

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

Considerando que a Entidade Reguladora da Saúde 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;

Vistos os processos registados sob o n.ºs ERS/029/2017 e ERS/036/2017;

## **I. DOS FACTOS**

### **I.1. Origem do processo n.º ERS/029/2017**

1. A Entidade Reguladora da Saúde (ERS) tomou conhecimento de uma reclamação subscrita por D.R., na qualidade de filho da utente M.R., visando a atuação do Hospital de Santarém, E.P.E. (HDS), entidade prestadora de cuidados de saúde inscrita no Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados (SRER) da ERS sob o n.º 12297, alegando, em suma, constrangimentos no acesso da utente a cirurgia, de carácter urgente, da especialidade de ortopedia.

2. Para uma averiguação preliminar dos factos enunciados pelo exponente, e ao abrigo das atribuições e competências da ERS, procedeu-se à abertura do processo de avaliação registado sob o número n.º AV/015/2017.
3. Subsequentemente, na pendência dos autos de avaliação *supra* mencionados, a ERS tomou conhecimento de uma outra reclamação, subscrita por J.P., na qualidade de filho da utente M.M., também alegando constrangimentos no acesso da sua mãe a cirurgia urgente de especialidade de ortopedia e visando a atuação do mesmo prestador, pelo que atenta a semelhança das matérias em questão foi a referida reclamação apensada ao processo de avaliação n.º AV/015/2017.
4. Assim, face aos elementos recolhidos no referido processo de avaliação e atendendo à necessidade de uma averiguação mais aprofundada dos factos relatados, ao abrigo das atribuições e competências da ERS, o respetivo Conselho de Administração deliberou, por despacho de 17 de maio de 2017, proceder à abertura do processo de inquérito, registado internamente sob o n.º ERS/029/2017, o qual tinha por objeto a aferição dos constrangimentos existentes no HDS ao nível da realização de cirurgias do foro ortopédico decorrentes de episódios de urgências, as quais teriam, por definição, uma expectativa de realização imediata, ou tempos coadunáveis com a premência da prestação de cuidados em causa.
5. Acresce que, no decurso dos autos de inquérito *supra* mencionados, tomou a ERS conhecimento de outras nove reclamações que, uma vez mais, demonstram a existência de restrições na realização de cirurgias ortopédicas, decorrentes de episódios de urgência, pelo prestador HDS.
6. De tal forma que, atenta a similitude das matérias em questão, foram as referidas reclamações apensadas ao processo de inquérito n.º ERS/029/2017 para adoção das diligências instrutórias tidas por necessárias.

#### **I.1.1. Diligências**

7. No âmbito da investigação desenvolvida pela ERS, realizaram-se as seguintes diligências instrutórias:
  - (i) Pesquisa no SRER da ERS relativa à inscrição do HDS, constatando-se que o mesmo é uma entidade prestadora de cuidados de saúde registada no SRER da ERS;
  - (ii) Pedido de elementos enviado ao HDS, por ofício de 13 de março de 2017, e análise da resposta endereçada à ERS, rececionada em 10 de abril de 2017;

- (iii) Notificações de abertura de processo de inquérito enviadas aos exponentes D.R. e J.P. a 30 de maio de 2017;
- (iv) Notificação de abertura de processo de inquérito e pedido de elementos enviado ao HDS, por ofício de 30 de maio de 2017, e análise da resposta endereçada à ERS, rececionada em 23 de junho de 2017;
- (v) Pedido de relatório de apreciação clínica a perito médico consultor da ERS a 25 de agosto de 2017, e análise do respetivo parecer;
- (vi) Pedido de elementos adicional enviado ao HDS, por ofício de 29 de agosto de 2017, e análise da resposta endereçada à ERS, rececionada em 26 de setembro de 2017;
- (vii) Pesquisa no Sistema de Gestão de Reclamações (SGREC) da ERS de reclamações relativas a dificuldades de acesso a cirurgias ortopédicas decorrentes de episódios de urgência no HDS;
- (viii) Pedido de elementos enviado à Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P., por ofício de 12 de outubro de 2017, e análise da resposta endereçada à ERS, rececionada em 2 de novembro de 2017.

## **I.2. Origem do processo n.º ERS/036/2017**

8. Em 1 de março de 2017, a ERS tomou conhecimento de uma reclamação subscrita por S.M., filho da utente V.M., visando igualmente a atuação do HDS, a qual versa sobre constrangimentos no agendamento e realização de cirurgia de especialidade de ortopedia, no âmbito do programa SIGIC.
9. Para uma averiguação preliminar dos factos enunciados pelo exponente, procedeu-se à abertura do processo de avaliação registado sob o número n.º AV/039/2017.
10. No entanto, face à necessidade de uma averiguação mais pormenorizada dos elementos recolhidos em sede de instrução preliminar dos autos, ao abrigo das atribuições e competências da ERS, o respetivo Conselho de Administração deliberou, por despacho de 5 de julho de 2017, proceder à abertura do processo de inquérito, registado internamente sob o n.º ERS/036/2017, o qual tinha por objeto a aferição dos constrangimentos existentes no HDS ao nível da programação da atividade cirúrgica no âmbito da especialidade de ortopedia, designadamente do cumprimento dos normativos inerentes ao programa e SIGIC e, por decorrência lógica, do cumprimento

dos tempos máximos de resposta fixados para o acesso às prestações de cuidados de saúde em causa.

11. Subsequentemente e já na pendência dos autos de inquérito n.º ERS/036/2017, a ERS tomou conhecimento de duas outras reclamações, também evidenciando dificuldades no acesso a cirurgias ortopédicas no HDS, no âmbito do programa SIGIC, pelo que, atenta a similitude das matérias em questão, foram as mesmas apensadas ao mencionado processo de inquérito para adoção das diligências instrutórias tidas por necessárias.

### **I.2.1. Diligências**

12. No âmbito da investigação desenvolvida pela ERS, realizaram-se as seguintes diligências instrutórias:

- (i) Pesquisa no SRER da ERS relativa à inscrição do HDS, constatando-se que o mesmo é uma entidade prestadora de cuidados de saúde registada no SRER da ERS;
- (ii) Pedido de elementos enviado ao HDS, por ofício de 4 de maio de 2017, e análise da resposta endereçada à ERS, rececionada em 24 de maio de 2017;
- (iii) Pedido de elementos enviado à Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia (UCGIC), por ofício de 11 de maio de 2017, e análise da resposta endereçada à ERS, rececionada em 13 de junho de 2017;
- (iv) Notificação de abertura de processo de inquérito enviada ao exponente a 14 de julho de 2017;
- (v) Pesquisa no Sistema de Gestão de Reclamações (SGREC) da ERS de reclamações de idêntico teor, e relativas a dificuldades de acesso a cirurgias ortopédicas no HDS, no âmbito do programa SIGIC;
- (vi) Notificação de abertura de processo de inquérito e pedido de elementos enviado ao HDS, por ofício de 13 de setembro de 2017, e análise da resposta endereçada à ERS, rececionada em 9 de outubro de 2017.

### **I.3. Da apensação dos processos**

13. Visto que na sequência da instrução dos dois processos de inquérito se pôde concluir que, em essência, a matéria em análise nos mesmos é similar;

14. E, atenta a identidade do prestador em questão;
15. Foi decidida, em prol de um tratamento mais eficiente das situações em causa, a apensação do processo de inquérito ERS/036/2017 ao processo de inquérito ERS/029/2017.

## II. DOS FACTOS

### II.1. Do processo de inquérito n.º ERS/029/2017

#### II.1.1. Do teor das reclamações apresentadas à ERS por D.R. e J.P.

16. A ERS tomou conhecimento de uma reclamação subscrita por D.R., na qualidade de filho da utente M.R., visando a atuação do HDS e alegando, em suma, constrangimentos no acesso da utente a cirurgia urgente, da especialidade de ortopedia.
17. Concretamente, cumpre destacar os seguintes factos alegados pelo exponente:

“[...]”

*1 – No dia 16-10-2016 pela tarde, após uma queda em casa, a Sra. M.R. deu entrada no Hospital Distrital de Santarém.*

*2 – Tendo sido transportada pela ambulância do INEM.*

*3 – Chegada ao Hospital foi transmitido ao ora reclamante, para esperar e falar com o médico responsável pelas urgências.*

*4 – Foi comunicado ao ora reclamante que a sua mãe tinha o fémur fracturado e que esta tinha de ser submetida a uma intervenção cirúrgica.*

*5 – Que o tempo de espera para a realização da cirurgia nunca seria inferior a 10 dias, e que a mesma seria demorada.*

*6 – Posteriormente entregaram uns papéis para o ora reclamante assinar (termo de responsabilidade), e disseram que a doente poderia sofrer uma pneumonia ou mesmo trombose.*

*7 – A senhora passou para o sexto piso (ortopedia), cama quarenta a sete e aí esteve durante 10 dias em grande sofrimento, acontecendo estar algumas vezes amarrada à cama. [...]*

*9 – Passados os dez dias de internamento, foi falar com a Doutora L., perguntando “quando é que a minha mãe seria operada?”, pergunta à qual a senhora Doutora*

*respondeu “a sua mãe não será operada nas próximas duas semanas. Lamento mas não tenho meios e o bloco operatório está fechado, nem o Hospital de Santa Maria a recebe porque está lotado”.*

*10 – De seguida perguntou se podia falar com o Diretor do Hospital, ao que lhe foi respondido que o Sr. Diretor estava ausente.*

*11 – Perante esta desilusão pensou que não poderia deixar morrer a minha mãe à espera que fosse operada.*

*12 – Saindo do Hospital Distrital Santarém dirigiu-se ao Hospital da Cuf sito em Santarém, onde se foi informar, qual a disponibilidade e o preço para a senhora ser operada.*

*13 – No espaço temporal de 24 horas a senhora foi sujeita à intervenção cirúrgica, que tanto necessitava. [...]”.*

18. Em resposta à referida reclamação, o HDS dirigiu ao exponente as suas alegações iniciais, nos termos que se seguem:

*“[...]”*

*Cabe-nos antes de mais informar que efetivamente existem constrangimentos na atividade cirúrgica e operatória, nomeadamente pela falta de salas e de tempos operatórios, bem como pela falta de anestesiólogos.*

*Não obstante esta realidade, as situações dos doentes que aguardavam cirurgia ortopédica são devidamente acauteladas e avaliada a sua prioridade, mantendo-se internados para vigilância e acompanhamento médico.*

*No caso em apreço dispomos de informação que a Dra. L.P. reportou os constrangimentos existentes à família informando que de acordo com os agendamentos programados para as próximas duas semanas, não podia garantir uma data para a intervenção. [...]”.*

19. Em anexo ao ofício enviado ao exponente, o prestador remeteu ainda os esclarecimentos prestados pela médica assistente, a Dra. L.P., relativamente aos quais cumpre destacar o seguinte:

*“[...]”*

*Tomei conhecimento da reclamação efetuada pelo Sr. D.R., em relação ao atraso no tratamento da sua mãe, M.R., internada por fratura do colo-do-fémur no Hospital de Santarém em 16 de outubro de 2016 e confirmo na generalidade as afirmações aí contidas nomeadamente:*

- 1 – *Esclareci todo o conteúdo do consentimento informado, as complicações eventuais da fratura, do internamento e dos procedimentos;*
  - 2 – *Confirmo ter dito que as complicações aumentam com o tempo de espera pelo tratamento;*
  - 3 – *Confirmo que ao 10.º dia de internamento não havia ainda agendamento para o bloco operatório;*
  - 4 – *Lamento que as condições de acesso Bloco operatório no HDS não permitam o tratamento mais célere dos doentes urgentes e compreendo a atitude das famílias que tentam resolver a situação por outros meios. [...]*
20. Nessa sequência, por ofício datado de 13 de março de 2017, foi enviado um pedido de elementos ao HDS, nos seguintes termos:
- [...]
1. *Pronunciem-se detalhadamente sobre o conteúdo da referida reclamação;*
  2. *Informem se a situação clínica da utente em causa permitia que a mesma aguardasse pelo menos duas semanas para realizar a cirurgia ortopédica;*
  3. *Informem sobre o concreto motivo pelo qual a utente não foi transferida para outro estabelecimento hospitalar a fim de realizar o procedimento em causa;*
  4. *Remetam cópia do Plano de Contingência para cirurgias no bloco operatório, em vigor à data dos factos, e informem se o mesmo corresponde ao Plano de Contingência atualmente em vigor;*
  5. *Procedam ao envio de quaisquer esclarecimentos complementares julgados necessários e relevantes à análise do caso concreto. [...]*
21. Dando cumprimento ao solicitado, veio o prestador informar o seguinte:
- [...]
1. *A situação exposta, de transferência para entidade privada da utente M.R. de 85 anos de idade, foi uma opção dos seus familiares que não aguardaram para que, após o estudo e preparação operatória, a intervenção fosse agendada e efectuada no Hospital de Santarém. Foi o exercício de um direito.*
- A médica assistente informou da situação clínica e das complicações associadas, tal como consta dos registos de preparação pré-operatória.*

*2. A situação clínica da doente M.R. permitia aguardar algum tempo pelo tratamento definitivo, como outros aguardaram, até porque em presença das patologias associadas, não poderia ser operada de imediato, aquando do internamento.*

*No período em referência, foram intervencionados pela Ortopedia, pelo menos 30 doentes, o que significa que também a Sra. D. M.R. o poderia ter sido.*

*3. Não se encontram registadas no processo clínico diligências relacionadas com pedido de transferência para outra instituição do SNS. Existe essa possibilidade, que deve ser da iniciativa do médico assistente ou do respectivo director de serviço.*

*4. Não existe plano de contingência para o bloco operatório mas sim um Regulamento que é observado, sendo os tempos operatórios distribuídos pela direcção do departamento cirúrgico de acordo com a disponibilidade de salas e de anestesistas. Os critérios de agendamento são os impostos pelas regras do SIGIC: a prioridade clínica e a antiguidade da inscrição em lista de espera. [...].”*

22. Em anexo ao ofício de resposta, o prestador remeteu à ERS cópia da Nota de Alta da utente, cópia do Regulamento do Bloco Operatório Central datado de 30 de abril de 2009, bem como cópia da lista de utentes intervencionados, no período em que a utente esteve internada a aguardar cirurgia.
23. Subsequentemente, a ERS tomou conhecimento de uma outra reclamação subscrita por J.P., na qualidade de filho da utente M.M., também alegando constrangimentos no acesso da sua mãe a cirurgia da especialidade de ortopedia no HDS.
24. Concretamente, na sobredita reclamação é referido o seguinte:

*[...]*

*A minha mãe deu entrada nas urgências no dia 23/10/2016 vítima de acidente de viação, tendo sido diagnosticado traumatismo craniano e num braço, o braço com necessidade de intervenção cirúrgica. Explícito que um dia após o acidente a minha mãe foi transferida para o piso 6 onde ainda se encontra internada.*

*22 dias depois apenas para uma cirurgia ao braço que deveria ser feita num curto espaço de tempo, dando, claro, alguns dias para melhorar o traumatismo craniano. Inacreditável ela ter estado quase 8 dias sem tomar banho, chegando a ganhar uma alergia na pele e ser solicitado a presença de um dermatologista, mas como nesse dia tomou banho a alergia foi desaparecendo até passar.*

*[...] vou resumir-lhe por data todo este “circo”!*

- *Dia 1/1[1]/2016 data da operação, fez preparação no dia anterior e pelas 15h30 foi informada que já não seria operada;*
- *Dia 3/11 falei com o enfermeiro que não sabia a razão da minha mãe não ter sido operada e que me indicou o nome do responsável do serviço, Dr. L.T., que estaria de serviço no dia seguinte. Dirigi-me de novo para falar com o médico no dia indicado mas este não estava [...] no secretariado fui informado que estaria de serviço de urgência dia 6. Fui às urgências nesse dia, expliquei a situação à Sra. administrativa que entrou em contacto com o Dr. mas este recusou atender-me!*
- *8/11 finalmente consigo entrar em contacto com o Dr. L. que me informa que minha mãe já devia ter sido operada, mas por haver constrangimentos no bloco operatório tal não tinha sido possível e que teria de aguardar mais 15 dias...e que já não havia garantia que o braço recuperasse totalmente a mobilidade??!!  
Relembrei, ainda que apreensivo, que a minha mãe é uma doente oncológica e interrompera o tratamento. [...]*
- *Dia 11/11 recebo telefonema do IPO para saber qual a situação da minha mãe para serem retomados os tratamentos. Nesse mesmo dia sou contactado pela companhia de seguros Fidelidade [...]. Foram-me pedidos relatórios médicos que solicitei logo ao hospital, deixei recado porque o médico não estava [...].*
- *Dia 14/11 voltei ao secretariado para saber dos relatórios mas não estavam feitos e o médico estava em reunião. Voltei a perguntar por datas de cirurgia e indicaram-me o dia 17/11 vou aguardar com esperança! [...]"*

25. Através de ofício datado de 6 de fevereiro de 2017, o HDS prestou ao reclamante os seguintes esclarecimentos:

“[...]”

