

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/6/2018;

I. DO PROCESSO

I.1. I.1. Origem do processo

1. A Entidade Reguladora da Saúde (ERS) tomou conhecimento, em 22 de fevereiro de 2017, de uma exposição subscrita por J.G.S em 7 de fevereiro de 2017, referente ao cancelamento súbito de uma cirurgia no próprio dia da sua realização no Centro Hospitalar Póvoa Varzim Vila do Conde, E.P.E. (CHPVVC), entidade inscrita no SRER da ERS sob o n.º 19061.
2. A reclamação foi inicialmente tratada em sede de processo de reclamação registado sob o n.º REC/11439/2017 e, posteriormente, em sede de processo de avaliação

registado sob o n.º AV/80/2017 (aberto em 5 de setembro de 2017), no âmbito do qual foram realizadas diversas diligências instrutórias.

3. No entanto, face à necessidade de adoção de uma intervenção regulatória da ERS ao abrigo das suas atribuições e competências, e no sentido de o prestador dever adequar o seu comportamento à garantia dos direitos dos utentes, nomeadamente do direito dos utentes aos cuidados adequados e tecnicamente mais corretos e do direito à informação verdadeira, completa e inteligível sobre todos os aspetos relacionados com a prestação de cuidados de saúde;
4. O Conselho de Administração deliberou, por despacho de 1 de fevereiro de 2018, proceder à abertura do presente processo de inquérito, registado internamente sob o n.º ERS/6/2018.

I.2. Da reclamação do utente e da resposta do prestador

5. Da exposição, subscrita em 7 de fevereiro de 2017, consta o seguinte:

“[...]

Apresentei-me para uma cirurgia na anca esquerda, conforme indicado, às 10h00 da manhã do dia 06 de Fevereiro, segunda-feira. Nessa altura e apenas nessa altura me foi indicado que a cirurgia tinha sido cancelada. Após perguntar o que se tinha passado fui informado que a cirurgia foi cancelada na sexta-feira passada pela chefe de Anestesia [...]. Falei com ela no início da tarde e foi-me dito por ela que a cirurgia foi cancelada por ter um pacemaker, que é norma do hospital por falta de condições que todos os pacientes com pacemaker sejam reencaminhados para hospitais centrais [...]. A questão que se coloca, e o motivo desta reclamação é terem deixado o processo desenrolar-se até ao último momento [...].

[...]”.

6. Numa primeira resposta ao utente, de 21 de fevereiro de 2017, o prestador referiu o seguinte:

“[...]

- O senhor foi avaliado a primeira vez a 27/07/2016 na consulta de Ortopedia tendo nessa data sido inscrito para cirurgia – PTA esquerda;

- Foi reavaliado em consulta pré internamento de ortopedia a 12/12/2016 tendo sido pedidos nessa data exames pré operatórios e consulta de anestesia pré operatória;

- Foi avaliado em consulta de cardiologia em novembro de 2016 onde após avaliação da função cardíaca, foi referida a dependência de pacemaker e que este se encontrava normofuncionante;

- Foi observado em consulta de anestesista a 19 de janeiro [de 2017] onde se fez referência à avaliação por cardiologia e dependência de pacemaker, tendo sido efetuada a reserva de GR, dadas indicações quanto à medicação a manter e a suspender aquando da realização da cirurgia, referindo-se no final da consulta que esta seria ‘condicional pelo pacemaker’;

Compareceu no C.H. de acordo com convocatória às 10.h de 6 de janeiro [lapso: fevereiro] [de 2017] para realização de cirurgia, tendo-lhe sido indicado nessa altura o cancelamento da mesma com a justificação de ser portador de pacemaker.

- A 7 de janeiro [lapso: fevereiro] foi orientado para o Hospital de Pedro Hispano.

Embora se compreenda a decisão e não operar neste Centro Hospitalar, já que é a sua vida que pode ficar em perigo, não se compreende que não tenha havido anteriormente constatação desta situação.

Foi enviada cópia da sua reclamação aos serviços envolvidos – ortopedia e anestesia – para futuramente encetarem diálogo e evitarem situações similares.

[...]”.

I.3 Diligências

7. 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 Póvoa Varzim Vila do Conde, E.P.E. (CHPVVC), entidade inscrita no SRER sob o n.º 1906;
- (ii) Pedido de elementos ao prestador em 14 de setembro de 2017, com insistência em 27 de dezembro de 2017 e análise da respetiva resposta de 11 de janeiro de 2018;

- (iii) Notificação de abertura de processo de inquérito ao reclamante em 28 de fevereiro de 2018;
- (iv) Notificação de abertura de processo de inquérito ao prestador em 28 de fevereiro de 2017, e análise da resposta remetida em 22 de março de 2018 e reencaminhada à ERS em 24 de julho de 2018.

