

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

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

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

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

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

Visto o processo registado sob o n.º ERS/007/2017;

I. DO PROCESSO

I.1. Origem do processo

1. A Entidade Reguladora da Saúde (ERS) tomou conhecimento de uma reclamação, subscrita por VRN, em 16 de março de 2016, sobre o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E. (CHUC), entidade registada no Sistema de Registo de Entidades Reguladas (SRER) da ERS sob o n.º 21486, que versa sobre o, alegado, incumprimento dos tempos máximos de resposta garantidos para cirurgia, uma vez que a utente LRN, sua filha, se encontrava inscrita em LIC desde 1 de abril de 2014, não tendo sido, à data, marcada a intervenção cirúrgica necessária, para escoliose da coluna.

2. No decurso dos autos do processo de avaliação registado sob o n.º AV/088/2016, o CHUC veio aos autos juntar informação sobre a LIC para a cirurgia em causa, tendo-se constatado que se encontravam 70 utentes inscritos em LIC, encontrando-se o TMRG já ultrapassado para 23 desses utentes, tendo sido apenas emitidos 14 vales cirúrgicos.
3. Nessa sequência e considerando a necessidade de uma análise mais aprofundada dos factos alegados, o Conselho de Administração, por despacho de 26 de janeiro de 2017, ordenou a abertura de processo de inquérito registado sob o n.º ERS/007/2017.

I.2 Diligências

4. No âmbito da investigação desenvolvida pela ERS, realizaram-se, entre outras, as diligências consubstanciadas em:
 - (i) Pesquisa no Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados (SRER) da ERS onde se constatou que o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E. (CHUC), se encontra registado no Sistema de Registo de Entidades Reguladas (SRER) da ERS sob o n.º 21486;
 - (ii) Pedido de elementos ao CHUC, em 6 de junho de 2016 e análise da respetiva resposta em 1 de julho de 2016;
 - iii) Pedido de informação ao CHUC em 25 de julho 2016 e análise da respetiva resposta em 8 de agosto de 2016;
 - iv) Pedido de informação à reclamante em 12 de agosto de 2016 e 15 de setembro de 2016, os ofícios foram devolvidos com a menção “*Não atendeu*” e “*Objeto não reclamado.*”;
 - v) Memorando telefónico 1/2016_AV/088/2016, de 13 de outubro de 2016;
 - vi) Pedido de elementos adicionais ao CHUC em 7 de dezembro de 2016 e análise da respetiva resposta em 16 de janeiro de 2017;
 - vii) Notificação de abertura de processo de inquérito ao CHUC em 17 de fevereiro de 2017;
 - (viii) Pedido de elementos ao Unidade Regional de Gestão de Inscritos para Cirurgia do Centro (URGIC), em 5 de abril de 2017 e análise da respetiva resposta de 27 de abril de 2017.

II. DOS FACTOS

II.1. Dos factos

II.1.1. Da reclamação

5. Tal como trazida ao conhecimento da ERS, a reclamação refere o seguinte:

“[...] Venho por este meio expressar a minha indignação perante o tempo de espera para cirurgia (especialidade ortopedia) que a minha filha necessita dada a sua condição médica. A [utente] entrou na lista de inscritos para cirurgia (LIC) a 1 de abril de 2014 e até ao momento ainda não foi intervencionada. [...] Tenho tentado verificar a posição da [utente] na LIC [...] em Agosto de 2015 apresentava a [utente] em 7º lugar da LIC e que o tempo de espera previsível seria de aproximadamente 2 semanas. No entanto, desde esta data já passaram 25 semanas sem que a [utente] tivesse sido convocada para cirurgia [...]”.

6. Em resposta à reclamação, veio o CHUC prestar os seguintes esclarecimentos:

“[...] Comprova-se a natureza complexa e raríssima desta escoliose congénita. [...] A classificação da prioridade atribuída sustentada exclusivamente em elementos do foro clínico e portanto nada influenciada por fatores de funcionalidade interna do Hospital que está aberto à resolução do problema clínico da forma mais adequada. Mais se esclarece que o tratamento das escolioses congénitas tem ultimamente sofrido algumas alterações e as soluções cirúrgicas tem-se modificado. Perante algumas dúvidas no melhor procedimento para a sua filha, temos recorrido à opinião de especialistas estrangeiros, na procura da melhor solução possível. [...]”.

II.2. Do pedido de informação ao CHUC

7. Considerando a necessidade de carrear outros elementos para os autos, foi solicitado ao CHUC, por ofício datado de 6 de junho de 2016, que prestasse a seguinte informação:

“[...]”

- 1. Pronunciem-se, querendo, sobre todo o teor da exposição remetida à ERS;*
- 2. Pronunciem-se sobre os procedimentos adotados relativamente à situação da utente LRN, para garantia de tratamento dentro do tempo máximo de espera*

garantido por nível de prioridade, por patologia ou por grupo de patologias, e em cumprimento das regras aplicáveis ao SIGIC;

3. Descrição pormenorizada das etapas percorridas pelo utente com indicação das datas (i) da(s) consulta(s) de especialidade realizada(s), (ii) da decisão clínica de procedimento cirúrgico, (iii) da proposta cirúrgica, (iv) da inscrição da utente em LIC, (v) estado da inscrição na LIC, bem como os motivos apresentados para a pendência/suspensão da inscrição; (vi) da eventual emissão de “vale cirurgia”, com envio dos respetivos documentos de suporte, designadamente do relatório disponibilizado no SGLIC;

4. Sobre os procedimentos seguidos para garantia de prestação de informação atempada e completa ao utente in casu, tal como supra enunciado.

5. Procedam ao envio de quaisquer esclarecimentos complementares julgados necessários e relevantes à análise do caso concreto. [...]”

8. Por ofício rececionado em 1 de julho de 2016, o prestador veio aos autos prestar os seguintes esclarecimentos, nomeadamente juntando a resposta do médico assistente da utente, que para o que ao presente processo importa, se passa a transcrever:

“[...] A cirurgia de escoliose como também as restantes deformidades da coluna pediátrica é reconhecidamente uma cirurgia complexa, muito demorada e com riscos muito importantes para o doente, nomeadamente de ficar paraplégico.

