



PARECER

I.

INTRODUÇÃO

1. No ano de 2008, a ERS encetou a realização de um estudo sobre as actuais redes de referenciação hospitalar *com o objectivo de avaliar o seu grau de cumprimento e aferir da sua efectiva concretização* – cfr. páginas 21 e 22 do Relatório de Actividades de 2008 da ERS, publicado no sítio da internet (www.ers.pt);
2. Atento o facto de consubstanciarem um instrumento essencial para avaliar o acesso universal e geral, e consequentemente de eventuais rejeições infundadas de pacientes nos estabelecimentos e serviços do SNS.
3. Já no presente ano de 2009, a ERS tem vindo a analisar o conjunto das redes de referenciação hospitalar aprovadas e publicadas – que se identificam mais adiante -, e *a identificar os pontos das redes, bem como as características e requisitos, humanos, materiais e técnicos dos diferentes níveis e pontos das redes.*
4. Também no ano de 2009, surge a publicação do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de Maio, que procedeu à reestruturação da ERS, redefinindo as suas atribuições, organização e funcionamento.
5. Ora, é face à nova realidade jurídica e delimitação das competências e atribuições da ERS, que se impõe a (re)análise do estudo subordinado ao tema das redes de referenciação hospitalar tal como projectado e orientado até à presente data;
6. Mormente, a (re)análise da natureza de cada uma das redes, das suas finalidades e do próprio enquadramento face às novas competências atribuídas à ERS.

I.1. Objecto do presente parecer

7. É finalidade do presente documento determinar o carácter de cada uma das redes de referência hospitalar (adiante RRH) no âmbito do respeito, imposto pela Constituição e pela Lei, pelo direito de acesso geral e universal dos utentes aos serviços públicos de cuidados de saúde.
8. Concretizando, pretende-se averiguar se cada uma das regras que compõem cada uma das RRH, aprovada e publicada, até à presente data, deve ser considerada (ou não) como uma *regra de acesso aos cuidados de saúde*;
9. E se por isso, o não cumprimento de tais RRH, ou das premissas em que cada uma delas assenta, por parte dos prestadores de cuidados de saúde, exigem uma intervenção regulatória e *in fine* sancionatória por parte da ERS, tal como balizadas pelo Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de Maio.
10. Nesta sequência, dir-se-á que das finalidades do estudo de RRH tal como previamente reconhecidas, aliadas às competências e objectivos da ERS plasmados no diploma legal recentemente aprovado;
11. Resulta a essencialidade do presente parecer que pretende, por um lado, avaliar do interesse na manutenção dos parâmetros e objectivos tal como previstos para o estudo subordinado a esta temática;
12. E, por outro, contextualizar as regras impostas por cada uma das redes ao abrigo do Decreto-Lei n.º 127/09, de 27 de Maio, designadamente se aquelas podem ser vistas como regras de acesso aos cuidados de saúde.

II.

DO DIREITO DE ACESSO

II.1. Do direito à protecção da saúde na Constituição da República Portuguesa

13. O direito à protecção 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 será assegurado, entre outras obrigações impostas constitucionalmente, através da criação de um Serviço Nacional de Saúde (doravante SNS) universal, geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito.
14. Dito de outro modo, a CRP impõe que o acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde no âmbito do SNS deva ser assegurado em respeito pelos princípios fundamentais plasmados naquele preceito constitucional, designadamente, a universalidade, generalidade e gratuidade tendencial.
15. Por seu lado, a Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, em concretização da imposição constitucional contida no referido preceito, estabelece na sua Base XXIV como características do SNS:
- “a) Ser universal quanto à população abrangida;*
 - b) Prestar integradamente cuidados globais ou garantir a sua prestação;*
 - c) Ser tendencialmente gratuito para os utentes, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos”.*
16. A universalidade do SNS resulta da premissa constitucional de que o direito à protecção da saúde é atribuído a “*todos*” (expressão do n.º 1 do art. 64º da CRP), ou seja, que deve ser assegurado a todos os cidadãos o direito de acesso aos serviços de saúde integrados no SNS.
17. Com efeito, conforme o disposto na al. a), do n.º 3 do art. 64.º da CRP, para que seja assegurada a realização do direito à protecção da saúde, o Estado deverá “*garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação*”, pelo que a universalidade

pressupõe que todos os cidadãos, sem excepção, estejam cobertos pelas políticas de promoção e protecção da saúde e possam aceder aos serviços prestadores de cuidados de saúde;

18. Sendo com base neste princípio que é concedido a *todos os cidadãos portugueses*¹ o direito de recorrer ao SNS, sejam eles residentes em Portugal ou no estrangeiro, mas também aos “[...] *cidadãos nacionais de Estados membros das Comunidades Europeias, nos termos das normas comunitárias aplicáveis*”; aos “[...] *cidadãos estrangeiros residentes em Portugal*”; e aos “[...] *cidadãos apátridas residentes em Portugal*”- cfr. Base XXV da Lei de Bases da Saúde.
19. Intimamente ligada à universalidade do SNS surge a característica da generalidade que se prende com a determinação do tipo de cuidados de saúde que deve ser abrangido pelo SNS, impondo-se que garanta, com maior ou menor grau, uma prestação integrada de cuidados globais de saúde aos seus beneficiários.
20. 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 protecção da saúde deverá “*garantir uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e serviços de saúde*” - cfr. al. b) do n.º 3 do art. 64º da CRP;
21. Ou seja, tem o cidadão o direito a que lhe sejam prestados integradamente todos os cuidados de saúde, sejam primários, diferenciados, continuados ou até paliativos.
22. Por último, gratuitidade tendencial significa que a prestação de cuidados de saúde no âmbito do SNS tende a ser gratuita, pelo que será admissível a cobrança de determinados valores que possuam uma função de moderação do consumo de cuidados de saúde, tal como prosseguido pelas taxas moderadoras; e

¹ Face ao crescente alargamento do acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde, necessário se tornou estabelecer um sistema de identificação dos beneficiários do SNS, que garantisse a concretização dos direitos dos seus titulares, designadamente o acesso à prestação de cuidados e ao fornecimento de medicamentos. Nesse sentido, o Governo, nos termos da al. a), do n.º 1 do art. 201.º da CRP (actual art. 198.º), aprovou o Decreto-lei n.º 198/95, de 29 de Julho, o qual veio criar o cartão de identificação do utente do Serviço Nacional de Saúde.

