

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

Considerando que a Entidade Reguladora da Saúde (ERS), nos termos do n.º 1 do artigo 4.º dos 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 seus Estatutos, 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 seus Estatutos, 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 seus Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto;

Visto o processo registado sob o n.º ERS/002/2018;

I. DO PROCESSO

I.1. Origem do processo

1. A Entidade Reguladora da Saúde (ERS) tomou conhecimento de uma reclamação subscrita por J.M., visando a atuação do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E.P.E. (CHTS), na qual alega constrangimentos no acesso a uma cirurgia.
2. Na referida reclamação, a qual foi registada na ERS em 6/2/2017, sob o n.º REC_7717/2017 o utente refere que, por ser portador de *pacemaker*, lhe foi recusado o acesso a cirurgia no CHTS.
3. Concretamente refere o utente que “[...] *venho por este meio reclamar o facto de hoje 23/09/2016 ser chamado para a marcação de uma cirurgia a uma hérnia. Os exames para a cirurgia já foram efetuados há cerca de quatro meses neste hospital. Dado que tenho um pace-maker e desfibrilhador, o que já era do conhecimento dos médicos, fui*

informado que nada poderiam fazer para que a marcação da consulta de anestesia fosse efetuada. Lamento esta invenção de procedimentos, não me garantem quando isso possa acontecer [...].”

4. A reclamação foi objeto de diligências preliminares no âmbito do processo de avaliação n.º AV/054/2017 aberto em 29/05/2017, e perante a necessidade de uma averiguação mais aprofundada dos factos relatados, o Conselho de Administração da ERS, deliberou, em de 11 de janeiro de 2018, instaurar o processo de inquérito n.º ERS/002/2018.

I.2. Diligências

5. Em sede de apuramento dos factos, tal como expostos, realizaram-se as diligências de obtenção de prova, consubstanciadas em:
 - (i) Pesquisa no Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados (SRER) da ERS da entidade prestadora de cuidados de saúde Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E.P.E., entidade registada no SRER da ERS sob o n.º 19232,
 - (ii) Pesquisa no Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados (SRER) da ERS da entidade prestadora de cuidados de saúde Centro Hospitalar e Universitário de São João, E.P.E., entidade registada no SRER da ERS sob o n.º 20296.
 - (iii) Pedido de elementos ao CHTS em 2 de junho de 2017 e análise da resposta rececionada em 14 de julho de 2017;
 - (iv) Pedido de elementos ao CHUSJ em 15 de setembro de 2017 e análise da resposta rececionada em 4 de dezembro de 2017;
 - (v) Notificação de abertura de processo de inquérito ao CHTS e pedido de elementos adicional em 22 de janeiro de 2018, com a insistência em 13 de junho de 2018, e análise da respetiva resposta, rececionada em 18 de junho de 2018;
 - (vi) Notificação de abertura de processo de inquérito ao CHUSJ e pedido de elementos adicional em 22 de janeiro de 2018, e análise da respetiva resposta, rececionada em 2 de fevereiro de 2018;
 - (vii) Notificação de abertura de processo de inquérito ao exponente em 22 de janeiro de 2018, com resposta em 26 de janeiro de 2018;

- (iv) Novo pedido de elementos ao CHUSJ, em 12 de julho de 2018, e análise da respetiva resposta, rececionada em 3 de agosto de 2018, e esclarecimento adicional de 22 de agosto de 2018;
- (v) Diligência de contacto telefónico com o utente em 21 de agosto de 2018;
- (vi) Diligência de contacto telefónico com o CHSJ em 21 de agosto de 2018.