Devido a várias condicionantes só é possível realizar 1 cirurgia de escoliose por cada dia cirúrgico, sendo que este dia que se inicia às 8h e se prolonga até às 18 ou 20 horas.

Para se realizar a cirurgia de escoliose/deformidade da coluna é necessário que o doente tenha condições anestésicas, que esteja assegurado um tempo de bloco cirúrgico completo, ou seja, até às 18 ou 20 horas, que haja vaga nos cuidados intensivos, e também que esteja assegurado a monitorização com potenciais motores evocados.

Qualquer destas condições, caso não esteja presente implicará o cancelamento do doente com o risco do tempo cirúrgico ficar por ocupar ou então não ser possível programar uma escoliose se atempadamente soubermos que uma destas condições não poderá ser satisfeita. Portanto se não houver anestesista, equipa cirúrgica completa (são muito poucos os cirurgiões diferenciados nesta área) ou pessoal de enfermagem para assegurar um tempo cirúrgico completo não podemos programar uma escoliose, o que acontece com alguma frequência principalmente nos períodos

de férias de verão ou de férias escolares, bem como nos restantes períodos ditos normais.

A lista de espera de escoliose neste momento tem 63 doentes em lista, o serviço só consegue fazer cerca de 40 cirurgias/ano. Semanalmente entram mais doentes para a lista de espera do que aqueles que são operados, portanto existem doentes que podem ter que esperar alguns anos pela cirurgia. É a equipa cirúrgica que vai avaliando os doentes em espera e que vai dando as prioridades que acharem existirem, ou alterar as prioridades pelas condicionantes já atrás referidas. Sabemos que não é um sistema perfeito mas é o possível.

Diariamente o serviço é bombardeado com telefonemas de pais preocupados com o tempo de demora da cirurgia.

Mas não temos possibilidade de atender a todos os casos.

Pensamos que a solução do tempo de espera passaria pelo aumento dos tempos cirúrgicos e pelo aumento das equipas médicas e de enfermagem.

Quanto à utente em causa, LRN, é uma escoliose que nos levanta algumas preocupações como muitas das outras escolioses que temos em lista de espera. Foi já operada em 7-12-2011, fez uma epifisiodesse da convexidade para ver se a escoliose melhorava com o crescimento. Tem sido seguida regularmente em consulta para monitorização da sua escoliose, com a periodicidade de 6 meses, como é hábito nas escolioses. Na consulta de 1-4-2014, discutiu-se a necessidade cirúrgica e foi colocada em LIC. Entretanto, enquanto aguardava pela cirurgia, monitorizava-se a escoliose (se melhorava ou agravava) e o cirurgião ia aproveitando os congressos e reuniões para discutir com outros colegas na melhor opção cirúrgica para a doente em causa.

O tempo de espera cirúrgico não é invulgar para a cirurgia em causa. As últimas consultas foram a 1-4-2014, 2-10-2014, 7-4-2015, 5-11-2015.

A última consulta foi dia 21/6/2016, nesta consulta externa explicou-se à mãe a nossa proposta de tratamento.

Brevemente será chamada para iniciar o tratamento, quando estiver disponível o sistema para tração halogravitacional, que presentemente está a ser utilizada num doente internado. [...]"

9. Em face dos elementos carreados para os autos, foi solicitado ainda ao prestador, por ofício de 25 de julho de 2016, o seguinte:

"[...]"

1. *Informem, com envio de documento comprovativo, se a cirurgia da utente LRN já foi agendada e, em caso afirmativo, para que data;*

2. *Em caso negativo, e atendendo à obrigação de prestação de cuidados de saúde em tempo útil e clinicamente adequado à condição de saúde dos utentes, bem como do direito do utente a ser informado sobre o tempo máximo de resposta garantido para prestação dos cuidados de que necessita, solicita-se que no prazo de **10 (dez) dias úteis**, venham informar a ERS da data de marcação da cirurgia solicitada – em serviço interno ou através de recurso a entidades subcontratadas externamente-, bem como comprovativo da prestação da referida informação à utente LRN.*

3. *Procedam ao envio de quaisquer esclarecimentos complementares julgados necessários e relevantes à análise do caso concreto. [...] “*

10. Por ofício datado de 8 de agosto de 2016, veio o prestador informar o seguinte:

“[...] Informa-se que [...] LRN, já se encontra internada para tração halo-gravitacional prévia à cirurgia. [...]”.

11. Assim, por ofício de 12 de agosto de 2016 e de 15 de setembro de 2016, foi solicitado à reclamante que viesse aos autos esclarecer o seguinte:

“[...]”

1. Informe se se confirmam os esclarecimentos prestados pelo CHUC;

2. Informe se a cirurgia necessária foi já realizada; e em caso negativo, informe se a cirurgia já se encontra marcada e para que data;

3. Proceda ao envio de quaisquer esclarecimentos complementares julgados necessários e relevantes à análise do caso concreto. [...]”.

12. Os dois ofícios foram, no entanto, devolvidos com a menção “Não atendeu” e “Objeto não reclamado”.

13. Em 13 de outubro de 2016, foi o CHUC contactado telefonicamente, tendo informado que a utente foi operada a 28 de setembro de 2016, tendo tido alta em 10 de outubro de 2016.

14. Ainda, tendo em conta a informação prestada pelo CHUC que “A lista de espera de escoliose neste momento tem 63 doentes em lista, o serviço só consegue fazer cerca de 40 cirurgias/ano. Semanalmente entram mais doentes para a lista de espera do que aqueles que são operados, portanto existem doentes que podem ter que esperar alguns anos pela cirurgia”, solicitou-se ao prestador os seguintes esclarecimentos:

“[...]”

