

**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/016/2016;

## **I. DO PROCESSO**

### **I.1. Origem do processo**

1. A Entidade Reguladora da Saúde (ERS) tomou conhecimento de duas reclamações subscritas pelos utentes S.S. e por M.C., ambas visando a atuação do Hospital Senhora da Oliveira – Guimarães, E.P.E. (doravante, Hospital de Guimarães), entidade inscrita no Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados (SRER) da ERS sob o número 12333, e versando sobre questões atinentes ao agendamento e realização de cirurgias no âmbito do programa SIGIC.

2. As reclamações foram inicialmente tratadas em sede de processo de reclamação, tendo posteriormente dado origem à abertura do processo de avaliação registado sob o número AV/250/2015, no qual foram realizadas diversas diligências instrutórias.
3. Após o que o Conselho de Administração da ERS determinou, por despacho de 5 de abril de 2016, a abertura do processo de inquérito em curso.

## **I.2 Diligências**

4. 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, Hospital Senhora da Oliveira – Guimarães, E.P.E., entidade inscrita no Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados (SRER) da ERS sob o número 12333;
  - (ii) Pedidos de elementos ao prestador em 4 de janeiro de 2016, 11 de fevereiro de 2016 e 9 de maio de 2016, e análise das respetivas respostas;
  - (iii) Pedido elementos à Unidade Regional de Gestão de Inscritos para Cirurgia (URGIC) Norte em 9 de maio de 2016 e análise da respetiva resposta.

## **II. DOS FACTOS**

### **II.1. Da reclamação da utente S.S.**

5. Da reclamação subscrita, em 25 de novembro de 2015, pela utente S.S. consta o seguinte:

“[...]”

*Venho por este meio apresentar uma reclamação por ter uma cirurgia agendada com internamento (...) a 14 de Outubro de 2015 tendo esta sido adiada e remarcada para o dia 25 de Novembro com o internamento (...). No dia 24 de Novembro de 2015 compareci (...) às 9 horas da manhã e por volta da 1 da tarde foi-me dito que não haviam camas para ir embora e voltar no dia 25 em jejum desde a meia noite. Assim fiz*

*e hoje dia 25 foi me dito que não ia ser operada por falta de camas volto assim para casa ainda sem nova data prevista por falta de camas.*

*[...]*”.

6. Nessa sequência, e ainda no âmbito do processo de avaliação n.º AV/250/2015, foi remetido ao prestador, em 4 de janeiro de 2016, o seguinte pedido de elementos:

*“[...]*

- 1. Se pronunciem sobre todo o teor da reclamação remetida à ERS e forneçam esclarecimentos adicionais que entendam relevantes sobre a situação da utente S.S.;*
- 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) da emissão de vale cirurgia, (v) 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 os motivos para o facto de a cirurgia agendada para 14 de outubro de 2015 ter sido remarcada para o dia 25 de novembro de 2015;*
- 4. Se pronunciem sobre os motivos para o facto de, no dia 24 de novembro, dia em que a utente foi internada para cirurgia, lhe ter sido comunicada, repentinamente, a necessidade de voltar apenas no dia 25 de novembro para a realização da cirurgia;*
- 5. Se pronunciem sobre os motivos para o facto de, no próprio dia 25 de novembro, dia da cirurgia, e com a utente já pronta para o efeito, ter esta sido informada, sem aviso prévio, de que, afinal, a cirurgia não poderia ser realizada nesse dia, assim como esclarecimento dos motivos para essa impossibilidade;*
- 6. Indicação da situação atual da inscrição da utente em LIC, incluindo indicação da data de efetivação da(s) cirurgia(s), caso a(s) mesma(s) já tenha(m) ocorrido, ou, em caso negativo, informação sobre data prevista para o efeito e das diligências adotadas para esse feito;*
- 7. Confirmação sobre se a utente terá sido informado das alternativas existentes no SNS para acompanhamento da sua situação clínica e, no caso afirmativo, indicação dos meios de comunicação utilizados para esse fim e das respetivas datas, bem como identificação dos profissionais de saúde envolvidos.*

*[...]*”.

7. Em resposta datada de 18 de janeiro de 2016, o prestador veio aos autos referir o seguinte:

“[...]”

1. A utente S.S. teve uma primeira consulta de Urologia no dia 13 de abril de 2015, com o Sr. Dr. R.V., tendo ficado, nessa data, inscrita em Lista de Espera para Cirurgia.

2. A cirurgia foi agendada para o dia 14 de outubro de 2015, contudo foi cancelada no dia 18 de setembro de 2015. O motivo de cancelamento cirúrgico relacionou-se com a necessidade de agendamento cirúrgico de doentes com grau de prioridade mais elevado, nomeadamente, doentes oncológicos, os quais possuem tempos máximos de resposta garantida, significativamente menores.

3. O motivo de cancelamento encontra-se parametrizado no Sistema Informático Hospitalar (SONHO), constituindo-se também como um dos motivos identificado nos Manuais do SIGIC.

4. Na sequência deste cancelamento cirúrgico, em 08 de outubro de 2015 foi efectuado um novo agendamento cirúrgico para o dia 25 de novembro de 2015.

5. No dia 24 de novembro de 2015 e na sequência da informação transmitida à utente na consulta pré-operatória realizada em 12 de novembro de 2015, esta compareceu no Serviço de Urologia para efeitos de admissão no internamento e realização de cirurgia programada para o dia seguinte. Nesse mesmo dia, a utente foi informada de que não estava assegurada a realização da intervenção cirúrgica, uma vez que não existiam camas disponíveis, situação que se devia à grande afluência de utentes internados provenientes do Serviço de Urgência.

6. A Sr. D. S.S. foi informada de que não estava ainda no entanto afastada em definitivo a possibilidade de realização da intervenção cirúrgica, a qual poderia ser eventualmente possível. Foi-lhe então sugerido que regressasse no dia seguinte, dia de realização da intervenção cirúrgica, sendo que a utente não chegou a ser internada.

7. No dia 25 de novembro de 2015, a utente compareceu novamente no Serviço de Urologia para realização da intervenção cirúrgica, tendo-lhe sido comunicado que a cirurgia teria em definitivo que ser cancelada, porque continuavam a não existir camas disponíveis.

8. Consequentemente, nesse mesmo dia, procedeu-se ao cancelamento da intervenção cirúrgica no Sistema Informático Hospitalar (SONHO), com motivo Deficiência Estrutura de Apoio - Sala / Material / Humana, o qual se constituiu igualmente como um dos motivos parametrizados e previstos nos Manuais do SIGIC.