II. DOS FACTOS

6. Em resposta à reclamação referida *supra*, que deu origem ao presente processo de inquérito o CHTS informou o utente nos seguintes termos : “[...] *cumpre-nos informar que na consulta de cirurgia foi feito um pedido de interno de consulta de anestesia e cardiologia pré-operatória. A consulta de anestesia foi recusada, e a de cardiologia aguarda agendamento. No entanto, o serviço de anestesia justifica a recusa pelo facto de ser portador de um DCI, e por uma questão de segurança para o utente, e qualidade do serviço, deve ser operado no hospital [onde colocou este equipamento, para que o controle do mesmo possa ser realizado nesse hospital].*”
7. Já em sede de processo de avaliação, por ofício de 2 de junho de 2017, foi solicitado ao CHTS a seguinte informação:
“[...]”
 1. *Pronunciem-se sobre a situação descrita na referida exposição;*
 2. *Informem sobre a situação atual do utente, concretamente no que respeita a realização da cirurgia em causa;*
 3. *Atendendo aos esclarecimentos prestados por V. Exas. em sede de alegações iniciais, informem se o CHTS procedeu à transferência do utente para o hospital onde este colocou o pacemaker;*
 4. *Indiquem qual o procedimento atualmente em vigor no CHTS para assegurar o acesso dos utentes às cirurgias que necessitam, nas situações em que se verifique recusa por parte do serviço de anestesia.*
 5. *Remetam quaisquer esclarecimentos complementares julgados necessários e relevantes à análise do caso concreto.”*
8. O prestador, em resposta a tal pedido de informação da ERS, por ofício remetido em 14 de julho de 2017, veio informar o seguinte:

“[...]”

1.º O utente foi observado na consulta de cirurgia a 20/05/2016 por hérnia inguinal bilateral. É utente portador de desfibrilador implantado. Por apresentar risco cardíaco elevado, foi solicitada consulta de anestesia e cardiologia.

2º O utente teve nova consulta em 08/03/2017 e já tinha tido consulta no H. S. João a 27/02/2017 e já tinha tomado a decisão de ser intervencionado naquela instituição, conforme comunicou ao cirurgião, assim, foi dada a alta para a consulta do S. João.

Informamos que, as consultas realizadas entre dezembro e março de 2017, foram agendadas para colaborar na resolução da situação clínica do utente.

3º Informamos que o doente está inscrito para cirurgia no hospital de S. João desde 13/03/2017 e assinou termo de consentimento em 12/06/2017, tal como se pode comprovar pelos documentos em anexo.

Cumpramos informar que foi decisão do utente ser operado na instituição onde colocou o desfibrilador, nesse sentido procedeu-se à alta com destino ao S. João, procedimento habitual neste tipo de situação”. - cfr. ofício de resposta do prestador junto aos autos.

9. O prestador juntou aos autos, cópia de documentos comprovativos de consulta externa de cardiologia no CHUSJ, em 6 de abril de 2017, e de cirurgia geral em 27 de fevereiro de 2017, cópia de documento do CHUSJ de inscrição/inclusão, em 12 de junho de 2017, na lista de espera para cirurgia (LIC) para reparação unilateral de hérnia inguinal direta com excerto ou prótese.

10. Na sequência da resposta do CHTS, e tendo presente os factos referidos *supra*, foi possível concluir pela necessidade de solicitar ao Centro Hospitalar e Universitário de São João, E.P.E. (CHUSJ), em 15 de setembro de 2017, as seguintes informações:

“[...]

1. Pronunciem-se sobre a situação descrita na referida exposição, bem como sobre os esclarecimentos prestados pelo CHTS;
2. Informem sobre a situação atual do utente, concretamente no que respeita a realização da cirurgia em causa;
3. Remetam quaisquer esclarecimentos complementares julgados necessários e relevantes à análise do caso concreto”.

11. Nessa sequência, em 4 de dezembro de 2017, veio o CHUSJ remeter a informação enviada pelo serviço de Cardiologia do CHUSJ nos termos da qual é referido o

seguinte “[...] Este doente é seguido na consulta de Aritmologia. Para o problema desta cirurgia nunca fomos contactados.”, mais informam que “[...] o doente fez substituição do CDI em 2 de agosto de 2017 [...]”.

