

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

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

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

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

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

Visto o processo registado sob o n.º ERS/002/2017;

I. DO PROCESSO

I.1. Origem do processo

1. A Entidade Reguladora da Saúde (ERS) tomou conhecimento de uma exposição remetida pela Ordem dos Médicos – Secção Regional do Norte, bem como de duas notícias na comunicação social de 3 de agosto de 2016, em ambos os casos sendo relatada uma alegada situação de carência de recursos humanos (em especial, médicos anestesistas), nomeadamente, no Serviço de Urgência e no bloco operatório da unidade hospitalar de Vila Real (Hospital de S. Pedro), estabelecimento registado

no SRER da ERS sob o n.º 111604, o qual é detido pelo Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E. (CHTMAD), inscrito sob o n.º 17656.

2. A exposição e a as notícias deram origem à abertura do processo de avaliação registado sob o número AV/139/2016, no qual foram realizadas diversas diligências instrutórias.
3. Nessa sequência, face à necessidade de adoção de uma intervenção regulatória da ERS ao abrigo das suas atribuições e competências, o Conselho de Administração deliberou, por despacho de 18 de janeiro de 2017, proceder à abertura do presente processo de inquérito, registado internamente sob o n.º ERS/002/2017.
4. Ao qual foram apensadas, no decorrer dos autos, e por uma razão de identidade substancial das matérias em causa, as reclamações relativas aos utentes MS, AM, JD, AP e SP, melhor descritas *infra*.

I.2. Da exposição, das notícias e da resposta do prestador

5. Da exposição da Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos consta o seguinte:

“[...]

Para conhecimento de V. Exas e fins necessários, vimos informar que, face às queixas que têm chegado ao CRNOM, foi efectuada uma visita ao CHTMAD - Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE com o intuito de avaliar as insuficiências e deficiências desta unidade de saúde.

Durante a visita foi possível verificar que existem dificuldades notórias ao nível da actividade em serviço de urgência e no bloco operatório, constatando-se que, em média, nos últimos quatro meses, foram adiadas mais de 30% das cirurgias programadas, situação que compromete e põe em causa o acesso a cuidados de saúde.

Assim, perante a falta de equidade entre as várias unidades do SNS em matéria que não podemos deixar de denunciar, vimos apelar a V. Exas que, com a máxima urgência, tome as medidas que entender necessárias de modo a que estas situações sejam colmatadas no mais curto espaço de tempo.

[...]”.

6. Por sua vez, a notícia do jornal *Público* de 3 de agosto de 2016 reportava que “A administração [...] reconheceu ontem que algumas cirurgias tiveram de ser

canceladas em Vila Real devido à carência de médicos e à dificuldade em contratar anestesistas”.

7. Em notícia do mesmo dia do jornal *Correio da Manhã*, reiterava-se que “*A administração [...] admitiu ontem que o cancelamento de algumas cirurgias se ficou a dever sobretudo à dificuldade na contratação de anestesistas*”.

I.3 Diligências

8. No âmbito da investigação desenvolvida pela ERS, realizaram-se, entre outras, as diligências consubstanciadas em:
- (i) Pesquisa no SRER da ERS relativa ao registo do prestador Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E., inscrito no SRER sob o n.º 17656 e detentor do Hospital de S. Pedro, estabelecimento registado sob o n.º 111604;
 - (ii) Pedido de elementos ao Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E. em 12 de agosto, 14 de setembro e 11 de novembro de 2016, e em 16 de março de 2017, e análise das respetivas respostas;
 - (iii) Pedido de elementos à Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia em 16 de março de 2017 e análise da respetiva resposta;
 - (iv) Pedido de elementos à URGIC Norte em 16 de março de 2017 e análise da respetiva resposta.

II. DOS FACTOS

II.1 Dos pedidos de elementos ao Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.

9. Em 12 de agosto de 2016, a ERS interpelou o prestador com as seguintes questões:

“[...]”

A Entidade Reguladora da Saúde (ERS) tomou conhecimento de uma exposição remetida pela Ordem dos Médicos – Secção Regional do Norte (em anexo), bem como de duas notícias na comunicação social de 3 de agosto de 2016 (em anexo), em ambos os casos sendo relatada uma alegada situação de carência de recursos

humanos (em especial, médicos anestesistas), nomeadamente, no Serviço de Urgência e no bloco operatório da unidade hospitalar de Vila Real.

Em face do exposto, e após análise preliminar da exposição no âmbito do processo de avaliação registado sob o n.º AV/139/2016, que se encontra a correr termos no Departamento de Supervisão da ERS, cumpre solicitar a V. Ex.as., ao abrigo do disposto no n.º 1 do artigo 31.º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, que se pronunciem, de modo completo e fundamentado, sobre o conteúdo da referida exposição e notícias e forneçam todos os esclarecimentos adicionais que entendam relevantes sobre a situação, acompanhado de cópia de toda a documentação relevante. [...]

10. Por resposta de 7 de setembro de 2016, o prestador remeteu as seguintes informações, acompanhadas da documentação respetiva (três anexos):

[...]

[...] o Conselho de Administração solicitou à direção do Serviço de Anestesiologia informação sobre o teor das notícias.

[...] o Conselho de Administração tem a informar que a informação veiculada é da única responsabilidade das entidades que a emitiram e não teve origem no Conselho de Administração.

[...] este Conselho de Administração não prestou qualquer esclarecimento com a mesma [comunicação social]. Neste sentido e no direito de resposta, que nos assiste, emitidos o comunicado (Anexo I), em 578/2016, que foi publicado em 11/8/2016 (Anexo II).

Relativamente aos dados informados, verifica-se alguma incoerência, já que, a Ordem dos Médicos refere que foram adiadas mais de 30% das cirurgias programadas e a comunicação social refere o cancelamento de cirurgia. Na verdade, a maior dificuldade de cumprimentos dos planos cirúrgicos deve-se à grande insuficiência de anestesistas.

Os planos cirúrgicos são revistos, semanalmente, e verifica-se o cancelamento de tempos cirúrgicos em todas as especialidades, segundo informação da direção de anestesiologia este valor, entre abril e junho, em Vila Real é de 22% e em Lamego de 42,5%.

Esta supressão de tempos cirúrgicos não significa o adiamento de cirurgias, já que as especialidades não chegam a convocar os doentes.

Naturalmente, que em termos de atividade, o aproveitamento de recursos físicos e humanos e o impacto nas listas de espera torna esta situação deveras preocupante e danosa em termos de cumprimento do contrato-programa.

Conforme informação inicial, juntamos o relatório solicitado à direção do Serviço de Anestesiologia, sobre a matéria em apreço (Anexo III).

[...].”

11. Do extenso e detalhado relatório lavrado pela Direção do Serviço de Anestesiologia (Anexo III), reproduz-se os trechos mais relevantes (nomeadamente, as conclusões) para a matéria aqui em análise:

“[...]

1 – Atividade Assistencial Atual

Unidade Vila Real

[...]

Do acima exposto resulta que nesta unidade, dada a ausência prolongada de 3 elementos, só há de facto 10 anestesias a exercer atividade assistencial, situação em setembro 2016 idêntica à existente em julho 2016.

Corrigindo o N.º anestesias para 10 com total horas disponíveis 363h/semana, o diferencial horas/ano corresponderia a 12 anestesias.

Não dispondo o serviço de Anestesiologia de RH suficientes para a atividade assistencial designada como atual, que corresponde à que era assegurada pelo mesmo até início de 2015, mesmo contando já com a colaboração de anestesias em CPS desde Julho 2015, esta situação obriga a cancelamentos de atividade semanal na unidade de Vila Real, nomeadamente de tempos operatórios.

