

## Projeto de Lei n.º 511/XV/1.ª (BE)

### **Constituição de unidades de saúde familiar e eliminação da possibilidade de entrega dos cuidados de saúde primários a entidades privadas**

Data de admissão: 25/01/2023

Comissão de Saúde (9.ª)

## ÍNDICE

- I. A INICIATIVA**
- II. APRECIÇÃO DOS REQUISITOS CONSTITUCIONAIS, REGIMENTAIS E FORMAIS**
- III. ENQUADRAMENTO JURÍDICO NACIONAL**
- IV. ENQUADRAMENTO JURÍDICO NA UNIÃO EUROPEIA E INTERNACIONAL**
- V. ENQUADRAMENTO PARLAMENTAR**
- VI. CONSULTAS E CONTRIBUTOS**
- VII. ENQUADRAMENTO BIBLIOGRÁFICO**

---

**Elaborada por:** Carolina Caldeira (DAPLEN), João Oliveira (BIB), Cristina Ferreira e Luísa Colaço (DILP) e Josefina Gomes (DAC)

**Data:** 06/02/2023

## I. A INICIATIVA

---

Os proponentes começam por referir que as USF – Unidades de Saúde Familiar têm demonstrado uma capacidade de melhoria dos cuidados prestados aos utentes no acesso à saúde, na gestão da saúde e na gestão da doença.

Sem embargo, referem os proponentes que a constituição de USF depende de quotas, atribuídas por critério político, que culminam em candidaturas com parecer técnico positivo que não conseguem vaga e, conseqüentemente, não têm possibilidade de se constituir em USF, nem de progredir para modelo B<sup>1</sup>.

Neste contexto, defendem que o critério a utilizar deveria ter por base a qualidade da candidatura e da avaliação técnica, permitindo assim constituir mais USF, contribuindo assim para uma maior capacidade de fixação de médicos de família e para o incremento de utentes com médico de família atribuído em Portugal.

Adicionalmente, propõem a eliminação da possibilidade de privatização dos cuidados de saúde primários, eliminando as USF-C.

A iniciativa legislativa tem 3 artigos: o primeiro estabelece o seu objeto, o segundo elenca as preconizadas alterações ao Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto e o terceiro estabelece a sua entrada em vigor.

## II. APRECIÇÃO DOS REQUISITOS CONSTITUCIONAIS, REGIMENTAIS E FORMAIS

---

- **Conformidade com os requisitos constitucionais e regimentais**

A iniciativa é apresentada pelo Grupo Parlamentar do Bloco de Esquerda (BE), ao abrigo e nos termos do n.º 1 do artigo 167.º da [Constituição da República Portuguesa](#)<sup>2</sup> (Constituição) e do n.º 1 do artigo 119.º do [Regimento da Assembleia da República](#)

---

<sup>1</sup> Os diversos modelos são explicados infra, na Parte III da presente Nota Técnica

<sup>2</sup> As ligações para a Constituição e para o Regimento são direcionadas para o portal oficial da Assembleia da República.

(Regimento), que consagram o poder de iniciativa da lei. Trata-se de um poder dos Deputados, por força do disposto na alínea *b*) do artigo 156.º da Constituição e *b*) do n.º 1 do artigo 4.º do Regimento, bem como dos grupos parlamentares, por força do disposto na alínea *g*) do n.º 2 do artigo 180.º da Constituição e da alínea *f*) do artigo 8.º do Regimento.

Assume a forma de projeto de lei, em conformidade com o disposto no n.º 2 do artigo 119.º do Regimento. Encontra-se redigida sob a forma de artigos, é precedida de uma breve exposição de motivos e tem uma designação que traduz sinteticamente o seu objeto principal, cumprindo assim os requisitos formais previstos no n.º 1 do artigo 124.º do Regimento.

São também respeitados os limites à admissão da iniciativa estabelecidos no n.º 1 do artigo 120.º do Regimento, uma vez que as mesmas parecem não infringir a Constituição ou os princípios nela consignados e definem concretamente o sentido das modificações a introduzir na ordem legislativa.

A iniciativa deu entrada a 24 de janeiro de 2023, tendo sido junta a [ficha de avaliação prévia de impacto de género](#). A 25 de janeiro de 2023 foi admitido e baixou na generalidade à Comissão de Saúde (9.<sup>a</sup>), por despacho do Presidente da Assembleia da República, tendo sido anunciado na sessão plenária no dia 25 de janeiro de 2023.

#### ▪ **Verificação do cumprimento da lei formulário**

A [lei formulário](#)<sup>3</sup> contém um conjunto de normas sobre a publicação, identificação e formulário dos diplomas que são relevantes em caso de aprovação da presente iniciativa.

O título da presente iniciativa legislativa traduz sinteticamente o seu objeto, mostrando-se conforme ao disposto no n.º 2 do artigo 7.º da lei formulário, embora, em caso de

---

<sup>3</sup> Lei n.º 74/98, de 11 de novembro, alterada e republicada pela Lei n.º 43/2014, de 11 de julho, estabelece um conjunto de normas sobre a publicação, a identificação e o formulário dos diplomas.

aprovação, possam ser objeto de aperfeiçoamento formal, em sede de apreciação na especialidade ou em redação final.

Através da consulta do [Diário da República Eletrónico](#) confirma-se que, em caso de aprovação, esta poderá constituir a terceira alteração ao «regime jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar (USF) e o regime de incentivos a atribuir a todos os elementos que as constituem, bem como a remuneração a atribuir aos elementos que integrem as USF de modelo B», aprovado pelo Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto. Efetivamente, o n.º 1 do artigo 6.º da lei formulário, dispõe que «os diplomas que alterem outros devem indicar o número de ordem da alteração introduzida e, caso tenha havido alterações anteriores, identificar aqueles diplomas que procederam a essas alterações, ainda que incidam sobre outras normas».