23. Desde que não seja vedado o acesso aos cuidados de saúde, por razões económicas, nem sejam postas em causa as situações de isenção legalmente previstas (cfr. artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 173/2003, de 1 de Agosto).
24. Assim, e no que importa realçar, resulta claro que o permanente cumprimento das características de universalidade e generalidade do SNS implica a existência de regras que garantam que um qualquer utente obterá, junto do SNS e em qualquer situação, os cuidados de saúde que efectivamente necessite;
25. Independentemente do concreto estabelecimento do SNS pelo qual ele inicialmente busque essa satisfação de necessidade de cuidados de saúde.
26. E tal escopo apenas se verá concretizado com o efectivo funcionamento de redes de referenciação e sua conseqüente imposição junto dos prestadores de cuidados de saúde envolvidos, organizadas enquanto esquemas de cooperação assentes na diferenciação ou estratificação dos prestadores, de forma a abranger toda a comunidade que procura os cuidados de saúde e a garantir a sua prestação de forma necessária, útil e diligente.

II.2. Do conteúdo ínsito do direito de acesso aos cuidados de saúde pelo utente do SNS

27. O acesso aos cuidados de saúde deve ser avaliado, pelo menos, numa quádrupla perspectiva, a saber, económica, temporal, qualitativa e geográfica.
28. Numa perspectiva económica, o acesso aos cuidados de saúde deve ser garantido seja qual for a condição económica do utente que dos mesmos necessite, daí advindo todo o quadro conformador da mera moderação no acesso aos cuidados de saúde decorrente das taxas moderadoras.

29. Numa perspectiva temporal, o acesso surge associado à necessidade de obtenção de cuidados de saúde de forma não discriminatória e em tempo útil.²
30. No respeitante à vertente qualitativa, o acesso aos cuidados de saúde deve ser compreendido como o acesso aos cuidados que, efectivamente, são necessários e adequados à satisfação das concretas necessidades dos mesmos;
31. O que significa que a necessidade de um utente deve ser satisfeita mediante a prestação de serviços consentâneos com o estado da arte e da técnica, e que sejam os reputados como necessários e adequados, sob pena do conseqüente desfasamento entre procura e oferta na satisfação das necessidades.
32. Finalmente, e numa vertente geográfica, o acesso aos cuidados de saúde deve ser garantido aos utentes onde quer que vivam.
33. Nesta sequência, cumpre verificar se cada uma das RRH, tal como hoje existentes e aprovadas, são instrumentos que impõem a todos os prestadores de cuidados de saúde envolvidos, a prestação a todos os utentes, independentemente da sua localização geográfica e no momento adequado, dos tratamentos e serviços de saúde que são concretamente necessários;
34. O que, desde logo, coloca a questão prévia da identificação sobre a competência para a adopção de regras de referenciação que sejam juridicamente vinculativas e que imponham uma tal obrigação aos estabelecimentos envolvidos de regras de referenciação;
35. E que, conseqüentemente, sejam *regras de acesso aos cuidados de saúde*.

² Esta perspectiva encontra-se aliada ao conceito de equidade horizontal ínsito ao conceito mais amplo de equidade de utilização de serviços de saúde e que significa, em suma, igual tratamento para igual necessidade ou ainda, tratamento distribuído de acordo com as necessidades e independentemente da fonte de financiamento.

III.

DA NOÇÃO E RELEVÂNCIA DAS RRH

36. As RRH definem-se como “[...] *sistemas através dos quais se pretende regular as relações de complementaridade e de apoio técnico entre todas as instituições hospitalares, de modo a garantir o acesso de todos os doentes aos serviços e unidades de prestadores de cuidados de saúde, sustentado num sistema integrado de informação institucional*”. – consultar www.dgs.pt.

37. Assim, uma rede de referência hospitalar traduz-se por um conjunto de especialidades médicas e de tecnologias que permitem a:

a) *Articulação em rede, variável em função das características dos recursos disponíveis, das determinantes e condicionantes regionais e nacionais e do tipo de especialidade em questão;*

b) *Exploração de complementaridades, de modo a aproveitar sinergias, concentrar experiências, proporcionando o desenvolvimento do conhecimento e a especialização dos técnicos, com a consequente melhoria da qualidade dos cuidados;*

c) *Concentração de recursos, no sentido da maximização da rentabilidade.*

38. Também neste sentido, veja-se algumas definições de redes de referência hospitalar consoante as valências a que respeitam, designadamente,

- a Rede de Referência Hospitalar de Anatomia Patológica, apresenta-se como “*o sistema integrado e hierarquizado de laboratórios de Anatomia Patológica, com sede hospitalar, que visa satisfazer, de forma concertada, as necessidades de assistência hospitalar no diagnóstico, de formação, de investigação, de colaboração interdisciplinar e de garantia de qualidade no âmbito da especialidade de Anatomia Patológica*”. – cfr. apontamentos da rede de referência de Anatomia Patológica, no documento publicado pela Direcção-Geral da Saúde; ou

- A Rede de Referência Hospitalar de Oncologia que “[...] *pretende regular as relações de complementaridade e de apoio técnico entre todas*

as instituições hospitalares, de modo a garantir o acesso de todos os doentes aos serviços e unidades prestadoras de cuidados de saúde na área da oncologia, sustentado num sistema integrado de informação interinstitucional.” – cfr. apontamentos da rede de referência de Oncologia, no documento publicado pela Direcção-Geral de Saúde.

39. Ora, em suma, resulta da anotada definição de RRH que as mesmas devem ser estruturadas de forma *a garantir o acesso de todos os doentes aos serviços e unidades de prestadores de cuidados de saúde*, devendo a referida estrutura orientar-se numa lógica centrada *na população e com base em critérios de distribuição e rácios*, previamente definidos, de instalações, equipamentos e recursos humanos.
40. Nesse sentido, interessa que os prestadores de cuidados de saúde que concorrem para o funcionamento de cada uma das redes,
- a) se articulem entre si, desde os cuidados primários até aos diferenciados, em função dos recursos de que dispõem, consideradas as condicionantes de cada uma das regiões e da valência a que respeitam;
 - b) se complementem, com a finalidade de aproveitarem os recursos de que cada um é possuidor e, desta forma, contribuam para o desenvolvimento do conhecimento e a especialização dos profissionais e a conseqüente melhoria da qualidade dos serviços de saúde prestados por cada um dessas entidades enquanto instituição individual e como membro de uma concreta rede; e
 - c) se concentrem numa lógica de maior qualidade prestada.
41. E neste seguimento, encontra-se ínsito à noção de RRH o direito de acesso do utente aos serviços e unidades do prestador dos cuidados de saúde de que aquele necessita e que se integra numa determinada rede de referência.
42. A reiterar estas premissas, veja-se ainda a definição de RRH de Psiquiatria e Saúde Mental que, de acordo com o manual elaborado e emitido pela DGS, foi pioneira em Portugal não só deste conceito como desta prática;

43. E que, já nos anos 80 do passado século XX, detinha como objectivos:

- *Promover uma maior acessibilidade e adequação aos cuidados de saúde;*
- *Obter maior efectividade e eficiência no desempenho;*
- *Melhorar a articulação entre as instituições, de forma a estabelecer uma comunicação que privilegie o doente, numa perspectiva de continuidade de cuidados;*
- *Garantir a qualidade na prestação de cuidados de saúde;*

44. E pugnava pelo alargamento da prestação de cuidados em função das necessidades das populações através “[...] *do estabelecimento de redes, não só hospitalares mas também comunitárias, envolvendo múltiplos agentes e diferentes sectores além da Saúde*”.

