

**Parecer**

**PJL n.º 1082/XIII/4.ª PCP**

**Autor: Deputado  
Moisés Ferreira**

---

*«Elimina as Unidades de Saúde Familiar de modelo C - 2ª Alteração ao Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de agosto que, estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar (USF) e o regime de incentivos a atribuir a todos os elementos que as constituem, bem como a remuneração a atribuir aos elementos que integrem as USF de modelo B»*

## **ÍNDICE**

**PARTE I - CONSIDERANDOS**

**PARTE II - OPINIÃO DO DEPUTADO AUTOR DO PARECER**

**PARTE III - CONCLUSÕES**

**PARTE IV- ANEXOS**

## **PARTE I – CONSIDERANDOS**

### **A) Nota Introdutória**

O Grupo Parlamentar do Partido Comunista Português apresentou o Projeto de Lei n.º 1082/XIII/4.<sup>a</sup>, que elimina as Unidades de Saúde Familiar de modelo C, procedendo à 2ª Alteração ao Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de agosto, que estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar (USF) e o regime de incentivos a atribuir a todos os elementos que as constituem, bem como a remuneração a atribuir aos elementos que integrem as USF de modelo B.

A apresentação da iniciativa foi efetuada nos termos do disposto no n.º 1 do artigo 167.º da Constituição da República Portuguesa e do artigo 118.º do Regimento da Assembleia da República. A proposta cumpre também com os requisitos previstos no artigo 124.º do Regimento da AR.

O Projeto de Lei n.º 1082/XIII/4.<sup>a</sup> deu entrada na Mesa da Assembleia da República no dia 23 de janeiro de 2019. Baixou por despacho do Presidente da Assembleia da República à Comissão de Saúde para emissão do respetivo parecer.

### **B) Do objeto, conteúdo e motivação da iniciativa**

No que diz respeito ao conteúdo do Projeto de Lei n.º 1082/XIII/4.<sup>a</sup>: os Cuidados de Saúde Primários são considerados um elemento central do Serviço Nacional de Saúde. As Unidades de Saúde Familiar (USF) são uma das unidades funcionais de prestação de cuidados possíveis dentro dos CSP, podendo constituir-se em vários modelos, nomeadamente, os modelos A, B e C.

Comissão de Saúde

O projeto de lei n.º 1082/XIII/4.<sup>a</sup> descreve sumariamente os diferentes modelos de USF e as suas diferenças ao nível da autonomia, retribuição, incentivos aos profissionais, financiamento e estatuto jurídico. Aborda conjuntamente os modelos A e B e separadamente o modelo C.

Os autores do Projeto de Lei destacam as pressões e interesses de entidades privadas relativamente aos CSP, considerando que se trata de um negócio bastante lucrativo. No entanto, qualquer tentativa de privatização da saúde, designadamente dos CSP ou de qualquer das unidades funcionais que o constituam, subverte o princípio constitucional do direito à saúde.

Os autores do Projeto de Lei propõem, com a iniciativa, e ao abrigo das disposições legais e regimentais aplicáveis, a segunda alteração ao Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de agosto, estabelecendo o regime jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar modelos A e B e eliminando a possibilidade de existência do modelo C.

É, portanto, proposta uma alteração ao ponto 1 e 3 do artigo 3º do Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de agosto, passando o mesmo a ter a seguinte redação:

“Artigo 3º

[...]

1 - As USF são as unidades elementares de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, que assentam em equipas multiprofissionais, constituídas por médicos, por enfermeiros e por pessoal administrativo e que podem ser organizadas em dois modelos de desenvolvimento: A e B.

2 - (...)

3 - A lista de critérios e a metodologia que permitem classificar as USF em dois modelos de desenvolvimento são aprovadas por despacho do membro do Governo responsável pela área da saúde, mediante prévia participação das organizações profissionais.”

**C) Enquadramento legal e constitucional e antecedentes**

Sendo o enquadramento legal e os antecedentes do Projeto de Lei n.º 1082/XIII/4.<sup>a</sup> expendidos na Nota Técnica que a respeito do mesmo foi elaborada pelos competentes serviços da Assembleia da República, a 5 de fevereiro de 2019, remete-se para esse documento, que consta em Anexo ao presente Parecer, a densificação do capítulo em apreço.