Em caso de aprovação, esta iniciativa revestirá a forma de lei, nos termos do n.º 3 do artigo 166.º da Constituição, pelo que devem ser objeto de publicação na 1.ª série do Diário da República, em conformidade com o disposto na alínea c) do n.º 2 do artigo 3.º da lei formulário.

No que respeita ao início de vigência, a iniciativa estabelece, no seu artigo 3.º, que a sua entrada em vigor ocorrerá «com Orçamento do Estado subsequente à data da sua aprovação». Não está em conformidade com o previsto no n.º 1 do artigo 2.º da lei formulário, que prevê que os atos legislativos «entram em vigor no dia neles fixado, não podendo, em caso algum, o início de vigência verificar-se no próprio dia da publicação» (passível de suceder neste caso, dado que a entrada em vigor do Orçamento do Estado pode ocorrer após a sua aprovação, mas antes da sua publicação), sugere-se que, numa eventual fase de especialidade, o conceito de “aprovação” seja substituído pelo de “publicação”.

Nesta fase do processo legislativo, a iniciativa em apreço não nos parece suscitar outras questões em face da lei formulário.

### **III. ENQUADRAMENTO JURÍDICO NACIONAL**

---

Nos termos do n.º 1 do [artigo 64.º](#)<sup>4</sup> da [Constituição](#), «todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover». Estabelece, ainda, a alínea a) do n.º 2 que aquele direito é realizado, nomeadamente, «através de um serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito». Acrescentam as alíneas a), b) e d) do n.º 3 que incumbe prioritariamente ao Estado «garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação»; «garantir uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde»; e «disciplinar 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».

No desenvolvimento da norma constitucional, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) foi criado pela [Lei n.º 56/79](#), de 15 de setembro<sup>5</sup> (versão consolidada)<sup>6</sup>, que define o SNS como sendo constituído pela rede de órgãos e serviços previstos na lei e atua de forma articulada e sob direção unificada, com gestão descentralizada e democrática, visando a prestação de cuidados globais de saúde a toda a população ([artigo 2.º](#)). O seu acesso é garantido a todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica e social (n.º 1 do [artigo 4.º](#)), garantia esta que compreende o acesso a todas as prestações abrangidas pelo SNS e não sofre restrições, salvo as impostas pelo limite de recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis, envolvendo todos os cuidados integrados de saúde, compreendendo a promoção e vigilância da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico e tratamento dos doentes e a reabilitação médica e social ([artigo 6.º](#)). O acesso às prestações é assegurado, em princípio, pelos estabelecimentos e serviços da rede oficial do SNS e, enquanto não for possível garantir a totalidade das prestações pela rede oficial, o acesso será assegurado por entidades não integradas no

---

<sup>4</sup> Texto consolidado retirado do portal na *Internet* da Assembleia da República. Todas as referências à Constituição são feitas para o referido portal. Consultas efetuadas a 06/02/2023.

<sup>5</sup> Diploma retirado do sítio da *Internet* do [Diário da República Eletrónico](#). Todas as referências legislativas são feitas para este portal oficial, salvo indicação em contrário. Consultas efetuadas a 06/02/2023. Vd. [trabalhos preparatórios](#).

<sup>6</sup> A Lei n.º 56/79, de 15 de setembro, foi alterada pelo [Decreto-Lei n.º 254/82](#), de 29 de junho, e pelo [Decreto-Lei n.º 361/93](#), de 15 de outubro. O [Acórdão 39/84](#) declarou a inconstitucionalidade, com força obrigatória geral, nos termos e para os efeitos dos artigos 281.º e 282.º da Constituição, do artigo 17.º do Decreto-Lei n.º 254/82, de 29 de junho, na parte que revogou os artigos 18.º a 61.º e 64.º a 65.º da Lei n.º 56/79, de 15 de setembro.

SNS em base contratual, ou, excecionalmente, mediante reembolso direto dos utentes ([artigo 15.º](#)).

O SNS é dotado de autonomia administrativa e financeira, tem uma organização descentralizada e desconcentrada e dispõe de serviços prestadores de cuidados primários ([artigo 18.º](#)) os quais consistem em centros comunitários de saúde ([artigo 42.º](#)). O pessoal do SNS tem a qualidade de funcionário público e de agente ([artigo 44.º](#)) e é sujeito a avaliação para acesso às várias categorias na carreira segundo as modalidades previstas no [artigo 47.º](#).

Também em aplicação do preceito constitucional e em anexo à [Lei n.º 95/2019](#), de 4 de setembro<sup>7</sup>, foi aprovada a Lei de Bases da Saúde (LBS), prevendo o n.º 4 da Base 1 que o «Estado promove e garante o direito à proteção da saúde através do Serviço Nacional de Saúde, dos Serviços Regionais de Saúde e de outras instituições públicas, centrais, regionais e locais». Determinam, ainda, as Bases 6 e 25 que a «responsabilidade do Estado pela realização do direito à proteção da saúde se efetiva primeiramente através do SNS e de outros serviços públicos, podendo, de forma supletiva e temporária, ser celebrados acordos com entidades privadas e do setor social, bem como com profissionais em regime de trabalho independente, em caso de necessidade fundamentada»; e que tendo «em vista a prestação de cuidados e serviços de saúde a beneficiários do SNS, e quando o SNS não tiver, comprovadamente, capacidade para a prestação de cuidados em tempo útil, podem ser celebrados contratos com entidades do setor privado, do setor social e profissionais em regime de trabalho independente, condicionados à avaliação da sua necessidade».