1. *Pronunciem-se, querendo, sobre a situação referida supra;*
2. *Considerando a informação prestada [...] remetam informação, acompanhada de cópia de toda a documentação relevante, sobre o número de utentes atualmente inscritos em LIC para a cirurgia em causa, com indicação da data de inscrição para realização de cirurgia, nível de prioridade atribuído e data de agendamento da mesma;*
3. *Procedam ao envio de quaisquer esclarecimentos complementares julgados necessários e relevantes à análise do caso concreto. [...]*”.

15. Por ofício rececionado em 16 de janeiro de 2017, o CHUC veio aos autos juntar informação sobre LIC para a cirurgia em causa, tendo-se constatado que:
- a) se encontram 70 utentes inscritos em LIC;
 - b) o TMRG já se encontra ultrapassado para 23 utentes;
 - c) foram emitidos 14 vales cirúrgicos.

II.3. Do pedido de informação à URGIC

16. Considerando a necessidade de carrear informação sobre o estado dos processos em causa, foi solicitado em 5 de abril de 2017, à URGIC, que prestasse as seguintes informações:

“[...]”

1. *Pronunciem-se sobre a informação prestada pelo CHUC e forneçam esclarecimentos adicionais que entendam relevantes;*
2. *Pronunciem-se de forma atualizada sobre a situação de inscrição dos utentes constantes da listagem enviada pelo CHUC, designadamente informando se aos mesmos foi emitido vale cirurgia, data e local da realização da respetiva cirurgia.*
3. *Indicação sobre se a situação relatada era já do conhecimento de V. Exas., com indicação das comunicações trocadas com o CHUC, acompanhado do respetivo suporte documental;*
4. *Indicação das eventuais medidas em ordem à resolução/mitigação da situação, acompanhado do respetivo suporte documental;*
5. *Esclarecimentos complementares julgados necessários e relevantes à análise do caso concreto. [...]*”

17. Em 5 de abril de 2017, a URGIC veio aos autos prestar a seguinte informação:

"[...] 1. Compreendemos as justificações apresentadas pelo CHUC, para os doentes em causa. Não temos capacidade técnica para aferir sobre se o actual quadro de pessoal médico com as especialidades referidas, é suficiente para que os casos em análise pudessem ser respondidos mais atempadamente.

2. Dos cinquenta e seis doentes constantes da LIC de escoliose da coluna do CHUC (quadro anexo), constata-se que à data de 19 de Abril passado, a situação era a seguinte:

- a. Já tinham sido intervencionados quinze utente;*
- b. Um encontrava-se agendado para realização da cirurgia em 26 de Abril;*
- c. Seis utentes encontravam-se na situação de "intransferível", não lhes permitindo assim receber Vale Cirurgia (VC);*
- d. Todos os doentes intervencionados realizaram a cirurgia no CHUC;*
- e. Apenas uma utente recebeu e devolveu três Vales Cirurgia.*

3. A situação relatada não era do conhecimento desta URGIC. Embora a URGIC analise mensalmente a lista de inscritos para cirurgia das várias instituições da região, esta análise é feita por unidade nosológica, não descendo ao nível da patologia.

4. Não existindo capacidade interna no CHUC, para a resolução desta LIC, a alternativa residiria na transferência destes doentes para entidades convencionadas, através da emissão de VC. Porém verificamos que apenas uma utente recebeu VC. Questionamos a Unidade Central de Gestão das Listas de Espera para Cirurgia (UCGIC) sobre o motivo dos restantes doentes não terem também recebido VC, aguardando uma resposta até ao momento. No entanto, parece-nos não ser esta a alternativa adequada à situação em análise, pois como podemos constatar os VC não foram utilizados e a utente manteve-se na LIC do CHUC. Conforme o próprio CHUC refere são situações complicadas de resolução apenas naquele CH, ou noutras instituições que disponham de "equipa treinada na cirurgia de deformidades da coluna em crianças, Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos e equipa multidisciplinar que inclua pneumologistas pediátricos, cardiologistas pediátricos, anestesistas pediátricos, intensivistas pediátricos", condições estas que não existem nas entidades convencionadas. Parece-nos que uma alternativa residiria na transferência desta LIC, ou parte dela para outras instituições do SNS em que existam as condições referidas, a saber.

- a. Hospital D. Estefânia do Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE*

b. Hospital St.º Maria do Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE

c. Hospital Especializado de Crianças de Maria Pia do Centro Hospitalar do Porto, EPE

No entanto, esta opção tem que ser acordada entre os hospitais - CHUC e o que eventualmente aceitasse estes utentes na sua LIC, sem perda de prioridade e sempre com a aceitação do utente. Para todos os efeitos os utentes que aceitassem esta transferência, deixavam de ter como hospital de referência, o CHUC e passariam a ser utentes da nova instituição. [...]

III. DO DIREITO

III.1 Das atribuições e competências da ERS

18. De acordo com o n.º 1 do artigo 5.º dos Estatutos da ERS, esta tem por missão “[...] a *regulação da atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde.*”
19. Ainda, de acordo com o disposto no n.º 2 do artigo 5.º dos seus Estatutos, as atribuições da ERS compreendem “[...] a *supervisão da atividade e funcionamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde no que respeita:*
[...]
 - b) À garantia dos direitos relativos ao acesso aos cuidados de saúde, à prestação de cuidados de saúde de qualidade, bem como dos demais direitos dos utentes;*
 - c) À legalidade e transparência das relações económicas entre os diversos operadores, entidades financiadoras e utentes.*”
20. Sendo que estão sujeitos à regulação da ERS, nos termos do n.º 2 do artigo 4.º dos seus Estatutos “[...] *todos os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, do setor público, privado, cooperativo e social, independentemente da sua natureza jurídica, nomeadamente hospitais, clínicas, centros de saúde, consultórios, laboratórios de análises clínicas, equipamentos ou unidades de telemedicina, unidades móveis de saúde e termas.*”;
21. O Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E. é uma entidade prestadora de cuidados de saúde, submetida aos poderes de regulação e supervisão da ERS.
22. Acresce que, constituem objetivos da ERS, nos termos do disposto nas alíneas b), c) e d) do artigo 10.º do mencionado diploma, assegurar o cumprimento dos critérios de

acesso aos cuidados de saúde, garantir os direitos e interesses legítimos dos utentes e zelar pela prestação de cuidados de saúde de qualidade.