## **PARTE II - OPINIÃO DO DEPUTADO AUTOR DO PARECER**

O autor do presente Parecer entende que deve reservar, nesta sede, a sua posição sobre o Projeto de Lei n.º 1082/XIII/3.<sup>a</sup>, a qual é, de resto, de “elaboração facultativa”, conforme disposto no n.º 3 do artigo 137.º do Regimento da Assembleia da República.

## **PARTE III - CONCLUSÕES**

1. O Projeto de Lei n.º 1082/XIII/4.<sup>a</sup>, apresentado pelo Grupo Parlamentar do Partido Comunista Português, com o título “Elimina as Unidades de Saúde Familiar de modelo C - 2.<sup>a</sup> Alteração ao Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de agosto que, estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar (USF) e o regime de incentivos a atribuir a todos os elementos que as constituem, bem como a remuneração a atribuir aos elementos que integrem as USF de modelo B” foi remetido à Comissão de Saúde para elaboração do respetivo parecer.
2. A apresentação do Projeto de Lei n.º 1082/XIII/4.<sup>a</sup> foi efetuada nos termos do disposto na alínea g) do n.º 2 do artigo 180.º, da alínea c) do artigo 161.º e do n.º 1 do artigo 167.º da Constituição da República Portuguesa, bem como do artigo 119.º do Regimento da Assembleia da República, estando reunidos os requisitos formais previstos no artigo 124.º desse mesmo Regimento.

Comissão de Saúde

3. Face ao exposto, a Comissão de Saúde é de parecer que o Projeto de Lei n.º 1082/XIII/4.ª reúne os requisitos legais, constitucionais e regimentais para ser discutido e votado em Plenário.

**PARTE IV- ANEXO**

Palácio de S. Bento, 27 de fevereiro de 2019

**O Deputado autor do Parecer**



**(Moisés Ferreira)**

**O Presidente da Comissão**



**(José de Matos Rosa)**

### **Projeto de Lei n.º 1082/XIII/4.ª (PCP)**

**Elimina as Unidades de Saúde Familiar de modelo C – 2.ª Alteração ao Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de agosto que, estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar (USF) e o regime de incentivos a atribuir a todos os elementos que as constituem, bem como a remuneração a atribuir aos elementos que integrem as USF de modelo**

Data de admissão: 23 de janeiro de 2019

Comissão de Saúde (9.ª)

### **Índice**

- I. Análise da iniciativa**
- II. Enquadramento parlamentar**
- III. Apreciação dos requisitos formais**
- IV. Análise de direito comparado**
- V. Consultas e contributos**
- VI. Avaliação prévia de impacto**
- VII. Enquadramento bibliográfico**

## I. Análise da iniciativa

### • A iniciativa

O Partido Comunista Português (PCP) apresentou o Projeto de Lei (PJL) n.º 1082/XIII/4.ª, que tem por objeto proceder a uma «segunda alteração ao Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, que estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar (USF) nos modelos A e B e elimina o modelo C», para entrar em vigor no dia seguinte após a publicação da lei.

A alteração que é proposta visa modificar a redação dos n.ºs 1 e 3 do artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 298/2007, dela resultando que deixam de poder ser constituídas USF modelo C, bem como a eliminação dos números 4 e 5:

DL n.º 298/2007	PJL n.º 1082/XIII/4.ª PCP
<p><b>Artigo 3.º</b> Definição</p> <p>1 - As USF são as unidades elementares de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, que assentam em equipas multiprofissionais, constituídas por médicos, por enfermeiros e por pessoal administrativo e que podem ser organizadas em três modelos de desenvolvimento: A, B e C.</p> <p>2 - A equipa multiprofissional deve potenciar as aptidões e competências de cada grupo profissional e contribuir para o estabelecimento de uma relação interpessoal e profissional estável.</p> <p>3 - A lista de critérios e a metodologia que permitam classificar as USF em três modelos de desenvolvimento são aprovadas por despacho do membro do Governo responsável pela área da saúde, mediante prévia participação das organizações profissionais.</p> <p>4 - A actividade das USF desenvolve-se com autonomia organizativa, funcional e técnica, integrada numa lógica de rede com outras unidades funcionais do centro de saúde ou da unidade local de saúde.</p> <p>5 - Sem prejuízo do disposto no número anterior, as USF são parte integrante do centro de saúde.</p>	<p><b>Artigo 3º</b> [...]</p> <p>1 - As USF são as unidades elementares de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, que assentam em equipas multiprofissionais, constituídas por médicos, por enfermeiros e por pessoal administrativo e que podem ser organizadas em dois modelos de desenvolvimento: A e B.</p> <p>2 - (...)</p> <p>3 - A lista de critérios e a metodologia que permitem classificar as USF em dois modelos de desenvolvimento são aprovadas por despacho do membro do Governo responsável pela área da saúde, mediante prévia participação das organizações profissionais.</p>