9. À data de 11 de janeiro 2016, a utente encontrava-se inscrita em LIC com 9,1 meses de tempo de espera. Já no dia 15 de janeiro de 2016, tendo em conta a capacidade

*cirúrgica existente do Serviço de Urologia bem como os utentes inscritos na LIC de Urologia e respectivos graus de prioridade, procedeu-se a um novo agendamento da intervenção cirúrgica, agora para o dia 24 de fevereiro de 2016.*

*10. Encontra-se estabelecido que não existindo capacidade de resposta cirúrgica nos hospitais de origem e desde que exista resposta no sector convencionado, podem ser emitidos vales cirúrgicos que conferem o direito aos utentes a serem operados, em alternativa, no sector convencionado, ou em hospitais públicos, desde que exista capacidade de resposta. Nestas circunstâncias, o próprio sistema informático correspondente (SIGLIC) e sem que os hospitais de origem possam intervir, procede à emissão de vales cirúrgicos, de forma precisamente a possibilitar uma resposta cirúrgica alternativa. Neste caso, específico, o SIGLIC não emitiu qualquer vale cirúrgico, supondo-se então que não existiu capacidade disponível para o tipo de cirurgia proposto no sector convencionado ou em outros hospitais públicos. Por outro lado, o Serviço de Urologia não deixou de pretender operar a utente, pelo que se procedeu a um novo agendamento cirúrgico.*

*[...]*

8. Considerada a resposta do prestador, em 11 de fevereiro de 2016, foi remetido um pedido de elementos adicional com o seguinte teor:

*“[...]*

- 1. Enviem cópia de toda a documentação, já solicitada em pedido de elementos anterior, relativa às etapas percorridas pela utente, com indicação das datas (i) das consultas de especialidade realizadas, (ii) da decisão clínica de procedimento cirúrgico e (iii) da inscrição da utente em LIC;*
- 2. Confirmem se os dados da utente foram corretamente introduzidos no SIGLIC;*
- 3. Informem sobre se houve troca de comunicações com a URGIC para esclarecimento da situação da utente, nomeadamente, sobre a necessidade de emissão de vale cirúrgico, tendo em conta o TMRG de 9 meses para realização de cirurgia de Prioridade «de nível 1» definido no Anexo I à Portaria n.º 87/2015, de 23 de março;*
- 4. Confirmação da realização da cirurgia no dia 24 de fevereiro de 2016;*
- 5. Esclarecimentos complementares julgados necessários e relevantes à análise do caso concreto.*

*[...]*

9. Por ofício de resposta datado de 23 de fevereiro de 2016, o prestador informou o seguinte, acompanhado do respetivo suporte documental:

“[...]

1. *A inscrição dos utentes em Lista de Inscrição Cirúrgica (LIC) é efectuada pelos médicos, informaticamente, através da aplicação que utilizam, Sclinico, cujos dados passam automaticamente, para o SIGLIC. A UHGIC efectua a supervisão das várias etapas desde a inscrição em LIC até aos agendamentos cirúrgicos, trocando informações com os serviços, para as correcções que sejam necessárias, nomeadamente quando se verifique alguma omissão, erro ou incongruência nos dados, como por exemplo GDH de erro, falta de validação da proposta, etc. De acordo com os procedimentos definidos não foi detectado nenhum erro no SIGLIC.*

2. *Não houve troca de comunicação com a URGIC, uma vez que tratando-se de uma doente não oncológica inscrita com prioridade normal e que se previa ser operada dentro dos TMRG, não se viu qualquer necessidade desse contacto.*

3. *Confirma-se o agendamento da intervenção cirúrgica para o dia 24 de fevereiro de 2016, conforme se comprova através da documentação em anexo.*

4. *Conforme solicitado, segue em anexo cópia da documentação relativa às etapas percorridas pela utente.*

[...]”.

10. Já em sede do presente processo de inquérito, foi remetido ao prestador, em 9 de maio de 2016, o seguinte pedido de elementos adicional:

“[...]

A. *Em relação à utente S.S.:*

1. *Confirmem, tendo presente o TMRG aplicável (270 dias) nos termos da Portaria n.º 87/2015, de 23 de março, se já foi realizada a cirurgia agendada para o dia 24 de fevereiro de 2016 ou, em caso negativo, informação sobre data prevista para o efeito e diligências adotadas para a sua realização;*

2. *Se pronunciem sobre o facto de, por duas vezes (24 de novembro e 25 de novembro de 2015), a cirurgia ter sido cancelada em virtude de falta de camas, e indiquem se mais cirurgias foram canceladas/adiadas em virtude do mesmo facto e em que datas;*

3. *Ponto de situação sobre a carência referida no ponto anterior e quais as diligências adotadas para a resolução da mesma;*

4. *Esclarecimentos complementares julgados necessários e relevantes à análise do caso concreto.*

[...].

11. Ao qual o prestador respondeu, por ofício rececionado em 11 de agosto de 2016, nos seguintes termos:

“[...]

*Em relação à utente S.S.:*

- 1. Confirma-se que a cirurgia foi realizada no dia 24 de fevereiro de 2016;*
- 2. No que concerne ao adiamento sucessivo da data da cirurgia por falta de camas, é de referir que o hospital tem vindo a sofrer nos últimos anos o efeito do envelhecimento da população com um peso maior de doentes com idade superior a 65 anos, com comorbilidades e uma maior complexidade, conduzindo esta situação a um enquadramento dos episódios de internamento, particularmente no internamento de serviços médicos e cirúrgicos onde a percentagem de doentes oncológicos e/ou em estado terminal é significativa, a maiores taxas de ocupação dos serviços e a um aumento significativo da demora média e internamentos superiores ao limiar máximo;*
- 3. O enquadramento acima referido tem maior impacto no período de inverno onde as condições adversas do clima produzem efeitos mais gravosos para a população e para os cuidados de saúde, com especial impacto na área médica;*
- 4. Não sendo porém a alternativa ideal, quando, verificadas todas as altas após visita médica, bem como a eventual colocação de doentes na RNCCI, não é possível libertar camas para internar os doentes programados para cirurgia, a mesma tem que ser adiada. Porém, é de salientar que tal só acontece em última instancia e depois de esgotadas todas as alternativas que viabilizem a colocação dos doentes em camas de serviços cirúrgicos, independentemente de ser nas camas do serviço responsável pela intervenção;*
- 5. Em 2015, na especialidade de urologia, foram adiadas 22 cirurgias por falta de camas no serviço (05.01.2015; 28.01.2015; 01.04.2015; 06.05.2015; 02.09.2015; 16.09.2015; 28.10.2015; 18.11.2015 e 25.11.2015);*
- 6. Em conformidade com o que acima foi referido, para a melhor gestão deste problema, as medidas adotadas concernem à proibição imediata por parte do serviço de cancelamento de doentes antes de esgotadas todas as alternativas, com articulação direta prévia com os gestores de produção, diretores de serviço, enfermeiros chefe e equipa de gestão de altas para disponibilização atempada de camas mediante a avaliação das altas previstas e da colocação de doentes na RNCCI;*

*7. De referir ainda que, perante a constatação por parte da instituição de que a taxa de ocupação dos serviços tendia a aumentar, o HSO contratou várias camas em várias instituições para colocação dos doentes com alta clínica a aguardar o processo de colocação na RNCCI.*

*[...]*”.

## **II. 2. Da reclamação do utente M.C.**

12. Por exposição subscrita em 2 de dezembro de 2015, referiu o utente M.C. o seguinte:

*[...]*

*Em Abril de 2015, fui sujeito a um exame médico (...), precedido de diversas consultas exames e tratamentos.*

*Por decisão final fui destinado para uma possível cirurgia, que consiste em (...)*

*No exame efectuado em 29/04/2015, foi-me verificado e dito pelo responsável do serviço de ecografia que (...).*

*No dia 18/11/2015, dirigi-me aos serviços de urologia (...) informou-me que estou na lista de espera, ainda demorada, e não sabem quando a cirurgia irá ser efectuada pois estão a dar prioridade aos doentes oncológicos (entende-se) e pode ainda retardar, e nunca antes de Janeiro próximo, nada sendo certo.*

*[...]*”.