23. Pelo que, no que concerne à garantia dos critérios de acesso aos cuidados de saúde a alínea a) do artigo 12.º do mesmo diploma legislativo estabelece ser incumbência da ERS “ *assegurar o direito de acesso universal e equitativo à prestação de cuidados de saúde nos serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde (SNS), nos estabelecimentos publicamente financiados, bem como nos estabelecimentos contratados para a prestação de cuidados no âmbito de sistemas ou subsistemas públicos de saúde ou equiparados*, acrescentando a alínea b) do mesmo artigo o dever de “ *prevenir e punir as práticas de rejeição e discriminação infundadas de utentes nos serviços e estabelecimentos do SNS, nos estabelecimentos publicamente financiados, bem como nos estabelecimentos contratados para a prestação de cuidados no âmbito de sistemas ou subsistemas públicos de saúde ou equiparados*”;
24. Por outro lado, no domínio da garantia da prestação de cuidados de saúde de qualidade, incumbe à ERS, entre outras, a garantia do direito dos utentes à prestação de cuidados de saúde qualidade, conforme estatuído na alínea c) do artigo 14.º dos Estatutos da ERS.
25. Podendo a ERS assegurar tais incumbências mediante o exercício dos seus poderes de supervisão, zelando pela aplicação das leis e regulamentos e demais normas aplicáveis às atividades sujeitas à sua regulação, no âmbito das suas atribuições, e emitindo ordens e instruções, bem como recomendações ou advertências individuais, sempre que tal seja necessário, sobre quaisquer matérias relacionadas com os objetivos da sua atividade reguladora, incluindo a imposição de medidas de conduta e a adoção das providências necessárias à reparação dos direitos e interesses legítimos dos utentes (cfr. alíneas a) e b) do artigo 19.º dos Estatutos da ERS).

III.2 Do direito de acesso aos cuidados de saúde de qualidade e em tempo clinicamente aceitável

26. O direito à proteção da saúde, consagrado no artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa (doravante CRP), tem por escopo garantir o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde, o qual é assegurado, entre outras obrigações impostas constitucionalmente, através da criação de um Serviço Nacional de Saúde (SNS) universal, geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito.

27. Por sua vez, a Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, em concretização da imposição constitucional contida no referido preceito, estabelece no n.º 4 da sua Base I que *“os cuidados de saúde são prestados por serviços e estabelecimentos do Estado ou, sob fiscalização deste, por outros entes públicos ou por entidades privadas, sem ou com fins lucrativos”*, consagrando-se nas diretrizes da política de saúde estabelecidas na Base II que *“é objetivo fundamental obter a igualdade dos cidadãos no acesso aos cuidados de saúde, seja qual for a sua condição económica e onde quer que vivam, bem como garantir a equidade na distribuição de recursos e na utilização de serviços”*;
28. Bem como estabelece, na sua Base XXIV, como características do SNS:
- “a) Ser universal quanto à população abrangida;*
 - b) Prestar integralmente cuidados globais ou garantir a sua prestação;*
 - c) Ser tendencialmente gratuito para os utentes, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos”*;
29. Por outro lado, e em concretização de tal garantia de acesso ao SNS, é reconhecido aos utentes dos serviços de saúde um conjunto vasto de direitos, onde se inclui o direito a que os cuidados de saúde sejam prestados em observância e estrito cumprimento dos parâmetros mínimos de qualidade legalmente previstos, quer no plano das instalações, quer no que diz respeito aos recursos técnicos e humanos utilizados.
30. A este respeito, encontra-se reconhecido na LBS, mais concretamente na alínea c) da Base XIV, o direito dos utentes a serem *“tratados pelos meios adequados, humanamente e com prontidão, correção técnica, privacidade e respeito”*.
31. Norma que é melhor desenvolvida e concretizada no artigo 4.º (*“Adequação da prestação dos cuidados de saúde”*) da Lei n.º 15/2014, de 21 de março, recentemente alterada pelo Decreto-Lei n.º 44/2017 de 20 de abril, segundo o qual *“O utente dos serviços de saúde tem direito a receber, com prontidão ou num período de tempo considerado clinicamente aceitável, consoante os casos, os cuidados de saúde de que necessita”* (n.º 1).
32. Tendo o utente, bem assim, *“(…) direito à prestação dos cuidados de saúde mais adequados e tecnicamente mais corretos”* (n.º 2).
33. Estipulando, ainda, o n.º 3 que *“Os cuidados de saúde devem ser prestados humanamente e com respeito pelo utente”*.

34. Quanto ao direito do utente ser tratado com prontidão, o mesmo encontra-se diretamente relacionado com o respeito pelo tempo do paciente¹, segundo o qual deve ser garantido o direito a receber o tratamento necessário dentro de um rápido e predeterminado período de tempo.
35. Aliás, o Comité Económico e Social Europeu (CESE), no seu Parecer sobre “Os direitos do paciente”, refere que o *“reconhecimento do tempo dedicado à consulta, à escuta da pessoa e à explicação do diagnóstico e do tratamento, tanto no quadro da medicina praticada fora como dentro dos hospitais, faz parte do respeito das pessoas [sendo que esse] investimento em tempo permite reforçar a aliança terapêutica e ganhar tempo para outros fins [até porque] prestar cuidados também é dedicar tempo”*.
36. Relativamente ao direito dos utentes de ser tratados pelos meios adequados e com correção técnica, tal resulta do reconhecimento ao utente do direito a ser diagnosticado e tratado à luz das técnicas mais atualizadas, e cuja efetividade se encontre cientificamente comprovada, sendo, porém, obvio que tal direito, como os demais consagrados na LBS, terá sempre como limite os recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis – cfr. n.º 2 da Base I da LBS.
37. Efetivamente, sendo o direito de respeito do utente de cuidados de saúde um direito ínsito à dignidade humana, o mesmo manifesta-se através da imposição de tal dever a todos os profissionais de saúde envolvidos no processo de prestação de cuidados, o qual compreende, ainda, a obrigação de os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde possuírem instalações e equipamentos que proporcionem o conforto e o bem-estar exigidos pela situação de fragilidade em que o utente se encontra.