Unidade Lamego

Atualmente só com 1 anestesista a exercer atividade assistencial em Lamego, há necessidade de Vila Real alocar mais 42h/semana por ex. para o BO de Lamego poder funcionar, garantindo a presença de um mínimo de 2 anestesias no hospital, conforme quesito de segurança.

Não dispondo o serviço de Anestesiologia de RH suficientes para a atividade assistencial designada como atual, que corresponde à que era assegurada pelo

mesmo até início de 2015, mesmo contando já com a colaboração de anesthesiologistas em CPS desde Julho 2015, esta situação obriga a cancelamentos adicionais de atividade semanal nas unidades de Vila Real e Lamego, nomeadamente de tempos operatórios.

Unidade de Chaves

[...]

N.º anesthesiologistas 3 elementos 120h/semana

Diferencial horas/ano corresponde a 4 anesthesiologistas

2 – Cancelamentos Tempos Operatórios 2016

Unidade Vila Real

Abril – cancelados 12 (taxa cancelamento 10%)

Maio – cancelados 21 (taxa cancelamento 17%)

Junho – cancelados 27 (taxa cancelamento 21%)

Julho – cancelados 50 (taxa cancelamento 40%)

Abril a julho – total de cancelamentos tempos operatórios 110 (taxa média 22%), contando já com parte da atividade assistencial assegurada por tarefeiros.

Unidade de Lamego

Abril – cancelados 11 (taxa cancelamento 27,5%)

Maio – cancelados 12 (taxa cancelamento 30%)

Junho – cancelados 24 (taxa cancelamento 60%)

Julho – cancelados 21 (taxa cancelamento 52,5%)

Abril a julho – total de cancelamentos tempos operatórios 68 (taxa média 42,5%)

3 – Anesthesiologistas em Contrato Prestação Serviços (CPS)

[...]

[...] de abril a julho 2016 foram assegurados por anestesiológicos em CPS uma média de 47 tempos operatórios/mês, correspondendo em média a 49% dos tempos operatórios que efetivamente funcionaram e foram assegurados por Anestesiologia (descontados portanto os tempos operatórios cancelados por falta de RH da mesma especialidade).

[...]

5 – Atividade Assistencial Necessidades Prementes

Unidade Vila Real

Equipa Anestesiologia SU dotar com 1 elemento adicional em presença física 24h, para um total 3 elementos 24h, decorrente de o serviço não dispor atualmente de capacidade de resposta para as solicitações das várias especialidades do serviço de urgência e internamento, nomeadamente da Unidade de Hemodinâmica, visto dos atuais 2 elementos em presença física 24h, um deles estar alocado ao Bloco Partos e o outro para apoio ao Bloco Operatório da urgência, internamento e outros.

[...]

Unidade de Recuperação Pós-Anestésica (UCPA) dotar com 1 elemento em presença física 12h (8-20h) de 2ª a 6ª e que seria diretamente responsável pela vigilância e cuidados prestados aos doentes durante a sua permanência nesta unidade [...]. Esta necessidade foi aliás uma das recomendações emanadas pelo Colégio e Anestesiologia da O.M. na sua última visita de idoneidade ao serviço em Setembro de 2014, ainda não cumprida pelo défice grave de recurso humanos do serviço.

Unidade de Dor Crónica com necessidade aumentar os tempos de consulta dos atuais 5 para 7/semana [...].

Consulta Externa Anestesiologia com necessidade de aumentar dos atuais 3 para 6 tempos/semana [...].

Esta rubrica não contempla aumentos de tempos operatórios, visto não estar pendente nenhuma proposta nesse sentido pelo CA.

Total horas assistenciais contabilizando o acréscimo de horas para as necessidades prementes aqui descritas na unidade de Vila real é de 1058h/semana

Diferencial Horas/ano equivalente a 18 anestesiológicos.

Unidade de Chaves

Equipa SU 1 elemento adicional em presença física 24h, para um mínimo de 2 elementos, é a situação mais premente visto estar em causa o cumprimento de um quesito de segurança conforme recomendação do Colégio Anestesiologia O.M., visto atualmente ficar 1 só anestesiológico na unidade de Chaves quando as salas operatórias terminam a sua atividade e durante o fim-de-semana.

O acréscimo de horas assistenciais ditaria a necessidade aproximada de mais 8 anestesiológicos.

[...] no que respeita ao dimensionamento adequado de Anestesiológicos para as diferentes áreas de atividade assistencial do serviço, é de relevar a situação de défice grave de recurso humanos (RH) do serviço de Anestesiologia desde 2014 e que se mantém atualmente, com saída de 9 anestesiológicos do serviço de janeiro 2014, 7 por rescisão CIT e 2 por aposentação, como um dos fatores que comprometem a capacidade de resposta do CHTMAD às necessidades das populações em todas as áreas assistenciais que necessitam do apoio da Anestesiologia.

O recurso à contratação de anestesiológicos em regime de contrato de prestação de serviços permitiu colmatar parcialmente o défice de RH, desde julho 2015, ainda assim com cancelamento importante da atividade assistencial dependente da colaboração de Anestesiologia, como por ex. tempos operatórios de várias especialidades cirúrgicas.

Por outro lado, compromete uma adequada gestão dos RH do serviço pela instabilidade subjacente, a integração nas práticas do serviço e manutenção de padrões de exigência, não podendo ainda ser supletiva nos projectos de formação de interno de Formação Específica ou de diferenciação, quesitos fundamentais á manutenção da matriz dum serviço de especialidade hospitalar de Anestesiologia, ao cumprimento da sua missão assistencial e de formação pré e pós-graduada, ao seu desenvolvimento e diferenciação.

À data de setembro 2016 o serviço Anestesiologia CHTMAD dispõe de um total de 18 anestesiológicos nas três unidades hospitalares de Vila Real, Lamego e Chaves mas nestes 18 estão incluídos 1 com subespecialidade em Medicina

Intensiva e atividade assistencial maioritariamente no SCICI [...] e ainda 4 elementos em atual ausência prolongada [...].

Assim, para assegurar a atividade assistencial identificada como atual (que era assegurada até início de 2015), sem recurso a anestesiólogos em CPS, seriam necessários 15 anestesiólogos.

Para assegurar a atividade assistencial incluída na rubrica Atividade Assistencial Necessidades Prementes, sem recurso a anestesiólogos em CPS, seriam necessários 28 anestesiólogos.

Nestes cálculos não foi incluído o acréscimo de horas necessárias à aplicação integral das disposições legais sobre folgas e descanso temporário com prejuízo do horário dos anestesiólogos, bem como aumento eventual de tempos operatórios nas três unidades CHTMAD.

[...].

12. Em 14 de setembro de 2016, foi enviado um pedido de elementos adicional ao CHTMAD, solicitando as seguintes informações:

[...]

Atentos os factos relatados por V. Exas (nomeadamente, os constantes do relatório emitido pela Direção do Serviço de Anestesiologia), que apontam para, nas V/ palavras, uma “grande insuficiência de anestesistas”, solicita-se a V. Exas. que indiquem quais as medidas adotadas ou que se preveem adotar por forma a resolver/mitigar, diligentemente, a situação em causa, desse modo se assegurando o direito dos utentes a cuidados de saúde de qualidade e em tempo adequado.

[...].

13. Por resposta rececionada em 14 de outubro de 2016, o prestador informou que:

[...]

Este Conselho de Administração, desde a sua tomada de posse em 15.02.2016, identificou a falta de profissionais em variadas especialidades e da mesma deu conhecimento à tutela, em várias reuniões.

No concurso da primeira fase de 2016, este Centro Hospitalar só conseguiu fixar um anestesista em CIT.

