

## Projeto de Lei n.º 148/XV/1.ª (CH)

**Título: Acesso dos cidadãos a consultas e meios complementares de diagnóstico e terapêutica em tempo útil e de acordo com as suas necessidades**

Data de admissão: 15 de junho de 2022

Comissão de Saúde (9.ª)

## ÍNDICE

### I. A INICIATIVA

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

### III. ENQUADRAMENTO JURÍDICO NACIONAL

### IV. ENQUADRAMENTO JURÍDICO NA UNIÃO EUROPEIA E INTERNACIONAL

### V. ENQUADRAMENTO PARLAMENTAR

### VI. CONSULTAS E CONTRIBUTOS

### VII. ENQUADRAMENTO BIBLIOGRÁFICO

## I. A INICIATIVA

---

Os proponentes começam por afirmar que os utentes do Serviço Nacional de Saúde (SNS), esperam semanas, meses ou anos para uma consulta de medicina geral e familiar e/ou de especialidade, bem como para o acesso à realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT). A tal, acresce o facto de um milhão e 235 mil portugueses não terem médico de família atribuído, de acordo com dados publicados no Portal da Transparência do Ministério da Saúde.

Referem os proponentes, que a única forma de solucionar este problema será referenciar os utentes para a primeira resposta disponível no setor privado ou no setor social.

Assim, defendem que o médico de família deverá aceder a uma plataforma informática de marcação de consultas, que permita conhecer quais os prestadores inscritos, qual a disponibilidade de vagas dentro dos tempos máximos de resposta garantidos (TMRG) nas várias especialidades e promover, nesse momento, o processo de marcação da primeira consulta.

A iniciativa legislativa está estruturada em 8 artigos: o primeiro estabelece o seu objeto, o segundo delimita o seu âmbito, o terceiro estabelece a referenciação para setor privado e social, o quarto determina os custos associados, o quinto estabelece a criação de uma plataforma de marcação de consultas, o sexto contempla as despesas de transporte, o sétimo demarca o prazo de regulamentação para 30 dias e o oitavo determina a sua entrada em vigor.

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

---

### ▪ Conformidade com os requisitos constitucionais e regimentais

A iniciativa em apreciação é apresentada pelo Grupo Parlamentar do Chega (CH), ao abrigo e nos termos do n.º 1 do artigo 167.º da [Constituição](#) e do n.º 1 do artigo 119.º

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

Observa o disposto na alínea *a*) do n.º 1 do artigo 123.º do Regimento e assume a forma de projeto de lei, em conformidade com o disposto no n.º 2 do artigo 119.º do Regimento.

A iniciativa encontra-se redigida sob a forma de artigos, tem uma designação que traduz sinteticamente o seu objeto principal e é precedida de uma breve exposição de motivos, cumprindo os requisitos formais previstos no n.º 1 do artigo 124.º do Regimento.

Observa igualmente os limites à admissão da iniciativa estabelecidos no n.º 1 do artigo 120.º do Regimento, uma vez que parece não infringir a Constituição ou os princípios nela consignados e define concretamente o sentido das modificações a introduzir na ordem legislativa.

Apesar de ser previsível que a iniciativa em apreço gere custos orçamentais adicionais, o artigo 8.º remete a respetiva entrada em vigor para a data de início de vigência da lei de Orçamento do Estado posterior à sua publicação, mostrando-se assim acutelado o limite à apresentação de iniciativas previsto no n.º 2 do artigo 167.º da Constituição e, igualmente, no n.º 2 do artigo 120.º do Regimento, designado «lei-travão».

O projeto de lei em apreciação deu entrada a 14 de junho de 2022, acompanhado da respetiva [ficha de avaliação prévia de impacto de género](#). Foi admitido e baixou na generalidade à Comissão de Saúde (9.ª), por despacho do Presidente da Assembleia da República, a 15 de junho, data em que foi anunciado em sessão plenária. O proponente solicitou a respetiva discussão na generalidade para a reunião plenária de dia 30 de junho, por arrastamento com a discussão das iniciativas legislativas agendadas potestativamente na ordem do dia pelo grupo parlamentar da Iniciativa Liberal - *cfr.* Súmula da [Conferência de Líderes n.º 8/XV, de 15 de junho de 2022](#).

