



DELIBERAÇÕES

15 DE JANEIRO DE 2026

ERS/061/2025



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

Considerando que a Entidade Reguladora da Saúde (ERS), nos termos do n.º 1 do artigo 4.º dos seus Estatutos, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, exerce funções de regulação, de supervisão e de promoção e defesa da concorrência respeitantes às atividades económicas na área da saúde nos setores privado, público, cooperativo e social;

Considerando as atribuições da ERS conferidas pelo artigo 5.º dos seus Estatutos, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto;

Considerando os objetivos da atividade reguladora da ERS estabelecidos no artigo 10.º dos seus Estatutos, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto;

Considerando os poderes de supervisão da ERS estabelecidos no artigo 19.º dos seus Estatutos, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto;

Visto o processo registado sob o n.º ERS/061/2025;

I. DO PROCESSO

I.1. Origem do processo

1. No dia 21 de maio de 2025, a ERS tomou conhecimento da reclamação subscrita por AG, a qual visa a atuação, por um lado, do Hospital de S. Pedro - Vila Real (HSP) e, por outro, do Hospital de Lamego (HL) - estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde que integram a Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto

- Douro, E. P. E. (ULS-TMAD), entidade inscrita no Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados (SRER) da ERS sob o número de registo 17656.
2. Com efeito, na mencionada reclamação – registada no Sistema de Gestão de Reclamações (SGREC) da ERS sob o número REC/49932/2025 – o exponente alega que, no dia 7 de maio de 2025, o HL transferiu-o para as urgências de oftalmologia do HSP, as quais, segundo o hospital de origem, estariam abertas até às 24h daquele dia.
 3. Acontece que, uma vez chegado ao HSP, mais precisamente pelas 23h45 minutos daquele dia, AG foi informado de que o Dr. PP – médico oftalmologista que, à data, se encontrava ao serviço e sob as ordens e instruções daquela unidade hospitalar – já não se encontrava nas instalações do hospital, pelo que não seria possível assegurar o atendimento do paciente “*em tempo útil*”.
 4. Foi, pois, neste contexto que, para efeitos de averiguação e apuramento cabal dos factos atrás descritos, o Conselho de Administração da ERS deliberou proceder, em 17 de julho de 2025, à abertura do presente processo de inquérito.

I.2. Diligências

5. No âmbito da investigação desenvolvida pela ERS, realizaram-se as seguintes diligências instrutórias:
 - (i) Consulta dos dados constantes do SRER da ERS relativo à ULS-TMAD, constatando-se que se trata de uma entidade prestadora de cuidados de saúde inscrita naquele SRER sob o número de registo 17656;
 - (ii) Apensação aos presentes autos de inquérito de todas as informações e elementos coligidos no âmbito do processo de reclamação n.º REC/49932/2025;

- (iii) Notificação da abertura dos presentes autos ao reclamante AG, diligência concretizada através de ofício datado de 22 de julho de 2025;
- (iv) Notificação da abertura dos presentes autos à ULS-TMAD (com pedido de elementos ao abrigo do disposto no artigo 31.º, n.º 1 do Estatutos da ERS), diligência concretizada através de ofício datado de 22 de julho de 2025 (com insistência efetuada em 14 de outubro do ano corrente), e receção da respetiva resposta no dia 23 de outubro de 2025;

II. DOS FACTOS

6. No dia 7 de maio de 2025, AG redigiu no livro de reclamações da ULS-TMAD a exposição que mais abaixo se transcreve:

“(...) Fui encaminhado pelo Hospital de Lamego para a oftalmologia das urgências de Vila Real que a mesma estaria aberta até às 24h do dia 7 de maio de 2025. Chegado ao Hospital pelas 23 horas e 45 minutos fui informando que o Dr. [PP] já não se encontrava nas instalações do Hospital, que deveria ter ligado para esperar pelo utente, sendo que o horário de saída é as 24h e não às 23h45, segundo conversas o mesmo ausentou-se 1h mais cedo do serviço contra as regras. (...)” – Negrito e sublinhado nosso. Cfr. Reclamação apresentada por AG, documento que aqui se dá por integralmente reproduzido para todos os efeitos legais.

7. Em sede de alegações iniciais, a ULS-TMAD declarou o seguinte:

“(...) No seguimento das diligências realizadas e dos esclarecimentos obtidos regista-se que, efetivamente, V. Exa. foi transferido da Unidade Hospitalar de Lamego para a Unidade Hospitalar de Vila Real, sem contacto prévio.

Segundo informação recebida, o clínico particularizado na sua exposição foi contactado telefonicamente às 23H55 pelo serviço de Triagem, a informar da sua presença. Dado que a observação de Oftalmologia é feita numa área física distinta do Serviço de Urgência e implica disponibilidade do Maqueiro para transporte do doente, bem como do Segurança para abertura das instalações que se encontravam já fechadas, considerou-se que V. Exa. não seria observado em tempo útil.

Importa, todavia, esclarecer que o clínico em questão assegurou de que o tratamento imediato havia já sido efetuado - nomeadamente, a lavagem ocular com solução fisiológica - e providenciou instruções adequadas quanto à conduta terapêutica subsequente. (...)" – Cfr. Alegações iniciais apresentadas pela ULS-TMAD em sede do processo de reclamação n.º REC/49932/2025, documento que aqui se dá por integralmente reproduzido para todos os efeitos legais.

8. Na sequência da abertura dos presentes autos de inquérito, a ERS solicitou à ULS-TMAD os seguintes esclarecimentos adicionais:

"1. Com referência aos factos descritos na referida exposição, descrevam todas as etapas percorridas pelo utente AG na ULS-TMAD (HL e HSP), em particular as que se reportam ao processo de transferência hospitalar acima descrito, com indicação de data, hora e profissional responsável pela sua operacionalização, por nome, categoria profissional, funções e serviço em que o mesmo se integra, acompanhado de toda a documentação de suporte;

2. Remetam cópia das regras e/ou procedimentos internos em vigor na ULS-TMAD em matéria de transferências hospitalares;

3. Procedam ao ENVIO de quaisquer esclarecimentos complementares julgados necessários e relevantes à análise do caso concreto." – Cfr. Ofício, datado de 22 de julho de 2025, remetido pela ERS à ULS-TMAD.

9. Em resposta, a ULS-TMAD declarou o seguinte:

“(...) Em resposta aos esclarecimentos solicitados informamos acerca do percurso realizado pelo utente [AG]:

- No dia 07/05/2025, realizou a sua admissão no Serviço de Urgência Básica da Unidade Hospitalar de Lamego, sem qualquer referência pela Linha SNS24 ou Cuidados de Saúde Primários, às 23H05, tendo-lhe sido atribuída a prioridade "muito urgente" aquando da sua triagem às 23H08, por fluxograma "Problemas oftalmológicos", com dor severa, por queimadura ocular, tendo sido encaminhado para o setor de Medicina Geral e Familiar. (Anexo 1 - Diário Clínico);

- A primeira observação clínica registou-se às 23H14, tendo o utente referido já ter lavado abundantemente o olho no domicílio;

- Nessa observação foi registada a necessidade de observação por Oftalmologia e efetivada a transferência para a Unidade de Vila Real;

- Foi operacionalizado o respetivo transporte;

- Segundo os registos clínicos o Médico de serviço foi o Dr. [MA], Clínico Geral a exercer funções Médico no Serviço de Triagem / Urgência - Unidade de Lamego - integrando o Serviço: Serviço de Urgência Geral / SO - Unidade Hospitalar de Lamego;

