre da avaliação clínica feita pelo HO que “[...] *apenas foi feita aparentemente lipoaspiração com resultado inadequado [...]*”;

98. O que é secundado pela avaliação feita pelo perito médico consultor da ERS ao sustentar que “[...] *Tratava-se, aparentemente, de um doente com ginecomastia, proposto para mastectomia subcutânea, tendo o procedimento sido alterado para lipoaspiração. As regras do SIGIC são claras ao referirem que a alteração do procedimento pré operatoramente, só pode ser realizada, desde que tenha a concordância do Hospital de Origem, o que não se verificou.* “

99. Assim, e uma vez mais compaginando todos os factos vindos de expor com o enquadramento jurídico *supra* melhor explanado relativo aos mecanismos de funcionamento do SIGIC temos que:

- i. De acordo com o MGIC, “[...] *O HD pode entender que os procedimentos para os quais o utente foi proposto já não são os mais indicados ou que o utente necessita de outros procedimentos adicionais aos propostos face à situação clínica actual*”, devendo para o efeito solicitar ao HO ou à URGIC a sua alteração.
- ii. O que não se verificou conforme atestado quer pelo HO quer pela própria URGIC a quem competiria autorizar tal hipotético pedido;
- iii. Assim se concluindo que, a admitir-se a hipótese de alteração do procedimento proposto pelo HO, optando o HD pela realização de lipoaspiração, sempre tal alteração, nos termos do estatuído no MGIC impunha a validação dessa alteração pelo HO e pela URGIC, sob pena de “[...] *os procedimentos que forem realizados sem autorização prévia do HO, URGIC ou UCGIC não podem ser facturados, uma vez que correspondem a prestações que não foram solicitadas.*”.
- iv. O que, no caso em análise, conforme visto não se verificou, não aproveitando a alegação do HD de que o procedimento realizado foi consentido pelo utente por ser menos invasivo que o proposto, o que não só evidencia um afastamento da proposta inicial, como não obvia à necessidade de prévia validação pelo HO e URGIC.
- v. Com efeito, tendo presente o princípio da autodeterminação da pessoa humana e a intangibilidade da proteção da dignidade humana que terá como último

reduzidas as violações não consentidas da integridade física, temos que o simples facto de o HD querer fazer valer o termo de consentimento assinado pelo utente como uma manifestação da sua vontade em se submeter a uma cirurgia diferente da inicialmente proposta, configura não só uma violação daquele princípio da autodeterminação, como dos procedimentos aplicáveis no âmbito do SIGIC;

- vi. Pois que ao ser dado a assinar ao utente um termo de consentimento prevendo a realização de um procedimento não compaginável como o inicialmente proposto, foi aquele onerado com a tomada de uma decisão não esclarecida que, em última análise, nunca poderia alavancar a efetiva mudança do procedimento proposto, já que, como visto, este teria de passar pelos fluxos de comunicação instituídos no âmbito das regras do SIGIC, o que não se verificou.

III.4.3 Da atuação da URGIC Centro

100. Suscitados esclarecimentos à URGIC Centro sobre o ocorrido afirmou a mesma “[...] não [ter] conhecimento da presente situação até ao momento.”;
101. Embora reconhecendo a existência de “[...] uma comunicação do CHUC, EPE endereçada à ARS na sua aplicação SIGLIC informando sobre o possível incumprimento da proposta operatória [...]”;
102. Mais sustentou que “[...] não houve qualquer outra forma de comunicação desta possível irregularidade. A URGIC não tem capacidade em termos de recursos humanos para analisar as comunicações registadas no SIGLIC, pela carga administrativa que envolve. Por outro lado, considera-se que um caso de incumprimento de proposta cirúrgica detetado pelo Hospital de Origem deveria ser transmitido por outras vias.”;
103. Confirma ainda URGIC a inexistência de pedido de alteração à proposta cirúrgica original por parte do HD, embora informe que “[...] Pelos registos no SIGLIC não parece ter existido alteração da proposta cirúrgica inicial. Considera-se que deverá ser solicitado ao hospital de destino informação detalhada sobre a cirurgia efetivamente realizada (registos clínicos) para se poder concluir da veracidade dos registos referidos.”.