45. Ou seja, decorre da própria definição de RRH, que a sua estrutura e princípios orientadores visam, então, promover e garantir o acesso de todos os doentes, de todas as zonas geográficas do país, aos cuidados de saúde de que necessitam, sejam estes primários ou diferenciados;

46. Isto é, sejam eles de primeiro nível assistencial (designação que se adopta para determinar os cuidados primários que, por isso, devem estar mais próximos das populações, podendo aqui incluir-se, quer os Centros de Saúde, quer os Hospitais, de 1.º Nível e os Distritais);

47. Ou de último nível assistencial (designação que se adopta para determinar os cuidados diferenciados que, por isso, devem ser acessíveis ao utente cujo estado de saúde exija uma intervenção mais especializada e prolongada, aqui incluindo todas as entidades hospitalares que se encontram no último nível de uma qualquer RRH e que não referenciam para qualquer outro prestador).

48. Por outro lado, os hospitais encontram-se organizados por plataformas de intervenção diagnóstica e terapêutica, em função das suas especificidades e competências, permitindo “[...] *melhorar a acessibilidade aos cuidados de saúde e adequar as necessidades de diferenciação técnica à localização de recursos humanos e à*

garantia das qualidades.” – cfr. Carta Hospitalar Portuguesa, Redes de Referência Hospitalar, Lisboa, Direcção-Geral da Saúde, 2004.

49. Sendo também por isso que a relevância das RRH era já reconhecida no Plano Nacional de Saúde 2004 – 2010 e que, na parte que aqui importa salientar, identificava as RRH que se encontravam, à data da sua elaboração, devidamente aprovadas e as que ainda se encontravam em fase de apreciação.
50. Com efeito, referia-se no predito documento - e que naturalmente já se encontra parcialmente ultrapassado – que à época se encontravam aprovadas as redes de referência Materno-Infantil, de Neurologia, de Intervenção Cardiológica, de Infeciologia, de Urgência/Emergência, de Psiquiatria e Saúde Mental, de Oncologia, de Imunoalergologia, de Medicina Física e de Reabilitação, de Reumatologia e de Nefrologia³;
51. Que, em fase de apreciação Ministerial, encontravam-se as redes de Transplantação e de Anatomia Patológica e, em fase de conclusão, as redes de Genética Médica, de Cirurgia Vasculuar, de Endocrinologia, de Oftalmologia e de Telemedicina.
52. O Plano Nacional de Saúde referia ainda que “[...] *se encontram aprovados documentos no sentido da definição de Critérios para o desenvolvimento da Cirurgia Ambulatória, Unidades Básicas de Urgência e de Unidades de AVC e que foi submetida a aprovação Ministerial a Recomendação para o desenvolvimento de Cuidados Intensivos*”;
53. Estabelecendo, ainda, que no contexto de novos modelos de gestão hospitalar, “[...] *a definição e o contínuo ajustamento de Redes de Referência Hospitalar têm uma importância redobrada, designadamente nos processos de opting out, na contratualização, no pagamento pela produção e na regulação das estratégias institucionais de investimentos.*” – cfr. Volume II – Orientações Estratégicas/Redes de

³ À data da sua publicação, das redes de referência indicadas como aprovadas, não se encontravam publicadas as redes de Oncologia, Medicina Física e de Reabilitação e de Reumatologia.

cuidados hospitalares do Plano Nacional de Saúde 2004/2010, em <http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns>.

54. Por todo o exposto, conclui-se que as RRH assumem clara relevância na política de saúde nacional.

IV.

DA NATUREZA E DA ORGANIZAÇÃO DO SNS

55. Enquanto concretização dos princípios fundamentais estabelecidos para um Serviço Nacional de Saúde, a Lei de Bases da Saúde (de ora em diante, LBS) consagrou, nas directrizes da política de saúde estabelecidas na Base II, que “*é objectivo 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*”.
56. Para tanto, e nos termos da al. d) da mesma Base, “*os serviços de saúde estruturam-se e funcionam de acordo com o interesse dos utentes e articulam-se entre si e ainda com os serviços de segurança e bem-estar social*”, sendo que, e de acordo com a al. e) da mesma Base, “*a gestão de recursos disponíveis deve ser conduzida por forma a obter deles o maior proveito socialmente útil e a evitar desperdício e a utilização indevida dos serviços*”.
57. E sendo reconhecido ao cidadão a “*liberdade de escolha no acesso à rede nacional de prestação de cuidados de saúde, com as limitações decorrentes dos recursos existentes e da organização dos serviços*.” – cfr. n.º 5 da Base V da LBS -, é também direito do utente “*ser tratado pelos meios adequados, humanamente e com prontidão, correcção, privacidade e respeito*” – cfr al. c) da Base XIV da LBS, para o que deve “*observar as regras de organização e funcionamento dos serviços e estabelecimentos*” e utilizar “*os serviços de acordo com as regras estabelecidas*” – cfr. al. b) e d) do n.º 2 da Base XIV da LBS.
58. Por outro lado, prescreve ainda o diploma legal vindo de analisar que o sistema de saúde assenta nos cuidados de saúde primários, que devem situar-se junto das

comunidades (n.º 1 da Base XIII), “*devendo ser promovida a intensa circulação entre os vários níveis de cuidados de saúde, reservando a intervenção dos mais diferenciados para as situações deles carecidas e garantindo permanentemente a circulação recíproca e confidencial da informação clínica relevante sobre os utentes*” (cfr. n.º 2 da Base XIII).

