



DELIBERAÇÃO DO CONSELHO DIRECTIVO DA
ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE
(VERSÃO NÃO CONFIDENCIAL)

Considerando as atribuições da Entidade Reguladora da Saúde conferidas pelo artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de Maio;

Considerando os objectivos da actividade reguladora da Entidade Reguladora da Saúde estabelecidos no artigo 33.º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de Maio;

Considerando os poderes de supervisão da Entidade Reguladora da Saúde estabelecidos no artigo 42.º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de Maio;

Visto o processo registado sob o n.º ERS/090/10;

I. DO PROCESSO

I.1. Origem do processo

1. Em 29 de Julho de 2010, a ERS recebeu uma exposição do A., acerca de uma alegada *“recusa por parte de um número significativo de hospitais em prescrever o transporte em ambulância aos seus utentes”*.



2. Segundo o A., os hospitais estariam a eximir-se do seu dever de requisição de transportes (ou de emissão de credenciais de transporte) para os utentes que dele necessitassem;
3. Designadamente através de indicações que estariam a dar aos utentes para que fossem estes a solicitar, junto dos seus médicos de família nos Centros de Saúde, a prescrição do transporte em ambulância.
4. Alegadamente, e ainda segundo o A., os hospitais estariam a fundamentar esta sua posição com base num ofício da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), de Janeiro de 2007, de que o A. juntou uma cópia em anexo.
5. Neste ofício da ARSLVT, cujo tema foi o esclarecimento de questões relacionadas com o transporte de doentes de radioterapia, a ARSLVT refere que *“os Centros de Saúde são responsáveis pelo pagamento dos encargos resultantes da deslocação dos doentes que, pela sua condição clínica, necessitam de prescrição do transporte para os Hospitais da rede oficial e para entidades convencionadas com o SNS”*.
6. Por entender que, de acordo com a *“legislação e normas em vigor”*:
 - i) cabe aos hospitais a responsabilidade pelo transporte em ambulância necessário à realização de actos clínicos por si originados;
 - ii) e que os centros de saúde apenas são responsáveis pelo pagamento das deslocações para as primeiras consultas, desde que por estes prescritas;
7. O A. solicitou à ERS *“informação e orientação”* sobre se o procedimento seguido pelos hospitais está correcto.
8. Nessa sequência, e por despacho do Conselho Directivo da ERS de 19 de Agosto de 2010, foi determinada a abertura do presente processo de inquérito, com vista a investigar a alegada recusa, potencialmente lesiva do direito de acesso, bem como de interesses legítimos dos utentes, de hospitais em prescrever o transporte em ambulância aos seus utentes.

I.2. Diligências

9. No âmbito da investigação desenvolvida pela ERS, realizaram-se, entre outras, as diligências consubstanciadas em:

- i) contactos telefónicos com a Administração Regional de Saúde do Alentejo, bem como com o A., com o intuito de aprofundar o conhecimento sobre a incidência da situação relatada; e
- ii) no envio de pedidos de elementos à Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. (ARS Norte), à Administração Regional de Saúde do Centro, I.P. (ARS Centro), à ARSLTV, à Administração Regional de Saúde do Alentejo, I.P. (ARS Alentejo), e à Administração Regional de Saúde do Algarve, I.P. (ARS Algarve).

II. DOS FACTOS

10. No seguimento de exposição do A., a ERS tomou conhecimento de uma alegada *“recusa por parte de um número significativo de hospitais em prescrever o transporte em ambulância aos seus utentes”*;
11. Recusando-se os hospitais, segundo a exposição, a proceder à requisição de transportes (ou à emissão de credenciais de transporte) para os utentes que dele necessitassem, através de indicações que estariam a dar aos utentes para que solicitassem, junto dos seus médicos de família nos Centros de Saúde, a prescrição do transporte em ambulância.
12. Na sequência de contacto telefónico com a ARS Alentejo, tomou-se igualmente conhecimento que a situação havia já motivado um pedido de pronúncia desta ARS à Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS);
13. Tendo a ARS Alentejo enviado à ERS, em 20 de Agosto de 2010, cópia quer do seu pedido à ACSS¹, quer da resposta por esta última produzida.
14. A resposta da ACSS, com data de 18 de Maio de 2010, alude ao Despacho n.º 4/89, de 13 de Janeiro, *“que instituiu o princípio do prescritor/pagador, determinando que a responsabilidade pelos encargos decorrentes da prestação de*

¹ No ofício enviado à ACSS em 29 de Março de 2010, a ARS Alentejo menciona uma alegada prática do Hospital do Espírito Santo de Évora (HESE), que estaria a *“obrigar os utentes em tratamento naquela unidade hospitalar (em ambulatório) a deslocar-se aos respectivos Centros de Saúde”* para que o médico de família prescrevesse os transportes aos utentes necessitados, para que estes pudessem ir a tratamentos, MCDT's e segundas consultas prescritas pelos médicos do HESE. De acordo com a ARS Alentejo, este comportamento, que obriga a realização de uma consulta adicional e à deslocação ao Centro de Saúde para a obtenção da credencial de transporte, estaria *“a causar indignação por parte dos utentes, sobretudo os mais idosos e com dificuldades de mobilidade”*. A ARS Alentejo refere, ainda, que tal alegada prática do HESE colocará em causa o princípio do prescritor/pagador, transferindo custos da responsabilidade do HESE para a ARS.

cuidados de saúde aos utentes do Serviço Nacional de Saúde é imputada às entidades que procedem à respectiva requisição”;

15. *Esclarecendo ainda a ACSS que “no caso dos hospitais integrados no Sector Empresarial do Estado, na medida em que o seu financiamento é realizado através dos contratos-programa, os encargos gerados com o transporte, enquanto actividade instrumental e, por isso, integrada na prestação de cuidados de saúde, são financiados por via do valor pago pela prestação de saúde que tenha sido realizada”;*
16. *Concluindo que “o transporte de doentes que se venha a justificar por ocasião de um juízo clínico é uma actividade que se revela instrumental para a prestação dessa consulta subsequente e, portanto, deve ser suportada, do ponto de vista financeiro, pela própria unidade de saúde prestadora do acto que é financiada para a sua realização”.*
17. Com vista a esclarecer a matéria suscitada pelo A. e aferir do ponto da situação da responsabilidade pela prescrição e pagamento do transporte a utentes para a realização de consultas de seguimento, tratamentos, meios complementares de diagnóstico ou outros actos prescritos pelos médicos dos hospitais em Portugal continental, a ERS enviou, em 21 de Outubro de 2010, um pedido de informação às cinco Administrações Regionais de Saúde, e designadamente o envio das seguintes informações e documentos:
 - i) *“Esclarecimento sobre o procedimento habitualmente seguido pelos Hospitais abrangidos pela jurisdição da ARS [...], no que toca à prescrição do transporte a utentes que de tal necessitem para a realização de consultas de seguimento, tratamentos, meios complementares de diagnóstico ou outros actos prescritos pelos clínicos desses Hospitais;*
 - ii) *Esclarecimento, em concreto, sobre qual a entidade responsável pela emissão do documento apto a requisitar o transporte, sendo este eventualmente necessário, numa situação em que seja determinada a um utente, em sede de primeira consulta hospitalar de especialidade, a necessidade de consultas de seguimento e/ou de primeira consulta de uma outra especialidade clínica;*
 - iii) *Esclarecimento sobre quais as entidades responsáveis pela assunção dos encargos financeiros resultantes do transporte dos utentes, nas situação supra citadas;*



- iv) *Identificação de problemas relacionados com a prescrição do transporte a utentes do SNS que possam, eventualmente, estar a ocorrer sob a jurisdição dessa ARS.*
- v) *Cópia dos documentos relevantes que hajam sido emitidos por essa ARS, ou pela mesma utilizados, para fundamentar o(s) procedimento(s) que se encontra(m) actualmente implementado(s)."*

Sobre as respostas da ARS Norte

- 18. Em 5 de Novembro de 2010, a ERS recebeu a resposta da ARS Norte ao pedido de elementos;
- 19. Através da qual, e para além dos esclarecimentos que *infra* se analisam, esta ARS trouxe ao conhecimento da ERS a sua Circular Normativa n.º 1, de 5 de Março de 2010, sobre o transporte de utentes/doentes no acesso aos cuidados de saúde.
- 20. Sobre as questões que lhe foram colocadas, referiu a ARS Norte que:
 - i) *“Relativamente ao ponto 1, a assunção dos encargos resultantes das deslocações dos utentes, qualquer que seja o tipo de transporte a utilizar, é cometida às entidades que dão origem, no estrito cumprimento do Despacho Ministerial n.º 4/89, de 13 de Janeiro.*
 - ii) *No que se refere ao esclarecimento solicitado no ponto 2:*
 - a. *Será da responsabilidade dos Cuidados de Saúde Primários a emissão de credencial de transporte quando se trate de primeira consulta hospitalar;*
 - b. *Da responsabilidade do hospital quando houver necessidade de consultas de seguimento e/ou primeira consulta de uma outra especialidade, tendo em conta o previsto no Despacho 5642/2010, no que a esta matéria se refere.*
 - iii) *Assim, e conforme solicitado no ponto 3, a responsabilidade pela assunção dos encargos financeiros, será dos Cuidados de Saúde Primários na situação 1 [aqui alínea a) do ponto ii)] e do hospital nas situações constantes em 2 [aqui alínea b) do ponto ii)].*
 - iv) *Relativamente ao ponto 4 têm sido pontualmente reportados problemas relacionados com a prescrição do transporte, mas que têm sido solucionados.*

v) *Conforme solicitado no ponto 5 junto se remete a Circular Normativa n.º 1 desta ARS, e a página do Portal da ARSN referente ao assunto em apreço”.*

21. Ainda sobre a mesma temática, deu entrada na ERS um ofício adicional da ARS Norte, em 30 de Novembro, pelo qual deu conhecimento à ERS de uma exposição da A. ao Governador Civil do Distrito de Viseu, de 18 de Outubro de 2010, em que aquela afirma, a respeito de requisições de transporte, que *“nem o Hospital São Teotónio em Viseu, nem qualquer dos Hospitais de Coimbra faz essa requisição, declarando os médicos, quando solicitados pelos utentes a fazer tal requisição, que essa não é a sua obrigação e que os Centros de Saúde só não requisitam o transporte porque não querem...”*.

Sobre a resposta da ARS Centro

22. A resposta da ARS Centro ao pedido de informação da ERS deu entrada na ERS em 14 de Dezembro de 2010, na sequência de um ofício de insistência enviado por esta entidade em 10 de Dezembro de 2010², em que também se solicitou a pronúncia da ARS sobre o conteúdo do ofício da ARS Norte de 30 de Novembro de 2010, cuja cópia foi enviada em anexo.

23. Recorde-se que, naquele ofício, a ARS Norte juntou em anexo uma comunicação da A., em que aquela afirma, a respeito de requisições de transporte, que *“nem o Hospital São Teotónio em Viseu, nem qualquer dos Hospitais de Coimbra faz essa requisição, declarando os médicos, quando solicitados pelos utentes a fazer tal requisição, que essa não é a sua obrigação e que os Centros de Saúde só não requisitam o transporte porque não querem...”*.

24. A ARS Centro respondeu que *“em geral, muitos dos hospitais desta ARS têm a prática de remeter o utente para o seu médico de família para a emissão de credencial de transporte para acesso às diversas prestações prescritas pelo hospital, numa total inversão do ‘princípio do prescritor/pagador’ e que “aprovou recentemente, em 7 de Dezembro p.p., Regulamento Interno de Transporte de*

² Motivado pelo facto de a ARS Centro ter reencaminhado o pedido de elementos da ERS aos estabelecimentos hospitalares integrados na sua área de actuação, tendo a ERS recebido algumas respostas directamente de tais prestadores (designadamente dos Hospitais da Universidade de Coimbra, E.P.E.), mas sem que a ARS Centro se tivesse pronunciado directamente.

Doentes em que pretende clarificar estas situações”, remetendo em anexo o referido regulamento³.

25. Mais referiu a ARS Centro que instou os hospitais a esclarecer a matéria em causa e remeteu em anexo as respostas dos hospitais às questões enviadas pela ERS, designadamente dos seguintes hospitais:

- i) Hospital Distrital de Águeda;
- ii) Hospital do Visconde Salreu – Estarreja;
- iii) Hospital Cândido Figueiredo – Tondela;
- iv) Hospital de São Teotónio, E.P.E. – Viseu;
- v) IPO Coimbra – Francisco Gentil, E.P.E.;
- vi) Hospital do Arcebispo João Crisóstomo – Cantanhede;
- vii) Hospital José Luciano de Castro – Anadia;
- viii) Hospital Infante D. Pedro, E.P.E.;
- ix) Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E.;
- x) Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais; e
- xi) Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E.⁴.

26. Sobre a identificação da entidade responsável pela emissão do documento apto a requisitar o transporte, sendo este eventualmente necessário, numa situação em que seja determinada a um utente, em sede de consultas de seguimento e/ou de primeira consulta de uma especialidade clínica, a ARS referiu o Despacho n.º 4/89,

³ Sobre o Regulamento de Transporte de Doentes da ARS Centro, constante da Circular Normativa n.º 2-CD/2010, e que teve como destinatários os ACES, as Unidades Funcionais dos Cuidados de Saúde Primários, os Hospitais, o Departamento de Gestão Financeira; o Gabinete Jurídico e o Gabinete do Cidadão, e que entrou em vigor em 15 de Dezembro de 2010, refira-se que no mesmo é estabelecido que *“não cabe aos cuidados de saúde primários a prescrição de transportes para realização de consultas/exames prescritos pelos médicos hospitalares”* e *“é da responsabilidade dos cuidados de saúde primários o transporte para acesso às primeiras consultas hospitalares, sendo da responsabilidade dos hospitais o transporte para acesso às consultas subsequentes”* (n.ºs 2 e 3 do art. 3.º do Regulamento).