Assim, e compaginando agora todos os factos vindos de expor com o enquadramento jurídico *supra* melhor explanado relativo aos mecanismos de funcionamento do SIGIC temos que:

i) Nos termos do § 50 da Portaria 45/2008, de 15 de janeiro à URGIC compete :

e) *Monitorizar e controlar os processos de transferência entre instituições e garantir o cumprimento dos protocolos de transferência definidos, designadamente no que respeita aos circuitos de acompanhamento e comunicação entre os intervenientes;*

m) *Decidir nas situações em que se verifiquem conflitos entre HO e HD;*

n) *Verificar se a facturação emitida pelas entidades convencionadas corresponde à actividade realizada no âmbito dos vales cirurgia [...] – cfr. § 50.º e § 52.º do Regulamento.*

ii) Ainda, de acordo com o disposto no § 129 da Portaria 45/2008, de 15 de janeiro, no âmbito da gestão das transferências as URGIC

a) *adotam as acções necessárias para fomentar a adequação da oferta dos serviços das unidades convencionadas com a procura de procedimentos cirúrgicos dos hospitais da rede do SNS;*

d) *garantem a correta e fluida comunicação entre as partes implicadas;*

f) *auditam as unidades hospitalares para verificação da veracidade e actualidade dos dados contidos no SIGLIC;*

iii) Por outro lado ainda e de acordo o § 58 da supra referida Portaria “[...] todos os actos relacionados com a inscrição do utente em LIC, desde a efectivação da primeira consulta em serviço hospitalar relacionada com a proposta cirúrgica até à realização da intervenção cirúrgica e respectiva alta, são registados no SIGLIC, de acordo com as regras previstas no MGIC.”;

iv) Assim, e relativamente à atuação da URGIC Centro no caso concreto temos que, o SGLIC é, reconhecidamente, o sistema próprio para operar a transmissão de comunicações entre os agentes da rede, sendo competência expressa da URGIC o seu processamento e monitorização, pelo que não se vislumbra que uma comunicação endereçada por uma UHGIC sob o assunto “*Incumprimento de proposta operatória*” possa ser ignorada por falta de recursos humanos para proceder ao seu processamento;

v) Ademais, quanto à validação dos dados inseridos pelo HD no SIGLIC com base nos quais a URGIC faz presumir a não alteração do procedimento proposto pelo HO e relativamente ao quais sustenta a necessidade de “[...] *ser solicitado ao hospital de destino informação detalhada sobre a cirurgia efetivamente realizada (registos clínicos)*

para se poder concluir da veracidade dos registos referidos.”, sempre se dirá que é à própria URGIC que compete tal avaliação, designadamente em sede de auditoria.

vi) Por outro lado ainda quanto à faturação do episódio concreto e verificada que esteja a não conformidade alegada, resulta inequívoco que é à URGIC que compete “*Verificar se a faturação emitida pelas entidades convencionadas corresponde à actividade realizada no âmbito dos vales cirurgia*”.

104. Pelo exposto, e analisadas as intervenções quer do HO, quer do HD quer ainda da URGIC Centro, e ponderado o impacto que a atuação de cada um teve, *de per se*, nos constrangimentos verificados no processo de atendimento do utente A.M., conclui-se pela necessidade de adoção da atuação regulatória *infra* delineada, a qual pressupõe a emissão de uma instrução ao CNSN bem como de uma recomendação ao CHUC e à Administração Regional de Saúde do Centro, I.P., na qual se integra a URGIC Centro e à Administração Central do Sistema de Saúde, I.P., na qual se integra a URGIC.