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

III.3.1 Nota prévia

38. No seguimento da recente aprovação do Decreto-Lei n.º 77/2017, de 20 de abril, que consubstanciou a primeira alteração à Lei n.º 15/2014, de 21 de março, a Portaria n.º 147/2017, de 27 de abril, veio concretizar o desiderato de regulamentação do Sistema Integrado de Gestão do Acesso (SIGA) previsto no n.º 5 do artigo 27.º-A do Decreto-Lei n.º 77/2017.

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

39. Nos termos do n.º 1 do artigo 2.º, a portaria regula o Sistema Integrado de Gestão do Acesso dos utentes ao Serviço Nacional de Saúde (SIGA SNS), que é um sistema de acompanhamento, controlo e disponibilização de informação integrada, destinado a permitir um conhecimento transversal e global sobre o acesso à rede de prestação de cuidados de saúde SNS, e a contribuir para assegurar a continuidade desses cuidados e uma resposta equitativa e atempada aos utentes.
40. Segundo o n.º 1 do artigo 4.º da Portaria, o SIGA SNS possui 5 componentes: cuidados primários (SIGA CSP); primeiras consultas de especialidade hospitalar (SIGA 1.ª Consulta Hospitalar); cuidados de saúde hospitalares (SIGA CSH); para realização de MCDT (SIGA MCDT); e para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (SIGA RNCCI).
41. De acordo com a alínea c) do n.º 1 do artigo 4.º, o SIGA CSH (cuidados de saúde hospitalares) regula a referenciação e o acesso aos cuidados hospitalares, incluindo, di-lo expressamente a Portaria, o SIGIC.
42. O n.º 2 do artigo 9.º estatui que o SIGA CSH é composto por duas vertentes: i) Procedimentos Hospitalares Cirúrgicos, que engloba o SIGIC; e ii) Procedimentos Hospitalares Não Cirúrgicos.
43. A respeito da primeira vertente, o n.º 3 prevê que os utentes a aguardar cuidados de saúde hospitalares programados são inscritos na Lista de Inscritos para Cuidados de Saúde Hospitalares (LICSH) de uma instituição do SNS, mais acrescentando o n.º 4 que o âmbito de aplicação da componente SIGA Procedimentos Hospitalares Cirúrgicos inclui as entidades do setor social e do setor privado com os quais o SNS haja contratado a prestação destes cuidados de saúde aos seus utentes.
44. O artigo 27.º da Portaria n.º 147/2017, de 27 de Abril estatui que é revogada a Portaria n.º 45/2008, de 15 de janeiro, que criou e regula o SIGIC, e a Portaria 179/2014, de 11 de setembro, que alterou a primeira.
45. Todavia, a Portaria 147/2017 prevê um conjunto de regulamentação subsequente a aprovar (artigo 26.º), esclarecendo o n.º 2 do artigo 26.º que, até à entrada em vigor dessa regulamentação, é aplicável, em tudo o que não colida com o disposto na Portaria, a regulamentação em vigor na data da sua publicação.
46. Por sua vez, o n.º 5 do artigo 9.º estipula que os regulamentos específicos do SIGA CSH são aprovados por Despacho do membro do Governo responsável pela área da Saúde, quer para a vertente SIGA Procedimentos Hospitalares Não Cirúrgicos (alínea b) do n.º 5 do artigo 9.º), quer, no que aqui releva, para a vertente SIGA Procedimentos

Hospitalares Cirúrgicos (alínea a) do n.º 5 do artigo 9.º), a qual, como já referido, passou a incluir o SIGIC.

47. Ora, a alínea a) do n.º 1 do artigo 26.º (“Regulamentação”) clarifica, então, que o regulamento específico para a vertente SIGA Procedimentos Hospitalares Cirúrgicos será aprovada nos 90 dias seguintes contados da publicação da Portaria, ou seja, contados a partir de 27 de abril de 2017.
48. Significa isto, portanto, que se deve entender, sob pena da existência de um vazio legal no que respeita à regulamentação do SIGIC, que, até à aprovação desse novo regulamento específico, se encontra plenamente em vigor a Portaria n.º 45/2008, de 15 de janeiro (com as alterações introduzidas pela Portaria n.º 179/2014, de 11 de setembro), em tudo o que não colida com a Portaria n.º 147/2017.
49. Termos em que a subsunção dos factos descritos nos presentes autos ao direito se fará tendo por enquadramento e referente jurídico-normativos a referida Portaria n.º 45/2008, a qual se constitui no regulamento – ainda em vigor – definidor dos princípios e normas vigentes do SIGIC.

III.3.2 Das regras do SIGIC

50. Conforme descrito na Portaria n.º 45/2008, de 15 de janeiro² que aprovou o Regulamento do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC), é este último um sistema de regulação da atividade relativa “[...] a *utentes propostos para cirurgia e a utentes operados, assente em princípios de equidade no acesso ao tratamento cirúrgico, transparência dos processos de gestão e responsabilização dos utentes e dos hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e dos estabelecimentos de saúde que contratam e convencionam com aquele a prestação de cuidados de saúde aos seus beneficiários.*”; e
51. São elegíveis para efeitos de inscrição na lista de inscritos para cirurgia (LIC) “[...] todos os utentes dos hospitais do SNS e os utentes beneficiários deste Serviço referenciados para os estabelecimentos de saúde do sector privado e do sector social, ao abrigo dos contratos e convenções celebrados.”.
52. Sendo que toda a programação cirúrgica é registada no SIGLIC e deve obedecer aos critérios:

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

(i) da prioridade clínica estabelecida pelo médico especialista, em função da doença e problemas associados, patologia de base, gravidade, impacto na esperança de vida, na autonomia e na qualidade de vida do utente, velocidade de progressão da doença e tempo de exposição à doença; bem como

(ii) da antiguidade na LIC, sendo, em caso de igual prioridade clínica, selecionado em primeiro lugar o utente que se encontra inscrito na lista há mais tempo – cfr. § 73. do Regulamento.