II. DOS FACTOS

1. Neste seguimento, foi remetido, em 14 de setembro de 2017, o seguinte pedido de elementos ao CHPVVC (acrescido de um pedido de insistência formal em 27 de dezembro de 2017):

“[...]”

1. *Se pronunciem sobre todo o teor da reclamação remetida à ERS e forneçam esclarecimentos adicionais que entendam relevantes sobre a situação do utente;*
2. *Descrição pormenorizada das etapas percorridas pela utente, com indicação das datas (i) das consultas de especialidade realizadas, (ii) da decisão clínica de procedimento cirúrgico, (iii) da inscrição da utente em LIC, (iv) dos procedimentos atinentes ao processo de transferência da utente, acompanhado dos respetivos elementos documentais de suporte, designadamente, proposta cirúrgica e vale cirurgia emitido;*
3. *Se pronunciem sobre o facto de, tendo havido conhecimento da existência do pacemaker em consulta de cardiologia em novembro de 2016, não foi logo aí registada a necessidade de transferência do utente;*
4. *Se pronunciem sobre o facto de o utente não ter sido avisado previamente do cancelamento da cirurgia e quais os procedimentos de informação ao utente atualmente existentes para evita situações como a ocorrida;*
5. *Expliquem quais os motivos para o facto de utentes com pacemaker não poderem ser submetidos a cirurgia no V/ Centro Hospitalar;*
6. *Quais os procedimentos existentes, nomeadamente no que diz respeito ao contacto com os hospitais de destino, para a transferência de utentes aludida no número anterior;*

7. *Informem se a cirurgia já foi realizada, e ponto de situação sobre o estado clínico da utente, ou, em caso negativo, que diligências estão a ser tomadas para a sua célere realização;*

8. *Procedam ao envio de quaisquer esclarecimentos complementares julgados necessários e relevantes à análise do caso concreto.*

[...].”

2. Em resposta rececionada em 15 de janeiro de 2018, o prestador pronunciou-se nos termos *infra* reproduzidos, sem, contudo, juntar a respetiva documentação comprovativa:

“[...]

I.

Quanto às questões colocadas por V. Ex. nos pontos 1, 2, 4 e 7

1. *O Utente supra referido foi proposto para cirurgia de artroplastia da anca esquerda (com data de inscrição na lista de espera em 27-7-2016);*

2. *Este Utente foi Avaliado em consulta de anestesia em 18-1-2017, tendo sido admitido condicionalmente para a realização de cirurgia para 6-7-2017;*

3. *Posteriormente, e no decurso de reavaliação efectuada por esta especialidade — anesthesiologia, consequência de este doente ser portador de pace-maker, foi decidido recusar a intervenção cirúrgica proposta.*

4. *No dia 3-2-2017, o doente foi informado que a cirurgia não se realizaria na data prevista, por via de contacto telefónico;*

5. *O Utente, consequência deste Procedimento de Reavaliação foi orientado para ULS Matosinhos, onde teve consulta de Ortopedia em 11-4-2017;*

6. *O utente foi intervencionado na ULS Matosinhos em 23-11-2017.*

7. *O C.H. comunica o adiamento das cirurgias aos seus utentes por via telefónica e carta simples remetida para o respectivo domicílio.*

II.

Ponto 3 e 5.

8. *O reencaminhamento deste utente para ser submetido a intervenção cirúrgica supra identificada estriba-se no facto de o doente ser portador de pacemaker, e que o risco atinente a esta intervenção não se coadunava com os meios técnicos disponíveis pelo*

que a Especialidade de Anestesia, de acordo com as melhores práticas e segurança do Utente, decidiu que esta intervenção não podia ser realizada neste Centro Hospitalar.

9. Esta decisão médica foi tomada tendo em conta a segurança e o exclusivo interesse do doente.

III.

Ponto 6.

Quanto à orientação dos doentes para outros hospitais, tal só será possível quando as orientações definidas pela Rede de Referência Hospitalar para Ortopedia, estiver aprovada e regulamentada.

Entretanto, os doentes são referenciados para a Unidade Local de Matosinhos ou Centro Hospitalar de São João em função da avaliação do caso concreto e da necessidade de prestação de cuidados específicos identificados e não disponíveis no Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde.