IV. DA AUDIÊNCIA DE INTERESSADOS

105. A presente deliberação foi precedida de audiência escrita dos interessados, nos termos e para os efeitos do disposto no n.º 1 do artigo 122.º do Código do Procedimento Administrativo (CPA), aplicável *ex vi* da alínea a) do artigo 24.º dos Estatutos da ERS, tendo sido chamados a pronunciarem-se, relativamente ao projeto de deliberação da ERS, a CNSN, o CHUC, o utente, a ARS Centro e a ACSS, todos por ofícios datados de 18 de maio de 2017.

106. Decorrido o prazo legal concedido para o efeito, a ERS apenas recebeu a pronúncia da ARS Centro e da ACSS.

107. Assim, por comunicação eletrónica de 30 de março de 2017, tomou a ERS conhecimento da pronúncia aduzida pela ARS Centro, informando que “[...] *concorda com o teor da proposta*.”.

108. Posteriormente, por ofício rececionado pela ERS em 8 de junho de 2017, a ERS tomou conhecimento da pronúncia aduzida pela ACSS, que veio informar o seguinte:

“[...]”

No âmbito do processo de inquérito n.º ERS/072/2016, de 18 de maio, referente à reclamação do utente [A.G.], operado no dia 29/10/2014 no Hospital da Confraria de

Nossa Senhora da Nazaré (HD), cumpre informar que a Unidade de Gestão do Acesso (UGA) tomou conhecimento do ocorrido no processo de inquérito acima referido, e atendendo às recomendações emanadas [...], procedeu à análise do episódio tendo chegado às seguintes averiguações:

- *Não existe Comunicação na Rede SIGLIC a solicitar a autorização da alteração dos procedimentos da proposta cirúrgica ao Hospital de Origem (HO);*
- *No registo da cirurgia (SIGLIC) os procedimentos registados pelo HD, correspondem exatamente aos procedimentos da proposta cirúrgica elaborada pelo HO, o que não corresponde à informação enviado pelo HD.*

Na sequência destas averiguações, esta Administração Central procedeu às seguintes ações:

- *Emissão de Circular Informativa, conforme anexo, a relembrar as regras relativas à reformulação da proposta cirúrgica nos HD, destinada aos hospitais de destino e às Unidades Regionais de Gestão de Inscritos para Cirurgia (URGIC), que visa reforçar a importância das regras de alteração de procedimentos da proposta cirúrgica do HO pelo HD, com intuito de salvaguarda dos direitos dos utentes;*
- *Definição de uma minuta tipo para os HD poderem efetuar a alteração dos procedimentos da proposta cirúrgica, que inclui a autorização escrita do utente (nota de consentimento) e a validação do responsável do serviço/unidade funcional do HO, assim como a informação dos procedimentos da proposta cirúrgica do HO e os procedimentos propostos pelo HD.” [...].*

109. Analisada a pronúncia da ACSS, designadamente, a documentação que compõe a Circular Informativa N.º 15/2017/UGA/ACSS, de 1 de junho de 2017 e a proposta de documento intitulado “REGISTO DA ALTERAÇÃO DA PROPOSTA CIRÚRGICA (HD)”, juntos ao autos e cujo teor se dá por integralmente reproduzido, conclui-se que a mesma atesta o cumprimento da recomendação projetada, para que a unidade de apoio ao SIGIC na mesma integrada, garanta que todos os prestadores que atuem como Hospital de Destino no âmbito do SIGIC sejam consciencializados para a necessidade do estrito cumprimento de todas as garantias legalmente instituídas no quadro de proteção do direito ao consentimento informado, livre e esclarecido;

110. Pelo que não se justifica a sua manutenção, já que o acolhimento ora atestado cumpre o propósito de salvaguarda da prestação de cuidados de saúde qualidade e de garantia do direito de acesso que a recomendação projetada visava acautelar.

111. Já no que respeita a pronúncia da ARS Centro, não obstante a mesma enfatize o acolhimento da decisão da ERS, não atesta o seu cumprimento imediato, porquanto inexistem de momento nos autos documentos comprovativos da efetiva implementação de todas as medidas e procedimentos que a deliberação projetada visa garantir.
112. Nestes termos, mantém-se a necessidade de uma intervenção regulatória da ERS, nos termos *infra* delineados.