Fundamentando a apresentação desta iniciativa, alega o PCP que as entidades privadas estão a manifestar muito interesse nos cuidados de saúde primários (CSP), havendo



pressão para entrarem neste setor, sendo que o processo de privatização da saúde, em especial nestes cuidados, «*subverte o princípio constitucional do direito à saúde e as características específicas dos CPS*». O PCP sempre se manifestou contra a privatização da saúde, e por isso vem propor a revogação do modelo C para as USF.

- **Enquadramento jurídico nacional**

Nos termos do n.º 1 do [artigo 64.º](#) da [Constituição da República Portuguesa](#), «*todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover*». A alínea *a)* do n.º 2 do mesmo artigo estipula, ainda, que o direito à proteção da saúde é realizado, nomeadamente, «*através de um serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito*»<sup>1</sup>. Para assegurar o direito à proteção da saúde, e de acordo com as alíneas *a)*, *b)* e *d)* do n.º 3 do mesmo artigo e diploma, incumbe prioritariamente ao Estado «*garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação*»; «*garantir uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde*»; e «*disciplinar e fiscalizar as formas empresariais e privadas da medicina, articulando-as com o serviço nacional de saúde, por forma a assegurar, nas instituições de saúde públicas e privadas, adequados padrões de eficiência e de qualidade*».

No desenvolvimento do mencionado preceito constitucional e pela [Lei n.º 48/90, de 24 de agosto](#)<sup>2</sup>, foi aprovada a Lei de Bases da Saúde, diploma que sofreu as alterações introduzidas pela [Lei n.º 27/2002, de 28 de novembro](#), e da qual também está disponível uma [versão consolidada](#).

---

<sup>1</sup> Esta redação, introduzida pela [Lei Constitucional n.º 1/89, de 8 de julho](#), que procedeu à segunda revisão constitucional, veio substituir a consagrada pela Constituição de 1976 que estabelecia no n.º 2 do artigo 64.º que o «*direito à proteção da saúde é realizado pela criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito*».

<sup>2</sup> Foi solicitada pelo PCP junto do Tribunal Constitucional, a declaração com força obrigatória geral, da inconstitucionalidade das normas constantes das Bases IV, n.º 1, XII, n.º 1, XXXIII, n.º 2, alínea *d)*, XXXIV, XXXV, n.º 1, e XXVII, n.º 1, da Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, tendo sido proferido o [Acórdão n.º 731/95](#) que não declarou a inconstitucionalidade de nenhuma delas.

Nos termos do n.º 2 da [Base I](#), o «Estado promove e garante o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde nos limites dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis». Prevê, ainda, a alínea e) do n.º 1 da [Base II](#) que a «política de saúde tem âmbito nacional» e que a «gestão dos recursos disponíveis deve ser conduzida por forma a obter deles o maior proveito socialmente útil e a evitar o desperdício e a utilização indevida dos serviços». De acordo com o disposto no n.º 1 da [Base XIII](#), «o sistema de saúde assenta nos cuidados de saúde primários, que devem situar-se junto das comunidades».

Já o Serviço Nacional de Saúde (SNS) foi criado pela [Lei n.º 56/79, de 15 de setembro](#)<sup>3</sup> ([versão consolidada](#)), prevendo o artigo 7.º que o seu acesso é gratuito, sem prejuízo do estabelecimento de taxas moderadoras diversificadas tendentes a racionalizar a utilização das prestações.