13. Considerando que a matéria denunciada – constrangimentos no acesso à realização de cirurgia no âmbito do programa SIGIC – era já objeto de intervenção quanto aos procedimentos concretamente adotados pelo Hospital de Guimarães, foi decidida a apensação da sobredita exposição ao processo de avaliação n.º AV/250/2015.

14. No âmbito desse processo de avaliação, por ofício de 11 de fevereiro de 2016, foi solicitado ao prestador o seguinte:

*[...]*

- 1. Se pronunciem sobre todo o teor da reclamação remetida à ERS e forneçam esclarecimentos adicionais que entendam relevantes sobre a situação do utente M.C.;*
- 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 da utente em LIC, (iv) da emissão de vale cirurgia, (v) dos procedimentos atinentes ao processo de transferência da utente, acompanhado dos respetivos elementos documentais de suporte, designadamente, proposta cirúrgica e vale cirurgia emitido;*

- 3. Indicação da situação atual da inscrição do utente em LIC, incluindo indicação da data de efetivação da(s) cirurgia(s), caso a(s) mesmas) já tenha(m) ocorrido, ou, em caso negativo, informação sobre data prevista para o efeito e das diligências adotadas para esse feito;*
- 4. Confirmação sobre se o utente terá sido informado das alternativas existentes no SNS para acompanhamento da sua situação clínica e, no caso afirmativo, indicação dos meios de comunicação utilizados para esse fim e das respetivas datas, bem como identificação dos profissionais de saúde envolvidos.*

*[...]”.*

15. A ERS rececionou a resposta do prestador de 23 de fevereiro de 2016, que abaixo se reproduz:

*“[...]*

- 1. Conforme solicitado segue em anexo a informação relativa às etapas percorridas pelo Sr. M.C., designadamente as datas das consultas externas, da inscrição do utente em LIC e cópia da proposta cirúrgica.*
- 2. Não existiu por parte do Serviço de Urologia qualquer contacto com a URGIC uma vez que se trata de um doente não oncológico, inscrito com prioridade normal e que se previa ser operado dentro dos TMRG.*
- 3. Não existiu, até ao momento a emissão de vale cirúrgico nos termos das regras do SIGIC pelo que não se junta o respectivo documento.*
- 4. A cirurgia está prevista para ser realizada durante o mês de abril de 2016, embora não tenhamos agendamento definido, que está condicionado ao aparecimento de utentes com prioridade mais elevada, designadamente oncológicos.*
- 5. A metodologia que vem a ser utilizada pelo Serviço de Urologia, é a de intervencionar os utentes internamente, a não ser que exista evidente prejuízo clínico para os mesmos, sendo que, neste caso, o utente não foi informado das alternativas existentes.*

*[...]”.*

16. Já em sede do presente processo de inquérito, foi remetido ao prestador, em 9 de maio de 2016, o seguinte pedido de elementos adicional:

“[...]

*B. Em relação ao utente M.C.:*

*1. Confirmem, tendo presente o TMRG aplicável (270 dias) nos termos da Portaria n.º 87/2015, de 23 de março, a realização da cirurgia no mês de Abril de 2016 (conforme estava previsto e transmitiram à ERS) ou, em caso negativo, informação sobre data prevista para o efeito e das diligências adotadas para a sua realização;*

*2. Confirmação sobre se o utente terá sido informado das alternativas existentes no SNS para acompanhamento da sua situação clínica e, no caso afirmativo, indicação dos meios de comunicação utilizados para esse fim e das respetivas datas, bem como identificação dos profissionais de saúde envolvidos.*

[...]”.

17. Ao qual o prestador respondeu, em 11 de agosto de 2016, nos seguintes termos:

“[...]

*1. Confirma-se que a cirurgia foi realizada em abril de 2016, mais especificamente no dia 13 de abril;*

*2. No que se refere à informação dada ao utente das alternativas existentes no SNS para acompanhamento da sua situação, é de referir que todos os utentes são perfeitamente esclarecidos pessoalmente pelo médico assistente no âmbito da consulta da especialidade, quer no que respeita à sua situação no hospital, quer para alternativas propostas para o acompanhamento da sua situação clínica;*

*3. Não obstante o acima referido, todos os utentes são igualmente acompanhados pela Unidade Hospitalar de Gestão de Inscritos, podendo obter pessoal ou telefonicamente qualquer informação sobre a sua situação clínica e/ou alternativas no SNS. Esta estrutura conta com pessoal assistente técnico, que em articulação com o gestor de produção e os serviços clínicos, gere as listas de espera e as transferências dos doentes para entidades convencionadas, apoiando por qualquer meio de comunicação todos os doentes que estejam inscritos para cirurgia.*

[...]”.

### II.3 Da interpelação feita junto da URGIC Norte

18. Já em sede do presente processo de inquérito, foi remetido à URGIC Norte, em 9 de maio de 2016, um pedido de elementos com o seguinte teor:

“[...]”

A. *Em relação à utente S.S.:*

1. *Se pronunciem, de forma fundamentada, sobre todo o teor da reclamação e demais documentação que se anexa, tendo em conta que a utente foi inscrita em LIC em 13 de abril de 2015 e o TMRG respetivo (prioridade normal) é de 270 dias, de acordo com a Portaria n.º 87/2015, de 23 de março;*
2. *Indicação sobre se a situação relatada era já do conhecimento de V. Exas., com indicação de eventuais comunicações trocadas com o prestador, e respetiva UHGIC, acompanhado do respetivo suporte documental;*
3. *Se pronunciem e expliquem os motivos para não ter sido emitida, como referido pelo prestador, nota de transferência/Vale de Cirurgia, atento o circunstancialismo do caso concreto e o disposto na Portaria n.º 45/2008, de 15 de janeiro;*
4. *Confirmação sobre se o utente terá sido informado das alternativas existentes no SNS para acompanhamento da sua situação clínica e, no caso afirmativo, indicação dos meios de comunicação utilizados para esse fim.*
5. *Esclarecimentos complementares julgados necessários e relevantes à análise do caso concreto.*

B. *Em relação ao utente M.C.:*

1. *Se pronunciem, de forma fundamentada, sobre todo o teor da reclamação e demais documentação que se anexa, tendo em conta que o utente foi inscrito em LIC em 29 de abril de 2015 e o TMRG respetivo (prioridade normal) de 270 dias, de acordo com a Portaria n.º 87/2015, de 23 de março;*
2. *Indicação sobre se a situação relatada era já do conhecimento de V. Exas., com indicação de eventuais comunicações trocadas com o prestador, acompanhado do respetivo suporte documental;*
3. *Se pronunciem e expliquem os motivos para não ter sido emitida, como referido pelo prestador, nota de transferência/Vale de Cirurgia, atento o circunstancialismo do caso concreto e o disposto na Portaria n.º 45/2008, de 15 de janeiro;*

4. *Confirmação sobre se o utente terá sido informado das alternativas existentes no SNS para acompanhamento da sua situação clínica e, no caso afirmativo, indicação dos meios de comunicação utilizados para esse fim.*
5. *Esclarecimentos complementares julgados necessários e relevantes à análise do caso concreto.*

[...].

