

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/7/2018;

I. DO PROCESSO

I.1. Origem do processo

1. A ERS tomou conhecimento de uma exposição subscrita, em 9 de março de 2017, por GL, cujo teor versa sobre constrangimentos no acesso a cirurgia no âmbito da emissão de Vale de Cirurgia, focando concretamente questões atinentes à faturação no âmbito do programa SIGIC, envolvendo o Hospital de Origem - Centro Hospitalar do Porto E.P.E. (CHP - entidade inscrita no SRER da ERS sob o n.º 19061, detentora do estabelecimento Unidade Hospitalar de Santo António, inscrito sob o n.º 136523) e o

Hospital de Destino - Casa de Saúde da Boavista (CSB – entidade inscrita no SRER da ERS sob o n.º 14044).

2. A reclamação foi inicialmente tratada em sede de processo de reclamação registado sob o n.º REC/27097/2017 e, posteriormente, em sede de processo de avaliação registado sob o n.º AV/071/2017 (aberto em 10 de julho 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 à prestação de 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 da ERS deliberou, por despacho de 1 de fevereiro de 2018, proceder à abertura do presente processo de inquérito, registado internamente sob o n.º ERS/007/2018.

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

5. Da exposição, subscrita em 9 de março de 2017, consta o seguinte:

“[...]”

Venho por este meio mostrar o meu desagrado pelo tempo de demora quase 60 dias à espera.

[...]”.

6. Numa primeira resposta ao utente, a Casa de Saúde da Boavista (CSB) referiu o seguinte:

“[...]”

[...] é-nos impossível corresponder à expectativa do reclamante, uma vez que a sua satisfação depende inteira e exclusivamente da resposta do Centro Hospitalar Universitário do Porto – Hospital de Santo António. Anexamos, DOC. 1, o pedido de atribuição de número de compromisso efetuado atempadamente e ao qual não foi dada resposta.

Aliás, a situação que levou a esta reclamação tinha sido já alvo de exposição junto da URGIC – Administração Regional e Saúde do Norte (DOC. 2), e deve-se ao incumprimento da circular informativa n.º 4/2017 por parte dos hospitais em emitirem o n.º de compromisso provisório e/ou definitivo.

Esta situação prejudica o atendimento do doente e conseqüentemente da sua saúde, atrasando o tratamento do doente e contrariando o objectivo base do SIGIC [...].

[...]”.

7. Complementarmente, a CSB juntou ainda uma cópia de e-mail remetido à ARS Norte, com o seguinte teor:

“[...]

Para além de cativarmos os vales, e solicitarmos o envio dos respetivos processos clínicos, passamos por força da circular informativa n.º 4/2017, também, a solicitar ao HO a emissão de n.ºs de compromisso através da comunicação na rede do SIGLIC.

Acontece que apenas o hospital de Gaia, está a emitir os n.ºs de compromisso.

[...]

A Dra. [...] [profissional do CHO – Hospital de Santo António], continua a informar que não existe nada que nos impeça de realizar a cirurgia porque o hospital vai sempre autorizar, no entanto o passado, em outros caso não foi isso que nos ensinou.

A resposta à nossa comunicação na rede é que o pedido foi endereçado ao departamento financeiro.

Apesar de estar a relatar este caso específico, ele é transversal a todos os hospitais, à exceção do Hospital de Vila Nova de Gaia [...].

[...]”.

I.3 Diligências

8. No âmbito da investigação desenvolvida pela ERS, realizaram-se, entre outras, as diligências consubstanciadas em:
- (i) Pesquisa no SRER da ERS relativa ao registo do prestador Centro Hospitalar do Porto E.P.E., entidade inscrita no SRER da ERS sob o n.º 19061 e detentora do estabelecimento Unidade Hospitalar de Santo António, inscrito sob o n.º 136523;

- (ii) Pedido de elementos ao prestador em 31 de julho de 2017 e análise da respetiva resposta de 29 de setembro de 2017;
- (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 e à ARS Norte em 28 de fevereiro de 2018, e análise das respostas remetidas em 28 e 22 de março de 2018, respetivamente.