59. Desta forma, veio o legislador impor um sistema de saúde estratificado no qual os serviços e unidades de saúde se devem estruturar, funcionar e articular entre si, em favor dos interesses dos utentes que devem, em condições de igualdade, aceder aos cuidados de saúde, sendo que, naturalmente, os cuidados primários devem localizar-se mais perto das comunidades e os diferenciados abrangerem a uma maior população que a eles recorre por força de estados de saúde mais específicos.
60. Visa-se, portanto, um Serviço Nacional de Saúde que “*preste integralmente cuidados globais ou garanta a sua prestação*” (al. b) e d) da Base XXIV da LBS), e que possibilite ao utente o acesso, conforme já anotado, com carácter “*de equidade e de forma integrada, [a] todos os cuidados globais, com o objectivo de minimizar os efeitos das desigualdades económicas, geográficas e quaisquer outras no acesso aos cuidados*”. – cfr. al. b) e d) da Base XXIV da LBS.
61. Por sua vez, o Estatuto do SNS, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro, em desenvolvimento das bases gerais contidas no regime jurídico da saúde, define o SNS como sendo “*um conjunto organizado e hierarquizado de instituições e de serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde, funcionando sob a superintendência ou tutela do Ministro da Saúde*” – cfr. artigo 1.º do referido Estatuto.
62. Assim, e se nos termos do artigo 2.º do Estatuto do SNS, este “*tem como objectivo a efectivação, por parte do Estado, da responsabilidade que lhe cabe na protecção da saúde individual e colectiva*”, através de cada uma das instituições que o integra e que desempenha um papel de elevada relevância na prossecução de tal imposição, devendo garantir o direito de acesso universal e igual a todos os cidadãos aos cuidados por si prestados;
63. Deve ter-se igualmente presente que o SNS, enquanto *conjunto organizado e hierarquizado de instituições e de serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde*, se organiza *em regiões de saúde* – cfr. n.º 1 do artigo 3.º do Estatuto do SNS;

64. Como, aliás, igualmente se estatui na Base XXIV da LBS, que estabelece que o SNS se caracteriza por *ter organização regionalizada e gestão descentralizada e participada* - cfr. alínea e) da referida Base;
65. O que surge, aliás, enquanto concretização do princípio, estabelecido no n.º 4 do artigo 64.º da CRP, de que o *serviço nacional de saúde tem gestão descentralizada e participada*.
66. Ou seja, desde a conformação inicial e fundamental do SNS que claramente se assumiu que a sua organização deveria, sem prejuízo da *superintendência ou tutela do Ministro da Saúde*, assentar na estruturação que melhor serviria a identificação dos cuidados de saúde necessários e a garantia do acesso aos utentes onde quer que vivam.
67. E é assim que as Administrações Regionais de Saúde (de ora em diante, ARS) desempenham um papel fundamental na estruturação e organização da resposta do SNS nas áreas sob sua influência e, *in extremis*, nas RRH.
68. Efectivamente, a organização do sistema de saúde baseia-se na divisão do território nacional em regiões de saúde que *“são dotadas de meios de acção bastante para satisfazer autonomamente as necessidade correntes de saúde dos seus habitantes, podendo, quando necessário, ser estabelecidos acordos inter-regionais para a utilização de determinados recursos,”* – cfr. n.º 1 e 2 da Base XVIII.
69. Consequentemente, o Serviço Nacional de Saúde detém uma organização de carácter regional, sendo administrado por cada uma das ARS, responsáveis por cada uma das regiões administrativamente organizadas, devendo assim analisar-se em que medida as RRH actualmente existentes são enquadráveis com esta organização do SNS e, claro está, que consequências daí resultam.

V.

DA APROVAÇÃO, IMPLEMENTAÇÃO E CUMPRIMENTO DAS RRH: COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES

V.1 Da aprovação das RRH: as Administrações Regionais de Saúde

70. Refira-se, *ab initio*, que a definição da política de saúde é competência do Governo, competindo ao Ministério da Saúde quer a sua proposição, quer “[...] *promover e vigiar a respectiva execução e coordenar a sua acção com a dos Ministérios que tutelam áreas conexas* [...]” – cfr. n.º 1 e 2 da Base VI da LBS.
71. Outrossim, cabem ainda ao Ministério da Saúde e aos seus serviços centrais funções de financiamento, regulamentação, orientação, planeamento, avaliação e inspecção do Serviço Nacional de Saúde⁴;
72. Designadamente exercendo a superintendência e tutela do funcionamento do Serviço Nacional de Saúde, e assegurando as acções necessárias à formulação, execução, acompanhamento e avaliação da política de saúde – cfr. art. 1.º e 2.º do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde e art. 2.º do Decreto Lei n.º 212/2006, de 27 de Outubro.
73. Nessa sequência, e nos termos do n.º 1 do art. 3.º da Lei Orgânica das ARS, aprovada pelo Decreto-Lei n.º 222/2007, de 29 de Maio, constitui incumbência das ARS “*garantir à população da respectiva área geográfica de intervenção o acesso à prestação de cuidados de saúde de qualidade, adequando os recursos disponíveis às*

⁴ Determina o Decreto-Lei n.º 212/2006, de 27 de Outubro, no seu artigo 4.º (sob a epígrafe “Administração directa do Estado”) que integram a administração directa do Estado, no âmbito do Ministério da Saúde, os seguintes serviços centrais:

- a) O Alto Comissariado da Saúde;
- b) A Inspecção-Geral das Actividades em Saúde;
- c) A Secretaria-Geral;
- d) A Direcção-Geral da Saúde;
- e) A Autoridade para os Serviços de Sangue e da Transplantação.

necessidades em saúde e cumprir e fazer cumprir o Plano Nacional de Saúde na sua área de intervenção”.

74. E é para cumprimento de tal atribuição fundamental que as ARS são dotadas de um extenso elenco de atribuições identificadas, entre outros, no n.º 2 do artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 222/2007, de 29 de Maio;

75. Competindo-lhes, assim e a mero título exemplificativo,

(i) assegurar, na respectiva área geográfica, a prossecução das atribuições do Ministério da Saúde;

(ii) coordenar, orientar e avaliar a execução da política de saúde na respectiva região de saúde, de acordo com as políticas globais e sectoriais, com vista à optimização dos recursos disponíveis;

(iii) assegurar a adequada articulação entre os serviços prestadores de cuidados de saúde de modo a garantir o cumprimento da rede de referenciação;

(iv) participar na definição das medidas de coordenação intersectorial de planeamento, tendo como objectivo a melhoria da prestação de cuidados de saúde;

(v) planear, coordenar e monitorizar a gestão de recursos humanos no âmbito da respectiva área de intervenção, mediante um sistema de informação actualizado e do desenvolvimento de estudos de caracterização e desempenhos profissionais nas diferentes carreiras do sector da saúde;

(vi) elaborar programas funcionais de estabelecimentos de saúde;

(vii) elaborar a carta de instalações e equipamentos das respectivas regiões de saúde;

(viii) planear os recursos materiais, incluindo a execução dos necessários projectos de investimento das instituições e serviços do Serviço Nacional de Saúde e supervisionar a sua afectação;

(ix) afectar recursos financeiros às instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde financiados pelo Serviço Nacional de Saúde, através da negociação, celebração e acompanhamento de contratos-programa;

(x) afectar recursos financeiros a entidades privadas com ou sem fins lucrativos para prestação de cuidados de saúde através da celebração, acompanhamento e revisão de acordos, protocolos e convenções;

(xi) afectar recursos financeiros, mediante a celebração, acompanhamento e revisão de contratos no âmbito das parcerias público-privadas.