19. Por resposta rececionada em 2 de junho de 2016, a URGIC Norte prestou os seguintes esclarecimentos:

“[...]

*Com base na informação via sistema informação de gestão da lista de inscritos para cirurgia (SIGLIC) verifica-se em relação à utente S.S. que:*

*- A utente foi inscrita para cirurgia de (...), no Centro Hospitalar Alto Ave, E.P.E. (CHAA), em 13-04-2015 com prioridade clínica normal.*

*- Foi operada em 24-02-2016, tendo tido anteriormente 2 agendamentos, um em 14-10-2015 que por "necessidades clínicas urgentes" foi reagendado e outro em 25-11-2015 que foi alterado por "deficiência de estrutura apoio sala/material/ humana" segundo informação da responsabilidade do CHAA.*

*- O episódio não teve qualquer emissão de vale cirurgia, na medida em que o HO efetuou ao fim de 6 meses de inscrição para cirurgia, um agendamento com vista à resolução da situação clínica da doente.*

*De acordo com o regulamento do SIGIC a emissão de vale cirurgia ocorre, de forma automática, ao fim de 75% e 100% do tempo máximo de resposta garantida (TMRG), o que neste caso e atendendo ao facto da prioridade clínica estabelecida ter sido normal ocorreria sensivelmente aos 7 meses (203 dias) e aos 9 meses (270 dias), correspondendo este último valor ao tempo máximo de espera.*

*Assim, à data em que esta cirurgia ocorreu (cerca de 10 meses após a inclusão em LIC) estava ultrapassado o TMRG.*

*- Até à receção do vosso ofício, com o pedido de elementos, não tínhamos conhecimento da situação relatada.*

*Em relação ao utente M.C.:*

- O utente foi inscrito para cirurgia de (...), no Centro Hospitalar Alto Ave, E.P.E. (CHAA), em 29-04-2015 com prioridade clínica normal.

- Foi operado em 13-04-2016, fora do TMRG, já que ultrapassou os 9 meses (TMRG) após a inclusão na LIC. Tal como na situação anterior esta ARS não tinha conhecimento da situação.

Mais se informa que mensalmente esta ARS monitoriza a evolução da lista de inscritos para cirurgia, reportando ao HO as situações que se desviam das regras constantes do SIGIC, para que estes possam diligenciar no sentido da sua resolução. Para além disto estão ainda previstas auditorias aos HO, que complementem e reforcem este acompanhamento.

[...].”

### III. DO DIREITO

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

20. De acordo com o n.º 1 do artigo 5.º dos Estatutos da ERS, esta tem por missão “[...] a regulação da atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde.

21. Ainda, de acordo com o disposto no n.º 2 do artigo 5.º dos seus Estatutos, as atribuições da ERS compreendem “[...] a supervisão da atividade e funcionamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde no que respeita:

[...]

b) À garantia dos direitos relativos ao acesso aos cuidados de saúde, à prestação de cuidados de saúde de qualidade, bem como dos demais direitos dos utentes;

c) À legalidade e transparência das relações económicas entre os diversos operadores, entidades financiadoras e utentes.”.

22. Sendo que estão sujeitos à regulação da ERS, nos termos do n.º 2 do artigo 4.º dos seus Estatutos, “[...] todos os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, do setor público, privado, cooperativo e social, independentemente da sua natureza jurídica, nomeadamente hospitais, clínicas, centros de saúde, consultórios, laboratórios de análises clínicas, equipamentos ou unidades de telemedicina, unidades móveis de saúde e termas”.

23. Consequentemente, o Hospital da Senhora da Oliveira - Guimarães, E.P.E. é uma entidade prestadora de cuidados de saúde inscrita no SRER da ERS sob o n.º 12333.
24. No que se refere ao objetivo regulatório previsto na alínea b) do artigo 10.º dos Estatutos da ERS, de assegurar o cumprimento dos critérios de acesso aos cuidados de saúde, a alínea a) do artigo 12.º do mesmo diploma legislativo estabelece ser incumbência da ERS “ *assegurar o direito de acesso universal e equitativo à prestação de cuidados de saúde nos serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde (SNS), nos estabelecimentos publicamente financiados, bem como nos estabelecimentos contratados para a prestação de cuidados no âmbito de sistemas ou subsistemas públicos de saúde ou equiparados*, acrescentando a alínea b) do mesmo artigo o dever de “ *prevenir e punir as práticas de rejeição e discriminação infundadas de utentes nos serviços e estabelecimentos do SNS, nos estabelecimentos publicamente financiados, bem como nos estabelecimentos contratados para a prestação de cuidados no âmbito de sistemas ou subsistemas públicos de saúde ou equiparados*”.
25. Podendo fazê-lo mediante o exercício dos seus poderes de supervisão, consubstanciado no dever de “ *zelar pela aplicação das leis e regulamentos e demais normas aplicáveis às atividades sujeitas à sua regulação, no âmbito das suas atribuições*”, bem como na emissão de ordens e instruções, ou recomendações e advertências individuais, sempre que tal seja necessário, sobre quaisquer matérias relacionadas com os objetivos da sua atividade reguladora, incluindo a imposição de medidas de conduta e a adoção das providências necessárias à reparação dos direitos e interesses legítimos dos utentes – cfr. al. a) e b) do artigo 19.º dos Estatutos da ERS.
26. E, no que concretamente respeita à obrigação de assegurar o cumprimento dos critérios de acesso aos cuidados de saúde, se é certo que a violação do direito de acesso, como direito complexo, pode surgir sob diferentes formas, ou ser originada por diferentes causas, é igualmente certo que uma das suas violações mais gravosas e últimas se consubstancia na rejeição infundada de pacientes.
27. É também competência da ERS “[...] *prevenir e punir as práticas de rejeição e discriminação infundadas de utentes nos serviços e estabelecimentos do SNS, nos estabelecimentos publicamente financiados, bem como nos estabelecimentos contratados para a prestação de cuidados no âmbito de sistemas ou subsistemas públicos de saúde ou equiparados*” (cfr. alínea b) do artigo 12.º dos Estatutos da ERS).

28. Sendo estabelecido na alínea b) do n.º 2 do artigo 61.º dos Estatutos da ERS, que  
“*Constitui contraordenação, punível com coima de 1000 EUR a 3740,98 EUR ou de 1500 EUR a 44 891,81 EUR, consoante o infrator seja pessoa singular ou coletiva:*

[...]

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

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

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

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

## **III.2 Do modelo de funcionamento do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC)**

### **III.2.1 Os direitos dos utentes**

30. O direito de acesso aos cuidados de saúde encontra-se constitucionalmente consagrado no artigo 64.º, sob a epígrafe “*direito à proteção da saúde*”, nos termos do qual tal direito é garantido pela criação de um Serviço Nacional de Saúde (SNS) assente no respeito pelos princípios fundamentais da universalidade, generalidade e gratuidade tendencial e impõe-se a toda a rede nacional de prestação de cuidados de saúde.