- Não há registo de contacto com o Serviço de Urgência Polivalente da Unidade Hospitalar de Vila Real (Anexo 2 - Norma de Procedimento 035 - Transferência de Doentes para Outras Unidades de Saúde-1ª revisão da norma);

- O utente foi admitido administrativamente às 23H44 na Unidade Hospitalar de Vila Real;

- O Médico Oftalmologista de serviço refere "Fui contactado telefonicamente às 23:55 pela Triagem, a informar da sua presença. Dado que a observação de Oftalmologia é feita numa área física diferente do Serviço de Urgência e implica disponibilidade do maqueiro para transporte do doente, bem como do Segurança para

abertura das instalações que se encontravam já fechadas, considerou-se que o doente não seria observado em tempo útil. Certifiquei-me que o tratamento imediato já tinha sido efetuado (lavagem com soro fisiológico) e dei instruções sobre o procedimento a tomar.";

- Às 00H17 de 08/05/2025 foi observado por Clínico que, face à ausência da especialidade de Oftalmologia encaminhou o utente para a Unidade Local de Saúde de Santo António (ULSSA), após contacto prévio com oftalmologia dessa instituição. (Anexo 1 - Diário Clínico (...))" – Negrito e sublinhado nosso. Cfr. Comunicação (e respetivos anexos), datada de 23 de outubro de 2025, remetida pela ULS-TMAD à ERS, documentos que aqui se dão por integralmente reproduzidos para todos os efeitos legais.

10. Efetivamente, em anexo à referida comunicação, a ULS-TMAD remeteu ainda cópia dos seguintes documentos:

➤ *Diário Clínico do utente AG no HL e no HSP, mais precisamente no dia 7 de maio de 2025, importando destacar os seguintes trechos:*

*"(...) **Triagem***

Data/Hora da Triagem: 07/05/2025 23:08:22 (...)

Prioridade Clínica: Muito urgente (Laranja) (...)

Queixa: Refere ter deixado cair no olho dto produto de desentupir canos há 15 minutos (...)

Triador: Enf. [DMC]

Observações médicas

07-Mai-2025 23:14:39 Dr. [MP] / Lamego SU Medicina Geral (...)

Queimadura ocular com Destop turbo – para desentupir canalização

Salto a ambos olhos



Já tem lavado abundantemente no domicílio

Refere dor

Peço avaliação e orientação por oftalmologia.

08-Mai-2025 00:17:25 Dr. [ABRS] / VREAL SU MEDICINA INTERNA

Assumo doente por ausência de especialidade...

Queimadura química com destop.

Faz Lavagem

Contacto colega de oftalmologia do HSA – envio para avaliação (...)

Destino do Doente

Data: 08-Mai-2025 00:28:00

Destino: 9- Outro Hospital HC Geral Sto António

Médico: Dr. [ABRS] (...)

- *Diário Clínico do utente AG no HSP, mais precisamente no dia 12 de maio de 2025, importando destacar os seguintes trechos:*

*“(...) **Triagem***

Data/Hora da Triagem: 12/05/2025 16:26:12 (...)

Prioridade Clínica: Pouco urgente (Verde) (...)

Queixa: Recorre ao SU por ind. Oftalmologia do HSA para reavaliação por oftalmologia. História de queimadura ocular com Destop turbo no olho drto dia 8/05/2025 (...)

Triador: Enf. [BR CB]

Observações médicas

12-Mai-2025 16:45:37 Dr, [ASP] / VREAL SU oftalmologia (...)

Há 5 dias ceratoconjuntivite, em tto e evolução favorável (...)

Destino do Doente

Data: 12-Mai-2025 17:04:00

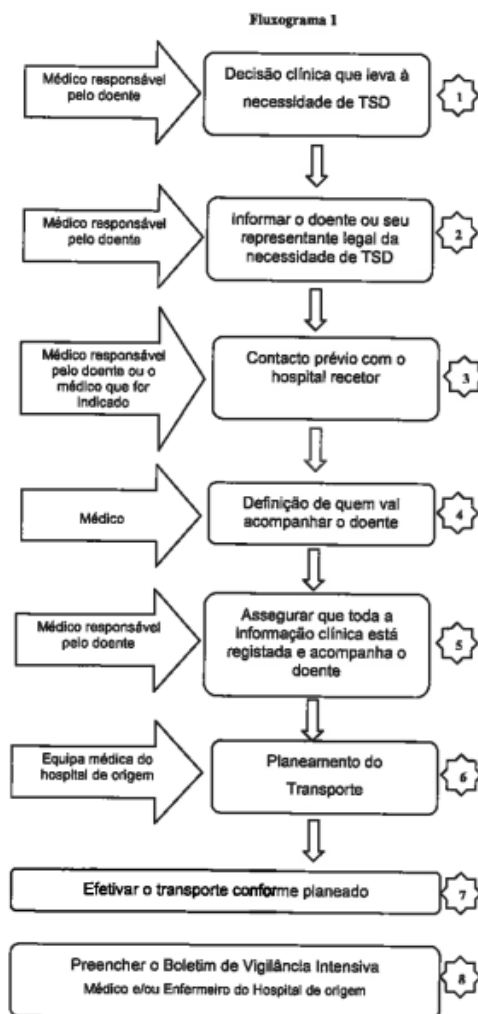
Destino: 5- Exterior NÃO REFERENCIADO

Médico: Dr. [ASP] (...)"

- “Norma de Procedimento 035 -Transferência de Doentes para Outras Unidades de Saúde-1ªrevisão da norma”, na sua redação de março de 2012, e no qual está previsto, para além do mais, o seguinte:

7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

7.1. Procedimentos necessários para transferência de doentes para outras unidades de saúde;



1- Decisão clínica que leva à necessidade de TSD, considerando os benefícios e riscos que tal decisão possa acarretar. O transporte deve ser encarado como uma extensão do hospital que envia, assegurando a estabilidade do doente. Sempre que necessário, em caso de doentes críticos que eventualmente venham a exigir transferência para uma Unidade de Cuidados Intensivos, a responsabilidade de decisão da transferência será de um médico/especialista do SCICI.

2- O doente ou o seu representante legal será obrigatoriamente informado da necessidade de transferência e do local de destino e esses factos devem ficar registados. Perante a recusa de transferência por parte do doente, ou seu representante legal, deverá ser assinado o IMP.CHTMAD.n.º70.00 - Dissentimento/Direito de Recusa.

3- Depois do médico responsável pelo doente ter encontrado o local mais adequado para a transferência (podendo, se assim o entender e a situação clínica o justificar, socorrer-se do CODU), ele ou o médico por ele indicado deve contactar o médico responsável do hospital recetor, para explicitar a situação clínica e os motivos da transferência. Há a obrigatoriedade de preencher o formulário, carta de transferência, existente na aplicação informática em usc na unidade hospitalar, onde constará a hora do contacto, quem estabeleceu o contacto e quem foi o recetor. O Chefe de Equipa/Director do Serviço deve ter conhecimento da transferência, assinando também este formulário.