O SNS é constituído pela rede de órgãos e serviços previstos na Lei n.º 56/79, de 15 de setembro, e atua de forma articulada e sob direção unificada, com gestão descentralizada e democrática, visando a prestação de cuidados globais de saúde a toda a população (artigo 2.º). O seu acesso é garantido a todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica e social (n.º 1 do artigo 4.º), garantia que compreende o acesso a todas as prestações abrangidas pelo SNS e não sofre restrições, salvo as impostas pelo limite de recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis, e envolve todos os cuidados integrados de saúde, compreendendo a promoção e vigilância da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico e tratamento dos doentes e a reabilitação médica e social (artigo 6.º). O acesso às prestações é assegurado, em princípio, pelos estabelecimentos e serviços da rede oficial do SNS, e enquanto não for possível garantir a totalidade das prestações pela rede oficial, o acesso

---

<sup>3</sup> A Lei n.º 56/79, de 15 de setembro, foi alterada pelo [Decreto-Lei n.º 254/82, de 29 de junho](#), e pelo [Decreto-Lei n.º 361/93, de 15 de outubro](#). O [Acórdão 39/84](#) declarou a inconstitucionalidade, com força obrigatória geral, nos termos e para os efeitos dos artigos 281.º e 282.º da Constituição, do artigo 17.º do Decreto-Lei n.º 254/82, de 29 de junho, na parte que revogou os artigos 18.º a 61.º e 64.º a 65.º da Lei n.º 56/79, de 15 de setembro.

será assegurado por entidades não integradas no SNS em base contratual, ou, excecionalmente, mediante reembolso direto dos utentes (artigo 15.º).

O atual Estatuto do Serviço Nacional de Saúde foi aprovado pelo [Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro](#)<sup>4</sup>, diploma este que sofreu sucessivas alterações<sup>5</sup>, e do qual está disponível uma [versão consolidada](#).

O regime jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar (USF) e o regime de incentivos a atribuir a todos os elementos que as constituem, bem como a remuneração a atribuir aos elementos que integrem as USF de modelo B foi aprovado pelo [Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto](#), retificado pela [Declaração de Retificação n.º 81/2007, de 12 de setembro](#), e alterado pelo [Decreto-Lei n.º 73/2017, de 23 de junho](#), diploma do qual também se encontra disponível uma [versão consolidada](#).

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

---

<sup>4</sup> As condições de exercício do direito de acesso ao Serviço Nacional de Saúde foram inicialmente definidas pelo [Decreto-Lei n.º 57/86, de 20 de março](#), posteriormente revogado pelo [Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro](#).

<sup>5</sup> O [Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro](#), (retificado pela [Declaração de Retificação n.º 42/93, de 31 de março](#)) sofreu as alterações introduzidas pelo [Decreto-Lei n.º 77/96, de 18 de junho](#), [Decreto-Lei n.º 112/97, de 10 de outubro](#), [Decreto-Lei n.º 53/98, de 11 de março](#), [Decreto-Lei n.º 97/98, de 18 de abril](#), [Decreto-Lei n.º 401/98, de 17 de dezembro](#), [Decreto-Lei n.º 156/99, de 10 de maio](#), [Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de maio](#), [Decreto-Lei n.º 68/2000, de 26 de abril](#), [Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto](#), [Decreto-Lei n.º 223/2004, de 3 de dezembro](#), [Decreto-Lei n.º 222/2007, de 29 de maio](#), [Decreto-Lei n.º 276-A/2007, de 31 de julho](#), [Decreto-Lei n.º 177/2009, de 4 de agosto](#), [Lei n.º 66-B/2012, de 31 de dezembro](#), [Lei n.º 83-C/2013, de 31 de dezembro](#), e [Lei n.º 82-B/2014, de 31 de dezembro](#).

deve potenciar as aptidões e competências de cada grupo profissional e contribuir para o estabelecimento de uma relação interpessoal e profissional estável».

O n.º 3 do artigo 3.º do referido Decreto-Lei determina que as USF se podem organizar em três modelos de desenvolvimento. A cada um destes modelos correspondem processos distintos de retribuição do desempenho, definidos de acordo com a lista de critérios e a metodologia que permitem classificar as unidades de saúde familiar em três modelos de desenvolvimento, A, B e C, aprovados pelo [Despacho n.º 24101/2007, de 22 de outubro](#).