31. Com efeito, nos termos da Base XXIV da Lei de Bases da Saúde (LBS), o SNS deve prover pela garantia de “*equidade no acesso dos utentes, com o objetivo de atenuar os efeitos das desigualdades económicas, geográficas e quaisquer outras no acesso aos cuidados*”, o que implica que, nos estabelecimentos integrados no SNS, os cidadãos em situação idêntica devem receber tratamento em iguais circunstâncias, e em função das necessidades de cuidados de saúde.

32. A universalidade assenta na atribuição a todos do direito à proteção da saúde e nessa medida, deve ser assegurado a todos os cidadãos, no âmbito do SNS, o direito de acesso “[...] *independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação*”, o que implica que todos os cidadãos, sem exceção, possam aceder aos serviços prestadores de cuidados de saúde.
33. A generalidade impõe que o SNS garanta, com maior ou menor grau, uma prestação integrada de cuidados globais de saúde aos seus beneficiários. O princípio da generalidade aponta para o direito dos cidadãos a obter todo o tipo de cuidados de saúde, pelo que o Estado, com o intuito de assegurar a realização do direito à proteção da saúde, deverá “*garantir uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde*”. A este respeito, a LBS determina que o cidadão tem direito a que lhe sejam prestados de forma integrada todos os cuidados de saúde, sejam primários, secundários, continuados ou paliativos.
34. Por outro lado, a Lei n.º 15/2014, de 21 de março, que consolidou a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde, determina no seu artigo 4.º que a prestação dos cuidados de saúde pelo Serviço Nacional de Saúde e pelas entidades convencionadas ocorra em tempo considerado clinicamente aceitável para a condição de saúde de cada utente, igualmente instituindo tal normativo que a Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do Serviço Nacional de Saúde define “[...] *os tempos máximos de resposta garantidos [e] o direito do utente à informação sobre esses tempos*”, impondo aos estabelecimentos do SNS e aos do setor convencionado a obrigação de informarem o utente do tempo máximo de resposta garantido (TMRG) para a prestação de cuidados de saúde de que necessita, bem como de afixação de informação atualizada relativa aos TMRG para os diferentes tipos de prestação e grupos de patologia.
35. Nesse sentido, a Portaria n.º 87/2015, de 23 de março, estabelece, assim, os TMRG para prestações sem carácter de urgência, nomeadamente, cuidados em ambulatório dos centros de saúde, cuidados domiciliários, consultas externas hospitalares, meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) e cirurgia programada.
36. Por seu turno, cada estabelecimento do SNS fixará anualmente, dentro dos limites máximos estabelecidos a nível nacional por via da referida Portaria, os TMRG por tipo de prestação e por patologia ou grupo de patologias, que igualmente deverão constar dos respetivos planos de atividades e contratos-programa.
37. Assim, também neste âmbito se estrutura a necessidade da relação que se estabelece entre os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde e os seus utentes se

pautar pela verdade, completude e transparência em todos os aspetos e momentos da mesma, incluindo nos momentos que antecedem a própria prestação de cuidados de saúde.

38. Nesse sentido, o direito à informação – e o concomitante dever de informar – surge aqui com especial relevância e é dotado de uma importância estrutural na própria relação criada entre utente e prestador, não se limitando ao que prevê a alínea e) do n.º 1 da Base XIV da LBS, para efeitos de consentimento informado e esclarecimento quanto a alternativas de tratamento e evolução do estado clínico, motivo pelo qual a alínea d) do artigo 27º da Lei 15/2014, de 21 de Março estabelece a obrigação do utente ser informado sempre que “[...] *a capacidade de resposta dos estabelecimentos do SNS estiver esgotada e for necessário proceder à referência para os estabelecimentos de saúde do setor privado [...]*”.
39. Veja-se, a propósito do cumprimento desta obrigação de informação do utente, o Despacho n.º 987/2016, de 15 de janeiro, o qual visa reforçar os mecanismos ínsitos à disponibilização pública de informação atualizada sobre o cumprimento dos tempos máximos de resposta garantidos.
40. O direito à informação encontra-se intrinsecamente ligado ao direito à liberdade de escolha, na medida em que só com base na absoluta transparência e completude de informação poderá ser salvaguardado o direito de um qualquer utente de escolher livremente o agente prestador de cuidados de saúde (alínea a), do n.º 1, da Base XIV da LBS).
41. Com efeito, tal preocupação esteve sempre subjacente à criação do SIGIC, constando desde logo do Regulamento anexo à Portaria n.º 45/2008, de 15 de janeiro, o direito do utente “[...] *dispor de uma garantia de tratamento dentro do tempo máximo de espera garantido para o nível de prioridade, por patologia ou por grupo de patologias*”; *aceder a todo o tempo junto da unidade hospitalar de gestão de inscritos para cirurgia (UHGIC) do seu hospital e a seu pedido aos dados que lhe respeitem registados na lista de inscritos para cirurgia (LIC), nomeadamente o nível de prioridade que lhe foi atribuído e o seu posicionamento relativo na prioridade atribuída [e] escolher, quando haja lugar a transferência, de entre os hospitais indicados para a realização da cirurgia de que carece [...]*” – cfr. Parte III do Regulamento.
42. Por fim, também o direito à reclamação previsto no artigo 9.º da Lei 15/2014, de 21 de março, surge como reforço do já estipulado no Regulamento do SIGIC, enfatizando a necessidade do integral e atempado cumprimento de todas as fases do processo de acesso à prestação dos cuidados cirúrgicos de que o utente necessita.

### III.2.2 As regras do SIGIC

43. Conforme descrito na Portaria n.º 45/2008, de 15 de janeiro<sup>1</sup>, o SIGIC é um sistema de regulação da atividade relativa “[...] a utentes propostos para cirurgia e a utentes operados, assente em princípios de equidade no acesso ao tratamento cirúrgico, transparência dos processos de gestão 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.”;
44. Sendo elegíveis para efeitos de inscrição na lista de inscritos para cirurgia (LIC) “[...] todos os utentes dos hospitais do SNS e os utentes beneficiários deste Serviço referenciados para os estabelecimentos de saúde do sector privado e do sector social, ao abrigo dos contratos e convenções celebrados.”.
45. Pelo que toda a programação cirúrgica é registada no SIGLIC e deve obedecer aos critérios:
- (i) da prioridade clínica estabelecida pelo médico especialista, em função da doença e problemas associados, patologia de base, gravidade, impacto na esperança de vida, na autonomia e na qualidade de vida do utente, velocidade de progressão da doença e tempo de exposição à doença; bem como
  - (ii) da antiguidade na LIC, sendo, em caso de igual prioridade clínica, selecionado em primeiro lugar o utente que se encontra inscrito na lista há mais tempo – cfr. § 73. do Regulamento.
46. Cumprindo a este propósito ressaltar que, cronologicamente, a inscrição dos utentes em LIC é precedida da consulta da especialidade e da consequente elaboração de um plano de cuidados, ou seja da elaboração de uma proposta de abordagem de um ou mais problemas de saúde do utente, onde se inscrevem e caracterizam os eventos necessários à sua resolução, ordenados de forma cronológica, não havendo limitação ao registo na proposta quanto ao número de diagnósticos descritos ou procedimentos a

---

<sup>1</sup> Alterada por via da publicação da Portaria n.º 179/2014, de 11 de setembro.