4-Definição de quem vai acompanhar o doente, da responsabilidade do Chefe de Equipa/Director do Serviço, devendo ser preenchido o IMP.CHTMAD.n.º99.00 - Avaliação para o Transporte Inter-hospitalar, com o índice de transporte proposto, que igualmente estabelece que tipo de transporte será mais adequado e seguro. A utilização do índice de risco do TDC (ver em anexo - Recomendações para o Transporte de Doentes Críticos - 2008, da Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos), permite coligir parâmetros fisiológicos e terapêuticos, aferindo a necessidade de acompanhamento do doente (por enfermeiro ou enfermeiro e médico) e o tipo de transporte a utilizar. Os níveis de vigilância e terapêutica devem ser mantidos durante o transporte. Nas transferências de nível A (ver em anexo - Recomendações para o Transporte de Doentes Críticos - 2008, da Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos), o doente será acompanhado por um tripulante. Deverá ser utilizado como meio de transporte, uma ambulância, que tenha disponível, no mínimo, oxigénio e equipamento básico de suporte de via aérea.

5- Assegurar a existência do registo da informação clínica e dos meios complementares de diagnóstico, os quais não deverão ser diferentes dos que foram sucintamente transmitidos aquando do contacto com o hospital recetor. Esta informação e outra que seja relevante e fundamental para a continuidade de cuidados deverá, obrigatoriamente, acompanhar o doente (carta de transferência).

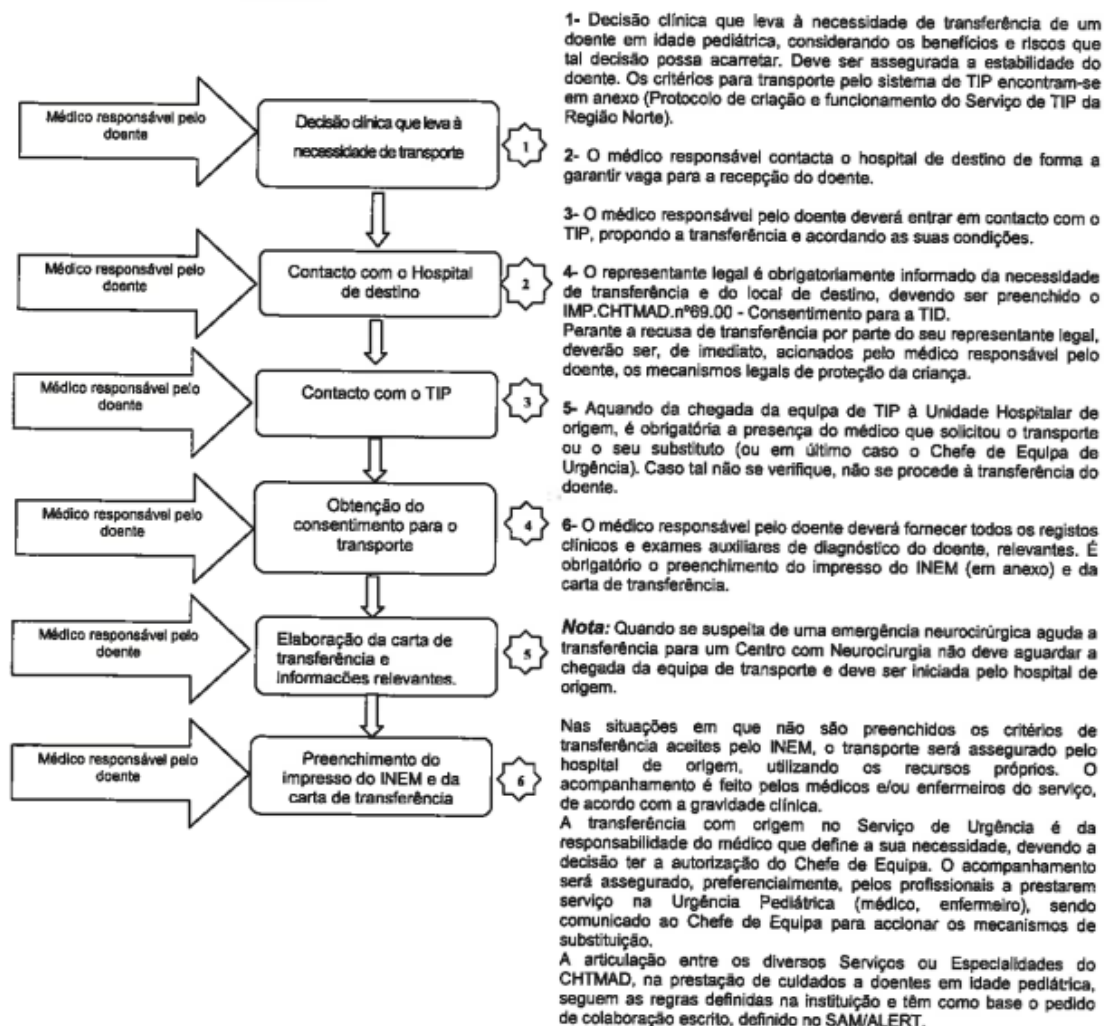
6- Para a decisão e planeamento do transporte, deve ser preenchida a carta de transferência. No caso das transferências efectuadas pelos Serviços de Internamento deve também ser preenchida a Credencial de Transporte (IMP.CHTMAD.n.º100.02 ou na aplicação informática), devidamente completada com indicação clínica e com todas as características preferenciais do transporte a utilizar. O apoio administrativo, fora do horário de funcionamento da Central de Transportes, é assegurado pelo secretariado administrativo do SU.

7- Efetivar o transporte, conforme planeado.

8- Durante a transferência, utilizar e preencher o IMP.CHTMAD.m.º101.02 - Boletim de Vigilância Intensiva, caso haja intercorrências ou alterações da situação clínica do doente nas transferências de nível B e C (ver em anexo - Recomendações para o Transporte de Doentes Críticos - 2008, da Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos). O impresso original do Boletim de Vigilância Intensiva deverá ser entregue no hospital recetor e a cópia posteriormente anexada ao processo clínico do doente do hospital de origem.

7.2. Procedimentos necessários para transferência de todas os doentes em idade pediátrica do Centro Hospitalar para outra Instituição:

Fluxograma 2



–Cfr. Comunicação (e respetivos anexos), datada de 23 de outubro de 2025, remetida pela ULS-TMAD à ERS.

III. DO DIREITO

III.1. Da missão e das atribuições legais da ERS

11. Nos termos do disposto no n.º 1 do artigo 5.º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de Agosto, a ERS “*tem por missão a regulação, nos termos previstos nos presentes estatutos, da atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde*”, sinalizando a alínea b) do n.º 2 do mesmo preceito que as suas

atribuições “*compreendem a supervisão da atividade e funcionamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde no que respeita [à] garantia dos direitos relativos ao acesso aos cuidados de saúde, à prestação de cuidados de saúde de qualidade, bem como dos demais direitos dos utentes*”.

12. O artigo 4.º dos mencionados Estatutos sublinha que a ERS “*exerce funções de regulação, de supervisão e de promoção e defesa da concorrência respeitantes às atividades económicas na área da saúde dos setores privado, público, cooperativo e social*” (n.º1), estando, assim, sujeitos “*à regulação da ERS, no âmbito das suas atribuições e para efeitos dos presentes estatutos, todos os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, do setor público, privado, cooperativo e social, independentemente da sua natureza jurídica, nomeadamente hospitais, clínicas, centros de saúde, consultórios, laboratórios de análises clínicas, equipamentos ou unidades de telemedicina, unidades móveis de saúde e termas*” (n.º 2).
13. Resulta, pois, inequívoco que ULS-TMAD é uma entidade prestadora de cuidados de saúde, inscrita, ademais, no SRER da ERS sob o número de registo acima identificado, encontrando-se, assim, sob a alçada regulatória e de supervisão da ERS.
14. Por outro lado, o artigo 10.º dos aludidos Estatutos define como objetivos da ERS, para além do mais, o de “*assegurar o cumprimento dos critérios de acesso aos cuidados de saúde, nos termos da Constituição e da lei*” (alínea b)), o de “*garantir os direitos e interesses legítimos dos utentes*” (alínea c)) e, bem assim, o de “*zelar pela prestação de cuidados de saúde de qualidade*” (alínea d)).
15. Com efeito, a densificação dos objetivos enunciados nas três alíneas supramencionadas é concretizada nos artigos seguintes dos Estatutos da ERS.
16. Assim, a alínea a) do artigo 12.º dos referidos estatutos estabelece que “[p]ara efeitos do disposto na alínea b) do artigo 10.º incumbe à ERS

[a]ssegurar o direito de acesso universal e equitativo à prestação de cuidados de saúde nos serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde (SNS), nos estabelecimentos publicamente financiados, bem como nos estabelecimentos contratados para a prestação de cuidados no âmbito de sistemas ou subsistemas públicos de saúde ou equiparados”.