Ademais, no que se refere aos transportes a entidades convencionadas, conforme o n.º 3 do art. 4.º do mesmo Regulamento, os encargos *“só serão assumidos nos casos em que o utente se desloca à entidade convencionada mais próxima do seu local de residência, sendo o utente responsável por suportar o encargo remanescente em caso de deslocação a entidade mais distante”*.

O Regulamento também define todas as situações clinicamente fundamentadas, em que se poderá requisitar o transporte em ambulância.

⁴ Cfr. o Anexo – Recapitulativo de respostas de estabelecimentos hospitalares recebidas pela ERS.

do princípio do prescritor/pagador, o qual estabelecerá *“que a responsabilidade pelos encargos decorrentes da prestação de cuidados de saúde aos utentes do SNS é imputada às entidades que procedam à respectiva requisição”* e sustentou, relativamente ao princípio fundamentado no Despacho, que *“quem determina o transporte de um doente é responsável pelo pagamento desse transporte”*.

27. A ARS Centro juntou igualmente em anexo a Circular Normativa n.º 17/89 da extinta Direcção-Geral dos Hospitais (DGH), referindo que esta *“enuncia algumas regras que pretendem precisar e reiterar o sentido das instruções transmitidas”* no Despacho n.º 4/89, *“face às dificuldades de interpretação ou ajustamento que a execução do princípio do gerador/pagador dos cuidados de saúde suscitou”*;
28. Considerando que será devido a esta Circular que se estabeleceu uma confusão quanto à responsabilização das despesas de transporte, uma vez que se refere, na Circular, conforme se cita, que *“os utentes que necessitem de, programadamente, deslocar-se a um Hospital, mas considerem ter direito a ambulância para se deslocarem, deverão dirigir-se ao centro de saúde respectivo, onde, se se confirmar a legitimidade do transporte em ambulância, o centro de saúde passará a devida credencial”* e que *“naturalmente nesta hipótese, é a ARS que se responsabiliza pelo pagamento do transporte”*;
29. E na sequência da qual, segundo a ARS Centro, *“algumas instituições hospitalares emanaram ordens de serviço onde responsabilizam as ARS pelo pagamento do transporte de doentes programados”*, comprovando a ARS esta afirmação com uma cópia da Ordem de Serviço n.º 19/89-A, de 12 de Abril de 1989, do IPO Coimbra, que juntou em anexo.
30. A ARS Centro conclui esta avaliação da Circular Normativa n.º 17/89 da DGH considerando que *“o enunciado da Circular Normativa 17/89 coloca em questão o transporte para as consultas de seguimento, programadas portanto, cuja credencial tanto pode ser emitida pelo Hospital (se o médico hospitalar considerar haver justificação clínica atendível para este tipo de transporte) ou pelo Centro de Saúde (se o utente considerar ter direito a ambulância para se deslocar)”*;
31. E esclarece, no que concerne à terceira questão do pedido de informação da ERS, que *“quanto à primeira consulta de especialidade, a responsabilidade do transporte é da ARS; os transportes inerentes às consultas de seguimento são da responsabilidade da entidade prescritora dessas consultas”* e que *“marcando o médico de um Hospital uma consulta de seguimento ao utente, que por razões clínicas, a ela só pode aceder por meio de transporte em ambulância, deverá ser o*

médico hospitalar a emitir a credencial de transporte, ponderado o estado físico e psíquico do utente”.

Sobre a resposta da ARSLVT

32. A resposta da ARSLVT ao pedido de informação efectuado pela ERS foi recepcionada no dia 25 de Novembro de 2010, tendo esta ARS respondido que segue, no que respeita às questões colocadas pela ERS, os procedimentos estabelecidos:

- i) no Despacho n.º 4/89, de 13 de Janeiro, relativo ao princípio do prescritor/pagador;
- ii) na Circular Normativa n.º 17/89, de 6 de Abril, da então Direcção Geral dos Hospitais;
- iii) no Despacho do Senhor Secretário de Estado Adjunto e da Saúde n.º 3/2010⁵;
- iv) na Circular Informativa n.º 58/PI, de 2 de Maio de 1989, da então Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários (DGCSP);
- v) nas Regras relativamente ao transporte de doentes em ambulâncias de bombeiros de 13 de Abril de 1989 do então Departamento de Gestão Financeira dos Serviços de Saúde;

⁵ Recorde-se que o Despacho do Senhor Secretário de Estado Adjunto e da Saúde n.º 3/2010 (publicado em Diário da República, 2ª Série, de 29 de Março de 2010, sob o n.º 5642/2010) tem, precisamente, por base o facto de se ter vindo a verificar *“em muitos hospitais e no contexto de uma consulta de especialidade, o envio de doentes ao centro de saúde a fim de que o seu médico de família emita um pedido de primeira consulta para outra especialidade hospitalar, cuja necessidade é identificada no próprio hospital”* e que *“situação análoga ocorre, ainda que pontualmente, quando doentes observados regularmente no hospital, são, na sequência de alta de consulta, orientados para o seu médico de família com o objectivo de lhe ser emitido um novo pedido de primeira consulta da mesma especialidade”*.

Sobre estas práticas, que o Despacho define como *“sob vários aspectos, claramente inadequadas”* porque *“por um lado, são lesivas do interesse dos doentes no que respeita ao acesso a cuidados, obrigando à sua deslocação desnecessária ao centro de saúde e criando barreiras administrativas no acesso a cuidados”* e *“por outro, criam entropia no funcionamento das unidades de cuidados de saúde primários, já de si confrontadas com recursos limitados, face à procura por parte dos cidadãos”*, foi então determinado:

- (i) que *“as consultas de especialidade, cuja necessidade é identificada em sede de realização de outra consulta de especialidade hospitalar do Serviço Nacional de Saúde, deverão ser marcadas no mesmo hospital, ou encaminhadas para outra instituição hospitalar, sem o envio dos doentes aos centros de saúde para efeitos da emissão de novo pedido de consulta”*; e
- (ii) *“interdita[r] aos hospitais a prática de solicitar aos centros de saúde a emissão de pedidos de consultas de especialidade hospitalar que resultam da iniciativa dos médicos dos hospitais”* – cfr. o referido Despacho do Senhor Secretário de Estado Adjunto e da Saúde n.º 3/2010 (ou n.º 5642/2010).

- vi) no Ofício 009781, de 3 de Agosto de 1990, da então DGCSP; e
 - vii) na Circular Informativa n.º 2, de 18 de Junho de 2008, da ACSS;
33. Referindo ainda que desconhece quaisquer problemas relacionados com a prescrição de transporte de doentes;
34. Isto *“com a exceção de algumas situações em que os hospitais enviam indevidamente os utentes aos Centros de Saúde para a emissão de requisições de transporte”*.

Sobre a resposta da ARS Algarve

35. A ARS Algarve, por resposta entrada na ERS a 26 de Novembro de 2010, informou que *“a prescrição do transporte de utentes em ambulância é da exclusiva responsabilidade médica e pressupõe a existência de critérios clínicos para o efeito, constantes nos respectivos regulamentos, devendo a requisição ser devidamente fundamentada pelo médico prescriptor”*;
36. E que *“a emissão do documento utilizado para a requisição do transporte de utentes é, em regra, da responsabilidade dos hospitais, uma vez que a necessidade da consulta tem origem naquela instituição”*, sendo a responsabilidade pela assunção dos encargos financeiros a entidade emissora da requisição.
37. Por último, a ARS Algarve enviou as “Cláusulas contratuais gerais de serviço de transporte de doentes em ambulâncias das entidades detentoras dos Corpos de Bombeiros”, que regulará os procedimentos implementados;
38. Mais referindo que não é usual a existência de problemas relacionados com a prescrição do transporte a utentes do SNS;
39. Com excepção de situações que foram reportadas pelo ACES Sotavento, em que utentes terão procurado o seu médico de família para a obtenção de prescrição de transporte *“com a justificação de que o Hospital não emite o respectivo documento”*.

Sobre a resposta da ARS Alentejo

40. Por último, a ERS recebeu, no dia 23 de Novembro de 2010, a resposta da ARS Alentejo às questões colocadas, a qual foi remetida *“após audição dos Hospitais e*

Unidades Locais de Saúde e reunião com os Directores Executivos de todos os ACES”.

41. Relativamente à questão 1 do pedido de informação da ERS, a ARS Alentejo remeteu as comunicações que recebeu dos Hospitais (Hospital do Espírito Santo de Évora e Hospital do Litoral Alentejano) e das Unidades Locais de Saúde (ULS) (ULS do Baixo Alentejo e ULS do Norte Alentejano).
42. No que se refere às questões 2 e 3 do pedido de elementos da ERS, a ARS Alentejo referiu que *“na emissão da credencial de transporte ou de outro documento apto a requisitar o transporte e, conseqüente, responsabilidade pelo pagamento dos encargos originados, está subjacente o princípio do prescriptor-pagador instituído pelo Despacho n.º 4/89, de 13 de Janeiro, assim como a Circular Informativa n.º 2, de 18/06/08, da ACSS, IP e o Despacho n.º 5642/2010, de 18 de Março”.*
43. Relativamente à questão 4 do pedido de elementos da ERS, referiu que *“os problemas mais frequentes no âmbito da emissão das credenciais de transportes, ao nível dos cuidados de saúde primários, relacionam-se com o não cumprimento por parte dos Hospitais, quer regionais, quer centrais, do princípio do prestador-pagador, os quais indicam aos doentes seguidos nas suas consultas de especialidade que devem dirigir-se aos respectivos Médicos de Família, para emissão das credenciais”.*
44. Finalmente, e já relativamente à questão 5 do pedido de elementos da ERS, a ARS Alentejo anexou os seguintes documentos:
- i) Circular Informativa n.º 1/2009 da ARS Alentejo⁶, sobre as Normas a Implementar na Prescrição e Requisição de Transporte de Doentes/Conferência, Processamento e Pagamento da Facturação às Entidades Convencionadas ou Outras Contratadas/Reembolsos de Despesas de Transporte aos Utentes e os seus anexos:
 - a. Modelo da Credencial de Transporte;

⁶ Que determina, no n.º 2 da secção IV.1.1., sobre o transporte de doentes credenciados, que *“os encargos resultantes das deslocações dos utentes, efectuadas em transporte público, viatura própria ou táxi, cuja distância (entre a residência do utente e o local onde serão prestados os cuidados de saúde) seja superior a 20 kms são suportados pela entidade que os prescreveu”*, e no n.º 4 da mesma secção, que *“independentemente da distância, [relativamente aos] utentes que se encontrem com limitações motoras congénitas ou adquiridas ou dada a gravidade da sua situação clínica ou agudizações das doenças crónicas e que necessitem de se deslocar da sua residência a estabelecimentos de saúde em ambulância, o encargo com o transporte será suportado pela entidade que prescreveu”.*

- b. Transporte de Doentes (excepto ambulâncias) – Mod. ARSA: D/ACI;
 - c. Registo de Credenciais de Transporte – Mod. ARSA: E/ACI;
 - d. Tabela de Reembolsos (ACSS);
 - e. Transporte de Doentes (Mapa-Resumo) – Mod. ARSA: F/ACI;
 - f. Direitos e Deveres dos Utentes, relativamente ao Transporte de Doentes.
- ii) Norma Interna de Serviço n.º 04/2010, de 1 de Fevereiro, do ACES do Alentejo Litoral, sobre credenciais de transporte, e o seu anexo:
 - a. Credencial de transporte Ambulância/Táxi.
 - iii) Ofício do ACES do Alentejo Litoral ao Centro Hospitalar de Lisboa Central, de 19 de Novembro de 2010, sobre o transporte para consultas⁷;
 - iv) Norma de Serviço (documento de trabalho) n.º 4/2010 do ACES Alentejo Central I, sobre transporte de doentes e emissão de credenciais⁸;
 - v) Norma Interna de Serviço n.º 3/2010, de 4 de Outubro de 2010, do ACES Alentejo Central II, sobre requisição de credenciais de transporte⁹;

⁷ De relevante, cumpre referir que neste ofício é mencionado o já *supra* identificado ofício da ARSLVT, no qual se sustentava que seriam os Centros de Saúde os responsáveis pelo pagamento dos encargos resultantes da deslocação dos doentes necessitados a Hospitais da rede oficial e para entidades convencionadas com o Serviço Nacional de Saúde (SNS), argumentando o ACES que “*considerando que um ofício ou um despacho de um Presidente do Conselho Directivo de uma ARS não se sobrepõe à legislação de nível superior, não nos é possível alterar a nossa posição relativamente à prescrição de transportes em ambulância, a qual assenta em exclusivo na legislação e normas em vigor*”.

⁸ Este documento, que refere fundamentar-se no Despacho n.º 4/89, de 13 de Janeiro de 1989, na Circular Informativa da DGS n.º 6/DSPCS, de 17 de Janeiro de 2002, na Circular Informativa da ACSS n.º 2, de 18 de Junho de 2008, na Circular Normativa n.º 1/2009-ACI da ARS Alentejo, e na Informação Jurídica n.º 170/12/173 de 30 de Agosto de 2010, aprovada pela ACSS, define que não devem ser emitidas credenciais num conjunto de casos, entre os quais o “*transporte para consultas seguintes hospitalares*” e o “*transporte para efectuar exames ou tratamentos solicitados por outros que não o Médico de Família*”.