53. Cumprindo a este propósito ressaltar que, cronologicamente, a inscrição dos utentes em LIC é precedida da consulta da especialidade e da consequente elaboração de um plano de cuidados, ou seja da elaboração de uma proposta de abordagem de um ou mais problemas de saúde do utente, onde se inscrevem e caracterizam os eventos necessários à sua resolução, ordenados de forma cronológica, não havendo limitação ao registo na proposta quanto ao número de diagnósticos descritos ou procedimentos a realizar, cfr. § 3.2.1.1. e 3.2.1.2.1 do Manual de Gestão de Inscritos para Cirurgia (MGIC).
54. Concretamente, prevê o MGIC de forma taxativa as causas de exclusão de inscrição de atos a realizar, como sendo os atos praticados fora do bloco operatório (BO), por não cirurgias ou pequenas cirurgias que não necessitem de utilização do BO;
55. Elencando igualmente os elementos de menção obrigatória no preenchimento da proposta de cirurgia, nos quais consta, entre outros a caracterização dos problemas a abordar, incluindo patologias associadas, em termos de descrição, codificação e respetiva lateralidade, e episódio antecedente se aplicável cfr. § 3.2.1.2.1 do MGIC.
56. Igualmente prévia à inscrição do utente em LIC, uma vez concluído o preenchimento da proposta de cirurgia, é a recolha do consentimento informado do utente, garantindo que o mesmo atesta a concordância com a proposta e respetiva inscrição em LIC.
57. Por outro lado, “[...] *todos os atos relacionados com a inscrição do utente em LIC, desde a efetivação da primeira consulta em serviço hospitalar relacionada com a proposta cirúrgica até à realização da intervenção cirúrgica e respetiva alta, são registados no SIGLIC, de acordo com as regras previstas no MGIC*”, devendo qualquer registo na LIC respeitar os procedimentos ali considerados, mormente os constantes dos § 58 a 75.
58. Pelo que, “[...] *após a emissão de certificado de inscrição, dá-se lugar à ativação da inscrição do utente na LIC do serviço/unidade funcional da instituição hospitalar.*” – cfr. § 3.2.1.2. do MGIC.

59. Ademais, aos utentes é reconhecido, nomeadamente, o direito de obter um certificado comprovativo da sua inscrição e de obter informação a todo o tempo junto da Unidade Hospitalar de Gestão de Inscritos para Cirurgia (UHGIC) do seu hospital e a seu pedido, sobre os dados que lhe respeitem registados na LIC, como seja o nível de prioridade que lhe foi atribuído e o seu posicionamento relativo na prioridade atribuída – cfr. § 44. do Regulamento.
60. Assim, a UHGIC é o principal elo de ligação do utente com o hospital, e todos os contactos com aquele e outros factos são registados no SI, competindo-lhe a informação aos utentes ou seus representantes, sobre o estado da inscrição, o teor dos deveres e direitos e qualquer outra sobre as diferentes fases do processo. – cfr. § 3.3.3. e § 3.3.5. do MGIC que remetem para o Volume II – Área da gestão.
61. Compete ainda aos responsáveis pelas unidades ou serviços dos hospitais envolvidos nos procedimentos cirúrgicos zelar pela atualização permanente da lista de procedimentos cirúrgicos suscetíveis de serem realizados pelos seus serviços, garantindo que a cada um está corretamente associado o código do sistema de codificação em vigor e ainda, garantir a seleção dos utentes inscritos em LIC para efeito de programação cirúrgica de acordo com os critérios de antiguidade e prioridade estabelecidos no MGIC e neste Regulamento – cfr. alíneas b) e c) do § 57 do Regulamento.
62. Pelo que, “[...] sempre que a instituição hospitalar de origem não consegue garantir ou a realização da cirurgia ou o seu agendamento até 100% do TMRG, o serviço/UF tenha perdido ou a capacidade técnica para realizar a cirurgia ou apresente piores tempos de acesso do que outro que se lhe equipare e ainda por conveniência justificada do utente, estão criadas as condições para se dar início à etapa de transferência. Seja qual for o tipo de transferência, esta só pode ocorrer com o acordo expresso do utente [...]”. – cfr. § 3.2.1.4. do MGIC.
63. Concretamente, no que à transferência cirúrgica diz respeito, é “[...] operada pela emissão e cativação de NT/VC [nota de transferência/vale cirurgia³], implica apenas a transferência da prestação dos procedimentos cirúrgicos relativos ao(s) problema(s) identificado(s) e às eventuais intercorrências da responsabilidade da instituição hospitalar ou complicações identificadas até sessenta dias após a alta hospitalar [...]” – cfr. § 3.2.1.4. do MGIC.

³ “[...] Quer a nota de transferência, quer o vale cirurgia, habilitam o utente a marcar a cirurgia diretamente numa das entidades de destino [...] a diferença reside no facto da primeira permitir apenas a sua utilização no âmbito do SNS e a segunda poder ser utilizada quer nos hospitais do SNS, quer nas instituições convencionadas do sector privado e social.” – cfr. § 3.2.1.4.1.7 do MGIC.