De acordo com o previsto no n.º 3 da Base 20 da LBS «o SNS dispõe de estatuto próprio, tem organização regionalizada e uma gestão descentralizada e participada», tendo o [Decreto-Lei n.º 23/2019](#), de 30 de janeiro (versão consolidada), concretizado o quadro de transferência de competências para os órgãos municipais e para as entidades intermunicipais no domínio da saúde. Por sua vez, o [Decreto-Lei n.º 23/2020](#), de 22 de maio, estabeleceu as regras para a celebração de contratos de parceria de gestão na área da saúde, em desenvolvimento do n.º 1 da Base 6 do mesmo diploma que prevê

---

<sup>7</sup> [Trabalhos preparatórios](#).

que «a responsabilidade do Estado pela realização do direito à proteção da saúde se efetiva primeiramente através do SNS e de outros serviços públicos, podendo, de forma supletiva e temporária, ser celebrados acordos com entidades privadas e do setor social, bem como com profissionais em regime de trabalho independente, em caso de necessidade fundamentada». Sobre as parcerias público-privadas cumpre também mencionar o [Decreto-Lei n.º 111/2012](#), de 23 de maio (versão consolidada), diploma que veio regular a intervenção do Estado na definição, conceção, preparação, concurso, adjudicação, alteração, fiscalização e acompanhamento global das parcerias público-privadas e que criou a [Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos](#). Esta entidade administrativa dispõe de autonomia administrativa e funciona sob a tutela do Ministério das Finanças, assumindo responsabilidades no acompanhamento global dos processos de Parceria Público-Privada e assegurando apoio técnico especializado, designadamente em matérias de natureza económico-financeira e jurídica. Em conexão, cumpre ainda mencionar o [Decreto-Lei n.º 18/2017](#), de 10 de fevereiro (versão consolidada), que aprovou o regime jurídico e os Estatutos aplicáveis às unidades de saúde do Serviço Nacional de Saúde com a natureza de Entidades Públicas Empresariais, bem como as integradas no Setor Público Administrativo.

O atual Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, aprovado pelo [Decreto-Lei n.º 52/2022](#), de 4 de agosto, (versão consolidada), dispõe no n.º 3 do [artigo 38.º](#) que as USF «são unidades de cuidados personalizados, formadas por médicos, enfermeiros e assistentes técnicos, com autonomia funcional e técnica, que desenvolvem a sua atividade com base na contratualização de objetivos e que garantem aos cidadãos nelas inscritos uma carteira básica de serviços, constando o seu regime de diploma próprio.»

O regime jurídico da organização e do funcionamento das USF e o regime de incentivos a atribuir a todos os elementos que as constituem, bem como a remuneração a atribuir aos elementos que integrem as USF de modelo B foi aprovado pelo [Decreto-Lei n.º 298/2007](#), de 22 de agosto, (versão consolidada), retificado pela [Declaração de Retificação n.º 81/2007](#), de 12 de setembro, e alterado pelo [Decreto-Lei n.º 73/2017](#), de 23 de junho, e pela [Lei n.º 20/2022](#), de 18 de novembro.<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> [Trabalhos preparatórios](#).

Nos termos do n.º 1 do [artigo 3.º](#) do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, as USF «são as unidades elementares de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, que assentam em equipas multiprofissionais, constituídas por médicos, por enfermeiros e por pessoal administrativo e que podem ser organizadas em três modelos de desenvolvimento: A, B e C». A sua atividade desenvolve-se com autonomia organizativa, funcional e técnica, integrada numa lógica de rede com outras unidades funcionais do centro de saúde ou da unidade local de saúde (n.º 4 do artigo 3.º). Estabelece, ainda, o n.º 2 do mesmo artigo e diploma que «a equipa multiprofissional deve potenciar as aptidões e competências de cada grupo profissional e contribuir para o estabelecimento de uma relação interpessoal e profissional estável».

O n.º 3 do artigo 3.º do mesmo diploma determina que as USF se podem organizar em três modelos de desenvolvimento. A cada um destes modelos correspondem processos distintos de retribuição do desempenho, definidos de acordo com a lista de critérios e a metodologia que permitem classificar as unidades de saúde familiar em três modelos de desenvolvimento, A, B e C, aprovados pelo [Despacho n.º 24101/2007](#), de 22 de outubro, publicado no Diário da República n.º 203, II Série, de 22 de outubro de 2007.

A lista de critérios e a metodologia foram elaboradas pela Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP)<sup>9</sup>, em articulação com as Administrações Regionais de Saúde, I. P., e a Administração Central do Sistema de Saúde, I. P. e constam do anexo ao Despacho n.º 24101/2007, de 22 de outubro, segundo o qual a diferenciação entre os modelos de USF resulta de três dimensões estruturantes:

- a) O grau de autonomia organizacional;
- b) A diferenciação do modelo retributivo e de incentivos dos profissionais;
- c) O modelo de financiamento e respetivo estatuto jurídico.

Os três modelos assumem diferentes patamares de autonomia, aos quais correspondem distintos graus de partilha de risco e de compensação retributiva, e caracterizam-se do seguinte modo:

---

<sup>9</sup>A Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP), foi criada, na dependência direta do Ministro da Saúde com a natureza de estrutura de missão, pela [Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005](#), de 12 de outubro, para a condução do projeto global de lançamento, coordenação e acompanhamento da estratégia de reconfiguração dos centros de saúde e implementação das unidades de saúde familiar.

