



ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

**PROJECTO DE LEI N.º 433/VIII**  
**LEI DE BASES DA SAÚDE**

**Exposição de motivos**

I — A Constituição da República Portuguesa, no seu artigo 64.º, estabelece quatro princípios de referência para a protecção do direito à saúde: a universalidade do direito à protecção da saúde, a existência de um Serviço Nacional de Saúde estruturante do sistema de saúde, no contexto da necessidade de desenvolver as condições sociais determinantes do progresso da saúde, a responsabilidade prioritária do Estado no desenvolvimento do sistema de saúde e na sua regulação e o carácter descentralizado e participado da gestão do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Ora, ao longo dos 22 anos que decorrem desde o lançamento do SNS (Setembro de 1979) o sistema de saúde sofreu grandes alterações, que permitiram progressos assinaláveis no nível de saúde dos portugueses. Entre outros, estamos actualmente ao nível de alguns dos países mais desenvolvidos no que diz respeito à mortalidade infantil (que passou entre 1970 e 1990 de 58 para 7 por 1000), e a esperança de vida aumentou no mesmo período de 65 para 75 anos, embora sendo ainda inferior à de outros países desenvolvidos. Mas o mesmo progresso não se regista na mortalidade adulta, na resposta à prioridade da qualidade dos cuidados primários e na prestação de serviços no sistema de saúde em geral, na resolução das assimetrias sociais e espaciais no acesso aos cuidados.

Por isso mesmo a situação da saúde pública em Portugal é muito preocupante. Como é revelado pelo inquérito nacional de saúde, temos das mais elevadas taxas de alcoolismo e de toxicodependência de toda a Europa, registámos em 1998 quatro vezes



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

os casos de SIDA por habitante em relação à média europeia e duas vezes e meia os casos de tuberculose.

Face a estes dados objectivos sobre a situação da saúde pública, mais preocupante se torna a constatação de que temos um sistema de saúde que discrimina os mais pobres e os mais necessitados: a possibilidade de acesso a cuidados de qualidade varia na razão directa da capacidade económica e na razão inversa da necessidade de acesso aos cuidados de saúde.

Uma expressão dessa dramática contradição é a situação actual do consumo de medicamentos. Paradoxalmente, Portugal regista dos maiores índices de consumo de medicamentos entre os países da OCDE. Comparando os gastos totais em produtos farmacêuticos em termos de percentagem do PIB e em termos de paridades de poder de compra, obtém-se para 1987 e para 1997 a seguinte evolução:

### Gastos totais em produtos farmacêuticos

	1987		1997	
	US\$PPP	% PIB	US\$PPP	% PIB
<b>Portugal</b>	<b>119</b>	<b>1,7</b>	<b>308</b>	<b>2,1</b>
Dinamarca	86	0,6	178	0,7
Irlanda	67	0,8	126	0,7
Espanha	98	1,1	244	1,5
Reino Unido	107	0,8	236	1,2
França	194	1,4	352	1,7

F: OCDE



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

Este altíssimo nível de consumo de medicamentos não é uma demonstração de desenvolvimento; antes pelo contrário prova a extrema vulnerabilidade da procura à determinação pela oferta da indústria farmacêutica, o predomínio da sobreprescrição pelos médicos, a sobrevivência de uma cultura consumista e, mesmo, a medicalização extrema de alguns problemas com causas sociais (como o *stress*).

Ora, um inquérito do Departamento de Psicologia da Universidade do Minho, a partir de uma amostra de 3507 utentes e cujos resultados foram conhecidos no início de 2001, prova que os doentes sem dinheiro para medicamentos, e em particular os idosos com falta de recursos, não se tratam mesmo que lhes tenham sido prescritos medicamentos.

O Inquérito Nacional de Saúde de 1987 estabeleceu uma relação entre estado de saúde e a situação social (tomando como *proxy* o nível de escolaridade), demonstrando que essa relação inversa entre acessibilidade e necessidade está estruturada socialmente. Segundo Cipriano Justo, em 1993 a mortalidade infantil era de 8,7 por 1000, mas entre as mães analfabetas atingia o valor excepcional de 19,6, enquanto que entre as mães com curso superior era unicamente de 3,7 por 1000. O mesmo autor indica que, em 1982, a taxa de mortalidade geral era pelo menos duas vezes superior nos segmentos inferiores da pirâmide social, e três vezes no caso das doenças cardiovasculares (Cipriano Justo, *O Estado das Coisas de Estado – Políticas de Saúde em Portugal*, 2001). Embora estas diferenças se tenham reduzido, continuam a ser a marca da profunda desigualdade social no acesso à saúde.

A reforma do sistema de saúde e, em particular, do Serviço Nacional de Saúde que o nucleia, é por isso uma prioridade nacional. Essa reforma de fundo é o objectivo das propostas de lei de bases da saúde e outras que o Bloco apresentou.



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

II — Pretendiam os primeiros constituintes que o Serviço Nacional de Saúde fosse universal, geral e gratuito. Esse desígnio nunca foi cumprido na íntegra. O SNS é universal desde 1978 e geral desde 1984, com a integração dos serviços médico-sociais das antigas caixas de previdência, mas nunca foi gratuito, nem tendencialmente - o que suporia que se aproximaria historicamente da gratuitidade, o que é exactamente o contrário do que se passa. Actualmente, o SNS abrange 76% dos portugueses, tem fronteiras frequentemente indistintas com os interesses privados, tem vindo a ser degradado pela sub-orçamentação, pelo sub-financiamento e pela falta de rigor de gestão e de avaliação. Dessa situação é testemunha a inexistência de relatórios e contas deste serviço desde 1998, o que configura uma situação de grande anormalidade.

Por outro lado, estas deficiências do SNS revelam a fragilidade dos cuidados de saúde em Portugal, que são em grande medida pagos pelas famílias, que suportam cerca de 40% da despesa em saúde, o que é aproximadamente o dobro do esforço verificado em países desenvolvidos com os quais Portugal se compara. Como constata Correia de Campos, «Portugal é dos países da União Europeia em que é mais baixo o peso relativo da componente pública e mais elevado o peso relativo da componente privada, no financiamento das despesas de saúde» (Correia de Campos, *Rastrear o Gasto e o Défice*, INA, 2001).

Os gastos totais com saúde são hoje cerca de 8.2% PIB, confrontados com cerca de 9.6% em França, 8.6% na Holanda ou 14.2% USA (592 contos por habitante, para 165 contos em Portugal), e de 10% de média na UE. Entretanto, cerca de 34% das despesas do SNS são transferências para privados, e temos das medicinas privadas mais caras da Europa. Globalmente gastamos de menos na saúde e o que gastamos, gastamos



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

mal - e é por isso mesmo que uma lógica estritamente economicista ou contabilística da reforma do sistema de saúde é inoperacional e errada, se não for norteada por uma política de qualidade dos cuidados de saúde e de investimento em saúde.

A crise do SNS tem por isso sido analisada e compreendida como uma expressão de um profundo défice democrático. O ex-Director Geral da Saúde, Constantino Sakellarides, apresentava em finais de 1999 o seguinte diagnóstico dessa crise:

«O SNS é hoje um empreendimento que movimenta cerca de mil milhões de contos por ano. Emprega directamente mais de cem mil pessoas. Movimenta importantíssimos sectores da sociedade e da economia portuguesa. E, no entanto, tem sido aparentemente pacífico que este conglomerado de grandes proporções e complexidade, financiado pelos contribuintes através do Estado, tenha crescido consideravelmente durante anos sem as mínimas condições de racionalidade:

— Sem uma estratégia de desenvolvimento explícita com objectivos e mecanismos de implementação dirigidos aos grandes problemas de saúde do País;

— Sem adopção de formas de remuneração do trabalho profissional em saúde que respeite as suas especificidades;

— Sem uma política de promoção da qualidade;

— Sem uma política de recursos humanos que evitasse por antecipação o excessivo envelhecimento das profissões de saúde e as suas exigências específicas, e uma política para as profissões de saúde;

— Sem uma gestão profissionalizada na identificação e controlo de desperdícios que comprometem recursos essenciais;

— Sem qualquer planificação para a modernização da saúde pública portuguesa;

— Sem a concepção de um sistema de informação de saúde capaz de contrariar



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

uma já longa «tradição» de dados colhidos sem objectivos precisos, que se foi degradando por falta de análise e utilização apropriada, incapaz de produzir indicadores de desempenho e resultado que façam sentido.

É destas graves omissões que tem sofrido ao longo dos anos o sistema de saúde português.» (Constantino Sakellarides, *A Saúde em Tempo de Mudança*, relatório da DGS, Novembro de 1999).

Dessas omissões herdamos um sistema de saúde com gravíssimos problemas.

Portugal, que tem tantos médicos por habitante como a França, e mais do que o Reino Unido, a Suécia, a Irlanda ou a Finlândia (3,2 médicos, mas está em último lugar com os seus 0,8 farmacêuticos e 0,2 dentistas por 1000 habitantes) tem, apesar disso, uma distribuição geográfica inapropriada: cerca de um quarto dos médicos está na região de Lisboa (assim a relação entre os médicos e a população é de 1/176 em Lisboa mas de 1/700 na Covilhã).

A distribuição etária é igualmente preocupante: como 41% dos actuais médicos se reforma em 2005, e dentro de 15 anos cerca de três quartos dos actuais médicos já não estará a trabalhar, o sistema tornar-se-à pura e simplesmente inoperacional, a não ser que sejam alteradas as estruturas de formação ou contratados profissionais imigrantes em número suficiente. Ora, as duas novas faculdades de medicina, do Minho e da Beira Interior, terão 110 alunos por ano e, atendendo a que são precisos 11 a 14 anos para formar um especialista, não bastarão para resolver a falta de médicos. Ao mesmo tempo, vive-se desde já uma incontornável falta de enfermeiros, da ordem de mais de uma dezena de milhar, e faltam ainda auxiliares de acção médica, cuja integração e formação profissional poderia libertar enfermeiros de outras tarefas que



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

actualmente cumprem.

Ao nível dos cuidados primários, esta crise é igualmente visível: dos 388 centros de saúde, raros são os que dispõem de capacidade para pequenas intervenções. Desde os anos 80 as consultas de pediatria, ginecologia e obstetrícia e de outras especialidades foram desarticuladas; faltam meios auxiliares de diagnóstico. Não há, portanto, condições nestes centros, nem em número e qualificação dos profissionais de saúde, nem em equipamentos, incluindo meios auxiliares de diagnóstico, capacidade de internamento e de resposta satisfatória a urgências de primeira linha para os quais são vocacionados.

III — A crise é agravada pelo descontrolo da gestão do SNS, que tem crescido ao longo do tempo.

Os dados são conclusivos: «Ao longo de seis anos, de 1995 a 2000, a dotação inicial adicionada atingiu 4,144 milhões e a dotação final 4,431 milhões de contos, com a segunda a acrescer à primeira à média anual de 7.2%. Ao longo do período os 287 milhões de contos de diferença do final para o inicial, acrescidos dos 387 milhões de contos mobilizados para a regularização da dívida, atingem 675 milhões de contos, ou seja, 16.3% do somatório das dotações iniciais para o mesmo período. Por outras palavras, globalmente, para o conjunto dos anos que vão de 1995 a 2000, admitindo que todos os recursos concedidos foram bem geridos, a sub-orçamentação inicial do SNS ronda os 16%» (Correia de Campos, *ibid.*).

Em consequência deste descontrolo, resultado da prática acumulada de sub-orçamentação, de falta de credibilidade dos contratos e orçamentos, de falta de rigor na gestão, de facilitação dos interesses privados e dos lobbies instalados, as contas do SNS no ano de 2001 voltam a aproximar-se de um déficit vertiginoso. Apesar de a Ministra



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

da Saúde ter anunciado um déficit zero para o exercício e a redução do déficit acumulado de 336 para 206 milhões de contos, as projecções actualmente possíveis indicam que estes objectivos não se podem cumprir e que, pelo contrário, o déficit acumulado pode vir a ultrapassar os 400 milhões, o dobro do que estava previsto, dado que o déficit de 2001 pode atingir cerca de 186 milhões. Deste modo, e ainda segundo os cálculos de Correia de Campos, poderemos ficar perto de um déficit da ordem de 42% do orçamento inicial de 2001, o que, a verificar-se, só terá sido ultrapassado em 1998.

Ora, esta situação é tanto mais grave quanto o actual Ministério da Saúde dispôs da maior regularização da dívida jamais praticada, que foi de 277 milhões de contos no final de 1999, através de um orçamento rectificativo então explicado pela necessidade de proteger e reformar o SNS.

Por outras palavras, estamos em situação de pré-colapso porque, não tendo sido realizada nenhuma reforma de fundo nem quanto à qualidade dos cuidados de saúde nem quanto à forma da sua gestão, o financiamento deixa de obedecer a regras explícitas e controláveis e passa a ser uma forma de promover os poderes obscuros de que sucessivos responsáveis governamentais se queixam sem conseguirem tomar qualquer iniciativa sustentada. O fracasso é ainda marcado pelo facto de as potencialidades de gestão introduzidas pela legislação vigente não foram aproveitadas: o Conselho Nacional de Saúde não funciona, a administração central do SNS não existe e, portanto, os órgãos de coordenação do SNS ficaram por criar - e, em consequência, muita da mais importante legislação aprovada ficou por aplicar.

Assim, sem planeamento do uso dos recursos, vão sendo tomadas decisões desconexas e incoerentes, como a construção de três hospitais num raio de 50 km





## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

(Abrantes, Torres Novas e Tomar), o que determinou que a União Europeia se recusasse a financiar dois deles, havendo ainda simultaneamente um notório subfinanciamento dos Hospitais de Santarém e Leiria, que tem impedido o desenvolvimento das suas capacidades de resposta.

IV — Esta inacção contrasta nitidamente com a promessa apresentada pelo partido vencedor das últimas eleições, que no seu Programa do Governo garantia que «Chegou a hora de nos comprometermos solenemente com os portugueses no que toca a uma melhoria do sistema de saúde. É indispensável ao País um sistema de saúde mais eficiente, que preste melhores serviços aos cidadãos e de qualidade reconhecida. Na próxima legislatura caminharemos decididamente nesse sentido (...). Chegou a hora da promoção da saúde como grande prioridade.».

Mais ainda: apresentava o PS a proposta de um novo «contrato para a saúde», com prioridades que podiam ser concretizadas e que podiam ser verificadas: «O que propomos aos portugueses é um novo ‘contrato para a saúde’, com seis elementos fundamentais: o acesso aos cuidados de saúde; a qualidade; a protecção e segurança; a promoção da saúde; a gestão e as profissões. As seis componentes serão avaliadas e revistas anualmente e serão tomadas as medidas necessárias para sustentar as obrigações do Estado nesse contrato, no âmbito de um conjunto de medidas que consideramos prioritárias nesse domínio» (Programa do Governo do PS para as eleições de 1999).

Assim, a saúde foi anunciada como a prioridade do Governo para esta Legislatura.