Durante este mandado desenvolvemos imensos contactos com estes profissionais, na tentativa de os atrair a este Centro Hospitalar, mas sem sucesso, já que, tendo os hospitais do litoral necessidades na mesma especialidade, estes profissionais são facilmente atraídos nessa região.

Neste momento só conseguimos contratar profissionais em contratos de prestação de serviços. Durante este mês de Outubro, já submetemos à autorização da tutela 10 contratos (processo 10825) que totalizam 103h/semana.

Apesar destas dificuldades, a produção cirúrgica não reduziu e continua a aumentar, em comparação com o período homólogo de 2015.

[...]

14. Recorde-se que, no âmbito do processo de avaliação n.º AV/48/2016 (processo já arquivado), o problema da carência de médicos anestesistas no Hospital de Lamego já se havia, ainda que lateralmente, suscitado, tendo nessa sede o prestador informado, em ofício de 3 de maio de 2016, o seguinte:

“Conforme anterior informação, elaborado pelo Senhor Diretor Clínico de 17/07/2015, ocorreu um número elevado de médicos anestesistas que rescindiu o contrato com o CHTMAD sem que fosse possível efetuar a sua substituição. No intuito de resolver a questão com a maior brevidade possível, garantindo, deste modo, a qualidade dos cuidados médicos a prestar aos utentes, o CHTMAD procedeu à contratação de anestesistas (prestadores de serviços) para suprir as referidas carências. A abertura de vagas e a contratação de médicos, designadamente médicos anestesistas, está necessariamente dependente de autorização da tutela (Ministério da Saúde e A R S Norte), não tendo o CHTMAD autorização e legitimidade para proceder à sua contratação”.

15. Tendo em consideração os esclarecimentos prestados pelo CHTMAD, considerou-se necessário indagar junto do prestador, no sentido de confirmar “[...] se, pese embora o cancelamento de tempos cirúrgicos, os utentes em causa se encontram todos inscritos efetivamente em LIC”, o que foi feito através de ofício remetido em 11 de novembro de 2016.
16. Em resposta de 15 de dezembro de 2016, o prestador limitou-se a informar que “[...] a política do CHTMAD é seguir as orientações constantes do manual de gestão de inscritos para cirurgia. Assim, desconhecemos eventuais situações de não inscrição de doentes na lista de inscritos para cirurgia”.

17. Já após a abertura do presente processo de inquérito, foi dirigido novo pedido de elementos ao CHTMAD, por ofício de 16 de março de 2017, com o seguinte teor:

“[...]

1. *Se pronunciem e forneçam esclarecimentos adicionais que entendam relevantes;*
2. *Informem do estado atual, à presente data, da situação de carência de recursos humanos na área de médicos anestesiologistas e quais as concretas medidas adotadas para a sua resolução/mitigação (informando detalhadamente, por exemplo, o número de médicos contratados), tendo presente as conclusões constantes do relatório lavrado pela Direção do Serviço de Anestesiologia que V. Exas. fizeram chegar à ERS,*
3. *Informem o número total de cirurgias canceladas nos últimos 9 meses;*
4. *Informem, clara e detalhadamente, se todos os utentes seguidos no V/ Centro Hospitalar e carentes de cirurgia se encontram ou não efetivamente inscritos em LIC, bem como informem dos procedimentos existentes para controlo e verificação dessa inscrição;*
5. *Se a situação de carência em causa e os obstáculos daí resultantes para a situação dos utentes foram comunicados à ARS Norte e à ACSS e que tipo de diligências daí resultou por forma a garantir a inscrição e agendamento de cirurgias no respeito pelo MGIC e pelos TMRG;*
6. *Quaisquer outros esclarecimentos complementares julgados necessários e relevantes para a análise do caso concreto.*

[...]”.

18. Ao qual o prestador respondeu, em 23 de março de 2017, com a seguinte informação:

“[...]

Pelo presente, tendo sido notificados da abertura de processo de inquérito por factos mencionados em ofício anterior, informamos que o CHTMAD envidou todos os esforços possíveis para dirimir a falta de recursos humanos médicos.

Neste sentido, cumpre destacar:

1. *Procedeu-se a uma reorganização do CHTMAD no sentido de vocacionar os serviços para uma efectiva gestão intermédia competente e responsável de modo a célere resolução dos problemas, cuja organização e funcionamento assenta numa hierarquia departamental composta por médico, enfermeiro e administrador;*

2.. *No que respeita à carência de recursos humanos médicos da área de Anestesiologia, o Conselho de Administração, em articulação com a ARS Norte, contratou médico de reconhecida competência para exercer as funções de direcção, dado que a anterior directora havia pedido para não continuar. O referido médico procedeu à uma reorganização das actividades do qual resultou um aumento de cerca de 40% dos tempos operatórios utilizados que se traduziu num incremento de cerca de 40% dos doentes intervencionados cirurgicamente. A par desta resolução, o Conselho de Administração contratou, com diferentes vínculos contratuais, 14 médicos Anestesiologistas, desde 1 de Julho de 2016 (cf. mapa anexo);*

3.. *Face aos números disponibilizados pelo Secretariado constam 491 intervenções canceladas nas unidades de Chaves e Vila Real, cerca de 10% do total de agendamentos;*

4.. *Reiteramos a informação anterior, isto é, foram dadas indicações claras para que os doentes que necessitem de cirurgia sejam inscritos na Lista de Inscritos para Cirurgia nos termos das regras em vigor;*

5.. *Sobre este assunto, foram realizadas inúmeras reuniões na ARS Norte, na ACSS e junto do Ministério da Saúde (Secretaria de Estado e Gabinete do Sr. Ministro) nos termos dos exemplos de ofícios anexos.*

[...].”

19. *Todavia, e relativamente aos ofícios respeitantes às reuniões na ARS Norte, na ACSS e junto do Ministério da Saúde, o prestador não anexou nenhum dos exemplos enunciados.*

20. *Também em 16 de março de 2017 foi remetido à ACSS o ofício com os seguintes pontos:*

“[...]

1. *Indicação sobre se a situação relatada era já do conhecimento de V. Exas., com indicação das comunicações eventualmente trocadas com o CHTMAD e com a ARS Norte, acompanhado do respetivo suporte documental;*
2. *Indicação das eventuais conclusões alcançadas em tais comunicações e que tipo de diligências daí resultou em ordem à resolução/mitigação da situação, acompanhado do respetivo suporte documental;*
3. *Indicação da realização de prévia auditoria aos procedimentos adotados pelo CHTMAD no âmbito do programa SIGIC acompanhada do suporte documental dos resultados obtidos.*

4. *Envio do contrato programa celebrado com o CHTMAD para o ano de 2016;*
 5. *Indicação, para o ano de 2016, relativamente ao CHTMAD:*
 - (i) *número total de cirurgias contratadas em modalidade de produção cirúrgica base;*
 - (ii) *número total de cirurgias efetivamente realizadas, desagregado por produção base e produção adicional, cirurgias que foram realizadas naquele Centro Hospitalar, noutra unidade do SNS ou noutro prestador convencionado.*
- [...].

21. Por resposta de 19 de abril de 2017, a ACSS respondeu nos seguintes termos:

“[...].”