II. DOS FACTOS

9. No âmbito do processo de avaliação n.º AV/071/2017, foi remetido, em 31 de julho de 2017, o seguinte pedido de elementos ao CHP, acrescido de um pedido de insistência em 15 de setembro de 2017:

“[...]”

1. *Se pronunciem sobre o conteúdo da referida exposição e forneçam esclarecimentos adicionais que entendam relevantes sobre a situação do utente;*
2. *Descrição pormenorizada das etapas percorridas pelo utente, com indicação das datas (i) das consultas de especialidade realizadas, (ii) da decisão clínica de procedimento cirúrgico, (iii) da inscrição do utente em LIC, (iv) da emissão de vale cirurgia, (v) dos procedimentos atinentes ao processo de transferência do utente, acompanhado dos respetivos elementos documentais de suporte, designadamente, proposta cirúrgica e vale cirurgia emitido;*
3. *Se pronunciem e justifiquem, tendo presente o quadro legal vertido no Despacho n.º 49/2016, de 19 de Maio, e a Circular Informativa n.º 4/2017/UGA/ACSS da ACSS, o facto de ainda não ter sido atribuído o número de compromisso provisório relativo à cirurgia a efetuar pelo Hospital de Destino (Casa de Saúde da Boavista) no âmbito da emissão de Vale Cirurgia;*
4. *Indiquem, caso existam, os casos de outros utentes na mesma situação, i.é, cuja realização da cirurgia está dependente da atribuição de número de compromisso provisório por V. Exas e, em caso afirmativo, quais os motivos;*
5. *Ponto de situação sobre o utente reclamante, nomeadamente, se já teve acesso a cirurgia e em que data, acompanhado de documento comprovativo,*

6. *Quaisquer outros esclarecimentos complementares que V. Exas. julguem necessários e relevantes para a análise do caso concreto. [...]*”.
10. Em resposta de 29 de setembro de 2017, o CHP pronunciou-se nos termos *infra* reproduzidos, sem, contudo, juntar a documentação respetiva comprovativa:
- “[...]”
- > *O doente teve consulta no dia 22 de julho de 2016;*
 - > *Foi inscrito para 2 cirurgias no dia 22 de julho de 2016;*
 - > *Realizou-se no dia 14 de dezembro de 2016 a primeira cirurgia tendo sido realizada uma infiltração com ropivacaína e depomedrol sacro-ílica direita.*
- Na consulta subsequente à cirurgia o doente refere não ter melhorado tendo-se decidido por fenestração, foraminectomia e dois níveis o que foi realizado em 22 de junho.*
- > *A 8 de Março ao ser visto em Consulta mantinha a indicação cirúrgica;*
 - > *No âmbito de transferência do utente em Março, o CHP sempre respondeu a todas as solicitações efetuadas pela Casa de Saúde da Boavista; contudo não nos foi possível responder de imediato ao pedido de nº de compromisso, embora da nossa parte sempre respondemos que podia ser realizada a cirurgia que o CHP não deixaria de cumprir com a obrigação de pagamento;*
 - > *Ao não ser operado na Casa de Saúde da Boavista foi readmitido no CHP;*
 - > *No dia 22 de Junho de 2017, o utente com o processo nº [...] foi operado com sucesso no CHP;*
 - > *Neste momento está a ser acompanhado em consulta tendo realizado a última a 4 de Agosto de 2017;*
 - > *Tem nova Consulta agendada para 16 de Fevereiro de 2018;*
- “[...]”.
11. Em 28 de fevereiro de 2018, foi remetido um pedido de elementos adicional ao CHP com as seguintes questões:

“[...]”