A lista de critérios e a metodologia foram elaboradas pela Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP)<sup>6</sup>, em articulação com as Administrações Regionais de Saúde, I. P., e a Administração Central do Sistema de Saúde, I. P. e constam do anexo ao Despacho n.º 24101/2007, de 22 de outubro, segundo o qual a diferenciação entre os modelos de unidades de saúde familiar (USF) resulta de três dimensões estruturantes:

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

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

«a) Modelo A:

- i) Corresponde a uma fase de aprendizagem e de aperfeiçoamento do trabalho em equipa de saúde familiar, ao mesmo tempo que constitui um primeiro contributo para o desenvolvimento da prática da contratualização interna. É uma fase indispensável nas situações em que esteja muito enraizado o trabalho

---

<sup>6</sup> A [Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005, de 12 de outubro](#), veio criar na dependência direta do Ministro da Saúde, a Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP), com a natureza de estrutura de missão, para a condução do projeto global de lançamento, coordenação e acompanhamento da estratégia de reconfiguração dos centros de saúde e implementação das unidades de saúde familiar.

individual isolado e ou onde não haja qualquer tradição nem práticas de avaliação de desempenho técnico-científico em saúde familiar;

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

**b) Modelo B:**

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

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

**c) Modelo C:**

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

*ii)* Abrange as USF dos sectores social, cooperativo e privado, articuladas com o centro de saúde, mas sem qualquer dependência hierárquica deste, baseando a sua atividade num contrato-programa estabelecido com a ARS respetiva, através do departamento de contratualização, e sujeitas a controlo e avaliação externa desta ou de outras entidades autorizadas para o efeito, com a obrigatoriedade de obter a acreditação num horizonte máximo de três anos».

De acordo com o previsto no n.º 3 do anexo ao mencionado Despacho n.º 24101/2007, de 22 de outubro, e «no sentido de proporcionar a escolha do modelo mais adequado aos propósitos de cada equipa multiprofissional, é permitida a transição de um modelo para outro em qualquer momento desde que observados os termos de acesso e a metodologia, definidos pela MCSP, bem como o número de USF estabelecido, anualmente, por despacho conjunto dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde».

Coube ao [Despacho n.º 1194-A/2018, de 1 de fevereiro](#), fixar o número de unidades de saúde familiar (USF) de modelo A a constituir e o número de USF a transitar do modelo A para o modelo B no ano de 2018, bem como ratificou o número de USF de modelo A autorizadas para o ano de 2017. De salientar que o número de USF de modelo A a constituir no ano de 2018 foi de 30.

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

O modelo C, considerado um modelo experimental a regular por diploma próprio, assume um carácter supletivo relativamente às eventuais insuficiências demonstradas pelo Serviço Nacional de Saúde e abrange as USF dos sectores social, cooperativo e privado, cuja atividade assenta num contrato-programa celebrado com a administração regional de saúde respetiva.

Assim sendo, pelo [Despacho n.º 12876/2012, de 19 de setembro](#), alterado pelo [Despacho n.º 15426/2012, de 4 de dezembro](#), do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde foi constituído um grupo de trabalho com o objetivo de analisar as

condições de abertura do modelo C de USF, a título experimental, ao sector social e cooperativo, competindo-lhe, em especial:

- Identificar os princípios e normas orientadoras da atividade a desenvolver pela USF modelo C, em fase experimental, nos sectores social e cooperativo;
- Identificar as áreas prioritárias de implementação dos projetos-piloto, tendo em atenção as necessidades das populações, designadamente em termos de carência de médicos de família;
- Propor os procedimentos jurídicos, a metodologia e a calendarização necessários à implementação, em fase experimental, de USF Modelo C dos sectores social e cooperativo;
- Propor os termos, condições e os procedimentos conducentes à celebração de contratos programa entre o Estado e os sectores social e cooperativo.

Em março de 2013 o Grupo de Trabalho apresentou o Relatório *Condições de abertura das USF modelo C ao sector social e cooperativo a título experimental - recomendações e propostas*, tendo concluído que «os pressupostos e regras gerais subjacentes à abertura de USF Modelo C são:

- Modelo experimental de relacionamento entre sector público e entidades do setor social e cooperativo;
- Carácter supletivo e complementar, dado que apenas visa o suprimento de manifestas incapacidades dos serviços próprios do SNS;
- Definição clara, rigorosa e exaustiva das necessidades da população, para identificação das incapacidades reais dos serviços próprios do SNS e carências em termos de cuidados de saúde primários, fundamental para justificar o objeto da "parceria";
- Definição prévia, através da respetiva ARS e de acordo com critérios a definir, dos locais onde é necessária uma USF desta tipologia, necessariamente condicionada por quotas máximas definidas por região de saúde e incapacidade de resposta em termos de médicos de família;
- Desejável recurso a mecanismos concorrenciais para efeitos de seleção dos parceiros;