*Quanto aos cuidados de higiene e enfermagem não podemos aceitar as considerações de V. Exa. pois todos os procedimentos se encontram devidamente registados, não só nos oito dias em que permaneceu no leito por não indicação médica para efetuar levante, como após o levante. Assim como constam os registos dos atendimentos por Dermatologia e devida medicação.*

*Dispomos da informação de que o plano terapêutico na abordagem pela Ortopedia da situação clínica da Sra. D. M.P. teve opções que mudaram com o tempo e a evolução do quadro clínico.*

*Os primeiros agendamentos para intervenção cirúrgica e, por demora imprevista das cirurgias agendadas em tempos anteriores, não puderam ser cumpridos. A greve dos*

*Técnicos dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica foi também factor que acarretou desmarcação.*

*Face a este facto e dada a evolução, foi neste caso feita a opção por tratamento conservador, tendo sido dada alta à doente. Foi marcada consulta para acompanhamento a que a mesma não compareceu. [...]*

*A salientar que os constrangimentos referentes ao Bloco Operatório estão em vias de resolução [...]*”.

26. Por ofício da ERS datado de 30 de maio de 2017, foram solicitadas ao prestador os seguintes elementos:

“[...]

- 1. Pronunciem-se detalhadamente sobre o conteúdo da referida reclamação;*
- 2. Informem quais os concretos cuidados de saúde prestados à utente M.M., com envio do respetivo suporte documental;*
- 3. Indiquem quais os motivos que levaram à alteração do plano terapêutico da utente;*
- 4. Procedam ao envio de quaisquer esclarecimentos complementares julgados necessários e relevantes à análise do caso concreto. [...]*”.

27. Em resposta ao solicitado, através de ofício rececionado em 23 de junho de 2017, o HDS remeteu à ERS os seguintes esclarecimentos:

“[...]

- 1. A doente deu entrada no Serviço de Urgência no dia 13/10/2016 na sequência de acidente de viação, de que resultou fratura do colo do úmero.*

*O agendamento para cirurgia foi realizado de acordo com a prioridade clínica e a gestão dos tempos de espera dos doentes já a aguardar cirurgia, e que seria no dia 3 de Novembro [...].*

*Nesta data (3 de Novembro) e num tempo de espera aceitável, a doente não foi operada por complicação de cirurgia do doente anterior e que levou ao esgotamento do tempo operatório [...].*

*A Cirurgia foi reagendada para 17/11 considerando os agendamentos já completos para outros tempos operatórios do Serviço de Ortopedia.*

*Cabe neste ponto referir as dificuldades do Serviço de Ortopedia, com falta de elementos, e demais especialidades cirúrgicas com a diminuição de salas do Bloco*

*Operatório que se encontra em obras e com a gritante falta de anestesiológicos para assegurar mais tempos operatórios.*

*A greve dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica, nomeadamente de Imagiologia, inviabilizou a cirurgia no dia 17/11.*

*No dia 20 de Novembro o Serviço de Ortopedia reuniu e avaliou a situação clínica e cirúrgica da D. M.M. e decidiu que face aos riscos de lesão iatrogénica do nervo axial, e sem garantia de melhoria clínica/funcional, abandonariam a opção cirúrgica, explicariam à doente e família a decisão e optariam por uma opção não cirúrgica, conforme fizeram (ver anexo 1).*

*A doente teve alta do internamento para reabilitação conservadora em ambulatório.*

*2. Foi agendada consulta para acompanhamento, nomeadamente para RX de controlo, a que a doente não compareceu. Tivemos conhecimento que a D. M.M. recorreu ao Serviço de Urgência no dia 26 de Dezembro de 2016, não estando registada qualquer queixa sobre a situação do ombro recuperado de forma conservadora.*

*Quanto aos registos do período de internamento, ouvidas as Senhoras Enfermeiras e consultados os registos de enfermagem (também informáticos e invioláveis), não se confirmam as afirmações que colocam em causa a competência e o zelo destes profissionais (anexo 2).*

*3. Os motivos que levaram à alteração do plano terapêutico da doente foram assumidos pela Equipa Cirúrgica em reunião do serviço e foram explicadas à doente e familiares. Clinicamente ao ter-se gorado a hipótese de cirurgia a 17/11 conforme se referiu atrás, e face aos riscos de lesão iatrogénica do nervo axial, e sem garantia de sucesso, optou-se por solução conservadora.*

*4. Quanto a disponibilidade e atenção do cirurgião ortopedista Dr. L.T., que é também Diretor do Serviço de Ortopedia, confrontado pelo Conselho de Administração, não o revê nas considerações do reclamante.*

*De qualquer forma, o Conselho de Administração alertou o médico para um maior empenho na relação com os utentes/doentes e particularmente quando esta nas suas mãos a condução e resolução dos problemas. [...]*

28. Em anexo a tais esclarecimentos, o HDS juntou cópia do Diário Clínico da utente e, bem assim, Nota de Serviço Interna da Enfermeira Diretora, datada de 19 de janeiro de 2017, de onde consta a seguinte informação:

*[...]*

- 1- À Sra D. M.J. foram prestados cuidados de higiene e conforto no leito desde o dia da entrada no serviço até ao dia 1-11-2016, por não ter indicação médica para efetuar levante.
- 2- Pode ler-se em registos de enfermagem do dia 2-11-20[1]6 “Utente muito apelativa relativamente ao levante e cuidados de higiene no duche. Contactada Dra T. que deu indicação para realizar levante... Duche em cadeira higiénica”.
- 3- Dos registos resulta ainda a informação de que os enfermeiros(as) face à sintomatologia apresentada pela doente no dia 1 de novembro informaram o médico assistente que pediu a avaliação pela especialidade de dermatologia observação médica que veio a verificar-se no dia 3 de novembro. Doente foi medicada pela médica especialista de dermatologia.
- 4- Ainda nos registos de enfermagem é possível verificar que no dia 22 de novembro por a doente apresentar novamente “eritema cutâneo generalizado” foi informado médico assistente que pediu avaliação pela dermatologia.
- 5- A doente foi observada pelo médico dermatologista no dia 23 de novembro, foi medicada e marcada consulta de seguimento em consulta externa dado ter alta clínica do internamento nesse mesmo dia. [...]”.
29. Tendo em conta a necessidade de avaliação técnica dos factos em presença, foi solicitado parecer ao perito médico consultado pela ERS, cujas conclusões datadas de 25 de agosto de 2017, se reconduzem, em suma, a:

“[...]”

As duas situações são similares em termo de actuação pelo que serão tratadas de igual modo.

De acordo com a Declaração de Rectificação nº 1032-A/2015, o Serviço de Urgência do Hospital de Santarém, EPE, é um serviço de urgência médico-cirúrgico. Como tal tem que prestar serviços no âmbito da urgência relativos a algumas especialidades cirúrgicas nas quais se inclui a Ortopedia.

Como tal, não se consegue perceber qual o motivo, uma vez que não está explicado nas várias respostas prestadas pela Instituição, qual o motivo, ou motivos, pelos quais estes doentes, com traumatismos ósseos, não são intervencionados em ambiente de Bloco Operatório de Urgência. De ressaltar as eventuais situações de doentes com contraindicação para cirurgia imediata. Aliás, um dos critérios de qualidade imposto pelos contratos-programa às Instituições hospitalares tem a ver com a intervenção em

*fracturas do colo do fémur em menos de 48 horas após a entrada no SU, o que não se parece verificar nesta Instituição.*

*É sabido, e aliás foi referido nas respostas, que o protelar deste tipo de intervenções aumenta a morbi-mortalidade nestes doentes, o que significa uma menor qualidade de cuidados prestados.*

*Relativamente à alteração da estratégia terapêutica na doente com fractura do colo do úmero, esta deve ter ficado a dever-se à não intervenção precoce e em tempo útil, o que poderá ter condicionado sequelas na doente, não passíveis de avaliar por falta de informação objectiva. [...]”.*

30. Na sequência deste parecer clínico, por ofício datado de 29 de agosto de 2017, a ERS enviou novo pedido de esclarecimentos ao HDS, concretamente solicitando:

“[...]”

*1. Que indiquem, juntando os documentos pertinentes, o motivo pelo qual, em regra, os utentes de foro traumático não são operados em ambiente de Bloco Operatório de urgência, atenta a elevada percentagem de utentes com traumatismos ósseos que constam das listagens remetidas por V. Exas. em 5 de abril de 2017;*

*2. Que indiquem, juntando o suporte documental respetivo, a percentagem de utentes com fratura do colo do fémur que são intervencionados nas primeiras 48 horas após a entrada no Serviço de Urgência, dado ser esse um critério de qualidade imposto pelo Contrato Programa 2017-2019, celebrado entre V. Exas., a Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS) e a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P. (ARS LVT);*

*3. Procedam ao envio de quaisquer esclarecimentos complementares julgados necessários e relevantes à análise do caso concreto. [...]”.*

31. Por ofício rececionado pela ERS em 26 de setembro de 2017, veio o HDS prestar os esclarecimentos suscitados, afirmando que:

“[...]”

*1. Porque não são operados em ambiente de urgência os doentes de foro traumático?*

*a) De Janeiro a Agosto de 2017 foram, realizadas pelo Serviço de Ortopedia, em ambiente de urgência, 213 cirurgias, das 749 intervenções da Especialidade;*

*b) Como é sabido, o Hospital de Santarém tem o Bloco Operatório encerrado para obras, dispondo apenas de uma sala de urgência que serve 7 especialidades cirúrgicas (anexo 1);*

c) A equipa de urgência de Anestesiologia é composta apenas por dois elementos que se distribuem pelos Blocos Operatórios, Bloco de Partos, Neonatologia e Urgência Interna.

d) O Serviço de Ortopedia do HDS dispõe de 7 ortopedistas efectivos e tem a colaboração de 2 médicos aposentados. Dos 7 médicos efectivos, apenas 1 está obrigado a fazer Serviço de Urgência. Os restantes têm mais de 55 anos, podendo pedir a escusa do Serviço de Urgência.

e) A equipa de Urgência de Ortopedia é composta por 3 ortopedistas (dois especialistas e um interno de especialidade) das 8h às 24horas e mínimo de 2 ortopedistas das 24h às 8h do dia seguinte;

f) Para a cobertura do Serviço de Urgência conforme exigência referida em e) o Hospital devia dispor de 21 ortopedistas. Na realidade dispõe de 7, com a colaboração de dois aposentados;

g) A ida ao Bloco Operatório exige a saída de pelo menos dois médicos do Serviço de Urgência, o que significa que em período nocturno só em situações de risco de vida a Ortopedia vai ao Bloco Operatório, dado não poder abandonar o Serviço de Urgência.

h) Em período diurno, sempre que a equipa é composta por três elementos, é possível ida ao Bloco Operatório se:

- O traumatizado reunir condições para intervenção imediata;
- Existir sala disponível (relembro alínea b));
- Existir anestesiológista disponível;
- O Serviço de Urgência estiver em condições da equipa ser reduzida de três elementos para um elemento, que pode ser o Interno em formação;
- Os elementos da equipa deterem a subespecialização clínica do caso clínico em presença.

Foi assim que, apesar das dificuldades, se realizaram em 2017, as 213 cirurgias em ambiente de Urgência de Ortopedia.

i) O Hospital e o Serviço de Ortopedia pretendem realizar em tempo adequado todas as cirurgias de emergência.

- Sempre que os doentes reúnam os requisitos;
- Quando dispuser de salas operatórias e tempos operatórios com anestesiológista;

- Quando dispuser de médicos ortopedistas em número que o permita.

2. O Hospital contratualizou com a ACSS/ARSLVT a melhoria do indicador “Percentagem de cirurgias da anca efectuadas nas primeiras 48 horas”.

A contratualização é sempre uma expectativa de conseguir fazer mais e melhor. Uma expectativa de ter mais médicos, que não se confirmou. A expectativa de contratar prestadores de serviço que não se confirmou por não haver médicos para contratar.

De qualquer forma a % de cirurgias da anca realizadas nas primeiras 48 horas é baixa e compara com a média nacional.

3. Esclarecimentos Complementares

A área de Ortopedia é crítica no Hospital de Santarém, à semelhança do que acontece em muitos Hospitais, particularmente para os Serviços de Urgência.

Dos sete médicos efectivos do Hospital, 6 têm mais de 55 anos, pelo que, em qualquer momento, podem deixar de fazer serviço de urgência.

Só por muito empenho do Conselho de Administração e dos próprios, se mantêm a fazer Serviço de Urgência diurno e nocturno. Há que gerir esta circunstância.

O Serviço de Urgência de Ortopedia e traumatologia é, por natureza, uma actividade cirúrgica pesada e fisicamente muito exigente o que recomenda uma boa gestão de recursos e de esforços para que os possamos manter.

Os 7 médicos ortopedistas, com o apoio dos dois aposentados, tiveram a seguinte actividade em 2017:

- 636 doentes Internados em 40 camas e uma demora média de 14 dias;
- 6.621 consultas, das quais 3.111 a novos doentes;
- 749 cirurgias, das quais 213 de cirurgia urgente;
- 13800 doentes atendidos no Serviço de Urgência, por vezes com o apoio de prestadores de serviços.

É orientação do Conselho de Administração que todas as cirurgias em contexto de urgência devem ser realizadas de imediato, de acordo com o estado clínico do doente.

A decisão clínica para a sua realização é do médico.”.

## **II.1.2. Do teor das reclamações apresentadas à ERS por F.B., A.M., I.C., M.J., A.P., M.F., Z.D., V.G. e O.O.**

32. Subsequentemente, tomou a ERS conhecimento de nove outras reclamações, as quais igualmente versam sobre constrangimentos na realização de cirurgias ortopédicas, de caráter urgente, pelo prestador HDS.
33. Analisada a exposição endereçada à ERS por F.B., quanto à utente A.P., cumpre ressaltar os seguintes factos:

“[...]

*A utente deu entrada no serviço de urgências no dia 24 de Novembro de 2016 pelas 14 horas, apresentando uma fratura no fémur sendo esse o diagnóstico apresentado através dos exames e indicação da médica Dra. T.M..*

*A utente tem 87 anos e já se encontra internada há quase uma semana, sendo que a médica referida não prevê uma data para a operação, informando que pode demorar cerca de duas semanas ou mais e que está em lista de espera. [...]”.*

34. Em resposta, o prestador informou, por missiva datada de 22 de dezembro de 2016, que:

“[...]

*Cabe-nos antes de mais informar que a demora na intervenção deveu-se aos constrangimentos da atividade cirúrgica e operatória, nomeadamente pela falta de salas e de tempos operatórios e pela falta de anestesiólogistas.*

*Efetivamente a mãe de V. Exa., no decurso do internamento apresentava uma infeção urinária, a qual foi adequada e atempadamente tratada.*

*Temos conhecimento de que a Sr.<sup>a</sup> D. A.P. foi operada no dia 03/12/2016 e teve alta a 09/12/2016. [...]”.*

35. No que respeita à reclamação apresentada por A.M., filha da utente M.R., cumpre destacar o seguinte:

“[...]

*A minha mãe M.R [...] , está internada na ortopedia com uma fratura do fémur desde o dia 5/maio, em tração.*

*Segundo o Ortopedista Dr. F.L., a operação devia ocorrer em 48h, mas por não haver bloco (estão em obras!) terá que aguardar previsivelmente 3 semanas ou mais. [...]”.*

36. Em resposta, o HDS informou a exponente, por ofício de 8 de junho de 2017, do seguinte:

“[...]”