V. DECISÃO

113. Tudo visto e ponderado, o Conselho de Administração da ERS delibera, nos termos e para os efeitos do preceituado nas alíneas a) e b) do artigo 19.º e na alínea a) do artigo 24.º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, emitir uma instrução à Confraria Nossa Senhora da Nazaré, nos seguintes termos:

- (i) Deve garantir que o atendimento dos utentes se processe dentro do estrito cumprimento das regras de funcionamento do programa SIGIC, designada mas não limitadamente aquelas aplicáveis em matéria de consentimento informado dos utentes, transmissão e registo no SIGLIC de informação entre Hospital de Origem e Hospital de Destino e procedimentos de alteração de proposta cirúrgica;
- (ii) Deve adotar procedimentos que garantam o estrito cumprimento de todas as garantias legalmente instituídas no quadro de proteção do direito ao consentimento informado, livre e esclarecido, o que implica a abstenção de apresentar aos utentes termos de consentimento informado que importem uma alteração à proposta cirúrgica elaborada pelo Hospital de Origem sem prévia validação e autorização da mesma, nos termos das regras e mecanismos de comunicação instituídos no âmbito do SIGIC;
- (iii) Deve garantir a implementação dos procedimentos necessários à prestação de cuidados de saúde de qualidade aos utentes, como sendo os mais adequados e tecnicamente corretos, com observância dos requisitos mínimos de qualidade e segurança;
- (iv) Deve dar cumprimento imediato à presente instrução, comunicando à ERS, no prazo máximo de 30 (trinta) dias úteis contados após a notificação da deliberação final, os procedimentos adotados para o efeito.

114. A instrução emitida constitui decisão da ERS, sendo que a alínea b) do n.º 1 do artigo 61.º dos seus Estatutos configura como contraordenação punível *in casu* com coima de 1 000,00 EUR a 44 891,81 EUR, “[...] o *desrespeito de norma ou de decisão da ERS que, no exercício dos seus poderes regulamentares, de supervisão ou sancionatórios, determinem qualquer obrigação ou proibição [...]*”.
115. O Conselho de Administração da ERS delibera ainda nos termos e para os efeitos do preceituado na alínea a) do artigo 24.º, e da alínea b) do artigo 19.º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, emitir uma recomendação ao Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E., e à Administração Regional de Saúde do Centro, I.P. – URGIC Centro, nos seguintes termos:
- (i) O Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E. deve garantir que o atendimento dos utentes se processe dentro do estrito cumprimento das regras de funcionamento do programa SIGIC, designada mas não limitadamente aquelas aplicáveis em matéria de controlo da conformidade existente entre o procedimento proposto e o realizado e respetivo reporte de não conformidades detetadas à URGIC e UCGIC, quer para efeitos de salvaguarda dos direitos e legítimos interesses dos utentes, quer para garantia do rigor do processo de faturação inerente;
 - (ii) O Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E. deve dar conhecimento à ERS da situação clínica atualizada do utente A.M., designadamente das alternativas clínicas encontradas para resolução da respetiva patologia;
 - (iii) A Administração Regional de Saúde do Centro, I.P. – URGIC Centro deve garantir a existência de mecanismos de controlo e monitorização da evolução de inscritos para cirurgia nas unidades hospitalares, antecipando e assegurando assim a oportuna decisão nas situações em que se verifiquem conflitos entre Hospital de Origem e Hospital de Destino;
 - (iv) A Administração Regional de Saúde do Centro, I.P. – URGIC Centro deve garantir a existência de mecanismos de controlo e monitorização para aferição da correspondência entre os procedimentos cirúrgicos propostos e os efetivamente realizados, tendo por referência a proposta cirúrgica e respetivo vale cirurgia.
116. O Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E. e a Administração Regional de Saúde do Centro, I.P. – URGIC Centro devem comunicar à ERS, no prazo máximo

de 30 (trinta) dias úteis contados da após a notificação da deliberação final, os procedimentos adotados para cumprimento da recomendação.

Porto, 14 de junho de 2017.

O Conselho de Administração.