1. *Relativamente à cirurgia por efetuar, descrição pormenorizada das etapas percorridas pelo utente, com indicação das datas (i) das consultas de especialidade realizadas, (ii) da decisão clínica de procedimento cirúrgico, (iii) da inscrição do*

utente em LIC, (iv) da emissão de vale cirurgia, (v) dos procedimentos atinentes ao processo de transferência do utente, (iv) realização da cirurgia, **acompanhado de cópia dos respetivos elementos comprovativos**;

2. Envio de documentação comprovativa de que, conforme informaram em ofício anterior, “Atualmente não temos qualquer caso de pedidos de nº de compromisso em falta”.

[...].

12. Por resposta de 28 de março de 2018, o CHP prestou os seguintes esclarecimentos:

“[...]

- O paciente [GL] teve a primeira consulta em 22 de julho de 2016;

[...]

- Foi inscrito para duas cirurgias no dia 22 de julho de 2016;

[...]

- A 18 de novembro realizou uma consulta subsequente;

[...]

- No dia 14 de dezembro de 2016 realizou-se a primeira cirurgia tendo sido realizada uma infiltração com ropivacaína e depomedrol sacro-ílica direita.

[...]

- Na consulta subsequente à cirurgia (8 de março) o doente refferencia não ter melhorado tendo-se decidido por fenestração, foraminectomia e dois níveis o que foi realizado em 22 de junho.

[...]

- No âmbito de transferência do paciente, foi inicialmente (23 de fevereiro) para a UCGIC e em 24 de fevereiro foi emitido o vale de cirurgia.

- A 17 de março foi cativado o vale de cirurgia pela Casa de Saúde da Boavista; o CHP sempre respondeu a todas as solicitações que a Casa de Saúde da Boavista nos pediu. Infelizmente não conseguimos no momento exato enviar o nº de compromisso para a casa de Saúde embora da nossa parta sempre respondemos que podia ser realizada a cirurgia e que o CHP não deixaria de cumprir com a obrigação de pagamento;

[...]

- foi solicitada a readmissão do utente para realizar a cirurgia;

- No dia 22 de junho de 2017 o paciente com o processo [...] foi operado com sucesso no CHP;

[...]

- Após cirurgia teve consulta no dia 4 de agosto de 2017;

[...]

- No dia 16 de fevereiro de 2018 teve alta da consulta da especialidade sendo encaminhado para o Centro de Saúde – USF Régua.

[...]

- Neste momento não temos qualquer caso com falta de número de compromisso no CHP; uma vez que não conseguimos extrair uma lista das situações do software SIGLIC, não conseguimos enviar documento que permita demonstrar como os documentos anteriores.

[...]”.

13. À ARS Norte foi, por sua vez, remetido, também em 28 de fevereiro de 2018, o seguinte pedido de elementos:

“[...]

1. Se pronunciem sobre a questão em análise e forneçam esclarecimentos adicionais que entendam relevantes;
2. Informem se já tinham conhecimento da presente situação de não cumprimento do dever pelos Hospitais de origem, e pelo Centro Hospitalar do Porto em particular, previsto na Circular Informativa n.º 4/2017/UGA/ACSS, de emissão do número de compromisso provisório após a solicitação do mesmo pelo Hospital de destino e, em caso afirmativo, quais as medidas adotadas para resolução de tais constrangimentos;
3. Quais as concretas orientações/diretrizes transmitidas aos prestadores de cuidados de saúde em matérias como aquela em análise nos presentes autos;
4. Ponto de situação sobre a situação em causa, nomeadamente, identificação dos prestadores e do volume de casos relativamente aos quais os pedidos de emissão de número de compromisso provisório por parte dos Hospitais de Destino não tenham o devido andamento em prazo razoável por parte dos Hospitais de Origem;

5. *Quaisquer outros esclarecimentos complementares julgados necessários e relevantes para a análise do caso concreto.*

[...].

14. Em 22 de março de 2018, a ARS Norte informou do seguinte:

“[...]