*Cabe-nos antes de mais informar que a atualmente o Hospital carece de médicos anestesiastas e ortopedistas e a utilização do Bloco Operatório é reduzida por motivos de obras. [...]*

*Dispomos da informação de que efetivamente no dia 9 e 11 de maio não foi possível operar a Sr.<sup>a</sup> D. M.R. por falta de tempo operatório e greve dos médicos.*

*Temos conhecimento que foi intervencionada no dia 29 de maio [...].”*

37. Da reclamação endereçada à ERS por I.C., quanto à sua mãe O.A., cumpre ressaltar os seguintes factos:

“[...]”

*A minha mãe, O.A., de 69 anos de idade, internada nessa unidade hospitalar desde o dia 24 de janeiro do corrente ano por fratura/luxação no ombro direito, a ser acompanhada pelo Dr. L.T., com diagnóstico de situação grave, aguarda cirurgia urgente. Segundo indicação médica a cirurgia deveria ter[-se] realizado ontem, de acordo com a disponibilidade do médico. [...].”*

38. Em resposta, o prestador informou a exponente, por missiva datada de 5 de julho de 2017, que:

“[...]”

*Temos conhecimento que, na sequência da fratura do úmero proximal com luxação da gleno umeral direita, a mãe de V. Exa. ficou internada a aguardar cirurgia para reconstrução da referida articulação.*

*A intervenção não foi realizada em tempo útil por indisponibilidade de parte do material para tratamento cirúrgico.*

*Este constrangimento foi explicado à família pelo Dr. L.T., tendo a utente optado por aguardar a respetiva cirurgia no domicílio.*

*Tem a cirurgia agendada para o dia 13 de julho de 2017. [...].”*

39. No que respeita à reclamação apresentada por M.J., relativa ao utente A.J., cumpre destacar o seguinte:

“[...]”

*Desde o dia 1 de janeiro de 2017, de manhã (cerca das 10 horas), que o meu marido*

*A.J. [...] se encontra internado no Hospital Distrital de Santarém, [...] devido a uma queda em casa em que fraturou um osso no pé. [...] Hoje, dia 5 de Janeiro de 2017, o meu marido tinha cirurgia marcada [...]. Cerca das 12h30 fui informada telefonicamente pelo meu marido que a cirurgia não tinha sido efetuada. [...]*”.

40. Em resposta, o HDS informou a exponente, por ofício de 20 de março de 2017, do seguinte:

“[...]”

*Temos conhecimento que o Sr. A.J. foi operado no dia 12/01/2017 e que a intervenção decorreu sem complicações.*

*Relativamente à impossibilidade de realizar a cirurgia no dia 05/01/2017, dispomos da informação de que, por lapso, não constava do plano operatório a especificidade do material a aplicar. [...]*”.

41. Da reclamação endereçada à ERS por A.P., quanto à sua mãe B.F., cumpre ressaltar os seguintes factos:

“[...]”

*B.F. minha mãe, deu entrada no Serviço de Urgência do Hospital de Santarém, no dia 26 de Abril último, entre as 00:00 e a 01:00, na sequência de uma queda doméstica da qual resultaram fraturas do trocânter e do úmero direitos.*

*A doente apresentava, igualmente, sinais de ter magoado a cabeça. Por essa razão, impunha-se a realização de TAC [...]*

*Do citado diagnóstico e não revelando a TAC condição impeditiva, impunha-se intervenção cirúrgica urgente. Essa intervenção seria, no entanto, adiada, em virtude de medicação para o sangue que a doente vinha a fazer. [...]*

*A intervenção foi – após considerado ultrapassado o constrangimento referido – agendada e desmarcada, com os consequentes jejuns e interrupção da medicação [...]*

*Hoje, 16 de Maio, 20 dias após a admissão na Urgência e após três marcações e cancelamentos, a doente continua imobilizada, continua internada como urgente, no serviço de Ortopedia [...]*”.

42. Em resposta, o prestador informou a exponente, por missiva datada de 26 de maio de 2017, que:

“[...]”

*Cabe-nos antes de mais informar que a atualmente o Hospital carece de médicos*

*anestesistas e ortopedistas e a utilização do Bloco Operatório é reduzida por motivos de obras. [...]*

*Dispomos da informação de que efetivamente no dia 9 e 11 de maio não foi possível operar a Sr.<sup>a</sup> D. B.F. por falta de tempo operatório e greve dos médicos.*

*Temos conhecimento que foi intervencionada no dia 19 de maio [...]*”.

43. No que respeita à reclamação apresentada por M.F., relativa à sua mãe, a utente M.L., cumpre destacar o seguinte:

“[...]

*A minha mãe [...] deu entrada na Urgência deste Hospital no dia 3 de Maio de 2017, na Urgência foi diagnosticada uma fractura na anca esquerda e fui imediatamente contactado no sentido de assinar o Termo de Responsabilidade que permite que a minha mãe seja operada. Passaram neste momento 13 dias e não existe previsão para quando a minha mãe vai ser operada [...]*”.

44. Em resposta, o HDS informou o exponente, por ofício de 8 de junho de 2017, do seguinte:

“[...]

*Cabe-nos antes de mais informar que atualmente o Hospital carece de médicos anestesistas e ortopedistas e a utilização do Bloco Operatório é reduzida por motivos de obras. [...]*

*Dispomos da informação de que efetivamente no dia 9 e 11 de maio não foi possível operar a Sr.<sup>a</sup> D. M.L. por falta de tempo operatório e greve dos médicos.*

*Temos conhecimento que foi intervencionada no dia 26 de maio [...]*”.

45. Da reclamação endereçada à ERS por Z.D., quanto à sua mãe L.M., cumpre ressaltar os seguintes factos:

“[...] a minha mãe deu entrada neste Hospital a 27 de Abril, fui informada que teria de ficar para fazer uma cirurgia pois tinha uma perna partida.

*Passados 24 dias essa cirurgia ainda não se realizou. [...]*”.

46. Em resposta, o prestador informou a exponente, por missiva datada de 27 de junho de 2017, que:

“[...]

*Cabe-nos antes de mais informar que atualmente o Hospital carece de médicos anestesistas e ortopedistas e a utilização do Bloco Operatório é reduzida por motivos*

de obras. [...]

*Temos conhecimento que a Sr.<sup>a</sup> D. L.M. foi intervencionada a 25 de maio [...]*”.

47. Analisada a exposição endereçada à ERS por V.G., datada de 20 de maio de 2017, cumpre ressaltar os seguintes factos alegados pelo exponente:

“[...]

*Serve a presente comunicação para dar a conhecer a insatisfação com o funcionamento do Hospital Distrital de Santarém, EPE. [...] No serviço de ortopedia [...] o tempo de espera para uma intervenção cirúrgica demora entre 3 semanas a mais de um mês. [...] Depois de várias tentativas para perceber esta situação, obtive como resposta o facto do bloco operatório não estar habilitado para a sua função, sendo necessário recorrer a soluções alternativas que fazem aumentar o tempo de espera. [...]*”.

48. Em resposta à aludida reclamação, o prestador informou o exponente do seguinte:

“[...]

*A missão do Hospital, que assumimos todos os dias, é efetivamente “prestar cuidados de saúde de qualidade, acessíveis, em tempo oportuno e num quadro de desenvolvimento económico e financeiro sustentável”. [...]*

*Para algumas especialidades, como a Ortopedia e a Urologia, que V. Exa. tão bem refere, o Hospital de Santarém regista dificuldades de resposta derivadas do reduzido número de médicos e da circunstância do Bloco Operatório Central estar encerrado para obras. [...]*

*Voltando à exposição de V. Exa. e à conjuntura, para a qual pedimos compreensão, reafirmamos o reduzido número de médicos e as obras nos Blocos Operatórios como constrangimentos para fazer ainda mais e melhor do que atrás se enunciou. [...]*

*Neste período de obras no Bloco Operatório agudizam-se as dificuldades, mas têm sido encontradas alternativas internas eficazes como mostram as cerca de 900 cirurgias realizadas nestes dois Serviços em seis meses [...]*”.

49. No que respeita à reclamação apresentada por O.O., neta da utente M.P., cumpre destacar o seguinte:

“[...]

*A minha avó [...] deu entrada neste hospital durante a manhã do dia 7 de Agosto após sofrer uma queda em casa. Foi prontamente atendida na Urgência deste hospital, após realização dos exames a Dra. R.S. informou a família que a minha avó tinha fraturado a*

*perna esquerda, o fémur, e que existia necessidade de ser submetida a uma cirurgia, frisou também que o tempo médio de espera era de 20 dias, pois o HDS só tem um bloco operatório a funcionar. [...]*”.

50. Em resposta, o HDS informou a exponente, por ofício de 27 de setembro de 2017, do seguinte:

“[...]

*Dispomos da informação de que a utente foi internada, a 7 de agosto, na sequência de uma queda da própria altura, da qual resultou traumatismo da coxa esquerda. Foi diagnosticada fratura da diáfise do fémur à esquerda, tendo sido proposto tratamento cirúrgico.*

*A referência a 20 dias de tempo médio de espera para cirurgia foi apenas indicativo e não significava que a doente teria de esperar 20 dias. Tudo depende do seu estado clínico e das condições para ser submetida a anestesia e cirurgia. [...]*”.

### **II.1.3. Do pedido de elementos à Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P. (ARS LVT)**

51. Atentas as competências da ARS LVT, na gestão da oferta de cuidados de saúde na área geográfica sob a sua jurisdição, para melhor enquadramento das situações objeto de análise, foi remetido pela ERS um pedido de elementos por ofício de 12 de outubro de 2017, concretamente solicitando:

“[...]

*1. Informação sobre a prévia comunicação a essa ARS da decisão do Conselho de Administração do HDS de encerramento do Bloco Operatório para obras, mantendo-se em funcionamento apenas com uma sala de urgência que serve 7 especialidades cirúrgicas, e indicação das medidas de contingência eventualmente adotadas pelo prestador;*

*2. Informação sobre o conhecimento prévio por essa ARS de reclamações de teor análogo às reclamações em presença ou, se por qualquer outra via, era já V/ conhecimento a existência do constrangimento de acesso em questão, acompanhado do entendimento que mantêm sobre o mesmo;*

*3. Indicação das regras de referenciação vigentes e aplicáveis em situações análogas às relatadas nas reclamações em anexo;*

*4. Indicação dos eventuais mecanismos de informação adotados para garantir a*

comunicação ao Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), das limitações impostas pelo encerramento do Bloco Operatório para obras e, conseqüente, impossibilidade de encaminhamento/referenciação de utentes, com envio de cópia respetiva de todas as comunicações trocadas;

5. Procedam ao envio de quaisquer outros elementos, documentos ou esclarecimentos adicionais que V. Exas. considerem relevantes para o completo esclarecimento da situação em apreço. [...]”.

52. Nessa sequência, veio aquela ARS, em resposta rececionada pela ERS a 2 de novembro de 2017, prestar os seguintes esclarecimentos:

“[...]”

1. O Bloco Operatório do Hospital Distrital de Santarém manteve as salas em funcionamento, até ao início de 2017.

*Em 2014, esta ARS teve conhecimento da necessidade de intervenção no Bloco Operatório Central do referido Hospital. Posteriormente, em fevereiro de 2015, foi apresentado à ARS o pedido de apreciação do Projeto de Recuperação, Remodelação e Requalificação dos Blocos Operatórios.*

*Foram apresentadas pelo Hospital, propostas alternativas temporárias, para obviar os constrangimentos associados à construção do novo Bloco, nomeadamente: a instalação de um Bloco Operatório Temporário, em espaço existente junto ao Serviço de Urgência, estando uma sala preparada para Ortopedia e outra para as restantes especialidades e, conversão de uma das salas do Bloco autónomo da Cirurgia de Ambulatório, para receber cirurgia major e apoiar as salas do Bloco Operatório Temporário.*

*Em complemento às medidas atrás descritas, o Hospital protocolou, em março de 2017, com o Centro Hospitalar Médio Tejo, a utilização de salas operatórias no Hospital de Torres Novas.*

2. A ARS apenas recepcionou uma exposição, apresentada em nome da utente B.F., em 17 de maio de 2017, sobre esta temática. A exposição foi encaminhada ao referido Hospital, em 18 de maio de 2017 e respondida, pelo mesmo, em 26 de maio de 2017.

*Foi dado conhecimento da resposta à ARS, bem como, da data da realização da intervenção cirúrgica - 19 de maio de 2017.*

3. O Serviço Nacional de Saúde é um serviço em rede e, os Hospitais procuram

*articular-se e complementar-se. A regra de referenciação vigente aplicável é a transferência de doentes, para outros Hospitais, quando exista incapacidade de resposta às situações clínicas dos doentes.*

4. *A comunicação ao Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) apenas é efetuada quando a urgência não tem capacidade para dar a resposta aos doentes que a ela recorrem. A comunicação ao CODU é efectuada pelo Hospital, com conhecimento à ARS, situação que não se verificou, tendo em conta que a Instituição manteve a urgência aberta, com especialistas disponíveis para dar resposta às situações ortopédicas.”.*

## **II.2. Do processo de inquérito n.º ERS/036/2017**

### **II.2.1. Do teor da reclamação apresentada à ERS por S.M.**

53. Em 15 de dezembro de 2016, a ERS tomou conhecimento de uma reclamação subscrita por S.M., na qualidade de filho da utente V.M., visando igualmente a atuação do HDS, a qual versa sobre constrangimentos no agendamento, programação e realização de cirurgia de especialidade de ortopedia, no âmbito do programa SIGIC.

54. Concretamente, cumpre destacar os seguintes factos alegados pelo exponente:

*“[...] venho por este meio reclamar que o Hospital Distrital de Santarém não respeitou o prazo para efectuar uma cirurgia ao joelho da minha mãe e não enviou o processo para outra entidade.*

*O registo na lista de inscritos para cirurgia foi efectuado no dia 7 de Março de 2016, e o HDS assumiu o compromisso de operar num prazo máximo de 9 meses, prazo que expirou em 8 de Dezembro de 2016. Quando questionado sobre a data prevista para a realização da cirurgia a funcionária do UHGIC informou que o tempo mínimo de espera é de 3 anos e meio.*

*Solicito a verificação do processo ou o encaminhamento da minha mãe para outro hospital para que seja realizada a cirurgia ao joelho. [...]”.*

55. Em anexo a tal reclamação, o exponente remeteu cópia do Certificado de Inscrição na Lista de Inscritos para Cirurgia da utente V.M., de onde consta o seguinte: *“[...] está inscrito(a) para uma cirurgia neste hospital na Especialidade de ORTOPEDIA, com a data de registo na lista de inscritos para cirurgia 07/03/2016. A partir deste momento, assumimos o compromisso de o(a) operar no tempo máximo de espera de 9 meses. [...]”.*

56. Em resposta à referida reclamação, o prestador remeteu ao exponente, por ofício de 24 de fevereiro de 2017, os seguintes esclarecimentos:

“[...]”

*Cabe-nos antes de mais informar que a Portaria 48/2005 de 15 de janeiro aprova o Regulamento do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC). O SIGIC é 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, 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.*

*Efetivamente o Serviço de Ortopedia está bastante deficitário em recursos humanos médicos e não foi possível cumprir os Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG) referidos na respetiva portaria.*

*Quando é previsível que os Hospitais de Origem (Hospital Santarém) não consigam cumprir os TMRG, a Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia (UCGIC), sediada na Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) em Lisboa, emite uma Nota de Transferência ou um Vale de Cirurgia, para que o utente tenha oportunidade de escolher outra Instituição para a sua intervenção cirúrgica. O sistema é automático. Não é o Hospital de Santarém que envia o processo para outro Hospital.*

*Nesse sentido, foi por V. Exa. que tivemos conhecimento da não receção do Vale de Cirurgia para a Sr<sup>a</sup> D. V. M., pelo que se procedeu ao pedido da respetiva emissão à ACSS. Recebemos a informação de que o pedido foi recusado, por não haver Instituição convencionada para a realização do tipo de cirurgia proposta.*

*Desta forma a mãe de V. Exa. mantém inscrição ativa no Hospital de Santarém. [...]”*

57. Em anexo a tais esclarecimentos, juntou o HDS uma Nota de Serviço Interna, datada de 15 de dezembro de 2016, da qual cumpre destacar o seguinte:

“[...]”