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

---

<sup>1</sup> Diploma disponível no sítio da *Internet* da Assembleia da República.

O título da presente iniciativa legislativa traduz sinteticamente o seu objeto, mostrando-se conforme ao disposto no n.º 2 do artigo 7.º da [Lei n.º 74/98, de 11 de novembro](#).

Em caso de aprovação esta iniciativa revestirá a forma de lei, nos termos do n.º 3 do artigo 166.º da Constituição, pelo que deve 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 n.º 74/98, de 11 de novembro.

No que respeita ao início de vigência, como referido anteriormente, o artigo 8.º deste projeto de lei estabelece que seu início de vigência coincidirá com a sua entrada em vigor do Orçamento do Estado subsequente ao da sua publicação, mostrando-se assim conforme com o previsto 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 de vigência verificar-se no próprio dia da publicação».

Nesta fase do processo legislativo, a iniciativa em análise não nos suscita outras questões no âmbito da lei formulário.

### III. ENQUADRAMENTO JURÍDICO NACIONAL

O direito à saúde integra o conjunto dos direitos e deveres económicos, sociais e culturais consagrados na [Constituição da República Portuguesa](#)<sup>2</sup> (doravante Constituição) e encontra-se previsto no [artigo 64.º](#). De acordo com o n.º 1 deste dispositivo constitucional «Todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover».

Para Gomes Canotilho e Vital Moreira<sup>3</sup> «o **direito à protecção da saúde** comporta duas vertentes: uma, de natureza negativa, que consiste no direito a exigir do Estado (ou de terceiros) que se abstenham de qualquer acto que prejudique a saúde; outra, de

---

<sup>2</sup> Todas as referências legislativas à Constituição nesta parte da nota técnica são feitas para o portal oficial da Assembleia da República, salvo indicação em contrário. Consultas efetuadas em 24/06/2022.

<sup>3</sup> CANOTILHO, J.J. Gomes; MOREIRA, Vital - **Constituição da República Portuguesa Anotada**, 4.ª edição revista. Coimbra: Coimbra Editora, 2007, Vol. I, pág. 825.

natureza positiva, que significa o direito às medidas e prestações estaduais visando a prevenção das doenças e o tratamento delas».

No número seguinte, o artigo 64.º impõe ao Estado a criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e tendencialmente gratuito. Afirmam<sup>4</sup> os mesmos autores que «A principal obrigação do Estado para realizar o direito à protecção da saúde consiste na criação de um **serviço nacional de saúde** (...). As características do serviço nacional de saúde (SNS) contidas no texto constitucional vinculam directamente as entidades (sobretudo legislativas e administrativas), as quais têm o dever constitucional de criar este serviço. Ele terá de ser *universal*, ou seja, dirigido à generalidade dos cidadãos; *geral*, isto é, deve abranger todos os serviços públicos de saúde e todos os domínios e cuidados médicos; *tendencialmente gratuito*, tendo as pessoas direito a este serviço sem qualquer encargo ou mediante o pagamento de “taxas”, que, pelo seu montante, não sejam susceptíveis de impedir o acesso ao SNS em virtude de condições económicas e sociais (...)».

Assim, entre as incumbências prioritárias que a Constituição impõe ao Estado nesta matéria encontram-se as de 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, disciplinar e fiscalizar as formas empresariais e privadas da medicina, articulando-as com o SNS. Esta última incumbência dá ao Estado a possibilidade de externalizar certas tarefas do SNS em instituições de saúde de carácter privado, nomeadamente quanto aos meios de diagnóstico como a outros cuidados de saúde<sup>5</sup>.

Estes princípios constitucionais têm reflexo na Lei de Bases da Saúde, aprovada pela [Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro](#)<sup>6</sup>, que prevê que o Estado promove e garante o direito à protecção da saúde através do SNS (n.º 4 da Base 1) e que todas as pessoas têm

---

<sup>4</sup> Idem, pág. 827.

<sup>5</sup> É o caso, por exemplo, dos cuidados paliativos. A Lei de Bases dos Cuidados Paliativos ([Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro](#)) prevê, no n.º 1 da Base VIII, a possibilidade de o Estado recorrer a entidades do setor social ou privado, para assegurarem estes cuidados quando a resposta pública se revelar insuficiente.