17. O artigo seguinte, o 13.º, ressalva que, na prossecução do objetivo enunciado na alínea c) do artigo 10.º dos seus Estatutos, incumbe à ERS, entre outras atribuições, *“[a]preciar as queixas e reclamações dos utentes e monitorizar o seguimento dado pelos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde às mesmas, nos termos do artigo 30.º, garantindo o direito de acesso pela Direção-Geral da Saúde e pela Direção-Geral do Consumidor à informação quanto à natureza, tipologia e volume das causas mais prevalentes de reclamações, bem como proceder ao envio de relatórios periódicos às mesmas entidades”* (alínea a)) e *“[v]erificar o cumprimento da «Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos utentes do Serviço Nacional de Saúde», designada por «Carta dos Direitos de Acesso» por todos os prestadores de cuidados de saúde, nela se incluindo os direitos e deveres inerentes”* (alínea b)).
18. O objetivo traçado na alínea d) do artigo 10.º dos mencionados Estatutos é densificado no artigo 14.º daquele diploma legal, atribuindo à ERS a incumbência de *“[g]arantir o direito dos utentes à prestação de cuidados de saúde de qualidade (...)”* (alínea c)) e de *“[p]ropor e homologar códigos de conduta e manuais de boas práticas dos destinatários atividade objeto de regulação pela ERS”* (alínea d)).
19. Na senda do disposto na alínea d) do artigo 14.º, e em concretização dos seus poderes de supervisão, o artigo 19.º dos referidos Estatutos identifica como incumbências da ERS, entre outras, a de *“[z]elar pela aplicação das leis e regulamentos e demais normas aplicáveis às atividades sujeitas à sua regulação, no âmbito das suas atribuições”* (alínea a)) e *“[e]mitir ordens e instruções, bem como recomendações ou*

advertências individuais, sempre que tal seja necessário, sobre quaisquer matérias relacionadas com os objetivos da sua atividade reguladora, incluindo a imposição de medidas de conduta e a adoção das providências necessárias à reparação dos direitos e interesses legítimos dos utentes” (alínea b)).

20. Finalmente, aos poderes de supervisão supra enunciados, acrescem ainda os poderes sancionatórios consagrados no artigo 22.º dos Estatutos da ERS.

21. Assim, dispõe o n.º 1 do mencionado preceito que “[n]o exercício dos seus poderes sancionatórios relativos a infrações cuja apreciação seja da sua competência, incumbe à ERS desencadear os procedimentos sancionatórios adequados, adotar as necessárias medidas cautelares e aplicar as devidas sanções”, sendo certo que, como sinalizada o n.º 2 deste normativo, “[a]s decisões sancionatórias não dispensam o infrator do cumprimento do dever jurídico ou ordem ou instrução desrespeitada, nem prejudicam o exercício quanto aos mesmos factos dos poderes de supervisão previstos no artigo 19.º”.

22. Ora, com relevância para os presentes autos de inquérito, importa referir que “[c]onstitui contraordenação, punível com coima de (euro) 750 a (euro) 3740,98 ou de (euro) 1000 a (euro) 44 891,81, consoante o infrator seja pessoa singular ou coletiva: [o] desrespeito de norma ou de decisão da ERS que, no exercício dos seus poderes regulamentares, de supervisão ou sancionatórios, determinem qualquer obrigação ou proibição, previstos nos artigos 14.º, 16.º, 17.º, 19.º, 20.º, 22.º e 23.º” (artigo 61.º, n.º 1, alínea b) dos Estatutos da ERS)..

III.2. Da prestação de cuidados de saúde aos utentes dos serviços de saúde

23. Inserido no Capítulo II (“Direitos e deveres sociais”), do Título III (“Direitos e deveres económicos, sociais e culturais”), da Parte I (“Direitos e deveres fundamentais”) da Constituição da República

Portuguesa (CRP), o “*direito à protecção da saúde*”, consagrado no artigo 64.º da CRP, assume-se como um dos pressupostos fundamentais da densificação do princípio da dignidade da pessoa humana (artigo 1.º da CRP) e da “*realização da democracia (...) social*” (artigo 2.º da CRP).

24. Conforme se pode ler no n.º 3 do mencionado preceito constitucional, “[p]ara assegurar o direito à protecção da saúde, incumbe prioritariamente ao Estado (...) [g]arantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação” (alínea a)) e “[d]isciplinar e fiscalizar as formas empresariais e privadas da medicina, articulando-as com o serviço nacional de saúde, por forma a assegurar, nas instituições de saúde públicas e privadas, adequados padrões de eficiência e de qualidade” (alínea d)).

25. Aliás, no mesmo sentido aponta também o legislador ordinário, desde logo na Base 1 da Lei de Bases da Saúde (LBS), aprovada pela Lei n.º 95/2019, de 04 de setembro, onde se esclarece que “[o] direito à protecção da saúde é o direito de todas as pessoas gozarem do melhor estado de saúde físico, mental e social, pressupondo a criação e o desenvolvimento de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam níveis suficientes e saudáveis de vida, de trabalho e de lazer” (n.º 1), pelo que “[...] compreende o acesso, ao longo da vida, à promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde, a cuidados continuados e a cuidados paliativos” (n.º2).

26. Por ser assim, “[o] Estado promove e garante o direito à protecção da saúde através do Serviço Nacional de Saúde (SNS), dos Serviços Regionais de Saúde e de outras instituições públicas, centrais, regionais e locais” (n.º 4 da Base 1).

27. A Base 20, por sua vez, define o SNS como “o conjunto organizado e articulado de estabelecimentos e serviços públicos prestadores de cuidados de saúde, dirigido pelo ministério responsável pela área da

saúde, que efetiva a responsabilidade que cabe ao Estado na proteção da saúde” (n.º1).

28. Assim, constituem traves mestras da atuação do SNS as seguintes notas caraterizadoras: “ [u]niversal, garantindo a prestação de cuidados de saúde a todas as pessoas sem discriminações, em condições de dignidade e de igualdade” (alínea a)); “[g]eral, assegurando os cuidados necessários para a promoção da saúde, prevenção da doença e o tratamento e reabilitação dos doentes” (alínea b)); “[t]endencial gratuidade dos cuidados, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos” (alínea c)); “[i]ntegração de cuidados, salvaguardando que o modelo de prestação garantido pelo SNS está organizado e funciona de forma articulada e em rede” (alínea d)); “[e]quidade, promovendo a correção dos efeitos das desigualdades no acesso aos cuidados, dando particular atenção às necessidades dos grupos vulneráveis” (alínea e)); “[q]ualidade, visando prestações de saúde efetivas, seguras e eficientes, com base na evidência, realizadas de forma humanizada, com correção técnica e atenção à individualidade da pessoa” (alínea f)); “[p]roximidade, garantindo que todo o país dispõe de uma cobertura racional e eficiente de recursos em saúde” (alínea g)); “[s]ustentabilidade financeira, tendo em vista uma utilização efetiva, eficiente e de qualidade dos recursos públicos disponíveis” (alínea h));” “[t]ransparência, assegurando a existência de informação atualizada e clara sobre o funcionamento do SNS” (alínea i)) – Cfr. N.º 2 da Base 20 da LBS.