*Para resposta a todas as necessidades acima referidas, o Serviço de Ortopedia do HDS EPE deveria ter 18 especialistas. Contudo em 2015 saíram dois recém-especialistas jovens e em 2016 saiu um terceiro recém-especialista. Presentemente o serviço conta com 7 (8,9 ETC's) Ortopedistas [...]*

*Assim, confirma-se que, de facto a especialidade de Ortopedia não consegue cumprir com os Tempos Máximos de Resposta Garantidos definidos na Portaria 87/2015, que*

*define 270 dias no máximo para doentes classificados com prioridade normal, que é o caso da utente V. M. [...]*

*Desta forma, é importante esclarecer o utente que:*

- 1. Os vales de cirurgia não são emitidos pelos Hospitais de Origem, mas sim pela Administração Central do Sistema de Saúde;*
- 2. Por outro lado, é possível, mediante pedido dos utentes, ao Hospital de Origem solicitar a emissão do vale de cirurgia à ACSS, o que, após receção desta reclamação já foi efectuado.*
- 3. Lamentamos que o utente não tenha ficado plenamente esclarecido no contacto com a UHGIC do HDS EPE, uma vez que os esclarecimentos agora prestados são os normalmente prestados em sede de atendimento presencial. [...]*

58. Nessa sequência, foi enviado um pedido de elementos ao HDS, por ofício datado de 4 de maio de 2017, concretamente solicitando:

*[...]*

- 1. Se pronunciem, de forma fundamentada e circunstanciada sobre a situação descrita na aludida reclamação, e forneçam esclarecimentos adicionais que entendam relevantes sobre a situação da utente, tendo presente a data da inscrição da mesma na Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC) do SIGIC (7 de março de 2016) e o TMRG definido (270 dias) para a realização de cirurgias de prioridade de nível 1, conforme Anexo I da Portaria n.º 87/2015, de 23 de março;*
- 2. Informação sobre a situação atual da inscrição da utente em LIC, incluindo indicação da data de efetivação da cirurgia caso a mesma já tenha ocorrido, ou, em caso negativo, informação sobre quais as diligências adotadas para o seu célere agendamento/efetivação, acompanhada de elementos documentais respetivos;*
- 3. Informação sobre se a utente terá sido informada das alternativas existentes no SNS para acompanhamento da sua situação clínica e, em caso afirmativo, indicação dos meios de comunicação utilizados para esse fim e das respetivas datas, bem como identificação dos profissionais de saúde envolvidos;*
- 4. Quaisquer outros esclarecimentos complementares julgados necessários e relevantes para a análise do caso concreto. [...]*

59. Nessa sequência, por ofício rececionado a 24 de maio de 2017, veio o HDS informar que:

*[...]*

1 – A Utente encontra-se inscrita na lista de espera deste Hospital para cirurgia de revisão da prótese do joelho, com prioridade normal.

2 – O Hospital de Santarém tem recursos humanos de Ortopedia em número muito escasso, que se esgotam quase totalmente para assegurar o Serviço de Urgência. São 8 médicos para assegurar 24/24 horas, todos os dias do ano, para um Serviço de Urgência com equipa mínima de 2,5 elementos.

3 – Por outro lado, a actividade operatória programada está muito condicionada pela falta de anesthesiologistas e de tempos operatórios, considerando que o Bloco Operatório se encontra em obras.

4 – As circunstâncias atrás referidas são ainda agravadas com a forte incidência de patologia oncológica no Hospital de Santarém, obrigando permanentemente a sua priorização, em desfavor da casuística com prioridade normal, como é o caso da Sr.<sup>a</sup> D. V. M..

5 – Em condições normais, atingido o TMRG, o doente entra em condições de ser gerado um Vale de Cirurgia dando-lhe a oportunidade de escolher uma Unidade de Saúde onde a queira realizar.

6 – Acontece que, como está a acontecer com relativa frequência, quando as cirurgias a realizar não são “interessantes” para o sector convencionado, nenhuma Unidade de Saúde se disponibiliza para a sua realização e, nestes casos, a UCGIC não emite Vale de Cirurgia, mantendo-se ativa a inscrição no Hospital de Santarém.

7 – Inscrição que se mantém com prioridade normal.

8 – Prioridade normal numa situação em que o Hospital não tem condições para acelerar o processo, considerando o dito nos pontos 2, 3 e 4, dentro da prioridade “normal”.

De momento não é ainda possível afirmar uma data para realização da cirurgia cuja prioridade continua “normal”.

A verificar-se qualquer agudização que possa determinar o aumento de prioridade da cirurgia, deverá dirigir-se a este Hospital, Serviço de Ortopedia. [...]”.

## **II.2.2. Do pedido de elementos enviado à Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia (UCGIC)**

60. Na sequência do exposto, e considerando as competências atribuídas à UCGIC, foi enviado um pedido de elementos a essa Unidade, por ofício datado de 11 de maio de 2017, concretamente solicitando:

“[...]”

1. *Se pronunciem sobre todo o teor da reclamação e demais documentação cuja cópia se anexa, se possível acompanhada dos respetivos elementos documentais;*
2. *Tendo presente a informação prestada pelo HDS e pela UHGIC, se pronunciem sobre a não emissão do Vale de Cirurgia e o não cumprimento dos procedimentos atinentes ao processo de transferência da utente, dentro dos prazos legalmente definidos;*
3. *Se pronunciem sobre a alegada inexistência de prestador convencionado para realização da cirurgia proposta, na especialidade de Ortopedia;*
4. *Procedam ao envio de quaisquer esclarecimentos complementares julgados necessários e relevantes à análise do caso concreto. [...]”*

61. E, por ofício rececionado a 13 de junho de 2017, veio a UCGIC informar que:

“[...]”

1. *A utente V.M. inscrita no Hospital Distrital de Santarém (HDS) [...], proposta para cirurgia com o procedimento 8155 – revisão de substituição do joelho, não especificada de outro modo, encontra-se a aguardar cirurgia desde 07/03/2016, com um tempo de espera de 15,2 meses, à data de 05/06/2017. Verifica-se que tem 288 utentes à frente, com uma previsão de 10,2 meses para realização do procedimento cirúrgico.*

*Apesar de a utente já ter ultrapassado os 100% do tempo máximo de resposta garantido (TMRG), o HDS alega não conseguir garantir os cuidados cirúrgicos por não ter recursos humanos suficientes, uma vez que conta com 7 ortopedistas (8,9 ETC).*

*Da análise dos dados e declarações do HDS, apurámos distorções, uma vez que na aplicação SIGLIC (capacidade instalada) o serviço de ortopedia apresenta 10 cirurgiões ortopedistas, com 8,03 ETC, e 4 internos de especialidade, com 3,20 ETC, para o ano 2017, informação atualizada a 15/02/2017, conforme anexo 1. Considera-se a informação fornecida pelo SIGLIC como válida, uma vez que não foram efetuadas quaisquer correções a essa informação pelo HDS.*

2. *Quanto à não emissão do vale de cirurgia e ao não cumprimento dos procedimentos atinentes ao processo de transferência da utente, assinala-se que*

*o processo é automático e inclui um algoritmo com as regras do regulamento do SIGIC. Com efeito, o SIGLIC procura, para cada episódio, as entidades hospitalares do SNS e as entidades convencionadas com a respetiva Administração Regional de Saúde do Hospital de Origem, com capacidade para realizar o(s) procedimento(s) cirúrgico(s) classificado(s) na proposta. Não existindo capacidade para transferir o utente, o HO tem ainda a possibilidade de proceder à transferência por acordo.*

*Objetivamente, realça-se que, se o HDS não conseguir garantir a realização ou o agendamento da cirurgia até 100% do TMRG, ou se tiver perdido a capacidade técnica para realizar a cirurgia, deve desencadear a etapa da transferência por acordo, conforme o estabelecido no MGIC, Vol. II – Área de Gestão (2011).*

*No sentido de reforçar e melhorar o rigor e equidade no acesso à prestação de cuidados, a ACSS elaborou a circular nº 10/2017 sobre os Procedimentos técnicos para transferência de episódios cirúrgicos entre instituições do Serviço Nacional de Saúde (SNS) para atenuar algumas das questões acima referidas conforme anexo 2.*

- 3. Verifica-se, efetivamente, que não existe nenhuma entidade hospitalar convencionada com a ARS Lisboa e Vale do Tejo (LVT) a realizar o procedimento proposto, a saber, ICD9CM 8155 – Revisão de substituição do joelho não especificado de outro modo, tal como se pode comprovar na informação anexo 3, “Entidades que disponibilizam procedimento”, retirado da aplicação SIGLIC a 05/06/2017.*

*Assim, detetou-se que, para 17 hospitais convencionados com a ARS LVT que disponibilizam o procedimento de substituição total do joelho (ICD9M – 8154), comprovado no anexo 4, nenhuma disponibiliza a revisão da substituição total do joelho (ICD9M – 8155).*

*Face ao exposto, pretende-se iniciar articulação com as ARS, no sentido de colmatar esta carência, procurando que as entidades hospitalares convencionadas que procedam à substituição total do joelho (ICD9M – 8154) também se comprometam com a realização do procedimento de revisão da substituição total do joelho (ICD9M – 8155), para assegurar o compromisso integral da Instituição para com o utente, dando continuidade ao plano de cuidados instituído. [...]”.*

- 62. Em anexo a tais esclarecimentos, juntou ainda a UCGIC cópia da Circular Informativa para as Administrações Regionais de Saúde, Hospitais do SNS e Hospitais com*

Acordos de Cooperação, datada de 8 de maio de 2017 (identificação N. 10/2017/UGA/ACSS), da qual consta o seguinte:

“[...]

**ASSUNTO: Procedimentos técnicos para transferência de episódios cirúrgicos entre instituições do Serviço Nacional de Saúde (SNS)**

[...]

**1. As transferências de episódios cirúrgicos entre instituições públicas do SNS podem ocorrer por três razões principais:**

- 1.1. Sempre que o hospital de origem não consegue garantir a realização da cirurgia ou efetuar o seu agendamento até 100% do Tempo Máximo De Resposta Garantido (TMRG);
- 1.2. Por conveniência justificada do utente;
- 1.3. Quando determinado serviço ou unidade funcional tenha perdido a capacidade técnica para realizar a cirurgia.

**2. Existem dois processos distintos de transferência de episódios cirúrgicos entre instituições públicas do SNS;**

**2.1. O processo de emissão de Nota de Transferência:**

- a) Consiste na transferência de episódios entre instituições públicas do SNS quando existe evidência de que a instituição hospitalar de origem não consegue garantir a realização da cirurgia ou o seu agendamento até 100% do TMRG.
- b) A emissão de Nota de Transferência ocorre aos 3 meses de inscrição do utente em Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC).
- c) Os hospitais de destino que estejam interessados em receber transferências de outros hospitais públicos do SNS (hospitais de origem) devem manifestar essa disponibilidade de forma voluntária, identificando, por grupo nosológico, o volume semanal de cirurgias que se propõem realizar.
- d) A atividade cirúrgica realizada pelos hospitais de destino no âmbito do processo de emissão de Notas de Transferência corresponderá a um proveito extra contrato-programa para estes hospitais, não podendo em caso algum prejudicar o nível de resposta aos utentes que já se encontram inscritos na sua LIC.

**2.2. O processo de Transferência de Responsabilidade por Acordo:**

- a) *Consiste na transferência de episódios entre instituições públicas do SNS por conveniência justificada do utente, ou por iniciativa do hospital de origem, sempre que, cumulativamente se verificarem as seguintes condições:*
  - i. *O utente não esteja já agendado para a realização da cirurgia;*
  - ii. *O utente dê o seu consentimento informado à transferência;*
  - iii. *Haja acordo entre os hospitais de origem e de destino;*
  - iv. *Haja parecer favorável dos respetivos responsáveis ou diretores de serviço dos hospitais de origem e de destino envolvidos.*
- b) *As Transferências de Responsabilidade por Acordo efetuadas nas condições definidas na alínea anterior podem também envolver instituições que tenham estabelecido Contratos de Gestão ou Acordos de Cooperação com o SNS, devendo esta proposta ser aprovada pela Administração Regional de Saúde (ARS) dos hospitais envolvidos e ser precedida das demais autorizações estabelecidas.*
- c) *As Transferências de Responsabilidade por Acordo pressupõem a transferência integral da responsabilidade relativa a todo o plano terapêutico, incluindo todos os exames, consultas e tratamentos que sejam necessários antes ou após a cirurgia.*
- d) *O hospital de origem que transfere o episódio cirúrgico deve, na aplicação SIGLIC, proceder ao registo da transferência integral do plano de cuidados do utente e o hospital de destino que recebe a transferência deve validar a informação.*
- e) *O hospital de origem deve, de igual modo e na aplicação SIGLIC, identificar o episódio como concluído por transferência de responsabilidade no seu sistema de informação hospitalar e o hospital de destino deve proceder à inscrição de uma nova proposta cirúrgica, colocando a data da inclusão igual à da proposta inicial.*
- f) *Nesta modalidade de transferência, o conceito de episódio único do utente não se altera, mantendo-se agregada na aplicação SIGLIC a informação de ambos os hospitais e a contagem ininterrupta do tempo de espera, embora seja exigida revalidação do plano de cuidados por parte do responsável do novo serviço/unidade funcional e novo consentimento do utente.*
- g) *Sempre que determinado hospital de origem perder a competência para a realização de um determinado procedimento cirúrgico, deve informar a Unidade de Gestão do Acesso (UGA) da ACSS e a Unidade Regional de Gestão do Acesso (URGA) da ARS respetiva, e com a colaboração destas, assegurar a*

*transferência das propostas dos utentes ainda inscritos em LIC para esse procedimento.*

- h) O pagamento aos hospitais de destino da atividade cirúrgica realizada no âmbito dos processos de Transferências de Responsabilidades por Acordo é efetuado no âmbito do seu contrato-programa anual, devendo as respetivas ARS assegurar que é possível incluir o pagamento da atividade transferida dentro dos valores já contratados com o hospital, no respeito das regras de contratualização e de gestão racional e eficiente dos recursos, em vigor no SNS. [...]”.*

63. A UCGIC remeteu ainda uma consulta efetuada em 5 de junho de 2017, à lista de “Entidades que disponibilizam determinado procedimento”, de onde resulta que para dezassete hospitais convencionados com a ARS LVT que disponibilizam o procedimento de substituição total do joelho, nenhum disponibiliza a revisão da substituição total do joelho, procedimento em causa nos autos.

### **II.2.3. Do teor das reclamações apresentadas à ERS por G.N. e M.G.**

64. Subsequentemente, tomou a ERS conhecimento de duas reclamações, também evidenciando dificuldades no acesso a cirurgias ortopédicas no HDS, no âmbito do programa SIGIC.

65. Da reclamação endereçada de G.N., datada de 20 de junho de 2016, cumpre ressaltar os seguintes factos:

*“[...] ando nesta vida já há 8 anos, desde a primeira operação em Montemor-o-Novo, a prótese foi rejeitada passado alguns meses foi-me retirada, e colocado um espaçador o qual só em lista de espera estive 27 meses, até que em outubro de 2012 fui operado em Santarém [...], desde então a minha vida tem sido um inferno, dores muitas dores sem que isto se resolva, em outubro de 2014 tive de me dirigir às urgências a Santarém com a perna muito inchada e muitas dores. [...]*

*Fiquei internado, fui lancetado por quem não sei! Passado dias o Dr. F.M. deu-me alta mas as dores ficaram cá! [...] entretanto e para quê andarem a entreter com vales cirúrgicos já são quatro, Ordem Terceira, 2 Nazaré e este mês Hospital de Jesus, todos os médicos me dizem o mesmo, o Hospital de Santarém é que tem de resolver! [...]”.*

66. Em resposta, o prestador informou o reclamante, por missiva datada de 6 de agosto de 2016, que:

“[...]

*O ortopedista, Dr. F.M., ponderou sobre a situação clínica de V. Exa. Trata-se de um quadro infeccioso crónico pós-operatório de Prótese Articular do Joelho, aplicada noutra hospital. A mesma já foi substituída e apresenta fístula residual.*

*Encontra-se inscrito para nova cirurgia desde 24 de fevereiro de 2016, e conforme refere, não foi aceite a transferência para outra instituição hospitalar.*

*Neste sentido, o Dr. F.M. propõe o seu internamento e está disponível para que V. exa. o contacte, de forma a agilizar este procedimento, para minorar as queixas que manifesta. [...]”.*

67. No que concerne à reclamação apresentada por M.G. em 10 de novembro de 2016, cumpre destacar o seguinte:

“[...]