«a) Modelo A:

*i)* Corresponde a uma fase de aprendizagem e de aperfeiçoamento do trabalho em equipa de saúde familiar, ao mesmo tempo que constitui um primeiro contributo para o desenvolvimento da prática da contratualização interna. É uma fase indispensável nas situações em que esteja muito enraizado o trabalho individual isolado e ou onde não haja qualquer tradição nem práticas de avaliação de desempenho técnico-científico em saúde familiar;

*ii)* Compreende as USF do sector público administrativo com regras e remunerações definidas pela Administração Pública, aplicáveis ao sector e às respetivas carreiras dos profissionais que as integram e com possibilidade de contratualizar uma carteira adicional de serviços, paga em regime de trabalho extraordinário, bem como contratualizar o cumprimento de metas, que se traduz em incentivos institucionais a reverter para as USF;

b) Modelo B:

*i)* Indicado para equipas com maior amadurecimento organizacional, onde o trabalho em equipa de saúde familiar é uma prática efetiva, e que estejam dispostas a aceitar um nível de contratualização de desempenho mais exigente e uma participação no processo de acreditação das USF, num período máximo de três anos;

*ii)* Abrange as USF do sector público administrativo com um regime retributivo especial para todos os profissionais, integrando remuneração base, suplementos e compensações pelo desempenho, definido no capítulo VII do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto;

c) Modelo C:

*i)* Modelo experimental, a regular por diploma próprio, com carácter supletivo relativamente às eventuais insuficiências demonstradas pelo SNS, sendo as USF a constituir definidas em função de quotas estabelecidas por administração regional de saúde (ARS) e face à existência de cidadãos sem médico de família atribuído;

*ii)* Abrange as USF dos sectores social, cooperativo e privado, articuladas com o centro de saúde, mas sem qualquer dependência hierárquica deste, baseando a sua atividade num contrato-programa estabelecido com a ARS respetiva, através do departamento de contratualização, e sujeitas a controlo e avaliação

externa desta ou de outras entidades autorizadas para o efeito, com a obrigatoriedade de obter a acreditação num horizonte máximo de três anos».

Quanto aos critérios e às condições para a atribuição de incentivos institucionais às USF modelos A e B e às unidades de cuidados saúde personalizados (UCSP) e de incentivos financeiros aos profissionais que integram as USF modelo B com fundamento em melhorias de acessibilidade, gestão da saúde e doença, ganhos de eficiência, efetividade, qualidade dos cuidados prestados, satisfação dos utilizadores e redução da despesa inapropriada, foram definidos pela [Portaria n.º 212/2017](#), de 19 de julho.

Por último, é de referir que segundo o relatório de estudo «[O Momento Atual da Reforma dos Cuidados de Saúde primários em Portugal 2021/2022](#)»<sup>10</sup>, existiam, em setembro de 2022, 603 USF com 12 828 profissionais a exercer nelas a sua atividade (4 027 Médicos de Família, 1 816 Internos de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar, 4 029 Enfermeiros de Família e 2 956 Secretários Clínicos)<sup>11</sup>.

## IV. ENQUADRAMENTO JURÍDICO NA UNIÃO EUROPEIA E INTERNACIONAL

### ▪ **Âmbito internacional**

#### **Países analisados**

Apresenta-se, de seguida, o enquadramento internacional referente a: Espanha, França e Itália.

### **ESPAÑA**

---

<sup>10</sup> Consiste na mais recente versão disponibilizada do estudo promovido, desde 2011, pela Associação Nacional das USF ([www.usf-an.pt](http://www.usf-an.pt)). O objetivo geral é conhecer o estado atual da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal, a satisfação associada e o desenvolvimento estrutural e organizacional das USF, comparando os resultados com anos anteriores. A sua Finalidade é Monitorizar e apoiar a evolução da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal.

<sup>11</sup> Cfr. página 34 do Relatório.

A [Constituição](#)<sup>12</sup> espanhola reconhece o direito à proteção na saúde no seu [artigo 43](#), determinando igualmente que compete aos poderes públicos organizar e tutelar a saúde pública através de medidas preventivas e dos serviços necessários. Na divisão de competências entre o Estado e as Comunidades Autónomas, estas podem, nos termos do [artigo 148](#) da Lei Fundamental, assumir competências sobre saúde e higiene, reservando o Estado para si as competências sobre as bases e coordenação geral da saúde ([artigo 149](#)).

O Estado aprovou a [Ley 14/1986, de 25 de abril](#)<sup>13</sup>, *General de Sanidad*, que, enquanto lei de bases, determina no seu [artigo 4](#) que tanto o Estado como as Comunidades Autónomas organizam e desenvolvem as suas ações, no âmbito da saúde, inseridas numa conceção integral do sistema de saúde e que as Comunidades Autónomas criarão os seus serviços de saúde dentro do quadro dessa lei e dos seus Estatutos de Autonomia.

As estruturas de saúde encontram-se reguladas no [Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud](#), que estabelece princípios gerais que permitem a criação e implementação das «zonas de saúde», a que se atribuem funções integradas de promoção, prevenção, assistência e reabilitação dirigidas tanto ao indivíduo como aos grupos sociais e às comunidades em que se inserem. As zonas de saúde correspondem a uma demarcação populacional e geográfica fundamental dentro do quadro territorial dos cuidados de saúde primários, sendo que a sua delimitação se faz entre as Comunidades Autónomas.

Este diploma prevê a existência de centros de saúde ([artigo 2](#)), enquanto estruturas físicas e funcionais que possibilitam o desenvolvimento de um sistema de cuidados de saúde primários coordenado globalmente e prestados de forma abrangente, permanente e continuada, e de equipas de cuidados primários ([artigo 3](#)), compostas por médicos, enfermeiros, funcionários técnicos, farmacêuticos, veterinários e assistentes sociais, entre outros, e que correspondem ao conjunto de profissionais de saúde e técnicos que exercem as suas funções na zona de saúde..