[...].

8. Termos em que, já em sede do presente processo de inquérito, foi remetido ao prestador, em 28 de fevereiro de 2018, o seguinte pedido de elementos:

“[...]

1. Envio de cópia integral de toda a documentação comprovativa relativa ao processo do utente em LIC, nomeadamente, da inscrição em LIC e prioridade atribuída à cirurgia, bem como de todas as consultas realizadas;
2. Envio de comprovativo do envio de carta simples ao utente com informação relativa ao adiamento da cirurgia;
3. Envio de cópia de todas as comunicações mantidas com a ULSM em ordem ao reencaminhamento deste utente, bem como dos procedimentos que existam para o reencaminhamento, em geral, de utentes nas mesmas situações;
4. Envio de cópia de documento comprovativo da realização da cirurgia ao utente;

[...].

9. Ao que o prestador respondeu, em 22 de março de 2018, nos seguintes termos, acompanhados de toda a respetiva documentação:

“[...]

Em cumprimento do solicitado através do V/ ofício OS.31031/2018 – O.ERS/6/2018.1_fn e sobre o assunto em referência, encarrega-me o Senhor Diretor

Clínico – Dr. J.M., de remeter a V. Ex.^a (em anexo) toda a documentação relativa ao utente J.G.S.

Relativamente ao Ponto 2: Dado o curto espaço de tempo entre a anulação da cirurgia (03/02) e a data de agendamento (6/02), não foi possível o aviso via carta simples, conforme referido, tendo sido a comunicação feita via telefone que se revelou infrutífera.

[...].”

III. DO DIREITO

III.1. Das atribuições e competências da ERS

10. 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.
11. 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;
12. Consequentemente, o Centro Hospitalar Póvoa de Varzim-Vila do Conde, E.P.E. é uma entidade inscrita no SRER da ERS sob o n.º 12975.
13. As atribuições da ERS, de acordo como disposto nas alíneas a) e b) do 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 à garantia dos direitos relativos ao acesso aos cuidados de saúde, à prestação de cuidados de saúde de qualidade, bem como dos demais direitos dos utentes, e ainda, à legalidade e

transparência das relações económicas entre os diversos operadores, entidades financiadoras e utentes.

14. Ademais, constituem objetivos da ERS, nos termos do disposto nas alíneas b), c) d) e e) do artigo 10.º do mencionado diploma, assegurar o cumprimento dos critérios de acesso aos cuidados de saúde, garantir os direitos e interesses legítimos dos utentes, zelar pela prestação de cuidados de saúde de qualidade e zelar pela legalidade e transparência das relações económicas entre todos os agentes do sistema.
15. Competindo-lhe, na execução dos objetivos previstos nas alíneas b) e c) do artigo 10.º, e conforme resulta dos artigos 12.º e 15.º dos Estatutos, zelar pelo respeito da liberdade de escolha nos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, incluindo o direito à informação, e também analisar as relações económicas nos vários segmentos da economia da saúde, tendo em vista o fomento da transparência, da eficiência e da equidade do sector, bem como a defesa do interesse público e dos interesses dos utentes.
16. No que se refere 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”*.
17. Já 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”*.
18. Para tanto, a ERS pode assegurar tais incumbências mediante o exercício dos seus poderes de supervisão, quer zelando pela aplicação das leis, regulamentos e demais normas aplicáveis sujeitas à sua regulação, quer através da 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.

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

19. 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.
20. Por sua vez, a Lei de Bases da Saúde (LBS), aprovada pela Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, em concretização da imposição constitucional contida no referido preceito, estabelece no n.º 4 da sua Base I que “[...] *os cuidados de saúde são prestados por serviços e estabelecimentos do Estado ou, sob fiscalização deste, por outros entes públicos ou por entidades privadas, sem ou com fins lucrativos*”, consagrando-se nas diretrizes da política de saúde estabelecidas na Base II que “*é objetivo fundamental obter a igualdade dos cidadãos no acesso aos cuidados de saúde, seja qual for a sua condição económica e onde quer que vivam, bem como garantir a equidade na distribuição de recursos e na utilização de serviços*”;
21. 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”;*
22. 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.
23. 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*”.
24. 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);