⁹ Nesta Norma Interna de Serviço n.º 3/2010 do ACES Alentejo Central II, é referido o Despacho n.º 4/89, de 13 de Janeiro, sobre o princípio do prescritor/pagador, bem como a Lei de Bases da Saúde (al. b), n.º 1 da Base II), que reconhecerá aos beneficiários do SNS o

vi) Ofício da ARS Alentejo à Chefe do Gabinete da Sua Excelência a Ministra da Saúde, de 15 de Julho de 2009, com assunto Transporte de Doentes – Emissão de requisições de transporte¹⁰, e os seus anexos:

- a. Circular Informativa n.º 1/2009;
- b. Ofício da ARS ao Hospital do Espírito Santo de Évora (HESE), de 11 de Fevereiro de 2009; e
- c. Ofício da ARS ao HESE, de 13 de Julho de 2009.

vii) Ofício do Centro de Saúde de Alandroal, de 17 de Fevereiro de 2009¹¹, à ARS Alentejo e resposta da ARS ao Centro de Saúde, de 6 de Julho de 2009¹²;

direito de usufruir de transporte “*para além do limite geográfico de 20 kms*”, e ressalta o que consta da Circular Normativa n.º 1/2009 da ARS Alentejo, que “*independentemente da distância o encargo com o transporte será suportado pela entidade que o prescreveu nos utentes que atendendo à gravidade da sua situação clínica aguda, às grandes limitações motoras congénitas ou adquiridas ou a graves agudizações de doenças crónicas necessitem de se deslocar em ambulância*”.

Determina que “*nas situações de transporte de utentes às entidades convencionadas o encargo do ACES com estas deslocações só é assumido para a entidade mais próxima do local de residência do utente*”, perdendo o utente direito ao reembolso “*sempre que a distância for superior à entidade convencionada mais próxima*”, apresentando ainda uma listagem das situações clinicamente fundamentadas para a utilização preferencial de transporte em ambulância, citando como referência a Circular n.º 233/PI de 30/12/87 da extinta DGCSP.

Por último, na Norma Interna de Serviço determina-se que, entre outras situações, o ACES não é responsável pelos custos de transporte de utentes nos transportes (i) “*para consultas seguintes hospitalares, pois estas são da responsabilidade hospitalar*”; e (ii) “*para efectuar exames complementares de diagnóstico/tratamentos quando prescritos em consulta hospitalar*”.

¹⁰ Em tal ofício à Chefe do Gabinete da Ministra da Saúde, a ARS Alentejo informou sobre a prática do HESE, que “*tem enviado os doentes com prescrição de meios complementares de diagnóstico, actos terapêuticos e consultas do seu Estabelecimento Hospitalar aos Médicos de Família dos Centros de Saúde respectivos, para que estes emitam a requisição de transporte*”, referindo, ainda, os anexos relativos a “*2 casos concretos, um na área de oncologia e outro na área de fisioterapia, que provocaram a deslocação dos utentes aos Centros de Saúde para emissão de credenciais de transporte, não obstante se tratem de tipologias clínicas sob a direcção do Hospital do Espírito Santo, EPE. Posteriormente reencaminhados para o Hospital para a emissão do respectivo documento para o transporte do doente, originando o nervosismo e desgaste emocional nos familiares e do doente*”.

Apesar de ressaltar os esforços desenvolvidos para resolver estas situações, a ARS Alentejo revela no ofício que não estará a obter os resultados esperados, isto é, “*o não encaminhamento de doentes para esta ARS, para que os Centros de Saúde emitam as requisições de transporte de doentes, não obstante os doentes se encontrarem sob a alçada dos clínicos especialistas do Hospital do Espírito Santo, EPE*”, solicitando intervenção “*junto dos Organismos que superiormente Tutela para que possamos tornar os circuitos administrativos menos penosos para o Utente, cumprindo as respectivas Instituições o princípio do prescritor pagador, conforme o Despacho n.º 4/89, de 13 de Janeiro e Circular Informativa n.º 2*” da ACSS.

¹¹ Pelo qual o Centro de Saúde de Alandroal comunicou à ARS Alentejo que “*os doentes do Centro de Saúde que são também seguidos no H.E.S. Évora continuam a não trazer das*

- viii) Pedido de pronúncia da ARS Alentejo à ACSS a respeito da questão das despesas de transporte, de 29 de Março de 2010, e resposta da ACSS, de 18 de Maio de 2010;
- ix) Ofício do HESE à ARS Alentejo, de 15 de Julho de 2009, referente às despesas de transporte de doentes; e
- x) Ofício da ACSS ao ACES do Alentejo Litoral, sobre prescrição de transporte em ambulância¹³.

consultas do referido Hospital as respectivas credenciais de transportes para os exames aí marcados”.

¹² E pelo qual a ARS Alentejo admite que *“é premente a resolução desta problemática, que a permanecer não garante a equidade de acesso ao serviço de transporte de doentes, o que em nosso entender poderá ser efectuado na fase da revisão do contrato-programa do Hospital, mediante a negociação de verbas para o efeito (transporte de doentes para as várias valências), já que se trata de uma entidade empresarial”.*

¹³ De relevante, refira-se que a ACSS deu conhecimento de um parecer jurídico produzido por sua solicitação (informação jurídica n.º 170/12/173, de 30 de Agosto de 2010), no qual é sustentado que:

- (i) *“a Base XXII da Lei de Bases de Saúde, aprovada pela Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, toma o transporte de doentes como uma actividade complementar da prestação de cuidados de saúde, na medida em que se destina a ‘facultar meios materiais ou de organização indispensáveis à prestação de cuidados de saúde’, sem contudo especificar a responsabilidade financeira por tais actividades complementares”;*
- (ii) *será “paradigmática” nesta matéria o Despacho n.º 4/89, de 13 de Janeiro, do princípio prescritor/pagador, ainda vigente, o qual “veio instituir o princípio do prescritor/pagador, com uma formulação entretanto precisada por outros instrumentos de regulamentação, nos termos do qual a responsabilidade pelos encargos decorrentes da prestação de cuidados de saúde aos utentes do SNS é imputada às entidades que procedem à respectiva requisição”;*
- (iii) *“se a responsabilidade pelo pagamento dos custos associados à prestação de cuidados de saúde no quadro do SNS recai sobre a entidade que lhes dá origem, na perspectiva de quem requisita um serviço, define uma prescrição ou estabelece um programa terapêutico (Despacho n.º 4/89, de 13 de Janeiro), verdade é que as regras de financiamento dessa entidade devem também ser consideradas na decisão de imputação dos encargos gerados com a prestação de cuidados de saúde e com a realização das actividades complementares, instrumentais daquela”;*
- (iv) *“no caso dos hospitais, na medida em que o seu financiamento é realizado através dos contratos-programa celebrados com o Ministério da Saúde, os encargos gerados com o transporte, enquanto actividade instrumental e, por isso, integrada na prestação de cuidados de saúde, são financiados por via do valor pago pela prestação de saúde que tenha sido realizada (conforme resulta da Base XXXIII da Lei de Bases da Saúde, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro, conjugada com o disposto na alínea b) do n.º 1 do artigo 10.º da Lei de Gestão Hospitalar, aprovada por este último diploma).”;*
- (v) *havendo uma relação de instrumentalidade entre os transportes e a prestação de cuidados de saúde, considera a informação jurídica, ainda, que será “de perspectivar que à justificação e requisição do transporte do doente preside um juízo clínico que é exclusivamente imputável à unidade prestadora do cuidado de saúde; nesse juízo, as decisões sobre a necessidade do transporte e da prestação de um acto subsequente confundem-se, numa lógica da perspectiva dos transportes como meios complementares necessários à garantia do acesso à prestação de saúde”;*
- (vi) *as consultas subsequentes, definidas pela Circular Normativa n.º 6/2009 da ACSS como “a consulta médica, efectuada num hospital, para verificação da evolução do estado de saúde do doente, administração ou prescrição terapêutica ou preventiva, tendo como referência a primeira consulta do episódio’, consubstanciam prestações de saúde que o hospital realiza, ao contrário das primeiras consultas, já não por efeito de um juízo clínico e competente*

45. Cumpre, porém, aqui salientar de forma particular o *supra* citado ofício do HESE à ARS Alentejo, de 15 de Julho de 2009, referente às despesas de transporte de doentes;
46. E pelo qual o HESE informou a aquela ARS que “*como já referimos em vários ofícios e reuniões na ARS, o Conselho de Administração deste Hospital recusa o entendimento de aplicar o conceito de prescritor/pagador – Despacho 4/89 de 13 de Janeiro – aos transportes em virtude dos mesmos não integrarem o âmbito de programa terapêutico*”;
47. E que “*no uso da nossa autonomia e responsabilidade financeira manteremos a nossa posição de, em ambulatório, não assumir encargos com transporte relativos à deslocação de doentes para a realização de 2.^{as} consultas e exames/tratamentos neste Hospital*”.

Sobre o Despacho n.º 19264/2010, de 29 de Dezembro de 2010, do Secretário de Estado da Saúde

48. Por último, importa trazer à colação o recente Despacho n.º 19264/2010, de 29 de Dezembro de 2010, do Secretário de Estado da Saúde.
49. Este Despacho, que reconhece que “*o transporte de doentes, conforme previsto na base XXIII da Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, alterada pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro, é considerada uma actividade instrumental da prestação de cuidados de saúde, cuja disciplina e fiscalização cabe ao Ministério da Saúde*”;
50. E que refere ser relevante “*para além de garantir elevados padrões de qualidade da prestação das actividades de transporte de doentes, assegurar que as mesmas sejam desenvolvidas de acordo com regras e procedimentos claros e uniformes em todas as regiões administrativas de saúde, porquanto disso depende, em especial, a igualdade de todos os cidadãos no acesso aos cuidados de saúde e a*

requisição imputável a outra entidade a ele estranha, mas por sua própria decisão, pelo que, acompanhando as regras decorrentes do princípio do prescritor/pagador, é à unidade de saúde que realiza a consulta subsequente que deve ser imputado o encargo com os transportes que sejam necessários”, devendo o mesmo entender-se “*relativamente ao transporte em ambulância para a realização de tratamentos, meios complementares de diagnóstico, internamentos ou outros actos clínicos que as instituições hospitalares considerem necessárias*”;

- (vii) concludo que “*o transporte de doentes que se venha a justificar por ocasião desse juízo clínico é uma actividade que se revela instrumental para a prestação desses actos clínicos e, portanto, deve ser suportada, do ponto de vista financeiro, pela própria unidade de saúde prestadora do acto que é financiada para a sua realização*”.

equidade na distribuição de recursos, logo, também, a sustentabilidade financeira do Serviço Nacional de Saúde”;

51. Conclui ser necessário *“apresentar as orientações que devem aplicadas por todos os estabelecimentos e serviços do SNS, bem como pelas administrações regionais de saúde (ARS), no âmbito das suas competências em matéria da articulação entre os serviços prestadores de cuidados de saúde, em relação à actividade de transporte de doentes não urgentes”*, as quais serão complementadas, numa *“fase posterior”*, por um *“quadro normalizador global através de um regulamento geral de transporte de doentes não urgentes no âmbito do Serviço Nacional de Saúde”*;

52. E nesse sentido determina que:

“1. O pagamento do transporte de doentes não urgentes é garantido aos utentes nas situações que preencham simultaneamente os seguintes requisitos:

a) Em caso que clinicamente se justifique;

b) Em caso de insuficiência económica.

2. Para efeitos da alínea a) do número anterior, a justificação clínica é feita pelo médico e deve constar do processo clínico do doente e da respectiva requisição.

3. Para efeitos da alínea b) do n.º 1, a aferição e demonstração da insuficiência económica é feita nos termos do Decreto-Lei n.º 70/2010, de 16 de Junho.

4. O presente despacho entra em vigor em 1 de Janeiro de 2011.”.

53. Contudo, a Circular Informativa n.º 2/2011 da ACSS, de 7 de Janeiro de 2011, dirigida a todas as instituições do SNS, informa que *“razões de natureza técnica, impedem neste momento a verificação da condição de insuficiência económica nos termos referidos”* pelo Despacho;

54. E que *“face ao exposto e de acordo com orientação do Sr. Secretário de Estado da Saúde, devem os Serviços observar o seguinte: Até que sejam ultrapassados os constrangimentos que impedem a verificação da condição de recursos, o direito ao transporte é garantido desde que se verifique o requisito constante na alínea a) do referido despacho ou seja em caso que clinicamente se justifique”*.

III. DO DIREITO

III.1. Das atribuições e competências da ERS relativamente à matéria em causa

55. As atribuições da ERS, de acordo com o n.º 2 do artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de Maio, compreendem “*a supervisão da actividade e funcionamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, no que respeita [...] à garantia dos direitos relativos ao acesso aos cuidados de saúde e dos demais direitos dos utentes*” bem como “*à legalidade e transparência das relações económicas entre os diversos operadores, entidades financiadoras e utentes*”;
56. Sendo que estão sujeitos à regulação da ERS, nos termos do artigo 8.º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de Maio, todos os “[...] *estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, do sector público, privado e social, independentemente da sua natureza jurídica [...]*”.
57. Constitui objectivo da ERS, nos termos do artigo 33.º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de Maio “*assegurar o cumprimento dos critérios de acesso aos cuidados de saúde, nos termos da Constituição e da lei*” – cfr. alínea b), “*garantir os direitos e interesses legítimos dos utentes*” – cfr. alínea c), bem como “*velar pela legalidade e transparência das relações económicas entre todos os agentes do sistema.*” – cfr. alínea d).
58. Competindo nesse seguimento à ERS, e entre outras atribuições, “*assegurar o direito de acesso universal e equitativo aos serviços públicos de saúde ou publicamente financiados*” – cfr. alínea a) do artigo 35.º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de Maio;
59. Competindo-lhe, ademais, analisar as relações económicas nos vários segmentos da economia da saúde, tendo em vista o fomento da transparência, da eficiência e da equidade do sector, bem como a defesa do interesse público e dos interesses dos utentes – cfr. alínea a) do artigo 37.º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de Maio;
60. Podendo fazê-lo mediante o exercício dos seus poderes de supervisão consubstanciado “*no dever de velar pela aplicação das leis e regulamentos e demais normas aplicáveis às actividades sujeitas à sua regulação*”, e na emissão de ordens e instruções, bem como recomendações ou advertências individuais,



sempre que tal seja necessário – cfr. alínea b) do artigo 42.º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de Maio.