---

<sup>12</sup> Diploma consolidado retirado do portal oficial boe.es. Todas as ligações eletrónicas a referências legislativas relativas a Espanha são feitas para o referido portal oficial, salvo indicação em contrário. Consultas efetuadas em 02/02/2023.

<sup>13</sup> Texto consolidado.

O estatuto remuneratório dos profissionais de saúde está regulado na [Ley 55/2003, de 16 de diciembre](#), del Estatuto Marco del personal estatutario<sup>14</sup> de los servicios de salud. Nos termos do seu [artigo 2](#), esta lei aplica-se ao pessoal que desempenha funções nos centros e instituições de saúde das comunidades autónomas e nos centros e serviços de saúde da Administração do Estado.

O quadro legal para as ações de coordenação e cooperação das administrações públicas da saúde, bem como para o exercício das suas competências de modo a assegurar a todos os cidadãos o acesso ao Serviço Nacional de Saúde, garantindo a equidade, qualidade e participação social é fixado pela [Ley 16/2003, de 28 de mayo](#), de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

Encontra-se pendente no *Congreso de los Diputados*, em fase de apreciação na especialidade, um projeto de lei<sup>15</sup> da autoria do Governo que visa alterar a *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad*, cujo processo legislativo pode ser consultado [aqui](#).

## FRANÇA

O [Code de santé publique](#)<sup>16</sup> garante a efetivação do direito fundamental da proteção na saúde através de todos os meios disponíveis. Nos termos do seu [artigo L1110-1](#), os profissionais e os estabelecimentos de saúde, as companhias de seguros de saúde, todos os organismos envolvidos na prevenção e nos cuidados de saúde e as autoridades sanitárias devem contribuir, no âmbito das respetivas competências, para a prevenção na saúde e a garantia de acesso aos cuidados de saúde adequados à situação de cada um, assegurando a continuidade dos cuidados e a melhor segurança sanitária possível.

A definição da política de saúde é da responsabilidade do Estado, sendo as agências regionais de saúde (ARS) as responsáveis por, em cada região, definir e executar um

---

<sup>14</sup> De acordo com o preâmbulo desta lei, «*la expresión 'personal estatutario' [...] deriva directamente de la denominación de los tres estatutos de personal - el estatuto de personal médico, el estatuto de personal sanitario no facultativo y el estatuto de personal no sanitario de tales centros e instituciones*».

<sup>15</sup> Apresentado em 16 de julho de 2022.

<sup>16</sup> Diploma consolidado retirado do portal oficial [legifrance.gouv.fr](http://legifrance.gouv.fr). Todas as ligações eletrónicas a referências legislativas relativas a França são feitas para o referido portal oficial, salvo indicação em contrário.

conjunto de programas e de ações destinados à realização dos objetivos fixados nessa política. Estas agências, previstas nos [artigos L1431-1 e seguintes](#) do *Code de santé publique*, asseguram a coordenação do atendimento e o acesso equitativo a cuidados de qualidade, garantindo uma gestão coerente dos recursos, e adaptam as políticas nacionais aos seus contextos regionais, através de programas regionais de saúde (PRS), compostos por esquemas regionais de prevenção, esquemas regionais de organização dos cuidados de saúde (SROS), bem como esquemas médico-sociais para as pessoas idosas ou dependentes.

A nível local, as estruturas e os profissionais de saúde organizam-se, sob a supervisão das ARS, de modo a permitir uma prestação de cuidados gradual dos pacientes de acordo com a idade: cuidados de «primeiro recurso» por parte de um médico de clínica geral, que assegura a orientação do paciente; cuidados de «segundo recurso», dispensados pelos médicos especialistas e os estabelecimentos de saúde, ou estruturas adaptadas como os centros hospitalares universitários.

As agências regionais de saúde podem celebrar contratos de início de atividade com estudantes de medicina que preencham determinados requisitos ou com médicos exercendo a atividade de modo liberal, de modo a cumprir os objetivos acima referidos.

Em 1999 foi criada a *Couverture Maladie Universelle* (CMU), através da [Loi n° 99-641, du 27 de juillet](#). Este sistema inclui todas as pessoas de nacionalidade francesa ou estrangeira, com ou sem domicílio fixo, desde que residam em França de forma regular há mais de 3 meses e não estejam cobertas por outro regime de segurança social. A partir de 2016 esta proteção foi substituída pela [protection universelle maladie](#) (*Puma*), regulada nos [artigos L160-1 a L160-7](#) do [Code de la sécurité sociale](#).

## ITÁLIA

O direito à saúde é assegurado, pelo Estado italiano, enquanto direito fundamental<sup>17</sup>, através do Serviço Nacional de Saúde (SNS), que se rege pela [Legge 23 dicembre 1978, n. 833, Istituzione del servizio sanitario nazionale](#).

---

<sup>17</sup> Este direito encontra-se consagrado no artigo 32 da [Constituição](#). Diploma consolidado retirado do portal oficial [normattiva.it](#). Todas as ligações eletrónicas a referências legislativas relativas a Itália são feitas para o referido portal oficial, salvo indicação em contrário.

Este diploma garante o acesso aos serviços, observando os princípios da dignidade da pessoa, das necessidades de saúde, de equidade, de qualidade, dos tratamentos apropriados e da economicidade na utilização dos recursos. Os cidadãos efetuam livremente a escolha do lugar de tratamento e dos profissionais no âmbito das estruturas públicas e privadas credenciadas e exercitam o próprio «direito à saúde» para obter prestações de saúde, inclusive de prevenção, de cura e de reabilitação. A gestão do SNS é exercida pelo Estado e pelas Regiões, segundo a distribuição de competências estabelecida na Constituição e na legislação.