Um ano e meio depois, e na ausência de medidas que configurassem essas reformas, o Governo apresentou ao Parlamento um diploma - as Grandes Opções do



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

Plano para 2001 -, em que anunciava a apresentação de uma proposta de nova lei de bases da saúde e de um novo estatuto do SNS, de um novo estatuto jurídico hospitalar, de uma redefinição dos cuidados de saúde primários com o desenvolvimento dos centros de saúde da 3.<sup>a</sup> geração, de um novo sistema de garantia de qualidade e, ainda, de uma nova política do medicamento. Nenhuma dessas iniciativas legislativas foi apresentada até hoje.

No entanto, uma parte dessas questões fora tratada pelo anterior Ministério da Saúde, depois da apresentação do SNS21 e, nomeadamente, em legislação que não tem sido cumprida e, de um modo mais geral, no documento Saúde, um compromisso, revisto em 1999, que sugeria uma nova estratégia de gestão que, assente na separação das funções financiadora, reguladora e prestadora de serviços, procurava criar os instrumentos legislativos para lhes dar corpo, nomeadamente definindo um modelo contratual com orçamentos e contratos-programa que permitisse introduzir mecanismos de controlo de eficiência em níveis intermediários de gestão.

Esse conjunto de propostas reformadoras articulava-se em quatro propostas estruturantes: os sistemas locais de saúde, os centros de saúde da 3.<sup>a</sup> geração, os centros de responsabilidade integrada nos hospitais e a definição das funções Agência nas ARS.

A presente proposta recupera essas iniciativas e dá-lhes corpo no contexto da definição geral das bases do sistema de saúde.

Ao apresentar este projecto de lei de bases da saúde pretende o Bloco de Esquerda convocar o debate nacional sobre a reforma urgente da saúde e do SNS, recuperar as iniciativas recentes que para isso contribuíam, definindo critérios de planeamento, controlo e gestão descentralizada no SNS, aumentando a participação dos



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

cidadãos e, portanto, a adequação entre os recursos e as prioridades.

V — A saúde não pode ser tratada simplesmente como um mercado. A ser assim seria das mais irracionais dos mercados, dada a extrema assimetria de informação e de poder entre os seus operadores e entre eles e os utentes, tratando-se ainda de uma economia oligopolizada, isto é, com forte poder de condicionamento por parte de alguns dos operadores. Mais ainda: a informação é predominantemente dirigida e controlada pela indústria farmacêutica, e é um dos instrumentos do seu poder económico que os governos não quiseram controlar nem limitar.

Por parte dos poderes públicos a dificuldade de controlo orçamental é também notória, dado que existe uma separação óbvia entre o prestador do serviço que toma a decisão terapêutica e a decisão económica que a pretende regular.

Por tudo isto, o presente projecto de lei rejeita vigorosamente a ideia liberalizadora e privatista que tem vindo a ser defendida e que constituiria o naufrágio do SNS, para abrir as portas a uma generalização de uma medicina socialmente ainda mais discriminadora, o que constituiria uma forma brutalmente injusta de anular o direito universal à prestação dos cuidados de saúde.

O resultado das iniciativas privadas tem sido, aliás, uma demonstração categórica da sua incapacidade em fornecer um serviço de qualidade a preço socialmente aceitável.

No caso do Hospital da Cruz Vermelha foi mesmo preciso um negócio com o Governo que garantiu que, em vez do recurso natural ao Hospital do Coração e a Santa Marta, os cuidados em cardiologia pediátrica e urologia seriam desviados para a Cruz Vermelha. Ao mesmo tempo, o Governo decidiu, em 1998, que a Partest compraria 45% deste hospital privado, a um preço que decuplicava o seu valor de mercado (as



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

acções foram compradas a 10 400 escudos, quando valiam 1006), o que permitiu regularizar o passivo injectando desta forma 2,3 milhões de contos na empresa, e estabelecendo ainda um acordo por cinco anos que garante 80% da facturação da unidade.

O Tribunal de Contas publicou um relatório em que denuncia este acordo, considerando que «não cabe ao Estado apoiar uma instituição privada com dinheiros públicos para sanar passivos para os quais o Estado em nada contribuiu, para mais desconhecendo-se a origem de tal situação».

No Hospital da Feira, que foi entregue pelo Governo a um regime de administração segundo regras empresariais privadas, foi sendo criada uma cultura de irresponsabilidade social que leva a administração a considerar que o poder de compra deve discriminar os tratamentos aos doentes.

Assim, na deliberação do conselho de administração n.º 5, de 20 de Setembro de 1999, escreve-se que «o interesse do doente é também salvaguardado, pois é legítimo os mais ricos poderem pagar para escolher o médico e serem internados em melhores condições hoteleiras, ao mesmo tempo que, sendo atendidos e tratados fora dos tempos normais de trabalho do hospital, estão potencialmente a libertar vagas para outros a serem tratados nesses períodos».

A definição das regras de gestão do SNS deve permitir evitar estas situações. Por outro lado, o serviço público deve cobrir todas as áreas em que são necessários cuidados de saúde, nomeadamente com a inclusão de dentistas nos hospitais e centros de saúde, e com a expansão para aqueles sectores em que o privado continua a dominar: a radiologia, as análises clínicas, a fisioterapia, a oftalmologia, a hemodiálise e, em geral, as consultas.



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

Assim, pretende-se iniciar a separação clara entre os sectores público e privado no sistema de saúde, objectivo que tem sido ao longo dos anos anunciado e proposto por diversas forças políticas e governos, sem que, no entanto, tenha jamais sido concretizado de forma conclusiva. O combate ao peso dos lobbies no sector da saúde - que dominam ou influenciam um sector e um mercado que é dos mais importantes do ponto de vista da economia nacional - só pode ser desenvolvido em função dessa separação, que é uma prioridade democrática. Mas os lobbies presentes no sistema de saúde são poderosos e têm elevada capacidade de adaptação, sejam os interesses corporativos de profissionais de saúde sejam os representantes dos interesses económicos das farmácias privadas ou dos produtores de medicamentos. Por isso mesmo, deve-se definir regras, incluindo a da transparência das decisões e da articulação das medidas de controlo e de gestão, para garantir os objectivos sociais de um sistema de saúde de qualidade como condição de cidadania.

A experiência tem indicado que a indústria farmacêutica, em particular, tem sido capaz de contornar as políticas do medicamento, seja lançando novas moléculas, seja determinando o mercado dos genéricos, seja usando estratégias de preço ou de volume para influenciar a procura. A resposta das políticas públicas a este poder de mercado deve assentar na articulação de múltiplos elementos de gestão dos sistema de saúde, em particular garantindo a transparência das decisões, a informação sobre os cuidados de saúde, os seus orçamentos e os seus custos, de modo a definir um objectivo social para a saúde, que condicione a actividade privada e pública.

Pelas mesmas razões, o Bloco de Esquerda opõe-se à ideia de que o factor preço deva ser a principal condicionante racionalizadora do sistema. Foi com essa lógica que foram introduzidas as «taxas moderadoras» que, como a designação indica, procuravam racionalizar a procura em função do preço dos serviços. Ora, a experiência demonstrou



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

categoricamente que esse condicionamento foi irrelevante para os fins propostos, e que, pelo contrário, conduziu a um agravamento das injustiças sociais e da discriminação no acesso à prestação dos cuidados de saúde. Um mercado de medicamentos que é dos mais caros da Europa não deixou de conviver com uma cultura consumista e prescricionista, mesmo que os mais pobres frequentemente não usem os medicamentos que deviam. Fixar um preço não impediu o congestionamento das unidades hospitalares com urgências artificiais. Por outras palavras, perante a emergência e o sentido de temor pela saúde, o factor preço foi inútil para racionalizar a procura e tornou-se um mero expediente para financiar parcialmente a oferta pública. O presente projecto desenvolve uma estratégia alternativa, procurando racionalizar a prescrição de medicamentos, qualificar os centros de saúde e estimular a qualidade dos cuidados primários, desconcentrar os serviços, aumentar a participação cidadã como um critério de qualidade fundamental, e dessa forma combinar políticas de oferta e de procura para racionalizar o sistema de saúde em função das metas democraticamente definidas para o seu desenvolvimento.

VI — O Bloco de Esquerda é defensor do princípio da criação de um sistema de saúde público unificado e, portanto, da substituição da actual situação de pluralidade de sub-sistemas por uma outra de um sistema de referência na prestação dos cuidados de saúde, um regime público para o qual todos contribuem de acordo com os seus rendimentos e do qual todos beneficiam de acordo com as suas necessidades.

Mas esse princípio de unificação não pode ser aplicado independentemente das circunstâncias que se vivem em Portugal. Hoje a ADSE funciona de facto como um seguro complementar de saúde, ou como um re-seguro, garantindo um grau de



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

cobertura superior ao do regime geral através de uma dupla financiamento pelo cidadão: como contribuinte e como funcionário público pelos seus descontos para o sub-sistema. Outro sub-sistema, o SAMS, tem um estatuto e funcionamento diferente, sendo uma agência com serviços próprios e sendo financiado predominantemente pelo empregador.

Neste contexto, a unificação imediata dos sub-sistemas arriscava-se a conduzir a curto prazo a um efeito perverso, nivelando por baixo a prestação de cuidados de saúde e descomprometendo da sua responsabilidade a banca, que pela relação de forças reivindicativa dos seus trabalhadores aceitou o compromisso com o financiamento do serviço.

Por isso, a aplicação desta lei de bases apresentada pelo Bloco de Esquerda, no contexto dos diversos sub-sistemas, permite dar um passo fundamental na aproximação à sua unificação, melhorando a qualidade do investimento público e, em consequência, dos cuidados de saúde no regime geral, e abre a possibilidade, em função da avaliação futura desse progresso, de definir a incorporação dos sub-sistemas.

VII — A actual Lei de Bases da Saúde, a Lei n.º 48/90, deve ser substituída. Deve ser substituída porque o seu princípio orientador, o da partilha da responsabilidade na protecção dos direitos aos cuidados de saúde, conduz a uma desresponsabilização do Estado sem definir os contornos de uma participação activa dos cidadãos. Por outro lado, neste projecto de lei aceita-se o princípio da complementaridade entre o público e o privado, mas rejeita-se o princípio da concorrência e da privatização do SNS.

E deve a actual lei de bases ser substituída por uma lei que consolide os novos instrumentos de planeamento e de desenvolvimento do Serviço Nacional de Saúde, que



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

regule a telemedicina e as novas formas de circulação e processamento da informação em saúde e que defina novas políticas para a separação entre o público e o privado.

Outra alteração fundamental apresentada por esta iniciativa legislativa diz respeito à definição de um critério de separação entre os sectores público e privado, que tem constituído uma promessa nunca cumprida - muito menos agora quando o Governo desenvolve propostas que vão no sentido de uma crescente privatização do Serviço Nacional de Saúde. Ao estabelecer uma carreira no SNS, que exclui qualquer prestação no sector privado, o BE defende que existe um conflito de interesses fundamental quando um profissional trata os mesmos doentes na mesma área, na mesma especialidade, tanto no sector público como no sector privado. E que a solução para esse conflito de interesses é a definição de uma carreira no SNS, com estatuto remuneratório qualificado, com exclusividade e em tempo completo prolongado. Essa reforma fundamental é o único caminho para introduzir um novo critério de rigor na gestão do SNS e uma melhoria generalizada na capacidade de atendimento e de resposta do SNS.

Se o objectivo da política de saúde é manter as pessoas mais anos sem doenças e com melhor qualidade de vida, então o sistema de saúde deve mobilizar as capacidades da escola, da informação e educação para a saúde incluindo sobre sexualidade ou nutrição, tal como deve agir no combate aos acidentes de trabalho ou rodoviários, tal como deve incidir sobre as políticas de combate à toxicodependência e, ainda, nos acidentes domésticos, tal como deve incidir sobre as políticas de combate à toxicodependência. A lei de bases deve, portanto, responder a este conjunto de prioridades, constituindo um referencial de estabilidade e de definição para o conjunto do sistema de saúde. Esse é o sentido do actual projecto de lei.





## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

O projecto que segue é beneficiário da proposta apresentada pela equipa dirigida pelo Professor Sérvulo Correia, a pedido da então Ministra Maria de Belém, nomeadamente retomando alguns dos seus artigos, embora a organização do texto seja distinta e algumas das soluções legislativas fundamentais sejam diversas. Essa proposta de lei, que foi desenvolvida por uma equipa sob mandato do Ministério, acabou por não ser submetida a Conselho de Ministros e foi esquecida desde então, justificando-se que volte a debate público para uma melhor decisão sobre as questões fundamentais da política de saúde. Justifica-se igualmente retomar algumas das suas linhas de força, dado que representam uma orientação para o desenvolvimento do sistema de saúde e para a consolidação do Serviço Nacional de Saúde. O actual projecto é igualmente beneficiário da intervenção de profissionais de saúde e do debate público que tem vindo a ser desenvolvido sobre o tema desde então.

Pretende este projecto de lei de bases da saúde introduzir uma medicina centrada na pessoa e repudia, em consequência, uma visão tecnocrática da ciência, favorecendo, em alternativa, uma visão humanista. Reconhece, por isso, este projecto de lei que o doente é parte integrante da terapêutica, que uma parte relevante da doença é constituída por doenças crónicas em que os doentes são os controladores do tratamento. Nesse sentido, a educação terapêutica e a educação para a saúde são essenciais - e é por essa mesma razão que importa reformar o Sistema Nacional de Saúde, aproximar os especialistas, desenvolver consultas nos centros de saúde, definir o médico assistente como o eixo do acompanhamento das pessoas, ao passo que os hospitais e outros centros especializados são consultores e prestadores de serviços e técnicas terapêuticas avançadas.

Em particular, o presente projecto de lei:



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

- 1) Define regras para a separação entre público e privado, terminando a situação de acumulação de funções públicas e privadas nas unidades do SNS;
- 2) Define as carreiras de profissionais do SNS, com novas condições de trabalho e remuneração;
- 3) Consolida a separação das funções reguladora, prestadora e financiadora no SNS, permitindo o controlo, obrigando à prestação de contas e determinando a busca de eficiência social do serviço;
- 4) Introduce e operacionaliza os conceitos de investimento em saúde e de qualidade em saúde;
- 5) Define o papel dos instrumentos de gestão participada como os orçamentos de prescrição, os centros de responsabilidade, no âmbito de novas formas de contratualização, monitorização e avaliação;
- 6) Estabiliza o papel essencial dos sistemas locais de saúde;
- 7) Define regras para a telemedicina e para a teleconsulta e, ainda, para a publicidade a produtos e actos médicos;
- 8) Define a participação cidadã como uma regra fundamental da decisão e do planeamento do sistema de saúde;
- 9) Amplia, em consequência, a participação dos utentes e define o lugar das comissões de utentes e das comissões de acompanhamento das unidades do SNS;
- 10) Impõe o princípio da prescrição por Denominação Comum Internacional, por substância activa ou por nome genérico, e não por nome de marca, no SNS;
- 11) Aponta para novas políticas de comparticipação e de medicamentos, que acabe com o financiamento de medicamentos sem utilidade terapêutica e conduza a preços mais baixos;



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

12) Cria as farmácias públicas em todo o SNS;

13) Define as regras a que deve obedecer a investigação e formação dos profissionais de saúde, que deve ser prioritariamente estimulada, terminando com a situação de financiamento da formação pela indústria farmacêutica e de definição dos graus e dos exames pela Ordem dos Médicos;

14) Proíbe a clonagem de seres humanos;

15) Recusa o patenteamento do código genético;

16) Enquadra legalmente as medicinas não convencionais e outras práticas terapêuticas.