- *Pontos 1 e 2 – Informa-se que não nos foi dado conhecimento da exposição em causa.*

No entanto, de forma a compatibilizar a utilização eficiente dos recursos humanos, técnicos e materiais disponíveis no SNS e a contribuir para o aumento da produtividade das várias instituições do SNS, foi criado um modelo de pagamento a equipas cirúrgicas que prevê a remuneração em função da produção apenas para alguns elementos da equipa, quando se demonstre carência de tais profissionais em horário normal de trabalho. Este modelo encontra-se regulamentado desde 2005, tendo sido alterado através da Portaria nº 260-B/2015, de 24 de agosto e da Portaria nº 18/2016 de 18 de fevereiro. Encontramo-nos a validar a informação prestada pelo CHTMAD, uma vez que os dados de capacidade instalada preenchidos na aplicação informática SIGLIC não traduzem as limitações que o centro hospitalar comunicou em ofício. Logo que tenhamos a informação final, procederemos ao seu envio.
- *Ponto 3 - Não foi efetuada auditoria dos procedimentos adotados pelo Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro (CHTMAD), uma vez que não tomámos conhecimento desta exposição.*
- *Ponto 4 - Remete-se em anexo o contrato-programa celebrado com o CHTMAD para o ano de 2016.*
- *Ponto 5 – Relativamente a este ponto, segue abaixo a informação referente ao número de GDH Cirúrgicos (Contratualização e Acompanhamento) do CHTMAD, para o ano de 2016, extraída da plataforma SICA.*

	SICA			
	Contratualização		Acompanhamento	
dez/16	Produção Total	Produção SNS	Produção Total	Produção SNS
GDH Cirúrgicos Programados Convencional	3 900	3 800	3 403	3 376
GDH Cirúrgicos Programados Ambulatório	6 800	6 700	6 850	6 812
GDH Cirúrgicos Urgentes	2 760	2 600	2 692	2 531

22. Por e-mail de 23 de agosto de 2017, a ACSS completou a informação anterior:

“[...]”

Aproveitamos a presente comunicação para complementar a informação respeitante aos pontos 1 e 2, que entretanto foi validada pela ACSS. Deste modo, vimos aduzir a seguinte informação:

A informação obrigatória registada pelo Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE (CHTMAD) na aplicação informática SIGLIC não é coerente com a informação disponibilizada à Administração Regional de Saúde do Norte. A informação foi submetida como oficial em Fevereiro de 2017, não tendo sido corrigida desde então. O CHTMAD refere apresentar 42 anestesiológicas (em qualquer regime de contratação, incluindo subcontratação), com 909 horas semanais, o que perfaz cerca de 26 anestesiológicas a 35 horas e não os 19 anestesiológicas com 643 horas/semanais, ou seja, 18 anestesiológicas a 35 horas.

De aludir ainda que, de acordo com a informação registada no SIGLIC, o fator limitante para aumento da produtividade é o Bloco Operatório (BO), pois não se encontra aberto horas suficientes para garantir a produtividade considerada adequada para os cirurgiões e anestesiológicas que apresenta. A instituição refere que, por

semana, os anestesiólogos estão afetos 812 horas ao BO, pelo que a instituição deveria ter o mesmo número de horas de BO disponíveis e entre 1,5 a 2,5 mais horas de cirurgias para garantir o rácio de elementos nas equipas cirúrgicas recomendado pela ordem dos médicos.

[...]

23. Igualmente a 16 de março de 2017 foi remetido um ofício à URGIC Norte com as seguintes questões:

“[...]

- 1. Que se pronunciem e forneçam esclarecimentos adicionais que entendam relevantes;*
- 2. Informem se têm conhecimento da eventualidade da existência de doentes seguidos CHMTAD e carentes de cirurgia que não estejam inscritos em LIC;*
- 3. Indicação sobre se a situação relatada era já do conhecimento de V. Exas., com indicação das comunicações trocadas com o CHTMAD (nomeadamente, com a respetiva UHGIC), acompanhado do respetivo suporte documental;*
- 4. Indicação das eventuais conclusões alcançadas em tais comunicações e que tipo de diligências daí resultou em ordem à resolução/mitigação da situação, acompanhado do respetivo suporte documental;*
- 5. Informação sobre qual a última auditoria aos procedimentos adotados pelo CHTMAD no âmbito do programa SIGIC, com referência concreta à data da sua realização e das conclusões/resultados obtidos, com envio do suporte documental respetivo;*
- 6. Esclarecimentos complementares julgados necessários e relevantes à análise do caso concreto.*

[...]

24. Por ofício de 19 de outubro, e já após múltiplas insistências, a ARS Norte prestou a seguinte informação:

“[...]

- 1. Não tem esta ARS, até á data, qualquer conhecimento da existência de doentes seguidos no CHTMAD carentes de cirurgia que não se encontrem inscritos em Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC).*

2. A falta de profissionais de várias especialidades é, naturalmente, do conhecimento desta ARS, pelo que têm sido promovidas várias diligências, nomeadamente junto de outras instituições de saúde no sentido de averiguar a possibilidade de celebrar acordos de colaboração, para colmatar a carência de recursos humanos no CHTMAD.

3. Apesar da comprovada carência em termos de recursos humanos médicos, nomeadamente anestesistas, não é do conhecimento desta ARS que não estejam a ser seguidas as regras de gestão de inscritos para cirurgia.

4. Pese embora no período de 2015 a 2016 a mediana do tempo de espera para cirurgia tenha aumentado é de salientar que o número de cirurgias realizadas aumentou mais de 10%, conforme se pode verificar nos documentos em anexo.

5. Esta ARS procede ao acompanhamento mensal da evolução da LIC e respetivos tempos de espera, à monitorização dos GDH de erro, episódios pendentes, episódios fora do tempo máximo de resposta garantida sem agendamentos, ou com agendamentos ultrapassados. Além disso é efetuada a monitorização mensal dos episódios de neoplasias malignas dando cumprimento à Portaria n° 179/2014 de 11 de setembro, o que nos permite cumprir com os procedimentos de aferição associados às regras do SIGIC.

[...].

II.2 Das reclamações apensadas ao presente processo de inquérito subscritas por MS, AM, JD, AP, SP

25. Posteriormente à tomada de conhecimento da exposição e notícias originais referidas *supra*, a ERS tomou conhecimento de uma reclamação subscrita por MS, em 22 de julho de 2015, com o seguinte teor:

“[...] Venho pedir por favor para nos porem anestesista no Hospital de Lamego porque a minha consulta já foi adiada 2 vezes. [...]”.

26. À qual o prestador respondeu, em 24 de agosto de 2015, informando que “O CHTMAD E.P.E. está a atravessar um momento crítico de falta de médicos anestesistas devido à saída, em pouco tempo, de um elevado número destes profissionais. No entanto, o Conselho de Administração já iniciou um processo de contratação de mais médicos desta especialidade e podemos afirmar que, ainda antes do final de Verão, o problema estará resolvido com as novas contratações, sendo retomada a atividade cirúrgica normal. [...]”.

27. A ERS tomou igualmente conhecimento da reclamação de AM, subscrita em 12 de dezembro de 2016:

“[...]

Em Julho de 2014 fui submetido a uma intervenção cirúrgica no CENTRO HOSPITALAR DE TRÁS OS MONTES E ALTO DOURO, ao joelho direito e em que me foram colocadas pequenas próteses internas.

Dado que as referidas próteses me causam dores e mal estar solicitei ao médico Dr. Pintado, da Unidade Hospitalar de Chaves que as referidas próteses fossem retiradas, em Abril ou Maio de 2015.

Após consultada efectuada por aquele Médico foi-me dito que deveriam de facto ser retiradas as próteses que me foram colocadas e para o efeito marcou-me uma consulta de Anestesia naquele Centro Hospitalar.

Após a referida consulta, nada mais me foi dito a não ser o recado que me foi transmitido por uma funcionária do Centro Hospitalar de Chaves [...], que o meu caso tinha sido enviado para o Centro Hospitalar de Trás os Montes e Alto Douro para resolução, sem mais qualquer outra explicação [...]. Ainda hoje estou à espera de uma resposta!!!!

[...]”.

28. Por resposta de 1 de janeiro de 2017, o CHTMAD prestou os seguintes esclarecimentos ao utente:

“[...]