- realizar, cfr. § 3.2.1.1. e 3.2.1.2.1 do Manual de Gestão de Inscritos para Cirurgia (MGIC).
47. Concretamente, prevê o MGIC, de forma taxativa, a exclusão de inscrição de determinados atos, como sejam os atos praticados fora do bloco operatório (BO), por não cirurgiões, ou pequenas cirurgias que não necessitem de utilização do BO.
  48. Elencando igualmente os elementos de menção obrigatória no preenchimento da proposta de cirurgia, nos quais consta, entre outros a caracterização dos problemas a abordar, incluindo patologias associadas, em termos de descrição, codificação e respetiva lateralidade, e episódio antecedente se aplicável cfr. § 3.2.1.2.1 do MGIC.
  49. Igualmente prévia à inscrição do utente em LIC, uma vez concluído o preenchimento da proposta de cirurgia, é a recolha do consentimento informado do utente, garantindo que o mesmo atesta a concordância com a proposta e respetiva inscrição em LIC.
  50. Por outro lado, “[...] *todos os atos relacionados com a inscrição do utente em LIC, desde a efetivação da primeira consulta em serviço hospitalar relacionada com a proposta cirúrgica até à realização da intervenção cirúrgica e respetiva alta, são registados no SIGLIC, de acordo com as regras previstas no MGIC*”, devendo qualquer registo na LIC respeitar os procedimentos ali considerados, mormente os constantes dos § 58 a 75.
  51. Pelo que, “[...] *após a emissão de certificado de inscrição, dá-se lugar à ativação da inscrição do utente na LIC do serviço/unidade funcional da instituição hospitalar.*” – cfr. § 3.2.1.2. do MGIC.
  52. Ademais, aos utentes é reconhecido, nomeadamente, o direito de obter um certificado comprovativo da sua inscrição e de obter informação a todo o tempo junto da Unidade Hospitalar de Gestão de Inscritos para Cirurgia (UHGIC) do seu hospital e a seu pedido, sobre os dados que lhe respeitem registados na LIC, como seja o nível de prioridade que lhe foi atribuído e o seu posicionamento relativo na prioridade atribuída – cfr. § 44. do Regulamento.
  53. Assim, a UHGIC é o principal elo de ligação do utente com o hospital, e todos os contactos com aquele e outros factos são registados no SIGLIC, competindo-lhe a informação aos utentes ou seus representantes, sobre o estado da inscrição, o teor dos deveres e direitos e qualquer outra sobre as diferentes fases do processo. – cfr. § 3.3.3. e § 3.3.5. do MGIC que remetem para o Volume II – Área da gestão.
  54. Compete ainda aos responsáveis pelas unidades ou serviços dos hospitais envolvidos nos procedimentos cirúrgicos *zelar pela atualização permanente da lista de*

*procedimentos cirúrgicos suscetíveis de serem realizados pelos seus serviços, garantindo que a cada um está corretamente associado o código do sistema de codificação em vigor e ainda, garantir a seleção dos utentes inscritos em LIC para efeito de programação cirúrgica de acordo com os critérios de antiguidade e prioridade estabelecidos no MGIC e neste Regulamento – cfr. alíneas b) e c) do § 57 do Regulamento.*

55. Pelo que, “[...] sempre que a instituição hospitalar de origem não consegue garantir ou a realização da cirurgia ou o seu agendamento até 100% do TMRG, o serviço/UF tenha perdido ou a capacidade técnica para realizar a cirurgia ou apresente piores tempos de acesso do que outro que se lhe equipare e ainda por conveniência justificada do utente, estão criadas as condições para se dar início à etapa de transferência. Seja qual for o tipo de transferência, esta só pode ocorrer com o acordo expresso do utente [...]”. – cfr. § 3.2.1.4. do MGIC.
56. Concretamente, no que à transferência cirúrgica diz respeito, é “[...] operada pela emissão e cativação de NT/VC [nota de transferência/vale cirurgia<sup>2</sup>], implica apenas a transferência da prestação dos procedimentos cirúrgicos relativos ao(s) problema(s) identificado(s) e às eventuais intercorrências da responsabilidade da instituição hospitalar ou complicações identificadas até sessenta dias após a alta hospitalar [...]” – cfr. § 3.2.1.4. do MGIC.
57. Ainda, “[...] a transferência de utentes através da emissão de NT/VC para outras unidades hospitalares integradas no SNS ou unidades convencionadas é obrigatória sempre que o hospital de origem, com os seus recursos, não possa garantir a realização da cirurgia dentro dos TMRG estabelecidos por prioridade clínica, por patologia ou grupo de patologias, presumindo-se a falta de garantia quando a cirurgia não for agendada até ao limite do prazo estabelecido para cada nível de prioridade, a contar da data de inscrição na LIC. [...]”, - cfr. § 3.2.1.4.1.1. do MGIC.
58. Decorridos os prazos para agendamento da cirurgia, tal como previstos nos n.ºs 79 e 80 da Parte V do Regulamento<sup>3</sup> sem que o agendamento no Hospital de Origem tenha ocorrido, “[...] e não existindo HD do SNS disponível nos termos do [...] Regulamento,

---

<sup>2</sup> “[...] Quer a nota de transferência, quer o vale cirurgia, habilitam o utente a marcar a cirurgia diretamente numa das entidades de destino [...] a diferença reside no facto da primeira permitir apenas a sua utilização no âmbito do SNS e a segunda poder ser utilizada quer nos hospitais do SNS, quer nas instituições convencionadas do sector privado e social.” – cfr. § 3.2.1.4.1.7 do MGIC.

<sup>3</sup> Nos termos dos n.ºs 79 e 80 da Parte V do Regulamento do SIGIC, o agendamento das cirurgias deve ocorrer até ao limite de 50 % e 75 % do tempo de espera, respetivamente se os utentes estiverem classificados com nível 2 e nível 1.

- a UCGIC emite de imediato um vale cirurgia a favor do utente.*” – cfr. n.º 108 da Parte V do Regulamento;
59. Competindo, com efeito, à Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia (UCGIC), nos termos da alínea I) do.º 49 da Parte IV do Regulamento do SIGIC “[e]mitir e enviar vales cirurgia.”.
60. Efetivando-se essa mesma transferência mediante a emissão pela UCGIC de “[...] *nota de transferência a favor do utente, propondo-lhe a selecção de uma das unidades hospitalares constante da listagem anexa de hospitais disponíveis*” – cfr. n.º 98 da Parte V do Regulamento .
61. Sendo que a emissão de vale cirurgia pela UCGIC pressupõe a aplicação de um algoritmo automático que procura as instituições hospitalares do SNS com capacidade para realizar o procedimento cirúrgico, indicando em primeiro lugar as instituições do concelho de residência, seguido das instituições dos concelhos limítrofes e por último do distrito.
62. Refira-se, ainda, que o SIGIC assenta numa estrutura orgânica constituída a nível central pela Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia (UCGIC), a nível regional, junto de cada uma das Administrações Regionais de Saúde (ARS), pela Unidade Regional de Gestão de Inscritos para Cirurgia (URGIC) e a nível de cada hospital UHGIC, cujas competências se encontram definidas na Parte IV do já mencionado Regulamento, sendo que das mesmas cumpre em síntese destacar:
63. As UHGIC ficam integradas nos hospitais, competindo-lhes:
- a) *Zelar pelo cumprimento das normas aplicáveis à LIC e respetivo Regulamento;*
  - (...)
  - e) *Informar e acompanhar os utentes para esclarecimento de todos os aspectos administrativos relacionados com a sua situação na LIC, incluindo a resposta a sugestões e o encaminhamento das reclamações para as URGIC e UCGIC – cfr. § 54.º e 56.º do 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.*