25. Tendo o utente, bem assim, “[...] *direito à prestação dos cuidados de saúde mais adequados e tecnicamente mais corretos*” (n.º 2);
26. Estipulando, ainda, o n.º 3 que “*Os cuidados de saúde devem ser prestados humanamente e com respeito pelo utente*”.
27. 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.
28. 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*”.
29. Relativamente ao direito dos utentes de ser tratados pelos meios adequados e com correção técnica, tal resulta do reconhecimento ao utente do direito a ser diagnosticado e tratado à luz das técnicas mais atualizadas, e cuja efetividade se encontre cientificamente comprovada, sendo, porém, 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.
30. 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)

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

III.3.1 Nota prévia

31. 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.
32. 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.
33. 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).
34. 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.
35. Por seu lado, o artigo 6.º da Portaria, relativo aos princípios específicos do SIGA SNS, estabelece, entre outros, *“Integração de cuidados, assegurando a articulação e a coordenação dos meios e recursos das instituições do SNS para uma resposta integrada às necessidades dos utentes”* e *“Transparência, garantindo que o utente é informado do objetivo prosseguido em cada tipo de prestação de cuidados de saúde realizada nas instituições do SNS, das tramitações necessárias, da prioridade em que é classificado e do tempo de resposta previsível”*.
36. 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.
37. 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.

38. 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.
39. 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.
40. 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.
41. 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.
42. 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.
43. 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

44. 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
45. 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.”.
46. 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.
47. Cumprindo a este propósito ressaltar que, cronologicamente, a inscrição dos utentes em LIC é precedida da consulta da especialidade e da conseqüente 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).
48. 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.

49. 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.
50. 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.
51. 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.
52. 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.
53. 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.
54. 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.
55. 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.

56. 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.
57. 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.
58. 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.
59. 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;

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. 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.”.
61. 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 .
62. 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.
63. 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.*
64. As URGIC ficam integradas nas Administrações Regionais de Saúde, competindo-lhes:
- a) *Monitorizar, avaliar e controlar a evolução de inscritos para cirurgia nas unidades hospitalares, designadamente os tempos de espera;*
 - j) *Autorizar a emissão de vales cirurgia para a realização de procedimentos cirúrgicos propostos pelo HD, quando sejam complementares de procedimentos cirúrgicos realizados anteriormente, após auscultação do HO;*
 - m) *Decidir nas situações em que se verifiquem conflitos entre HO e HD;*
 - n) *Verificar se a facturação emitida pelas entidades convencionadas corresponde à actividade realizada no âmbito dos vales cirurgia [...] – cfr. § 50.º e § 52.º do Regulamento.*
65. Ainda, a UCGIC fica integrada na ACSS, competindo-lhe:

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

[...]”.

III.4 Dos direitos e interesses legítimos dos utentes – direito dos utentes à informação

66. A assimetria de informação que se verifica entre prestadores e consumidores reduz a capacidade de escolha dos últimos, não lhes sendo fácil avaliar a qualidade e adequação do espaço físico, nem a qualidade dos recursos humanos e da prestação a que se submetem quando procuram cuidados de saúde.
67. Além disso, a importância do bem em causa (a saúde do doente) confere uma gravidade excepcional à prestação de cuidados em situação de falta de condições adequadas.
68. O utente dos serviços de saúde tem direito a que os cuidados de saúde sejam prestados com observância e em 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.
69. Os utentes dos serviços de saúde que recorrem à prestação de cuidados de saúde encontram-se, não raras vezes, numa situação de vulnerabilidade que torna ainda mais premente a necessidade de os cuidados de saúde serem prestados pelos meios adequados, com prontidão, humanidade, correção técnica e respeito.
70. Sempre e em qualquer situação, toda a pessoa tem o direito a ser respeitada na sua dignidade, sobretudo quando está inferiorizada, fragilizada ou perturbada pela doença.
71. Por outro lado, a relação que se estabelece entre os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde e os seus utentes deve pautar-se pela verdade, completude e transparência na transmissão da informação necessária, em todos os seus aspetos e momentos.