1. *Analísado o teor da exposição e consultada a plataforma SIGLIC considera-se que estamos perante o não cumprimento do disposto na Circular Informativa n.º. 4/2017/UGA/ACSS, por parte do Centro Hospitalar do Porto (CHP.), neste caso o Hospital de Origem (HO), atendendo a que não forneceu, no prazo dos 5 dias úteis, o número de compromisso provisório à Casa de Saúde da Boavista (CSB), neste caso o Hospital de Destino (HD).*

2. *A ARS-Norte tomou conhecimento através da comunicação apresentada pela CSB ao Departamento de Contratualização - AF CSH, via correio eletrónico, dando conta do incumprimento na atribuição do número de compromisso provisório, por parte do HO, justificando assim a recusa do utente. Desenvolvidas as devidas diligências, junto das instituições envolvidas, foi possível apurar que não existiu intenção na recusa da emissão do compromisso por parte do CHP, mas por dificuldades de ordem administrativa não tiveram possibilidade de cumprir com o prazo definido e, por parte da CSB, constatou-se a indisponibilidade, em aceitar o utente sem compromisso atribuído, alegando que estavam a cumprir o acordado.*

3. *As orientações emitidas por esta Administração Regional são, sempre, as que se encontram estabelecidas na Circular Normativa n.º. 4/2017/UGA/ACSS e restantes disposições legais, para o efeito. No entanto, esta situação foi apresentada, em sede de reunião, ao Senhor Presidente do CA, do CHP, no sentido necessidade de cumprir com o estipulado.*

4. *Apesar da ARS-Norte acompanhar o percurso dos utentes através da plataforma SIGLIC, concretamente, as comunicações efetuadas na rede, entre hospitais, regra geral, só tem conhecimento destas situações quando são apresentadas pelos HD's, ou pelos utentes. Porém, estas situações revestem-se de carácter de excecionalidade, não sendo possível obter o volume de casos relativamente aos quais os pedidos de emissão de número de compromisso provisório por parte dos HO não tenham o devido andamento junto dos HD.*

5. *Conclui-se, e considerando a explicação do CHP, que neste caso, de facto, existiu dificuldade na emissão do compromisso provisório, em tempo útil, mas não a recusa*

em assumir a emissão do mesmo, apesar de estar em incumprimento com o estabelecido na referida circular.

De salientar que, regra geral, esta dificuldade em cumprir com o prazo estabelecido é sempre ultrapassada, considerando que o registo efetuado na rede assegura as devidas responsabilidades entre as instituições envolvidas e, assim, superam tal dificuldade, com vista a não prejudicar o utente.

[...].”

III. DO DIREITO

III.1. Das atribuições e competências da ERS

15. 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.
16. 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;
17. Consequentemente, O Centro Hospitalar do Porto E.P.E. (CHP- Hospital de Origem, HO) é uma entidade inscrita no SRER da ERS sob o n.º 19061, detentora do estabelecimento Unidade Hospitalar de Santo António, inscrito sob o n.º 136523.
18. Por sua vez, a Casa de Saúde da Boavista (CSB - Hospital de Destino, HD) é uma entidade inscrita no SRER da ERS sob o n.º 14044.
19. 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.

20. 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.
21. 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.
22. 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”*.
23. 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”*.
24. 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

25. 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.

26. 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*”;
27. 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*”;
28. 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.
29. 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*”.
30. 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);
31. Tendo o utente, bem assim, “[...] *direito à prestação dos cuidados de saúde mais adequados e tecnicamente mais corretos*” (n.º 2);

32. Estipulando, ainda, o n.º 3 que “*Os cuidados de saúde devem ser prestados humanamente e com respeito pelo utente*”.
33. 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.
34. 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*”.
35. 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.
36. Efetivamente, sendo o direito de respeito do utente de cuidados de saúde um direito ínsito à dignidade humana, o mesmo manifesta-se através da imposição de tal dever a todos os profissionais de saúde envolvidos no processo de prestação de cuidados, o qual compreende, ainda, a obrigação de os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde possuírem instalações e equipamentos que proporcionem o conforto e o bem-estar exigidos pela situação de fragilidade em que o utente se encontra.