76. Assim, decorre do transcrito, que competirá a cada uma das ARS, em primeiro lugar, prosseguir as atribuições do Ministério da Saúde, em cada região de saúde e, *in fine*, (também) garantir, no âmbito da limitação geográfica que lhe pertence, o cumprimento das RRH ainda que em concertação com as políticas globais adoptadas pela Tutela.

77. E tanto constitui, aliás, decorrência directa da opção constitucionalmente consagrada para a organização do serviço nacional de saúde.

78. Pela sua relevância, mas igualmente pela clareza com que é apresentada tal opção de organização do SNS, acompanhe-se o propalado pelo Tribunal Constitucional no seu Acórdão n.º 735/95, de 14 de Dezembro de 1995:

“O n.º 4 do artigo 64.º da Lei Fundamental prescreve que o Serviço Nacional de Saúde deve ter gestão descentralizada. [...]

O termo «descentralização» designa, em termos gerais, a transferência de poderes, atribuições e competências do Estado para outros entes públicos. A «descentralização» em sentido estrito significa descentralização territorial ou geográfica, isto é, a transferência de funções do Estado para entes públicos territoriais. [...]

Mas num sentido menos rigoroso, considera-se também «descentralização» a criação de entidades públicas, as quais desenvolvem, com personalidade jurídica própria e autonomia administrativa e financeira, uma actividade administrativa destinada à realização de fins do Estado [...]

A descentralização territorial constitui a administração autónoma de carácter territorial (existem ainda as de carácter corporativo e institucional), em relação à qual o Governo exerce apenas um controlo de tutela. A descentralização técnica ou por serviços integra a denominada administração indirecta ou mediata do Estado, a qual está sujeita ao poder de superintendência do Governo [cfr. o artigo 202.º, alínea d), da Constituição]. [...]

Aqui chegados, estamos em condições de afirmar que a gestão «descentralizada» que o n.º 4 do artigo 64.º da Constituição impõe ao Serviço Nacional de Saúde só pode significar que este não deve fazer parte da administração directa do Estado — não sendo, por isso, constituído por órgãos e serviços integrados na pessoa colectiva Estado, hierarquicamente dependentes do Governo e sujeitos ao poder de direcção deste —, mas antes da administração indirecta do Estado, constituindo uma ou várias pessoas colectivas distintas deste, e sujeito ao poder de superintendência do Governo. Por outras palavras, o Serviço Nacional de Saúde deve ser uma manifestação da «descentralização técnica ou por serviços». [...]

Analisando as normas da Lei de Bases da Saúde respeitantes à organização e gestão do Serviço Nacional de Saúde, verifica-se que este está em sintonia com o modelo de organização e gestão traçado no n.º 4 do artigo 64.º da Constituição.

Assim, em primeiro lugar, na alínea e) da Base XXIV da Lei n.º 48/90, refere-se expressamente que o Serviço Nacional de Saúde tem organização regionalizada (cfr. a Base XVIII) e gestão descentralizada. Em segundo lugar, a norma do n.º 1 da Base XXVI determina que «o Serviço Nacional de Saúde é tutelado pelo Ministro da Saúde e é administrado a nível de cada região de saúde pelo conselho de administração da respectiva administração regional de saúde», donde resulta que aquele serviço, constituído por várias administrações regionais de saúde, não integra a administração directa do Estado, não estando, por isso, subordinado hierarquicamente ao Governo. Em terceiro lugar, a norma do n.º 1 da Base XXVII — a norma aqui directamente questionada —, ao

estatuir que «as administrações regionais de saúde são responsáveis pela saúde das populações da respectiva área geográfica, coordenam a prestação de cuidados de saúde de todos os níveis e adequam os recursos disponíveis às necessidades, segundo a política superiormente definida e de acordo com as normas e directivas emitidas pelo Ministério da Saúde», aponta claramente para a personalização jurídica das administrações regionais de Saúde, as quais são dirigidas por um conselho de administração (n.º 2 da Base XXVII), dotado de amplos poderes de gestão (n.º 3 da Base XXVII). [...]

Acrescente-se que as características da «organização regionalizada» e da «gestão descentralizada» do Serviço Nacional de Saúde, delineadas na Lei n.º 48/90 [cfr. as normas das Bases XVIII, XXIV, alínea e), XXVI e XXVII], são retomadas e desenvolvidas no Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro, e, bem assim, no Regulamento das Administrações Regionais de Saúde [...].

Ainda segundo o referido Estatuto, em cada região de saúde há uma administração regional de saúde, dotada de personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira e património próprio, que exerce funções de planeamento, distribuição de recursos, orientação e coordenação de actividades, gestão de recursos humanos, apoio técnico e administrativo e ainda de avaliação do funcionamento das instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde [...].

Verifica-se, assim, que o Serviço Nacional de Saúde é constituído por um conjunto de pessoas colectivas públicas distintas do Estado — as administrações regionais de saúde —, dotadas de autonomia administrativa e financeira e de património próprio, que têm como atribuições a prestação de cuidados de saúde a nível da área de cada região de saúde.”.

79. Consequentemente, cada uma das ARS deve assumir uma função primordial na definição e efectiva implementação de RRH na área geográfica de sua influência.
80. Ou seja, e sem esquecer o eventual ou necessário âmbito nacional das RRH, e que implicará uma coordenação entre todas as ARS envolvidas e a superintendência do

Ministério da Saúde, decorre do quadro legal apresentado uma obrigação imposta a cada uma das ARS de, por um lado, promover a política de saúde de acordo com as políticas globais e sectoriais procurando sempre a optimização dos recursos disponíveis e, por outro, definir e assegurar o cumprimento das RRH.