A regulamentação base relativa à organização dos serviços de saúde consta do [Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502](#), *Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*.

De acordo com o artigo 2.º do mesmo diploma, a organização dos serviços e das atividades destinadas à tutela da saúde, os critérios de financiamento das unidades de saúde locais e das empresas hospitalares, as atividades de orientação técnica, promoção e apoio relativos às referidas unidades de saúde locais e empresas, inclusive em relação ao controlo de gestão e à avaliação da qualidade das prestações de saúde, integram as competências das regiões.

No artigo seguinte define-se a unidade de saúde local como uma empresa, configurando-a como uma entidade instrumental da região, dotada de personalidade jurídica pública, de autonomia organizativa, administrativa, patrimonial e contabilística, de gestão e técnica, mantendo-se o direito-dever de os órgãos representativos exprimirem as necessidades sócio-sanitárias das comunidades locais.

## V. ENQUADRAMENTO PARLAMENTAR

---

- **Iniciativas pendentes (iniciativas legislativas e petições)**

Consultada a base de dados da Atividade Parlamentar, não se encontrou qualquer iniciativa legislativa ou petição pendente sobre matéria idêntica ou conexa.

- **Antecedentes parlamentares (iniciativas legislativas e petições)**

Efetuada consulta à mesma base de dados, verifica-se que, na atual legislatura, baixou à Comissão de Saúde, , em 22 de junho de 2022, o [Projeto de Lei n.º 181/XV/1.ª \(IL\)](#)- «Regulamentação e implementação das Unidades de Saúde Familiar de modelo c (alteração ao decreto-lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, na sua redação atual)», o qual foi rejeitado em sede de discussão na generalidade, em plenário, com os votos contra do PS, do PCP, do BE e do L, com os votos favoráveis do PSD, do CH e da IL e a abstenção do PAN.

## VI. CONSULTAS E CONTRIBUTOS

---

- **Consultas facultativas**

A Comissão de Saúde poderá, em sede de discussão na especialidade, solicitar parecer, ou proceder à audição, designadamente, do Ministro da Saúde, da Entidade Reguladora da Saúde (ERS) e da Associação Nacional das Unidades de Saúde Familiar (USF-AN)

## VII. ENQUADRAMENTO BIBLIOGRÁFICO

---

BISCAIA, André Rosa [et al.] – **O momento atual da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal 2021/2022** [Em linha] : **questionários aos coordenadores de USF : relatório do estudo**. Lisboa : USF-NA, 2022. [Consult. 30 jan. 2023]. Disponível em  
WWW:<URL:[https://app.box.com/s/hqqj72ajjfrsr4uglqv5ez2wxdbomts?utm\\_term=Dados+do+Estudo+Momento+Atual+da+Reforma+dos+Cuidados+de+Saude+Primarios+em+Portugal+2021%2F2022++USF-AN&utm\\_campaign=S%3Fcios+USF-AN+17novembro2021&utm\\_source=e-goi&utm\\_medium=email](https://app.box.com/s/hqqj72ajjfrsr4uglqv5ez2wxdbomts?utm_term=Dados+do+Estudo+Momento+Atual+da+Reforma+dos+Cuidados+de+Saude+Primarios+em+Portugal+2021%2F2022++USF-AN&utm_campaign=S%3Fcios+USF-AN+17novembro2021&utm_source=e-goi&utm_medium=email)>.

Resumo: O presente relatório, da responsabilidade da Associação Nacional de Unidades de Saúde Familiar, começa por destacar o sucesso da reforma dos Cuidados

de Saúde Primários: «Portugal tem agora Cuidados de Saúde Primários que são alvo da atenção internacional pela sua singularidade e pelos resultados que consegue alcançar. O Observatório Europeu de Políticas e Sistemas de Saúde e a OCDE em 2017, e novamente em 2021, reconheceram isso mesmo quando evidenciaram a taxa de hospitalização evitável de Portugal – a mais baixa da União Europeia para a diabetes, asma, DPOC e insuficiência cardíaca – e concluíram “que estas doenças estão a ser geridas com eficácia ao nível dos cuidados de saúde primários e que estes são de boa qualidade.”» Os autores não deixam, porém, de afirmar que há impactos, ainda por determinar, da pandemia de COVID-19, a par de uma «sensação de que a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários estagnou há já vários anos, sem se saber para onde se vai.» Saliendam outros aspetos positivos, como o facto de, apesar da queda do Governo, se ter cumprido «uma das metas acordadas, passar todas as USF A devidamente aprovadas para B, o que foi um marco histórico: pela primeira vez, todas as candidaturas aprovadas passaram a B». Em contrapartida, «o investimento em instalações e equipamentos e a contratação de mais profissionais de saúde para o SNS ficaram aquém do necessário e muitas das medidas ficaram pelo caminho ou foram tomadas com um grande atraso, ampliando o descrédito dos profissionais sobre a gestão das políticas para os cuidados de saúde primários e contribuindo para muito dos resultados que este relatório agora evidencia.» Os dados apresentados resultam da aplicação de um questionário aos coordenadores de Unidades de Saúde Familiar, com uma taxa de resposta de 74,2% (448 respondentes), e permitem não apenas fazer um diagnóstico, como detetar linhas de intervenção, traduzidas em 11 medidas essenciais para melhoria do sistema.

BISCAIA, André Rosa ; HELENO, Liliana Correia Valente – A reforma dos cuidados de saúde primários em Portugal : portuguesa, moderna e inovadora. **Ciência & Saúde Coletiva** [Em linha]. Vol. 22, n.º 3 (2017), p. 701-711. [Consult. 30 jan. 2023]. Disponível em

WWW:<URL:<https://catalogobib.parlamento.pt:82/images/winlibimg.aspx?skey=&doc=142323&img=30373&save=true>>.