Deste modo, a Lei de Bases da Saúde introduz uma alteração fundamental na situação actual do sistema de saúde. Combatendo as políticas privatizadoras, propõe a reforma do SNS e a sua qualificação como um direito democrático essencial em Portugal.

Nestes termos, e no cumprimento das disposições constitucionais e regimentais, os Deputados do BE apresentam o seguinte projecto de lei:



ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

## **LEI DE BASES DA SAÚDE**

### **Capítulo I**

#### **Sistema de saúde e direitos fundamentais**

##### **Secção I**

##### **Objectivo fundamental do sistema de saúde**

###### **Base I**

###### **(Objectivo fundamental do sistema de saúde)**

A presente lei estabelece as bases do sistema de saúde, concretizando o objectivo fundamental do sistema de saúde, que é princípio constitucional do direito à protecção da saúde, e determinando os princípios e regras pelos quais se rege o investimento em saúde, bem como a organização, funcionamento e desenvolvimento do sistema de saúde.

##### **Secção II**

##### **Realização do direito à protecção da saúde**

###### **Base II**

###### **(Direito à protecção da saúde)**

1 — A realização do direito à protecção da saúde pressupõe a criação e o



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

desenvolvimento de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam níveis de vida e de trabalho saudáveis e compreende o acesso às prestações de saúde promotoras, preventivas e terapêuticas necessárias, apoiadas em políticas de saúde pública adequadas.

2 — A realização do direito à protecção da saúde, em todas as suas vertentes e nas suas manifestações individuais e colectivas, constitui o fundamento e a finalidade primeira do sistema de saúde, devendo todos os recursos do sistema ser utilizados na sua prossecução.

3 — A legislação sobre saúde é de interesse e ordem públicos, pelo que a sua inobservância implica responsabilidade penal, contra-ordenacional, civil e disciplinar a prever e punir por lei.

### **Base III**

#### **(Tarefas do Estado)**

1 — O Estado cumpre no âmbito do sistema de saúde a tarefa de obtenção de um alto nível de protecção da saúde humana, que deve ser assegurado por via da definição e implementação de todas as políticas e actividades públicas, incluindo o investimento em saúde, a formação de profissionais de saúde e a definição da organização do sistema de saúde de modo a desenvolver, distribuir e utilizar da melhor forma os recursos existentes.

2 — Em função da responsabilidade do Estado pela realização do direito à protecção da saúde é desenvolvido o Serviço Nacional de Saúde, que constitui o núcleo estruturante do sistema de saúde e que deve garantir o acesso de todos às prestações de saúde necessárias.



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

3 — O Estado zela pela adequação do sistema de saúde aos direitos dos utentes e à realização do interesse público, procedendo à regulação e ao controlo das formas de exercício privado da medicina e da produção, distribuição, comercialização e uso de produtos farmacêuticos e de outros meios de diagnóstico e tratamento.

4 — O Estado programa e executa uma política de investimento em infra-estruturas e equipamentos que propiciem as melhores condições possíveis ao exercício das diversas actividades de saúde.

5 — O Estado coordena a intervenção na prevenção, educação e promoção dos cuidados de saúde dos vários departamentos governativos que superintendem as actividades públicas no âmbito da educação, emprego, desporto, urbanismo, habitação, ambiente, economia, sistema fiscal e segurança social e outros relevantes.

### **Base IV**

#### **(Objectivos da política de saúde)**

1 — A política de saúde é definida pelo Governo, cabendo ao Ministro da Saúde a responsabilidade da sua iniciativa, para além do dever de promover e fiscalizar a respectiva execução através da acção dos órgãos e serviços centrais do Ministério da Saúde e da coordenação com outros ministérios.

2 — Constituem objectivos da política de saúde:

a) Promover a defesa e a prevenção da saúde, através da melhoria continuada do sistema de saúde e do estabelecimento de metas e objectivos de saúde;

b) Orientar o sistema de saúde para os seus utentes, nas tarefas de planeamento e



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

de distribuição de recursos, de organização e funcionamento dos serviços e nas prestações de saúde;

c) Desenvolver o investimento em saúde, para dotar o sistema da capacidade de responder às necessidades sociais;

d) Fomentar a responsabilidade na realização das prestações de saúde e na sua utilização, tanto aos níveis da gestão e organização dos serviços como aos da prestação directa e dos utilizadores;

e) Fazer evoluir o sistema de saúde para um modelo de prestações racionalizadas, centrado no médico de família, privilegiando a intervenção precoce e garantido a integração e continuidade dos cuidados;

f) Ampliar a criação de alternativas técnicas e humanamente adequadas para os doentes de evolução prolongada e em particular para os idosos;

g) Promover a protecção da saúde dos grupos sujeitos a maiores riscos, como crianças e adolescentes, grávidas, idosos, deficientes e toxicodependentes, e ainda de trabalhadores cuja profissão o justifique;

h) Promover a participação das comunidades e dos cidadãos na definição, planeamento e controlo das políticas de saúde.

### **Base V**

#### **(Autarquias locais)**

1 — As autarquias locais participam na realização do direito à protecção da saúde, bem como no desenvolvimento do sistema de saúde, no âmbito das suas atribuições.

2 — A intervenção das autarquias manifesta-se, nomeadamente, no apoio aos



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

sistemas locais de saúde a que pertençam, na participação nos órgãos de acompanhamento e avaliação do sistema de saúde, bem como no planeamento da rede de estabelecimentos prestadores e do investimento em saúde.

### **Base VI** **(Cooperação internacional)**

1 — O Estado português reconhece a indivisibilidade da saúde na comunidade internacional, assume as responsabilidades que lhe cabem nesta área e apoia as organizações internacionais de saúde, nomeadamente a Organização Mundial de Saúde, desenvolvendo uma política que tenha em conta as suas orientações e garantindo o cumprimento dos compromissos internacionais assumidos.

2 — Como membro da União Europeia, o Estado português intervém na tomada de decisões em matéria de saúde a nível comunitário, participando nas acções europeias para promoção e defesa da saúde, tendo em conta as decisões europeias e assegurando o cumprimento dos compromissos internacionais assumidos.

3 — O Estado assume como tarefa a cooperação internacional no âmbito da saúde, em particular com os membros da Comunidade de Países de Língua Portuguesa, promovendo e apoiando as iniciativas públicas e privadas tomadas nesse âmbito.





## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

### **Secção III**

#### **Sistema de saúde**

#### **Base VII**

##### **(Noção de sistema de saúde)**

O sistema de saúde é o conjunto articulado de todos os recursos humanos e materiais que tem como núcleo estruturante o Serviço Nacional de Saúde e que abrange as instituições e actividades que o Estado, as regiões autónomas, as autarquias locais e outros sujeitos públicos e privados desenvolvem para assegurar a realização regular e contínua de prestações de saúde promotoras, preventivas e terapêuticas, bem como para a realização de todas as restantes vertentes do direito à protecção da saúde.

#### **Base VIII**

##### **(Elementos do sistema de saúde)**

O sistema de saúde integra, entre outros, os seguintes elementos:

- a) Os utentes;
- b) O Ministro da Saúde;
- c) Os órgãos e serviços centrais do Ministério da Saúde;
- d) As pessoas colectivas públicas sob superintendência e tutela do Ministro da Saúde;
- e) Os subsistemas de saúde;
- f) Os sistemas regionais de saúde;



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

- g) Os sistemas locais de saúde;
- h) Os estabelecimentos prestadores públicos e privados;
- i) Os profissionais de saúde;
- j) Os estabelecimentos do ensino superior e centros de investigação na área da saúde;
- l) As associações de utentes, organizadas para a promoção e defesa da saúde.

### **Base IX**

#### **(Objectivos do sistema de saúde)**

1 — Para a realização do direito de todos à protecção da saúde os elementos do sistema de saúde devem articular-se com vista à melhoria do nível de saúde da população e da qualidade das prestações de saúde, e à racionalização da utilização dos recursos para tais fins.

2 — O sistema de saúde orienta-se para a protecção e garantia da dignidade e integridade da pessoa humana, devendo a lei regular a existência de comissões de ética nos estabelecimentos prestadores.

3 — O sistema de saúde garante a defesa da identidade genética de cada indivíduo.



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

### **Base X**

#### **(Princípios do sistema de saúde)**

Constituem princípios que regem a organização, funcionamento e desenvolvimento do sistema de saúde:

a) Universalidade, garantindo que todos estejam cobertos por esquemas de promoção e protecção da saúde e por serviços prestadores;

b) Generalidade, determinando que o acesso aos meios de protecção da saúde englobe todos os tipos de prestações de saúde;

c) Solidariedade, impondo que a contribuição para o financiamento da saúde deva ser de todos na medida dos seus rendimentos, sendo exercida fundamentalmente através do sistema fiscal que financia o Serviço Nacional de Saúde;

d) Equidade, determinando que os recursos afectos ao sistema devam ser distribuídos entre os indivíduos e grupos sociais de acordo com as suas necessidades;

e) Qualidade, impondo uma melhoria contínua do nível dos cuidados de saúde, corrigindo os seus erros, omissões e insuficiências através de um mecanismo de debate participado, para a identificação e priorização de programas explícitos em objectivos identificados e monitorizados;

f) Integração, impondo que os diversos cuidados de saúde e acções terapêuticas sejam coerentemente articulados entre si;

g) Continuidade, determinando que os cuidados de saúde sejam continuados de forma humanizada e respeitadora do doente no período pós-internamento hospitalar ou em modelos alternativos ao internamento hospitalar.



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

### **Base XI**

#### **(Subsistemas de saúde)**

1 — Os subsistemas de saúde são os sujeitos que, nos termos da lei ou dos seus estatutos, assegurem prestações de saúde, ou participem financeiramente nos correspondentes encargos, a universos limitados de utentes e que sejam financiadas por contribuições dos respectivos beneficiários ou por outros sujeitos, designadamente empregadores.

2 — Os subsistemas de saúde públicos devem articular-se com o Serviço Nacional de Saúde em matéria de prestações de saúde e financiamento.

3 — Os subsistemas de saúde privados podem acordar com o Instituto de Financiamento da Saúde a gestão das prestações de saúde dos seus beneficiários mediante contrapartidas financeiras devidamente contratualizadas.

### **Secção IV**

#### **Investimento em saúde**

### **Base XII**

#### **(Investimento em saúde)**

O investimento em saúde é todo o investimento em infra-estruturas e tecnologias de saúde e também todo o investimento na formação e na qualidade das capacidades humanas na prestação dos cuidados de saúde, bem como na sua organização e desenvolvimento.



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

### **Base XIII**

#### **(Decisão sobre investimento em saúde)**

1 — O investimento em saúde corresponde à escolha de orientações prioritárias em função de metas para o sistema de saúde, cuja definição envolve os órgãos de soberania, as comunidades dos profissionais de saúde, os órgãos coordenadores do Serviço Nacional de Saúde e outros prestadores públicos e privados.

2 — O investimento em saúde deve ser regularmente avaliado, sendo os resultados da avaliação submetidos ao debate público.

### **Base XIV**

#### **(Ensino superior e centros de investigação)**

1 — Os estabelecimentos do ensino superior e os centros de investigação na área da saúde são elementos do sistema de saúde vocacionados para a prossecução do objectivo de progresso do conhecimento nas ciências médicas, biológicas e químicas relacionadas com a saúde e realizam essa actividade tendo por princípio orientador a protecção da saúde como valor máximo a promover e salvaguardar.

2 — O financiamento dos estabelecimentos do ensino superior e dos centros de investigação na área da saúde será coordenado pelas áreas governativas da educação, da investigação científica e tecnológica e da saúde, e é parte do investimento em saúde.



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

### **Base XV**

#### **(Planeamento de investimento em infra-estruturas)**

1 — Ao Governo compete a apresentação da Carta de Equipamentos de Saúde, que regista as unidades prestadoras de cuidados de saúde de todos os tipos e define o planeamento de investimento em infra-estruturas.

2 — A definição da evolução da rede hospitalar e de centros de saúde depende de debate público, incluindo a participação das autarquias.

### **Capítulo II**

#### **O cidadão no sistema de saúde**

#### **Secção I**

#### **Direitos e deveres do cidadão no sistema de saúde**

### **Base XVI**

#### **(Direitos e deveres do cidadão)**

1 — O cidadão tem o direito à melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde e à participação na definição das políticas de saúde, e tem o dever de colaborar no desenvolvimento do sistema de saúde.

2 — Como cidadão, tem o direito a participar na elaboração das políticas de saúde, e a receber a prestação de contas e informação devida pelos que exercem a sua representação.



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

3 — Como contribuinte, tem o direito a toda a obter informação necessária e pertinente e a responsabilizar os gestores do sistema de saúde, a todos os seus níveis, pela qualidade da prestação dos cuidados de saúde.

4 — Como utente, tem o direito à protecção do direito à saúde.

### **Base XVII** **(Direitos do utente)**

1 — São, no âmbito do sistema de saúde, direitos do utente:

a) Ser informado, quando assim o pretender, sobre a sua situação de saúde, a natureza e os fins do tratamento, suas consequências e riscos e evolução provável do seu estado;

b) Escolher outra pessoa que deva receber em seu lugar a informação a que alude a alínea anterior;

c) Decidir, livre e esclarecidamente, a todo o momento, receber ou recusar as prestações de saúde, incluindo as intervenções diagnósticas e terapêuticas, salvo disposição especial da lei;

d) Ser informado e escolher livremente, podendo e querendo, entre práticas terapêuticas alternativas, salvo disposição especial da lei;

e) Ser tratado pelos meios adequados, humanamente e com prontidão, correcção técnica, privacidade e respeito;

f) Ter rigorosamente respeitada a confidencialidade dos dados pessoais revelados pelo próprio ou apurados através do diagnóstico e do tratamento;

g) Não ser discriminado em função do seu património genético;



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

h) Não ser sujeito, a não ser sob aconselhamento apropriado e para fins exclusivos de tratamento ou investigação médica, a testes de previsão de doenças genéticas ou que permitam quer a identificação do sujeito como portador do gene responsável por uma doença quer a detecção de uma predisposição ou de uma susceptibilidade genética relativamente a certa doença;

i) Não ser objecto de investigação científica no domínio da biologia e da medicina sem consentimento livre e esclarecido a todo o momento revogável e sem a verificação de requisitos de seriedade e justificação da projecto, nos termos definidos por lei;

j) Reclamar e fazer queixa sobre a forma como for tratado e exigir dos responsáveis indemnização pelos prejuízos sofridos;

k) Constituir organizações que o representem e defendam os seus interesses;

l) Constituir organizações que colaborem na realização de finalidades do sistema de saúde, nomeadamente sob a forma de associações de utentes para promoção e defesa da saúde.