<sup>6</sup> Diploma retirado do sítio na *Internet* do Diário da República Eletrónico. Todas as referências legislativas nesta parte da nota técnica são feitas para o portal oficial do Diário da República Eletrónico, salvo indicação em contrário.

direito «à proteção da saúde com respeito pelos princípios da igualdade, não discriminação, confidencialidade e privacidade», bem como a «aceder aos cuidados de saúde adequados à sua situação, com prontidão e no tempo considerado clinicamente aceitável (...)» [alíneas a) e b) do n.º 1 da Base 2].

A Lei de Bases da Saúde define o SNS como «o conjunto organizado e articulado de estabelecimentos e serviços públicos prestadores de cuidados de saúde, dirigido pelo ministério responsável pela área da saúde, que efetiva a responsabilidade que cabe ao Estado na proteção da saúde». A prestação de cuidados de saúde pelo SNS rege-se pelos seguintes princípios: universalidade, generalidade, tendencial gratuitidade, integração (funcionando de forma articulada e em rede), equidade, qualidade, proximidade, sustentabilidade financeira e transparência (Base 20).

A Base 6 desta lei determina que a «responsabilidade do Estado pela realização do direito à proteção da saúde efetiva-se primeiramente através do SNS e de outros serviços públicos, podendo, de forma supletiva e temporária, ser celebrados acordos com entidades privadas e do setor social (...)».

Esta base foi regulamentada pelo [Decreto-Lei n.º 23/2020, de 22 de maio](#), que estabelece as regras para a celebração de contratos de parceria de gestão na área da saúde<sup>7</sup>. Os contratos de parceria são acordos celebrados com entidades privadas e do setor social, com o objetivo de assegurar a gestão e prestação de cuidados de saúde correspondentes a um serviço público de saúde em estabelecimentos integrados ou a integrar no SNS.

O Decreto-Lei n.º 23/2020, de 22 de maio, reitera o carácter supletivo e temporário destes contratos, sendo necessário ainda, para que possam ser celebrados, cumprir, entre outros, o requisito da existência de necessidade fundamentada, a qual deve ser demonstrada através de um estudo, a realizar pela [Administração Central do Sistema de Saúde](#), I.P., e pela Administração Regional de Saúde territorialmente competente. Devido ao carácter temporário destes contratos, o estudo referido deve prever o prazo

---

<sup>7</sup> Esta matéria era, até aí, regulada pelo [Decreto-Lei n.º 185/2002, de 5 de novembro](#), que foi revogado pelo artigo 3.º da Lei de Bases da Saúde. Apesar de a Lei de Bases da Saúde ter entrado em vigor em 4 de novembro de 2019 (60 dias após a sua publicação), a revogação do Decreto-Lei n.º 185/2002, de 5 de novembro apenas produziu efeitos com a entrada em vigor da legislação que definiu os termos da gestão pública dos estabelecimentos do SNS, conforme n.º 2 do artigo 3.º da Lei de Bases da Saúde.

para o SNS suprir as necessidades verificadas, sem recurso a contratos de parceria, e o contrato só pode ser sujeito a renovação mediante a realização de um novo estudo, que deve fundamentar também o não suprimento dessas necessidades no prazo anteriormente previsto.

A entidade com a qual o Estado celebra o contrato de parceria deve assegurar o cumprimento dos princípios de gestão pública, nomeadamente os elencados no artigo 5.º.

Por sua vez, a [Lei n.º 15/2014, de 21 de março](#)<sup>8</sup>, que consolida<sup>9</sup> os direitos e deveres do utente dos serviços de saúde, vem reunir num único diploma princípios, direitos e deveres que se encontravam previstos em vários outros, procedendo à sua revogação. O direito do utente dos serviços de saúde a receber, com prontidão e num período de tempo considerado clinicamente aceitável, os cuidados de saúde de que necessita encontra-se aqui consagrado no [artigo 4.º](#), onde se prevê, igualmente, o direito à prestação dos cuidados de saúde mais adequados e tecnicamente mais corretos.