61. Ora, dos factos *supra* expostos resulta, em suma, a necessidade de analisar a questão do transporte de utentes no SNS em diferentes perspectivas;
62. Mas todas elas conducentes a uma mesma preocupação regulatória da ERS: a defesa do acesso universal e equitativo dos utentes aos cuidados de saúde publicamente financiados.
63. Na verdade, da situação tal como resultante dos factos *supra*, resulta desde logo evidência, relativamente a estabelecimentos hospitalares concretos, quanto à recusa pelos mesmos de prescrição de transporte em ambulância aos utentes, em violação manifesta dos seus direitos de acesso, bem como de interesses legítimos.
64. Numa perspectiva mais lata, resulta ainda quer uma absoluta ausência de clareza no tratamento pelos diferentes intervenientes (ARS, estabelecimentos hospitalares e ACES) da questão do direito dos utentes ao transporte;
65. Quer na identificação das responsabilidades dos diversos intervenientes quanto ao dever de garantir esse mesmo direito de acesso;
66. O que não deixará de ser indutor de desigualdades geográficas em função da sujeição dos utentes do SNS a diferentes entendimentos, práticas, mecanismos ou procedimentos sobre o transporte de utentes, e susceptíveis de reduzir ou limitar o *direito de acesso universal e equitativo aos serviços públicos de saúde e publicamente financiados*.
67. Por outro lado, remanesce ainda a necessidade de analisar o potencial impacto do Despacho n.º 19264/2010, de 29 de Dezembro de 2010, do Secretário de Estado da Saúde;
68. Sendo que uma tal análise já não deverá quedar-se no estágio da mera averiguação da incompatibilidade das *praxis* contrárias ao direito dos utentes;
69. Mas da sua compatibilidade com o direito fundamental e constitucionalmente consagrado de acesso à saúde através de um *serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito*.

III.2. Do direito ao acesso e a protecção da saúde na Constituição da República Portuguesa e na Lei de Bases da Saúde

70. 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 universal, geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito.

71. 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 gratuitidade tendencial.

72. Por seu lado, a Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto e alterada pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro, 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 integralmente cuidados globais ou garantir a sua prestação;

c) Ser tendencialmente gratuito para os utentes, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos;

d) Garantir a equidade no acesso dos utentes, com o objectivo de atenuar os efeitos das desigualdades económicas, geográficas e quaisquer outras no acesso aos cuidados;

e) Ter organização regionalizada e gestão descentralizada e participada”.

73. No que se refere à alínea a) *supra*, 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.

74. 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;
75. Sendo com base neste princípio que é concedido a *todos os cidadãos portugueses* 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.
76. Intimamente ligada à universalidade do SNS, surge a característica da generalidade que se prende com a determinação do tipo de cuidados de saúde que devem ser abrangidos pelo SNS, impondo-se que garanta, com maior ou menor grau, uma prestação integrada de cuidados globais de saúde aos seus beneficiários.
77. 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 unidades de saúde*” - cfr. al. b) do n.º 3 do art. 64º da CRP;
78. Ou seja, conforme consta da alínea b) *supra*, tem o cidadão o direito a que lhe sejam prestados integradamente todos os cuidados de saúde, sejam primários, diferenciados, continuados ou até paliativos.
79. Relativamente à alínea c) *supra*, a gratuidade 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
80. Desde que não seja vedado o acesso aos cuidados de saúde, por razões económicas, pois constitui uma directriz da política de saúde o objectivo

fundamental de “*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*” (cfr. al. b) do n.º 1 da Base II da Lei de Bases da Saúde);

81. Nem sejam postas em causa as situações de isenção legalmente previstas (cfr. previsto na Base XXXIV da Lei de Bases da Saúde e determinado no artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 173/2003, de 1 de Agosto).
82. 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.
83. No que concerne à alínea d), sobre as características do SNS, entende-se que o acesso aos cuidados de saúde deve ser avaliado, pelo menos, numa quádrupla perspectiva, a saber, económica, temporal, qualitativa e geográfica.
84. 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 decorrendo todo o quadro conformador da mera moderação no acesso aos cuidados de saúde decorrente das taxas moderadoras.
85. Numa perspectiva temporal, o acesso surge associado à necessidade de obtenção de cuidados de saúde de forma não discriminatória e em tempo útil.¹⁴
86. 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;
87. 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.
88. Finalmente, numa vertente geográfica, o acesso aos cuidados de saúde deve ser garantido aos utentes onde quer que vivam.

¹⁴ 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.

89. Relativamente às características do SNS descritas na alínea e) *supra*, referem-se à organização e gestão do SNS pelas ARS.
90. Ora, uma primeira e fundamental conclusão que tem daqui retirar-se é a de que o direito constitucionalmente consagrado de acesso à prestação de cuidados de saúde, que tutela todos e cada um dos utentes do SNS, não pode ser por qualquer forma – como *in casu* mediante *praxis* distintas dos prestadores de cuidados das diversas ARS – coarctado.
91. Isto é, qualquer utente do SNS, seja qual for a sua proveniência, é detentor do exacto e mesmo direito constitucional, com igual conteúdo e tutela, de acesso aos cuidados de saúde;
92. Pelo que na medida em que o transporte de doentes no SNS deva ser considerado como integrante do direito de acesso, ele possui, em todo o território nacional, o exacto e mesmo conteúdo e tutela;
93. Não podendo um qualquer estabelecimento prestador de cuidados de saúde do SNS arrogar-se na capacidade de pretender exercer um qualquer exercício de interpretação – e muito menos restritivo – de um direito fundamental (o de acesso à saúde) dos cidadãos.

III.3. Do transporte de doentes

94. A Base XXIII da Lei de Bases da Saúde considera actividades complementares da prestação de cuidados de saúde “*as actividades que se destinem a facultar meios materiais ou de organização indispensáveis à prestação de cuidados de saúde, mesmo quando desempenhadas pelo sector privado*”;
95. Nelas aqui se incluindo, nos termos do n.º 2 da referida Base XXIII, e de forma expressa “[...] *o transporte de doentes*”.
96. Nesse sentido, o legislador considerou como meio material ou de organização indispensável à prestação de cuidados de saúde o transporte de doentes;
97. Não havendo, ademais, limitado uma tal caracterização de indispensabilidade apenas aos transportes urgentes;
98. Sendo certo que – e por mero exercício de raciocínio se adiante – não cabe ao intérprete distinguir aquilo que o legislador optou por não fazer.

99. E com efeito, não raras vezes o transporte de doentes surge como condição *sine qua non* ao acesso aos cuidados de saúde;
100. Designadamente quando o mesmo assenta em fundamentos clínicos que atestam a necessidade do transporte enquanto necessário ou decorrente da condição concreta de saúde do utente.
101. Em tais casos, a ausência de transporte constitui uma barreira intransponível ao acesso, impedindo a utilização de cuidados de saúde por parte de utentes com necessidade de obtenção dos mesmos;
102. Pelo que, quer em termos materiais, a ausência de transporte, quando necessária, é reconduzível à própria ausência de acesso aos cuidados de saúde;
103. Tal como, quer em termos formais e pela ligação da indispensabilidade do transporte feita pelo próprio legislador na Lei de Bases da Saúde à prestação de cuidados de saúde, a mesma constitui uma violação do correspondente direito de acesso.

III.4. Das atribuições e competências das ARS relativamente à matéria em causa

104. De acordo com o n.º 1 do artigo 1.º do Decreto-Lei n.º 222/2007, de 29 de Maio, que aprovou a Lei Orgânica das ARS, “*as Administrações Regionais de Saúde, I. P., abreviadamente designadas por ARS, I. P., são pessoas colectivas de direito público, integradas na administração indirecta do Estado, dotadas de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial*”.
105. As ARS têm por missão “*garantir à população da respectiva área geográfica de intervenção o acesso à prestação de cuidados de saúde de qualidade, adequando os recursos disponíveis às necessidades em saúde e cumprir e fazer cumprir o Plano Nacional de Saúde na sua área de intervenção*” – cfr. o n.º 1 do artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 222/2007, de 29 de Maio;
106. E “*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*” – cfr. n.º 1 da Base XXVII da Lei de Bases da Saúde.
107. Por sua vez, constitui uma atribuição das ARS “*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” e “afectar recursos financeiros, mediante a celebração, acompanhamento e revisão de contratos no âmbito das parcerias público-privadas” – cfr. als. t) e x) do n.º 2 do artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 222/2007, de 29 de Maio, respectivamente;

108. E compete ao conselho directivo das ARS *“orientar a organização e o funcionamento das instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde da respectiva região”, “dar parecer sobre os orçamentos das instituições e serviços públicos prestadores de cuidados de saúde” e “celebrar contratos-programa com instituições públicas ou privadas, com ou sem fins lucrativos, nos termos da legislação aplicável” - cfr. als. a), g) e n) do n.º 2 do artigo 5.º do Decreto-Lei n.º 222/2007, de 29 de Maio, respectivamente;*

109. Para além de *“promover as medidas necessárias para a melhoria do funcionamento das instituições e serviços [...]”– cfr. al. i) do n.º 2 do artigo 5.º do Decreto-Lei n.º 222/2007, de 29 de Maio.*

110. Também cabe ao conselho das ARS *“coordenar o transporte de doentes, incluindo o que esteja a cargo de entidades privadas” (cfr. n.º 3 da Base XXVII da Lei de Bases da Saúde);*

111. Competindo, ainda, ao conselho directivo das ARS *“definir normas e orientações no domínio do transporte de doentes” – cfr. a al. o) do n.º 2 do artigo 5.º do Decreto-Lei n.º 222/2007, de 29 de Maio.*

III.5. Das atribuições e competências da ACSS relativamente à matéria em causa

112. De acordo com o artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 219/2007, de 29 de Maio, que aprovou a orgânica da ACSS, *“A ACSS, I. P., tem por missão administrar os recursos humanos, financeiros, instalações e equipamentos, sistemas e tecnologias da informação do Serviço Nacional de Saúde, bem como proceder à definição e implementação de políticas, normalização, regulamentação e planeamento em saúde, nas áreas da sua intervenção, em articulação com as administrações regionais de saúde”;*

113. Sendo atribuições da ACSS, entre outras, *“planear e coordenar a gestão dos recursos financeiros afectos ao Serviço Nacional de Saúde, estudar e propor modelos de financiamento do sistema de saúde, definindo as normas e as orientações sobre modalidades para obtenção dos recursos financeiros*



necessários, a sua distribuição e a sua aplicação, bem como os sistemas de preços e de contratação das prestações de saúde” e “acompanhar, avaliar e controlar o desempenho económico-financeiro dos serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde, em articulação com as administrações Regionais de Saúde, I. P., bem como desenvolver e implementar acordos com outras entidades responsáveis pelo pagamento de prestações de cuidados de saúde” – cfr. als. d) e e) do n.º 2 do artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 219/2007, de 29 de Maio.

III.6. Da responsabilidade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde pela prescrição/requisição de transporte aos doentes e o respectivo pagamento

114. Sendo o SNS *um conjunto ordenado e hierarquizado de instituições e de serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde* – cfr. artigo 1.º do Estatuto do SNS, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro;
115. No qual as ARS desempenham, como visto, um papel fundamental na estruturação e organização da resposta do SNS nas áreas sob suas influências;
116. Aos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde compete, por seu turno, proporcionar os cuidados de saúde necessários;
117. Sendo que a gestão dos mesmos obedece a um princípio de comparticipação orçamental do Estado estabelecida em planos financeiros anuais ou plurianuais e com base em programas propostos pelas ARS - cfr. alíneas a) e b) do n.º 1 do artigo 16.º do Estatuto do SNS;
118. Competindo aos membros dos órgãos de administração dos estabelecimentos hospitalares a responsabilidade *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.
119. Ora, o Despacho n.º 4/89, de 13 de Janeiro, da Ministra da Saúde, publicado no Diário da República, 2.ª Série, de 1 de Março de 1989, permanece vigente, apesar de ter sido derogado relativamente à prescrição de medicamentos nos hospitais (cfr. Despacho n.º 13542/2007, de 28 de Junho, sobre a adequação do procedimento seguido na facturação de medicamentos prescritos em hospitais e dispensados em farmácia comunitária).

120. Consta deste despacho o reconhecimento de que se impunha definir medidas que permitissem *“imputar as responsabilidades financeiras aos estabelecimentos que lhes dão origem, na perspectiva de que quem requisita um serviço, define uma prescrição ou estabelece um programa terapêutico deve ser responsabilizado pela despesa que cria”*;
121. Pelo que aí se determinou que *“a responsabilidade pelos encargos decorrentes da prestação de cuidados de saúde aos utentes do SNS é imputada às entidades que procedam à respectiva requisição”*.
122. E tanto é assim que o financiamento dos estabelecimentos hospitalares refere-se não somente a prestação dos cuidados de saúde em si próprios, mas igualmente ao conjunto de outros serviços relacionados com o estado de saúde dos utentes, designadamente serviços de apoio, que sejam necessários ou adequados à garantia e prossecução dos princípios da equidade e da acessibilidade dos cidadãos aos cuidados de saúde.
123. Nesse sentido, tenha-se presente, a mero título de exemplo, o Despacho do Secretário de Estado da Saúde n.º 721/2006, de 23 de Dezembro de 2005, que aprovou as Cláusulas contratuais gerais dos contratos-programa a celebrar entre o Ministério da Saúde e as unidades de saúde integradas no sector empresarial do Estado, e nas quais assentaram, portanto, os contratos-programa que têm vindo a ser celebrados entre, por um lado, as ARS e a ACSS e, por outro, cada um dos estabelecimentos hospitalares (do sector empresarial do Estado) do SNS;
124. E que determinou que
- “1 - As unidades de saúde obrigam-se a assegurar a produção correspondente às prestações de saúde discriminadas nos respectivos contratos-programa, bem como todas as obrigações acessórias também ali especificamente previstas.*
- 2 - As prestações de saúde discriminadas nos contratos-programa correspondem a linhas de produção, designadamente:*
- a) Internamento;*
 - b) Cirurgia de ambulatório;*
 - c) Consulta externa;*
 - d) Urgência;*
 - e) Hospital de dia;*

f) *Radioterapia;*

g) *Serviços domiciliários.*

3 - As prestações de saúde previstas no número anterior implicam a prestação integrada, directa ou indirectamente, de todos os outros serviços de que deva beneficiar o utente relacionados com o respectivo estado de saúde ou com a sua estada no estabelecimento de saúde, designadamente a prestação de serviços de apoio.