V.2. – Da implementação e cumprimento das RRH: os prestadores de cuidados de saúde

81. Por seu turno, aos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde compete proporcionar os cuidados de saúde necessários, mediante uma gestão que deve obedecer, designadamente a um princípio de comparticipação orçamental do Estado estabelecida em planos financeiros que devem ser anuais ou plurianuais e baseados em programas propostos pelas ARS - cfr. alíneas a) e b) do n.º 1 do artigo 16.º do Estatuto do SNS;
82. E ainda, a uma gestão por força da qual os membros dos órgãos de administração são responsáveis *pelo cumprimento da lei e pela realização dos objectivos e metas constantes dos planos e programas aprovados* - cfr. alínea c) do referido n.º 1 do artigo 16.º do Estatuto do SNS.
83. Ou seja, compete a esta organização hierarquizada, com identificação concreta de responsabilidades, garantir que os cuidados de saúde necessários são prestados nas melhores condições, seja de acesso, de qualidade ou de segurança.
84. É assim também e na senda do princípio de organização com responsabilização, que aos estabelecimentos hospitalares, designadamente sob a forma de entidades públicas empresariais, é aplicável o Decreto-Lei n.º 558/99, de 17 de Dezembro, com a última redacção resultante da Lei n.º 64-A/2008, de 31 de Dezembro, que estabelece o regime jurídico do sector empresarial do Estado e das empresas públicas.
85. A mero título de exemplo, veja-se o já citado Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro, relativo à transformação de hospitais em EPE, no qual se determina que as *entidades públicas empresariais abrangidas pelo presente decreto-lei são pessoas colectivas de direito público de natureza empresarial dotadas de autonomia*

administrativa, financeira e patrimonial nos termos do Decreto-Lei n.º 558/99, de 17 de Dezembro, e do artigo 18.º do anexo da Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro – cfr. o seu n.º 1 do artigo 5.º e n.º 1 do artigo 1.º dos Estatutos aprovados em anexo a tal diploma; e que

86. Compete ao Conselho de Administração dos estabelecimentos hospitalares sob a forma de EPE, garantir o cumprimento dos objectivos básicos, bem como o exercício de todos os poderes de gestão que não estejam reservados a outros órgãos, e em especial, e designadamente:

- (i) propor os planos de acção anuais e plurianuais e respectivos orçamentos, bem como os demais instrumentos de gestão previsional legalmente previstos, e assegurar a respectiva execução;
- (ii) celebrar contratos-programa externos e internos;
- (iii) definir as linhas de orientação a que devem obedecer a organização e o funcionamento do hospital E.P.E. nas áreas clínicas e não clínicas, propondo a criação de novos serviços, sua extinção ou modificação;
- (iv) definir as políticas referentes a recursos humanos, incluindo as remunerações dos trabalhadores e dos titulares dos cargos de direcção e chefia;
- (v) designar o pessoal para cargos de direcção e chefia;
- (vi) aprovar o regulamento disciplinar do pessoal e as condições de prestação e disciplina do trabalho; e
- (vii) acompanhar e avaliar sistematicamente a actividade desenvolvida pelo hospital E.P.E., designadamente responsabilizando os diferentes sectores pela utilização dos meios postos à sua disposição e pelos resultados atingidos, nomeadamente em termos da qualidade dos serviços prestados.

87. Assim, a actual organização do SNS assenta numa identificação clara e inequívoca da cadeia (vertical) de atribuições, competências e responsabilidades, para que o SNS

seja, não somente *de iure* mas também *de facto*, um conjunto de instituições e de serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde *organizado e hierarquizado*.

88. Ou seja, do actual quadro legal aplicável e conformador do SNS resulta que cada instituição conhece, sem dúvida ou incerteza, o que concretamente a si compete – e por tanto de si é esperado – para contribuir para a garantia constitucional da prestação de cuidados de saúde nas melhores condições de acesso, qualidade e segurança.

V.3. Os contratos programa como instrumentos relevantes na implementação das RRH

89. Os contratos programa são um dos instrumentos detidos quer pelas ARS, quer pelos prestadores de cuidados de saúde, para a operacionalização das responsabilidades que compitam a cada uma desses prestadores.

90. Nesse seguimento, e porque foi também já realçada a importância das RRH na concretização da política de saúde, cumpre fazer uma referência aos contratos programa outorgados entre os prestadores de cuidados de saúde e as ARS competentes.

91. Definem aqueles documentos os objectivos do plano de actividades de cada um dos Hospitais e a subsequente contratualização com o Estado, do pagamento de contrapartidas financeiras em função da produção contratada e dos resultados obtidos;

92. Devendo ser homologados ministerialmente, após o que devem ser assumidos pelos contratantes durante o espaço temporal a que respeitam.

93. Ora, atenta a finalidade dos contratos programa, e no que importa aqui assumir, impõe-se a cada um dos contratos programa a contratualização do financiamento suficiente ao cumprimento da RRH na qual o hospital eventualmente se insira.

94. A este propósito veja-se o disposto na cláusula 13.^a da *minuta base* dos contratos programa para o triénio 2007-2009, que sob a epígrafe “Referenciação de utentes” determina, nomeadamente, que:

“[...] 1. O hospital obriga-se a realizar as prestações de saúde adequadas ao estado de saúde dos utentes, podendo referenciá-los para outras unidades de saúde nos termos dos números seguintes.

2. O Hospital assegura a referência de doentes para outras unidades de saúde integradas no SNS sempre que a valência médica em que as prestações de saúde se qualificam não se inclua no respectivo perfil assistencial, de acordo com as redes de referência em vigor.

[...]

8. O Hospital obriga-se a receber os doentes transferidos dos hospitais da sua área de influência sempre que aqueles não disponham de nível de referência adequado e ou de capacidade técnica.”.

95. Pese embora a referida disposição legal, impõe-se aqui questionar qual a obrigação do hospital de fazer cumprir os requisitos de uma qualquer RRH, sempre que o contrato programa não determine expressamente o financiamento de determinada valência, recursos humanos e técnicos essenciais à implementação dessa mesma RRH.
96. Ora, considerando que cada um dos contratos programa outorgado obriga a que a entidade hospitalar apenas referencie quando, em suma, a valência médica necessária não se inclua do seu perfil assistencial de acordo com determinada RRH em vigor, mesmo no caso de o financiamento contratado não garantir os recursos humanos e técnicos necessários ao cumprimento de determinada RRH (ou estipular verbas com a categoria de “Outros” sem especificar), a obrigação da prestação de cuidados de saúde que se enquadrem no perfil assistencial do Hospital não pode ser afastada.
97. E, por isso, mesmo nessa circunstância, o Hospital deve garantir o cumprimento das suas obrigações, tanto mais que cabe ao Hospital gizar a melhor estratégia decorrente das linhas de gestão que assume como suas, sem esquecer, obviamente e *in fine*, o dever de garantir o acesso dos utentes aos cuidados de saúde.

VI.