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

##### **IV.1 Da situação da utente S.S.**

66. Verifica-se que a utente foi inscrita em LIC em 13 de abril de 2015, com prioridade normal.
67. Significa isto que o TMRG para a cirurgia em causa se estendia até ao dia 13 de janeiro de 2016.
68. Sucede que, conforme informação transmitida pelo prestador, e após vários cancelamentos de agendamentos (14 de outubro e 25 de novembro de 2015), a cirurgia foi apenas efetuada no dia 24 de fevereiro de 2016.
69. Ou seja, mais de um mês depois do término do TMRG aplicável e previsto na lei.
70. Nos termos do parágrafo 80 do Regulamento SIGIC, “O agendamento dos utentes classificados no nível 1 deve ocorrer até ao limite de 75 % do tempo máximo de espera

*previsto para esse nível, devendo ser informados da data da marcação da cirurgia com um mínimo de 20 dias de antecedência”.*

71. Isto é, o agendamento deve ocorrer até 6,75 meses após a inscrição em LIC.
72. O primeiro agendamento foi feito para 14 de outubro de 2015, data que se encontrava dentro do referido limite de 75%.
73. Todavia, tendo sido cancelado tal agendamento e remarcada nova data para 25 de novembro de 2015, esta encontra-se já para além do limite dos 75%.
74. Ora, segundo o disposto no parágrafo 108 do Regulamento SIGIC, *“Decorridos os prazos previstos nos n.ºs 79 e 80, sem que tenha sido agendada a cirurgia no HO do utente e não existindo HD do SNS disponível nos termos do presente Regulamento, a UCGIC emite de imediato um vale cirurgia a favor do utente”.*
75. A este respeito, a ARS Norte informou do seguinte:

*“[...]*

*- O episódio não teve qualquer emissão de vale cirurgia, na medida em que o HO efetuou ao fim de 6 meses de inscrição para cirurgia, um agendamento com vista à resolução da situação clínica da doente.*

*De acordo com o regulamento do SIGIC a emissão de vale cirurgia ocorre, de forma automática, ao fim de 75% e 100% do tempo máximo de resposta garantida (TMRG), o que neste caso e atendendo ao facto da prioridade clínica estabelecida ter sido normal ocorreria sensivelmente aos 7 meses (203 dias) e aos 9 meses (270 dias), correspondendo este último valor ao tempo máximo de espera.*

*Assim, à data em que esta cirurgia ocorreu (cerca de 10 meses após a inclusão em LIC) estava ultrapassado o TMRG.*

*[...]”*

76. No entanto, mesmo que num primeiro momento a cirurgia tenha sido agendada dentro do limite dos 75%, no caso de vir a ser reagendada (como foi) e a nova data ultrapassar tal limite (como também sucedeu),
77. A UCGIC deve proceder à emissão imediata do Vale Cirurgia,
78. O que não se verificou.
79. Adicionalmente, e não obstante a situação já se encontrar resolvida, à demora no acesso à cirurgia acresce a carência da informação prestada pelo prestador à utente relativamente ao andamento e agendamento da sua cirurgia.

#### IV.2 Da situação do utente M.C.

80. Verifica-se que o utente foi inscrito em LIC em 29 de abril de 2015, com prioridade normal.
81. Significa isto que o TMRG para a cirurgia em causa se estendia até ao dia 29 de janeiro de 2016.
82. Sucede que, conforme informação transmitida pelo prestador, a cirurgia foi apenas efetuada no dia 13 de abril de 2016.
83. Ou seja, mais de dois meses depois do término do TMRG aplicável e previsto na lei.
84. Nos termos do parágrafo 80 do Regulamento SIGIC, “*O agendamento dos utentes classificados no nível 1 deve ocorrer até ao limite de 75 % do tempo máximo de espera previsto para esse nível (...)*”, isto é, o agendamento deve ocorrer até 6,75 meses após a inscrição em LIC.
85. A cirurgia foi agendada e realizada em 13 de abril 2016, data que se encontra manifestamente para além do referido limite de 75%.
86. Já quanto ao dever imposto à UCGIC e previsto no parágrafo 108 do Regulamento SIGIC de, decorridos os prazos previstos nos n.ºs 79 e 80, emitir de imediato um vale cirurgia a favor do utente,
87. A ARS Norte informou o seguinte:

“[...]”

*- O utente foi inscrito para cirurgia de nefrostomia percutânea com fragmentação por calculose do rim, no Centro Hospitalar Alto Ave, E.P.E. (CHAA), em 29-04-2015 com prioridade clínica normal.*

*- Foi operado em 13-04-2016, fora do TMRG, já que ultrapassou os 9 meses (TMRG) após a inclusão na LIC. Tal como na situação anterior esta ARS não tinha conhecimento da situação.*

*Mais se informa que mensalmente esta ARS monitoriza a evolução da lista de inscritos para cirurgia, reportando ao HO as situações que se desviam das regras constantes do SIGIC, para que estes possam diligenciar no sentido da sua resolução. Para além disto estão ainda previstas auditorias aos HO, que complementem e reforcem este acompanhamento.*

[...]”

88. Donde resulta que a ARS Norte não se pronunciou sobre a questão da emissão – ou, no caso, da não emissão – do Vale Cirurgia, não apresentando explicações para a situação concreta do utente, o que não se compagina com a obrigação que sobre esta impende de monitorizar, avaliar e controlar a evolução de inscritos para cirurgia nas unidades hospitalares, incluindo a análise dos tempos de espera.
89. Por outro lado, certo é que a UCGIC deve, em casos como estes, proceder à emissão imediata do Vale Cirurgia.
90. O que não sucedeu, decorrendo tal facto, de acordo com a explicitação da URGIC Norte, da circunstância de, pelo menos no caso da utente S.S., ter existido um agendamento compatível, à data, com a realização da cirurgia dentro do TMRG fixado.
91. Sem prejuízo de não se ter apurado que, nos casos em análise, o agendamento de cirurgias dentro do TMRG haja sido utilizado como expediente virtual e dilatatório para o não acionamento da emissão de Vale Cirurgia,
92. Sempre se recorde que, a propósito da suscetibilidade de potenciais agendamentos fictícios de cirurgias constituírem um mecanismo dilator da tempestividade do direito de acesso, a ERS já se pronunciou no âmbito do Processo de Inquérito n.º ERS/002/2015 (publicado em <https://www.ers.pt/>).
93. Aí se tendo apurado que “(...) *“Se o TMRG tiver sido ultrapassado, o agendamento tem de ser registado com um máximo de 20 dias de antecedência em relação à data da cirurgia, ou seja, o registo do agendamento não deve ser realizado com uma antecedência superior a 20 dias à data da cirurgia agendada. No entanto, os SIH não apresentam esta regra implementada. Sempre que um agendamento é realizado e integrado no SIGLIC, o mesmo impede a emissão de NT/VC, pois até ao momento não existe forma automática de eliminar o agendamento incorreto no SIH. Pelo que se confirma que é possível o hospital impedir a emissão de NT/VC, agendando no SIH, irregularmente os utentes.”* – cfr. informação prestada pela UCGIC.
94. Motivo pelo qual recomendou a ERS à ACSS, no âmbito do citado processo, que atuasse no sentido de garantir a existência de mecanismos de controlo e monitorização do efetivo cumprimento das regras de funcionamento do programa SIGIC, designadamente, assegurando que tais procedimentos se conformem com o rigoroso funcionamento dos mecanismos de garantia da tempestividade do direito de acesso.
95. Adicionalmente, e à semelhança do verificado com a utente anterior, não obstante a situação já se encontrar resolvida, à demora no acesso à cirurgia acresce a carência

da informação prestada pelo prestador à utente relativamente ao andamento e agendamento da sua cirurgia.