29. Acrescenta o n.º 1 da Base 21 que “[s]ão beneficiários do SNS todos os cidadãos portugueses”, bem como “os cidadãos, com residência permanente ou em situação de estada ou residência temporárias em Portugal, que sejam nacionais de Estados-Membros da União Europeia ou equiparados, nacionais de países terceiros ou apátridas, requerentes

de proteção internacional e migrantes com ou sem a respetiva situação legalizada, nos termos do regime jurídico aplicável” (n.º 2)¹.

30. Não obstante a responsabilidade primacial atribuída ao Estado na garantia do direito constitucional à proteção da saúde, a verdade é que a efetivação do mesmo se estende a diversos tipos de prestadores de cuidados de saúde, devendo aquele direito ser assegurado pelos prestadores de cuidados de saúde:

- (i) Do SNS, próprios ou convencionados, no caso de todos os cidadãos portugueses e, ainda, de cidadãos estrangeiros, nos termos do regime jurídico aplicável;
- (ii) Próprios, convencionados ou em regime livre de um determinado sistema ou subsistema público de saúde, caso o utente seja beneficiário de tal sistema ou subsistema, e nos termos definidos pelo mesmo;
- (iii) Próprios, convencionados ou em regime livre, ao abrigo de um dado seguro de saúde, caso o utente haja contratado uma tal cobertura do risco de doença, e nos termos acordados com a entidade seguradora;
- (iv) Do setor privado, com ou sem fins lucrativos, mediante contraprestação acordada entre o utente e o concreto prestador, livremente escolhido.

31. Trata-se, pois, de uma solução legislativa de compromisso que, com o objetivo de garantir e efetivar o direito constitucional à proteção na saúde, visa colmatar as eventuais lacunas e limitações (humanas, técnicas e financeiras) existentes nos estabelecimentos públicos de saúde num determinado contexto histórico-temporal.

32. Ora, a ULS-TMAD é uma entidade prestadora de cuidados de saúde integrada no SNS (artigo 3.º, n.º 1, alínea b do novo estatuto do SNS),

¹ No mesmo sentido aponta o artigo 4.º, n.º 1 do novo estatuto do SNS, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto.

pelo que a sua atuação se encontra vinculada àquelas notas caracterizadoras.

III.3. Dos direitos do utente dos serviços de saúde: acesso universal e adequação dos cuidados de saúde

33. Conforme atrás se fez notar, a LBS consagra o princípio do acesso universal dos utentes ao SNS (Base 20, n.º 2, alínea a)), o que decorre, aliás, dos comandos constitucionais previstos no artigo 64.º, n.º 2, alínea a) da CRP.

34. Nas palavras de Gomes Canotilho e de Vital Moreira, “[a] *universalidade confere a todos o direito de recorrer ao SNS sem seletividade nem discriminações (...) o que supõe a adequada cobertura territorial do país com unidades de saúde (...)*”².

35. Por outro lado, estabelece a alínea b) da Base 2 da LBS que “*todas as pessoas têm direito [a] aceder aos cuidados de saúde adequados à sua situação, com prontidão e no tempo considerado clinicamente aceitável, de forma digna, de acordo com a melhor evidência científica disponível e seguindo as boas práticas de qualidade e segurança em saúde*”.

36. Com efeito, o disposto na alínea supratranscrita é paradigmático da relação estreita existente entre o direito à proteção da saúde e o princípio da dignidade da pessoa humana, exigindo-se que aquela proteção seja concretizada de forma digna, o que significa que os respetivos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, os seus profissionais e, bem assim, os equipamentos por aqueles utilizados deverão revelar-se idóneos para proporcionar ao utente, porque colocado numa situação de particular fragilidade e vulnerabilidade, o conforto e o bem-estar exigíveis.

37. Por outro lado, o legislador sinaliza expressamente que uma outra dimensão da dignificação dos cuidados de saúde prestados ao utente

² Canotilho, J.J. Gomes e Moreira, Vital, in Constituição da República Portuguesa Anotada, Volume I, artigos 1.º a 107.º, 4.ª edição revista, Coimbra Editora, 2007, página 827.

decorre, igualmente, da prontidão com que os mesmos lhe são prestados, traduzindo uma preocupação evidente em garantir que, em cada uma das concretas fases do tratamento, aqueles cuidados são prestados num hiato temporal razoável.

38. Finalmente, a referência à adequação dos cuidados de saúde e à necessidade de os mesmos obedecerem quer à evidência científica, quer às boas práticas de qualidade e segurança espelha a preocupação do legislador em assegurar ao utente a correção técnico-científica dos cuidados e tratamentos que lhe são prestados.

39. Note-se que o direito à adequação da prestação dos cuidados de saúde do utente, além dos comandos normativos genéricos consagrados na LBS, encontra, igualmente, guarida na Lei n.º 15/2014, de 21 de março, que estabelece os “*Direitos e Deveres do Utentes dos Serviços de Saúde*”.

40. De facto, o artigo 4.º do mencionado diploma legal estatui expressamente que o utente tem direito a “*a receber, com prontidão ou num período de tempo considerado clinicamente aceitável, consoante os casos, os cuidados de saúde de que necessita*” (n.º 1) e “*à prestação dos cuidados de saúde mais adequados e tecnicamente mais corretos*” (n.º 2).

41. Todavia, o n.º 3 do referido preceito legal acrescenta dois importantíssimos critérios de avaliação da adequação dos cuidados de saúde, sublinhando que estes deverão ser “*prestados humanamente e com respeito pelo utente*”, o que evidencia, uma vez mais, a interligação fortíssima entre o direito à proteção da saúde e o princípio da dignidade da pessoa humana.

42. Em suma, o acesso aos cuidados de saúde, deve ser avaliado, pelo menos, numa quádrupla perspetiva, a saber: económica, geográfica, temporal e qualitativa.

43. Ora, a vertente económica implica que o acesso aos cuidados de saúde não fique dependente das condições económico-financeiras dos

utentes, estando, ao nível do SNS, correlacionada com o princípio da tendencial gratuitidade dos serviços de saúde prestados.

44. De uma outra perspetiva, o acesso aos cuidados de saúde deve ser garantido aos utentes onde quer que vivam, isto é, o acesso dos utentes de determinada região deve ser assegurado em igualdade de circunstâncias, quando comparado com o acesso dos utentes de qualquer outra região do País (vertente geográfica).
45. Já a vertente temporal do direito de acesso surge associada à necessidade de obtenção de cuidados de saúde em tempo útil, por referência à situação clínica dos utentes.
46. Finalmente, numa perspetiva qualitativa, o acesso aos cuidados de saúde deve ser entendido como o acesso aos cuidados que efetivamente são necessários e adequados à satisfação das concretas necessidades dos utentes.