72. Nesse sentido, o direito à informação – e o concomitante dever de informar – surge com especial relevância e é dotado de uma importância estrutural e estruturante da própria relação criada entre utente e prestador – cfr. alínea e) do n.º 1 da Base XIV da LBS (e, hoje, o n.º 1 do artigo 7º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março), para efeitos de consentimento informado e esclarecimento, quanto a alternativas de tratamento e evolução do estado clínico.
73. A informação transmitida ao utente deve ser verdadeira, completa, transparente, acessível e inteligível pelo seu destinatário concreto – cfr. artigo 5º da Convenção dos Direitos Humanos e da Biomedicina⁵, artigo 157º do Código Penal e, hoje, artigo 7º, n.º 2 da Lei n.º 15/2014, de 21 de março.
74. *A contrario*, a veiculação de uma qualquer informação errónea, a falta de informação ou a omissão de um dever de informar por parte do prestador são suficientes para comprometer a exigida transparência da relação entre este e o seu utente, para além de potenciar lesões de direitos e interesses (patrimoniais e não patrimoniais) dos utentes.
75. Por outro lado, o direito à saúde e o direito de acesso aos cuidados de saúde compreendem a prestação de cuidados de saúde de que o utente necessita, de facto, face à sua condição clínica e, por maioria de razão, impedem a prestação de cuidados de saúde de que aquele não tenha qualquer necessidade.
76. Com efeito, só com base na absoluta transparência e completude de informação é que poderá ser salvaguardado o direito de um qualquer utente de escolher livremente o agente prestador de cuidados de saúde e, bem assim, de prestar (ou recusar) o consentimento para receber os cuidados de saúde que lhe são indicados.
77. É óbvio que esta liberdade - de escolha e de prestação de consentimento, portanto, de autodeterminação - só pode ser exercida no momento anterior à efetiva prestação de cuidados de saúde, pelo que a informação referida deve ser atempadamente transmitida ao utente, para que tenha utilidade e sirva os seus propósitos.
78. A informação a disponibilizar pelo prestador ao público (aos utentes) deve ser suficiente para o dotar dos instrumentos necessários ao real conhecimento da sua posição face ao prestador.

⁵ Celebrada, no âmbito do Conselho da Europa, em 4 de abril de 1997; aprovada para ratificação pela Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001, de 3 de janeiro, publicada no Diário da República, I Série-A, n.º 2/2001; e ratificada pelo Decreto do Presidente da República, n.º 1/2001, de 20 de fevereiro, de 3 de janeiro, publicado no Diário da República, I Série A, n.º 2/2001

79. Um dos problemas fundamentais em saúde prende-se, na verdade, com a “*assimetria de informação*” que existe em todas as relações prestador - utente.
80. De facto, os mercados de serviços de saúde são caracterizados pela informação imperfeita que, regra geral, as pessoas possuem relativamente à saúde e à doença.
81. Com efeito, é natural que um utente perceba a existência de um sintoma, embora não reúna os conhecimentos necessários para determinar a origem e gravidade do mesmo.
82. Deste modo, será normalmente um profissional de saúde que determinará a gravidade do problema e conduzirá o utente ao tratamento adequado;
83. E que possuirá a informação sobre qual o material, fármacos, consumos que podem ser usados durante um internamento/tratamento - incluindo saber se os mesmos estão devidamente esterilizados e em condições para ser utilizados no decurso do procedimento cirúrgico.
84. Ora, é aqui que se verifica uma assimetria de informação que, concretamente, resulta do facto de os profissionais de saúde serem portadores do conhecimento exato dos procedimentos e dos cuidados mais adequados às necessidades dos utentes.
85. Efetivamente, o utente comum não será conhecedor da doença de que padece, e, muito menos, dos tratamentos de que necessita, nem do material, fármacos, consumos a utilizar e respetivas condições, sendo essa a razão que o leva a recorrer a um prestador de cuidados de saúde para o aconselhar.
86. Em conclusão, a liberdade de escolha, bem como o consentimento para o tratamento proposto pelo prestador, só podem ser efetivamente garantidos se for transmitida ao utente, completa e atempadamente, toda a informação relevante para a sua decisão.
87. No que se refere especificamente, ao direito dos utentes à informação no âmbito do SIGA SNS, a Portaria n.º 147/2017, de 27 de abril, mais concretamente no seu artigo 13.º, relativo aos direitos e deveres do utente, estabelece que o utente no âmbito do SIGA SNS tem direito a “*Ser informado sobre os tempos expectáveis de resposta em cada instituição, para os diversos serviços, de acordo com as prioridades estabelecidas*”; “*Conhecer a sua situação específica, nomeadamente ao tempo previsível de resposta para a prestação dos cuidados de saúde de que necessita*”; “**Ser formalmente notificado da referenciação para uma instituição**, da requisição de um MCDT, da inscrição para uma prestação de cuidados de saúde **ou do eventual cancelamento**”; e “*Recusar transferências ou datas de agendamento, por motivo atendível, nos casos expressamente previstos nos regulamentos específicos das várias áreas que compõem o SIGA SNS*”.