- Obrigatoriedade de articulação com o ACES da respetiva área geográfica, sem prejuízo da independência hierárquica;
- Prestação de serviços assegurada por uma equipa nominalmente definida, qualificada e coesa que terá de respeitar todos os requisitos previamente definidos;
- Obtenção de acreditação num prazo de 3 anos;
- Celebração de um contrato que rege o relacionamento com o Ministério da Saúde (MS) e o plano de atividades a desenvolver e que envolve, obrigatoriamente, o cumprimento da carteira básica de serviços e, sempre que justificável, compromissos assistenciais adicionais;
- Contrapartida financeira pela realização dos serviços prestados que deve ter em conta o comparador público e as características e dimensão das listas de utentes;
- Recurso a sistemas de informação em utilização no SNS que permita a uniformização da avaliação e comparação dos registos realizados, face às restantes USF;
- Modelo de acompanhamento da execução do Contrato com enfoque na obtenção de resultados em saúde;
- Avaliação da iniciativa envolvendo o comparador público;
- Clara separação da prestação de cuidados e impedimento ao exercício de funções acumuladas em serviços oficiais do SNS ou com este convencionados.
- Instituição de cláusula de salvaguarda para todos os profissionais que impeça a passagem direta por qualquer figura jurídica de mobilidade do sector público para o modelo C, salvo por motivo de aposentação ou reforma.
- Desejável prioridade para as cooperativas de profissionais de saúde (Médicos e/ou Enfermeiros)»<sup>7</sup>.

E conclui, «refira-se que a tipologia de USF modelo C abrange as USF do sector social, cooperativo e privado, pressupõe um grau de autonomia organizacional mais avançado

---

<sup>7</sup> *Condições de abertura das USF modelo C ao sector social e cooperativo a título experimental - recomendações e propostas*, págs. 9 e 10.



face às restantes, e está dependente da verificação de insuficiências demonstradas pelo SNS, pelo que a sua efetiva constituição e implementação no terreno, dependerá, conforme legalmente previsto, da definição prévia de quotas pelas respetivas Administrações Regionais de Saúde (ARS) e da comprovada existência de cidadãos sem médico de família»<sup>8</sup>.

De mencionar, por fim, que do anexo I deste documento consta um projeto de decreto-lei para criação e consagração legal do ramo das cooperativas de saúde.

Todavia, até à data ainda não foi constituída nenhuma USF de Modelo C.

No enquadramento legal aplicável a esta matéria cumpre ainda referir o [Despacho Normativo n.º 5/2011, de 15 de março](#), que aprova o regulamento de candidaturas<sup>9</sup> para adesão ao modelo das unidades de saúde familiar e a [Portaria n.º 1368/2007, de 18 de outubro](#), que aprova a carteira básica de serviços e os princípios da carteira adicional de serviços das USF.

A terminar cumpre referir o documento [O Momento Atual da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal 2017/2018](#) que tem «o objetivo de caracterizar o estado da reforma dos cuidados de saúde primários de 2005 através da avaliação que os coordenadores das Unidades de Saúde Familiar (USF) fazem do momento atual desta reforma», sublinhando que «existem já 501 USF, abrangendo mais de 9000 profissionais e que prestam cuidados a quase 6 milhões de pessoas».

A presente iniciativa propõe a revogação das USF de modelo C, alterando para o efeito os n.ºs 1 e 3 do artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto.

---

<sup>8</sup> *Condições de abertura das USF modelo C ao sector social e cooperativo a título experimental - recomendações e propostas*, pág. 4.

<sup>9</sup> O respetivo processo de [candidaturas](#) a USF por parte das equipas multiprofissionais pode ser efetuado na página da Administração Central do Sistema de Saúde, sendo disponibilizados formulários e guias para este efeito.

## II. Enquadramento parlamentar

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

Consultada a base de dados do processo legislativo e da atividade parlamentar, verificou-se que, neste momento, não se encontra pendente qualquer iniciativa legislativa ou petição sobre esta matéria.