III.4. Da transferência de utentes entre estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde

47. Da experiência regulatória e de supervisão da ERS resulta que parte significativa dos constrangimentos ao direito à adequação da prestação dos cuidados de saúde está relacionada com o processo de transferência inter-hospitalar de utentes, como sucede, aliás, nos casos em apreço nos presentes autos.
48. Por esse motivo, ao abrigo dos poderes de regulamentação da ERS, o seu Conselho de Administração aprovou o Regulamento n.º 964/2020 (doravante Regulamento) - publicado em Diário da República no dia 3 de novembro de 2020 (2.ª Série, n.º 214, páginas 115 a 121) -, que *“estabelece as regras aplicáveis ao processo de transferência de utentes e define os mecanismos organizacionais que possibilitam a coordenação e articulação entre os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde”* (artigo 1.º).

49. Conforme se pode ler no seu preâmbulo, o aludido Regulamento visa *“harmonizar os procedimentos existentes em matéria de transferência de utentes, através da instituição de um conjunto de regras, de cariz imperativo, que estabeleçam uma disciplina geral sobre os princípios, obrigações e boas práticas subjacentes ao processo de transferência de utentes e, bem assim, definir as condições de organização, coordenação e articulação entre os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde”*.
50. Na verdade, *“a opção pela aprovação de um regulamento com eficácia externa [permite] fixar as regras mínimas a observar sempre que ocorre uma transferência de utentes entre estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, conferindo, dessa forma, maior certeza e segurança a todos os intervenientes na sua concretização e, conseqüentemente, maior proteção aos direitos dos utentes”* – Cfr. Preâmbulo do aludido Regulamento.
51. Uma vez que o referido Regulamento já se encontrava em vigor à data dos factos em apreciação *in casu*, justifica-se a sua abordagem autónoma na presente deliberação, tendo em conta a atuação regulatória e de supervisão que, a final, se propõe adotar.
52. Por ser assim, importa fazer referência as regras estabelecidas naquele Regulamento que assumem especial acuidade no caso ora em análise.
53. Em primeiro lugar, importa sublinhar que *“as regras e princípios constantes do [...] regulamento são aplicáveis a todas as transferências físicas de utentes entre estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde dos setores público, privado, cooperativo e social, independentemente da sua natureza jurídica, sempre que as mesmas determinem uma transmissão de responsabilidade, temporária ou definitiva, sobre os cuidados de saúde a prestar, nomeadamente: a) [a]s transferências no decurso da prestação de cuidados de saúde urgentes; b) [a]s transferências no decurso de situações de agudização do estado de saúde de utentes internados; c) [a]s transferências programadas*

para assegurar a continuidade de cuidados numa ótica de proximidade.”
(artigo 2.º, n.º 1 do Regulamento).

54. Em segundo lugar, impõe-se esclarecer que “[a] *decisão de transferência de utentes é um ato médico, devendo ser fundamentada e tomada sempre que se verifiquem pelo menos duas das seguintes situações: a) [a] condição clínica do utente o justifique; b) [d]ecorra de pedido expresso do utente; c) [d]a mesma resulte um benefício para o utente*” (n.º 1 do artigo 7.º do Regulamento).

55. Em concretização do disposto no n.º 1, o n.º 2 daquele artigo 7.º esclarece que “(...) *o estabelecimento de origem deve ponderar: a) [o]s benefícios da transferência para a condição clínica do utente, bem como os riscos associados ao transporte; b) [a]s potencialidades e/ou limitações do estabelecimento de destino, reconhecendo o nível de cuidados e a sua adequação à condição clínica do utente*”.

56. É que, como sinaliza o n.º 3 do artigo 7.º do Regulamento, “[a] *decisão de transferência do utente, a escolha da equipa de acompanhamento e do meio de transporte são da responsabilidade do estabelecimento de origem, devendo ser aptas a garantir a integração, qualidade e continuidade do nível de cuidados de saúde*”.

57. Em suma, como muito bem sintetiza o n.º 2 do artigo 6.º do Regulamento, “[o] *procedimento de transferência de utentes deve ter por base a articulação entre os diversos níveis e tipos de cuidados, numa lógica de complementaridade entre as entidades que integram o sistema de saúde*”.

58. Em terceiro lugar, interessa fazer notar que o mencionado Regulamento procede a uma delimitação clara das obrigações do estabelecimento de origem³ (artigo 4.º) e do estabelecimento de destino⁴ (artigo 5.º).

³ Isto é, “o estabelecimento prestador de cuidados de saúde, do sector público, privado, cooperativo ou social onde é elaborado o primeiro plano de cuidados ao utente perante determinada necessidade concreta de prestação de cuidados de saúde” – Cfr. Alínea c) do artigo 3.º do Regulamento.

⁴ Ou seja, “estabelecimento prestador de cuidados de saúde do sector público, privado, cooperativo ou social para onde é transferido o utente para continuação da prestação de cuidados de saúde” – Cfr. Alínea d) do artigo 3.º do Regulamento.

59. Assim, compete, desde logo, ao estabelecimento de origem “[e]stabelecer um contacto prévio [preferencialmente telefónico] com o responsável do estabelecimento de destino, descrever a situação clínica, expor as razões que motivam a transferência e confirmar a disponibilidade de recursos para receber o utente” – Cfr. Artigos 4.º, alínea b) e 8.º, n.º 1 do Regulamento.
60. Devendo, ademais, “ser devidamente registada no processo clínico do utente a identificação dos responsáveis na origem e no destino, com indicação da data e hora do contacto efetuado nos termos do n.º 1, bem como a identificação do profissional que efetiva o transporte do utente” – Cfr. Artigo 8.º, n.º 2 do Regulamento.
61. Ora, além das razões da transferência, o estabelecimento de origem tem ainda a obrigação de esclarecer, entre outros, o utente e o seu acompanhante, sobre os termos em que a continuidade da prestação de cuidados de saúde fica garantida no estabelecimento de destino – Cfr. Artigo 12.º, n.º 1 do Regulamento.
62. Para efeitos de operacionalização da transferência, o estabelecimento de origem, sempre que possível antes de a mesma ser concretizada, deverá obrigatoriamente comunicar, entre outros, ao utente e ao acompanhante, através de contacto pessoal ou telefónico, a necessidade daquela transferência e a identificação do estabelecimento de destino, devendo todas estas comunicações ficar registadas no processo clínico do utente – Cfr. Artigo 12.º, n.º 2 e 3 do Regulamento.
63. Compete, ademais, ao estabelecimento de origem “c) [g]arantir a preparação atempada do processo de transferência e supervisionar o envio do relatório clínico do utente, devidamente instruído, para o estabelecimento de destino, incluindo imagem em registo digital; d) [t]ransferir o utente para outro estabelecimento prestador de cuidados de saúde, com a respetiva carta de acompanhamento⁵ da transferência,

⁵Quer dizer, “o documento onde consta a ordem de transferência do utente, o motivo subjacente à transferência, a informação relativa à situação clínica do utente (incluindo, quando aplicável, informação quanto à existência de infeção hospitalar), o estabelecimento de destino, o ponto de contacto no estabelecimento de destino responsável pela aceitação da transferência, o tipo de

a qual deve incluir toda a informação clínica necessária à garantia da continuidade dos cuidados, nomeadamente sobre a existência de fatores de risco acrescido e, quando aplicável, sobre a necessidade de acompanhamento especial do utente, que permita ao estabelecimento de destino adotar as medidas necessárias e adequadas à salvaguarda da qualidade e segurança na prestação de cuidados de saúde; e) [a] coordenação e a responsabilidade operacional pela transferência do utente, incluindo a garantia de transporte que permita a sua concretização; f) [a] assegurar a disponibilidade de meios de transporte adequados à efetivação da transferência, em tempo útil e adequado a garantir a integração, continuidade e qualidade dos cuidados de saúde prestados, e que o transporte se faça com utilização dos recursos humanos e materiais necessários (...) – Cfr. Artigos 4.º, alíneas c) a f) e 11.º do Regulamento.