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

III.3.1 Nota prévia

37. 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

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

Integrado de Gestão do Acesso (SIGA) previsto no n.º 5 do artigo 27.º-A do Decreto-Lei n.º 44/2017.

38. 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.
39. 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).
40. 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.
41. 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”*.
42. 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.
43. 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.

44. 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.
45. 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.
46. 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.
47. 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.
48. 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.
49. 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

50. 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

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

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

51. 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.*”.
52. 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.
53. 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).
54. 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;
55. 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.
56. 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.
57. 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.
58. 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.
59. 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.
60. 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.
61. 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.

62. 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.
63. 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.
64. 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.
65. 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.

66. 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.”.
67. 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 .
68. 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.
69. 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.*
70. 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.*
71. 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 Da Circular Informativa n.º 4/2017/UGA/ACSS

72. De acordo com a Circular Informativa n.º 4/2017/UGA/ACSS:

“[...] iniciou-se, em maio de 2016, um Programa de Incentivo à Realização de Atividade Cirúrgica no SNS que visa melhorar a capacidade de resposta cirúrgica dos hospitais públicos.

Associado ao Programa de Incentivo à Realização de Atividade Cirúrgica no SNS, manteve-se em vigor o princípio da responsabilização financeira do hospital de origem pela não prestação de cuidados cirúrgicos atempados, assegurando-se assim que os hospitais de origem assumem o pagamento da atividade cirúrgica que vier a ser transferida para outros hospitais do SNS ou para entidades convencionadas no âmbito do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC).

Por forma a garantir o pagamento atempado das faturas pelos serviços e hospitais devedores aos serviços e hospitais prestadores, foi emanado o Despacho n.º 49/2016, de 19 de maio, do Senhor Secretário de Estado da Saúde, que se reproduz no anexo I a esta Circular, através do qual se determinou a criação da plataforma de compensação de créditos e débitos e se estabeleceram as regras aplicáveis ao circuito de faturação e responsabilidade financeira no âmbito do SIGIC.

[...].

Assim, informa-se que devem ser cumpridos os seguintes procedimentos para faturação e pagamento das prestações de cuidados realizadas no âmbito de notas de transferência e vales de cirurgia emitidos a partir de 1 de maio de 2016:

1. O Hospital de Destino (HD), após a cativação da nota de transferência ou do vale de cirurgia, solicita por comunicação na rede (CR) no SIGLIC, o número de compromisso provisório que é atribuído pelo HO, considerando o valor provisional a pagar que consta da proposta cirúrgica;

2. O Hospital de Origem (HO) tem 5 dias úteis para fornecer o número de compromisso ao HD, respondendo à CR e o HD regista a receção da informação no SIGLIC (fecha a comunicação na rede);

3. O (HO) publica, igualmente, no seu site os compromissos emitidos no âmbito do SIGIC, indicando claramente a nota de transferência ou o vale de cirurgia a que se referem, bem como a designação do HD;

4. Nas situações de devolução de episódio sem realização de cirurgia, por motivos imputáveis ao HO, o HD fatura ao HO os serviços prestados aos preços determinado pelo regulamento do SIGIC;

5. O HD, até 30 dias após a alta do internamento ou cirurgia de ambulatório, envia o processo clínico do utente ao HO para que o mesmo possa realizar a consulta de revisão e continuar a prestação de cuidados;

6. O HD, até 60 dias após a alta do internamento ou cirurgia de ambulatório, regista no SIGLIC a conclusão do episódio e envia a respetiva informação necessária para validação à ARS, registando na CR o envio da informação;

7. A ARS dispõe de 10 dias úteis para conferir toda a documentação em conformidade com as regras do SIGIC, solicitando as alterações ou envio de informação que achar conveniente, enviando, quando aplicáveis, os valores dos MCDT e próteses autorizados pela ARS/HO efetuados no HD;

8. No caso de ser um HD convencionado, a ARS informa também os valores (taxas moderadoras e não conformidades) que devem ser retirados ao preço do episódio, através de CR;