[...] *somos a transcrever os esclarecimentos apresentados pelo Exmo. Diretor do Serviço de Ortopedia:*

‘O doente acima referido tinha sido seguido na consulta de Unidade de Chaves por dor joelho.

Foi proposta osteotomia de valgização em 2014 e como apresentava alterações cardíacas foi enviado a consulta de Anestesia da Unidade de Chaves que foi da opinião que deveria ser operado em local com Unidade de cuidados intensivos.

Foi reencaminhado para Unidade de Vila Real, observado por anestesia Vila Real e operado na Unidade de Vila Real em 30/7/2014.

Seguido na consulta de Chaves e nas diferentes consultas apresentava dor medial possivelmente devido ao material implantado pelo que foi proposta para retirada de material.

Inscrito para retirada de material e pelas características dos doentes (patologia associada) foi inscrito na lista cirúrgica da Unidade de Vila Real. (...).

Neste momento encontra-se na lista cirúrgica da Unidade de Vila Real pelo que vou dar indicação para ser operado o mais rapidamente possível'.

Face ao exposto, não podemos deixar de reconhecer os condicionalismos inerentes ao tempo de espera para a cirurgia [...].

[...]"

29. O utente JD, por seu turno, subscreveu a seguinte reclamação em 10 de novembro de 2016:

"[...]

Hidrocelo testículo esquerdo.

Operado há dois anos sem sucesso. Observado em consulta em janeiro de 2016. Após a operação ficou em pior estado. Continua a guardar marcação de cirurgia.

[...]"

30. Em resposta ao utente de 30 de novembro de 2016, o prestador informou o seguinte:

"[...] *Diretor do Serviço de Urologia que informou que V. Exa. será intervencionado por '[...] hidrocele (recidiva)'*

Informou ainda que não sendo uma 'patologia prioritária' deverá aguardar comunicação do seu médico, na consulta da especialidade de urologia.

[...]"

31. Por reclamação subscrita em 1 de novembro de 2016, IP veio dar conta da situação ocorrida com o seu pai, o utente AP:

[...]

Há mais de um ano, o meu pai sofreu um enfarte do miocárdio, tendo sido hospitalizado nesta unidade. [...] Entretanto, devido ao uso da algália, o meu pai sofreu várias infeções urinárias. Resultante da mesma situação, o nível de retenção de líquidos aumentou drasticamente, o que provocou edema parcial. Compareceu a uma consulta de urologia, onde perguntaram ao meu pai se queria ser operado [...] devido ao seu problema, o meu pai aceitou de imediato a cirurgia [...]. Foi igualmente chamado a duas consultas de anestesia, a última em Agosto de 2016. Até hoje, não obtivemos qualquer tipo de resposta.

[...]”.

32. Por resposta de 30 de novembro de 2016 à reclamante, o prestador informou o seguinte:

“[...] Sr. AP foi proposto para cirurgia por ‘hipertrofia prostática, com obstrução urinária’.

Compulsados os registos do seu familiar verifica-se que já foi proposta cirurgia noutra Instituição, mas não aceitou, estando neste momento em situação de ser readmitido para ser intervencionado.

[...]

Este Conselho de Administração agradece, ainda, a exposição de V. Exa., na medida em que veio constituir mais um forte argumento para fundamentar junto da Tutela, a quem cabe o poder de decisão, a necessidade de melhor responder às necessidades clínicas dos utentes. [...]”.

33. Finalmente, por reclamação subscrita em 5 de janeiro de 2017, o utente SP aduziu o seguinte:

“[...] estou de momento à espera da realização de uma cirurgia a nível vascular, a qual estou a ser seguida pela Dra J. F. de cirurgia vascular deste mesmo hospital.

[...]

Até o dia de hoje, 5 de janeiro de 2017, passado cerca de quase 1 ano dos exames pré-operatórios realizados, não recebi nenhuma notificação para nenhuma cirurgia, nenhum exame complementar, nenhuma consulta pré-operatória.

[...]

34. Por resposta de 10 de fevereiro de 2017, o CHTMAD informou o reclamante do seguinte:

“[...] médico que o acompanha na especialidade de Cirurgia Vasculuar, a mesma informa:

‘Compreendo inteiramente a sua situação. Como afirmou a doença venosa crónica compromete a qualidade de vida, ainda que não comprometa a vida. Deste modo não sendo uma patologia que comprometa a vida, a intervenção cirúrgica na patologia venosa não é considerada urgente. O SP encontra-se inscrito para a cirurgia de varizes’.

[...]

35. Por e-mail de 11 de maio de 2017, o prestador informou a ERS do seguinte:

“[...] somos a dar conhecimento que, compulsados os registos dos utentes das reclamações nº 390_2016, Sr. AP e nº 402_2016, Sr. JD, os mesmos já foram intervencionados pela especialidade de Urologia.

[...]

III. DO DIREITO

III.1. Das atribuições e competências da ERS

36. De acordo com o n.º 1 do artigo 4.º e o n.º 1 do artigo 5.º, ambos dos Estatutos da ERS aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, 22 de agosto, a ERS tem por missão a regulação, supervisão, e a promoção e defesa da concorrência, respeitantes às atividades económicas na área da saúde dos setores privados, público, cooperativo e social, e, em concreto, da atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde.
37. Sendo que estão sujeitos à regulação da ERS, nos termos do n.º 2 do artigo 4.º dos mesmos Estatutos, todos os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, do sector público, privado, cooperativo e social, independentemente da sua natureza jurídica;

38. Consequentemente, o Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E (CHTMAD) é um estabelecimento público, prestador de cuidados de saúde primários e registado no SRER da ERS sob o n.º 17656, estando, por isso, sujeita aos poderes de regulação e supervisão desta Entidade Reguladora.
39. As atribuições da ERS, de acordo com o n.º 2 do artigo 5.º dos Estatutos da ERS compreendem “a supervisão da atividade e funcionamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, no que respeita [...entre outros] [ao] “cumprimento dos requisitos de exercício da atividade e de funcionamento”, [à] “garantia dos direitos relativos ao acesso aos cuidados de saúde”, e à “prestação de cuidados de saúde de qualidade, bem como dos demais direitos dos utentes”.
40. São ainda objetivos da ERS, nos termos do artigo 10º dos Estatutos da ERS, “assegurar o cumprimento dos critérios de acesso aos cuidados de saúde”; “garantir os direitos e interesses legítimos dos utentes” e “zelar pela prestação de cuidados de saúde de qualidade”;
41. Relativamente ao objetivo regulatório previsto na alínea b) do artigo 10.º dos Estatutos da ERS, ou seja, de se 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) (...) acrescentando a alínea b) do mesmo artigo o dever de “prevenir e punir as práticas de rejeição e discriminação infundadas de utentes nos serviços e estabelecimentos do SNS, nos estabelecimentos publicamente financiados, bem como nos estabelecimentos contratados para a prestação de cuidados no âmbito de sistemas ou subsistemas públicos de saúde ou equiparados”.
42. No que se refere, por outro lado, ao objetivo regulatório previsto na alínea c) do artigo do artigo 10.º dos Estatutos da ERS, de garantia dos direitos e legítimos interesses dos utentes, a alínea a) do artigo 13.º do mesmo diploma estabelece ser incumbência da ERS “monitorizar as queixas e reclamações dos utentes e seguimento dado pelos operadores às mesmas”.
43. Por fim, no que toca ao objetivo regulatório previsto na alínea d) do artigo 10º dos Estatutos da ERS, refere a alínea c) do artigo 14º do mesmo diploma que “incumbe à ERS garantir o direito dos utentes à prestação de cuidados de saúde de qualidade”;
44. Para tanto, a ERS pode assegurar tais incumbências mediante o exercício dos seus poderes de supervisão, consubstanciado, designadamente, no dever de zelar pela

aplicação das leis e regulamentos e demais normas aplicáveis, e ainda mediante a 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. alíneas a) e b) do artigo 19.º dos Estatutos da ERS.