*Já muitos anos que tenho problemas graves nos joelhos e já fui submetida a duas cirurgias no joelho direito, tendo a última sido a colocação de uma prótese total.*

*As cirurgias acontecerem numa clínica privada. Esta situação só pode acontecer porque era beneficiária da ADSE, cujo titular é o meu marido, mas a partir do momento que me reformei perdi o direito a este sistema de saúde e, infelizmente, não tenho condições económicas para continuar a usufruir de serviços privados.*

*[...] o meu Médico de Família [...] encaminhou o meu processo para o Hospital de Santarém, mas informou-se que a lista de espera para marcação de consulta de especialidade iria demorar bastante e a cirurgia ainda mais. [...]”.*

68. Em resposta, o HDS informou a exponente, por ofício de 10 de abril de 2017, do seguinte:

“[...]

*Dispomos da informação de que a Sr.<sup>a</sup> D. M.G. teve um pedido de consulta de Ortopedia no dia 14 de setembro de 2016, com prioridade normal.*

*A consulta foi triada a 15 de setembro de 2016, e realizada a 6 de fevereiro de 2017, cumprindo o Tempo Máximo de Resposta Garantido.*

*Da avaliação médica resultou proposta para intervenção cirúrgica com prioridade normal, pelo que se encontra inscrita em lista de espera. [...]”.*

69. Nessa senda, foi enviado um novo pedido de elementos ao HDS, por ofício datado de 13 de setembro de 2017, concretamente solicitando:

“[...]”

1. *Se pronunciem, de forma fundamentada e circunstanciada sobre as situações descritas nas três reclamações anexas, e forneçam esclarecimentos adicionais que entendam relevantes sobre as situações dos utentes em questão, tendo presente as datas da inscrição em Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC) do SIGIC e os Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG), previstos na Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio;*

2. *Informação sobre a situação atual da inscrição dos utentes em LIC, incluindo indicação das datas de efetivação das cirurgias caso as mesmas já tenham ocorrido, ou, em caso negativo, informação sobre quais as diligências adotadas para o seu célere agendamento/efetivação, acompanhada de elementos documentais respetivos;*

3. *Informação sobre se os utentes terão sido informados das alternativas existentes no SNS para acompanhamento da sua situação clínica e, em caso afirmativo, indicação dos meios de comunicação utilizados para esse fim e das respetivas datas, bem como identificação dos profissionais de saúde envolvidos;*

4. *Quaisquer outros esclarecimentos complementares julgados necessários e relevantes para a análise do caso concreto. [...]”.*

70. Assim, por ofício rececionado a 9 de outubro de 2017, veio o HDS informar que:

“[...]”

*A área da Ortopedia é crítica no Hospital de Santarém, à semelhança do que acontece em muitos Hospitais, particularmente para os Serviços de Urgência.*

*Dos sete médicos efectivos do Hospital, 6 têm mais de 55 anos, pelo que, em qualquer momento, podem deixar de fazer serviço de urgência.*

*Só por muito empenho do Conselho de Administração e dos próprios, se mantêm a fazer Serviço de Urgência diurno e nocturno. Há que gerir esta circunstância.*

*O Serviço de Urgência de Ortopedia e traumatologia é, por natureza, uma actividade cirúrgica pesada e fisicamente muito exigente o que recomenda uma boa gestão de recursos e de esforços para que os possamos manter.*

*Os 7 médicos ortopedistas, com o apoio dos dois aposentados, tiveram a seguinte actividade em 2017:*

- *636 doentes Internados em 40 camas e uma demora média de 14 dias;*
- *6.621 consultas, das quais 3.111 a novos doentes;*

- 749 cirurgias, das quais 213 de cirurgia urgente;
- 13.800 doentes atendidos no Serviço de Urgência, por vezes com o apoio de prestadores de serviços.

*É orientação do Conselho de Administração que todas as cirurgias em contexto de urgência devem ser realizadas de imediato, de acordo com o estado clínico do doente.*

*[...] A gestão das listas de espera para cirurgia é feita, basicamente, por três critérios: patologia oncológica, prioridade da patologia e antiguidade de inscrição na LIC.*

*A decisão clínica para a sua realização é sempre do médico.*

*A gestão dos doentes inscritos em lista não é um processo meramente administrativo. São vários os intervenientes que condicionam a gestão e a execução da lista.*

*Desde logo o doente que tem o direito a exercer a sua própria escolha do tempo e do Serviço a utilizar. Razões pessoais e razões sociais impõem-se muitas vezes à racionalidade de uma data.*

*Por outro lado, é comum acontecer que o doente recuse o seu vale de cirurgia para utilizar no regime convencionado, argumentando que só quer ser intervencionado "no seu Hospital" pelo "seu médico". Não podemos também esquecer as situações de doentes não operáveis (por multipatologia) e doentes que os convencionados não aceitam no âmbito do SIGIC, por não serem "interessantes". É uma situação recorrente na área da ortopedia, particularmente quando se trata de próteses de revisão, cujo custo é muito elevado.*

*Quanto ao Sr. G.N., foi operado a 20/02/2017. A situação do doente enquadrava-se num nível de prioridade normal e não urgente. Tal não significou menor consideração ou atenção do Hospital e dos médicos pelo caso. Aliás, pela escassez de médicos ortopedistas e de tempos operatórios e pelas limitações do Bloco Operatório, tudo foi devidamente explicado ao Utente, que não aceitou a transferência para outro Hospital no âmbito do SIGIC, onde poderia ter tido uma resolução mais rápida.*

*A utente M.G. foi inscrita para cirurgia em fevereiro de 2017, com prioridade normal e aguardou até agosto, tendo recebido e aceite um vale de cirurgia (SIGIC) para ser intervencionada noutra instituição, pelo que esperamos que esteja em recuperação."*

### III. DO DIREITO

#### III.1. Das atribuições e competências da ERS

71. 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*.”
72. 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.”.*
73. 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.”.*
74. Consequentemente, o Hospital de Santarém, E.P.E. é um estabelecimento prestador de cuidados de saúde, inscrito no Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados (SRER) da ERS sob o n.º 12297.
75. No que se refere ao objetivo regulatório previsto na alínea b) do artigo 10.º dos Estatutos da ERS, de assegurar o cumprimento 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”.*
76. Podendo fazê-lo mediante o exercício dos seus poderes de supervisão, consubstanciado no dever de “*zelar pela aplicação das leis e regulamentos e demais normas aplicáveis às atividades sujeitas à sua regulação, no âmbito das suas atribuições*”, bem como na emissão de ordens e instruções, bem como recomendações ou advertências individuais, sempre que tal seja necessário, sobre

quaisquer matérias relacionadas com os objetivos da sua atividade reguladora, incluindo a imposição de medidas de conduta e a adoção das providências necessárias à reparação dos direitos e interesses legítimos dos utentes – cfr. al. a) e b) do artigo 19.º dos Estatutos da ERS.

77. E, 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, 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.
78. É 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”* (cfr. alínea b) do artigo 12.º dos Estatutos da ERS).
79. Sendo estabelecido na alínea b) do n.º 2 do artigo 61.º dos Estatutos da ERS, que *“Constitui contraordenação, punível com coima de € 1000 a € 3740,98 ou de € 1500 a € 44 891,81, consoante o infrator seja pessoa singular ou coletiva:*

[...]

*b) A violação das regras relativas ao acesso aos cuidados de saúde:*

*i) A violação da igualdade e universalidade no acesso ao SNS, prevista na alínea a) do artigo 12.º;*

*ii) A violação de regras estabelecidas em lei ou regulamentação e que visem garantir e conformar o acesso dos utentes aos cuidados de saúde, bem como práticas de rejeição ou discriminação infundadas, em estabelecimentos públicos, publicamente financiados, ou contratados para a prestação de cuidados no âmbito de sistemas e subsistemas públicos de saúde ou equiparados, nos termos do disposto nas alíneas a) e b) do artigo 12.º.*

80. Já quanto ao objetivo regulatório de zelar pela prestação de cuidados de saúde de qualidade, previsto na alínea d) do artigo 10.º, incumbe à ERS, entre outras, a garantia do direito dos utentes à prestação de cuidados de saúde de qualidade, conforme estatuído na alínea c) do artigo 14.º dos Estatutos da ERS.

### III.2 Do direito de acesso aos cuidados de saúde de qualidade e em tempo clinicamente aceitável

81. 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 da criação de um Serviço Nacional de Saúde (SNS) universal, geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito.
82. Por sua vez, a Lei de Bases da Saúde (LBS), aprovada pela Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, em concretização da imposição constitucional contida no referido preceito, estabelece no n.º 4 da sua Base I que *“os cuidados de saúde são prestados por serviços e estabelecimentos do Estado ou, sob fiscalização deste, por outros entes públicos ou por entidades privadas, sem ou com fins lucrativos”*, consagrando-se nas diretrizes da política de saúde estabelecidas na Base II que *“é objetivo fundamental obter a igualdade dos cidadãos no acesso aos cuidados de saúde, seja qual for a sua condição económica e onde quer que vivam, bem como garantir a equidade na distribuição de recursos e na utilização de serviços”*;
83. Bem como estabelece, na sua Base XXIV, como características do SNS:
- “a) Ser universal quanto à população abrangida;*
  - b) Prestar integralmente cuidados globais ou garantir a sua prestação;*
  - c) Ser tendencialmente gratuito para os utentes, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos”*.
84. Por outro lado, e em concretização de tal garantia de acesso ao SNS, é reconhecido aos utentes dos serviços de saúde um conjunto vasto de direitos, onde se inclui o direito a que os cuidados de saúde sejam prestados em observância e estrito cumprimento dos parâmetros mínimos de qualidade legalmente previstos, quer no plano das instalações, quer no que diz respeito aos recursos técnicos e humanos utilizados.
85. A este respeito, encontra-se reconhecido na LBS, mais concretamente na alínea c) da Base XIV, o direito dos utentes a serem *“tratados pelos meios adequados, humanamente e com prontidão, correção técnica, privacidade e respeito”*.
86. Norma que é melhor desenvolvida e concretizada no artigo 4.º (*“Adequação da prestação dos cuidados de saúde”*) da Lei n.º 15/2014, de 21 de março, recentemente alterada pelo Decreto-Lei n.º 44/2017 de 20 de abril, segundo o qual *“O utente dos*

*serviços de saúde tem direito a receber, com prontidão ou num período de tempo considerado clinicamente aceitável, consoante os casos, os cuidados de saúde de que necessita” (n.º 1);*

87. Tendo o utente, bem assim, *“direito à prestação dos cuidados de saúde mais adequados e tecnicamente mais corretos” (n.º 2);*
88. Estipulando, ainda, o n.º 3 que *“Os cuidados de saúde devem ser prestados humanamente e com respeito pelo utente”.*
89. Quanto ao direito do utente ser tratado com prontidão, o mesmo encontra-se diretamente relacionado com o respeito pelo tempo do paciente<sup>1</sup>, segundo o qual deve ser garantido o direito a receber o tratamento necessário dentro de um rápido e predeterminado período de tempo.
90. Aliás, o Comité Económico e Social Europeu (CESE), no seu Parecer sobre “Os direitos do paciente”, refere que o *“reconhecimento do tempo dedicado à consulta, à escuta da pessoa e à explicação do diagnóstico e do tratamento, tanto no quadro da medicina praticada fora como dentro dos hospitais, faz parte do respeito das pessoas [sendo que esse] investimento em tempo permite reforçar a aliança terapêutica e ganhar tempo para outros fins [até porque] prestar cuidados também é dedicar tempo”.*
91. Relativamente ao direito dos utentes de ser tratados pelos meios adequados e com correção técnica, tal resulta do reconhecimento ao utente do direito a ser diagnosticado e tratado à luz das técnicas mais atualizadas, e cuja efetividade se encontre cientificamente comprovada, sendo, porém, óbvio que tal direito, como os demais consagrados na LBS, terá sempre como limite os recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis – cfr. n.º 2 da Base I da LBS.
92. Efetivamente, sendo o direito de respeito do utente de cuidados de saúde um direito ínsito à dignidade humana, o mesmo manifesta-se através da imposição de tal dever a todos os profissionais de saúde envolvidos no processo de prestação de cuidados, o qual compreende, ainda, a obrigação de os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde possuírem instalações e equipamentos que proporcionem o conforto e o bem-estar exigidos pela situação de fragilidade em que o utente se encontra.

---

<sup>1</sup> Vd. o ponto 7. da “Carta Europeia dos Direitos dos Utentes”.

### **III.3. As Redes de Referência Hospitalar (RRH) como regras de acesso do utente aos cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde**

93. Conforme resulta da alínea b) da Base XXIV da LBS, os cidadãos têm o direito a que lhes sejam prestados integradamente todos os cuidados de saúde, não só os hospitalares, mas também os primários, os continuados ou até os paliativos;
94. Uma forma de manifestação do princípio da generalidade no âmbito do SNS prende-se com a necessidade de se garantir uma correta referência de cuidados de saúde entre os diversos estabelecimentos nele integrados.
95. As RRH são pois essenciais ao cumprimento da característica de generalidade do SNS, constituindo um sistema integrado e hierarquizado que visa satisfazer, de forma concertada, as necessidades de assistência hospitalar no diagnóstico, de formação, de investigação, de colaboração interdisciplinar e de garantia de qualidade no âmbito de determinada especialidade.
96. Por outro lado, o funcionamento e as imposições adjacentes a cada uma das RRH consubstanciam regras que, necessariamente, se manifestam no direito de acesso do utente aos cuidados de saúde como consagrado na Constituição e na lei.
97. O deficiente funcionamento de uma RRH impacta negativamente com o direito de acesso do utente aos cuidados de saúde, produzindo um efetivo não acesso (ou um acesso tardio ou inadequado) aos cuidados de saúde necessários.
98. Nesse âmbito, considerando que as regras respeitantes a cada uma das RRH aprovadas constituem regras de acesso, nos termos e para os efeitos dos Estatutos da ERS, devem as mesmas ser garantidas pela ERS e, caso aplicável, o seu incumprimento ser sancionado ao abrigo dos poderes que lhe foram atribuídos pelas alínea a) e b) do artigo 12.º e alínea b) do n.º 2 do artigo 61.º de tal diploma.
99. Ora, a cada estabelecimento hospitalar que integra a rede devem ser atribuídos uma área geográfica e populacional de influência e um papel específico na área assistencial, tendo em conta a sua articulação, nomeadamente no âmbito de uma rede de referência, quer com as unidades de cuidados primários, quer com os demais estabelecimentos hospitalares.
100. Efetivamente, a atual organização do SNS assenta numa identificação clara e inequívoca da cadeia (vertical) de atribuições, competências e responsabilidades, para que o SNS seja, não somente *de iure* mas também *de facto*, um conjunto de

instituições e de serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde organizado e hierarquizado.

101. Nesse sentido, cada instituição deve conhecer, sem dúvida ou incerteza, o que concretamente a si compete – e por tanto o que de si é esperado – para contribuir para a garantia constitucional da prestação de cuidados de saúde nas melhores condições de acesso, qualidade e segurança.
102. Nesse sentido, importa que os prestadores de cuidados de saúde que concorrem para o funcionamento de cada uma das redes, não só se articulem entre si, desde os cuidados primários até aos diferenciados, em função dos recursos de que dispõem, e consideradas as condicionantes de cada uma das regiões e da valência a que respeitam, mas também se complementem, com a finalidade de aproveitarem os recursos de que cada um é possuidor.
103. Na verdade, a referenciação de doentes deve ser assegurada para outras unidades hospitalares integradas no SNS quer quando a valência médica em que as prestações de saúde se qualificam não se inclua no respetivo perfil assistencial, de acordo com as redes de referenciação em vigor, quer quando se verifique a inexistência ou insuficiência de capacidade técnica, seja ela pontual ou permanente.
104. Mas daqui resulta não só a obrigatoriedade das unidades hospitalares referenciarem os utentes, mas também a obrigatoriedade de uma unidade hospitalar de referência aceitar receber os utentes transferidos de outros hospitais.
105. Tal obrigação de aceitação verifica-se naquelas situações em que as unidades referenciadoras de utentes não disponham de nível de referenciação adequado e ou de capacidade técnica.
106. E para tanto não deixa de relevar a revisão das Redes de Referenciação Hospitalar pela Portaria n.º 147/2016, de 19 de maio<sup>2</sup>, que estabelece o processo de classificação dos hospitais, centros hospitalares e unidades locais de saúde do SNS, e define o respetivo processo de criação e de revisão, estando ali salientado que “a referenciação de doente entre instituições hospitalares do SNS, conforme a diferenciação técnica dos cuidados de saúde a realizar no âmbito de cada especialidade, decorre das regras estabelecidas para cada RRH.”.