DAS RRH ACTUAIS

98. Actualmente, e de todas as redes de referência hospitalar publicadas, apenas detêm Despacho Ministerial, as RRH de Gastreenterologia – aprovada em 16/06/2008; Intervenção Cardiológica – aprovada em 08/10/1999 e em 18/07/2001; Imunoalergologia – aprovada em 01/03/2002; MFR – aprovada em 26/03/2002, Neurologia – aprovada em 18/07/2001; Nefrologia – aprovada em 26/03/2002; Oncologia e Oncologia pediátrica – aprovadas em 17/01/2002; Reumatologia – aprovada em 07/04/2000 e em 26/03/2002, e, finalmente, Urgência e Emergência – aprovada em 14/11/2001.
99. Encontram-se publicadas, as RRH de Anatomia Patológica, Cuidados Intensivos, Cirurgia Vasculuar, Endocrinologia, Genética Médica, Gastreenterologia, Infeciologia, Intervenção Cardiológica, Imunoalergologia, Materno – Infantil, MFR, Nefrologia, Neurologia, Oftalmologia, Oncologia/Oncologia Pediátrica, Psiquiatria e Saúde Mental, Reumatologia, Transplantação, Urgência e Emergência e Urologia⁵.
100. De onde se retira que nem todas as redes de referência publicadas, a saber, Anatomia Patológica, Cuidados Intensivos, Cirurgia Vasculuar, Endocronologia, Genética Médica, Infeciologia, Materno – Infantil, Oftalmologia, Psiquiatria e Saúde Mental, Transplantação e Urologia, foram objecto de um qualquer Despacho Ministerial.
101. Por outro lado, e independentemente do facto de as redes de referência hospitalar actualmente conhecidas possuírem ou não Despacho Ministerial de homologação, já se concluiu que, sem prejuízo da superintendência do Ministro da Saúde, é competência das ARS quer a definição quer a efectiva implementação de cada uma das RRH na área geográfica de sua influência;

⁵ Cfr. Anexo I composto por uma súmula das características essenciais de cada uma das RRH aqui identificadas, à excepção, da RRH de Cuidados Intensivos, Genética Médica, Materno Infantil, Psiquiatria e Saúde Mental, bem como Urgência e Emergência.

102. O que justifica, por exemplo, que a ARS Norte tenha, em 19 de Dezembro de 2007, elaborado, aprovado e ordenado o cumprimento de uma Rede de Referência em Oftalmologia no Serviço de Urgência.
103. A tal facto acresce, ainda, que muitas das RRH hoje conhecidas, e conforme resulta dos textos que foram elaborados pela DGS, *devem ser entendidas como linhas orientadoras e não leis incontornáveis*, veja-se a título exemplificativo a RRH de Nefrologia.
104. Ou seja, verifica-se que, não raras vezes, as RRH estabelecem requisitos e critérios que são apresentados como desejáveis mas reconhecidos como inexistentes;
105. O que, desde logo e pelo menos parcialmente, lhes confere um carácter programático e a caracterização das regras plasmadas em cada uma delas como orientações estratégicas em cada uma das valências à qual se referem;
106. Como, aliás, se extrai de Despachos Ministeriais que recaíram sobre algumas propostas de RRH e que indicam claramente a necessidade de as mesmas ainda deverem ser submetidas a um procedimento de preparação de implementação⁶.
107. Em conclusão, verifica-se existirem hoje diferentes situações quanto a RRH, como sejam:
- (i) as RRH que foram objecto de Despacho Ministerial, mas que possuem – aliás, e como *supra* visto, em concordância com o carácter de superintendência de tal intervenção – uma prospectiva programática e orientadora;
 - (ii) as RRH que, sempre com uma tal prospectiva programática e orientadora, tampouco foram objecto de Despacho Ministerial mas ainda assim objecto de publicação pela DGS e pela ACSS; e
 - (iii) as (poucas) RRH que foram elaboradas, aprovadas e ordenadas para cumprimento pelos estabelecimentos hospitalares pelas ARS.

⁶ Dê-se como exemplo as RRH de Intervenção Cardiológica, Neurologia, ou Infeciologia, sobre as quais recaiu despacho de “*prepare-se a publicação e execução*”.

108. Tal realidade impõe, assim, que se reconheça a premente necessidade, em face dos propósitos fundamentais que presidem às RRH, que as ARS claramente organizem, estruturem, definam, publicitem e ordenem para cumprimento, pelos estabelecimentos do SNS das suas áreas geográficas, as RRH que sejam necessárias ao cumprimento do carácter da universalidade e generalidade do SNS.

VII.

DA ACTIVIDADE REGULATÓRIA DA ERS

109. O direito de acesso aos cuidados de saúde é (também) conformado pelo Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de Maio.

110. De acordo com o art. 3.º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de Maio, a ERS tem por missão a regulação da actividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde.

111. Ainda de acordo com o mesmo preceito legal, as atribuições compreendem “*a regulação e a supervisão e funcionamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, no que respeita*

a) Ao cumprimento dos requisitos de exercício da actividade e de funcionamento;

b) À garantia dos direitos relativos ao acesso aos cuidados de saúde e dos demais direitos dos utentes”.

112. Sendo que no que concretamente se refere ao objectivo regulatório da ERS de *assegurar o cumprimento dos critérios de acesso aos cuidados de saúde*, as alíneas a) e b) do artigo 35.º do mesmo diploma legal, estabelecem que é incumbência da Entidade

a) Assegurar o direito de acesso universal e equitativo aos serviços públicos de saúde ou publicamente financiados; e

b) *Prevenir e punir as práticas de rejeição discriminatória ou infundada de pacientes nos estabelecimentos públicos de saúde ou publicamente financiados.*

113. Sendo estabelecido, na alínea b) do n.º 2 do artigo 51.º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de Maio, que

“Constitui contra-ordenação, punível com coima de € 1000 a € 3740,98 ou de € 1500 a € 44 891,81, consoante o infractor seja pessoa singular ou colectiva:

[...]

b) A violação das regras relativas ao acesso aos cuidados de saúde, incluindo a violação da igualdade e universalidade no acesso ao SNS e a indução artificial da procura de cuidados de saúde; [...].”

114. Ou seja, o Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de Maio, veio, então, tipificar como ilícito contra-ordenacional comportamentos que consubstanciem uma *violação das regras relativas ao acesso aos cuidados de saúde;*

115. Designada mas não limitadamente quando os mesmos representem uma *violação da igualdade e universalidade no acesso ao SNS;*

116. Inclusivamente prevê-se o sancionamento, em sede de ilícito contra-ordenacional, de todos os comportamentos ou práticas que, dolosa ou negligentemente, consumada ou sob forma de tentativa, representem uma violação da referida *igualdade e universalidade no acesso ao SNS.*

117. Tanto significa, então, que a concretização do direito fundamental de acesso aos cuidados de saúde evoluiu, em consentaneidade com a própria evolução da organização do SNS, de forma a ser já possível, hoje, estabelecer-se uma obrigação verdadeiramente concreta de garantia e respeito pela *igualdade e universalidade no acesso ao SNS;*

118. E que não ocorrerá, sempre que um estabelecimento prestador de cuidados de saúde não cumpra com os critérios e/ou procedimentos impostos pelas RRH.