2 — A par dos direitos referidos no número anterior, o utente do Serviço Nacional de Saúde goza, nessa qualidade, de direito a:

a) Escolher o serviço e o agente prestador na medida dos recursos existentes e de acordo com as regras de organização do serviço;

b) Aceder aos recursos terapêuticos escassos em condições de igualdade, assentes na definição legal e regulamentar dos pressupostos de utilização e dos factores de seriação para efeito de utilização preferencial;





## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

c) Receber assistência religiosa do ministro de culto da sua confissão, se o desejar, quando internado.

3 — A lei prevê as condições em que os representantes legais de menores e outros incapazes podem exercer os direitos que a estes cabem, designadamente o de recusar prestações de saúde, com observância dos direitos fundamentais e outros princípios constitucionais aplicáveis.

### **Base XVIII**

#### **(Deveres do utente)**

1 — São, no âmbito do sistema de saúde, deveres do utente:

a) Defender ou promover a própria saúde e a de todos os que dele para esse efeito dependam;

b) Colaborar com os profissionais de saúde no âmbito da sua própria situação;

c) Receber informação completa sobre o seu estado de saúde quando for indispensável para a protecção da vida de outras pessoas e sujeitar-se à prestação a estas últimas da informação requerida para o mesmo efeito;

d) Respeitar os direitos dos outros cidadãos, nomeadamente no caso de ser portador de doença contagiosa, tomar todas as precauções para evitar o contágio e proteger a saúde pública.

2 — A par dos deveres referidos no número anterior, o utente do Serviço Nacional de Saúde encontra-se sujeito, nessa qualidade, aos deveres de:



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

- a) Observar as regras sobre a organização e o funcionamento dos serviços e estabelecimentos prestadores;
- b) Utilizar as prestações de saúde de acordo com as regras estabelecidas;
- c) Não destinar a terceiros os medicamentos que lhe hajam sido receitados.

### **Base XIX**

#### **(Associações de utentes para promoção e defesa da saúde)**

1 — As associações de utentes para promoção e defesa da saúde contribuem para assegurar a participação dos utentes em iniciativas colectivas públicas ou privadas que promovam a defesa e a promoção da saúde, bem como na avaliação da qualidade dos serviços e, em geral, na defesa dos seus interesses perante os órgãos competentes para a definição e a execução da política de saúde e quaisquer outros elementos do sistema de saúde responsáveis pelos financiamento, prestação e avaliação de estabelecimentos prestadores.

2 — São associações de utentes para promoção e defesa da saúde as associações dotadas de personalidade jurídica constituídas nos termos da lei que não tenham por fim o lucro económico dos seus associados e que sejam constituídas exclusivamente para a prossecução de fins referidos no número anterior.

3 — As associações de utentes, que incluem os grupos de amigos de estabelecimentos prestadores dotados de personalidade jurídica, são de âmbito nacional, regional ou local e de representatividade genérica ou específica, nos termos da lei que as regular.



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

4 — As associações de utentes gozam do direito de acção popular para promover a prevenção, a cessação ou a perseguição judicial das infracções contra a saúde pública, bem como dos direitos de informação e participação, nos termos da presente lei, da lei que as regular e da lei geral.

5 — A Administração Pública e as associações de utentes colaboram em planos e acções que respeitem à realização do direito à protecção da saúde, podendo ajustar formas de apoio a iniciativas levadas a cabo por aquelas, em particular no domínio da informação e formação dos utentes.

6 — As associações de utentes gozam dos incentivos e benefícios fiscais atribuídos pela legislação tributária às pessoas colectivas de utilidade pública administrativa e participam, nos termos da lei, na gestão dos sistemas locais de saúde.

### **Secção II**

#### **Informação no sistema de saúde**

##### **Base XX**

##### **(Informação de saúde)**

1 — A informação de saúde abrange todo o tipo de informação pessoal, directa ou indirectamente ligada à saúde presente ou futura de um indivíduo ou de um grupo de indivíduos, quer se encontrem em vida ou tenham falecido.

2 — Os responsáveis pelo tratamento da informação de saúde devem tomar as providências adequadas à protecção da sua confidencialidade, garantindo a segurança das instalações e equipamentos, o controlo no acesso a informação, bem como o reforço do dever de sigilo e da educação deontológica de todos os profissionais.



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

3 — A informação de saúde só deve circular com medidas de segurança adequadas, sendo asseguradas formas de impedir o acesso indevido de terceiros aos sistemas informáticos que a contenham ou aos respectivos back-ups, nomeadamente através de cartões destinados ao controlo de acesso aos sistemas de informação de saúde.

4 — Os sistemas devem garantir a separação entre a informação de saúde e genética e a restante informação pessoal, incluindo diversos níveis de acesso.

5 — O acesso à informação de saúde por parte do seu titular, ou de terceiros com o seu consentimento, é feita através de médico por este indicado.

### **Base XXI**

#### **(Informação médica)**

1 — A informação médica é a informação de saúde destinada a ser utilizada em prestações de saúde.

2 — A informação médica consta do processo clínico do utente, que deve conter, tanto quanto possível, toda a informação que lhe diga respeito.

3 — A informação médica é inscrita no processo clínico do utente pelo médico que o assistiu ou, sob a sua supervisão, por outro profissional igualmente sujeito ao dever de sigilo, no âmbito das competências específicas de cada profissão e dentro do respeito pelas respectivas normas deontológicas.

4 — Toda a informação clínica constante de processo individual depositado em entidades prestadoras de cuidados de saúde é de exclusiva propriedade do utente a quem se refere essa informação.



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

5 — O processo clínico só pode ser consultado por médico incumbido da realização de prestações de saúde a favor do utente a que respeita ou, sob a supervisão daquele, por outro profissional de saúde obrigado a sigilo e na medida do estritamente necessário à realização das mesmas.

### **Base XXII** **(Informação genética)**

1 — A informação genética é a informação de saúde que verse as características hereditárias de uma ou de várias pessoas, aparentadas entre si ou com características comuns daquele tipo.

2 — A informação genética é de natureza médica apenas quando se destine a ser utilizada nas prestações de saúde, podendo, nestas circunstâncias, ser incluída no processo clínico do utente, excepto nos caso considerado no número seguinte.

3 — A informação genética preditiva ou pré-sintomática não deve ser incluída no processo clínico.

4 — A informação genética deve ser objecto de medidas legislativas e administrativas de protecção reforçada em termos de acesso, segurança e confidencialidade.

5 — A lei estabelecerá as sanções penais para quem divulgue, nomeadamente a entidades empregadoras ou seguradoras, agências de adopção ou outras entidades, informação genética sobre qualquer pessoa.



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

### **Base XXIII**

#### **(Informatização global e utilização da transmissão electrónica de informação)**

1 — A informação no sistema de saúde deve estabelecer as condições para a circulação dos dados necessários à realização das prestações de saúde promotoras, preventivas e terapêuticas, bem como de todas as actividades de saúde, observadas as restrições estabelecidas na lei.

2 — A utilização de tecnologias de captação, transferência, tratamento e difusão de som, imagem e texto entre unidades do sistema e dos serviços de saúde para os efeitos indicados no número anterior deve respeitar, nomeadamente, as disposições legais sobre os direitos dos utentes, a integridade e exactidão dos dados, bem como sobre responsabilidade.

3 — A informação respeitante ao processo clínico de um utente que seja enviada de um para outro profissional do sistema de saúde para efeitos da realização de técnicas aconselháveis e outros cuidados de saúde não pode ser utilizada para nenhum outro fim e deve assegurar as condições de confidencialidade estabelecidas pela lei, que define as regras de certificação de unidades do sistema de saúde para efeito do uso da transmissão electrónica de dados sobre saúde.

4 — A teleconsulta entre unidades do sistema de saúde pode ser regulada no âmbito de parcerias que estabelecem uma colaboração regular na troca de informações genéricas, processos de formação ou consultas sobre casos identificados, ou pode abranger as situações em que dois profissionais discutem casos clínicos, sendo definida por lei a atribuição da responsabilidade pelos actos médicos praticados em



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

consequência.

5 — A informação pessoal, incluindo os dados clínicos registados, resultados de análises e outros exames subsidiários, existente no sistema de saúde é de exclusiva propriedade do utente, sendo as unidades do sistema de saúde os depositários da informação, e não pode ser utilizada para finalidades de prospecção ou promoção comercial ou outros fins que não os da prestação de cuidados de saúde.

### **Base XXIV**

#### **(Utilização de informação de saúde para fins de investigação científica, saúde pública ou estatística)**

1 — A informação de saúde utilizada para fins de investigação científica, saúde pública ou estatística não pode permitir a identificação dos utentes.

2 — Sem prejuízo de legislação específica, é permitido o tratamento individualizado de dados de saúde do utente para as finalidades indicadas no número anterior quando, cumpridas as disposições de protecção de dados, esse tratamento seja efectuado sob a supervisão de um profissional de saúde obrigado a sigilo profissional e desde que o titular dos dados, uma vez informado das finalidades, tenha dado o seu consentimento expresso.

3 — O tratamento individualizado pode ainda ser efectuado quando, por razões de interesse público importante reconhecido pela Comissão Nacional de Protecção de Dados, se verifique uma das seguintes condições:

a) Essa possibilidade resulte de disposição legal ou se apresente como indispensável à realização daquelas finalidades;



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

b) A pessoa em causa, uma vez informada da finalidade, não se tenha oposto ao procedimento;

c) Se verifique que o direito de informação ou o consentimento se revelem impossíveis ou impliquem esforços desproporcionados.

4 — Desde que cumpridas as disposições estabelecidas na lei de protecção de dados, os profissionais de saúde podem utilizar os dados dos seus doentes para os efeitos indicados no n.º 1, quando a pessoa em causa, devidamente informada dessa possibilidade, não tenha deduzido oposição.

5 — A informação de saúde utilizada para as finalidades previstas neste artigo deixa de poder ser conservada sob forma de dado pessoal logo que não seja necessária, só podendo ser publicada ou divulgada se não permitir a identificação dos seus titulares.

6 — Compete ao Ministério da Saúde a definição de regras que assegurem a homogeneidade da informação estatística prestada pelas unidades de saúde.

### **Base XXV**

#### **(Utilização da informação para outros fins)**

Sem prejuízo do disposto na lei de protecção de dados, a utilização ou comunicação da informação de saúde para fins de avaliação da actividade realizada pelo estabelecimento, de controlo de custos e de pagamento das prestações de saúde deve ser feita através de um sistema de informação codificado, supervisionado por um médico, que respeite a confidencialidade e os direitos dos utentes.





## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

### **Base XXVI**

#### **(Cartões de saúde)**

1 — A lei estabelece as finalidades e as condições de criação e utilização de cartões magnéticos que contenham a identificação do utente e informação de saúde a ele respeitante.

2 — Os cartões de saúde pertencem ao utente e o seu acesso é reservado e deve ser dotado de requisitos de segurança que assegurem a confidencialidade dos dados tratados.

### **Secção III**

#### **Informação sobre o sistema de saúde**

### **Base XXVII**

#### **(Avaliação sobre a evolução do sistema de saúde)**

O Governo apresenta à Assembleia da República um relatório anual sobre a evolução do sistema de saúde, incluindo:

- a) Uma avaliação geral sobre a evolução da saúde em Portugal, incluindo as estatísticas relevantes;
- b) Um inventário dos recursos humanos face às necessidades presentes e futuras e das políticas de formação em curso;
- c) O plano de investimento em saúde;



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

d) O levantamento das infra-estruturas disponíveis e dos projectos de construção ou de reabilitação que estão em curso;

e) O relatório e contas do Serviço Nacional de Saúde, incluindo o registo das despesas em medicamentos e com meios auxiliares de diagnóstico, do número e tipo de actos médicos, incluindo cirurgias, consultas, urgências, internamentos e técnicas de diagnóstico e terapêuticas, da situação das listas de espera na cirurgia e dos tempos de espera para as consultas externas em hospitais e centros de saúde, bem como a avaliação de desempenho das unidades do serviço de saúde;

f) Uma análise da evolução dos preços, da oferta e da procura de medicamentos.

### **Base XXVIII**

#### **(Informação aos profissionais do sistema de saúde)**

1 — O Ministério da Saúde, através do Infarmed, disponibiliza publicamente o Prontuário Nacional do Medicamento, que inclui a listagem dos medicamentos com indicação dos seus efeitos terapêuticos comprovados, do preço de venda ao público e do valor da eventual comparticipação e, em consequência, do preço para o consumidor, e ainda a tabela de medicamentos essencialmente similares.

2 — Para efeitos do número anterior definem-se como medicamentos essencialmente similares todos os medicamentos com a mesma composição quantitativa e qualitativa em substâncias activas, sob a mesma forma farmacêutica e para os quais foi demonstrada bioequivalência com base em estudos de biodisponibilidade apropriados.

3 — As administrações regionais de saúde deverão fornecer às unidades do



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

serviço de saúde a informação estatística pertinente sobre a prescrição emitida por essas unidades, podendo esta informação ser discriminada por serviços e por médicos.

4 — A informação a que se refere o número anterior é de uso restrito pelas administrações, serviços e médicos, e não pode ser disponibilizada por nenhuma forma a entidades privadas, nomeadamente à indústria farmacêutica.

### **Base XXIX**

#### **(Publicidade sobre saúde)**

1 — As regras a que deve obedecer a publicidade a medicamentos em órgãos da comunicação social especializados em saúde são reguladas por lei.

2 — Nos órgãos de comunicação social generalista é proibida, sob todas as suas formas, a publicidade a medicamentos sujeitos a prescrição médica ou a actos clínicos específicos ou aos seus prestadores.

### **Base XXX**

#### **(Informação generalista e na *Internet*)**

1 — A informação disponibilizada nos órgãos de comunicação social, na *Internet* ou noutros suportes de teleconsulta acerca da saúde deve obedecer a regras gerais sobre a promoção dos cuidados de saúde, de higiene, de prevenção e detecção precoce de doenças, sendo-lhe vedada a indicação de procedimentos técnicos, cuidados terapêuticos ou intervenções clínicas quando estes devam ser executados presencialmente por profissionais devidamente qualificados para o efeito.

2 — A teleconsulta não constitui um acto médico, a não ser nas condições



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

previstas no número quatro da Base XXIII.

### **Secção IV**

### **Investigação em saúde**

#### **Base XXXI**

#### **(Cooperação para a investigação científica)**

1 — São estimulados, nos termos a definir na lei, os acordos de colaboração e as iniciativas conjuntas de investigação científica das universidades e centros de investigação na área da saúde com os estabelecimentos prestadores e os órgãos e serviços centrais do Ministério da Saúde.

2 — Deve o Ministério da Saúde, em colaboração com o Ministério da Ciência e da Tecnologia, promover a participação de entidades e investigadores da área da saúde em redes internacionais de cooperação para a investigação, em iniciativas científicas no âmbito da União Europeia e outros, e em sistemas de informação sobre o desenvolvimento e análise comparativa dos sistemas de saúde.