IV. ANÁLISE DA SITUAÇÃO CONCRETA

88. O utente foi inscrito em LIC, de acordo com o prestador, em 27 de julho de 2016.
89. Seguidamente, e conforme resulta da sua resposta à reclamação, datada de de 21 de fevereiro de 2017, o utente foi visto nas seguintes consultas:
- Novembro 2016 (o prestador não concretizou dia): consulta de cardiologia, na qual se constatou a existência de *pacemaker*;
 - 12 de dezembro de 2016: reavaliação em consulta pré-internamento de ortopedia;
 - 19 de janeiro de 2017: consulta de anestesia, “*onde se fez referência à avaliação por cardiologia e dependência de pacemaker, tendo sido efetuada a reserva de GR, dadas indicações quanto à medicação a manter e a suspender aquando da realização da cirurgia, referindo-se no final da consulta que esta seria ‘condicional pelo pacemaker’*”, conforme referiu o prestador.
90. Posteriormente, e conforme resulta igualmente da resposta do prestador à reclamação, o utente “*Compareceu no C.H. de acordo com convocatória às 10.h de 6 de janeiro [lapso: fevereiro] [de 2017] para realização de cirurgia, tendo-lhe sido indicado nessa altura o cancelamento da mesma com a justificação de ser portador de pacemaker.*”
91. Posteriormente, na resposta, a um pedido de elementos da ERS, rececionada em 15 de janeiro de 2018, prestador informou, ainda, que, no dia 3 de fevereiro de 2017, o utente foi informado, via telefónica, do adiamento da cirurgia.
92. Todavia, o mesmo prestador afirma que o adiamento de cirurgias é sempre feito quer por via telefónica, quer por carta simples.
93. Ora, o prestador não fez prova nem de uma coisa, nem de outra.
94. Posteriormente, porém, veio o prestador aos autos inflectir a sua posição inicial.
- Com efeito,
95. Contrariamente ao que alegou, na resposta rececionada em 15 de janeiro de 2018, o prestador acabou por reconhecer, em resposta de 22 de março de 2018, a pedido de

esclarecimentos adicionais da ERS, que, afinal, não foi enviada qualquer carta ao utente informando do cancelamento da cirurgia,

96. Bem assim reconhecendo que a tentativa de contacto telefónico se revelou, afinal, “*infrutífera*” (sem especificar os motivos).
97. Neste sentido, resulta desde logo que, no caso em análise, o prestador não acautelou os direitos e interesses legítimos do utente, nomeadamente, o seu direito à informação, na medida em que não realizou comunicação prévia e atempada ao utente do cancelamento da sua cirurgia, da sua motivação e da necessidade de ser transferido para outra unidade do SNS, para realização da cirurgia em causa;
98. Não tendo, por isso, respeitado o direito dos utentes, no âmbito do SIGA SNS, nomeadamente o direito a “**Ser formalmente notificado da referenciação para uma instituição**, da requisição de um MCDT, da inscrição para uma prestação de cuidados de saúde **ou do eventual cancelamento**”;
99. Pelo que no âmbito do presente processo importa garantir a não repetição futura de situações como aquela ocorrida nos presentes autos.
100. Noutro plano, assinale-se como a cirurgia é adiada sem mais, i.é, sem que ao utente seja transmitida uma nova data para realização da mesma.
101. Por outro lado, note-se que, tendo a existência do *pacemaker* sido constatada em consulta de cardiologia em consulta em novembro de 2016 (conforme expressamente informou o prestador),
102. O adiamento da cirurgia só foi comunicado ao utente no dia 6 fevereiro de 2017, dia da própria cirurgia,
103. E só a partir desta data é que o utente foi orientado para a ULISM.
104. Significa isto, portanto, que, entre novembro de 2016 e 6 de fevereiro de 2017, sensivelmente quatro meses, a situação em LIC do utente ficou, injustificada e negligentemente, em suspenso, sem que à mesma tenha sido dado qualquer andamento.
105. Ou seja, foi possível constatar, no caso em análise, a existência de um injustificado hiato entre a constatação da existência do *pacemaker* e consequente reencaminhamento para a ULISM;