### IV.3 Conclusões

96. As situações trazidas ao conhecimento da ERS evidenciam a necessidade de uma intervenção regulatória à luz das suas competências, no sentido de serem corrigidas as falhas existentes nos procedimentos adotados pelo Hospital de Guimarães subjacentes ao funcionamento do SIGIC e, em especial, os procedimentos relativos à gestão dos agendamentos em cumprimento dos TMRG fixados.
97. 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.
98. 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 nos casos concretos, conclui-se que, ainda que os utentes já tenham realizado as cirurgias de que necessitavam, as mesmas não ocorreram dentro dos tempos máximos de resposta garantidos instituídos.
99. Ainda de referir, num outro plano, que ao incumprimento do TMRG aplicável acresce a carência da informação prestada pelo prestador aos utentes relativamente ao andamento e agendamento das suas cirurgias, competindo à UHGIC “*Informar e acompanhar os utentes para esclarecimento de todos os aspectos administrativos relacionados com a sua situação na LIC*”.
100. Sendo tal omissão desrespeitadora das garantias subjacentes ao direito de informação consubstanciado no disposto no artigo 7.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de Março, e no artigo 4.º da Portaria n.º 87/2015, de 23 de março.
101. Por outro lado, considerando a ultrapassagem dos TMRG previstos e a atribuição da URGIC de “*Monitorizar, avaliar e controlar a evolução de inscritos para cirurgia nas unidades hospitalares, designadamente os tempos de espera*”, conclui-se que a URGIC Norte não detetou o desvio à adoção dos procedimentos tipificados, não constituindo verdadeiro garante da monitorização esperada.
102. Com efeito, foi a própria URGIC Norte que reconheceu desconhecer as situações dos utentes em causa, até ao momento em que tais informações lhe foram transmitidas pela ERS.

103. Por seu lado, a UCGIC não atuou curialmente à luz das suas competências, visto que não emitiu, em nenhum dos casos, os Vales Cirurgia dentro dos prazos definidos na lei.
104. Constata-se que, nos casos concretos, os mecanismos subjacentes ao funcionamento do SIGIC exigíveis na atuação da UHGIC, URGIC e UCGIC não foram cabalmente seguidos de modo a assegurar o cumprimento pelas diferentes instâncias intervenientes das competências a cada uma adstritas;
105. Prejudicando, com isso, a 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, que à ERS cabe prosseguir.
106. Assim se concluindo pela necessidade de adoção da atuação regulatória *infra* delineada, por forma a garantir o reforço dos procedimentos de controlo existentes para cumprimento dos TMRG fixados, e que situações idênticas sejam solucionadas em tempo adequado e não se repitam no futuro.
107. Com relevância para a atuação regulatória *infra* proposta, recorde-se que, na sequência de deliberações adotadas previamente pela ERS no âmbito de outros processos de inquérito, foi deliberada a abertura do processo de monitorização n.º PMT/002/16, atualmente em curso, no âmbito do qual se vem acompanhando, em matéria de SIGIC, o comportamento de vários prestadores e, bem assim, o seguimento dado pelas diferentes URGIC e pela UCGIC às recomendações já emitidas pela ERS ou que venham a ser emitidas no âmbito de processos de inquérito em curso.

#### **IV. AUDIÊNCIA DOS INTERESSADOS**

108. 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 prestador, os reclamantes, a ARS Norte e a ACSS.
109. Decorrido o prazo concedido para a referida pronúncia, não foram rececionadas pronúncias de nenhuma das partes referidas, pelo que daí não resultaram quaisquer factos capazes de infirmar ou alterar o sentido do projeto de deliberação da ERS, razão pela qual se deve manter na íntegra.

## V. DECISÃO

110. O Conselho de Administração da ERS delibera, nos termos e para os efeitos do preceituado na alínea a) do artigo 24.º e das alíneas a) e b) do artigo 19.º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, emitir uma instrução ao Hospital Senhora Oliveira – Hospital de Guimarães, E.P.E. nos seguintes termos:

- (i) Deve garantir que o atendimento dos utentes se processe dentro do estrito cumprimento das regras de funcionamento do programa SIGIC, assegurando a efetiva implementação de mecanismos de controlo e monitorização da evolução de inscritos para cirurgia;
- (ii) Deve garantir a adoção de todos os comportamentos que assegurem, efetivamente, o rigoroso e cabal cumprimento de todas as regras estabelecidas no quadro legal relativo aos Tempos Máximos de Resposta Garantidos;
- (iii) Deve garantir que todo e qualquer procedimento por si adotado seja capaz de promover a informação completa, verdadeira e inteligível a todos os utentes sobre os aspetos relativos ao seu acompanhamento e alternativas existentes no SNS para salvaguarda de um acesso adaptado à sua condição clínica, com clara explicitação do papel que compete a cada estabelecimento na rede nacional de prestação de cuidados de saúde;
- (iv) Deve dar cumprimento imediato à presente instrução, comunicando à ERS, no prazo máximo de 30 (trinta) dias úteis contados da presente deliberação, os procedimentos adotados para o efeito.

111. A instrução ora emitida constitui decisão da ERS, sendo que a alínea b) do n.º 1 do artigo 61.º dos Estatutos da ERS, aprovados em anexo ao Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, configura como contraordenação punível *in casu* com coima de € 1000,00 a € 44 891,81, “[...] o desrespeito de norma ou de decisão da ERS que, no exercício dos seus poderes regulamentares, de supervisão ou sancionatórios determinem qualquer obrigação ou proibição, previstos nos artigos 14.º, 16.º, 17.º, 19.º, 20.º, 22.º, 23.º”.

112. O Conselho de Administração da ERS delibera ainda, nos termos e para os efeitos do preceituado na alínea a) do artigo 24.º e nas alíneas a) e b) do artigo 19.º dos seus Estatutos, emitir uma recomendação à Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. para que a unidade de apoio ao SIGIC na mesma integrada atue no sentido de promover uma efetiva monitorização, avaliação e controlo da evolução de inscritos para cirurgia nas unidades hospitalares, incluindo a análise dos tempos de espera.

113. Por fim, delibera o Conselho de Administração da ERS, para efeitos de uma eventual intervenção regulatória futura, a apensação do presente processo de inquérito ao processo de monitorização n.º PMT/002/16.

O Conselho de Administração,

Porto, 30 de novembro de 2016.