45. Pelo que, tal como configurada, a situação denunciada poderá não só traduzir-se num comportamento atentatório dos legítimos direitos e interesses da concreta utente, mas também na violação de normativos que à ERS cabe acautelar na prossecução da sua missão de regulação da atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, conforme disposto no n.º 1 do artigo 5.º dos Estatutos da ERS.

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

46. 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.

47. Por sua vez, a Lei de Bases da Saúde, 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”*;

48. Bem como estabelece, na sua Base XXIV, como características do SNS:

“a) Ser universal quanto à população abrangida;

b) Prestar integradamente cuidados globais ou garantir a sua prestação;

c) *Ser tendencialmente gratuito para os utentes, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos*”;

49. 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.
50. 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”*.
51. 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).
52. Tendo o utente, bem assim, *“(…) direito à prestação dos cuidados de saúde mais adequados e tecnicamente mais corretos”* (n.º 2).
53. Estipulando, ainda, o n.º 3 que *“Os cuidados de saúde devem ser prestados humanamente e com respeito pelo utente”*.
54. Quanto ao direito do utente ser tratado com prontidão, o mesmo encontra-se diretamente relacionado com o respeito pelo tempo do paciente¹, segundo o qual deve ser garantido o direito a receber o tratamento necessário dentro de um rápido e predeterminado período de tempo.
55. 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”*.

¹ Vd. o ponto 7. da *“Carta Europeia dos Direitos dos Utentes”*.

56. Relativamente ao direito dos utentes de serem 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, obvio 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.
57. 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.

III.3 Do modelo de funcionamento do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia agora integrado no Sistema Integrado de Gestão do Acesso na vertente cuidados de saúde hospitalares (SIGA CSH)

III.3.1 Nota prévia

58. 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.
59. 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.
60. 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).

61. 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 SIGIC.
62. 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.
63. 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.
64. O artigo 27.º da Portaria n.º 147/2017, de 27 de Abril estatui que é revogada a Portaria n.º 45/2008, de 15 de janeiro, que criou e regula o SIGIC, e a Portaria 179/2014, de 11 de setembro, que alterou a primeira.
65. Todavia, a Portaria 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.
66. 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.
67. 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.
68. 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.

69. 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.3.2 Das regras do SIGIC

70. Conforme descrito na Portaria n.º 45/2008, de 15 de janeiro² que aprovou o Regulamento do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC), é este último um sistema de regulação da atividade relativa “[...] *a utentes propostos para cirurgia e a utentes operados, assente em princípios de equidade no acesso ao tratamento cirúrgico, transparência dos processos de gestão e responsabilização dos utentes e dos hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e dos estabelecimentos de saúde que contratam e convencionam com aquele a prestação de cuidados de saúde aos seus beneficiários.*”; e

71. 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.”.

72. 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.

73. 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

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

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).

74. 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;
75. 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.
76. 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.
77. 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.
78. 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.
79. 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.
80. Assim, a UHGIC é o principal elo de ligação do utente com o hospital, e todos os contactos com aquele e outros factos são registados no SI, competindo-lhe a informação aos utentes ou seus representantes, sobre o estado da inscrição, o teor dos deveres e direitos e qualquer outra sobre as diferentes fases do processo. – cfr. § 3.3.3. e § 3.3.5. do MGIC que remetem para o Volume II – Área da gestão.

81. Compete ainda aos responsáveis pelas unidades ou serviços dos hospitais envolvidos nos procedimentos cirúrgicos zelar pela atualização permanente da lista de procedimentos cirúrgicos suscetíveis de serem realizados pelos seus serviços, garantindo que a cada um está corretamente associado o código do sistema de codificação em vigor e ainda, garantir a seleção dos utentes inscritos em LIC para efeito de programação cirúrgica de acordo com os critérios de antiguidade e prioridade estabelecidos no MGIC e neste Regulamento – cfr. alíneas b) e c) do § 57 do Regulamento.
82. 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.
83. Concretamente, no que à transferência cirúrgica diz respeito, é “[...] operada pela emissão e cativação de NT/VC [nota de transferência/vale cirurgia³], implica apenas a transferência da prestação dos procedimentos cirúrgicos relativos ao(s) problema(s) identificado(s) e às eventuais intercorrências da responsabilidade da instituição hospitalar ou complicações identificadas até sessenta dias após a alta hospitalar [...]” – cfr. § 3.2.1.4. do MGIC.
84. Ainda, “[...] a transferência de utentes através da emissão de NT/VC para outras unidades hospitalares integradas no SNS ou unidades convencionadas é obrigatória sempre que o hospital de origem, com os seus recursos, não possa garantir a realização da cirurgia dentro dos TMRG estabelecidos por prioridade clínica, por patologia ou grupo de patologias, presumindo-se a falta de garantia quando a cirurgia não for agendada até ao limite do prazo estabelecido para cada nível de prioridade, a contar da data de inscrição na LIC. [...]”, o que, no caso dos doentes com prioridade de nível 2, equivale ao trigésimo dia do TMRG - cfr. § 3.2.1.4.1.1. do MGIC.

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

85. Decorridos os prazos para agendamento da cirurgia, tal como previstos nos n.ºs 79 e 80 da Parte V do Regulamento⁴ sem que o agendamento no Hospital de Origem tenha ocorrido, “[...] e não existindo HD do SNS disponível nos termos do [...] Regulamento, a UCGIC emite de imediato um vale cirurgia a favor do utente.” – cfr. n.º 108 da Parte V do Regulamento;
86. Competindo, com efeito, à Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia (UCGIC), nos termos da alínea l) do.º 49 da Parte IV do Regulamento do SIGIC “[e]mitir e enviar vales cirurgia.”.
87. 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 .
88. 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.
89. 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.*
90. As URGIC ficam integradas nas Administrações Regionais de Saúde, competindo-lhes:
- a) *Monitorizar, avaliar e controlar a evolução de inscritos para cirurgia nas unidades hospitalares, designadamente os tempos de espera;*
 - j) *Autorizar a emissão de vales cirurgia para a realização de procedimentos cirúrgicos propostos pelo HD, quando sejam complementares de procedimentos cirúrgicos realizados anteriormente, após auscultação do HO;*
 - m) *Decidir nas situações em que se verificarem conflitos entre HO e HD;*

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

- 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.*

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

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

IV. ANÁLISE DA SITUAÇÃO CONCRETA

92. Subjacente à abertura dos presentes autos está a alegada carência de recursos humanos no Serviço de Urgência (SU) e no bloco operatório do CHTMAD, conforme noticiado pelos órgãos de comunicação social e denunciado pela Ordem dos Médicos.

93. Em especial, a carência de médicos anestesistas no SU do Hospital de S. Pedro (HSP), em Vila Real.

94. Desde o primeiro momento em que foi interpelado nos presentes autos que o prestador reconheceu expressamente as dificuldades e carências em causa:

“(...) a maior dificuldade de cumprimento dos planos cirúrgicos deve-se à grande insuficiência de anestesistas. (...) Naturalmente, que em termos de atividade, o aproveitamento de recursos físicos e humanos e o impacto nas listas de espera torna esta situação deveras preocupante e danosa em termos de cumprimento do contrato programa”.

95. Não obstante, ainda que não seja despidendo na análise que se seguirá o facto de o CHTMAD ter informado que já adotou soluções de melhoria e otimização dos recursos existentes, os dados disponíveis relativamente à capacidade instalada surgem controversos, de acordo com a informação recolhida na instrução dos presentes autos.