64. Por ser assim, o estabelecimento de origem, além do planeamento do transporte de acordo com o estado clínico do utente, devem, ainda, “(...) *garantir, em permanência, a disponibilidade de meios de transporte adequados à efetivação da transferência, incluindo equipa de acompanhamento adequada à situação clínica do utente, de modo a não colocar em causa o acesso em tempo útil, a integração, a continuidade e o nível e qualidade dos cuidados de saúde prestados, devendo igualmente ser salvaguardada a dignidade dos utentes, designadamente daqueles em situações de maior vulnerabilidade, cuja condição clínica não se compadeça com elevados tempos de espera*” – Cfr. Artigo 9.º, n.ºs 1 e 4 do Regulamento.

65. O transporte do utente fica, pois, “(...) *a cargo da equipa de transporte, cuja responsabilidade técnica e legal só cessa no momento de entrega do utente ao responsável clínico do estabelecimento de destino*” – Cfr. Artigo 9.º, n.º 5 do Regulamento.

transporte, a designação do pessoal e equipamentos necessários, as terapêuticas que devam ser asseguradas durante o transporte e a identificação do responsável no estabelecimento de origem” – Cfr. Alínea a) do artigo 3.º do Regulamento.

66. Adverte, contudo, o artigo 10.º que “[s]empre que o utente, o seu representante legal ou procurador de saúde, por qualquer razão, recuse o transporte e entenda deslocar-se em viatura própria, deve ser preenchido e assinado um Termo de Responsabilidade de Recusa de Transporte, que deverá ficar registado no processo clínico do utente” (n.º 1), sendo que, nestes casos, “o Termo de Responsabilidade de Recusa de Transporte deverá prever a possibilidade de ficar registado que a mesma foi uma opção do utente em virtude da indisponibilidade imediata de meios para efetivação do transporte” (n.º 2).
67. Além disso, nestas situações o estabelecimento de origem deve, por um lado, “dar prévio conhecimento ao estabelecimento de destino, através de contacto direto, da recusa de transporte pelo utente e da deslocação do mesmo em viatura própria” (n.º 3) e, por outro, “garantir que o utente se faça acompanhar da carta de acompanhamento da transferência, que contenha a informação clínica necessária à garantia da continuidade dos cuidados” (n.º 4).
68. Por seu turno, ao estabelecimento de destino compete: “a) [r]eceptar o utente de acordo com o que tiver ficado estabelecido no contacto prévio com o responsável do estabelecimento de origem, efetuado nos termos do disposto no artigo 8.º; b) [a]bster -se de adotar qualquer comportamento que dificulte o regular funcionamento das redes de referência hospitalar instituídas no âmbito do SNS; c) [g]arantir, em tempo útil, a continuidade e nível dos cuidados de saúde necessários e adequados à situação específica do utente; d) [a]ssegurar a disponibilidade de condições físicas, técnicas e humanas à prestação dos cuidados de saúde de que o utente necessite.” – Cfr. Artigo 5.º do Regulamento.
69. Noutra ordem de considerações, o n.º 1 do artigo 6.º esclarece que “[a] transferência de utentes entre estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde do setor público e/ou a transferência de utentes de estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde dos setores

privado, cooperativo ou social para o setor público deve obedecer às regras e estrutura das redes de referência legalmente constituídas”.

70. Não obstante, “[n]a falta de capacidade de resposta do estabelecimento de referência, a responsabilidade pela procura de vaga adequada à efetivação da transferência será do estabelecimento de origem, salvaguardando-se as competências atribuídas ao Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) do Instituto Nacional de Emergência Médica, I. P. (INEM), em matéria de referência secundária de doentes urgentes e ou emergentes, nos termos do disposto no Despacho n.º 14041/2012, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 209, de 29 de outubro de 2012” (n.º 3).

71. Uma nota final para sublinhar que, como adverte o artigo 13.º do Regulamento, “[a] violação do disposto no presente regulamento é sancionável nos termos da alínea b) do n.º 1 do artigo 61.º, ex vi do artigo 17.º, ambos dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto – Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto”.

IV. Da análise da situação concreta

72. Na sequência das diligências de averiguação encetadas e, bem assim, da análise atenta e rigorosa dos elementos carreados para os presentes autos, logrou-se apurar, em síntese, o seguinte:

- a) No dia 7 de maio de 2025, pelas 23h05min, o utente AG recorreu ao Serviço de Urgência Básica (SUB) do HL, apresentando problemas oftalmológicos, com dor severa, por queimadura ocular;
- b) Às 23h08min do mesmo dia, a enfermeira DMC – que se encontrava, à data, ao serviço e sob as ordens e instruções do HL – procedeu à triagem do utente AG, atribuindo-lhe a prioridade clínica muito urgente (laranja);

- c) Seguidamente, mais precisamente às 23h14min, o utente AG foi observado pela Dra. MP, médica da especialidade de medicina geral que, à data, se encontrava ao serviço e sob as ordens e instruções do HL;
- d) Tendo em conta a avaliação realizada e, bem assim, a condição clínica de AG, a Dra. MP procedeu à transferência do utente para o HSP, no sentido ser de aí ser reavaliado e seguido na especialidade de oftalmologia;
- e) No entanto, para efeitos de concretização da aludida transferência inter-hospitalar, o HL, por intermédio da Dra. MP e/ou de qualquer outro profissional que se encontrasse, à data, ao seu serviço, não:
- Contactou previamente o HSP, no sentido de descrever a situação clínica de AG, expor as razões que motivavam a transferência e confirmar a disponibilidade de recursos, nomeadamente da especialidade de oftalmologia, para receber o utente;
 - Registou no processo clínico de AG a identificação do responsável pela transferência no hospital de destino, HSP, com indicação da data e hora do contacto efetuado, nem a identificação do profissional que efetiva o transporte do utente.
- f) Posteriormente, mais precisamente às 23h44min do aludido dia 7 de maio de 2025, AG deu entrada no HSP, sendo triado às 23h55min;
- g) Uma vez que, no HSP, a observação de Oftalmologia é feita numa área física diferente do Serviço de Urgência e implica disponibilidade do maqueiro para transporte do doente, bem como do Segurança para abertura das instalações que se encontravam já fechadas, o Dr. PP – médico da especialidade de oftalmologia que, à data, se encontrava ao serviço e sob as

ordens e instruções do HSP - considerou que o doente não seria observado em tempo útil, dado que o turno daquele médico terminava às 23h59min do 7 de maio de 2025;

- h) Neste seguimento, pelas 00h17min do dia 8 maio de 2025, AG foi observado pela Dra. ABRS – médica da especialidade de medicina interna que, à data, se encontrava ao serviço e sob as ordens e instruções do HSP -, que assumiu o utente, dada a inexistência de médico especialista em oftalmologia que o fizesse;
- i) Após observação do paciente, a Dra. ABRS, mediante contacto prévio com o Hospital de Santo António, procedeu à transferência de AG para a referida unidade hospitalar, no sentido de aí ser reavaliado e seguido na especialidade de oftalmologia;
- j) No dia 12 de maio de 2025, AG foi reavaliado no HSP, mais precisamente pelo Dr. ASP – médico da especialidade de oftalmologia que, à data, se encontrava ao serviço e sob as ordens e instruções daquela unidade hospitalar -, que atribuiu alta ao paciente.