64. Ainda, “[...] a transferência de utentes através da emissão de NT/VC para outras unidades hospitalares integradas no SNS ou unidades convencionadas é obrigatória sempre que o hospital de origem, com os seus recursos, não possa garantir a realização da cirurgia dentro dos TMRG estabelecidos por prioridade clínica, por patologia ou grupo de patologias, presumindo-se a falta de garantia quando a cirurgia não for agendada até ao limite do prazo estabelecido para cada nível de prioridade, a contar da data de inscrição na LIC. [...]”, o que, no caso dos doentes com prioridade de nível 2, equivale ao trigésimo dia do TMRG - cfr. § 3.2.1.4.1.1. do MGIC.
65. Decorridos os prazos para agendamento da cirurgia, tal como previstos nos n.ºs 79 e 80 da Parte V do Regulamento⁴ sem que o agendamento no Hospital de Origem tenha ocorrido, “[...] e não existindo HD do SNS disponível nos termos do [...] Regulamento, a UCGIC emite de imediato um vale cirurgia a favor do utente.” – cfr. n.º 108 da Parte V do Regulamento;
66. Competindo, com efeito, à Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia (UCGIC), nos termos da alínea I) do.º 49 da Parte IV do Regulamento do SIGIC “[e]mitir e enviar vales cirurgia.”.
67. Efetivando-se essa mesma transferência mediante a emissão pela UCGIC de “[...] nota de transferência a favor do utente, propondo-lhe a selecção de uma das unidades hospitalares constante da listagem anexa de hospitais disponíveis” – cfr. n.º 98 da Parte V do Regulamento .
68. Sendo que a emissão de vale cirurgia pela UCGIC pressupõe a aplicação de um algoritmo automático que procura as instituições hospitalares do SNS com capacidade para realizar o procedimento cirúrgico, indicando em primeiro lugar as instituições do concelho de residência, seguido das instituições dos concelhos limítrofes e por último do distrito.
69. Refira-se, ainda, que as UHGIC ficam integradas nos hospitais, competindo-lhes:
- a) *Zelar pelo cumprimento das normas aplicáveis à LIC e respetivo Regulamento;*
 - g) *Prever e identificar os casos dos utentes que deverão ser transferidos para outra unidade prestadora de cuidados de saúde [...] – cfr. § 54.º e 56.º do Regulamento.*

⁴ Nos termos dos n.ºs 79 e 80 da Parte V do Regulamento do SIGIC, o agendamento das cirurgias deve ocorrer até ao limite de 50 % e 75 % do tempo de espera, respetivamente se os utentes estiverem classificados com nível 2 e nível 1.

70. As URGIC ficam integradas nas Administrações Regionais de Saúde, competindo-lhes:

- a) *Monitorizar, avaliar e controlar a evolução de inscritos para cirurgia nas unidades hospitalares, designadamente os tempos de espera;*
- j) *Autorizar a emissão de vales cirurgia para a realização de procedimentos cirúrgicos propostos pelo HD, quando sejam complementares de procedimentos cirúrgicos realizados anteriormente, após auscultação do HO;*
- m) *Decidir nas situações em que se verifiquem conflitos entre HO e HD;*
- n) *Verificar se a facturação emitida pelas entidades convencionadas corresponde à actividade realizada no âmbito dos vales cirurgia [...] – cfr. § 50.º e § 52.º do Regulamento.*

71. Ainda, a UCGIC fica integrada na ACSS, competindo-lhe:

- j) *Selecionar os utentes a transferir e garantir o cumprimento e monitorização dos protocolos de transferência definidos por parte dos restantes intervenientes;*
- l) *Emitir e enviar vales cirurgia;*
- m) *Autorizar o [...] HD a elaborar propostas cirúrgicas e a realizar os procedimentos que lhes correspondam – cfr. § 47.º e 49.º do Regulamento.*

III.4. Análise da situação concreta

72. A situação subjacente à abertura dos presentes autos, resultou do conhecimento pela ERS, no decurso do processo de avaliação AV/088/2016, de que no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E., “*A lista de espera de escoliose neste momento tem 63 doentes em lista, o serviço só consegue fazer cerca de 40 cirurgias/ano. Semanalmente entram mais doentes para a lista de espera do que aqueles que são operados, portanto existem doentes que podem ter que esperar alguns anos pela cirurgia.*”.

73. Nessa sequência, em 7 de dezembro de 2016, foi o prestador notificado para se pronunciar sobre a situação da inscrição em LIC dos 63 utentes identificados *supra*, no sentido de se averiguar se estavam a ser cumpridas as regras relativas ao SIGIC;

74. Tendo juntado informação sobre a LIC para a cirurgia em causa, tendo-se constatado que naquela altura:

- a) encontravam-se 70 utentes inscritos em LIC;
- b) o TMRG já se encontra ultrapassado para 23 utentes; e
- c) foram emitidos 14 vales cirúrgicos.

75. Nessa sequência, o presente processo foi aberto, para aferir do cumprimento das regras do SIGIC no que respeita a inscrição para cirurgia de escoliose da coluna pelo CHUC e das garantias da tempestividade do direito de acesso instituídas.

76. Recorde-se que a origem do processo teve como base uma situação concreta, em que estava em causa a tempestividade dos cuidados cirúrgicos prestados à utente LRN, e o conseqüente incumprimento dos tempos máximos de resposta garantidos para a realização da cirurgia em causa, considerando que a utente se encontrava inscrita em LIC desde 1 de abril 2014, tendo apenas sido operada em 28 de setembro de 2016.

77. Bem como o facto do mesmo prestador referir que para a realização da cirurgia têm de estar reunidas uma série de condições, como [...] *condições anestésicas, que esteja assegurado um tempo de bloco cirúrgico completo, ou seja, até às 18 ou 20 horas, que haja vaga nos cuidados intensivos, e também que esteja assegurado a monitorização com potenciais motores evocados. Qualquer destas condições, caso não esteja presente implicará o cancelamento do doente com o risco do tempo cirúrgico ficar por ocupar ou então não ser possível programar uma escoliose se atempadamente soubermos que uma destas condições não poderá ser satisfeita. Portanto se não houver anestesista, equipa cirúrgica completa (são muito poucos os cirurgiões diferenciados nesta área) ou pessoal de enfermagem para assegurar um tempo cirúrgico completo não podemos programar uma escoliose, o que acontece com alguma frequência principalmente nos períodos de férias de verão ou de férias escolares, bem como nos restantes períodos ditos normais. [...]*”.