3 — O desenvolvimento de actividades de formação e investigação científica nas unidades prestadoras de cuidados de saúde deve ser estimulada através de programas sob a égide do Ministério da Saúde, apoiando a realização local de seminários e conferências, a participação de investigadores e profissionais de saúde em congressos e acções de formação no país e no estrangeiro, e os convenientes processos de divulgação dos resultados das investigações.



**ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA**

**Base XXXII**

**(Experiências médicas e ensaio clínico de medicamentos)**

1 — As experiências na área da saúde realizadas nos laboratórios, nas instituições do ensino superior, nos centros de investigação e nas unidades do sistema de saúde devem respeitar rigorosas normas deontológicas e científicas, nos termos de legislação própria.

2 — Os ensaios clínicos de medicamentos são sempre realizados sob direcção e responsabilidade médica, nos termos de legislação própria.

**Base XXXIII**

**(Patenteamento do património genético humano)**

Não é reconhecido qualquer direito ao patenteamento do património genético humano.

**Base XXXIV**

**(Clonagem humana)**

É proibida a clonagem humana.



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

### Capítulo III

### Organização e gestão do sistema de saúde

#### Secção I

#### Coordenação do sistema de saúde

#### Base XXXV

#### (Coordenação)

1 — Incumbe ao Ministro da Saúde a coordenação do sistema de saúde e a articulação dos recursos humanos, materiais, técnicos e financeiros disponíveis, com a finalidade de assegurar a realização do direito à protecção na saúde.

2 — Para efeitos do número anterior, compete em especial ao Ministro da Saúde:

- a) Convocar o plenário do Conselho Nacional de Saúde e presidir às respectivas reuniões;
- b) Dirigir os órgãos e serviços centrais do Ministério da Saúde;
- c) Superintender e tutelar as pessoas colectivas públicas da área da saúde que a lei sujeita a tais poderes;
- d) Definir, conjuntamente com cada ministro com atribuições na área respectiva, a política de saúde dos subsistemas de saúde públicos.



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

### **Base XXXVI**

#### **(Conselho Nacional de Saúde)**

1 — O Conselho Nacional de Saúde é o órgão consultivo do Ministro da Saúde, representativo dos diversos interesses presentes no sistema de saúde e com competência relativa a todas as questões de saúde, sendo a sua composição, formas de designação dos membros e funcionamento definidas por lei.

2 — O Conselho Nacional de Saúde é presidido pelo Ministro da Saúde e funciona em plenário e comissões de profissionais de saúde, qualidade na saúde e gestão e financiamento de saúde.

3 — O plenário emite pareceres e as comissões emitem pareceres e recomendações.

### **Base XXXVII**

#### **(Autoridades de saúde)**

1 — As autoridades de saúde são os órgãos do Estado que têm por funções a defesa da saúde pública e a vigilância das decisões de outras entidades nesta matéria.

2 — Cabe, em especial, às autoridades de saúde:

a) Proceder à vigilância sanitária dos aglomerados populacionais dos serviços, estabelecimentos e locais de utilização pública e das fronteiras;

b) Ordenar a suspensão de actividade ou o encerramento dos serviços e estabelecimentos quando funcionem em risco para a saúde pública;

c) Desencadear o internamento ou a realização compulsiva de prestações de



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

saúde a indivíduos que, de outro modo, constituam perigo grave para a saúde pública.

3 — No exercício das suas funções, as autoridades de saúde dependem hierarquicamente do Ministro da Saúde.

### **Base XXXVIII**

#### **(Órgãos e serviços centrais)**

A lei define os órgãos e serviços centrais do Ministério da Saúde e os outros órgãos e serviços das pessoas colectivas sob superintendência e tutela do Ministro da Saúde que exercem a nível central e em relação ao sistema de saúde funções de planeamento, regulação, orientação, financiamento, avaliação de qualidade e inspecção.

### **Base XXXIX**

#### **(Organização do território)**

1 — A organização do sistema de saúde baseia-se na divisão do território nacional em regiões de saúde e nas áreas geográficas dos sistemas locais de saúde.

2 —. As áreas geográficas dos sistemas locais de saúde são definidas por portaria do Ministro da Saúde, ouvidas as instituições que as integram.

3 — Sem prejuízo da criação de órgãos locais, os órgãos e serviços centrais do Ministério da Saúde desenvolvem a sua actividade de forma desconcentrada aos níveis das regiões de saúde e das áreas geográficas dos sistemas locais de saúde.





## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

### **Base XL** **(Regiões de saúde)**

As regiões de saúde são definidas geograficamente pelas áreas das actuais administrações regionais de saúde e constituem unidades territoriais sujeitas a planeamento e intervenção coordenada do ponto de vista das políticas de saúde.

### **Base XLI** **(Administrações Regionais de Saúde)**

1 — As administrações regionais de saúde são pessoas colectivas públicas com autonomia administrativa e financeira, sob a superintendência e tutela do Ministro da Saúde, a quem cabe assegurar o planeamento e a coordenação das prestações de saúde e a realização de iniciativas de promoção da saúde no âmbito da respectiva região e dos sistemas locais de saúde que a compõem.

2 — As administrações regionais de saúde contratam com o Instituto de Financiamento da Saúde a gestão das prestações de saúde de toda ou parte da população da região, recebendo para o efeito o financiamento adequado.

3 — As administrações regionais de saúde compreendem, designadamente, um órgão dirigente e um órgão consultivo representativo dos diferentes interesses de saúde presentes nas respectivas regiões, nos termos a definir por lei.

4 — Compete ao conselho de administração das administrações regionais de saúde:

- a) Elaborar, propor ao Ministério da Saúde, dirigir e avaliar os planos de



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

programas regionais;

b) Determinar a orientação que a Agência de Contratualização deve seguir, em função das prioridades e das restrições verificadas;

c) Propor e executar o orçamento, financiando os serviços de saúde de acordo com contratos-programa devidamente contratualizados pela agência respectiva e determinando a realização de auditorias ou inspecções quando necessário;

d) Gerir o Serviço Nacional de Saúde na sua região, coordenando as várias unidades e assegurando a sua complementaridade, sem prejuízo da autonomia destas unidades, consagrada por lei;

e) Desenvolver as redes de emergência extra-hospitalar e as redes de urgências, mobilizando os recursos do sistema de saúde para o efeito;

f) Representar o Serviço Nacional de Saúde em juízo e fora dele, na sua região;

g) Coordenar o transporte de doentes, incluindo o que esteja a cargo de entidades privadas;

h) Regulamentar as regras para os concursos para os órgãos de administração e direcção das unidades de saúde e nomear e exonerar os órgãos de administração e direcção;

i) Autorizar a abertura de concurso para o provimento de vagas nos quadros de pessoal, podendo esta função ser delegada nos corpos administrativos dos sistemas locais de saúde;

j) Aprovar os regulamentos internos de hospitais e centros de saúde;

k) Autorizar a compra e alienação de imóveis e a contratualização de crédito no âmbito dos contratos-programa definidos;

l) Contratar com entidades privadas a prestação de cuidados de saúde aos



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

beneficiários do Serviço Nacional de Saúde na respectiva região, desde que verificado que nenhuma unidade da região ou outra unidade do Serviço Nacional de Saúde dentro de uma proximidade razoável pode executar o serviço, e em coordenação com as Agências de Contratualização.

### **Base XLII** **(Sistemas locais de saúde)**

1 — Os sistemas locais de saúde agrupam o conjunto dos recursos de saúde, centros de saúde, hospitais e outros serviços e sujeitos, públicos e privados, com ou sem fins lucrativos, articulados e organizados segundo um critério geográfico e populacional, definido a partir das necessidades de uma comunidade finita, sendo responsável pelos cuidados a prestar aos indivíduos, às famílias e aos grupos sociais, coordenando os recursos disponíveis, estruturando a participação social na política de saúde e promovendo ganhos na prestação dos cuidados de saúde na sua área.

2 — Os sistemas locais de saúde têm por funções:

- a) Fazer o levantamento dos problemas de saúde na sua área;
- b) Promover, aplicar e avaliar planos de actividade que integrem a melhor gestão dos recursos disponíveis na sua área, assegurando a equidade, efectividade e eficiência sociais dos cuidados de saúde prestados;
- c) Garantir a continuidade dos cuidados de saúde.

3 — Ao nível dos sistemas locais de saúde, a prossecução das atribuições das administrações regionais de saúde é realizada por uma coordenação de sistema local,



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

dependente do órgão dirigente da respectiva administração regional de saúde.

4 — Às coordenações dos sistemas locais de saúde compete organizar os mecanismos de participação e de representação de interesses locais relevantes para a saúde para os efeitos de consulta e colaboração no exercício das respectivas competências.

### **Base XLIII**

#### **(Situações de grave emergência)**

1 — Em situações de catástrofe ou calamidade públicas e de grave emergência, pode o Ministro da Saúde decretar as medidas de excepção indispensáveis, coordenando a actuação dos órgãos e serviços centrais do Ministério da Saúde e dos estabelecimentos prestadores integrados no Serviço Nacional de Saúde, bem como dos vários escalões das autoridades de saúde.

2 — Nas situações referidas no número anterior, pode o Ministro da Saúde requisitar os estabelecimentos e profissionais de saúde estritamente necessários para garantir o direito à protecção na saúde.



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

### **Secção II**

#### **Gestão e financiamento do sistema de saúde**

##### **Base XLIV**

##### **(Separação entre funções públicas de regulação, prestação de serviços e financiamento do sistema de saúde)**

No cumprimento das suas responsabilidades na definição e execução das políticas de saúde, o Estado assume a separação funcional entre as actividades de regulação, as de prestação de serviços e as de financiamento do sistema de saúde.

##### **Base XLV**

##### **(Fontes de financiamento)**

1 — O financiamento das prestações de saúde, no âmbito do sistema de saúde, é efectuado pelo Estado, pelos subsistemas de saúde, por terceiros legal ou contratualmente responsáveis e pelos utentes e, quanto às restantes actividades de saúde, pela iniciativa financeira de todos os elementos que o compõem.

2 — As prestações de saúde realizadas pelos estabelecimentos prestadores que integram o Serviço Nacional de Saúde são financiadas por verbas do Orçamento do Estado transferidas para o Instituto para o investimento em saúde.



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

### **Base XLVI**

#### **(Racionalidade do financiamento)**

1 — O sistema de saúde deve estruturar-se por forma a garantir a afectação dos recursos à prossecução do objectivo de realização do direito à protecção da saúde.

2 — Para efeitos do número anterior, a lei estabelece as formas de articulação das várias fontes de financiamento, respeitando a complementaridade financeira dos subsistemas de saúde e de quaisquer outros esquemas de socialização dos custos e a adopção de técnicas de gestão adequadas no financiamento e nos estabelecimentos prestadores.

### **Secção III**

#### **Serviço Nacional de Saúde**

### **Base XLVII**

#### **(Definição)**

1 — O Serviço Nacional de Saúde integra, através da celebração de contratos pelo Instituto para o Investimento em Saúde:

a) Os hospitais, centros de saúde e outros estabelecimentos prestadores públicos sujeitos à superintendência e tutela do Ministro da Saúde;

b) Os estabelecimentos prestadores dos subsistemas de saúde e das instituições particulares de solidariedade social, bem como outros sujeitos públicos ou privados.



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

2 — A lei regula a articulação dos vários estabelecimentos e serviços prestadores que integram o Serviço Nacional de Saúde.

3 — São beneficiários do Serviço Nacional de Saúde todos os cidadãos portugueses, os nacionais de Estados da União Europeia nos termos das normas comunitárias aplicáveis, e os cidadãos estrangeiros e apátridas residentes em Portugal.

4 — A participação dos utentes é assegurada através da representação das associações de utentes no conselho consultivo do hospital ou centro de saúde, que incluirá ainda representantes dos sindicatos, das assembleias municipais e das assembleias de freguesia da sua área.

### **Base XLVIII**

#### **(Hospitais)**

1 — Os hospitais são estabelecimentos que realizam prestações de saúde, de distintos níveis de diferenciação, desenvolvendo a sua actividade através do diagnóstico, da terapêutica e da reabilitação, quer em regime de internamento quer em regime de ambulatório.

2 — Aos hospitais incumbe, ainda, promover a investigação e o ensino.

3 — Os hospitais têm personalidade jurídica e estatuto próprio definido por lei.

### **Base XLIX**

#### **(Centros de saúde)**

1 — Os centros de saúde prosseguem a finalidade da melhoria do nível de saúde



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

da população da área geográfica por eles abrangida, realizando prestações de saúde promotoras, preventivas e terapêuticas e outras actividades de saúde específicas dirigidas ao indivíduo, à família, a grupos especialmente vulneráveis e à comunidade.

2 — Os centros de saúde são unidades do Serviço Nacional de Saúde que promovem a prioridade da promoção dos cuidados de saúde primários e que oferecem os serviços de atendimento de situações urgentes ou de urgências de primeira linha, pelo que devem estar dotados da capacidade em meios humanos e técnicos, incluindo meios auxiliares de diagnóstico, para responder às necessidades da população que servem, nomeadamente nos campos da medicina familiar, saúde pública, enfermagem co-mu-ni-tária, saúde oral e medicina dentária, psicologia clínica e social, fisioterapia, serviço social, e nutricionismo.

3 — Os centros de saúde estão articulados com as unidades hospitalares no âmbito dos sistemas locais de saúde, nomeadamente no que diz respeito ao sistema de resposta às urgências.

4 — Os centros de saúde desenvolvem e contribuem para a investigação em saúde e participam na formação dos diversos grupos profissionais.

5 — A lei confere personalidade jurídica quer a certos centros de saúde a título individual quer a agrupamentos de centros de saúde.

6 — Os fins dos centros de saúde podem ser prosseguidos por unidades de saúde familiar que realizam prestações de saúde de forma personalizada, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a generalidade da prestação, nos termos a definir por lei.





## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

### **Base L**

#### **(Farmácias públicas)**

1 — As farmácias públicas são as farmácias hospitalares e as farmácias dos centros de saúde, fazendo parte do Serviço Nacional de Saúde.

2 — As farmácias hospitalares fornecem, nos termos da lei, medicamentos aos utentes das urgências e das consultas externas, bem como a medicação inicial após o internamento e ainda toda a medicação complementar de suporte aos utentes a quem já dispensam medicamentos específicos para determinadas patologias, desde que prescrita nos serviços de consulta externa do hospital e que tal seja a vontade expressa do utente.

3 — As farmácias nos centros de saúde fornecem medicamentos aos utentes das urgências e consultas externas, nos termos a definir por lei.

4 — As farmácias públicas podem fornecer os medicamentos em doses unitárias, nos termos da lei.

### **Base LI**

#### **(Sujeitos privados contratados)**

Os estabelecimentos prestadores privados e os profissionais de saúde vinculam-se a actuar no âmbito do Serviço Nacional de Saúde através de contratos administrativos que definem as prestações de saúde a realizar em regime de serviço público e as contrapartidas financeiras.