4 - Para cumprimento das obrigações previstas nos números anteriores, compete às unidades de saúde assegurar a disponibilização de recursos e definir os processos e políticas adequados ao cumprimento dos objectivos assumidos, no respeito das melhores práticas de gestão e dos princípios da equidade e da acessibilidade dos cidadãos aos cuidados de saúde, recebendo os recursos financeiros acordados e a cooperação necessária ao cumprimento da sua missão e objectivos.” – cfr. cláusula 3.^a das referidas

Cláusulas contratuais gerais dos contratos-programa, destaques nossos.

125. Assim, e como bem referiu a ACSS, relativamente ao pagamento do transporte de doentes requisitado por hospitais do SNS, “*no caso dos hospitais integrados no Sector Empresarial do Estado, na medida em que o seu financiamento é realizado através dos contratos-programa, os encargos gerados com o transporte, enquanto actividade instrumental e, por isso, integrada na prestação de cuidados de saúde, são financiados por via do valor pago pela prestação de saúde que tenha sido realizada*”;
126. Ou seja, aos estabelecimentos hospitalares do SNS compete assegurar a prestação dos cuidados de saúde necessários aos utentes do SNS;
127. Em estrito *cumprimento da lei e pela realização dos objectivos e metas constantes dos planos e programas aprovados;*
128. Sendo publicamente financiados para assim agirem, seja no que respeita aos cuidados de saúde, seja no que respeita a outros serviços necessários ou de apoio relacionados com o estado de saúde dos utentes, designadamente serviços de apoio;
129. E que garantam a equidade e acessibilidade dos cidadãos aos cuidados de saúde.

130. Ora, e como já *supra* visto, o legislador da Lei de Bases da Saúde – e que consequentemente se sobrepõe a toda e qualquer outra legislação ordinária ou actos normativos –, determinou de forma clara e inequívoca, na Base XXIII, que considerava como actividades complementares da prestação de cuidados de saúde “*as actividades que se destinem a facultar meios materiais ou de organização indispensáveis à prestação de cuidados de saúde, mesmo quando desempenhadas pelo sector privado*”;
131. Aí se incluindo, e de forma expressa e inequívoca, “[...] *o transporte de doentes*” (n.º 2 da referida Base XXIII);
132. Pelo que qualquer interpretação dos contratos-programa que pretendesse defender a não inclusão do transporte de doentes no elenco daqueles *outros serviços de que deva beneficiar o utente relacionados com o respectivo estado de saúde ou com a sua estada no estabelecimento de saúde, designadamente a prestação de serviços de apoio*, e designadamente com vista ao respeito, pelos estabelecimentos hospitalares, dos *princípios da equidade e da acessibilidade dos cidadãos aos cuidados de saúde*, é manifestamente contrária à letra (e espírito) da Lei de Bases da Saúde;
133. Tal como representa uma rejeição inaceitável de responsabilidades;
134. Bem como um incumprimento da missão e funções assumidas em sede de contratos-programa;
135. Por não prestação (da totalidade) dos serviços para os quais os estabelecimentos hospitalares são financiados por recursos públicos.
136. E neste caso encontra-se, desde logo, o Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE que, recorde-se, por ofício à ARS Alentejo, de 15 de Julho de 2009, referente às despesas de transporte de doentes, manifestou de forma expressa que “*como já referimos em vários ofícios e reuniões na ARS, o Conselho de Administração deste Hospital recusa o entendimento de aplicar o conceito de prescritor/pagador – Despacho 4/89 de 13 de Janeiro – aos transportes em virtude dos mesmos não integrarem o âmbito de programa terapêutico*”;
137. E que “*no uso da nossa autonomia e responsabilidade financeira manteremos a nossa posição de, em ambulatório, não assumir encargos com transporte relativos à deslocação de doentes para a realização de 2.^{as} consultas e exames/tratamentos neste Hospital*”;

138. E relativamente ao qual a ARS, nessa mesma data e em ofício dirigido à Chefe do Gabinete da Sua Excelência a Ministra da Saúde, de 15 de Julho de 2009, igualmente denunciou a prática do HESE, que *“tem enviado os doentes com prescrição de meios complementares de diagnóstico, actos terapêuticos e consultas do seu Estabelecimento Hospitalar aos Médicos de Família dos Centros de Saúde respectivos, para que estes emitam a requisição de transporte”*;
139. E fazendo referência a *“2 casos concretos, um na área de oncologia e outro na área de fisioterapia, que provocaram a deslocação dos utentes aos Centros de Saúde para emissão de credenciais de transporte, não obstante se tratarem de tipologias clínicas sob a direcção do Hospital do Espírito Santo, EPE. Posteriormente reencaminhados para o Hospital para a emissão do respectivo documento para o transporte do doente, originando o nervosismo e desgaste emocional nos familiares e do doente”*.

III.7. Sobre o Despacho n.º 19264/2010, de 29 de Dezembro de 2010, do Secretário de Estado da Saúde

140. Recorde-se que o Despacho n.º 19264/2010, de 29 de Dezembro de 2010, do Secretário de Estado da Saúde, reconhecendo que *“o transporte de doentes, conforme previsto na base XXIII da Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, alterada pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro, é considerada uma actividade instrumental da prestação de cuidados de saúde, cuja disciplina e fiscalização cabe ao Ministério da Saúde”*, estabeleceu que *“o pagamento do transporte de doentes não urgentes é garantido aos utentes nas situações que preenchem simultaneamente os seguintes requisitos:*
- a) Em que caso que clinicamente se justifique;*
 - b) Em caso de insuficiência económica”*;
141. Igualmente determinando que a demonstração da insuficiência económica deverá ser *“feita nos termos do Decreto-Lei n.º 70/2010, de 16 de Junho”*.
142. Ora, refira-se desde logo que o Decreto-Lei n.º 70/2010, de 16 de Junho, não define o que deva ser considerado como integrando o conceito de *“insuficiência económica”*;
143. Antes estabelecendo *“[...] as regras para a determinação dos rendimentos, composição do agregado familiar e capitação dos rendimentos do agregado*

familiar para a verificação das condições de recursos a ter em conta no reconhecimento e manutenção do direito às seguintes prestações dos subsistemas de protecção familiar e de solidariedade:

a) *Prestações por encargos familiares;*

b) *Rendimento social de inserção;*

c) *Subsídio social de desemprego;*

d) *Subsídios sociais no âmbito da parentalidade.” – cfr. n.º 1 do artigo 1.º do referido Decreto-Lei;*

144. Sendo ainda “*As regras previstas no [...] decreto-lei [...] aplicáveis aos seguintes apoios sociais ou subsídios, quando sujeitos a condição de recursos:*

a) *Apoios no âmbito da acção social escolar e da acção social no ensino superior público e não público;*

b) *Comparticipação de medicamentos e pagamento de taxas moderadoras;*

c) *Pagamento das prestações de alimentos, no âmbito do Fundo de Garantia de Alimentos a Menores;*

d) *Comparticipação da segurança social aos utentes das unidades de média duração e reabilitação e aos utentes das unidades longa duração e manutenção, no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados;*

e) *Apoios sociais à habitação atribuídos pelo Estado quando tal atribuição dependa da verificação da condição de recursos dos beneficiários;*

f) *Outros apoios sociais ou subsídios atribuídos pelos serviços da administração central do Estado, qualquer que seja a sua natureza, previstos em actos legislativos ou regulamentares.” – cfr. n.º 2 do artigo 1.º do Decreto-Lei n.º 70/2010.*

145. Ora tais regras não serão aplicáveis, pelo menos de forma directa, às despesas de transportes de doentes quando clinicamente justificadas;

146. E conseqüentemente indispensáveis à própria prestação dos cuidados de saúde;

147. A qual já tem no quadro das taxas moderadoras a sua conformação legal própria.

148. Será também por isso que, ademais e pela Circular Informativa n.º 02/2011 da ACSS, de 7 de Janeiro de 2011, dirigida a todas as instituições do SNS, foi

subsequentemente esclarecido que a verificação da condição de insuficiência económica nos termos referidos no Despacho n.º 19264/2010, de 29 de Dezembro de 2010, se encontrava, neste momento, impedida;

149. Pelo que, “*com a orientação do Sr. Secretário de Estado da Saúde*”, a referida Circular da ACSS determinou que “*até que sejam ultrapassados os constrangimentos que impedem a verificação da condição de recursos, o direito ao transporte é garantido desde que se verifique o requisito constante na alínea a)*” do Despacho n.º 19264/2010, de 29 de Dezembro de 2010, ou seja, em caso que clinicamente se justifique.
150. Porém, e independentemente da sua suspensão *de facto*, o Despacho n.º 19264/2010, de 29 de Dezembro de 2010, mantém-se ainda *de iure* em vigor, uma vez que não será por Circular Informativa da ACSS que aquele perderá a sua força jurídica;
151. O que faz remanescer a própria necessidade da sua análise no quadro legal do direito à saúde.
152. Ora, desde logo se refira que a situação do Despacho n.º 19264/2010, de 29 de Dezembro de 2010, tal como vinda de apresentar, acaba por não promover uma melhoria da situação de ausência de clareza no tratamento da questão do direito dos utentes ao transporte;
153. Uma vez, e como aliás não pode deixar de se extrair dos próprios fundamentos apresentados na Circular Informativa n.º 02/2011 da ACSS para a sua *de facto* suspensão, o Despacho em questão não soluciona a desordem normativa na execução, no plano administrativo, do direito dos utentes do SNS ao transporte;
154. A qual não pode deixar de dever ser objecto de intervenção urgente, no sentido de dever ser evitada a continuação, senão mesmo acréscimo, de situações de diferentes entendimentos, práticas, mecanismos ou procedimentos sobre o transporte de utentes, susceptíveis quer de induzir desigualdades geográficas no respeito dos direitos dos utentes do SNS, quer de reduzir ou limitar o *direito de acesso universal e equitativo aos serviços públicos de saúde e publicamente financiados*.
155. Por outro lado, deve ter-se também presente que, e novamente recordando-se os fundamentos que conduziram a ACSS, e bem, a referir que “*no caso dos hospitais integrados no Sector Empresarial do Estado, na medida em que o seu financiamento é realizado através dos contratos-programa, os encargos gerados*

com o transporte, enquanto actividade instrumental e, por isso, integrada na prestação de cuidados de saúde, são financiados por via do valor pago pela prestação de saúde que tenha sido realizada”

i) a obrigação de o utente arcar com as despesas do transporte requisitado pelos hospitais sempre que, apesar de clinicamente necessário, não preenchesse o requisito da “insuficiência económica” levaria à situação de um duplo financiamento dos estabelecimentos hospitalares quanto ao transporte; e/ou

ii) a opção de ser o utente a requisitar, de motu proprio mas apesar de clinicamente necessário, os serviços para o seu transporte sempre que não preenchesse o requisito da “insuficiência económica” levaria a um aumento do financiamento público implícito dos estabelecimentos hospitalares, por via do valor pago pela prestação de saúde que tenha sido realizada, por não estar prevista, no Despacho em análise, uma concomitante redução do valor pago aos estabelecimentos hospitalares pelos actos realizados naquela proporção que se deva estimar como correspondente à álea relativa à necessidade de transporte associado.

156. Consequentemente, o Despacho n.º 19264/2010, de 29 de Dezembro de 2010, do Secretário de Estado da Saúde, não contribui para o *fomento de transparência, de eficiência e de equidade do sector* que à ERS cumpre avaliar e emitir recomendações nos termos da al. a) do artigo 37.º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de Maio;

157. Tal como dele não emana a melhor *defesa do interesse público e dos interesses dos utentes* – cfr. a citada al. a) da norma vinda de referir.

158. Por outro lado, deve também atentar-se ao facto de o Despacho n.º 19264/2010, de 29 de Dezembro de 2010, do Secretário de Estado da Saúde, não ter em consideração as diferentes condições regionais e locais de acessibilidade dos utentes aos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde;

159. E não ter, também, qualquer norma de salvaguarda do direito fundamental de acesso aos cuidados de saúde;

160. Permitindo a concretização – por exemplo – de situações em que apesar de um utente ser considerado como possuindo uma situação de “suficiência económica” mas que, em função da sua condição clínica, distância face ao estabelecimento hospitalar a que recorre, e regularidade desse mesmo recurso, poder ser

confrontado com a necessidade de requisitar transportes com valores somados superiores aos dos seus próprios rendimentos mensais.

161. Consequentemente, o Despacho n.º 19264/2010, de 29 de Dezembro de 2010, do Secretário de Estado da Saúde, não promove o *direito de acesso universal e equitativo aos serviços públicos de saúde ou publicamente financiados* que à ERS compete assegurar – cfr. al. a) do artigo 35.º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de Maio.