O [Capítulo V](#) da Lei n.º 15/2014, de 21 de março, é dedicado à Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do Serviço Nacional de Saúde (doravante, Carta dos Direitos de Acesso). Nos termos do n.º 1 do [artigo 25.º](#), esta «visa garantir a prestação dos cuidados de saúde pelo SNS e pelas entidades convencionadas em tempo considerado clinicamente aceitável para a condição de saúde de cada utente do SNS (...)), definindo os tempos máximos de resposta garantidos (TMRG) e o direito do utente à informação sobre esses tempos. A Carta dos Direitos de Acesso é publicada anualmente em anexo à portaria que fixa os TMRG e é divulgada no [portal da saúde](#), para além de ser obrigatoriamente afixada em locais de fácil acesso e visibilidade em todos os estabelecimentos no SNS.

Esta Carta estava já prevista na [Lei n.º 41/2007, de 24 de agosto](#), que aprovava os termos a que devia obedecer a redação e publicação deste documento. Com a revogação deste diploma pela Lei n.º 15/2014, de 21 de março, a Carta dos Direitos de Acesso apenas foi aprovada e publicada em 2017, pela [Portaria n.º 153/2017, de 4 de](#)

---

<sup>8</sup> Texto consolidado.

<sup>9</sup> A Lei n.º 15/2014, de 21 de março, é uma lei consolidante, nos termos do artigo 11.º-A da [Lei n.º 74/98, de 11 de novembro](#) – Publicação, identificação e formulário dos diplomas (texto consolidado).

[maio](#), que define os tempos máximos de resposta garantidos no SNS para todo o tipo de prestações sem caráter de urgência, constituindo o Anexo III desta portaria.

Na Carta definem-se os direitos dos utentes:

- No acesso aos cuidados de saúde, nomeadamente os de prestação de cuidados em tempo considerado clinicamente aceitável para a sua condição, os de escolha do prestador de cuidados de saúde de entre as opções e as regras disponíveis no SNS, ou os relativos ao cumprimento dos TMRG pelo SNS;
- E à informação, em especial, a ser informado sobre a sua posição relativa na lista de inscritos para os cuidados de saúde que aguarda, sobre os TMRG, ou da falta de capacidade da instituição prestadora de cuidados de saúde para dar resposta dentro do TMRG aplicável à sua situação clínica e de que lhe é assegurado serviço alternativo de qualidade comparável e no prazo adequado, através da referenciação para outra entidade do SNS ou para uma entidade do setor convencionado.

A definição de TMRG, concretizada nos Anexos I e II da mesma portaria, encontra-se prevista no [artigo 26.º](#) da Lei n.º 15/2014, de 21 de março, dividida em três categorias: relativa aos cuidados de saúde primários, incluindo os cuidados domiciliários; quanto aos cuidados de saúde hospitalares, no que respeita a consultas externas hospitalares e cirurgia programada; e quanto a meios complementares de diagnóstico e da terapêutica. Para além da definição destes TMRG, aplicáveis a todos os estabelecimentos do SNS, prevê-se no n.º 3 do mesmo artigo que cada estabelecimento do SNS deve fixar anualmente, dentro dos limites máximos estabelecidos a nível nacional, os seus próprios TMRG.

A Lei n.º 15/2014, de 21 de março, foi objeto de duas alterações, relevando, para a matéria objeto desta nota técnica a primeira:

- Pelo [Decreto-Lei n.º 44/2017, de 20 de abril](#), que altera o Sistema Integrado de Gestão do Acesso (SIGA) dos utentes dos serviços de saúde, através do aditamento do [artigo 27.º-A](#) à Lei n.º 15/2014, de 21 de março, e que se traduziu na instituição do direito dos utentes a uma resposta atempada dos serviços de saúde, com obrigação, para o Estado, de definição de tempos máximos de resposta garantidos e do direito de obter informação, através de um sítio da



*Internet* desenvolvido e mantido pelo Estado, sobre o desempenho assistencial das instituições e estabelecimentos do SNS e sobre o grau de cumprimento dos TMRG a nível nacional nas diversas modalidades de prestação de cuidados de saúde programados e não programados;

- Pela [Lei n.º 110/2019, de 9 de setembro](#), que introduziu nesta lei as normas relativas aos princípios, direitos e deveres aplicáveis em matéria de proteção na preconceção, na procriação medicamente assistida, na gravidez, no parto, no nascimento e no puerpério.