9. O HD emite a fatura em nome do HO e gera a nota apenas no SIGLIC e envia os respetivos documentos ao HO com cópia à ARS respetiva;

10. O HO dispõe de 10 dias úteis para validação do processo, considerando-se como aceitação tácita as situações em que não se pronuncie neste prazo;

11. Nos casos em que o HO não aceita a fatura, a ARS avalia em 10 dias úteis essa não-aceitação, devolvendo o episódio ao HD para correção ou enviando ao HO a recusa da justificação apresentada, para que este continue os procedimentos necessários;

12. O HO emite o compromisso definitivo após conferência da fatura;

13. No caso dos HO do Setor Empresarial do Estado (SEE), a ACSS, no âmbito dos adiantamentos mensais aos contratos programa, separa, nos termos das cláusulas

previstas naquele contrato programa, o valor das faturas que se encontram para pagamento por cada HO, transferindo esse valor para os HO devedores, como verba consignada ao respetivo pagamento ao HD;

14. Até à entrada em produção da plataforma de compensação de débitos e créditos, a informação referida no ponto anterior será extraída mensalmente da aplicação SIGLIC, de forma a apurar o valor a reter aos adiantamentos mensais dos contratos programa;

15. O HO procede ao pagamento ao HD, alterando o estado da faturação na aplicação SIGLIC;

16. O HD deverá indicar no SIGLIC a informação que o pagamento foi realizado, alterando o estado da faturação dos respetivos episódios na aplicação SIGLIC;

17. Nas situações em que o pagamento não for realizado em 60 dias, o hospital SPA será alertado pela ACSS no sentido de efetuar o pagamento pelo valor da(s) fatura(s) de que é devedor;

18. No caso dos hospitais geridos em regime de Parceria Público Privada (PPP) ou protocolados (acordos de cooperação), caberá à ARS realizar os acertos e respetivos pagamentos às entidades devedoras/credoras do SNS e convencionadas, tendo de reportar mensalmente à ACSS os montantes retidos aos HO e pagos aos HD, atualizando na aplicação SIGLIC os respetivos estados de faturação dos respetivos episódios.

[...].

IV. ANÁLISE DA SITUAÇÃO CONCRETA

73. Os factos apurados nos presentes autos demonstram que, efetivamente, o CHP (HO) não cumpriu com o dever, previsto na Circular Informativa n.º 4/2017/UGA/ACSS, de emissão número de compromisso provisório no prazo de 5 dias úteis após solicitação efetuada pela CSB (HD).

74. Comportamento que se manteve mesmo após insistência do HD no sentido de o referido número de compromisso provisório ser fornecido.

75. Número que se mostrava fundamental para o HD dar seguimento à situação em LIC do utente (relativamente ao qual havia sido emitido Vale de Cirurgia).

76. Ora, tal bloqueio impediu que a situação do utente prosseguisse com diligência e a cirurgia pudesse ter lugar ao abrigo da emissão daquele vale cirurgia, com clara demora e prejuízos para o utente.