---

<sup>2</sup> Que veio revogar as Portarias n.ºs 82/2014, de 10 de abril e 123-A/2014, de 19 de junho.

### III.4. Das atribuições e competências das Administrações Regionais de Saúde (ARS): a autossuficiência regional

107. A organização do sistema de saúde baseia-se na divisão do território nacional em regiões de saúde que “*são dotadas de meios de acção bastantes para satisfazer autonomamente as necessidade correntes de saúde dos seus habitantes, podendo, quando necessário, ser estabelecidos acordos inter-regionais para a utilização de determinados recursos*” – cfr. n.º 1 e 2 da Base XVIII da LBS;
108. Consequentemente, o SNS detém uma organização de carácter regional, sendo administrado por cada uma das ARS, cada uma com atribuições e competências sob uma determinada região administrativamente organizada.
109. As ARS desempenham um papel fundamental na estruturação e organização da resposta do SNS nas áreas sob sua influência e, *in extremis*, na definição dos pontos de oferta da rede hospitalar e das próprias RRH.
110. A este respeito, note-se ademais que tem tipicamente sido incumbência das ARS “*garantir à população da respectiva área geográfica de intervenção o acesso à prestação de cuidados de saúde de qualidade, adequando os recursos disponíveis às necessidades em saúde e cumprir e fazer cumprir o Plano Nacional de Saúde na sua área de intervenção.*”<sup>3</sup>.
111. E, é para cumprimento de tal atribuição fundamental que as ARS são dotadas de um extenso elenco de atribuições, entre outras, assegurar, na respetiva área geográfica, a prossecução das atribuições do Ministério da Saúde, assegurar a adequada articulação entre os serviços prestadores de cuidados de saúde de modo a garantir o cumprimento da rede de referência e elaborar a carta de instalações e equipamentos das respetivas regiões de saúde<sup>4</sup>.
112. Nessa medida, importa assumir que qualquer rede que determine regras concretas e claras de referência e/ou transferência de utentes, e que *per si* necessariamente concretizem o direito e o concomitante dever de referência dos prestadores de cuidados de saúde nela integrados, tenha garantida a participação das entidades competentes a nível regional, pois que, só assim, poderão aquelas garantir o efetivo exercício do direito à proteção à saúde dos utentes e a verificação de cada uma das características essenciais do SNS, designadamente aquelas da universalidade e generalidade.

---

<sup>3</sup> Cfr. n.º 1 do artigo 3.º da Lei Orgânica das ARS, aprovada pelo Decreto-Lei n.º 22/2012, de 30 de janeiro.

<sup>4</sup> Cfr. n.º 2 do artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 22/2012, de 30 de janeiro.

113. Do exposto resulta então que a organização do SNS assenta no princípio da autossuficiência regional, e que constitui, ademais, decorrência direta da opção constitucionalmente consagrada no que se refere à imposição de uma organização regionalizada e descentralizada do serviço nacional de saúde.
114. Sendo certo também que, conforme já defendido pela ERS<sup>5</sup>, as RRH atualmente existentes<sup>6</sup> se consubstanciam em meras linhas orientadoras, que estabelecem requisitos e critérios apresentados como desejáveis mas reconhecidos como inexistentes;
115. Constatação esta ainda não totalmente alterada, apesar do recente impulso ao processo de revisão das Redes de Referência Hospitalar, *supra* referido;
116. O qual, também se adiante, em nada parece anular o reconhecimento da necessidade reforçada de cada uma das ARS, por si e em concertação de esforços, se organizar, estruturar, publicitar e ordenar para cumprimento, pelos estabelecimentos do SNS das suas áreas geográficas, as RRH ou outras redes e regras julgadas necessárias ao cumprimento do carácter da universalidade e generalidade do SNS<sup>7</sup>.

### III.5. Da Rede de Serviço de Urgência

117. As características da Rede de Serviços de Urgência, os seus níveis de responsabilidade, critérios, condições de acesso e localização dos Pontos de Rede de Urgência foram sempre sendo objeto de preocupação e implementação<sup>8</sup>.
118. O Despacho n.º 13377/2011, de 23 de setembro, criou a Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência (CRRNEU) que tinha por missão avaliar o estado de implementação da Rede, nomeadamente a distribuição territorial existente, as condições de acesso, as necessidades de formação e recursos profissionais, a contratualização, a gestão e a sustentabilidade dos Serviços de

<sup>5</sup> Cfr. Parecer e Recomendação da ERS de 2009, publicados no sítio eletrónico da ERS, em [www.ers.pt](http://www.ers.pt)

<sup>6</sup> Elaboradas no seio da Direcção-Geral da Saúde (DGS) e/ou da ACSS.

<sup>7</sup> Na Recomendação da ERS de 2009, fora já recomendado pela ERS a “*todas as ARS para definirem, publicitarem e ordenarem para cumprimento por parte dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde envolvidos, as RRH que se apresentem como necessárias nas suas áreas de influência.*”.

<sup>8</sup> Cfr. Despachos do Ministro da Saúde n.º 18 459/2006, de 30 de julho, publicado no *Diário da República*, 2ª série, n.º 176, de 12 de setembro, alterado pelo Despacho n.º 24 681/2006, de 25 de outubro, publicado no *Diário da República*, 2ª série, n.º 231, de 30 de novembro, n.º 727/2007, de 18 de dezembro de 2006, publicado no *Diário da República*, 2ª série, n.º 10, de 15 de janeiro de 2007, e n.º 5414/2008, de 28 de janeiro, publicado no *Diário da República*, 2ª série, n.º 42, de 28 de fevereiro

Urgência (SU), entre outros.

119. A Rede de Referência de Urgência encontra-se atualmente implementada e permite identificar os diferentes pontos de oferta existentes naquela Rede, integrando três níveis diferenciados de resposta às necessidades, a saber, serviço de urgência polivalente (SUP), serviço de urgência médico-cirúrgica (SUMC) e serviço de urgência básica (SUB).
120. A cada um desses níveis correspondem diferentes critérios qualitativos e quantitativos, ou seja, diferentes conjuntos de valências médicas consignadas e diferentes requisitos técnicos mínimos.
121. O Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) foi criado pelo Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto<sup>9</sup>, e *“determina ao nível da responsabilidade hospitalar e sua interface com o pré hospitalar, os níveis de responsabilidade dos Serviços de Urgência, estabelece padrões mínimos relativos à sua estrutura, recursos humanos, formação, critérios e indicadores de qualidade e define o processo de monitorização e avaliação”*.
122. Por força do Despacho do Ministro da Saúde n.º 1032-A/2015, de 24 de novembro, publicado na 2.ª Série do Diário da República n.º 230, de 24 de novembro de 2015<sup>10</sup>, o serviço de urgência do HDS é classificado como um Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC).
123. Sendo que, de acordo com o n.º 1 do artigo 4.º do Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto, o SUMC *“é o segundo nível de acolhimento das situações de urgência, devendo existir em rede, localizando-se como forma primordial de apoio diferenciado à rede de SUB e referenciando para SUP situações que necessitem de cuidados mais diferenciados ou apoio de especialidades não existentes no SUMC, definidas nas respetivas redes de referência”*.
124. Assim, e atento o disposto no ponto 6.2. do artigo 4.º do Despacho n.º 10319/2014, o SUMC do HDS deve dispor de *“Equipas de Médicos, Enfermeiros, Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica e outros profissionais de saúde de dimensão, dedicação e especialização adequada e necessários ao atendimento da população da respetiva área de influência, periodicamente ajustadas à situação de procura do SU”*, bem

---

<sup>9</sup> O Despacho n.º 10319/2014 foi alterado pelo Despacho n.º 13427/2015, publicado no Diário da República, 2ª Série, N.º 228, de 20 de novembro de 2015.

<sup>10</sup> O Despacho do Ministro da Saúde n.º 1032-A/2015, de 24 de novembro, retificou o Anexo do Despacho n.º 13427/2015, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 228, de 20 de novembro de 2015, que, por sua vez, revogou o Despacho do Ministro da Saúde n.º 5414/2008, de 28 de janeiro de 2008.

como está obrigado a ter as seguintes “*valências médicas obrigatórias e equipamento mínimo: a) Medicina Interna; b) Pediatria; c) Cirurgia Geral; d) Ortopedia; e) Anestesiologia; f) Imuno -Hemoterapia; g) Bloco Operatório (em permanência); h) Imagiologia (devendo assegurar em permanência radiologia convencional, ecografia simples, TAC); i) Patologia Clínica (devendo assegurar em permanência todos os exames básicos, incluindo análises de gases do sangue e lactatos)*”.

### **III.6. Do modelo de funcionamento do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia agora integrado no Sistema Integrado de Gestão do Acesso na vertente de Cuidados de Saúde Hospitalares (SIGA CSH)**

#### **III.6.1. Nota prévia**

125. No seguimento da recente 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.
126. Nos termos do n.º 1 do artigo 2.º, 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.
127. 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).
128. 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, o Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC).
129. 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.

130. 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.
131. 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 n.º 179/2014, de 11 de setembro, que alterou a primeira.
132. Todavia, a Portaria n.º 147/2017 prevê um conjunto de regulamentação subsequente a aprovar (artigo 26.º), esclarecendo 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.
133. 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, 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.
134. 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.
135. 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.
136. Termos 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.

### III.6.2. Das regras do SIGIC

137. Conforme descrito na Portaria n.º 45/2008, de 15 de janeiro<sup>11</sup>, que aprovou o Regulamento do SIGIC, este é um sistema de regulação da atividade relativo “*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
138. 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.*”.
139. Sendo que toda a programação cirúrgica é registada no SIGLIC e deve obedecer aos critérios:
- (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.
140. 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).
141. 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 cirurgiões ou pequenas cirurgias que não necessitem de utilização do BO;

---

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

142. 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.
143. 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.
144. 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.
145. 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.
146. 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.
147. 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 SIGLIC, competindo-lhe a informação aos utentes ou seus representantes, sobre o estado da inscrição, o teor dos deveres e direitos e qualquer outra informação 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.
148. 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 nesse Regulamento – cfr. alíneas b) e c) do § 57 do Regulamento.

149. 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.
150. Concretamente, no que à transferência cirúrgica diz respeito, é “*operada pela emissão e cativação de NT/VC [nota de transferência/vale cirurgia<sup>12</sup>], 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.
151. 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.*” – cfr. § 3.2.1.4.1.1. do MGIC.
152. Decorridos os prazos para agendamento da cirurgia, tal como previstos nos n.ºs 79 e 80 da Parte V do Regulamento<sup>13</sup> 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;
153. Competindo, com efeito, à Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia (UCGIC), nos termos da alínea I) do n.º 49 da Parte IV do Regulamento do SIGIC

---

<sup>12</sup> “[...] 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.

<sup>13</sup> 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.

*“Emitir e enviar vales cirurgia.”*

154. 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.
155. 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.
156. 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.
157. 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 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;
158. No âmbito da avaliação pré-operatória pelo HD prevê o MGIC que, o HD possa não considerar os procedimentos propostos os mais indicados, podendo solicitar ao HO ou à URGIC a sua alteração.
159. 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.”*
160. 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.*

161. 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.*

162. 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 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.*

163. Por sua vez, 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.*

#### **IV. Análise das situações concretas**

##### **IV.1. Do processo de inquérito n.º ERS/029/2017**

164. Os factos analisados nos referidos autos constituem evidência da existência de constrangimentos no direito de acesso tempestivo dos utentes aos cuidados de saúde que necessitam, em virtude de restrições na atividade operatória do HDS,

concretamente da prestação de cuidados do foro ortopédico na sequência da ocorrência de episódio de urgência do qual resulte a necessidade de uma intervenção cirúrgica.

165. Com efeito, das diligências encetadas pela ERS foi possível determinar que:

- (i) A utente M.R. deu entrada no Serviço de Urgência (SU) do HDS a 16 de outubro de 2016 e, a pedido dos seus familiares, a utente foi transferida para um estabelecimento prestador de cuidados de saúde privado em 25 de outubro de 2016, decorridos 9 dias de internamento sem que houvesse data prevista para realização de intervenção cirúrgica pela especialidade de ortopedia;
- (ii) A utente M.M. deu entrada no SU do HDS a 23 de outubro de 2016, tendo alta “conservadora” no dia 22 de novembro de 2016, depois de decorridos 30 dias de internamento sem que fosse realizada a intervenção cirúrgica em causa;
- (iii) A utente A.P. deu entrada no SU do HDS a 24 de novembro de 2016 e foi intervencionada por ortopedia em 3 de dezembro de 2016, decorridos 9 dias de internamento nesse estabelecimento;
- (iv) A utente M.R. deu entrada no SU do HDS a 5 de maio de 2017 e aguardou 24 dias por intervenção cirúrgica de ortopedia, que ocorreu em 29 de maio de 2017;
- (v) A utente O.A. deu entrada no SU do HDS a 24 de janeiro de 2017, e aguardou no domicílio para realização de intervenção cirúrgica pela especialidade de ortopedia, que veio a ser agendada para o dia 13 de julho de 2017, por isso 170 dias após a sua admissão no SU do HDS;
- (vi) O utente A.J. deu entrada no SU do HDS a 1 de janeiro de 2017 e esperou 11 dias por intervenção cirúrgica de ortopedia, que ocorreu a 12 de janeiro de 2017;
- (vii) A utente B.F. deu entrada no SU do HDS a 26 de abril de 2017 e foi intervencionada por ortopedia em 19 de maio de 2017, decorridos 23 dias de internamento;
- (viii) A utente M.L. deu entrada no SU do HDS a 3 de maio de 2017, e aguardou 23 dias por intervenção cirúrgica de ortopedia, que ocorreu a 26 de maio de 2017;
- (ix) A utente L.M. deu entrada no SU do HDS a 27 de abril de 2017 e foi intervencionada a 25 de maio de 2017, decorridos 28 dias de internamento nessa unidade hospitalar;

- (x) A utente M.P. deu entrada no SU do HDS a 7 de agosto de 2017, tendo-lhe sido indicado um tempo médio de espera de 20 dias para ser intervencionada por ortopedia;
  - (xi) No que respeita ao reclamante V.G., cumpre referir que o mesmo não identificou nenhuma situação concreta que permita à ERS aferir da (in)tempestividade dos cuidados prestados pelo HDS.
166. De referir que, de acordo com as informações prestadas nos autos pelo HDS, e à exceção do reclamante V.G., os demais utentes necessitavam de uma intervenção cirúrgica pela especialidade de ortopedia, em contexto de episódio de urgência;
167. No entanto, da factualidade apurada nos autos resulta que, na grande maioria dos casos, os utentes tiveram de aguardar cerca de um mês por cirurgia de carácter urgente;
168. Não se alcançando, como refere o perito médico consultado pela ERS, os “[...] *motivos, pelos quais estes doentes, com traumatismos ósseos, não são intervencionados em ambiente de Bloco Operatório de Urgência.*”;
169. Com a agravante de que, “*o protelar deste tipo de intervenções aumenta a morbimortalidade nestes doentes, o que significa uma menor qualidade de cuidados prestados.*”;
170. O que não se compagina com a obrigação que impende sobre o Serviço de Urgência do HDS de, enquanto unidade do SNS, garantir aos utentes uma prestação integrada e tempestiva de cuidados de saúde.
171. Pois que, de acordo com a definição dos pontos de rede dos serviços de urgência, o SU do HDS é um serviço de urgência médico-cirúrgico (SUMC), sendo, nos termos do Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto do Secretário de Estado da Saúde, o “*segundo nível de acolhimento das situações de urgência*”;
172. Devendo, por conseguinte, dispor de “*Equipas de Médicos, Enfermeiros, Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica e outros profissionais de saúde de dimensão, dedicação e especialização adequada e necessários ao atendimento da população da respetiva área de influência, periodicamente ajustadas à situação de procura do SU*”;
173. Não colhendo o argumento do prestador de que “*o Hospital de Santarém tem o Bloco Operatório encerrado para obras, dispondo apenas de uma sala de urgência que serve 7 especialidades cirúrgicas*”, e de que apenas dispõe de “*7 ortopedistas efectivos e tem a colaboração de 2 médicos aposentados*”;
174. Pois que, tais circunstâncias são de todo alheias aos utentes, que não podem ver a

sua situação prejudicada e indefinidamente suspensa à mercê de tais constrangimentos, em total desconsideração pelas garantias legalmente fixadas para salvaguarda da tempestividade do seu direito de acesso.