O SIGA tem como objetivo o acompanhamento, controlo e gestão integrados do acesso ao SNS, permitindo, assim, uma visão global e transparente do percurso do utente na procura da prestação de cuidados de saúde, assentando numa plataforma informática. Regulado pela [Portaria n.º 147/2017, de 27 de abril](#), o SIGA compreende as seguintes componentes: SIGA para cuidados de saúde primários; SIGA para as primeiras consultas de especialidade hospitalar; SIGA para cuidados de saúde hospitalares; SIGA para a realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica; SIGA para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados; e SIGA para a rede de urgência.

No seu artigo 27.º, esta portaria procede à revogação, condicionada à aprovação da regulamentação prevista no artigo anterior, das [Portarias n.ºs 45/2008, de 15 de janeiro](#), que aprova o Regulamento do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia, e [179/2014, de 11 de setembro](#), que a altera, bem como da [Portaria n.º 95/2013, de 4 de março](#), que aprova o Regulamento do Sistema Integrado de Referenciação e de Gestão do Acesso à Primeira Consulta de Especialidade Hospitalar nas instituições do Serviço Nacional de Saúde (também designado Consulta a Tempo e Horas).

Na página de *Internet* do Serviço Nacional de Saúde, é [publicado](#) anualmente o Relatório de Acesso a Cuidados de Saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas. O [último](#) disponível, relativo a 2019, apresenta informação relativa à evolução da estrutura de prestação de cuidados e ao desempenho das instituições do SNS em termos de acesso aos cuidados de saúde, destacando-se aqui os capítulos quarto, relativo aos cuidados de saúde primários, e quinto, relativo aos cuidados de saúde hospitalares.

Finalmente, por poder ser útil para a apreciação da iniciativa objeto desta nota técnica, importa dar conta dos seguintes diplomas:

- [Portaria n.º 142.º-B/2012, de 15 de maio](#), que define as condições em que o SNS assegura os encargos com o transporte não urgente de doentes que seja instrumental à realização das prestações de saúde:
- [Portaria n.º 207/2017, de 11 de julho](#), que aprova os regulamentos e as tabelas de preços das instituições e serviços integrados no SNS, procede à regulamentação do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC), que passa a integrar o SIGA, e define os preços e as condições em que se pode efetuar a remuneração da produção adicional.

## IV. ENQUADRAMENTO JURÍDICO NA UNIÃO EUROPEIA E INTERNACIONAL

### ▪ **Âmbito internacional**

#### **Países analisados**

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

#### **ESPANHA**

O sistema de saúde espanhol é disciplinado pela [Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad](#)<sup>10</sup>, que, de acordo com os n.ºs 1 e 2 do [artigo uno](#), tem por objeto a regulação geral de todas as ações que permitam efetivar o direito à proteção da saúde reconhecido no n.º 1 do [artigo 43](#) da *Constitución Española*<sup>11</sup>. São titulares do direito fundamental à proteção da saúde e aos cuidados de saúde todos os espanhóis e cidadãos estrangeiros que tenham residência no território espanhol.

Afirma, igualmente, o n.º 2 do [artigo 43](#) da Constituição, que compete às autoridades públicas organizar e proteger a saúde pública através de medidas preventivas, de prestações e de serviços necessários. A lei estabelece os direitos e deveres de todos a este respeito.

---

<sup>10</sup> Diploma consolidado retirado do portal oficial BOE.es. Todas as ligações eletrónicas a referências legislativas respeitantes a Espanha são feitas para o referido portal, salvo indicação em contrário. Consultado no dia 21/06/2022.

<sup>11</sup> Texto consolidado, consultado no dia 21/06/2022.

O n.º 1 do [artigo dos](#) desta lei refere que as suas disposições assumem a natureza de diploma base, no sentido previsto na alínea 16.ª do n.º 1 do [artigo 149](#) da Constituição (bases e coordenação geral da saúde), as suas normas são aplicáveis em todo o território do Estado, à exceção das matérias decididas nas alíneas b) e c) do n.º 1 do [artigo 31](#). (monitorização do cumprimento do estatuído nesta lei e nos demais normativos de desenvolvimento) e [artigos 57](#). a [69](#). (órgãos que compõem a área de saúde; a delimitação das áreas básicas de saúde e os respetivos critérios como as distâncias máximas entre as populações, as instalações e os recursos de saúde na zona; as funções dos centros de saúde; a vinculação à rede pública de hospitais; a autonomia e o controlo democrático da gestão da área de saúde e avaliação da qualidade da assistência prestada na mesma enquanto processo contínuo). Estes assuntos podem ser disciplinados por normas jurídicas emanadas por cada uma das comunidades autónomas.