77. Assim se desvirtuando, como se vê, o próprio espírito teleológico subjacente às regras e à dinâmica de funcionamento do SIGIC.
78. Tanto o CHP como a ARS Norte alegaram que não foi nunca intenção do primeiro recusar a emissão do número de compromisso provisório.
79. Facto que se concede, mas que, na presente sede, nada colhe, porquanto o que está aqui em causa é, de facto, o incumprimento, por parte do HO, do previsto na Circular Informativa n.º 4/2017/UGA/ACSS.
80. Mais a mais, assinale-se, em nenhum momento apresentou o CPH qualquer fundamento para a não emissão atempada dos dados em causa, a não ser alegados (e vagos) constrangimentos “administrativos”, os quais em momento algum podem conflitar com o direito à prestação tempestiva de cuidados de saúde.
81. No caso *sub judice*, o HD viu-se, então, forçado a reenviar o utente para o HO;
82. Ora, a CSB (HD) deu conta de que se trata esta de uma situação generalizada de incumprimento por partes dos prestadores hospitalares (enquanto HO) no âmbito do SIGIC e da emissão de Vale Cirurgia;
83. O que não se compadece com a função garantística do direito de acesso que tal mecanismo – Vale Cirurgia – pretende assumir.
84. Porém, no decurso da atuação regulatória da ERS, foi possível apurar que o utente foi sujeito a cirurgia em 22 de junho de 2017 no CHP (HO);
85. Não existem presentemente episódios com número de compromisso pendente pelo CHP, segundo este informou;
86. Pelo que, presentemente, ambos os constrangimentos relatados se encontram resolvidos.
87. Num outro plano, tenha-se presente que o utente havia sido inscrito em LIC para duas cirurgias no dia 22 de julho de 2016, em ambos os casos com prioridade normal.
88. Significa isto que 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).
89. Ora, tendo o utente sido inscrito em LIC em 22 de julho de 2016, ambas as cirurgias deveriam ser realizadas até ao dia 22 de abril de 2016.

90. Relativamente à primeira cirurgia, esta foi realizada no dia 14 de dezembro de 2016, ou seja, dentro do TMRG legalmente aplicável.
91. Todavia, no que diz respeito à segunda cirurgia, esta, fruto da não realização da cirurgia no HD e do regresso ao HO por este não ter procedido à emissão tempestiva do número de compromisso provisório,
92. Apenas teve lugar no HO no dia 22 de junho de 2017.
93. O que se traduz num incumprimento do TMRG legalmente aplicável em 3 meses, com claros prejuízos para o utente.
94. Por todo o exposto, 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 e ao cumprimento do disposto na Circular Informativa n.º 4/2017/UGA/ACSS.
95. 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.
96. 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;
97. 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, o não fornecimento tempestivo do número de compromisso provisório ao HD e o incumprimento do TMRG legalmente aplicável à cirurgia em causa (não obstante a cirurgia já ter sido realizada);
98. Considera-se necessária a adoção da atuação regulatória *infra* delineada, 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.

AUDIÊNCIA DOS INTERESSADOS

99. 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.
100. Decorrido o prazo concedido, não foi recebida qualquer pronúncia, nem da parte do reclamante, tão-pouco da do prestador.
101. Deste modo se justificando plenamente, pois, a manutenção, na íntegra, do projeto de deliberação da ERS e respetiva intervenção regulatória.

V. DECISÃO

102. Tudo visto e ponderado, o Conselho de Administração da ERS delibera, nos termos e para os efeitos do disposto na alínea a) do artigo 24.º e nas alíneas a) e b) do artigo 19º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, emitir uma instrução ao Centro Hospitalar do Porto 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) Garantir o cumprimento integral e rigoroso da Circular Informativa n.º 4/2017/UGA/ACSS, nomeadamente, o dever de fornecimento de número de compromisso ao Hospital de Destino no prazo de 5 dias úteis, assim como a publicação, no seu site, dos compromissos emitidos no âmbito do SIGIC, indicando claramente a nota de transferência ou o vale de cirurgia a que se referem e a designação do Hospital de Destino;
 - (iii) 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.

103. 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”.
104. O Conselho de Administração da ERS delibera, outrossim, nos termos e para os efeitos do preceituado na alínea a) do artigo 24.º e na alínea b) do artigo 19.º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, emitir uma recomendação à Administração Regional de Saúde do Norte, I.P., no sentido de proceder a uma averiguação do nível de cumprimento pelos prestadores do SNS sob a sua área de jurisdição do dever de emissão do número de compromisso provisório tempestivamente, conforme previsto no Circular Informativa n.º 4/2017/UGA/ACSS, tomando, em função das conclusões obtidas e caso se justifique, as medidas necessárias para que o direito dos utentes a cuidados de saúde de qualidade e em tempo adequado não fique prejudicado.

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

Porto, 31 de outubro de 2018.