78. Certo é que, o TMRG foi ultrapassado no caso concreto, verificando-se concomitante a existência de utentes inscritos para a mesma cirurgia em situação análoga;

79. O que embora mitigado pela circunstância de, no caso concreto, “[...] *enquanto aguardava pela cirurgia, [ter sido] monitoriza[da] a escoliose (se melhorava ou agravava) e o cirurgião ia aproveitando os congressos e reuniões para discutir com outros colegas na melhor opção cirúrgica para a doente em causa.[...]*”;

80. Não obvia à necessidade de adoção de uma atuação regulatória, consentânea com a salvaguarda da prestação tempestiva e integrada de cuidados de saúde;

81. Mesmo se considerado que para tal ultrapassagem de TMRG concorre de forma particular a raridade e complexidade técnica das situações clínicas em causa.

82. Desde logo porque é o próprio CHUC que reconhece a sua incapacidade de resposta para fazer face à LIC, “[...] *A lista de espera de escoliose neste momento tem 63 doentes em lista, o serviço só consegue fazer cerca de 40 cirurgias/ano. Semanalmente entram mais doentes para a lista de espera do que aqueles que são operados, portanto existem doentes que podem ter que esperar alguns anos pela cirurgia.*”
83. Sendo de particular acuidade no caso concreto, o facto da especificidade da cirurgia em causa não possibilitar a regular emissão de vale cirurgia como mecanismo de garantia da tempestividade de acesso, já que, conforme decorre da informação prestada pela URGIC:

[...]

Não existindo capacidade interna no CHUC, para a resolução desta LIC, a alternativa residiria na transferência destes doentes para entidades convencionadas, através da emissão de VC. Porém verificamos que apenas uma utente recebeu VC. Questionamos a Unidade Central de Gestão das Listas de Espera para Cirurgia (UCGIC) sobre o motivo dos restantes doentes não terem também recebido VC, aguardando uma resposta até ao momento. No entanto, parece-nos não ser esta a alternativa adequada à situação em análise, pois como podemos constatar os VC não foram utilizados e a utente manteve-se na LIC do CHUC. Conforme o próprio CHUC refere são situações complicadas de resolução apenas naquele CH, ou noutras instituições que disponham de "equipa treinada na cirurgia de deformidades da coluna em crianças, Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos e equipa multidisciplinar que inclua pneumologistas pediátricos, cardiologistas pediátricos, anestesistas pediátricos, intensivistas pediátricos", condições estas que não existem nas entidades convencionadas. Parece-nos que uma alternativa residiria na transferência desta LIC, ou parte dela para outras instituições do SNS em que existam as condições referidas, a saber.

a. Hospital D. Estefânia do Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE

b. Hospital St.º Maria do Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE

c. Hospital Especializado de Crianças de Maria Pia do Centro Hospitalar do Porto, EPE

No entanto, esta opção tem que ser acordada entre os hospitais - CHUC e o que eventualmente aceitasse estes utentes na sua LIC, sem perda de prioridade e sempre com a aceitação do utente. Para todos os efeitos os utentes que aceitassem

esta transferência, deixavam de ter como hospital de referência, o CHUC e passariam a ser utentes da nova instituição. [...]”.

84. Pelo que, importa garantir a adoção pelo CHUC de procedimentos de salvaguarda do regular exercício do direito de acesso dos utentes com patologia idêntica à analisada nos presentes autos, seja por via da realização da necessária cirurgia dentro dos TMRG previstos, seja por meio de referenciação dos utentes para outras unidades hospitalares com capacidade de resposta atempada.
85. Ainda de referir, num outro plano, que ao cumprimento do TMRG aplicável acresce a obrigação de prestação de informação pelo prestador aos utentes relativamente ao andamento e agendamento das suas cirurgias.
86. Sendo tal omissão desrespeitadora das garantias subjacentes ao direito de informação;
87. Assim se concluindo pela necessidade de adoção da atuação regulatória *infra* delineada por forma a garantir o reforço dos procedimentos de controlo existentes para cumprimento dos TMRG fixados e que situações idênticas sejam solucionadas em tempo adequado e não se repitam no futuro.

IV. AUDIÊNCIA DOS INTERESSADOS

88. 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 chamado a pronunciar-se, relativamente ao projeto de deliberação da ERS, o CHUC.
89. Decorrido o prazo concedido para a referida pronúncia, a ERS não rececionou, até ao momento presente qualquer comunicação.
90. Considerando o exposto, não resultaram quaisquer factos capazes de infirmar ou alterar o sentido do projeto de deliberação da ERS, razão pela qual se propõe a sua manutenção na íntegra.

V. DECISÃO

91. O Conselho de Administração da ERS delibera, nos termos e para os efeitos do preceituado na alínea a) do artigo 24.º e das alíneas a) e b) do artigo 19.º dos Estatutos

da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, emitir uma instrução ao Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E., no sentido de dever:

- (i) garantir que o atendimento dos utentes se processe dentro do estrito cumprimento das regras de funcionamento do programa SIGIC, garantindo a efetiva implementação de mecanismos de controlo e monitorização da evolução de inscritos para cirurgia;
- (ii) garantir, sempre que verifique não ter capacidade de resposta atempada, a referência dos utentes com inscrição pendente em LIC e TMRG ultrapassado para outras unidades hospitalares;
- (iii) garantir que todo e qualquer procedimento por si adotado seja capaz de promover a informação completa, verdadeira e inteligível a todos os utentes sobre os aspetos relativos ao seu acompanhamento e alternativas existentes no SNS para salvaguarda de um acesso adaptado à sua condição clínica, com clara explicitação do papel que compete a cada estabelecimento prestador na rede nacional de prestação de cuidados de saúde;
- (iv) dar cumprimento imediato à presente instrução, comunicando à ERS, no prazo máximo de 30 (trinta) dias úteis contados da presente deliberação, os procedimentos adotados para o efeito.

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

Porto, 21 de junho de 2018.

O Conselho de Administração.