IV. DA INSTRUÇÃO E RECOMENDAÇÕES PROJECTADAS

162. Atento todo o *supra* exposto, o Conselho Directivo da ERS aprovou, em 9 de Fevereiro de 2011, a emissão de um projecto de deliberação, nos termos e para os efeitos do preceituado nos artigos 33.º e 42.º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de Maio, tendo-se proposto:

“[...]”

emitir uma instrução ao Hospital do Espírito Santo de Évora, E.P.E., nos seguintes termos:

(i) O Hospital do Espírito Santo de Évora, E.P.E. deve assumir a responsabilidade de requisição ou prescrição de transporte, sempre que clinicamente justificável, aos seus utentes, adequando os procedimentos de requisição ou prescrição de transporte aos seus utentes ao princípio do prescritor/pagador;

(ii) O Hospital do Espírito Santo de Évora, E.P.E. deve cessar todos e quaisquer procedimentos ou práticas que, directa ou indirectamente, e relativamente a cuidados de saúde sob sua responsabilidade, visem instruir os seus utentes para que solicitem, junto das Unidades de Cuidados de Saúde Primários, a prescrição de transporte, ou por qualquer outro meio, visem transferir para tais Unidades a responsabilidade de requisição de transporte;

(iii) O Hospital do Espírito Santo de Évora, E.P.E. deve dar cumprimento imediato à presente instrução, bem como dar conhecimento à ERS, no prazo máximo de 30 dias após a notificação da presente deliberação, dos procedimentos adoptados para o efeito. [...]

Pelas razões supra citadas, o Conselho Directivo da ERS delibera ainda, sob a égide dos artigos 33.º e 42.º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de Maio:

(i) Recomendar ao Ministério da Saúde que proceda à reanálise do Despacho n.º 19264/2010, de 29 de Dezembro de 2010, do Secretário de Estado da Saúde, por o mesmo não promover o direito de acesso universal e equitativo aos serviços públicos de saúde ou publicamente financiados que à ERS compete assegurar;

(ii) Recomendar à Administração Regional de Saúde do Norte, I.P., à Administração Regional de Saúde do Centro, I.P., à Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P., à Administração Regional de Saúde do Alentejo, I.P., e à Administração Regional de Saúde do Algarve, I.P. que, de forma imediata:

a) emitam instruções claras e inequívocas aos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde das suas áreas de influência quanto ao dever de assunção da responsabilidade de requisição ou prescrição de transporte aos seus utentes, e quando clinicamente justificável, à luz do princípio do prescritor/pagador;

b) garantam a ausência de procedimentos ou práticas de estabelecimentos hospitalares que, directa ou indirectamente e relativamente a cuidados de saúde sob suas responsabilidades, visem transferir para as Unidades de Cuidados de Saúde Primários o ónus de requisição de transporte clinicamente justificada aos utentes. [...]

O Conselho Directivo da ERS igualmente delibera que as Administrações Regionais de Saúde devem manter permanentemente informada a ERS de todas as diligências encetadas, seja quanto ao cumprimento da recomendação ora emitida, seja quanto às eventuais situações de que venham a tomar conhecimento de incumprimento, por parte de estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde do SNS, do referido princípio prescritor/pagador.”

V. DA AUDIÊNCIA DE INTERESSADOS

163. Na audiência escrita de interessados referente ao projecto de deliberação *supra* referido, ocorrida nos termos do art. 101.º n.º 1 do Código do Procedimento

Administrativo, foi chamado a pronunciar-se relativamente ao projecto de deliberação da ERS, por meio de ofícios enviados em 11 de Fevereiro de 2011, o A., cuja comunicação inicial deu origem ao processo de inquérito, e as instituições visadas no projecto de deliberação: as ARS, o Hospital do Espírito Santo de Évora, E.P.E. e o Ministério da Saúde.

164. No decurso do período concedido para audiência de interessados foram recebidas as respostas do Hospital do Espírito Santo de Évora, E.P.E., da ARS Norte, da ARS Centro, da ARSLVT, da ARS Alentejo e do Ministério da Saúde, por intermédio do Chefe do Gabinete do Secretário de Estado da Saúde.
165. A resposta da ARS Norte deu entrada na ERS em 25 de Fevereiro de 2011, informando aquela ARS estar *“de acordo com o exposto”* e que *“dará cumprimento às recomendações emitidas”*, mais subscrevendo *“a importância da reanálise do Despacho n.º 19264/2010, de 29 de Dezembro de 2010”*.
166. A resposta da ARS Alentejo foi recebida pela ERS em 28 de Fevereiro de 2011, referindo o seu Conselho Directivo que tomou conhecimento do teor do projecto de deliberação e que acolheu *“com agrado as deliberações e recomendações efectuadas no mesmo”*, comprometendo-se a diligenciar no cumprimento das recomendações e deliberações que lhe forem dirigidas.
167. Em 2 de Março de 2011, foi recebida pela ERS a resposta do Hospital do Espírito Santo de Évora, E.P.E., segundo a qual o Conselho de Administração do Hospital *“deliberou não contestar a decisão da ERS em virtude de estar a assumir responsabilidades financeiras com os transportes, cumprindo o princípio do prescritor/pagador e o Despacho n.º 19264/2010, de 29 de Dezembro”*.
168. A resposta da ARSLVT foi recepcionada pela ERS no dia 4 de Março de 2011, manifestando aquela ARS *“concordância geral”*, com a necessidade de uma *“rápida clarificação legislativa ou regulamentar por parte do Ministério da Saúde”* na matéria em causa, de que o princípio do prescritor/pagador seja respeitado e de informar a ERS de todas as situações de incumprimento do princípio do prescritor/pagador.
169. A resposta da ARS Centro deu entrada na ERS em 11 de Março de 2011, tendo o Conselho Directivo daquela ARS afirmado ter considerado o conteúdo do projecto de deliberação da ERS *“clarificador dos procedimentos a adoptar pelos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde no que respeita à assunção do custo inerente ao transporte de doentes clinicamente justificado”*.

170. A resposta do Ministério da Saúde, recebida por intermédio do Chefe do Gabinete do Secretário de Estado da Saúde, deu entrada na ERS em 18 de Março de 2011.
171. Primeiramente, argumentou-se que a ERS trouxe à colação o Despacho n.º 19264/2010, de 29 de Dezembro de 2010, do Secretário de Estado da Saúde, apesar do despacho não ter sido objecto, nem motivo das diligências desenvolvidas pela ERS junto das ARS, nem tão-pouco das respostas obtidas;
172. O que, refira-se, não seria possível, uma vez que as diligências e as respostas obtidas das ARS ocorreram em datas anteriores a 29 de Dezembro de 2010.
173. Referiu-se ainda naquela resposta que *“a ERS não menciona neste contexto, nem teve em consideração, que os custos para o Serviço Nacional de Saúde com o transporte de doentes não urgentes são da ordem dos 200 milhões por ano, valor que, pela sua magnitude, justificaria por si só uma referência e ponderação aprofundada”*.
174. Mais se alegou que *“a ERS não teve, tão-pouco, em consideração que a Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS, IP), através do seu Gabinete de Gestão de Risco e Auditoria, no âmbito das suas competências legais, promoveu recentemente uma auditoria (Setembro de 2010) ao processo de prescrição e facturação do transporte de doentes não urgentes”*, tendo sido apurados factos que justificam uma actuação disciplinadora por parte dos órgãos competentes do Ministério da Saúde.
175. De facto, a ERS não teve acesso a esta auditoria, o que é admitido, contudo, pelo Chefe do Gabinete do Secretário de Estado da Saúde, uma vez que *“a mesma foi remetida ao Gabinete do SES com carácter de confidencialidade”*.
176. Ainda relativamente a esta auditoria, foi na referida resposta afirmado que terão sido identificadas *“ineficiências muito graves, com custos acrescidos relevantes para o SNS”*, revelando o transporte não urgente de doentes *“problemas sistémicos com implicações na despesa do SNS”*.
177. Contudo, não foram reveladas ao pormenor as ineficiências e as situações em que haverá custos acrescidos para o SNS, o que se deverá ao carácter confidencial da auditoria.
178. Salientou-se, ainda, que *“está subjacente ao despacho do Secretário de Estado da Saúde n.º 19264/2010 o intuito de actuar no sentido de preparar um quadro global normalizador e disciplinador de forma a evitar diferentes práticas,*

mecanismos e procedimentos relativos ao transporte de doentes no território nacional”, sendo que tal quadro estaria a ser ultimado, segundo alegado, pelo Ministério da Saúde.

179. Por último, destacou-se que era intenção do Ministério da Saúde “*garantir que no futuro regulamento geral de transporte de doentes não urgentes no âmbito do SNS serão devidamente tidas em consideração as preocupações transmitidas pelas diversas entidades auscultadas, tendo como certo que o principal princípio norteador deve ser assegurar o acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde, tendo especial cuidado e atenção a todas as situações sociais que se justifiquem, seja pela ponderação clínica e insuficiência de rendimento, seja pela ponderação de uma excessiva despesa decorrente daquela necessidade de transporte, mesmo em situações não urgentes*”.

VI. DO PEDIDO DE PARECER SOBRE O REGULAMENTO PROJECTADO

180. De facto, conforme comunicação do Secretário de Estado da Saúde, recepcionada pela ERS em 15 de Abril de 2011, foi solicitado um parecer à ERS para apreciação do texto relativo a projecto de um “*Regulamento Geral de Acesso ao Transporte não Urgente no Âmbito do Serviço Nacional de Saúde*”, cuja cópia foi remetida em anexo.
181. Segundo resulta do Regulamento projectado, o mesmo visa “[...] *definir as condições de acesso e modalidades de transporte não urgente a que têm direito os doentes e utentes abrangidos pelo [SNS]*.”¹⁵.
182. E pretende abranger, nesse âmbito, “[...] *o transporte de doentes e utentes do SNS cuja origem ou destino sejam os estabelecimentos e serviços que integram o SNS ou entidades com contrato ou convenção para a prestação de cuidados de saúde [...]*”¹⁶, excluindo do seu âmbito de aplicação, porém, os casos de transporte,
- (i) “[...] *de doentes urgentes, muito urgentes e emergentes [...]*”,
excepcionados os casos em que o transporte ocorra por iniciativa do

¹⁵ Vide artigo 1.º, com a epígrafe “Objecto”.

¹⁶ Cfr. n.º 1 e do artigo 2.º. Trata-se, assim, dos prestadores integrados na Rede Nacional de Prestação de Cuidados de Saúde, tal como delimitada no n.º 4 da Base XII da Lei de Bases da Saúde. No n.º 2 deste preceito estabelece-se ainda como destinatários obrigados ao cumprimento das respectivas regras e procedimentos, “[...] *todos os estabelecimentos e serviços do SNS e entidades com contrato ou convenção para a prestação de cuidados de saúde*.”.

utente e/ou de um seu familiar, após e não obstante uma decisão negativa da entidade competente – o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) do INEM, e a necessidade de transporte urgente seja posteriormente reconhecida pelo serviço de urgência destinatário do transporte;

(ii) “[...] *de vítimas de doenças profissional ou acidente de trabalho*”;

(iii) “[...] *para consultas de submissão a Juntas Médicas.*”¹⁷.

183. Nestas condições, o Regulamento projectado explicita, no seu artigo 3.º e sob a epígrafe “*direito ao transporte*”, que:

(i) “[a]os doentes abrangidos pelo SNS é garantido o direito ao transporte sempre que a situação clínica o justifique.”;

(ii) “[a]os utentes do SNS, em situação de insuficiência económica e desde que justificado clinicamente, é garantido o direito ao transporte para acesso aos cuidados de saúde, sempre que se verifique que o rendimento médio mensal do agregado familiar em que se encontra incluído o utente é inferior ao Indexante de Apoios Sociais (IAS).”¹⁸

184. Mais concretizando, no seu artigo 4.º, que “[...] o direito ao transporte não urgente em ambulância é garantido aos doentes nas situações clinicamente fundamentadas e devidamente registadas no processo clínico do doente [...]”, designadamente, de:

(i) “[d]oentes com doença comprovadamente incapacitante [...] em situações determinadas¹⁹;

(ii) “[g]randes acamados”;

(iii) “[d]oentes com imunodepressão em fase de risco para o próprio”;

(iv) “[m]ulheres com gravidez de risco”; e

(v) “[d]oentes portadores de doença infecto-contagiosa que implique risco para a saúde pública.”.

¹⁷ Cfr. n.º 3 do artigo 2.º e n.º 2 do artigo 5.º. Estas situações estão, por sua vez, cobertas por legislação específica e regime próprio.

¹⁸ Prevendo, no n.º 3 do mesmo preceito, as condições de verificação da situação de insuficiência económica.

¹⁹ Designadamente, sequelas motoras de doenças vasculares; transplantados quando houver indicação expressa do serviço hospitalar responsável pela transplantação; insuficiência cardíaca e respiratória grave; perturbações visuais graves; doença do foro ortopédico; doença neuromuscular de origem genética ou adquirida; patologia do foro psiquiátrico; doenças do foro oncológico; queimaduras; insuficientes renais crónicos.

185. Entende-se, assim, que o Regulamento projectado prevê situações em que o transporte se considera *a priori* clinicamente justificado, e que o mesmo deverá ocorrer, ademais, com recurso à modalidade de transporte em ambulância;
186. Embora esta não seja a única modalidade de transporte possível, tal como se retira aliás, da previsão de que “[...] *quando a situação clínica do utente não obrigue ao transporte em ambulância, mas ainda assim seja necessário garantir o acesso aos cuidados de saúde, este deve ser efectuado com recurso [a uma outra] modalidade de transporte mais adequada à situação clínica do utente [...]*”²⁰.
187. Em qualquer dos casos, o transporte é garantido nos termos do Regulamento projectado quando destinado, unicamente, às seguintes situações:
- (i) “[t]ransporte para consultas, tratamentos e (ou) exames complementares de diagnóstico [...]”;
 - (ii) “[t]ransporte de doentes para a sua residência, após alta hospitalar [...]”; e
 - (iii) “[...] [t]ransporte de doentes [...] que careçam de transferência para outro estabelecimento de saúde”²¹.
188. Ressalvando-se, relativamente a cada uma das situações *supra*, que o transporte é garantido desde que “*cl clinicamente justificado*” e mediante requisição²²;
189. E determinando-se, ademais, que “[o]s encargos resultantes do transporte de doentes ou utentes [...]”, desde que,
- (i) o transporte ocorra nas situações *supra*;
 - (ii) o utente se desloque “[...] a estabelecimento ou serviço que integre o SNS ou seja referenciado por estes para uma entidade convencionada.”;
 - (iii) “[...] qualquer que seja a modalidade de transporte a utilizar [...]”;
 - (iv) “[...] e salvo disposição em contrário [...]”;
190. Os mesmos são “[...] da responsabilidade da entidade requisitante, no estrito cumprimento do Despacho Ministerial n.º 4/89, de 13 de Janeiro.”²³.