96. Desde logo porque a própria ACSS afirma que “[...] A informação obrigatória registada pelo Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE (CHTMAD) na aplicação informática SIGLIC não é coerente com a informação disponibilizada à Administração

Regional de Saúde do Norte. A informação foi submetida como oficial em Fevereiro de 2017, não tendo sido corrigida desde então. O CHTMAD refere apresentar 42 anestesiológicos (em qualquer regime de contratação, incluindo subcontratação), com 909 horas semanais, o que perfaz cerca de 26 anestesiológicos a 35 horas e não os 19 anestesiológicos com 643 horas/semanais, ou seja, 18 anestesiológicos a 35 horas.

De aludir ainda que, de acordo com a informação registada no SIGLIC, o fator limitante para aumento da produtividade é o Bloco Operatório (BO), pois não se encontra aberto horas suficientes para garantir a produtividade considerada adequada para os cirurgiões e anestesiológicos que apresenta. A instituição refere que, por semana, os anestesiológicos estão afetos 812 horas ao BO, pelo que a instituição deveria ter o mesmo número de horas de BO disponíveis e entre 1,5 a 2,5 mais horas de cirurgias para garantir o rácio de elementos nas equipas cirúrgicas recomendado pela ordem dos médicos.”

97. O que recentra a questão essencial do processo em saber se tais eventuais estrangulamentos de recursos humanos estariam a enviesar os procedimentos adotados pelo CHTMAD no cumprimento dos normativos do SIGIC, designadamente, aqueles relativos aos procedimentos de inscrição, agendamento e adiamento de cirurgias.

98. A este propósito, e embora tenha também sido salientado pelo CHTMAD que o que tem ocorrido é o cancelamento de cirurgias e não o adiamento das mesmas, conforme abaixo se reproduz:

“[...] o cancelamento de tempos cirúrgicos em todas as especialidades, segundo informação da direção de anestesiologia este valor, entre abril e junho, em Vila Real é de 22% e em Lamego de 42,5%.

Esta supressão de tempos cirúrgicos não significa o adiamento de cirurgias, já que as especialidades não chegam a convocar os doentes”.

99. O certo é que, quanto à questão da efetiva inscrição de utentes clinicamente necessitados de cirurgia em LIC, o prestador inicialmente informou desconhecer casos de utentes carentes de cirurgia e não inscritos em LIC, tendo sido essa a mesma informação prestada igualmente pela ARS Norte;

100. Recorde-se que tanto a ARS Norte como a ACSS informaram que, até ao momento em que a ERS as colocou ao corrente, não tinham conhecimento da situação, o que evidencia a falta de comunicação e articulação do CHTMAD com as entidades competentes.

101. Não obstante, tal não se coaduna com a informação, prestada pela CHTMAD em 15 de dezembro de 2016, de que reitera “(...) a informação anterior, isto é, foram dadas indicações claras para que os doentes que necessitem de cirurgia sejam inscritos na Lista de Inscritos para Cirurgia nos termos das regras em vigor”;
102. A qual claramente evidencia a necessidade sentida pelo prestador de reforçar um procedimento cuja implementação deveria achar-se já adquirida, uma vez que nem por mera hipótese se pode admitir que, à luz dos normativos do SIGIC, existam utentes com necessidade de inscrição para procedimento cirúrgico que não se encontrem efetivamente inscritos em LIC.
103. Assim, tal informação, mesmo que emanada para reforço do cumprimento das regras de acesso do SIGIC, alerta para a necessidade de adoção de uma atuação regulatória no sentido de cabalmente capacitar o CHTMAD para, em todo o momento, se abster da prática de qualquer procedimento, administrativo ou de outra natureza, cujo objetivo ou efeito seja o de prejudicar, atrasar ou condicionar, para além do que seja o estabelecido no quadro legal, o direito de acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde, designadamente no que respeita à inscrição e cumprimento das regras do SIGIC, dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos e do direito à informação dos utentes.
104. Pelo que, e ainda que se acolham as medidas de mitigação cuja adoção o prestador informou já ter providenciado:
- “[...] O Conselho de Administração, em articulação com a ARS Norte, contratou médico de reconhecida competência para exercer as funções de direcção, dado que a anterior directora havia pedido para não continuar. O referido médico procedeu à uma reorganização das actividades do qual resultou um aumento de cerca de 40% dos tempos operatórios utilizados que se traduziu num incremento de cerca de 40% dos doentes intervencionados cirurgicamente. A par desta resolução, o Conselho de Administração contratou, com diferentes vínculos contratuais, 14 médicos Anestesiologistas, desde 1 de Julho de 2016 (cf. mapa anexo);*
- 3. Face aos números disponibilizados pelo Secretariado constam 491 intervenções canceladas nas unidades de Chaves e Vila Real, cerca de 10% do total de agendamentos; [...]”;*
105. Se considera necessária a adoção da atuação regulatória *infra* delineada.

V. AUDIÊNCIA DOS INTERESSADOS

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

107. Decorrido o prazo concedido para a referida pronúncia, apenas foi rececionada a pronúncia do prestador.

108. Da mesma consta, no que de mais relevante importa nesta sede, o que abaixo se reproduz:

“[...]”

11. *A Pronunciante não só não o ignora [o acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde] , como tudo faz, diariamente, para o cumprir [...]*

12. *[...] aquelas regras só podem ser cumpridas caso os Centros Hospitalares sejam dotados dos recursos técnicos e humanos necessários para responder às solicitações com que são confrontados.*

13. *[...] este Centro Hospitalar tem-se debatido com enormes dificuldades para recrutar anestesistas [...].*

14. *Essa necessidade encontrava-se, de resto, bem evidenciada na Proposta de apoio e revitalização do CHTMAD que foi apresentada [...] ao Presidente da Administração Regional de Saúde do Norte (e ao Exmo. Sr. Ministro da Saúde) [...].*

15. *Apesar disso, e não obstante as diversas tentativas realizadas para recrutar o número de profissionais com aquela especialidade de que necessita (essencialmente para o Hospital de S. Pedro, Vila Real) [...], não conseguiu ainda contratar o número de profissionais indispensável para dar resposta à procura que lhe é dirigida.*

[...].

17. *E o que parecer estar subjacente àquela projectada deliberação reside numa alegada contradição entre dados apresentados pelo CHTMAD – nomeadamente dados relativos a cancelamentos e adiamentos.*

18. *Sucedo que essa contradição é inexistente.*

[...]

20. Refira-se, desde já, que o CHTMAD nunca adoptou qualquer procedimento (administrativo ou de outra natureza) cujo objectivo ou efeito seja o de prejudicar, atrasar ou condicionar, o direito de acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde, designadamente no que respeita à inscrição e cumprimento das regras do SIGIC, dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos e do direito de informação dos utentes [...], pelo que não consegue compreender a que título é que a ERS recomenda que o Centro Hospital de Trás-Os-Montes e Alto Douro, E.P.E., cesse qualquer comportamento nesse sentido.

[...]

22. [...] não são conhecidos [...] problemas relativos à inscrição de utentes no SIGIC.

[...]

24. em momento algum este Conselho de Administração deu aos profissionais do Hospital qualquer instrução, orientação ou qualquer sugestão para que os utentes não fossem inscritos no SIGIC – e recorde-se que essa competência é da exclusiva responsabilidade dos médicos.

25. Pelo contrário, as orientações dadas por Conselho de Administração sempre visaram incentivar os Médicos a proceder à inscrição dos utentes nas listas respectivas sempre que se encontrem preenchidos os requisitos para realizar uma intervenção cirúrgica.

[...]