## III. Apreciação dos requisitos formais

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

A presente iniciativa legislativa é apresentada por quinze Deputados do Grupo Parlamentar do PCP, nos termos do artigo 167.º da Constituição e do 118.º do Regimento da Assembleia da República (RAR), que consubstanciam o poder de iniciativa da lei. Trata-se de um poder dos Deputados, por força do disposto na alínea *b*) do artigo 156.º da Constituição e na alínea *b*) do n.º 1 do artigo 4.º do RAR, bem como dos grupos parlamentares, por força do disposto na alínea *g*) do n.º 2 do artigo 180.º da Constituição e da alínea *f*) do artigo 8.º do RAR.

O projeto de lei em análise respeita os requisitos formais previstos no n.º 1 do artigo 119.º e nas alíneas *a*), *b*) e *c*) do n.º 1 do artigo 124.º do RAR, relativamente às iniciativas em geral, bem como os previstos no n.º 1 do artigo 123.º do referido diploma, quanto aos projetos de lei em particular. Respeita ainda os limites da iniciativa impostos pelo RAR, por força do disposto nos n.ºs 1 e 3 do artigo 120.º.

A iniciativa legislativa deu entrada a 21 de janeiro de 2019, foi admitida a 23 do mesmo mês, data em que baixou, na generalidade, por despacho do Presidente da Assembleia da República, à Comissão de Saúde, tendo sido anunciada na sessão plenária do dia 24 de janeiro.

- **Verificação do cumprimento da lei formulário**

O projeto de lei inclui uma exposição de motivos e cumpre o disposto no n.º 2 do artigo 7.º da [lei formulário](#) (Lei n.º 74/98, de 11 de novembro, na sua redação atual), uma vez que tem um título que traduz sinteticamente o seu objeto - disposição idêntica à da alínea *b*) do n.º 1 do artigo 124.º do RAR, embora possa ser objeto de aperfeiçoamento, em caso de aprovação, nomeadamente passando a iniciar-se por um substantivo.

O artigo 2.º altera o [Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de agosto](#). Nos termos do n.º 1 do artigo 6.º da lei formulário, “Os diplomas que alterem outros devem indicar o número de ordem da alteração introduzida e, caso tenha havido alterações anteriores, identificar aqueles diplomas que procederam a essas alterações, ainda que incidam sobre outras normas”.

De acordo com o Diário da República Eletrónico (DRE), o referido Decreto-Lei sofreu uma alteração, através do Decreto-Lei n.º 73/2017, de 21, de junho, pelo que, em caso de aprovação, esta será a segunda alteração, tal como o seu título indica. Porém, o mesmo título pode ainda ser melhorado, sugerindo-se o seguinte:

Elimina as unidades de saúde familiar de modelo C, procedendo à segunda alteração ao Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de agosto

Quanto à entrada em vigor da iniciativa, em caso de aprovação, esta terá lugar “no dia seguinte após a sua publicação”, de acordo com o artigo 3.º, estando, pois, em conformidade com o disposto no n.º 1 do artigo 2.º da lei formulário, segundo o qual “Os atos legislativos (...) entram em vigor no dia neles fixado, não podendo, em caso algum, o início da vigência verificar-se no próprio dia da publicação”.

Caso seja aprovada, a presente iniciativa toma a forma de lei, devendo ser objeto de publicação na 1.ª série do Diário da República, em conformidade com o disposto na alínea c) do n.º 2 do artigo 3.º da lei formulário.

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

#### **Regulamentação ou outras obrigações legais**

A presente iniciativa não prevê a necessidade de regulamentação posterior das suas normas, nem condiciona a sua aplicação ao cumprimento de qualquer obrigação legal.

#### **IV. Análise de direito comparado**

---

- **Enquadramento internacional**

**Países europeus**

A legislação comparada é apresentada para os seguintes países europeus: Espanha e França.