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

### **Secção IV**

### **Gestão e financiamento do Serviço Nacional de Saúde**

#### **Base LII**

#### **(Instituto para o Investimento em Saúde)**

1 — O Instituto para o Investimento em Saúde é uma pessoa colectiva dotada de autonomia administrativa e financeira, sob a superintendência e tutela do Ministro da Saúde e tutela financeira do Ministro das Finanças.

2 — Constituem atribuições do Instituto para o Investimento em Saúde a gestão de todos os recursos financeiros afectos ao Serviço Nacional de Saúde, em obediência ao princípio da unidade da tesouraria, a aquisição de prestações de saúde aos estabelecimentos prestadores e a fiscalização do seu cumprimento, bem como a preparação e controlo de execução dos planos de investimento em saúde.

#### **Base LIII**

#### **(Critérios de financiamento)**

1 — O Instituto para o Investimento em Saúde afecta os recursos financeiros destinados à aquisição de prestações de saúde por regiões de saúde e áreas geográficas dos sistemas locais de saúde.

2 — O financiamento de cada região será determinado com base na conjugação entre critérios objectivos de determinação das necessidades, considerando a sua população, situação epidemiológica e estrutura sócio-económica, e critérios baseados



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

no levantamento das condições e recursos existentes, estabelecidos pelas administrações regionais de saúde.

3 — Os critérios objectivos de distribuição dos recursos financeiros a que alude o número anterior são determinados pelos Ministros das Finanças e da Saúde através da aprovação de normas de execução permanente, ouvidas as administrações regionais de saúde e o Instituto para o Investimento em Saúde.

4 — O Instituto para o Investimento em Saúde pode assumir directamente a responsabilidade pela realização de prestações de Saúde a favor de universos limitados de pessoas mediante contratos que definam o tipo das prestações e as contrapartidas financeiras, incluindo as que competem aos beneficiários.

### **Base LIV**

#### **(Financiamento contratual)**

1 — O Instituto para o Investimento em Saúde celebra contratos administrativos que têm por objecto a realização de quaisquer combinações de prestações de saúde bem como de outras actividades de saúde, procedendo à selecção dos seus co-contratantes em regime de concorrência entre os vários prestadores.

2 — A contratação pelo Instituto para o Investimento em Saúde deve ser precedida de um dos seguintes procedimentos:

a) Procedimento por negociação sem publicação de anúncio, nos casos de urgência, quando só um estabelecimento estiver em condições de assegurar as prestações de saúde necessárias ou nos casos em que seja necessário, por imperativos de serviço público, otimizar a capacidade instalada em estabelecimento público;



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

b) Procedimento por negociação com publicação de anúncio para as restantes situações.

3 — A escolha dos estabelecimentos prestadores e do tipo de prestações de saúde e de outras actividades de saúde deve ter em conta, designadamente:

- a) Os níveis de qualidade atingidos;
- b) O custo dos serviços prestados;
- c) A optimização da capacidade instalada dos estabelecimentos prestadores públicos.

4 — O prazo dos contratos celebrados pelo Instituto para o Investimento em Saúde não pode em regra exceder três anos, salvo autorização especial dos Ministros das Finanças e da Saúde.

5 — A verificação do imperativo de optimização da capacidade instalada em estabelecimento prestador público não pode implicar a aquisição de prestações ou de outras actividades de saúde por valor superior ao de mercado ou que não corresponda a parâmetros de gestão competente.

6 — A decisão fundamentada do Instituto para o Investimento em Saúde de não contratar com um estabelecimento prestador público a realização de prestações e de outras actividades de saúde essenciais ao equilíbrio de exploração deste determina a dissolução dos órgãos respectivos e a nomeação de uma comissão administrativa que, no prazo de seis meses, submete ao Ministro da Saúde, ou ao Ministro que exerça a tutela se se tratar de um subsistema público, um plano de reestruturação ou de extinção



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

e liquidação do estabelecimento.

### **Base LV**

#### **(Agências de Contratualização das Administrações Regionais de Saúde)**

1 — As Agências de Contratualização das administrações regionais de saúde contribuem para uma gestão eficiente dos recursos e capacidades do Serviço Nacional de Saúde, zelando pela adequada prestação dos cuidados de saúde através de um processo negocial que conduz à definição contratualizada dos objectivos e da forma da sua monitorização, bem como à avaliação e responsabilização de cada unidade prestadora de cuidados de saúde pelo seu desempenho.

2 — As Agências de Contratualização contribuem para a identificação das necessidades em saúde na sua área de actuação, promovem a participação do cidadão e da comunidade na discussão das prioridades de saúde, e contratam com as unidades prestadoras de cuidados de saúde o seu financiamento estável, o investimento em saúde e a redução de gastos desnecessários, promovendo a garantia da qualidade do serviço prestado.

3 — As Agências de Contratualização devem promover estudos de avaliação económica para a determinação da aquisição de meios auxiliares de diagnóstico, em colaboração com as unidades que registem a necessidade da sua aquisição.

4 — As Agências de Contratualização são coordenadas num Conselho Nacional das Agências, que se articula com o Instituto para o Investimento em Saúde, e que tem composição e funcionamento a definir por lei, que emite pareceres sobre a avaliação da evolução dos cuidados de saúde e sobre a estrutura do financiamento do sistema de saúde.



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

5 — As Agências de Contratualização dispõe de um Conselho de Acompanhamento que elabora pareceres sobre os seus relatórios, e que inclui representantes comunitários, incluindo das autarquias, de associações de consumidores, de associações de utentes e outros.

### **Base LVI** **(Outros financiamentos)**

1 — Os estabelecimentos prestadores públicos que integram o Serviço Nacional de Saúde, para além das receitas contratuais provenientes da realização de prestações e outras actividades de saúde adquiridas pelo Instituto para o Investimento em Saúde, têm como receitas próprias:

- a) O pagamento de prestações e serviços por parte de terceiros, legal ou contratualmente responsáveis, nomeadamente subsistemas de saúde e entidades seguradoras;
- b) O pagamento de prestações de saúde por utentes não beneficiários do Serviço Nacional de Saúde, quando não haja terceiros responsáveis;
- c) O pagamento de taxas sobre outros serviços prestados ou sobre a utilização de equipamentos, nos termos legalmente previstos;
- d) O produto de rendimentos próprios e de doações e legados;
- e) O produto da efectivação da responsabilidade dos utentes por infracções às regras da organização e funcionamento e por danos provocados aos serviços e material de saúde.



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

### **Base LVII**

#### **(Administração Central do Serviço Nacional de Saúde)**

1 — A administração central do Serviço Nacional de Saúde é uma entidade administrativa que, sob a superintendência e tutela do Ministro da Saúde, coordena as actividades e funções do Serviço Nacional de Saúde, nomeia as administrações das suas unidades prestadoras de cuidados de saúde e é responsável pelos seus resultados.

2 — A administração central do Serviço Nacional de Saúde publica e divulga entre os profissionais de saúde os protocolos e as orientações clínicas necessárias para a definição dos orçamentos clínicos e de prescrição.

### **Base LVIII**

#### **(Gestão dos hospitais e centros de saúde)**

1 — As administrações dos hospitais, centros de saúde e outros estabelecimentos prestadores públicos garantem a gestão eficiente dos recursos e das capacidades de tal modo que fique assegurado o acesso de todos os cidadãos às prestações de saúde, independentemente das suas condições económicas e sociais e da área geográfica em que residam.

2 — A gestão dos serviços das unidades prestadoras de cuidados de saúde basear-se-à em centros de responsabilidade, definidos em áreas homogéneas da prestação de serviços como os departamentos hospitalares e os centros de saúde, dispondo de alargada autonomia de gestão e tendo a capacidade de determinar o uso racional dos meios e recursos disponíveis.



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

3 — Os centros de responsabilidade a que se refere o número dois podem promover a definição de orçamentos de prescrição por serviço ou por médico, devendo nesse caso ser consultados os serviços e os médicos para o estabelecimento dos tectos orçamentais, e ser assegurada a informação mensal necessária sobre a execução do orçamento.

### **Base LVIX**

#### **(Colaboração com outras entidades)**

1 — Podem ser celebrados contratos-programa com pessoas colectivas públicas, misericórdias ou outras instituições particulares de solidariedade social, proprietárias de estabelecimentos de saúde, definindo as regras de cooperação entre o Serviço Nacional de Saúde e essas entidades.

2 — Os contratos a que se refere o número dois podem incluir no seu objecto a reconstrução, ampliação, alteração, adaptação ou beneficiação, acompanhadas ou não do apetrechamento do estabelecimento a que se referem.

### **Secção V**

#### **Outras prestações de saúde**

### **Base LX**

#### **(Actividade privada)**

1 — As prestações de saúde, promotoras, preventivas e terapêuticas realizadas





## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

em regime privado por sujeitos privados, com ou sem fins lucrativos, articulam-se com o Serviço Nacional de Saúde mediante o estabelecimento de relações de complementaridade nos termos da lei.

2 — O Estado, através dos órgãos competentes, fiscaliza a realização de prestações de saúde promotoras, preventivas e terapêuticas por sujeitos privados, visando garantir a sua qualidade e a boa utilização dos recursos.

3 — Os estabelecimentos prestadores privados estão sujeitos a licenciamento nos termos da lei.

4 — O Estado pode apoiar as iniciativas privadas de saúde através da concessão de incentivos ou apoios financeiros definidos em contratos-programa, nos termos da lei.

### **Base LXI**

#### **(Instituições particulares de solidariedade social e outros sujeitos sem fins lucrativos)**

1 — O Estado apoia a actividade das instituições particulares de solidariedade social e de outros sujeitos sem fins lucrativos que realizem prestações de saúde e outras actividades que contribuam para a realização do direito à protecção da saúde.

2 — As instituições particulares de solidariedade social estão sujeitas à tutela e fiscalização do Estado, sem prejuízo da sua autonomia de gestão nos termos da lei.

3 — O apoio ao sector social na área da saúde, designadamente o de carácter mutualista, é feito mediante a realização de prestações complementares pelo Serviço Nacional de Saúde, a atribuição de subsídios para actividades específicas, apoio técnico e mobilidade de pessoal.

4 — Aos sujeitos referidos no número um podem ser reconhecidas, nos termos



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

da lei, funções específicas no sistema de saúde, designadamente no âmbito de programas de promoção e defesa da saúde destinados a idosos, deficientes e pessoas em situação de dependência.

### **Base LXII** **(Outras actividades)**

1 — As actividades relacionadas com a produção, comercialização e farmacovigilância dos medicamentos e outros produtos sanitários, incluindo a realização de ensaios clínicos, são disciplinadas por lei e ficam sujeitas à fiscalização do Estado, através dos ministérios competentes, de forma a garantir a promoção e defesa da saúde.

2 — Estão também sujeitas à fiscalização do Estado as actividades que se destinem a facultar meios materiais e de organização indispensáveis à realização de prestações de saúde, designadamente a colheita e a distribuição de produtos biológicos, a produção, comercialização de bens e equipamentos de saúde e o transporte de doentes.

### **Base LXIII** **(Farmácias)**

1 — A actividade farmacêutica abrange a produção, comercialização, importação e exportação de medicamentos.

2 — Para efeitos do número anterior define-se medicamento como toda a substância ou composição que possua propriedades curativas ou preventivas de doenças



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

e dos seus sintomas, do ser humano ou do animal, com vista a estabelecer um diagnóstico médico ou a restaurar, corrigir ou modificar as suas funções orgânicas.

3 — A actividade farmacêutica está sujeita a legislação especial e fica submetida à disciplina e fiscalização conjunta dos ministérios competentes, de forma a garantir a defesa e protecção da saúde, a satisfação das necessidades da população e a racionalização do consumo de medicamentos.

4 — A disciplina referida no número anterior incide sobre a instalação de equipamentos produtores e os estabelecimentos distribuidores de medicamentos e o seu funcionamento.

### **Base LXIV**

#### **(Outras práticas e cuidados terapêuticos)**

São reguladas por lei a prática de técnicas e cuidados terapêuticos no âmbito das medicinas não convencionais, bem como as regras de acreditação dos profissionais de saúde que as podem aplicar.

### **Secção IV**

#### **Comparticipação em medicamentos**

### **Base LXV**

#### **(Regime de participação)**

1 — A lei determina o regime de participação em medicamentos, no âmbito do Serviço Nacional de Saúde.



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

2 — Aos utentes do SNS que beneficiem do rendimento mínimo garantido ou cujas pensões sejam inferiores ao salário mínimo nacional será majorado o nível da comparticipação em termos a definir por lei.

3 — Para efeitos do n.º 2 a verificação da condição económica do utente será feita através de informação codificada no cartão de utente do SNS, em condição que garanta a sua confidencialidade.

4 — O Ministério da Saúde, através dos seus organismos próprios, procederá à avaliação regular do regime de comparticipação, deliberando cessar a comparticipação quando verificar que os medicamentos em causa tenham eficácia terapêutica nula ou duvidosa, ou quando tenham preço demasiado elevado, verificada a existência no mercado de medicamento alternativo comparticipado com eficácia terapêutica idêntica.

### **Capítulo IV**

#### **Profissionais de saúde**

##### **Base LXVI**

##### **(Exercício de profissões de saúde)**

1 — São profissionais de saúde as pessoas singulares que exercem uma actividade de natureza técnica tendo por objecto a realização de prestações de saúde.

2 — São profissionais de saúde, entre outros, os médicos, os enfermeiros, os farmacêuticos e os técnicos de diagnóstico e terapêutica.

3 — O Ministério da Saúde organiza um registo nacional dos profissionais de saúde.



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

4 — A lei estabelece os requisitos necessários para o exercício de uma profissão de saúde.

### **Base LXVII**

#### **(Direitos e deveres dos profissionais de saúde)**

1 — São, entre outros, direitos dos profissionais de saúde:

- a) Exercer a sua actividade, desde que detenham os requisitos habilitacionais exigidos;
- b) Constituir associações de profissionais que podem revestir a natureza de associações públicas, quando seja considerado necessário ao correcto exercício da profissão;
- c) Obter a formação e o aperfeiçoamento profissionais;
- d) Exercer o direito a objecção de consciência nos termos definidos pela lei.

2 — São, entre outros, deveres dos profissionais de saúde:

- a) Praticar os actos médicos em condições que assegurem o melhor cuidado de saúde;
- b) Observar as regras técnicas e deontológicas da sua profissão;
- c) Respeitar os direitos dos utentes, designadamente o direito à vida e à dignidade da pessoa humana;
- d) Facilitar ao utente a liberdade de escolha do profissional de saúde;
- e) Contribuir para salvaguardar a saúde pública;



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

f) Guardar sigilo profissional sobre a informação de saúde pessoal de que toma conhecimento no âmbito da sua actividade.

g) Actuar na sua área de competência, reconhecendo a especificidade das outras profissões de saúde, com salvaguarda dos limites decorrentes da existência de competências diferenciadas.

3 — A lei estabelece as incompatibilidades dos profissionais de saúde.

### **Base LXVIII**

#### **(Estatuto dos profissionais de saúde dos estabelecimentos prestadores públicos)**

1 — Os profissionais de saúde vinculados aos estabelecimentos prestadores públicos que realizam prestações de saúde estão sujeitos ao regime aplicável aos trabalhadores da Administração Pública com as especialidades decorrentes da presente lei, podendo constituir-se em corpos especiais.