12. Mais, o prestador juntou aos autos, cópia de documentos comprovativos de consulta externa de cardiologia no CHUSJ, em 6 de abril de 2017, e de cirurgia geral em 27 de fevereiro de 2017, cópia de documento do CHUSJ de inscrição/inclusão, em 12 de junho de 2017, na lista de espera para cirurgia (LIC) para reparação unilateral de hérnia inguinal direta com excerto ou prótese.
13. Analisados todos os elementos carreados para os autos, verificou-se a necessidade de averiguar com maior profundidade a situação em causa, pelo que em 22 de janeiro de 2018, foram os prestadores CHTS e CHUSJ, bem como o utente, notificados da abertura do presente processo de inquérito;
14. Nessa sequência, em 26 de janeiro de 2018, veio o utente, junto do presente processo esclarecer o seguinte:

“Fiquei ciente que depois da consulta de anestesia, tida no S. João, seria chamado seguidamente para a cirurgia. Porém, até hoje, nada aconteceu e continuo à espera, pelo que cada vez mais tenho dificuldade em andar.

Enviei já 2 email para os serviços do S. João e nem resposta tive.

A transferência para o S. João, foi realmente motivada por ser portador de "Pacemaker" e "Desfibrilador", pelo que o anestesista do hospital de Penafiel (Hosp. Padre Américo) não se poder responsabilizar.

Assim foi deliberado que seria feita a cirurgia no S. João, local onde foram colocados esses equipamentos.

Como confirmo, todos os procedimentos foram feitos, porem ainda não fui chamado.

Tenho sido muito prejudicado, até porque dirijo uma pequena empresa, que depende de mim, com enorme sacrifício.

Agradecia que pudesse agendar essa cirurgia com os serviços, para que não seja apanhado de surpresa, dado as responsabilidades na empresa”.

15. Após insistência, em 13 de junho de 2018, para resposta ao pedido de informação da ERS, o CHTS veio prestar, em 18 de junho de 2018, os seguintes esclarecimentos:

[...]

- O utente [...] foi referenciado por hérnia inguinal direita sem obstrução ou estrangulamento com evolução de 10 anos. Tinha como antecedentes hipertrofia benigna da próstata, síndrome coronário agudo e CDI, era seguido em consulta de pacemaker no Hospital Geral de S. João desde 2010. No Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, E.P.E., foi avaliado em consulta externa a 20-05-2016, tendo sido pedido estudo pré-operatório, avaliação por anestesiologia e cardiologia, confr. doc. n.º 1 e doc. n.º 6 que se anexam.

Foi remarcada consulta para avaliação em 08-08-2016, tendo o doente faltado [...]. Foi remarcada consulta para 23-09-2016, onde foi pedida novamente avaliação por anestesia e uma vez que o doente era seguido em consulta no Hospital Geral de S. João por cardiologia, aguarda informação, cnfr. Doc. n.º 3 e doc. n.º 6.

Em 07-12-2016 como o doente não tinha o estudo todo concluído e dado o risco do doente, foi pedida novamente consulta urgente por anestesiológica, confr. doc. n.º 4 e n.º 6.

Em 08-03-2017 o doente informa que decidiu ser operado no Hospital de S. João, confr. doc. n.º 5”.

16. Por ofício que deu entrada na ERS em 2 de fevereiro de 2018, o CHUSJ veio informar que “[...] o doente ainda não foi intervencionado. Está inscrito na lista de inscritos para cirurgia desde 12-06-2017 e aguarda agendamento uma vez que não é prioritário”.

17. Nessa sequência, em 05 de julho de 2018, solicitou-se ao CHUSJ:

“[...] Informem sobre a situação atual do utente, concretamente no que respeita à realização da cirurgia em causa, indicando a respetiva data, se aplicável, ou a eventual emissão de vale cirurgia [...]”

18. Sucede que, em ofício de 3 de agosto de 2018, o CHUSJ veio alegar que “[...] não existe qualquer pedido referente a situação de necessidade de avaliação pré-operatória de cirurgia de hérnia inguinal”:

19. Considerado o teor contraditório dos factos transmitidos face à restante informação constante dos autos, foi efetuado contacto telefónico com o referido prestador em 21 de agosto de 2018, para pedir esclarecimentos, e nessa sequência em 22 de agosto de 2018 o mesmo veio informar o seguinte, no que concerne a referida cirurgia a uma hérnia inguinal ao utente J.M.:

“Relativamente ao pedido de informação sobre a continuidade de cuidados a prestar ao Sr. [JM], informamos:

- Na consulta de Cirurgia realizada no dia **12-06-2017** no CHUSJ, foi colocado em lista de espera para cirurgia;

- O 1.º vale cirurgia é emitido em 10-11-2017;

- O 2.º vale cirurgia é emitido em 22-03-2018.