O n.º 2 do [artigo cuarenta y cuatro](#) da *Ley 14/1986, de 25 de abril* apresenta a noção de sistema de saúde público como o conjunto de serviços de saúde da administração do Estado e de serviços de saúde das comunidades autónomas.

Salienta o [artigo cuarenta y cinco](#), da mesma *ley que o sistema nacional de saúde* integra todas as funções e cuidados de saúde que, de acordo com o previsto nesta lei, são da responsabilidade dos poderes públicos o devido cumprimento do direito à proteção da saúde.

Prevê o [artigo 1](#). do *Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud*<sup>12</sup>, que a área de saúde representa o marco territorial dos cuidados de saúde primários, esta é a demarcação populacional e geográfica fundamental: delimitada a uma determinada população, sendo acessível a partir de todos os locais e capaz de proporcionar cuidados de saúde contínuos, integrais e permanentes. A sua finalidade é a coordenação das funções de saúde relacionadas. Esta delimitação é concretizada por cada comunidade autónoma, tendo em conta critérios demográficos, geográficos e sociais.

A população a ser coberta por cada área de saúde pode variar entre 5 000 e 25 000 habitantes, tanto em zonas rurais como urbanas. No entanto, quando a dispersão

---

<sup>12</sup> Texto consolidado, consultado no dia 21/06/2022.

geográfica ou outras condições assim o aconselha e com carácter excecional, pode ser criada uma área de saúde com uma população inferior a 5 000 habitantes, bem como uma população maior.

De acordo com estipulado na alínea a) do n.º 1 do [artigo 5.](#) conjugado com o [artigo 7.](#) do mesmo real decreto, compete à equipa de cuidados primários<sup>13</sup> prestar cuidados de saúde, tanto a nível ambulatorio como domiciliário e de urgência, à população abrangida pelo seu campo de intervenção em coordenação com o nível seguinte de cuidados, e em estrita colaboração funcional e técnica com os serviços especializados.

O [artigo 2.](#) conjugado com o [artigo 1.](#) da *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*<sup>14</sup> enuncia os princípios gerais que norteiam as ações de coordenação e de cooperação entre as administrações públicas de saúde<sup>15</sup>, entre os quais:

- A prestação de serviços aos utentes do sistema nacional de saúde em condições de efetiva igualdade e de qualidade, evitando especialmente qualquer discriminação entre mulheres e homens nas prestações de cuidados de saúde;
- Assegurar um serviço universal e público pelo Estado;
- A prestação de cuidados de saúde integrais, abrangendo tanto a sua promoção como a prevenção de doenças, assistência e reabilitação, procurando um elevado nível de qualidade;
- O financiamento público do sistema nacional de saúde, nos termos do atual sistema de financiamento autonómico;
- A colaboração entre os serviços públicos e privados de saúde na prestação de cuidados aos utentes do sistema nacional de saúde.

Um dos direitos atribuídos aos utentes do sistema nacional de saúde é, segundo o estatuído na alínea b) do n.º 1 do [artigo 4.](#) e no [artigo 25.](#) da mesma lei, receber os cuidados de saúde na comunidade autónoma de residência no tempo máximo de acesso. Este traduz-se, de acordo com a definição apresentada no n.º 1 do [artigo 3.](#) do *Real Decreto 1039/2011, de 15 de julio, por el que se establecen los criterios marco*

---

<sup>13</sup> No original «atención primaria».

<sup>14</sup> Texto consolidado, consultado no dia 21/06/2022.

<sup>15</sup> Nos termos dos [artigos treinta y ocho](#), [cuarenta](#), [cuarenta y uno](#) e [cuarenta y dos](#) da *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad*, estas correspondem ao Estado, comunidades autónomas e corporações locais.

para garantir un tiempo máximo de acceso a las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud<sup>16</sup>, no período de tempo, expresso em dias de calendário, o qual não pode ser excedido para a realização de uma cirurgia, de consultas externas ou um exame de diagnóstico ou terapêutico a um utente do sistema nacional de saúde.