²⁰ Cfr. n.º 4 do artigo 6.º, relativo às modalidades de transporte possíveis. Acresce que, a escolha da modalidade deverá ocorrer “*de acordo com critérios de racionalidade económica, a definir em função das especificidades de cada caso pela entidade requisitante que deverá também ter em conta a adequação de rede de transportes públicos existente.*”

²¹ Cfr. n.º 1 e do artigo 5.º.

²² Cfr., de novo, o mesmo artigo 5.º.

²³ Cfr. n.º 2 do artigo 15.º.

191. Ora, assim elencadas as regras que no Regulamento projectado visam conformar o direito de acesso ao transporte não urgente por parte dos utentes do SNS, resulta, por outro lado, da sua confrontação com o enquadramento de tal direito – tal como propugnado pela ERS e *supra* explicitado – que o normativo do Regulamento projectado aparenta ser globalmente positivo, porquanto,

- (i) e desde logo, evidencia uma preocupação de racionalização do transporte, sem contudo prejudicar, relativamente às situações mais evidentes, o princípio da necessidade clínica enquanto fundamento essencial à garantia do acesso aos cuidados de saúde; e por outro lado,
- (ii) aporta uma clarificação quanto à prevalência do princípio do prescritor/pagador.

192. Com efeito, a enunciação, no Regulamento projectado, do princípio da necessidade clínica do transporte, é consentânea com o entendimento, tal como propugnado pela ERS, de que o transporte de utentes, ainda que conformado como actividade complementar da prestação de cuidados de saúde²⁴ “[...] *sujeit[a] a regras próprias e à disciplina e inspecção do Ministério da Saúde, e, sendo caso disso, dos outros ministérios competentes [...]*”²⁵;

193. Em determinadas situações é *conditio sine qua non* ao próprio acesso aos cuidados de saúde e tem, por isso, de ser garantido.

194. Nesta medida, a questão essencial consistirá em delimitar, assim, – e por outro lado em assegurar a inexistência de uma qualquer limitação ou cerceamento – quais as situações em que o transporte se tem de considerar enquanto elemento indissociável da prestação de cuidados de saúde;

195. Devendo, assim, ser garantido, independentemente da verificação, ou não, de uma qualquer situação de insuficiência económica.

196. Ora, atento o corpo normativo do Regulamento projectado, considera-se que tal resultará acautelado face ao princípio, veiculado no texto, de que “[...] *é garantido o direito ao transporte sempre que a situação clínica o justifique.*”;

Da leitura conjugada do n.º 2 do artigo 5.º com o n.º 3 do artigo 15.º resulta ainda que se prevê a aplicação do Regulamento àquelas situações em que é posteriormente reconhecida a necessidade de transporte urgente a utente que viu, num primeiro momento, tal possibilidade negada pelo CODU do INEM, sendo que nestes casos o utente não será igualmente responsável pelos encargos com o transporte.

²⁴ Nos termos, recorde-se, da Base XXIII da Lei de Bases da Saúde.

²⁵ Segundo, ainda, a mesma Base XXIII.

197. Previsão esta que é posteriormente melhor explicitada mediante uma leitura necessariamente conjugada do n.º 1 do artigo 3.º com o artigo 4.º, que consagra um elenco de patologias que se consideram serem “*situações clinicamente fundamentadas*”;
198. Relativamente às quais o transporte não só é garantido como não compete ao utente a assunção dos custos ao mesmo inerentes²⁶, independentemente da verificação, ou não, repita-se, de uma qualquer situação de insuficiência económica.
199. Ora, sem prejuízo do *supra* exposto, salientam-se, ainda assim, as seguintes preocupações, que têm interesse para o presente processo de inquérito.
200. Relativamente à lista de patologias e/ou situações que se consideram como constituindo “situações clinicamente fundamentadas”, conforme o artigo 4.º do Regulamento, refira-se que tal lista apresenta-se como taxativa.
201. Sucede que, apesar de a mesma ser tendencialmente abrangente, existe o risco de a realidade vir a demonstrar que a mesma não é completa;
202. Não se podendo, assim, excluir a possibilidade de ocorrência de situações não elencadas, mas igualmente incapacitantes da mobilidade dos utentes, que possam vir a fundamentar clinicamente a necessidade de transporte em ambulância, e que por isso, deveriam isentar da necessidade de comprovação da situação de insuficiência económica (prevista no n.º 2 do artigo 3.º).
203. Neste sentido, entende-se, como se ressaltou no parecer que a ERS elaborou sobre o Regulamento projectado, que se deveria prever uma revisão periódica deste artigo, de modo a não ser impedido o acesso dos utentes ao transporte em ambulância na eventualidade de ocorrência de uma tal situação;
204. Alternativamente, sugeriu a ERS no parecer sobre o Regulamento que se poderia incluir uma alínea adicional no artigo 4.º que pudesse antever essas situações, mencionando, por exemplo, “situações não previstas no regulamento desde que devidamente justificadas”.
205. Com efeito, o Regulamento projectado – atenta a redacção do n.º 2 do artigo 3.º – não exclui eventuais situações que, ainda que não elencadas no artigo 4.º, possam implicar a necessidade clínica de transporte;
206. Nessa medida, caso não seja reconhecida uma situação de insuficiência económica mas se verifique uma necessidade de transporte clinicamente

²⁶ Desde que cumpridas as condições igualmente fixadas no n.º 1 do artigo 5.º e no artigo 15.º.

justificada, nos termos do Regulamento projectado, poderão ocorrer situações de interpretação dúbia do Regulamento, em que o utente seria chamado a assumir os encargos com o transporte²⁷;

207. Sendo certo que tanto não deixaria de colidir com o princípio do prescritor/pagador, instituído pelo Despacho n.º 4/89, de 13 de Janeiro, da Ministra da Saúde (e totalmente acolhido no texto do Regulamento no seu artigo 15.º), que determina que *“a responsabilidade pelos encargos decorrentes da prestação de cuidados de saúde aos utentes do SNS é imputada às entidades que procedam à respectiva requisição”*.

208. Consequentemente, entendeu-se no parecer emitido sobre o Regulamento projectado que o procedimento de autorização previsto nos artigos 8.º e 9.º do Regulamento deveria concomitantemente garantir que o utente é efectivamente informado do efectivo reconhecimento ou não, em face da sua situação concreta, de direito ao transporte.

209. Já no que se refere à referida suspensão – *de facto* mas não *de iure* – da alínea b) do *supra* citado Despacho n.º 19264/2010, considerando que se entende que o texto do Regulamento projectado contempla a garantia do direito ao transporte sempre que a situação clínica do utente o justifique, independentemente da verificação ou não de insuficiência económica por parte do utente (desde que assegurada, saliente-se, a completude da previsão das situações enumeradas no artigo 4.º);

²⁷ Note-se que a ocorrência destas situações acarretam outro tipo de preocupações, aliás, como foi já notado na análise *supra*. Com efeito, a própria ACSS declarou, relativamente ao pagamento do transporte de doentes requisitado por hospitais do SNS, que *“no caso dos hospitais integrados no Sector Empresarial do Estado, na medida em que o seu financiamento é realizado através dos contratos-programa, os encargos gerados com o transporte, enquanto actividade instrumental e, por isso, integrada na prestação de cuidados de saúde, são financiados por via do valor pago pela prestação de saúde que tenha sido realizada”*.

Esta constatação importou a conclusão da ERS de que *“[...] a obrigação de o utente arcar com as despesas do transporte requisitado pelos hospitais sempre que, apesar de clinicamente necessário, não preenchesse o requisito da “insuficiência económica” levaria à situação de um duplo financiamento dos estabelecimentos hospitalares quanto ao transporte; e/ou*

[...] a opção de ser o utente a requisitar, de motu proprio mas apesar de clinicamente necessário, os serviços para o seu transporte sempre que não preenchesse o requisito da “insuficiência económica” levaria a um aumento do financiamento público implícito dos estabelecimentos hospitalares, por via do valor pago pela prestação de saúde que tenha sido realizada, por não estar prevista, no Despacho [n.º 19264/2010], uma concomitante redução do valor pago aos estabelecimentos hospitalares pelos actos realizados naquela proporção que se deva estimar como correspondente à álea relativa à necessidade de transporte associado.”

Ora, tal implica que a previsão atinente às situações de insuficiência económica deva ser ponderada de forma articulada com os normativos atinentes ao financiamento, no limite, dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde responsáveis pela prescrição/requisição de transporte.

210. Não sendo prejudicado, assim, o direito de acesso universal e equitativo aos serviços públicos de saúde ou publicamente financiados que à ERS compete assegurar – cfr. al. a) do artigo 35.º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de Maio.
211. E tendo em consideração ainda que o próprio Regulamento refere, no seu artigo 18.º, que o mesmo “[...] *prevalece sobre todas as orientações existentes sobre esta matéria* [...]”²⁸;
212. Entende-se que o referido Despacho n.º 19264/2010, será necessariamente revogado, mesmo que porventura de forma tácita, na parte em que exige a verificação cumulativa e irrestrita dos requisitos “*em caso que clinicamente se justifique*” e em caso de “*insuficiência económica*”;
213. Embora se considere que esta questão resultaria melhor explicitada mediante a menção de uma revogação expressa no próprio corpo do acto normativo que venha a aprovar o Regulamento.

VII. CONCLUSÃO

214. Em conclusão, tendo em conta o *supra* apresentado, sobre as respostas das ARS e do Hospital do Espírito Santo de Évora, E.P.E., em sede de audiência de interessados, das quais resultou a evidência de uma conformação do comportamento destas entidades aos termos da recomendação e instrução previstas no projecto de deliberação emitido pela ERS; e
215. Considerando que o texto relativo ao “*Regulamento Geral de Acesso ao Transporte não Urgente no Âmbito do Serviço Nacional de Saúde*” enviado pelo Ministério da Saúde para análise da ERS pode ser considerado globalmente positivo, porquanto,
- (i) não prejudica, relativamente às situações mais evidentes, o princípio da necessidade clínica enquanto fundamento essencial à garantia do acesso aos cuidados de saúde; e
 - (ii) aporta uma clarificação quanto à prevalência do princípio do prescritor/pagador;
216. Considerando ainda que tal Regulamento pretende assumir-se como o documento pelo qual se dará execução à intencionalidade manifestada no

²⁸ Assumindo que o Regulamento em causa será aprovado por acto legislativo de valor igual ou superior ao Despacho n.º 19264/2010, e muito embora não se depreenda, com clareza, qual o sentido da expressão “orientações”, para assim aferir da natureza dos actos aí abrangidos.

Despacho n.º 19264/2010, de 29 de Dezembro, de vir a “[...] *ser definido um quadro normalizador global através de um regulamento geral de transporte de doentes não urgentes no âmbito do Serviço Nacional de Saúde.*”;

217. Entende-se, por fim, que aquelas que eram as preocupações de fundo da ERS encontrar-se-ão, em princípio, resolvidas, não se verificando, assim, no momento presente, a necessidade de uma intervenção regulatória da ERS na matéria em causa;
218. Sem prejuízo de ser adequada a opção por uma monitorização da ERS, com vista ao acompanhamento da aprovação do texto final do Regulamento e da sua execução e à verificação de que a expectativa de resolução dos problemas identificados ao longo do processo é, efectivamente, garantida na prática.

VIII. DECISÃO

219. Atento todo o *supra* exposto, o Conselho Directivo da ERS delibera, nos termos e para os efeitos do preceituado nos artigos 33.º e 42.º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de Maio, arquivar o presente processo de inquérito.
220. O Conselho Directivo da ERS igualmente delibera, ao abrigo dos citados dispositivos legais, proceder à subsequente abertura de um processo de monitorização com vista ao acompanhamento dos desenvolvimentos futuros referentes ao “*Regulamento Geral de Acesso ao Transporte não Urgente no Âmbito do Serviço Nacional de Saúde*”, no âmbito do qual determina que as Administrações Regionais de Saúde mantenham permanentemente informada a ERS de todas as eventuais situações de que venham a tomar conhecimento:
- (i) de incumprimento, por parte de estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde do SNS, das regras de tal “*Regulamento*” e ou do princípio prescritor/pagador;
 - (ii) de ocorrência de situações não elencadas do “*Regulamento*”, mas igualmente incapacitantes da mobilidade dos utentes, que possam vir a fundamentar a necessidade de transporte em ambulância com isenção da necessidade de comprovação da situação de insuficiência económica.



221. A versão não confidencial da presente deliberação poderá ser publicitada no sítio oficial da Entidade Reguladora da Saúde na Internet.

Porto, 27 de Abril de 2011.

Anexo – Recapitulativo de respostas de estabelecimentos hospitalares recebidas pela ERS

I. Estabelecimentos Hospitalares integrados na área de actuação da ARS Centro

Tendo a ARS Centro reencaminhado o pedido de elementos da ERS aos estabelecimentos hospitalares integrados na sua área de actuação, e tendo a ERS recebido algumas respostas directamente de tais prestadores, bem como respostas que foram reencaminhadas pela ARS Centro, apresenta-se *infra* um recapitulativo do conteúdo das mesmas

Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC)

No dia 16 de Novembro de 2010, a ERS recebeu uma resposta dos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC) ao seu pedido de elementos à ARS Centro de 21 de Outubro de 2010.