2 — A lei pode estabelecer formas de incentivos complementares, remuneratórios e outros, assentes em critérios de produtividade e de mérito e critérios objectivos de avaliação do desempenho.

3 — O estabelecimento da relação jurídica de emprego público dos profissionais de saúde implica a opção pela carreira em regime de dedicação exclusiva e horário completo prolongado, condição que é incompatível com a prática privada.

4 — Os profissionais de saúde referidos no número anterior podem, mediante



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

acordo e com autorização do órgão máximo do serviço, exercer funções em mais de um estabelecimento integrado no Serviço Nacional de Saúde, seja em regime de acumulação de funções públicas ou privadas.

5 — Não haverá prática de medicina privada nas instituições do Serviço Nacional de Saúde.

6 — Os hospitais e centros de saúde podem contratar pessoal no regime de contrato individual de trabalho em condições a fixar, no respeito pela lei geral.

7 — Os profissionais de saúde podem exercer funções em regime de trabalho autónomo, sem subordinação jurídica, mesmo que a respectiva prestação se enquadre em equipas técnicas pluridisciplinares.

8 — Compete ao Ministério da Saúde definir os graus da carreira dos profissionais de saúde do SNS, os programas de formação para a obtenção desses graus e os júrís dos exames que atribuam esses graus.

### **Base LXIX**

#### **(Contratação colectiva no âmbito dos estabelecimentos públicos prestadores)**

1 — As condições de trabalho dos profissionais de saúde com relação jurídica de emprego público são objecto de contratação colectiva de acordo com o disposto em legislação própria e com respeito pelas normas contidas nos diplomas que disciplinam as suas carreiras.

2 — É atribuída capacidade às pessoas colectivas públicas que integram o Serviço Nacional de Saúde para celebrar convenções colectivas de trabalho de nível local.

3 — Ao órgão central do Ministério da Saúde com responsabilidade em matéria



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

de recursos humanos compete negociar as convenções colectivas de âmbito nacional e superintender nas de nível local.

### **Base LXX**

#### **(Fiscalização da actividade dos profissionais de saúde)**

Os profissionais de saúde estão sujeitos à fiscalização do Ministério da Saúde, sem prejuízo das competências atribuídas às associações profissionais de direito público.

### **Base LXXI**

#### **(Prescrição no Serviço Nacional de Saúde)**

1 — A prescrição de medicamentos pelos médicos nos estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde é feita exclusivamente com indicação da denominação comum internacional ou substância activa ou, na sua falta, de nome genérico do medicamento.

2 — Para efeitos do n.º 1 define-se como substância activa toda a matéria de origem humana, animal, vegetal ou química à qual se atribui uma actividade apropriada para constituir um medicamento, devidamente reconhecida e comprovada por métodos científicos.





## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

### **Capítulo V** **Qualidade na saúde**

#### **Base LXXII** **(Noção de qualidade na saúde)**

1 — A qualidade da saúde é um objectivo prosseguido através do estabelecimento programado de padrões e metas crescentes de humanização e efectividade individual e global das prestações em todo o sistema de saúde, bem como da avaliação sistemática do respectivo grau de observância nos desempenhos dos estabelecimentos prestadores e dos profissionais de saúde.

2 — O procedimento de qualidade constitui a forma típica de prossecução do objectivo a que alude o número anterior.

#### **Base LXXIII** **(Procedimentos de qualidade)**

1 — Os procedimentos de qualidade devem ser aptos a identificar os níveis de qualidade nas prestações de saúde e os meios para a sua melhoria à luz de parâmetros como os da satisfação dos utentes, da minimização dos riscos para estes e do grau de excelência profissional e de metas como as da eficiência na utilização dos recursos e da obtenção de ganhos de saúde.

2 — O Instituto de Qualidade na Saúde promove a aplicação de normas sobre os procedimentos de qualidade, divulga critérios de boas práticas e realiza procedimentos de qualidade dirigidos a quaisquer estabelecimentos prestadores públicos e privados.



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

3 — Os estabelecimentos prestadores públicos e privados procedem à definição regular de padrões e metas de qualidade nos termos da lei e dos regulamentos do Instituto de Qualidade na Saúde e avaliam permanentemente o grau de observância dos mesmos nos respectivos desempenhos.

4 — Podem ser estabelecidos por lei ou decisão do Instituto de Qualidade na Saúde, ou ajustadas pelos próprios, formas de procedimentos de qualidade de realização conjunta por diversos elementos do sistema de saúde.

### **Base LXXIV**

#### **(Carácter correctivo dos procedimentos de qualidade)**

1 — Os procedimentos de qualidade destinam-se somente à identificação dos níveis concretos de qualidade e à determinação dos meios adequados à sua melhoria e à correcção de erros no quadro do desenvolvimento continuado do sistema de saúde.

2 — As informações recolhidas e as avaliações de desempenho efectuadas no âmbito dos procedimentos de qualidade não podem servir para a instrução de procedimentos sancionatórios relativos aos agentes avaliados.

### **Base LXXV**

#### **(Carácter participado dos procedimentos de qualidade)**

1 — Os utentes são chamados a participar nos procedimentos de qualidade através das associações de utentes e de outras organizações destinadas a representá-los e a defender os seus interesses ou a colaborar na realização de finalidades do sistema de



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

saúde.

2 — Os procedimentos de qualidade deverão envolver, sempre que possível, a auscultação directa dos utentes através de inquéritos ou sondagens organizados segundo requisitos de objectividade, representatividade do universo auscultado e anonimato do autor de cada resposta.

3 — A participação dos utentes nos procedimentos de qualidade pode também ter lugar através da criação, nos estabelecimentos prestadores e aos níveis territoriais do sistema de saúde, de órgãos mistos de acompanhamento dos desempenhos, nomeadamente com a intervenção das associações de utentes.

### **Base LXXVI**

#### **(Qualidade da participação cidadã)**

1 — A qualidade do sistema de saúde é, nomeadamente, medida pelo nível da participação dos cidadãos no seu planeamento, na contratualização do seu financiamento, na gestão das unidades prestadoras de cuidados de saúde e na actividade desconcentrada das suas estruturas.

2 — O Instituto da Qualidade da Saúde publica regularmente um relatório de avaliação acerca da evolução do sistema de saúde, da sua gestão e da participação cidadã na sua definição e gestão.

### **Base LXXVII**

#### **(Instituto da Qualidade na Saúde)**

1 — O Instituto da Qualidade na Saúde é uma pessoa colectiva dotada de



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

autonomia administrativa, e financeira sob a superintendência e tutela do Ministro da Saúde e com atribuições de controlo, avaliação e garantia da qualidade das prestações de saúde.

2 — Cabe em especial ao Instituto da Qualidade na Saúde, para além da realização de procedimentos de qualidade, colaborar com os estabelecimentos prestadores na realização de procedimentos internos e fornecer resultados de qualidade na saúde ao Instituto para o Investimento em Saúde.

### **Base LXXVIII** **(Sistema de acreditação)**

1 — A acreditação das entidades prestadoras de cuidados de saúde é da responsabilidade do Instituto da Qualidade na Saúde.

2 — O estabelecimento de contratos-programa das entidades prestadoras de cuidados de saúde com as Agências de Contratualização tem como condição a acreditação dessas unidades.

### **Capítulo V** **Outras disposições**

### **Base LXXIX** **(Regiões autónomas)**

A presente lei é aplicável às Regiões Autónomas da Madeira e dos Açores,



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

cabendo aos órgãos de governo próprios, em obediência aos princípios e regras estabelecidos na Constituição da República, a organização e desenvolvimento dos sistemas regionais de saúde, bem como a definição e execução da respectiva política de saúde, em função do interesse específico e com vista a assegurar no espaço regional a realização do direito à protecção da saúde.

Palácio de São Bento, 3 de Maio de 2001. — Os Deputados do BE: *Luís Fazenda*  
— *Fernando Rosas*.



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

### PROJECTO DE LEI N.º 433/VIII (LEI DE BASES DA SAÚDE)

#### Relatório e parecer do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida

#### Relatório

#### I - Introdução

1 — A «Exposição de motivos» do projecto de lei em apreço, depois de referir o artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa que menciona a existência de um Serviço Nacional de Saúde estruturante do sistema de saúde, passa a criticar o desempenho do Serviço Nacional de Saúde lançado em Setembro de 1979.

Parte do pressuposto seguinte, que não está demonstrado: os progressos nos níveis de saúde, tal como os maus indicadores de saúde, são fruto do desempenho do Serviço Nacional de Saúde. Cita a baixa da mortalidade infantil entre 1970 e 1990 e a subida da esperança de vida ao nascer, entre os progressos; e refere as elevadas taxas de alcoolismo e toxicodependência, o crescente número de novos casos de infecções por HIV e pelo bacilo de Koch, o elevado índice de consumo de medicamentos, como marcas de um sistema de saúde que discrimina os cidadãos.

A argumentação apresentada em seguida anula o pressuposto: é o grau de cultura das mães que condiciona a baixa mortalidade infantil, é o nível económico das pessoas que lhes permite morrer com mais idade.



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

A conclusão, inesperada, é que «A reforma do sistema de saúde, e, em particular, do Serviço Nacional de Saúde que o nucleia, é por isso uma prioridade nacional. Essa reforma de fundo é o objectivo da Lei de Bases da Saúde que é aqui proposta».

2 — Na segunda parte da «Exposição de motivos» critica duramente o SNS, afirmando que atinge apenas 76% dos portugueses (na verdade, o Inquérito Nacional de Saúde 1998-1999 indica 84,1%) e que «tem vindo a ser degradado pela sub-orçamentação, pelo sub-financiamento e pela falta de rigor de gestão e de avaliação. Lembra que dos custos gerais com cuidados de saúde 40% são pagos directamente do bolso dos cidadãos. Gastar 8,2 do PIB e ter o SNS que temos é para o BE, assim comentado, «gastamos de menos na saúde e o que gastamos, gastamos mal».

Transcreve a crítica de C. Sakellarides, na sua mensagem de despedida do exercício das funções de Director-Geral da Saúde, para concluir que «herdamos um sistema de saúde com gravíssimos problemas».

Destes gravíssimos problemas enuncia, nos recursos humanos:

- A falta de médicos e a sua má distribuição pelo território nacional;
- A distribuição etária dos médicos - em 15 anos cerca de 75% dos actuais médicos já não estará a trabalhar;
- Faltam mais de 10 000 enfermeiros;
- Faltam auxiliares de acção médica.

Nas infra-estruturas refere:

- Dos 388 centros de saúde, raros são os que podem cumprir as funções que lhes estão cometidas.

No plano do financiamento, assinala:

- A sub-orçamentação (designada por «buraco da saúde») que, segundo Correia de Campos, será em 2001 da ordem dos 42% do orçamento inicial e gera um descontrolo



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

da gestão do SNS, no qual «o financiamento deixa de obedecer a regras explícitas e controláveis e passa a ser uma forma de promover os poderes obscuros (...)»

3 — Refere, em seguida, os termos do programa do PS para as eleições de 1999, bem como as Grandes Opções do Plano para 2001, salientando que o Ministério de Maria de Belém Roseira havia preparado programas como o «SNS21» e «Saúde - um compromisso» que não tiveram seguimento. E conclui «a presente proposta recupera essas iniciativas e dá-lhes corpo no contexto da definição geral das bases do sistema de saúde».

No capítulo seguinte, o V, é feita uma referência crítica à intervenção dos privados e à gestão de serviços públicos segundo regras empresariais privadas, que irá «abrir as portas a uma generalização de uma medicina socialmente ainda mais discriminadora, o que constituiria uma forma brutalmente injusta de anular o direito universal à prestação de cuidados de saúde».

Relativamente à existência de outros subsistemas que convivem com o SNS, é afirmado que a proposta defende a unificação, mas reconhece que unificar já seria «nivelar por baixo».

Defende a separação entre sectores público e privado pela alteração da carreira no SNS «com estatuto remuneratório requalificado, com exclusividade e em tempo completo prolongado».

No último parágrafo da página 22 há uma alusão ao conceito de «sistema» de saúde como o conjunto das acções, integradas ou não, que contribuem para promover um estado de saúde e melhorar a qualidade de vida, para concluir que a Lei de Bases deve constituir «um referencial de estabilidade e de redefinição para o conjunto do sistema de saúde. Este é o sentido do actual projecto de lei».





## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

Refere, por fim, alguma filiação deste projecto numa proposta elaborada pelo Prof. Sérvulo Correia e colaboradores, por encargo que lhe foi cometido pela então Ministra Maria de Belém Roseira. Não refere qualquer aproveitamento do relatório do Conselho de Reflexão sobre a Saúde, intitulado *Recomendações para uma reforma estrutural*, publicado em 1998.

Sintetiza o projecto de lei em 16 pontos, de forma feliz, que muito facilita a análise das 79 bases apresentadas.

### II - Comentário geral

1 — A análise ética de um projecto de lei de bases da saúde tem de partir da identificação dos valores que são geralmente aceites, na área da saúde, pelas populações dos países de cultura democrática, nos quais Portugal está incluído. Uma vez identificados esses valores, é necessário dispor de uma metodologia que permita verificar, com a objectividade possível, se o poder político, pelas suas disposições legislativas, permite aos cidadãos a fruição desses valores no domínio da saúde.

A Organização Mundial de Saúde, ao amplificar o conceito de saúde para «um completo estado de bem-estar físico, mental, social e espiritual», criou uma pesada responsabilidade aos governos e aos cidadãos e ampliou o campo das intervenções na área da saúde muito para além do tratamento médico das pessoas doentes. A expressão cuidados de saúde, que será usada neste relatório, abrange não apenas as medidas de diagnóstico e de terapêutica das pessoas doentes, mas todas as outras intervenções que promovem o bem-estar físico, mental, social e espiritual de todos os cidadãos, desde a concepção até à morte natural.



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

2 — Se aceitarmos, como afirma o projecto de lei em apreço, que o médico assistente deve ser «definido como o eixo do acompanhamento das pessoas, ao passo que os hospitais e outros centros especializados são consultores e prestadores de serviços e técnicas e terapêuticas avançadas», há lugar para definir três níveis na intervenção do sistema de saúde: a montante da procura de cuidados no médico assistente, nesta procura e obtenção de cuidados e a jusante dela.

A montante, o sistema de saúde tem, como alvo, a população no seu conjunto e o seu objectivo é promover o estado da saúde pública. É um objectivo global que passa pela noção de cidade saudável equilíbrio urbano entre zonas habitacionais, espaços verdes e áreas de lazer: água, esgotos e lixos, indústrias poluentes ou ruidosas - pela generalização de um nível máximo de escolaridade, acima do nível mínimo obrigatório, criação de empregos, protecção de idosos, dos dependentes de álcool e tóxicos e dos sem domicílio por carência ou por opção; apoio às famílias e às escolas para praticarem educação para a saúde, permanente e desde o nascimento e mesmo antes, com intervenção sobre as grávidas (que não são pessoas doentes). Que passa ainda por intervenções sanitárias como vacinações, controlo de doenças contagiosas, aconselhamento nas doenças transmissíveis, em especial pelas práticas sexuais, educando os jovens para a saúde sexual. Que passa, finalmente, pela luta contra os acidentes domésticos, desportivos, no trabalho e, principalmente, na rede viária.