119. Assim, o não funcionamento das redes de referência conforme definidas e impostas pelas entidades competentes, é susceptível de consubstanciar uma violação das regras relativas ao acesso aos cuidados de saúde punível como ilícito contraordenacional punível com coima.
120. Ora, como parecerá claro, tanto só é possível hoje, por a *organização* e *hierarquização* do SNS ser clara e permitir identificar, em cada momento e caso necessário, qual a concreta entidade ou estabelecimento que se afigura como passível de responsabilização por determinado *facere* (acção) ou *non facere* (omissão) que represente um acto censurável por *violador das regras relativas ao acesso aos cuidados de saúde* ou dos critérios de qualidade e segurança exigíveis.
121. Concretizando, compete às ARS identificar as necessidades de cuidados de saúde das suas áreas geográficas e, mediante tal conhecimento, proceder ao planeamento, organização e estruturação de todos os meios humanos, materiais e financeiros necessários à concretização da missão que lhes está cometida;
122. Assim dotando, designadamente através da celebração dos contratos-programa legalmente previstos entre as ARS e os estabelecimentos hospitalares, estes últimos dos meios considerados necessários em cada um desses estabelecimentos;
123. E igualmente organizando a articulação entre os serviços prestadores de cuidados de saúde.
124. Desta forma, cada um de tais estabelecimentos prestadores conhece a sua concreta responsabilidade no seio do SNS e é, então, possível percorrem-se os elementos típicos da culpa, ilicitude, causalidade e imputação sempre que, em determinada situação, possam ter-se violado *regras relativas ao acesso aos cuidados de saúde* ou critérios de qualidade e segurança exigíveis.
125. Ora, e como parecerá claro, tanto já não será questão ligada a *organização*, mas igualmente, e não de somenos importância, de *hierarquia* no SNS e em cada uma das instituições e estabelecimentos que o compõem.
126. Ou seja, se é assente que cada estabelecimento é responsável pelo cumprimento das suas obrigações e, nesse sentido, pelas acções ou omissões dos meios humanos a que entende recorrer para o fazer;

127. A verdade é que a prossecução dos princípios da defesa da *transparência, da eficiência e da equidade do sector, bem como a defesa do interesse público e dos interesses dos utentes*, e da *organização e [do] desempenho dos serviços de saúde do SNS* - alíneas a) e c) do artigo 37.º do Decreto-Lei n.º 127/2009 -, associado ao dever *assegurar o cumprimento dos critérios de acesso aos cuidados de saúde, nos termos da Constituição e da lei* - al. b) do artigo 33.º do Decreto-Lei n.º 127/2009 - obriga a que se deva propor a adopção de regras claras, precisas e objectivas quanto à referenciação hospitalar;
128. E assentando o modelo das RRH, tal como visto, na estipulação de regras que se verifica não serem exequíveis por si mesmas;
129. Quando não mesmo, na estipulação de regras de natureza orientadora ou programática,
130. Deve concluir-se pela necessidade de cada uma das ARS, enquanto entidades legalmente competentes, organizar, definir, publicitar e ordenar o cumprimento de todas as RRH;
131. Devendo, no âmbito dessas mesmas atribuições, criar regras claras, precisas e objectivas, necessárias ao subsequente cumprimento, por parte dos prestadores, de cada uma das RRH a observar na sua área de influência.

VIII.

CONCLUSÃO

132. A estrutura, os parâmetros de funcionamento e as imposições adjacentes a cada uma das RRH, tal como arquitectada, consubstanciam regras que, necessariamente, se manifestam no direito de acesso do utente aos cuidados de saúde como consagrado na Constituição e na lei.
133. E tanto assim é, que o seu não funcionamento ou deficiente funcionamento impacta negativamente com o direito de acesso do utente aos cuidados de saúde, na medida em que resultam num efectivo não acesso (ou num acesso tardio ou inadequado) aos cuidados de saúde necessários;

134. Que compete ao SNS, aliás como imposto pela Lei de Bases da Saúde, garantir de forma integrada, com vista a atenuar, mormente, os efeitos das desigualdades económicas e geográficas no acesso aos referidos cuidados.
135. Podendo de tanto resultar uma rejeição de acesso aos cuidados de saúde pelo SNS que seja por não possuir os recursos suficientes à prestação de cuidados necessários;
136. Seja por, possuindo-os, não se encontrar devidamente articulado de forma a permitir a referenciação do utente.
137. Por todo o exposto, e considerada a motivação ínsita do enquadramento do presente documento, conclui-se pela orientação de que as regras de referenciação constituem regras de acesso, nos termos e para os efeitos do Decreto-Lei n.º 127/2009, devendo, por isso, ser garantidas pela ERS;
138. E os seus infractores devidamente supervisionados e, caso aplicável, sancionados ao abrigo dos poderes que lhe foram atribuídos pela al. a) do art. 35.º e al. b) do n.º 2 do artigo 51.º, ambos do Decreto – Lei n.º 127/2009, de 27 de Maio;
139. Atento o facto de aquelas mesmas regras concorrerem para o respeito e cumprimento dos *critérios de acesso aos cuidados de saúde, nos termos da Constituição e da lei* e para a garantia dos *direitos e interesses legítimos dos utentes* – cfr. al. b) e c) do art. 33.º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de Maio.
140. E, por isso, a sua violação está consagrada como ilícito contra-ordenacional.
141. Atenta, porém, a realidade verificada quanto às RRH actualmente conhecidas, afigura-se relevante, em prol da defesa da *transparência, da eficiência e da equidade do sector, bem como a defesa do interesse público e dos interesses dos utentes, e da organização e [do] desempenho dos serviços de saúde do SNS* - al. a) e c) do artigo 37.º do Decreto-Lei n.º 127/2009 -, propor a adopção de regras claras, precisas e objectivas quanto à referenciação hospitalar;
142. Porquanto, e repete-se, o modelo das RRH tal como existente e conforme visto, resulta na estipulação de regras meramente orientadoras, obrigando cada uma das ARS, enquanto entidades legalmente competentes, a que procedam à sua

concretização com vista ao efectivo cumprimento, por parte dos prestadores envolvidos, de cada uma das RRH.

IX.

RECOMENDAÇÃO

143. Em conclusão, e pelo supra exposto, afigurar-se-ia oportuna a emissão de uma Recomendação dirigida a todas as Administrações Regionais de Saúde, no sentido de definirem, publicitarem e ordenarem para cumprimento por parte dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde envolvidos as RRH que se apresentem como necessárias nas suas áreas de influência.