Este período é calculado a partir do momento em que os cuidados são indicados pelo médico, o que corresponde à data de inscrição na lista de espera. Presentemente, a nível estatal estes períodos máximos encontram-se fixados no [anexo](#) ao *Real Decreto 1039/2011, de 15 de julio*.

O n.º 1 do [artigo 7.](#) da *Ley 16/2003, de 28 de mayo* estatui que a lista de cuidados do sistema nacional de saúde tem por objeto garantir as condições básicas e comuns para uma atenção integral, contínua e no nível adequado, esta inclui os serviços ou conjuntos de serviços preventivos, diagnósticos, terapêuticos, reabilitadores e de promoção e preservação da saúde dirigidos aos cidadãos.

Esta lista compreende as prestações inerentes à saúde pública, cuidados primários, cuidados especializados, sócio-sanitária, de emergência, o fornecimento de medicamentos, ortoprotéticos, produtos dietéticos e transporte médico.

O [Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre](#), por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización<sup>17</sup> enumera os cuidados de saúde a prestar pelo sistema nacional de saúde, sendo que os seus utentes têm, conforme aludem os n.ºs 1, 3, 4, 5 e 6 do [artigo 2.](#), acesso ao aglomerado de técnicas, tecnologias ou procedimentos, sempre que haja uma indicação clínica e de saúde para tal, em condições de igualdade efetiva, independentemente de existir ou não uma técnica, tecnologia ou procedimento disponível na área geográfica em que residem.

Os serviços de saúde que não possam dispensar alguma das técnicas, tecnologias ou procedimentos incluídos no conjunto de serviços indicados neste real decreto na sua área geográfica devem estabelecer os mecanismos necessários para encaminhar os utentes que deles necessite para o centro ou serviço onde possa ser prestado, em articulação com o serviço de saúde que o presta.

---

<sup>16</sup> Texto consolidado, consultado no dia 21/06/2022.

<sup>17</sup> Texto consolidado, consultado no dia 21/06/2022.

O acesso a cuidados de saúde do sistema nacional de saúde é garantido independentemente do local do território nacional onde se encontrem os utentes, tendo em especial atenção os territórios insulares e das Cidades de Ceuta e de Mellilla.

A prestação dos cuidados de saúde identificados nos [anexos I, II, III, IV, V, VI, VII e VIII](#) do mesmo real decreto são financiados pelas comunidades autónomas em conformidade com os acordos de transferências e o sistema de financiamento autonómico em vigor, sem prejuízo daqueles cuja competência exclusiva pertence ao Estado.

Relativamente ao transporte de saúde, os n.ºs 1 e 2 do [anexo VIII](#) determina que as pessoas doentes ou acidentadas tem o direito ao financiamento desta prestação quando estas recebem os cuidados de saúde nos centros próprios ou subsidiados do sistema nacional de saúde, e que, por impossibilidade física ou outras razões exclusivamente clínicas, não podem utilizar o transporte normal para se deslocarem a um centro de saúde ou ao seu domicílio após a prestação de cuidados de saúde correspondentes, se persistirem as causas que justificam essa necessidade. Os utentes podem ser acompanhados quando a sua idade ou a situação clínica do paciente assim o exigir. Este serviço inclui o transporte médico não assistido e o transporte médico assistido.

Atendendo às competências legislativas e normativas das comunidades autónomas, no domínio da saúde, e dos respetivos serviços de saúde, reconhecidas pelo n.º 2 do [artigo dos](#) da *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad* e pelo n.º 2 do [artigo 4.](#) do *Real Decreto 1039/2011, de 15 de julio, por el que se establecen los criterios marco para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud*, estas podem concretizar as matérias recorrendo à positivação de normas específicas. Por conseguinte, apresentamos, a título de exemplo:

- Na Comunidade Autónoma da Galiza, a regulação da saúde é vertida na [Ley 8/2008, de 10 de julio, de salud de Galicia](#)<sup>18</sup> e a [Ley 12/2013, de 9 de diciembre, de garantías de prestaciones sanitarias](#)<sup>19</sup>, este último diploma, em particular o [artigo 5.](#) fixa os tempos máximos de acesso para as intervenções cirúrgicas, consultas externas e exames de diagnóstico e/ou terapêuticos de carácter programado e não urgente;

---

<sup>18</sup> Texto consolidado, consultado no dia 21/06/2022.