No que toca à questão n.º 1 do pedido de informação da ERS *supra* referido, os HUC referem o Despacho Ministerial n.º 4/89, do princípio do prescriptor/pagador, citando que tal despacho estabelece que *“a responsabilidade pelos encargos decorrentes da prestação de cuidados de saúde aos utentes do SNS é imputada às entidades que procedam à respectiva requisição”*.

Mais referem um ofício de 8 de Março de 1989 do Departamento de Gestão Financeira dos Serviços de Saúde, dirigido aos conselhos de administração dos hospitais, com vista a sistematizar o princípio do prescriptor/pagador, e um outro ofício, de 24 de Abril de 1989, da Direcção-Geral dos Hospitais (DGH), igualmente dirigido aos conselhos de administração dos hospitais, no intuito de clarificar dúvidas resultantes da aplicação do então novo sistema.

Os HUC mencionam também um ofício da Direcção-Geral de Saúde (DGS), de 1 de Junho de 1993, dirigido a um Conselho de Administração que havia solicitado esclarecimentos relativamente à responsabilidade dos hospitais pelo pagamento dos transportes de doentes.

Naquele ofício, a DGS terá comunicado que não havia legislação que responsabilizasse os hospitais quanto ao transporte de doentes em ambulatório e que se havia criado *“uma tradição de responsabilização desse pagamento com base no*



princípio constitucional da gratuidade” do SNS, “reputando o transporte como uma extensão do tratamento, consulta ou exames a promover nos estabelecimentos do SNS”.

Finalmente, de acordo com os HUC, com base nos documentos *supra* referidos e na sua Ordem de Serviço n.º 3, de 22 de Abril de 1991, relativa ao transporte de doentes em ambulância, que os HUC remeteram à ERS em 6 de Janeiro de 2011, o regime legal aplicável ao transporte de doentes em Portugal definirá que a responsabilidade financeira dos hospitais abrange:

- i) *“O transporte em ambulância de bombeiros,*
- ii) *Fundamentado em prescrição médica,*
- iii) *Nos casos de transferência do doente atendido no Serviço de Urgência Hospitalar para outro hospital (transporte de urgência) e*
- iv) *Nos casos de tratamentos continuados, no percurso de ida e volta do domicílio do doente para o hospital (transportes programados).”*

No que se refere às questões 2 e 3 do pedido de informação da ERS, os HUC afirmam, respectivamente, que, *“nesta situação, o médico assistente do doente nos HUC emite uma requisição interna de transporte, exarada em suporte papel e remetida para o Sector de Transporte do Serviço de Gestão de Doentes, que diligencia a sua organização”* e que, uma vez organizado o transporte nestes termos, *“a Corporação de Bombeiros que efectuou o transporte emite a factura em nome dos HUC que, após conferência, procedem ao seu pagamento”*.

No que respeita à questão 4, os HUC mencionaram problemas com os horários impostos pelas unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e com a resposta atempada das Corporações de Bombeiros a pedidos de ambulância efectuadas entre às 0:00 e às 08:00, para o transporte de doentes com alta do Serviço de Urgência.

Hospital Distrital de Águeda

Na sua resposta à ARS Centro, de 5 de Novembro de 2010, relativamente à questão suscitada pela ERS, o Hospital Distrital de Águeda afirma que segundo *“o procedimento no Hospital Distrital de Águeda no caso dos doentes internados que vão para unidades de cuidados continuados, bem como de consultas, tratamentos e transferências inter hospitalares o custo do transporte é suportado pela Instituição”* e



“quanto ao transporte de doentes externos (Consultas Externas) os médicos, utilizam critérios estritamente clínicos para a sua requisição”.

Hospital do Visconde de Salreu

No que se refere ao Hospital do Visconde de Salreu, cuja resposta deu entrada na ARS Centro a 2 de Novembro de 2010, aquele hospital afirma que *“a prescrição de transporte de utentes acompanhados clinicamente neste Hospital é efectuada apenas quando os mesmos se encontram acamados ou se locomovem em cadeira de rodas pelo que sem condições de autonomia para se deslocarem”* e que, nesta situação, *“a responsabilidade financeira pelos encargos suportados com o transporte dos utentes é do Hospital Visconde de Salreu”.*

Hospital de Tondela - Cândido Figueiredo

Na resposta do Hospital de Tondela - Cândido Figueiredo, de 4 de Novembro, é referido que *“só requisita transporte de doentes para transferências do SUB e dos serviços de internamento”* e que os encargos financeiros destes transportes são da responsabilidade daquele hospital.

Hospital de São Teotónio, E.P.E.

No que concerne à resposta do Hospital de São Teotónio, E.P.E., relativamente aos transportes programados, aquele hospital assumirá a responsabilidade do transporte dos doentes *“quando um doente se encontra internado e necessita de ir a outro Hospital ou a outra instituição de saúde fazer exames ou ir a uma consulta”, “quando um doente se encontra internado e necessita de ser transferido para outro Hospital”, “quando um doente se encontra internado e tem alta para a RNCC”, “quando um doente se encontra numa instituição da RNCC e vem ao SU do nosso Hospital e regressa à instituição”,* e ainda em casos excepcionais, motivados *“pela possibilidade de doentes dos concelhos de Moimenta da Beira, Sernancelhe e Penedono, que apesar de terem transitado para a Administração Regional de Saúde da Região Norte, podem optar por serem atendidos no Hospital de São Teotónio por razões históricas, de proximidade ou de facilidade de acesso”.*

O hospital afirma, ainda, que *“nestas situações, o transporte em ambulância é requisitado pelo Hospital”, “sendo as facturas dos transportes apresentadas pelas*

Corporações de Bombeiros ao Hospital que as confere e posteriormente procede ao seu pagamento”.

Quanto aos casos excepcionais referidos *supra*, o hospital afirma que, *“respeitando o primado da resolução das necessidades dos doentes, assegura não só o tratamento de doentes que passaram a pertencer à ARS Norte, como ainda disponibiliza os necessários transportes medicalizados, esperando que as verbas correspondentes lhe sejam afectas para cumprimento integral do princípio do prescriptor pagador”.*

IPO Coimbra

No que se refere à resposta do IPO Coimbra, este remeteu em anexo *“o documento de política interna que consagra a orientação institucional em matéria de transporte de doentes”* para responder às questões 1, 2 e 3 do pedido de elementos da ERS à ARS Centro.

Tal documento, que constitui a Ordem de Serviço n.º 10/2008, de 13 de Março de 2008, estabelece que *“o transporte de doentes internados, necessário para a realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica noutra instituição, ou integrado no procedimento de alta, é da inteira responsabilidade do IPOCFG, EPE”* e que, no caso de doentes em ambulatório, *“a instituição apenas se responsabiliza financeiramente pelo transporte dos doentes desde que se verifiquem, cumulativamente, os seguintes requisitos: a) A deslocação do doente terá que efectuar-se em ambulância, por razões que se prendam exclusivamente com o seu estado de saúde; b) A deslocação resulta de uma ou várias prestações de cuidados de saúde (consultas, tratamentos, exames ou outros cuidados) agendados pelo IPOCFG, EPE”.*

Finalmente, o IPO sintetiza as situações que justificam a requisição de ambulância para transporte de doentes sob sua responsabilidade financeira, designadamente:

- i) *“Doente internado que necessita realizar MCDT’s no exterior;*
- ii) *Transporte integrado no processo de alta de um doente;*
- iii) *Doente que, estando em regime de ambulatório necessita de transporte em ambulância para a realização de consultas ou tratamentos prescritos pelo IPOCFG, EPE”.*

Sobre a quarta questão colocada no pedido de elementos da ERS, nomeadamente a identificação de problemas relacionados com a prescrição do transporte a utentes do SNS, o IPO Coimbra afirma que será um risco assumir o princípio de que o transporte



de doentes será uma parte integrante da prestação de cuidados de saúde, porque, segundo o IPO, *“o mesmo pode ser aplicado a outras necessidades dos cidadãos que, também elas, possibilitam o acesso aos cuidados de saúde, como por exemplo vestuário, alimentação ou alojamento”* e sugere que *“será necessário um reajustamento dos contratos-programa com reforço dos meios financeiros”*, se houver uma *“pura e simples transferência de responsabilidade financeira para as Unidades Hospitalares, em relação a todos os doentes que diariamente acolhem, sempre que estejam estas a prescrever uma consulta, tratamento ou MCDT”*.

O IPO Coimbra sublinha que *“não está em causa a assunção da responsabilidade pelo transporte de doentes ditado por razões de natureza clínica, ou integrado no processo de alta ou de transferência ou, ainda, o que decorre da necessidade de enviar, ao exterior, um doente internado para a realização de MCDT”*, porque *“essas situações são inequivocamente assumidas pela Instituição, tal como consta do documento interno em anexo”*, referindo-se à Ordem de Serviço n.º 10/2008, de 13 de Março de 2008. Segundo o IPO Coimbra, *“são os fluxos quotidianos de doentes ambulatoriais, sem qualquer contra-indicação clínica para utilizar qualquer tipo de transporte público ou privado, que estão na origem do diferendo instalado entre os Cuidados Primários e as Unidades Hospitalares, sendo que a total desregulamentação do sector leva a escolhas ineficientes (utilização de ambulância ou táxi quando o transporte público seria uma alternativa viável) e por vezes até fraudulentas (facturação de tantas viagens quantos os doentes transportados, sendo comuns a origem e o destino), do tipo de transporte mais adequado ao caso concreto porque são feitas, em última análise, pelos próprios transportadores”*.

Hospital do Arcebispo João Crisóstomo

A resposta do Hospital do Arcebispo João Crisóstomo, de 17 de Novembro de 2010, refere-se ao caso particular da RNCCI, mencionando as suas duas unidades de internamento: uma Unidade de Cuidados Paliativos e uma Unidade de Convalescença.

Refere aplicar as regras constantes da Nota Informativa n.º 1/UMCCI/2008, de 21 de Agosto de 2008, que remeteu em anexo, juntamente com a Norma Interna para Transporte de Doentes implementada no hospital, acrescentando não haver problemas relacionados com a prescrição de transportes.



Hospital José Luciano de Castro – Anadia

O Hospital José Luciano de Castro – Anadia destaca na sua resposta, de 26 de Novembro de 2010, a prevalência do critério clínico, nas situações que se prendem com o acesso ao hospital e retorno ao domicílio, “*sem prejuízo de casos sócio-económicos limite*”, para assegurar o uso de viaturas para o transporte dos doentes, “*conduzidas pelo motorista*”.

Para os doentes internados que necessitem de cuidados de saúde nos HUC, ou efectuar meios complementares de diagnóstico e terapêutica, “*é requisitado aos Bombeiros o transporte adequado*”. Nestas situações o Hospital José Luciano de Castro assumirá os custos do transporte.

Hospital Infante D. Pedro, E.P.E.

O Hospital Infante D. Pedro, E.P.E., na sua resposta à ARS Centro de 24 de Novembro de 2010, afirma que “*o procedimento implementado no Hospital Infante D. Pedro (HIP) está em sintonia com a disposição legal em vigor*”, declarando que “*sempre que, em regime de ambulatório (consultas subsequentes, primeiras consultas de referenciação interna, tratamentos, realização de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica ou quaisquer outros actos prescritos pelo corpo clínico do HIP), um utente apresente uma situação clínica que justifique o seu transporte em ambulância e a mesma é confirmada pelo médico, o HIP desenvolve todos os procedimentos administrativos de programação desse transporte, emitindo o respectivo Termo de Responsabilidade destinado à empresa transportadora e suportando os respectivos encargos*”.

Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E.

O Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E., na sua resposta de 12 de Novembro de 2010, refere que assume a responsabilidade da requisição/prescrição de transporte em ambulância nos seguintes casos: (i) “*transporte doentes internados que se desloquem a outros serviços de saúde para realização de Consultas, tratamentos ou outros meios auxiliares de diagnóstico e terapêutica para os quais não tenha capacidade de resposta por falta de meios*”; (ii) “*transporte de doentes urgentes/emergentes que ocorrem ao Serviço de Urgência, desde que a situação clínica seja comprovada pelo médico que observou o doente*”; e (iii) “*transportes dos*



doentes para o nosso Serviço de Medicina Física e Reabilitação para a realização de Consultas e Tratamentos/Sessões”.

Esclareceu, ainda, que “enquanto hospital de origem, assume a responsabilidade pelas despesas com os transportes de doentes que no âmbito do SIGIC sejam intervencionados no hospital de destino, de acordo com as regras definidas no Manual de Procedimentos”.

Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais

O Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais respondeu às questões da ERS em 15 de Novembro de 2010, referindo que *“emite termos de responsabilidade de todos os transportes necessários para a realização de consultas, exames complementares ou outros tratamentos que prescreve na consulta ou internamento”* e que *“assume os encargos financeiros resultados dos transportes supracitados”*. Mais declarou não identificar problemas relacionados com esta prescrição.

Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E.

Finalmente, o Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E. respondeu à ARS Centro em 15 de Novembro de 2010, juntando em anexo os procedimentos aprovados e em vigor no Centro Hospitalar, e afirmando que *“os encargos financeiros têm sido assumidos nos termos legais, pelo Centro Hospitalar Cova da Beira, sempre que seja esta entidade a prescritora, assentando no princípio de prescritor/pagador”*.

Ademais, declarou que, *“no que toca aos requisitos apresentados pelos transportadores, bem como de procedimentos a estes associados”, tem “respeitado as cláusulas contratuais gerais de serviço de transporte de doentes em ambulância, celebradas em 2009, entre os Corpos de Bombeiros e o Ministério da Saúde, bem como os preços tabelados”*.