Resumo: Segundo os autores, «a reforma de 2005 dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) portugueses foi uma das mais bem-sucedidas feitas nos serviços públicos do país», sendo o elemento mais relevante dessa reforma a constituição das Unidades de Saúde Familiar (USF) – definidas como «equipas multidisciplinares de constituição

voluntária e auto-organizadas, que operam em centros de saúde geridos pelo Estado e que dão resposta com autonomia e de um modo flexível às necessidades de saúde de um conjunto de pessoas, com especial foco nos cuidados médicos e de enfermagem personalizados» – e, num segundo momento, a criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS), com uma aposta na «governança clínica, procurando-se obter ganhos em saúde através da melhoria da qualidade e da participação e responsabilização de todos». Qualificam essa reforma de «portuguesa, moderna e inovadora. Portuguesa ao não quebrar completamente com o passado, moderna porque se aliou à tecnologia e ao trabalho em rede, e inovadora porque ultrapassou o modelo hierarquizado tradicional», orientada por um «foco especial na acessibilidade, na organização, na pontualidade, na facilidade e no conforto na utilização dos serviços, não esquecendo a qualidade dos cuidados de saúde». O presente estudo descreve a implementação dessa reforma, cruzando a análise sistémica com um estudo de caso, incidindo na constituição e desempenho da Unidade de Saúde Familiar da Marginal, no Estoril.

BORGES, Fábio Manuel da Silva – **Tratamento da doença aguda não urgente : urgências ou Cuidados de Saúde Primários?** [Em linha] : **análise da aplicação do projeto “SNS + Proximidade”**. Porto : s.n., 2018. [Consult. 30 jan. 2023]. Disponível em

WWW:<URL:<https://catalogobib.parlamento.pt:82/images/winlibimg.aspx?skey=&doc=142322&img=30372&save=true>>.

Resumo: Segundo o autor, persiste em Portugal uma preponderância dos hospitais na prestação dos cuidados de saúde, em grande medida por serem erradamente percecionados pela população como «garante imediato em caso de problemas agudos não graves», o que produz impacto na sobrelotação dos serviços de urgência hospitalar. Diversos estudos realizados levam a concluir que uma melhoria do acesso aos Cuidados de Saúde Primários tem como um dos benefícios a redução do afluxo às urgências. A reforma operada em 2005, com a criação das Unidades de Saúde Familiar, pretendeu atingir esse objetivo, embora o autor reconheça que existem ainda «inúmeras assimetrias entre diferentes regiões do país. Na verdade, o acesso aos CSP apresenta assimetrias assinaláveis, associado à crónica incapacidade para uma completa descentralização com o conseqüente aumento de autonomia das unidades, que estaria inicialmente previsto, mas impedido pela criação dos Agrupamentos de Centros de

Saúde (ACeS).» Relativamente ao impacto positivo das Unidades de Saúde Familiar, o autor afirma que «uma análise comparativa entre as USF e as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) veio comprovar que as primeiras apresentavam uma melhoria ao nível do desempenho assinalável face às segundas, apresentando mesmo as USF Modelo A um nível de produtividade superior em 8,55% face às UCSP, apesar de não parecer haver benefício económico na transição para o modelo B (Teixeira, 2016). Contudo, uma outra análise mais recente promovida pela Comissão para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários indicia que as USF modelo B apresentam mais ganhos em saúde e são mais eficientes que as UCSP, havendo uma estimativa de poupança superior a 100 milhões de euros anuais, caso existisse uma transição de todas as atuais UCSP para USF modelo B (CNRPCS, 2018). Numa outra perspetiva, também a satisfação dos utentes para com as unidades é superior nas USF, e em particular nas USF Modelo B face às UCSP (Ferreira & Raposo, 2015). Tudo isto parece apontar para uma evolução positiva ao nível dos CSP nos últimos anos.»

PESTANA, Joana [et al.] – Necessidade de um novo impulso na reforma dos cuidados de saúde primários : contrariar as desigualdades, integrar os contextos na prática e os determinantes sociais na análise dos desempenhos. In **Saúde [Em linha] : um direito humano : relatório de primavera 2019**. Lisboa : OPSS, 2019. P. 35-69. [Consult. 30 jan. 2023]. Disponível em WWW:<URL:<https://catalogobib.parlamento.pt:82/images/winlibimg.aspx?skey=&doc=127839&img=27119>>.

Resumo: Os autores começam por apontar a importância de Cuidados de Saúde Primários acessíveis, adequados e de qualidade como parte essencial de um sistema de saúde sustentável, efetivo e eficiente, com impactos comprovados na qualidade da prestação de cuidados, na contenção de custos, na maior equidade de acesso, e na satisfação de utentes e profissionais. 13 anos após o início da reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal, o balanço apresentado vai no sentido de considerar que «subsistem dúvidas quanto à sua concretização plena», sendo apresentados como principais constrangimentos «a falta de autonomia de gestão dos ACeS, a falta de governação clínica e de saúde, a falta de uma gestão descentralizada e participada através dos concelhos da comunidade, a falta de investimento nas USP, a escassez de outros profissionais de saúde (técnicos de saúde oral, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, assistentes sociais, entre outros) e a ineficiente gestão de recursos e de