175. Ademais, o próprio prestador, em todas as respostas trazidas ao conhecimento da ERS, reconhece a insuficiência de capacidade técnica para dar resposta, em tempo útil, às situações clínicas dos utentes;
176. Sendo-lhe, por isso, exigível que, de acordo com as redes de referência em vigor, referencie os utentes para outras unidades hospitalares integradas no SNS, que possuam a valência médica necessária, de modo a assegurar, em permanência, o direito de acesso dos utentes à prestação tempestiva e integrada de cuidados de saúde de que necessitam.
177. Sendo evidente que os procedimentos assistenciais atualmente empregues pelo Serviço de Urgência do HDS não são consentâneos com a necessidade de garantir a proteção dos direitos e interesses legítimos dos utentes, o que à ERS cumpre garantir, mormente do direito à proteção da saúde e à continuidade dos cuidados prestados;
178. Antes se constatou que a conduta do HDS se revelou manifestamente inadequada às situações clínicas de todos estes utentes.
179. Aliás, em manifesto contrassenso, o HDS refere que *“É orientação do Conselho de Administração que todas as cirurgias em contexto de urgência devem ser realizadas de imediato, de acordo com o estado clínico do doente.”*;
180. O que não se verificou em nenhuma das diversas situações trazidas aos autos;
181. Com grave impacto na garantia do direito de acesso universal e tempestivo dos utentes à prestação integrada de cuidados de saúde.
182. E, quando confrontada com esta situação, veio a ARS LVT revelar um total desfasamento quanto à realidade apurada pela ERS;
183. Pois que refere essa ARS que *“O Bloco Operatório do Hospital Distrital de Santarém manteve as salas em funcionamento, até ao início de 2017.”*;
184. Mais referindo que o HDS possui *“um Bloco Operatório Temporário, em espaço existente junto ao Serviço de Urgência, estando uma sala preparada para Ortopedia e outra para as restantes especialidades e, conversão de uma das salas do Bloco autónomo da Cirurgia de Ambulatório, para receber cirurgia major e apoiar as salas do Bloco Operatório Temporário. Em complemento [...] o Hospital protocolou, em março de 2017, com o Centro Hospitalar Médio Tejo, a utilização de salas operatórias*

*no Hospital de Torres Novas.”;*

185. Descurando, no entanto, que tal se tem revelado manifestamente insuficiente para a prossecução do direito fundamental de acesso dos utentes aos cuidados de saúde necessários à sua situação clínica;
186. E, à margem de todos os factos levados ao seu conhecimento pela ERS, a ARS LVT opta por desvalorizar a gravidade dos constrangimentos existentes na atividade operatória do HDS, ao defender que *“a Instituição [HDS] manteve a urgência aberta, com especialistas disponíveis para dar resposta às situações ortopédicas.”*
187. Aqui chegados, torna-se imperioso recordar que, compete a cada uma das ARS prosseguir e garantir, no âmbito da área geográfica sobre a qual exerce a sua jurisdição, a adequada articulação, implementação e garantia de cumprimento das redes de referenciação;
188. Sendo, pois, incumbência da ARS LVT assegurar, em permanência, que os SUMC da sua área de influência cumprem a sua missão, incluindo a referenciação dos utentes quando constatem não possuir capacidade para dar a resposta aos doentes que a eles recorrem;
189. Devendo, para o efeito, assegurar uma permanente monitorização de tal desiderato, em prol da garantia de um efetivo acesso dos utentes aos cuidados de saúde necessários.
190. Por todo o vindo de expor, conclui-se que não foram respeitados e acautelados pelo HDS os direitos dos utentes, em especial, o direito de acesso de universal e equitativo ao serviço público de saúde, bem como o seu direito à prestação de cuidados de saúde de qualidade, uma vez que se verificaram terem ocorrido falhas no acesso e na qualidade dos cuidados prestados;
191. Não só porque o HDS não possuiu, atualmente, capacidade para a prestação de cuidados de saúde específicos, nomeadamente, realização de cirurgias ortopédicas por falta de recursos humanos especializados essenciais à sua realização e, bem assim, por encerramento do Bloco Operatório Central para obras;
192. Como por não procurar alternativas efetivas de acesso para os utentes, através de transferência para outra unidade hospitalar;
193. Existem, assim, indícios suficientes de que os utentes não tiveram acesso aos cuidados de saúde de que necessitavam, prontamente e em tempo útil, pelo que, considerando as atribuições e competências da ERS, justifica-se a adoção de uma intervenção regulatória junto do prestador que garanta a não repetição futura de

situações como as verificadas nos presentes autos; e,

194. Por outro lado, igualmente se justifica uma intervenção regulatória relativamente à ARS LVT, com intuito de esta dever garantir, sempre e em qualquer circunstância, que na sua área de influência, os SUMC existentes tenham capacidade para dar resposta a todas as situações de urgência.

#### **IV.2. Processo de inquérito n.º ERS/036/2017**

195. No que respeita aos concretos casos relatados, importa avaliar se o HDS respeitou o direito dos utentes de lhes ser agendada e realizada cirurgia dentro dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos conforme disposto na legislação em vigor;
196. E, tendo em consideração o *supra* exposto quanto às limitações na atividade operatória do HDS, revela-se de particular acuidade averiguar se os mecanismos subjacentes ao funcionamento do SIGIC estão a ser cabalmente seguidos pelas diferentes instâncias intervenientes, de modo a assegurar o direito de acesso dos utentes aos cuidados de saúde necessários e em tempo clinicamente aceitável.
197. Ora, das últimas informações recolhidas pela ERS junto do prestador, resulta que “*A Utente [V.M.] encontra-se inscrita na lista de espera deste Hospital para cirurgia de revisão da prótese do joelho, com prioridade normal. [...] numa situação em que o Hospital não tem condições para acelerar o processo [...]*”;
198. Mais referindo que “*De momento não é ainda possível afirmar uma data para realização da cirurgia cuja prioridade continua “normal”*”.
199. Tal facto foi, de resto, corroborado pela UCGIC que, em resposta ao pedido de elementos da ERS, informou que “*A utente V.M. inscrita no Hospital Distrital de Santarém (HDS) [...], proposta para cirurgia com o procedimento 8155 – revisão de substituição do joelho, não especificada de outro modo, encontra-se a aguardar cirurgia desde 07/03/2016, com um tempo de espera de 15,2 meses, à data de 05/06/2017*”;
200. Com a agravante de que, segundo a UCGIC, “*tem 288 utentes à frente, com uma previsão de 10,2 meses para realização do procedimento cirúrgico.*”.
201. Ora, de acordo com as informações recolhidas, a utente foi proposta a cirurgia com o procedimento de revisão de substituição do joelho, e inscrita em LIC em 7 de março de 2016, tendo, nessa data, sido atribuída prioridade normal (nível 1) à cirurgia, à qual corresponde o TMRG de 270 dias (9 meses);

202. Assim, tendo a utente sido inscrita em LIC em 7 de março de 2016, deveria ter sido sujeita a cirurgia até, sensivelmente, dia 2 de dezembro de 2016;
203. Acresce que, de acordo com o disposto no parágrafo 80 da Portaria n.º 45/2008, de 15 de Janeiro, “*O agendamento dos utentes classificados no nível 1 deve ocorrer até ao limite de 75% do tempo máximo de espera previsto para esse nível, devendo ser informados da data da marcação da cirurgia com um mínimo de 20 dias de antecedência*”.
204. O que *in casu* não sucedeu, em manifesta violação do direito da utente de acesso em tempo útil aos cuidados de saúde de que necessitava.
205. Ademais, conforme informação transmitida pelo prestador, em 24 de maio de 2017, ou seja, mais de cinco meses após o TMRG aplicável ter sido ultrapassado, a utente continuava a aguardar por cirurgia, não havendo data prevista para a sua realização.
206. Ora, tendo-se verificado o incumprimento do TMRG aplicável, verifica-se que não foi emitida nem a nota de transferência da utente, nem o vale de cirurgia pela UCGIC, em manifesto incumprimento do disposto no parágrafo 108 do Regulamento do SIGIC, que determina que “*Decorridos os prazos [para agendamento da cirurgia] previstos nos n.ºs 79. e 80., sem que tenha sido agendada a cirurgia no HO do utente e não existindo HD do SNS disponível nos termos do presente Regulamento, a UCGIC emite de imediato um vale cirurgia a favor do utente.*”;
207. Sendo que, a este respeito, o prestador informou que “*o pedido foi recusado, por não haver Instituição convencionada para a realização do tipo de cirurgia proposta.*”;
208. Tendo a UCGIC esclarecido que, “*não existe nenhuma entidade hospitalar convencionada com a ARS Lisboa e Vale do Tejo (LVT) a realizar o procedimento proposto, a saber, ICD9CM 8155 – Revisão de substituição do joelho não especificado de outro modo*”;
209. Mais informando que “*para 17 hospitais convencionados com a ARS LVT que disponibilizam o procedimento de substituição total do joelho (ICD9M – 8154) [...] nenhuma disponibiliza a revisão da substituição total do joelho (ICD9M – 8155).*”;
210. Referiu, ainda, a UCGIC que pretende “*iniciar articulação com as ARS, no sentido de colmatar esta carência, procurando que as entidades hospitalares convencionadas que procedam à substituição total do joelho (ICD9M – 8154) também se comprometam com a realização do procedimento de revisão da substituição total do joelho (ICD9M – 8155), para assegurar o compromisso integral da Instituição para com o utente, dando continuidade ao plano de cuidados instituído.*”.

211. O que é, de facto, imperioso, pois que a utente é absolutamente alheia ao facto de inexistirem prestadores convencionados para a realização do procedimento cirúrgico em causa, não podendo ficar a aguardar em lista de espera *sine die*.
212. Ao que acresce que, é dever da UCGIC, nas situações em que não existam prestadores convencionados para a realização de determinado procedimento cirúrgico, diligenciar no sentido de a utente ser transferida para outros hospitais públicos do SNS com capacidade de resposta adequada e tempestiva para o referido procedimento cirúrgico;
213. Desse modo minimizando, o mais possível, o tempo de espera da realização da cirurgia.
214. O que se revela tão mais necessário quando a ERS teve já conhecimento de situações semelhantes e, inclusive no âmbito do processo de inquérito n.º ERS/008/2016<sup>14</sup>, emitiu uma recomendação à ACSS nesse sentido;
215. Recomendação que mereceu, da parte da ACSS, a consideração de que, “*esta Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) irá efetuar uma revisão da carteira de serviços das entidades prestadoras de serviços cirúrgicos com vista a encontrar os constrangimentos subjacentes à reduzida oferta e, para as situações em que não seja possível reverter os constrangimentos, irá instruir as entidades do SNS com perfil adequado para garantirem a adequada resposta às necessidades, com particular enfoque para as situações com reduzida alternativa. [...] a ACSS irá, de acordo com as recomendações da ERS, orientar as unidades regionais do SIGIC a promoverem a contratação do procedimento 8155. [...]*”.
216. Sem que, no entanto, se tenha verificado, até à presente data, a efetiva concretização de tal intenção;
217. Antes se constatando que, *in casu*, novamente se verificou que os mecanismos subjacentes ao funcionamento do SIGIC não foram cabalmente seguidos pelas diferentes instâncias intervenientes, de modo a assegurar o cumprimento das competências a cada uma adstritas;
218. Prejudicando, com isso, a garantia dos direitos relativos ao acesso aos cuidados de saúde e à prestação de cuidados de saúde de qualidade à utente V.M., os quais à ERS cabe prosseguir.
219. De referir, no que respeita à situação da utente M.G., que a mesma “*foi inscrita para*

---

<sup>14</sup> Publicado no sítio eletrónico da ERS, em [https://www.ers.pt/uploads/document/file/10759/Publica\\_o\\_delibera\\_o\\_-\\_ERS-008-2016.pdf](https://www.ers.pt/uploads/document/file/10759/Publica_o_delibera_o_-_ERS-008-2016.pdf)

*cirurgia em fevereiro de 2017, com prioridade normal e aguardou até agosto, tendo recebido e aceite um vale de cirurgia (SIGIC) para ser intervencionada noutra instituição [...]”;*

220. Já relativamente ao utente G.N. foi possível apurar que, à data do pedido de elementos da ERS, a situação já se encontrava resolvida, tendo este sido submetido à intervenção cirúrgica de que necessitava em 20 de fevereiro de 2017;
221. Não obstante, verificou-se que o utente foi inscrito em LIC a 24 de fevereiro de 2016, com prioridade normal (nível 1), tendo a cirurgia sido realizada cerca de três meses depois de ultrapassado o TMRG aplicável.
222. Tudo ponderado, dos elementos recolhidos até esta parte, resulta que as situações trazidas ao conhecimento da ERS evidenciam a existência de falhas nos procedimentos adotados pelo HDS e subjacentes ao funcionamento do SIGIC, em especial, aos procedimentos relativos à gestão dos agendamentos em cumprimento dos TMRG fixados;
223. E, assumindo o SIGIC um papel central na gestão de cirurgias no SNS, qualquer entropia na implementação dos respetivos procedimentos é suscetível de impactar com o direito dos utentes à prestação tempestiva e integrada de cuidados de saúde.
224. Por todo o vindo de expor, considera-se necessária a adoção da atuação regulatória *infra* delineada, ao abrigo das atribuições e competências legalmente atribuídas à ERS, no sentido de garantir o reforço dos procedimentos de controlo existentes para cumprimento dos TMRG fixados, e que situações idênticas sejam solucionadas em tempo adequado e não se repitam no futuro.

## V. DA AUDIÊNCIA DE INTERESSADOS

225. A presente deliberação foi precedida de audiência escrita dos interessados, nos termos e para os efeitos do disposto no n.º 1 do artigo 122.º do Código do Procedimento Administrativo (CPA), aplicável *ex vi* da alínea a) do artigo 24.º dos Estatutos da ERS, tendo sido chamados a pronunciarem-se, relativamente ao projeto de deliberação da ERS, o Hospital de Santarém, E.P.E. (HDS), a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P. (ARS LVT) e a Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS), todos por ofícios datados de 24 de novembro de 2017.
226. Decorrido o prazo concedido para a referida pronúncia, a ERS apenas rececionou, por ofício datado de 11 de dezembro de 2017, a pronúncia da Administração Regional

de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P. (ARS LVT) e, por ofício datado de 13 de dezembro de 2017, a pronúncia do Hospital de Santarém, E.P.E. (HDS).

227. Assim, por ofício datado de 11 de dezembro de 2017, tomou a ERS conhecimento da pronúncia da ARS LVT, que refere o seguinte:

“[...]”

*Na sequência da notificação do Projeto de Deliberação emitido, por essa Entidade Reguladora, no âmbito dos processos de inquérito com os nºs ERS/029/2017 e ERS/036/2017, os quais mereceram a nossa melhor atenção, vimos por este meio informar V. Ex<sup>a</sup> que esta Administração Regional de Saúde não tem qualquer observação a formular relativamente aos aludidos Projetos de Deliberação.”*

228. De onde resulta que a ARS LVT não refuta o teor do projeto de deliberação da ERS;

229. Da mesma forma que não oferece prova da adoção de medidas concretas tendentes ao cumprimento da instrução projetada, assim se mantendo a necessidade de garantir que a ARS LVT adote tais medidas, devendo, para o efeito, juntar documentos comprovativos disso mesmo.