39. A preocupação e relevo que este Centro Hospitalar dá a esse direito [de acesso dos utentes a cuidados de saúde] encontra-se bem patente, de resto, no Regulamento Interno relativo à Produção Cirúrgica Adicional), no qual é evidente a preocupação em aumentar o número de cirurgias realizadas [...].

40. E, sublinhe-se, essa preocupação tem alcançado resultados, pois a produção cirúrgica programada do CHTMAD (em termos globais) aumentou 10,7% em 2016 e está a crescer 22,8% em 2017 [...].

[...]

45. [...] como resultado do Ponto IV daquele Relatório (“Análise da situação concreta”), não é ali identificada qualquer falha na informação que é prestada por este Centro Hospitalar aos seus utentes.

[...]

49. [...] informa-se desde já a ERS que:

i) O utente JD [...] foi submetido a uma cirurgia de urologia no dia 8 de junho de 2017 [...];

ii) O utente AP [...] foi submetido a cirurgia de urologia no dia 23 de Fevereiro de 2017;

iii) A utente MS [...] teve uma primeira consulta de oftalmologia a 2 de Junho de 2015 e foi depois submetida a cirurgia no dia 3 de Dezembro de 2015;

iv) O utente AM [...] foi submetido a cirurgia de urologia no dia 10 de Janeiro de 2017;

v) E, por fim, o utente, SP [...] não foi submetido ainda a qualquer cirurgia.

[...]”.

109. Ora, face à pronúncia do CHTMAD, cumpre analisar os elementos invocados pelo prestador, aferindo da suscetibilidade dos mesmos infirmarem a deliberação delineada.

110. Fazendo-se notar, desde já, que todos os argumentos apresentados na pronúncia foram devidamente considerados e ponderados pela ERS;

111. O teor da pronúncia do prestador não infirma ou altera o conteúdo da instrução projetada, na medida em que se limita a negar as considerações constantes do projeto de deliberação, sem aduzir argumentação ou elementos probatórios que efetiva e fundamentadamente rebatam o teor das mesmas.

112. Nomeadamente, e no que se refere às situações concretas dos utentes, embora o prestador tenha informado das datas da realização da cirurgia, não apresentou prova do quadro integral do percurso percorrido pelos utentes, em especial, a data de efetiva inscrição dos mesmos em LIC e de transmissão dessa informação aos próprios.

113. Recorde-se que os utentes, nas suas reclamações, referiam desconhecimento sobre se a cirurgia a que iriam ser submetidos já estaria marcada.

114. O reclamante AM referiu que “*Após a referida consulta, nada mais me foi dito a não ser o recado que me foi transmitido por uma funcionária do Centro Hospitalar de Chaves [...], que o meu caso tinha sido enviado para o Centro Hospitalar de Trás os Montes e Alto Douro para resolução, sem mais qualquer outra explicação [...]. Ainda hoje estou à espera de uma resposta!!!! [...]*”.

115. Em resposta ao utente, o CHTMAD esclareceu que “[...] *Neste momento encontra-se na lista cirúrgica da Unidade de Vila Real pelo que vou dar indicação para ser operado o mais rapidamente possível*’.

Face ao exposto, não podemos deixar de reconhecer os condicionalismos inerentes ao tempo de espera para a cirurgia [...].

[...]”.

116. O utente JD, por seu turno, referiu que *“Observado em consulta em janeiro de 2016. Após a operação ficou em pior estado. Continua a guardar marcação de cirurgia.[...]”*.

117. Em resposta ao utente, o prestador informou o seguinte:

“[...] Diretor do Serviço de Urologia que informou que V. Exa. será intervencionado por ‘[...] hidrocele (recidiva)’.

Informou ainda que não sendo uma ‘patologia prioritária’ deverá aguardar comunicação do seu médico, na consulta da especialidade de urologia.

[...]”.

118. Quanto ao utente AP, na reclamação, era referido que:

“[...]

Há mais de um ano, o meu pai sofreu um enfarte do miocárdio, tendo sido hospitalizado nesta unidade. [...] Entretanto, devido ao uso da algália, o meu pai sofreu várias infeções urinárias. Resultante da mesma situação, o nível de retenção de líquidos aumentou drasticamente, o que provocou edema parcial. Compareceu a uma consulta de urologia, onde perguntaram ao meu pai se queria ser operado [...] devido ao seu problema, o meu pai aceitou de imediato a cirurgia [...]. Foi igualmente chamado a duas consultas de anestesia, a última em Agosto de 2016. Até hoje, não obtivemos qualquer tipo de resposta.

[...]”.

119. Por resposta à reclamante, o prestador informou o seguinte:

“[...] Sr. AP foi proposto para cirurgia por ‘hipertrofia prostática, com obstrução urinária’.

Compulsados os registos do seu familiar verifica-se que já foi proposta cirurgia noutra Instituição, mas não aceitou, estando neste momento em situação de ser readmitido para ser intervencionado.

[...]

Este Conselho de Administração agradece, ainda, a exposição de V. Exa., na medida em que veio constituir mais um forte argumento para fundamentar junto da Tutela, a quem cabe o poder de decisão, a necessidade de melhor responder às necessidades clínicas dos utentes. [...]”.

120. Quanto ao direito de informação dos utentes, importa assinalar que não só o prestador apenas deu conhecimento aos utentes da sua situação clínica aquando das reclamações por estes lavradas, como tal informação, na maioria dos casos, foi escassa e insuficiente para garantir o conhecimento efetivo da data da sua inscrição em LIC e da data efetiva de realização da cirurgia, conforme estipulado pelo quadro legal que rege o SIGIC.
121. Nesse sentido, o sentido da decisão constante do projeto de deliberação notificado deve manter-se, de modo a garantir que o prestador respeita todo o quadro legal relativo ao SIGIC, incluindo a imediata inscrição do utente em LIC, logo que clinicamente verificada a necessidade de intervenção cirúrgica.
122. Apenas se mostrando desnecessária o envio, pelo prestador, da informação atualizada sobre a situação de inscrição em LIC dos utentes JD, AP, MS e AM, uma vez que a mesma foi já enviada em sede de audiência de interessados.

V. DECISÃO

123. O Conselho de Administração da ERS delibera, nos termos e para os efeitos do disposto nas alíneas a) e 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 Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E., no sentido de:
- (i) Conformar o seu comportamento ao estrito cumprimento do quadro legal do direito fundamental de acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde no Serviço Nacional de Saúde, evitando todo e qualquer procedimento, administrativo ou de outra natureza, que prejudique ou condicione o direito de acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde legalmente estabelecido, designadamente, no que respeita à inscrição e cumprimento das regras do SIGIC, ao cumprimento dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos e ao direito à informação dos utentes;
 - (ii) Garantir que todo e qualquer procedimento por si adotado seja capaz de promover a informação completa, verdadeira e inteligível a todos os utentes

sobre os aspetos relativos ao seu acompanhamento e alternativas existentes no SNS para salvaguarda de um acesso adaptado à sua condição clínica, com clara explicitação do papel que compete a cada estabelecimento na rede nacional de prestação de cuidados de saúde;

(iii) Remeter à ERS elementos documentais comprovativos das datas em que foi submetida a cirurgia a utente SP, assim como do Vale de Cirurgia e respetiva recusa pelo utente;

(iv) Dar cumprimento imediato à presente instrução, comunicando à ERS, no prazo máximo de 30 (trinta) dias úteis contados da presente deliberação, os procedimentos adotados para o efeito.

124. A instrução ora emitida constitui 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, configura como contraordenação punível *in casu* com coima de € 1000,00 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*”.

125. A presente deliberação será levada ao conhecimento da Administração Central do Sistema de Saúde e da Administração Regional de Saúde do Norte.

Porto, 1 de fevereiro de 2018.

O Conselho de Administração.