73. Conforme resulta do elenco de factos provados, a situação em apreço reconduz-se, grosso modo, à problemática das transferências inter-hospitalares, razão pela qual será necessária chamar à colação do disposto no Regulamento da ERS n.º 964/2020, de 3 de novembro.

74. Na verdade, não subsistem dúvidas de que se trata de uma transferência (do HL para o HSP) no decurso da prestação de cuidados de saúde urgentes - como atesta, aliás, a prioridade clínica atribuída a AG no processo de triagem efetuado nos hospitais de origem e de destino (artigo 2.º, n.º 1 daquele Regulamento) – e que a decisão dessa transferência foi um ato médico da responsabilidade de um profissional ao serviço e sob as ordens e instruções do HL (artigo 7.º, n.º 1 do mesmo diploma legal), no caso a Dra. MP.

75. Dito isto, conforme resulta da alínea e) dos factos apurados, é inequívoco que, neste processo de transferência, o HL incumpriu duas obrigações fundamentais que sobre si impendiam enquanto hospital de origem.
76. Por um lado, o HL não contactou previamente o HSP no sentido de descrever a situação clínica de AG, expor as razões que motivavam a transferência e confirmar a disponibilidade de recursos, nomeadamente da especialidade de oftalmologia, para receber o utente, o que configura uma violação do disposto nos artigos 4.º, alínea b) e 8.º, n.º 1 do Regulamento da ERS n.º 964/2020, de 3 de novembro.
77. Por outro lado, e por maioria de razão, o hospital de origem não registou no processo clínico de AG a identificação do responsável pela transferência no hospital de destino, HSP, com indicação da data e hora do contacto efetuado entre ambos, bem como a identificação do profissional que iria efetivar o transporte do utente.
78. Deste modo, ao atuar nos termos descritos, o HL infringiu o disposto no artigo 8.º, n.º 2 daquele Regulamento da ERS.
79. Em síntese, ao incumprir as obrigações que sobre si impendiam enquanto estabelecimento de origem, o HL não garantiu a continuidade da prestação de cuidados de saúde a AG, conforme era direito do mencionado utente (Base 2, alínea b) e artigo 4.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março), estabelecendo mesmo uma quebra no nível assistencial assegurado.
80. Não obstante, da análise dos procedimentos internos do HL sobre transferências hospitalares, verifica-se que o disposto no Regulamento da ERS n.º 964/2020, de 3 de novembro se encontra, grosso modo, ali contemplado.
81. Ainda assim, considerando a factualidade apurada na situação em apreço, entende-se que se justifica a emissão da instrução com o teor adiante reproduzido, no intuito de se garantir que os referidos

procedimentos são do conhecimento dos seus profissionais e por eles efetivamente cumpridos.

82. Ademais, considerando que, nos termos do disposto no artigo 13.º do Regulamento da ERS n.º 964/2020, de 3 de novembro, a *“violação do disposto no presente regulamento é sancionável nos termos da alínea b) do n.º 1 do artigo 61.º, ex vi do artigo 17.º, ambos dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto”*, deverá ser determinada, a final, a abertura do respetivo processo de contraordenação contra a ULS-TMAS, entidade responsável pelo HL.

V. DA AUDIÊNCIA DE INTERESSADOS

83. A presente deliberação foi precedida de audiência escrita dos interessados, nos termos e para os efeitos do disposto no n.º 1 do artigo 122.º do Código do Procedimento Administrativo, aplicável *ex vi* do artigo 24.º dos Estatutos da ERS, tendo para o efeito sido chamados a pronunciar-se, relativamente ao projeto de deliberação da ERS, a ULS-TMAD e o reclamante AG.

84. Todavia, decorrido o prazo legal concedido para o efeito, somente a ULS-TMAD se pronunciou sobre o mencionado projeto de deliberação, o que fez nos seguintes termos:

“(…) Na sequência da notificação recebida, referente ao projeto de deliberação da Entidade Reguladora da Saúde (ERS), emitido no âmbito do processo de inquérito n.º ERS/061/2025, vimos por este meio acusar a receção do referido projeto, datado de 04/12/2025, e comunicar a posição da Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E. (ULS TMAD).

Após análise detalhada do conteúdo do projeto de deliberação, a ULS TMAD aceita integralmente as decisões e instruções constantes do mesmo, comprometendo-se a dar cumprimento às determinações da ERS.

A ULSTMAD reafirma o seu compromisso com a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados e com o rigor no cumprimento das normas regulatórias, colocando-se à disposição para quaisquer esclarecimentos adicionais que se revelem necessários. (...) – Cfr. Pronúncia escrita apresentada pela ULS-TMAD, documento que aqui se dá por integralmente reproduzido para todos os efeitos legais.

85. Neste sentido, considerando que, em sede audiência dos interessados, não foram trazidos ao conhecimento da ERS quaisquer factos capazes de infirmar ou alterar o sentido do projeto de deliberação da ERS, deve o seu conteúdo ser mantido na íntegra

VI. DECISÃO

86. Tudo visto e ponderado, propõe-se ao Conselho de Administração da ERS, nos termos e para os efeitos do preceituado nas alíneas a) e b) do artigo 19.º, no n.º 2 do artigo 22.º e na alínea a) do artigo 24.º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, emitir uma instrução à Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro, E. P. E.:

- (i) Garantir, em permanência, que, no decurso de um processo de transferência inter-hospitalar, são respeitados os direitos e interesses legítimos dos utentes, nomeadamente o de aceder a cuidados de adequados, num período de tempo clinicamente aceitável e sem quebras do nível assistencial, em conformidade com o estabelecido na Base 2, n.º 1, alínea b) da Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, no artigo 4.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março e no Regulamento da ERS n.º 964/2020, de 3 de novembro;
- (ii) Assegurar que a “*Norma de Procedimento 035 -Transferência de Doentes para Outras Unidades de Saúde-1ªrevisão da norma*” é do conhecimento dos seus profissionais e por eles efetivamente cumprida, logrando assim a divulgação de padrões de qualidade

dos cuidados, de recomendações e de boas práticas, com vista à formação e informação dos profissionais de saúde intervenientes;

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

87.A instrução emitida constitui decisão da ERS, sendo que a alínea b) do n.º 1 do artigo 61.º dos respetivos Estatutos configura como contraordenação punível, *in casu* com coima de 1 000,00 EUR a 44 891,81 EUR, “[...] *o desrespeito de norma ou de decisão da ERS que, no exercício dos seus poderes regulamentares, de supervisão ou sancionatórios determinem qualquer obrigação ou proibição, previstos nos artigos 14.º, 16.º, 17.º, 19.º, 20.º, 22.º, 23.º.*”

88.A presente deliberação será publicada no sítio oficial da ERS na Internet.

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

Porto, 15 de janeiro de 2026

© Entidade Reguladora da Saúde, Porto, Portugal, 2026

A reprodução de partes do conteúdo deste documento é autorizada, exceto para fins comerciais, desde que mencionando a ERS como autora, o título do documento, o ano de publicação e a referência “Porto, Portugal”.

Na execução deste documento foi atendida a privacidade dos titulares de dados pessoais. O tratamento destes dados cumpriu as normas relativas à sua proteção, nomeadamente as constantes do Regulamento Geral de Proteção de dados (RGPD).



Rua S. João de Brito, 621 L32
4100-455 PORTO - Portugal
T +351 222 092 350
geral@ers.pt
www.ers.pt