Em todos os estados modernos democráticos se entende que este desempenho do sistema de saúde, que engloba os múltiplos aspectos da moderna saúde pública, é uma responsabilidade global do governo e deve ser paga, solidariamente, pelos cidadãos que criam riqueza pela via dos impostos que pagam, no quadro de um sistema fiscal e tributário justo.



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

Ao lado da intervenção predominante do Estado, deve haver lugar para iniciativas descentralizadas dos cidadãos e de instituições privadas sem fins lucrativos como, por exemplo, as misericórdias e as fundações com objectivo beneficente.

O valor que se pretende atingir é o do melhor estado de saúde para todos os cidadãos e os princípios éticos invocáveis são os da beneficência, solidariedade, equidade no acesso e não discriminação.

A Base II, o n.º 5 da Base III a Base III dão corpo aos princípios éticos acima referidos, enfatizando a sua contribuição para o valor principal que é o de promoção do melhor estado de saúde dos cidadãos.

Na Secção III a Base VIII define o conceito de sistema de saúde e logo no n.º 2 da Base IX se afirma, como um dos objectivos, «a protecção e garantia de dignidade e integridade da pessoa humana, devendo a lei regular a existência de comissões de ética nos estabelecimentos prestadores» e, no n.º 3, afirma-se garantir «a identidade genética de cada indivíduo».

A Base X define sete princípios éticos que são propostos não apenas para o que chamei actividades a jusante da prestação individual mas na totalidade das intervenções possíveis de um sistema de saúde como é evidente no primeiro princípio: «a) Universalidade, garantindo que todos estejam cobertos por esquemas de promoção e prestação da saúde e por serviços prestadores».

Os princípios enunciados e sucintamente descritos - universalidade, generalidade, solidariedade, equidade, qualidade, integração, continuidade - configuram um sistema de saúde com uma fundamentação ética correcta.

3 — No nível da prestação de cuidados de saúde a pessoas que os procuram por entenderem que deles têm necessidade, há lugar para enunciar outros valores que são



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

valores de personalidade e não valores sociais, como os que foram apontados para o sistema quando age no primeiro nível.

Porque o adoecer e a consequente necessidade dos cuidados é, sempre, um acontecimento individual (só as grandes epidemias, hoje raras, justificam uma intervenção estatal do tipo saúde pública), a procura de cuidados é uma decisão pessoal. Como decisão pessoal, ela deve ser livre, pelo que o sistema de saúde deve respeitar o princípio da autonomia, ou seja, cada pessoa deverá poder escolher livremente os cuidados de saúde que pretende obter para a sua doença.

Em todos os sistemas de saúde europeus esta liberdade e esta autonomia só são respeitadas quando a pessoa paga do seu bolso os cuidados de saúde que pretende obter, em Portugal ou num país estrangeiro.

Dados os custos dos cuidados, que, no terceiro nível, o dos cuidados hospitalares e especializados, são muitas vezes catastróficos, e porque, nas sociedades democráticas actuais após o fim da 2.<sup>a</sup> Guerra Mundial, é eticamente inaceitável que uma pessoa não tenha acesso a cuidados de saúde necessários, porque os não pode pagar, os cidadãos contribuintes aceitam que uma parte dos impostos que pagam, além de serem gastos em actividades de promoção e defesa da saúde, das quais são potencialmente beneficiários todos os cidadãos, sejam também despendidos para o benefício individual de um cidadão que decide procurar os cuidados para a sua saúde que ele, cidadão, considera necessários.

Se ninguém duvida que os custos das intervenções em saúde pública devem ser pagos, solidariamente, por todos os contribuintes, porque se procura um benefício que, sendo para todos, não é, especificamente, para ninguém, os eticistas dividem-se quando a situação é todos serem obrigados a ser solidários pagando os custos provocados por



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

alguns que adoecem (por vezes em consequência de decisões livremente assumidas, com conhecimento dos riscos de adoecer, como é o caso do cancro do pulmão nos fumadores) e que recebem um benefício individual.

A literatura sobre este debate ético é muito extensa. Direi, em resumo, que numa extremidade do debate situam-se os que pensam que a saúde é uma comodidade individual, um bem pessoal com valor económico, pelo que cabe à pessoa protegê-lo e conservá-lo com os seus meios próprios.

Na outra extremidade ficam os que defendem que o acesso a cuidados de saúde necessários é um direito social, pelo que é obrigação do Estado, pela via dos impostos, pagar tudo a todos em matéria de prestação de cuidados de saúde. Nesta posição a lógica é: um bom estado de saúde de todos os cidadãos é um benefício social e não apenas individual, pelo que os custos devem ser assumidos, solidariamente, por todos os cidadãos contribuintes que alimentam as finanças públicas.

A doutrina ética intermédia, apoiada em teorias económicas de justiça como equidade, próximas de John Rawls, afirma que o direito de acesso a cuidados de saúde deve ser garantido a todos os cidadãos; o encargo irá de 0 a 100%, de acordo com os rendimentos da pessoa física. Porque o consumo de cuidados de saúde não é uma obrigação mas um acidente, o pagamento individual deve estar protegido por um sistema de seguro que pode ser público, privado ou misto. O sistema misto, que vigora em muitos países e de que é exemplo a Holanda, é considerado o mais equitativo em termos de ética económica. O custo por cidadão é calculado por processos actuariais, fixado anualmente e pago pelos cidadãos, no todo ou em parte, de acordo com a declaração de rendimentos para efeitos fiscais; no caso de rendimentos abaixo de um valor, também fixado anualmente, a Tesouraria do Estado paga a diferença à entidade seguradora em nome do cidadão. O instituto segurador pode ser público, como na



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

Suécia, ou privado, como na Holanda, mas não é, nunca, um prestador de cuidados médicos; o que faz é adquirir estes cuidados, com rigorosos critérios de qualidade e de preço, procurando obter o máximo valor para o dinheiro dos cidadãos. A separação total entre os prestadores de cuidados e o pagador, que é uma entidade especializada na gestão de recursos financeiros, torna o financiamento transparente e verificável (*accountable*) para os cidadãos que pagam.

O cidadão, em qualquer uma destas modalidades de financiamento por solidariedade, mesmo no sistema totalmente estatizado no qual o pagamento e a prestação são exclusivamente públicos, são titulares de direitos e deveres, que tem de ser eticamente enquadrados. Este é o objectivo do Capítulo II - Secção I.

A Base XIV e a Base XVI estão eticamente correctas e a Base XVII também; nelas são fixados, para além do relevo dado à investigação científica em saúde, os grandes princípios da liberdade de escolha, do consentimento informado, da não discriminação e do direito a receber todas as informações.

A Base XVIII consagra deveres éticos dos cidadãos quando usam o sistema de saúde ou mesmo antes, como no n.º 1, alínea a), que diz que é dever do utente (melhor seria do cidadão) «Defender ou promover a própria saúde e a de todos os que dele para esse efeito dependam».

A Base XIX, última desta Secção I, fixa o direito ético à livre associação de utentes (eu preferia cidadãos) para promoção e defesa da saúde.

A Secção II, que trata de informação no sistema de saúde, estipula nas suas bases, com grande pormenor, o dever ético do sigilo e na Base XXIII estabelece as normas éticas essenciais para o uso de tecnologias informáticas na conservação e circulação das informações, bem como a definição de responsabilidades nas situações de



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

telediagnóstico e teleterapêutica. A propriedade dos dados pessoais e a sua utilização em investigação científica é tratada na Base XXIV de forma eticamente correcta.

A Base XXVII, Secção III, fixa o valor ético da transparência em relação ao desempenho e evolução do sistema de saúde, o que é muito louvável. A Base XXVIII define a obrigatoriedade da informação a prestar aos profissionais do sistema de saúde, o que é eticamente recomendável, particularmente no que se refere ao Prontuário Nacional do Medicamento.

As regras estabelecidas nas Bases XXIX e XXX sobre publicidade, incluindo na Internet, estão eticamente correctas e conformes com as disposições gerais dos Códigos de Deontologia de Médicos e Enfermeiros.

Na Secção IV - Investigação em saúde - merecem aplauso as Bases XXXII, XXXIII e XXXIV pelo rigor ético com o qual estão redigidas.

O Capítulo III - Organização e gestão do sistema de saúde - configura a opção por um modelo estatal, embora desconcentrado (melhor seria descentrado), que dá às Administrações Regionais de Saúde o poder de gerir o Serviço Nacional de Saúde na região, de contratualizar com o Instituto de Financiamento da Saúde a gestão das prestações de saúde, dispondo de uma agência de contratualização sob a sua dependência e, ainda, contratar com entidades privadas a prestação de cuidados, mas só quando o SNS as não possa executar (é o chamado carácter supletivo do recurso a privados).

É uma opção eticamente aceitável desde que permita, de facto, o acesso a todos os cuidados de saúde, de todos os cidadãos, sem discriminações.

Na Secção II, a Base XLIV consagra a separação entre funções públicas de regulação, prestação de serviços e financiamento do sistema de saúde. Esta separação é, apenas, funcional, e ocorre no interior da política estatal de saúde. É eticamente aceitável se



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

permitir que todos os cidadãos tenham direito de acesso a todos os bens que promovem a saúde, sendo a medicina curativa apenas um desses bens e talvez não o mais importante (embora seja o mais dispendioso). Sendo certo que não significa abertura do leque de prestadores fora da prestação pública o que sempre condiciona uma forte limitação ao valor liberdade de escolha do cidadão.

As Bases da Secção III o suporte legal do Serviço Nacional de Saúde que aparece constituído pelos prestadores públicos, alínea a) do n.º 1 da Base XLVII, e por prestadores dos subsistemas de saúde e das instituições particulares de solidariedade social, bem como outros sujeitos públicos ou privados, alínea b) do n.º 1 da mesma Base.

Esta última disposição torna ambígua a definição de Serviço Nacional de Saúde, confundindo-a com um Sistema Nacional de Saúde do qual o SNS seja uma das componentes do sistema.

A Base LI insiste na noção de que o SNS é uma estrutura abrangente ao afirmar que «os estabelecimentos prestadores privados e os profissionais de saúde vinculam-se a actuar no âmbito do Serviço Nacional de Saúde através de contratos administrativos que definem as prestações de saúde a realizar em regime de serviço público e as contrapartidas financeiras».

A Secção IV, que trata da gestão e financiamento do Serviço Nacional de Saúde, comete a responsabilidade ao Instituto para o Investimento em Saúde e fixa disposições quanto ao pagamento dos serviços, integradas na concepção de atribuir competências às Administrações Regionais de Saúde e às suas agências de contratualização que não levantam reservas éticas. A Base LVII, ao cometer à Administração Central do Serviço Nacional de Saúde o poder de nomear as administrações de todas as unidades





## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

prestadoras de cuidados de saúde, cerceia as competências das administrações regionais e reestabelece a centralização por via administrativa. Esta contradição deverá ser explicada para que se torne claro, para todos, o modelo administrativo proposto; e esta clarificação é uma exigência ética.

As Bases da Secção V confirmam que o papel reservado à actividade privada (Base LX) e às IPSS (Base LXI) é apenas supletiva da actividade do Serviço Nacional de Saúde e sempre sob o controlo deste.

As disposições da Secção VI sobre comparticipação em medicamentos são gerais e remetem para leis a publicar.

O Capítulo IV aborda a questão dos profissionais de saúde. Os aspectos éticos, como o direito à objecção de consciência, alínea d) do n.º 1 da Base LXVII e todos os deveres do n.º 2 da mesma base, estão correctamente enquadrados.

Na Base LXVIII reafirma que os profissionais de saúde no SNS são trabalhadores da Administração Pública, cuja situação em regime de dedicação exclusiva e horário completo prolongado é incompatível com a prática privada. Nas instituições do SNS não haverá prática de medicina privada (n.º 5), o que colide com a parte final do n.º 4. O disposto no n.º 6, ao permitir o contrato individual de trabalho, colide com o n.º 3 e torna incompreensível o n.º 7 da Base LXVIII, que pretende definir o estatuto dos profissionais de saúde dos estabelecimentos prestadores públicos.

Na perspectiva ética parece necessário reformular estas bases de modo a que os profissionais conheçam claramente quais são os regimes de trabalho possíveis no SNS; a ambiguidade quanto aos estatutos profissionais não é eticamente correcta. A referência, na Base LXIX, a contratação colectiva e a convenções colectivas de trabalho de nível local aumenta a ambiguidade. A prescrição por princípio activo ou por



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

denominação comum internacional ou, na sua falta, do nome genérico do medicamento nos estabelecimentos do SNS, não parece eticamente criticável.

As disposições do Capítulo V sobre qualidade na saúde não levantam quaisquer problemas de natureza ética e constituem um aspecto importante no funcionamento do Serviço Nacional de Saúde.

(Há alguns lapsos que serão facilmente corrigidos, como na página 38, n.º 3, quando chama Instituto de Financiamento de Saúde ao organismo que, na página 75 e seguintes, é designado por Instituto para a Saúde. Na página. 99 deve ser Capítulo VI, e não V, e na página 83, linha 7, não é número dois mas número um; e pequenos erros de dactilografia que não afectam a compreensão do texto).

Lisboa, 2 de Outubro de 2001. O Relator, Prof. Doutor, *Daniel Serrão*.

### **Parecer**

1 — O CNECV considera como «normas pertinentes» do projecto de lei, para efeito deste parecer, todas as que, na sua enunciação, referem expressamente ou evocam, de forma implícita, valores e princípios éticos. A saúde e a doença implicam intervenções de seres humanos sobre outros seres humanos, pelo que a perspectiva ética tem de estar sempre presente.

2 — A análise detalhada, que consta do relatório, revela que o projecto de lei em apreço reconhece, menciona e tem em conta, de forma geralmente correcta, os valores e princípios éticos prevaletentes nas áreas da saúde pública e da saúde individual.



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

3 — O CNECV entende que a presente iniciativa legislativa pode suscitar um importante debate ético sobre as necessidades fundamentais das pessoas no domínio da saúde.

4 — O CNECV não se pronuncia sobre a opção global do projecto de lei quanto ao modelo de financiamento e de gestão do sistema de saúde e, neste, do Serviço Nacional de Saúde, por considerar que se trata de uma opção essencialmente política. Mas entende necessária a clarificação dos princípios éticos aos quais se vão ligar os processos de captação de recursos para a saúde e de distribuição desses recursos pelos prestadores.

5 — O CNECV considera indispensável a clarificação das relações previstas entre o Serviço Nacional de Saúde e os profissionais de saúde que, sem vínculo à função pública, venham a colaborar com o Serviço Nacional de Saúde.

Lisboa, 2 de Outubro de 2001. O Presidente do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, *Prof Doutor Luís Archer*.