230. Por sua vez, por ofício datado de 13 de dezembro de 2017, o HDS remeteu à ERS a pronúncia sobre o conteúdo do projeto de deliberação do Conselho de Administração desta Entidade Reguladora, mais referindo que “[...] *em reforço das medidas já adoptadas determinou a avaliação diária dos doentes de ortopedia entrados no Serviço de Urgência e que não sejam intervencionados em tempo oportuno. Decidiu ainda promover medidas de reorganização da UHGIC para melhor encaminhamento dos doentes em geral, apesar da não interferência no mecanismo da emissão dos Vales de Cirurgia.”*

231. Assim, o HDS pronunciou-se nos seguintes termos:

“[...]”

1º

*Aceita-se toda a base instrutória na parte em que contenha factos, nomeadamente no que se refere à matéria recolhida de 16 a 70.*

2º

*Sendo que igualmente se aceita a matéria de art. 71º a 124º com a ressalva que integra matéria programática.*

3º

Isto é, afirmações e direitos não exequíveis por si mesmos e que carecem de **concretização, medida e oportunidade** pela actuação concreta do Estado Português.

4º

Sendo que a concretização dos cuidados de saúde é determinada pelo Governo, enquanto ente do executivo do Estado Português.

5º

No particular, pelo Ministério da Saúde e demais entidades da Administração Central, **com as dificuldades e constrangimentos existentes.**

6º

Dificuldades e constrangimentos concretos que a Entidade Reguladora de Saúde **não pode desconhecer no âmbito da intervenção e competência** que deixou articulada de 71 a 80 e que só pode integrar especial conhecimento das **dificuldades e constrangimentos sentidos pelo HDS.**

7º

Conhecimento **próprio, específico e diferenciado** que lhe resulta do conhecimento que lançou de nº 107 a 167 e que também se reporta às imperfeições do desenho, às dificuldades de articulação entre instituições, e às dificuldades internas de cada uma das instituições participantes na rede de prestação de cuidados.

8º

Sendo que as dificuldades e imperfeições do SNS são do conhecimento público.

9º

**Nomeadamente a desadequação e insuficiência dos quadros médicos, dificuldade de contratação de pessoal médico, desadequação da capacidade instalada, insuficiente articulação entre os intervenientes da rede, alterações sociológicas, etárias e geográficas das populações no sistema e em cada um dos estabelecimentos hospitalares.**

10º

Matéria que se invoca como **facto notório** para e na comunidade.

11º

Para além de facto notório, matéria do conhecimento particular, técnico e específico da ERS pelo especial conhecimento que lhe derivam das razões que se deixaram consignadas a nº 4, 5, 6 e 7 da presente pronúncia.

QUANTO AOS FACTOS (art. 164º a 224º)

12º

*Dito isto e quanto aos factos em concreto não se pode aceitar matematicamente verdadeira a matéria a art 167º na medida em que a média é de 19,6 dias isto é variando entre os limites referidos na alínea (i), nove dias, e os trinta dias da alínea (ii).*

13º

*No entender do respondente também **não é aceitável a desvalorização do processo de obras** em curso no HDS, nos termos em que é feita nos n.ºs. 173 e 174.*

14º

*Sobre tal matéria e como questão prévia, seria necessário avaliar a intenção das entidades referidas a art. 5º **para melhor prossecução dos direitos** dos utentes em que o Estado Português está constituído, com as obras em causa.*

15º

*Por outro lado, dado que as obras são concretas, **importaria apurar a medida** do justo eventual prejuízo para os direitos dos utentes em correlação com a melhoria futura, tal como determinada e assumida pelo Estado Português, como primeira entidade responsável da rede pública assistencial de saúde, no mínimo, para avaliação do art. 174º do documento a que se responde.*

16º

*Sendo que igualmente a matéria a n.º 192 não se pode afirmar à revelia de todos os actos e diligências praticadas pelo HDS e de que o relatório faz eco nos números subsequentes.*

QUANTO À PROPOSTA DE DECISÃO

17º

*O HDS nada tem contra a proposta de decisão na parte em que reflecta bom conhecimento das concretas condições de funcionamento do Sistema de Saúde.*

18º

*E na parte em que também reflecta bom conhecimento da prática hospitalar e, dentro desta, das concretas condições de funcionamento do Hospital Distrital de Santarém.*

19°

*Sendo que em abstrato a proposta de decisão não merece crítica ou reparo por constituir objectivo de actuação que o HDS não pode ignorar.*

20°

*É que procura atingir dentro das limitações da actuação concreta que resultam das suas próprias insuficiências e dos constrangimentos impostos por terceiros.*

*Termos em que:*

*-entende não se verificarem vários dos factos que fundamentam a censura ao hospital, perante a realidade concreta e muito bem apurada nos autos.*

*-a proposta de decisão em causa contém objectivos desejáveis, mas cuja concretização depende do HDS, de terceiros ou das próprias limitações deste estabelecimento de saúde. [...]*

232. Ora, face à pronúncia do HDS, cumpre analisar os elementos invocados pelo prestador, aferindo da suscetibilidade dos mesmos infirmarem a deliberação delineada.
233. Fazendo-se, desde já, notar que todos os argumentos apresentados na pronúncia foram devidamente considerados e ponderados pela ERS;
234. Ainda que dos mesmos não tenha resultado uma alteração no sentido da decisão que a ERS ora entende emitir.
235. Isto porque, os argumentos aduzidos não põem em causa o quadro factual e legal apresentado pela ERS no seu projeto de deliberação.

Senão vejamos,

236. Ao longo de toda a sua explanação, o HDS alega, como motivo justificativo para os constrangimentos evidenciados no projeto de deliberação da ERS, “**a desadequação e insuficiência dos quadros médicos, dificuldade de contratação de pessoal médico, desadequação da capacidade instalada, insuficiente articulação entre os intervenientes da rede, alterações sociológicas, etárias e geográficas das populações no sistema e em cada um dos estabelecimentos hospitalares**”, como “**facto notório para e na comunidade**”;
237. Não pode, no entanto, colher a argumentação do prestador, nem tampouco servir – como parece ser pretensão do HDS –, para repelir a obrigação que sobre si impende

de, enquanto unidade do SNS, assegurar, de forma permanente e efetiva, o acesso aos cuidados de saúde que se apresentem como necessários e adequados à satisfação das necessidades dos utentes, em tempo útil.

238. Já no que concerne ao alegado no ponto 12º da pronúncia do HDS, sempre será de referir que a média aritmética apresentada pelo prestador desconsidera, de forma manifesta, a situação da utente O.A. que, recorde-se, aguardou 170 dias para ser intervencionada por ortopedia no HDS.
239. Ademais, e ao contrário do que alega o prestador, esta Entidade Reguladora não desvalorizou “o processo de obras em curso no HDS”;
240. Antes considerou esta ERS que o facto de “o Hospital de Santarém te[r] o Bloco Operatório encerrado para obras, dispondo apenas de uma sala de urgência que serve 7 especialidades cirúrgicas” não é razão justificativa para a quebra verificada no direito de acesso dos utentes aos cuidados de saúde que necessitam.
241. Nesse mesmo sentido não se podem aceitar as alegações feitas pelo prestador nos pontos 13º a 15º da sua pronúncia, não podendo esta ERS acompanhar uma visão que legitima um prejuízo atual para os direitos dos utentes em prol de uma melhoria futura e eventual;
242. Pois que, o HDS reconhecendo – como reconhece – que não possuiu, atualmente, capacidade para a prestação de cuidados de saúde específicos e em tempo útil, nomeadamente a realização de cirurgias ortopédicas por falta de recursos humanos especializados essenciais à sua realização e, bem assim, por encerramento do Bloco Operatório Central para obras;
243. Tem, tão-só, a obrigação de procurar alternativas efetivas de acesso para os utentes, através de transferência para outras unidades hospitalares integradas no SNS, que possuam a valência médica necessária, de modo a assegurar, em permanência, o direito de acesso dos utentes à prestação tempestiva e integrada de cuidados de saúde de que necessitam.
244. Não se pode, igualmente, aceitar o alegado pelo prestador no ponto 16º da sua pronúncia, em virtude de se desconhecer – por nunca ter sido trazido ao conhecimento desta Entidade Reguladora –, quais os concretos “actos e diligências praticadas pelo HDS” para encontrar alternativas efetivas de acesso para os utentes em causa nos autos;
245. Pois que, da análise de todos os factos constantes dos autos, resulta que o HDS não diligenciou pela transferência de qualquer utente;

246. Antes os sujeitou a uma elevada espera para o acesso aos cuidados de saúde necessários à sua situação clínica;
247. O que consubstancia uma efetiva e grave violação do direito de acesso dos utentes, em tempo útil, aos cuidados de saúde de que necessitavam.
248. Pelo que a linha argumentativa do HDS não colhe nos termos aduzidos, por isso se mantendo a necessidade de manutenção da decisão nos termos projetados.
249. Importa, no entanto, notar que, na sua pronúncia, o HDS demonstrou a *final*, a sua intenção de coadunar o seu comportamento com a instrução contante do projeto de deliberação regularmente notificado;
250. No entanto, não apresenta ainda prova do seu efetivo e integral cumprimento;
251. Em face do exposto, verifica-se a necessidade de manutenção dos termos da instrução, tal como projetada e notificada, de forma a garantir o direito de acesso dos utentes aos cuidados de saúde necessários, com qualidade e em tempo útil, e que situações idênticas às verificadas nos presentes autos não se venham a repetir no futuro.
252. Tudo visto e ponderado, conclui-se pela insusceptibilidade dos argumentos invocados infirmarem a decisão projetada, bem como pela desnecessidade de adoção de novas diligências instrutórias, pelo que a decisão projetada se mantém na íntegra.

## VI. DECISÃO

253. Considerando que o Hospital de Santarém, E.P.E. violou gravemente o direito de acesso dos utentes aos cuidados de saúde necessários, com qualidade e em tempo útil, o Conselho de Administração da ERS delibera, 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 ordem no sentido do prestador dever:

- (i) Garantir que todas as cirurgias, cuja necessidade de realização seja aferida em contexto de urgência, sejam realizadas de imediato, de acordo com o estado clínico do doente;
- (ii) Dar cumprimento imediato à presente ordem e dar conhecimento à ERS, no prazo máximo de 5 (cinco) dias úteis após a notificação da deliberação final, das medidas adotadas e sua efetiva implementação, e que serão acompanhadas através de um processo de monitorização a abrir *a final*, com reporte à ERS de informação atualizada com base mensal, e que perdurará pelo tempo necessário à garantia de acesso tempestivo à prestação de cuidados de saúde.

254. 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 instrução ao Hospital de Santarém, E.P.E., no sentido de dever:

- (i) Assegurar que, nas situações em que constata não possuir capacidade para a prestação de cuidados de saúde, por falta de recursos especializados essenciais à sua realização, os utentes sejam encaminhados para unidade hospitalar que garanta a prestação dos cuidados de saúde necessários, e em tempo útil;
- (ii) Instituir um procedimento apto a poder informar, de forma imediata, a ARSLVT, o INEM e os restantes estabelecimentos da Rede de Serviços de Urgência das áreas contíguas, toda e qualquer situação de quebra de capacidade para a resolução de situações urgentes, por forma a permitir a adoção atempada de medidas adequadas, incluindo o redireccionamento de utentes, para fazer face a uma tal quebra de continuidade de prestação de cuidados de saúde;
- (iii) Garantir, sempre e em qualquer momento, a adoção de todos os comportamentos tendentes ao rigoroso e cabal cumprimento de todas as regras estabelecidas no quadro legal relativo aos Tempos Máximos de Resposta

Garantidos, e que o atendimento dos utentes se processe dentro do estrito cumprimento das regras de funcionamento do programa SIGIC;

- (iv) Garantir que todo e qualquer procedimento por si adotado seja capaz de promover a informação completa, verdadeira e inteligível, com antecedência, rigor e transparência a todos os utentes, sobre todos os aspetos relativos ao acompanhamento e alternativas existentes no SNS para garantia de um acesso adaptado à sua condição clínica, com clara explicitação do papel que compete a cada estabelecimento prestador na rede nacional de prestação de cuidados de saúde;
- (v) Dar conhecimento à ERS da situação atualizada das utentes O.A. e V.M., nomeadamente, da data de agendamento e/ou realização da cirurgia, e em que prestador;
- (vi) Dar cumprimento imediato à presente instrução, bem como dar conhecimento à ERS, no prazo máximo de 30 (trinta) dias úteis após a notificação da deliberação final, dos procedimentos adotados para o efetivo cumprimento do disposto em cada uma das alíneas *supra*.

255. Mais delibera o Conselho de Administração da ERS, nos termos e para os efeitos do disposto na alínea a) do artigo 24.º e nas alíneas a) e b) do artigo 19º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, emitir uma instrução à Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P., nos seguintes termos:

- (i) Assegurar o controlo e a monitorização do efetivo cumprimento pelo Hospital de Santarém, E.P.E. da obrigação que sobre este impende de garantir que todas as cirurgias, cuja necessidade de realização seja aferida em contexto de urgência, sejam realizadas de imediato, de acordo com o estado clínico do doente, garantindo a criação de protocolos de articulação e/ou referenciação para outras unidades do SNS, a serem acionados sempre que se verifique que a capacidade de atendimento, em contexto de serviço de urgência, pode comprometer o cumprimento de tal desiderato;
- (ii) Proceder à definição, clarificação e aplicação das regras, procedimentos e protocolos vigentes em matéria de cuidados hospitalares urgentes, junto dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde da sua área de jurisdição, garantindo que os mesmos sejam aptos a cumprir de forma efetiva o cumprimento do princípio da autossuficiência regional e do direito

de acesso aos cuidados de saúde necessários e adequados à satisfação das concretas necessidades dos utentes, em tempo útil;

- (iii) Garantir sempre, e em qualquer circunstância, que na sua área de influência, os serviços de urgência médico-cirúrgica existentes tenham capacidade para dar resposta a todas as situações de urgência e emergência;
- (iv) Dar cumprimento imediato à presente instrução, bem como dar conhecimento à ERS, no prazo máximo de 30 (trinta) dias úteis após a notificação da deliberação final, dos procedimentos adotados para o efetivo cumprimento do disposto em cada uma das alíneas *supra*.

256. A ordem e as instruções ora emitidas constituem decisão da ERS, sendo que a alínea b) do n.º 1 do artigo 61.º dos Estatutos da ERS, aprovados em anexo ao Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, configuram como contraordenação punível *in casu* com coima de € 1.000,00 a € 44 891,81, “[...] o desrespeito de norma ou de decisão da ERS que, no exercício dos seus poderes regulamentares, de supervisão ou sancionatórios determinem qualquer obrigação ou proibição, previstos nos artigos 14.º, 16.º, 17.º, 19.º, 20.º, 22.º, 23.º”.

257. Igualmente, delibera o Conselho de Administração da ERS, nos termos e para os efeitos do preceituado na alínea a) do artigo 24.º e na alínea b) do artigo 19.º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, reiterar a recomendação emitida à Administração Central do Sistema de Saúde, I.P., no âmbito do processo de inquérito n.º ERS/008/2016, para que a unidade de apoio ao SIGIC, na mesma integrada:

- (i) Diligencie, sempre que se verifique a inexistência de prestadores convencionados para a realização de determinado procedimento cirúrgico que impossibilite a emissão de vale cirurgia, pela adoção de mecanismos alternativos de referência dos utentes para outro prestador integrado no SNS que garanta capacidade de resposta adequada e tempestiva, conforme previsto nas regras do Regulamento SIGIC;
- (ii) Proceda, em articulação com as cinco Administrações Regionais de Saúde, a uma análise e ponderação da necessidade de celebração de convenções para o procedimento cirúrgico “8155 - Revisão de substituição do joelho, não especificada de outro modo”, de modo a garantir uma capacidade de resposta adequada, tempestiva e em respeito pelos TMRG legalmente vigentes;

(iii) Dê cumprimento à presente recomendação, bem como dê conhecimento à ERS, no prazo máximo de 30 (trinta) dias úteis após a notificação da deliberação final, dos procedimentos adotados para o efetivo cumprimento do disposto em cada uma das alíneas *supra*.

258. A presente deliberação será levada ao conhecimento do Ministério da Saúde.

Porto, 21 de dezembro de 2017.

O Conselho de Administração.