**ESPAÑA<sup>10</sup>**

Com a aprovação do [Estatuto de Autonomia](#) da comunidade autónoma de *Castilla y León*, em 1983, promoveu-se a transferência de competências na área da saúde para as entidades regionais. Posteriormente, com a publicação do [Decreto 60/1985](#), relativo à organização e funcionamento das zonas de saúde, da [Orden de 6 de junio de 1986](#), sobre as normas mínimas de funcionamento das equipas de cuidados primários e do [Decreto 32/1998](#), que estabeleceu a delimitação das zonas de cuidados básicas de saúde, ficou estabelecida a base do modelo de saúde primária na comunidade autónoma. De entre os diplomas posteriormente publicados e das alterações operadas nos citados, com interesse para a apreciação da matéria da presente iniciativa destacamos a [Orden de 15 de abril de 1991](#), da *Consejería de Sanidad y Bienestar Social* que aprova o modelo de regulamento de funcionamento das equipas de atenção primária de *Castilla y León*.

O sistema de saúde primário nesta comunidade é constituído por 11 áreas de saúde (duas áreas em *Léon e Valladolid* e uma por cada província da comunidade) subdivididas por 246 zonas básicas de saúde, reguladas pelo [Decreto 108/1991](#) e [Decreto 32/1988](#). Em cada uma destas 246 zonas existe um conjunto de profissionais<sup>11</sup> que constituem as equipas de cuidados primários, responsáveis pelos cuidados de saúde primários na sua zona territorial. Cada uma destas zonas dispõe de um centro de saúde que se desdobram com consultórios locais que servem as localidades com pelo

---

<sup>10</sup> Análise confinada à comunidade autónoma de *Castilla y León*, baseada no documento do Ministério de *Sanidade y Política Social* [publicado](#) no portal do Governo espanhol.

<sup>11</sup> Nestes profissionais incluem-se, por exemplo, os assistentes sociais, os veterinários ou os farmacêuticos.

menos 50 habitantes, garantindo assim o acesso a cuidados de saúde em locais com menos densidade populacional.

### FRANÇA<sup>12</sup>

A nível nacional, o Estado intervém diretamente no financiamento e organização da prestação de cuidados. Para responder às necessidades de saúde da população, promove uma cobertura uniforme do território nacional e uma complementaridade eficaz dos atores.

A nível regional, as agências regionais de saúde<sup>13</sup> (ARS) asseguram a coordenação do atendimento, garantem uma gestão coerente dos recursos e asseguram o acesso equitativo a cuidados de qualidade. Estas adaptam as políticas nacionais aos seus contextos regionais, através de programas regionais de saúde (PRS), compostos por esquemas regionais de prevenção, de esquemas regionais de organização dos cuidados (SROS) de saúde, bem como esquemas médico-sociais para as pessoas idosas ou dependentes.

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

Em França foi em 1999 que foi criada a Couverture Maladie Universelle (CMU) através da Loi n.º 99-641, du 27 de juillet. Este sistema inclui todas as pessoas de nacionalidade francesa ou estrangeira, com ou sem domicílio fixo, desde que resida em França à mais de 3 meses de forma regular, e não estiver coberto por outro regime de segurança social.

---

<sup>12</sup> Análise comparativa baseada no contributo dado para a nota técnica do Projeto de Lei n.º 231/XIII.

<sup>13</sup> Artigo L1431-1 do Code de la santé publique.

## V. Consultas e contributos

---

### Consultas facultativas

A Comissão de Saúde poderá, eventualmente, realizar a audição, ou solicitar a emissão de parecer, designadamente à Direção Geral de Saúde (DGS), à Entidade Reguladora da Saúde (ERS) e à Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS).

## VI. Avaliação prévia de impacto

---

- **Avaliação sobre impacto de género**

O grupo parlamentar proponente juntou ao projeto de lei a respetiva avaliação de impacto de género (AIG), sendo neutra a valoração que faz do impacto com a sua aprovação.

**Linguagem não discriminatória** – Na elaboração dos atos normativos a especificação de género deve ser minimizada, recorrendo-se, sempre que possível, a uma linguagem neutra ou inclusiva, mas sem colocar em causa a clareza do discurso. No caso concreto, a presente iniciativa utiliza as palavras «médicos» e «enfermeiros». Porém, uma vez que o diploma visa alterar legislação já existente, não faz sentido, por uma questão de coerência, propor alternativas a estes termos.

- **Impacto orçamental**

A aprovação desta iniciativa não parece implicar um acréscimo de encargos, ou diminuição de receitas, para o Orçamento do Estado, mas os elementos disponíveis não permitem fazer uma avaliação fundamentada.