Os vales são emitidos por uma “unidade central” do MS sempre que o TMRG vai para além do estipulado em 70%”.

20. Em 21 de agosto de 2018 foi realizada uma diligência de contacto telefónico com o utente, o qual confirmou que recebeu um vale de cirurgia do CHUSJ, tendo realizado a referida intervenção cirurgia no Hospital da Luz Clínica da Póvoa do Varzim.

III. DO DIREITO

III.1. Das atribuições e competências da ERS

21. 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.

22. 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;

23. Consequentemente, o Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E.P.E. e o Centro Hospitalar e Universitário de S. João, E.P.E. são estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, registados no SRER da ERS sob o n.º 19232 e 20296, estando, por isso, sujeitos aos poderes de regulação e supervisão desta Entidade Reguladora.

24. 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”.

25. 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”;
26. 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”.
27. 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”.
28. 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”;
29. 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.
30. Pelo que, tal como configurada, a situação denunciada poderá não só traduzir-se num comportamento atentatório dos legítimos direitos e interesses do concreto 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

31. 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.
32. 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”*;
33. 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”*;
34. 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.
35. 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”*.
36. 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).

37. Tendo o utente, bem assim, “(...) *direito à prestação dos cuidados de saúde mais adequados e tecnicamente mais corretos*” (n.º 2).
38. Estipulando, ainda, o n.º 3 que “*Os cuidados de saúde devem ser prestados humanamente e com respeito pelo utente*”.
39. 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.
40. 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*”.
41. 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.
42. 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.

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

III.3 Das regras do SIGIC

43. 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
44. 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.”.
45. 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.
46. 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).
47. 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 cirurgias ou pequenas cirurgias que não necessitem de utilização do BO;

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

48. 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.
49. 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.
50. 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.
51. 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.
52. 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.
53. 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.
54. 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.

55. 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.
56. 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.
57. 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.
58. 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;
59. Competindo, com efeito, à Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia (UCGIC), nos termos da alínea I) do.º 49 da Parte IV do Regulamento do SIGIC “[e]mitir e enviar vales cirurgia.”.

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.

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.

60. 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 .
61. 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.

IV. ANÁLISE DA SITUAÇÃO CONCRETA

62. Subjacente à abertura dos presentes autos está a atuação do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E.P.E. (CHTS), que se escusou a efetuar a cirurgia de que o utente necessitava – correção hérnia inguinal - com base no argumento de que a patologia cardíaca de que o mesmo é portador, consubstanciava impedimento a que a mesma ocorresse em prestador diverso daquele que o acompanha no âmbito da especialidade de cardiologia.
63. Mais concretamente, na reclamação efetuada, o utente refere que, por ser portador de pacemaker, lhe foi recusado o acesso a cirurgia no CHTS.
64. Facto corroborado pelo CHTS que reconheceu expressamente a impossibilidade de realização da cirurgia alegando que “[...] *por uma questão de segurança para o utente, e qualidade do serviço, deve ser operado no hospital [Centro Hospitalar de São João, E.P.E.] onde colocou este equipamento [pacemaker], para que o controle do mesmo possa ser realizado nesse hospital.*”.
65. Não obstante, sem avaliar a bondade da ponderação de ordem clínica efetuada pelo CHTS para a não realização da cirurgia, cumpre referir que os procedimentos adotados nessa sequência não se mostraram/mostram suficientemente garantísticos do direito de acesso a cuidados de saúde tempestivos e integrados;
66. Porquanto, não resulta de que forma atuou o CHTS no sentido de orientar o utente para que, de forma tempestiva, pudesse dentro do SNS aceder à prestação dos cuidados de que necessitava.
67. Pois que se reconhece a sua incapacidade de atuação no caso concreto, ou no limite a mais valia de atuação do CHUSJ, deveria o CHTS diligenciar ativamente pela

articulação necessária para que o utente pudesse, sem perda de antiguidade em LIC, aceder aos cuidados de que necessitava;