106. Falta de diligência que obviamente acarreta prejuízos para a saúde e bem-estar do utente, sobretudo estando em causa um utente com 73 anos de idade.
107. Evidenciando, bem assim, deficiências na prestação de cuidados de saúde de qualidade e em tempo adequado pelo prestador aos seus utentes.
108. Circunstância, de resto, reconhecida pelo próprio prestador, que, na resposta à reclamação do utente, afirmou:
- “[...]”
- Embora se compreenda a decisão e não operar neste Centro Hospitalar, já que é a sua vida que pode ficar em perigo, não se compreende que não tenha havido anteriormente constatação desta situação [necessidade de reencaminhamento para a ULSM em virtude da existência de pacemaker].*
- Foi enviada cópia da sua reclamação aos serviços envolvidos – ortopedia e anestesia – para futuramente encetarem diálogo e evitarem situações similares.*
- [...]”.
109. Conforme informou o prestador, o utente foi intervencionado em 23-11-2017, razão pela qual a situação concreta se encontra resolvida desde essa data.
110. No caso concreto, porém, sendo a prioridade atribuída à cirurgia “normal”, o TMRG aplicável era, de harmonia com o disposto no Anexo I da Portaria n.º 87/2015, de 23 de março, de 270 dias (9 meses).
111. Significa isto que, tendo a utente sido inscrita em LIC em 27 de julho de 2016, a cirurgia deveria ter sido realizada até ao dia 27 de abril de 2017.
112. O que não sucedeu, tendo apenas tido lugar no dia 23 de novembro de 2017, o que salda, grosseiramente, num incumprimento do TMRG legal em, sensivelmente, sete meses.
113. Por último, o prestador informou nos presentes autos que “O reencaminhamento deste utente para ser submetido a intervenção cirúrgica supra identificada estriba-se no facto de o doente ser portador de pacemaker, e que o risco atinente a esta intervenção não se coadunava com os meios técnicos disponíveis pelo que a Especialidade de Anestesia, de acordo com as melhores práticas e segurança do Utente, decidiu que esta intervenção não podia ser realizada neste Centro Hospitalar. [...] 9. Esta decisão médica foi tomada tendo em conta a segurança e o exclusivo interesse do doente.”;

114. E que, “*Quanto à orientação dos doentes para outros hospitais, tal só será possível quando as orientações definidas pela Rede de Referência Hospitalar para Ortopedia, estiver aprovada e regulamentada.*

Entretanto, os doentes são referenciados para a Unidade Local de Matosinhos ou Centro Hospitalar de São João em função da avaliação do caso concreto e da necessidade de prestação de cuidados específicos identificados e não disponíveis no Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde.”.

115. Ora, no caso em análise nos presentes autos, em relação aos procedimentos/comunicações com a ULSM em ordem ao reencaminhamento do utente, verifica-se, antes de mais, que não existe qualquer procedimento ou protocolo geral escrito entre o CHPVVC e a ULSM (ou outro estabelecimento hospitalar) para situações como aquela em causa.

116. O que, por si só, se mostra inadequado e imprudente.

117. Assim como desrespeitador do princípio específico do SIGA SNS estabelecido na alínea e) do n.º 2 do artigo 6.º da Portaria n.º 147/2017, de 27 de abril, relativo à “*Integração de cuidados, assegurando a articulação e a coordenação dos meios e recursos das instituições do SNS para uma resposta integrada às necessidades dos utentes*”.

118. De facto, o reencaminhamento é feito através de comunicações *ad hoc* (como no caso do reclamante), ficando livremente ao sabor dos *timings* e diligência dos profissionais médicos.

119. Assim, e no caso *sub judice*, repare-se como, tendo o utente recebido orientação do CHPVVC para ser reencaminhamento para o HPH em consulta de 7 de fevereiro de 2017 (no CHPVVC),

120. Apenas foi observado em consulta no HPH no dia 11 de abril de 2017.

121. Acresce que, em tal consulta realizada no HPH, o médico faz menção à insuficiência da documentação remetida pelo CHPVVC: “[...] *Doente enviado do CHPVVC [...]. Não traz exame imagiológico. [...]*”.

122. Pelo que, também quanto a este aspeto, a ausência de um procedimento geral escrito para a regulação de reencaminhamento de utentes para outros prestadores do SNS em situações específicas como a presente constitui igualmente uma falha ou

deficiência na prestação de cuidados de saúde de qualidade e em tempo adequado pelo prestador aos seus utentes.