profissionais de saúde, indispensáveis em CSP», sendo ainda manifestada a preocupação pelas «desigualdades no acesso aos CSP, pela perpetuação da prestação de cuidados de saúde em “dois níveis”, ou seja, nas USF e UCSP, com as USF a terem consistentemente melhores resultados nos indicadores de desempenho em comparação com as UCSP». Em contrapartida, são apresentados como aspetos positivos «a criação e manutenção de atividade de 505 USF e de 250 UCC, bem como a substancial mudança no modelo de contratualização, o qual, desde 2017 está a evoluir “de um enfoque demasiado centrado num número limitado de indicadores e metas de processo para um modelo orientado para a melhoria contínua de qualidade e para a obtenção de resultados de saúde”». O estudo apresenta vários indicadores sobre o progresso da implementação de medidas, bem como sobre o seu impacto. Considerando as Unidades de Saúde Familiar como «imagem de marca» da reforma, assinalam que no final de 2018 «existiam 528 USF (274 USF-A e 254 USF-B) e 376 UCSP. As USF estão concentradas em 140 dos 278 concelhos de Portugal Continental, deixando um total de 138 concelhos onde não existe nenhuma USF.» Concluem, por outro lado, que «de uma forma global, a população residente nas áreas geográficas da área de influência das UCSP tem uma proporção significativamente maior de idosos, de mortalidade geral e específica (por diabetes, doenças do sistema circulatório e doenças do sistema respiratório), e um nível significativamente inferior de educação, de rendimento e de poder de compra, do que a população residente na área de influência das USF-A e USF-B», sendo que o «perfil demográfico e socioeconómico da população é geralmente ainda mais favorável na população da área de influência das USF-B.» Já no que toca a internamentos evitáveis, com base nos dados recolhidos entre 2000 e 2015, os autores concluem que «a taxa média [...] foi de 12,2 por 1000 habitantes nos concelhos onde nunca abriu uma USF, de 9,9 por 1000 habitantes onde abriu pelo menos uma USF e de 8,8 nos concelhos onde existe pelo menos uma USF-B.» Detalhando os casos de internamento evitável por patologia, concluem que nos internamentos «por diabetes, doenças do sistema circulatório e doenças do sistema respiratório, a taxa é sempre mais elevada nos concelhos onde nunca abriu uma USF, em comparação com os concelhos com pelo menos uma USF-A, e ainda mais baixa nos concelhos onde existe pelo menos uma USF-B.» Igual tendência é constatada para a utilização de serviços de urgência hospitalar.

PISCO, Luís ; PINTO, Luiz Felipe – De Alma-Ata a Astana : o percurso dos cuidados de saúde primários em Portugal, 1978-2018 e a génese da medicina familiar. **Ciência & Saúde Coletiva** [Em linha]. Vol. 25, n.º 4 (2020), p. 1197-1204. [Consult. 30 jan. 2023]. Disponível em WWW: <URL: <https://catalogobib.parlamento.pt:82/images/winlibimg.aspx?skey=&doc=142325&img=30375&save=true>>.

Resumo: O presente artigo analisa a evolução dos Cuidados Primários em Saúde em Portugal nos últimos 40 anos. Ao longo desse percurso evolutivo, em 2005, surge a Reforma dos Cuidados Primários em Saúde e as novas Unidades de Saúde Familiar «que até setembro de 2019 atendiam cerca de 94% dos cidadãos portugueses, ou seja, mais de nove milhões e meio de pessoas.» Os objetivos definidos nessa reforma prendiam-se com a «obtenção de mais e melhores cuidados de saúde para os cidadãos, aumento da acessibilidade e conseqüente crescimento da satisfação dos utilizadores dos serviços» e, em paralelo, o aumento da «satisfação dos profissionais, criando boas condições de trabalho, melhorando a organização e recompensando as boas práticas», a melhoria da eficiência e a contenção de custos, «eliminando concorrências estruturais, obtendo economias de escala».

PORTUGAL. Serviço Nacional de Saúde. Coordenador Nacional para a Reforma do SNS área dos Cuidados de Saúde Primários – **Coordenação Nacional para a Reforma do Serviço Nacional de Saúde** [Em linha] : **área dos Cuidados de Saúde Primários : Relatório Final : dezembro 2015 – outubro 2019**. Lisboa : Ministério da Saúde. SNS, 2019. [Consult. 30 jan. 2023]. Disponível em WWW:<URL:<https://catalogobib.parlamento.pt:82/images/winlibimg.aspx?skey=&doc=142307&img=30365&save=true>>.

Resumo: O presente relatório apresenta os resultados obtidos no âmbito da reforma dos Cuidados de Saúde Primários, de acordo com o Plano Estratégico e Operacional aprovado em 2016. Contempla as atividades desenvolvidas, com destaque para as principais realizações, mas também para o que ficou por concretizar, e um conjunto de recomendações finais. O Plano corresponde a uma intenção, por parte do Governo, de priorizar a defesa do Serviço Nacional de Saúde, com especial atenção para a concretização da «centralidade da rede de Cuidados de Saúde Primários na política de saúde do país». Como se refere, «foi reconhecida a importância em promover a

articulação entre os vários níveis de cuidados, quer pelo reforço da capacidade de intervenção específica dos CSP, com a criação de mais unidades de saúde, nomeadamente Unidades de Saúde Familiar (USF) e Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), como com o plano de desenvolvimento de cuidados continuados a idosos e a cidadãos em situação de dependência, otimizando os procedimentos relativos ao acesso e utilização integrada da rede de serviços do SNS nos seus diversos níveis.» De resto, afirma o autor que «a evidência científica disponível a nível internacional indica que os sistemas de saúde baseados em cuidados primários, com profissionais altamente treinados e exercendo na comunidade, prestam cuidados com maior efetividade, tanto em termos de custos como em termos clínicos, em comparação com os sistemas com uma fraca orientação para os cuidados primários.»