68. O que não veio a acontecer já que o mesmo veio a ser novamente inscrito no CHUSJ, ficando por esclarecer qual a concreta intervenção que o CHTS teve na transferência do episódio cirúrgico do utente, o qual não pode ser onerado com a procura ativa de cuidados que, *ab initio*, cumpria ao CHTS prestar.
69. Assim, ainda que das diligências encetadas nos autos resulte de forma inequívoca que o utente acedeu à prestação de cuidados de saúde de que necessitava por meio da emissão de vale cirurgia no âmbito do SIGIC;
70. Certo é que o seu percurso de acesso não se pautou pela celeridade e integração exigíveis, facto que deve ser objeto de correção pelo CHTS, porquanto
71. é suscetível de consubstanciar uma perda de janela/oportunidade terapêutica, enquanto concretização da garantia do direito de acesso universal e equitativo aos serviços públicos de saúde, que se apresentem como necessários e adequados à satisfação das concretas necessidades dos utentes e obviamente em tempo útil, que incumbe à ERS, como visto, e à luz das suas atribuições, prevenir e punir;
72. Por todo o exposto, e considerando que:
- a) os cidadãos têm o direito a que lhes sejam prestados integralmente todos os cuidados de saúde;
 - b) cada instituição deve conhecer, o que concretamente a si se exige para contribuir para a garantia constitucional da prestação de cuidados de saúde;
 - c) daí resultando a obrigatoriedade das unidades hospitalares referenciar/encaminharem os utentes, sempre que constata não possuírem capacidade para a prestação de cuidados de saúde específicos, ou por outra razão considerarem que os utentes deverão ser encaminhados para outras unidades;
 - d) Revela-se oportuno instruir o CHTS para que nas situações em que constata não possuir capacidade e/ou não deve prestar cuidados de saúde específicos, os utentes sejam encaminhados para unidade hospitalar que garanta a prestação dos cuidados de saúde necessários;
 - e) Porquanto, qualquer entropia na implementação de tais procedimentos é suscetível de impactar com o direito dos utentes à prestação tempestiva e integrada de cuidados de saúde.

- f) Prejudicando com isso a garantia do direito relativo ao acesso aos cuidados de saúde, à prestação de cuidados de saúde de qualidade, bem como dos demais direitos dos utentes, que à ERS cabe prosseguir.

73. Nesse sentido, justifica-se uma intervenção regulatória da ERS, tendente à garantia de não repetição futura de situações idênticas às verificadas no caso concreto dos presentes autos.

V. DA AUDIÊNCIA DE INTERESSADOS

74. 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 Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E.P.E. e o reclamante J.M., ambos por ofícios datados de 7 de setembro de 2018.

75. Decorrido o prazo legal concedido para o efeito, nenhum dos interessados veio aos autos pronunciar-se sobre o teor do projeto de deliberação da ERS, pelo que este deve ser integralmente mantido.

VI. DECISÃO

76. 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 Tâmega e Sousa, E.P.E., no sentido de:

- (i) Garantir, em permanência, que, na prestação de cuidados de saúde, são respeitados os direitos e interesses legítimos dos utentes, nomeadamente, o direito aos cuidados adequados e tecnicamente mais corretos, os quais devem ser prestados humanamente, com respeito pelo utente, com prontidão e num período de tempo clinicamente aceitável, em conformidade com o estabelecido no artigo 4º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março;
- (ii) Criar procedimentos, de forma a que, nas situações em que constata não possuir capacidade e/ou não considera clinicamente adequado e/ou seguro prestar determinados cuidados de saúde específicos, os utentes sejam

encaminhados tempestivamente para unidade hospitalar que garanta a prestação dos cuidados de saúde necessários;

- (iii) 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.

77. 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”.

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

Porto, 4 de outubro de 2018.