IV.2 Conclusões

123. A situação trazida ao conhecimento da ERS evidencia a necessidade de uma intervenção regulatória à luz das suas competências no sentido de serem corrigidas as falhas existentes nos procedimentos adotados pelo prestador subjacentes ao funcionamento do SIGIC.
124. Porquanto assumindo o SIGIC um papel central na gestão de cirurgias no SNS, qualquer entropia na implementação dos respetivos procedimentos é suscetível de impactar com o direito dos utentes à prestação tempestiva e integrada de cuidados de saúde.
125. Ora, compaginando todo o quadro legal *supra* referido e o enquadramento normativo dos direitos dos utentes à prestação de cuidados de saúde com os procedimentos adotados no caso concreto;
126. E tendo-se concluído pela existência de uma série de deficiências e entraves à prestação de cuidados de saúde de qualidade e em tempo adequado ao utente, nomeadamente, a não comunicação prévia e atempada ao utente do cancelamento da sua cirurgia; o injustificado hiato entre a constatação da existência do *pacemaker* e consequente reencaminhamento para a ULSM; o incumprimento do TMRG legalmente aplicável à cirurgia em causa (não obstante a cirurgia já ter sido realizada); e a ausência de um procedimento geral escrito para a regulação de reencaminhamento de utentes para outros prestadores do SNS em situações específicas como a presente;
127. Considera-se necessária a adoção da atuação regulatória *infra* delineada, ao abrigo das atribuições e competências legalmente atribuídas à ERS, no sentido de garantir, sempre e em qualquer momento, a adoção de todos os comportamentos tendentes ao rigoroso e cabal cumprimento de todas as regras estabelecidas no quadro legal relativo aos Tempos Máximos de Resposta Garantidos, e que o atendimento dos utentes se processe dentro do estrito cumprimento das regras de funcionamento do programa SIGIC, e que situações idênticas sejam solucionadas em tempo adequado e não se repitam no futuro.

V. AUDIÊNCIA DOS INTERESSADOS

128. 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, o reclamante e o prestador.
129. Decorrido o prazo concedido, não foi recebida qualquer pronúncia, nem da parte do reclamante, tão-pouco da do prestador.
130. Deste modo se justificando plenamente, pois, a manutenção, na íntegra, do projeto de deliberação da ERS e respetiva intervenção regulatória.

VI. DECISÃO

131. Tudo visto e ponderado, propõe-se ao Conselho de Administração da ERS, nos termos e para os efeitos do disposto na alínea a) do artigo 24.º e nas alíneas a) e b) do artigo 19º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, a emissão de uma instrução ao Centro Hospitalar Póvoa Varzim Vila do Conde, E.P.E., nos seguintes termos:
- (i) Garantir, sempre e em qualquer momento, a adoção de todos os comportamentos tendentes ao rigoroso e cabal cumprimento de todas as regras estabelecidas no quadro legal relativo aos Tempos Máximos de Resposta Garantidos, e que o atendimento dos utentes se processe dentro do estrito cumprimento das regras de funcionamento do programa SIGIC;
 - (ii) Assegurar que todos os procedimentos por si adotados sejam capazes de promover a informação completa, verdadeira e inteligível a todos os utentes sobre os aspetos relativos ao acompanhamento e alternativas existentes no SNS para salvaguarda de um acesso adaptado à sua condição clínica, nomeadamente, a comunicação aos utentes, com rigor, precisão e tempestividade, de todas as informações relevantes, como é o caso do adiamento ou cancelamento de cirurgias;
 - (iii) Garantir os direitos dos utente quando acedem aos cuidados de saúde no âmbito do SIGA SNS, nomeadamente, garantindo o direito a “*ser formalmente notificado da referenciação para uma instituição, da requisição*”

de um MCDT, da inscrição para uma prestação de cuidados de saúde ou do eventual cancelamento”, conforme estabelecido no artigo 13.º da Portaria n.º 147/2017, de 27 de abril;

(iv) Garantir a adoção de um procedimento geral escrito para todas as situações que exijam, por motivos específicos, o reencaminhamento de utentes para outros prestadores do SNS, e que a documentação clínica instruída em tal transferência seja rigorosa e completa, de forma a assegurar a articulação e a coordenação dos meios e recursos das instituições do SNS para uma resposta integrada às necessidades dos utentes;

(v) Dar cumprimento imediato à presente instrução, bem como dar conhecimento à ERS, no prazo máximo de 30 dias úteis após a notificação da presente deliberação, dos procedimentos adotados para o efeito.

132. 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 pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, configura como contraordenação punível, *in casu* com coima de 1000,00 EUR a 44 891,81 EUR, “[...] o *desrespeito de norma ou de decisão da ERS que, no exercício dos seus poderes regulamentares, de supervisão ou sancionatórios, determinem qualquer obrigação ou proibição, previstos nos artigos 14º, 16º, 17º, 19º, 20º, 22º e 23º*”.

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

Porto, 25 de outubro de 2018.