<sup>19</sup> Texto consolidado, consultado no dia 21/06/2022.

- Na Comunidade Foral de Navarra, a [Ley Foral 10/1990, de 23 de noviembre, de Salud](#)<sup>20</sup> e a [Ley Foral 14/2008, de 2 de julio, de Garantías de Espera en Atención Especializada](#)<sup>21</sup>, concretamente o [artigo 3.](#) define os prazos máximos de espera para consultas de especialidade, exames de diagnóstico e intervenções cirúrgicas de natureza programada e não urgente.

## FRANÇA

No ordenamento jurídico deste país, o sistema de saúde é regulado pelo [Code de la santé publique](#)<sup>22</sup>, conforme dispõe o [artigo L1110-1](#) deste código, o direito fundamental de proteção à saúde é implementado por todos os meios disponíveis em benefício de todas as pessoas.

Os profissionais e os estabelecimentos de saúde, as entidades seguradoras de saúde ou quaisquer outros organismos ou dispositivos envolvidos na prevenção, nos cuidados ou na coordenação de cuidados, e as autoridades de saúde devem contribuir, juntamente com as autarquias locais e os seus agrupamentos, na esfera das respetivas competências previstas na lei, e com os utentes, para o desenvolvimento da prevenção, garantir a igualdade de cada pessoa no acesso aos cuidados exigidos pelo seu estado de saúde e assegurar a continuidade dos cuidados e a melhor segurança sanitária possível.

Nota, igualmente, o primeiro parágrafo do [artigo L1110-5](#) do mesmo normativo, que toda a pessoa tem, considerando o seu estado de saúde e a urgência das intervenções que este requer, o direito de receber, em todo o território, os tratamentos e os cuidados mais adequados e de beneficiar das terapias, cuja eficácia seja reconhecida e que garantam a melhor segurança sanitária possível e o melhor alívio possível do sofrimento à luz dos conhecimentos médicos comprovados. As medidas de prevenção, de investigação ou

---

<sup>20</sup> Texto consolidado, consultado no dia 21/06/2022.

<sup>21</sup> Texto consolidado, consultado no dia 21/06/2022.

<sup>22</sup> Diploma consolidado acessível no portal oficial [legifrance.gouv.fr](http://legifrance.gouv.fr). Todas as ligações eletrónicas a referências legislativas referentes a França são feitas para o referido portal, salvo indicação em contrário. Consultado no dia 21/06/2022.

de tratamentos e de cuidados não devem, no estado d conhecimento médico, envolver riscos desproporcionados em relação ao benefício esperado.

Expressa o [artigo L1110-8](#) do *Code de la santé publique*, que o paciente tem o direito a escolher livremente o médico, o estabelecimento de saúde e a forma de tratamento, em regime ambulatorio ou no domicilio, em particular quando o doente recebe cuidados paliativos, na aceção [artigo L1110-10](#) do mesmo código, trata-se de um princípio fundamental da legislação da saúde.

As limitações a este princípio só podem ser introduzidas pelos diferentes regimes de proteção social tendo em conta as capacidades técnicas dos estabelecimentos, o seu sistema de tarifas e os critérios de autorização de prestação de cuidados reembolsáveis aos segurados sociais

Os cuidados paliativos concretizam-se na prestação de cuidados ativos e continuados por uma equipa interdisciplinar, cuja finalidade é o alívio da dor, do sofrimento psicológico, a salvaguarda da dignidade humana da pessoa doente e o apoio daqueles que a rodeiam.

Nos termos dos [artigos L1110-9](#) e [L1110-10](#) do *Code de la santé publique*, todo o doente, cujo estado de saúde assim o exija tem o direito de aceder a cuidados paliativos, estes traduzem-se em cuidados ativos e contínuos praticados por uma equipa multidisciplinar numa instituição ou em casa e a um acompanhamento.

A política da saúde, como estabelece o [artigo L1411-1](#) conjugado com os [artigos L1411-11 a L1411-13](#) e [L1434-2](#) do mesmo código, é delineada pela nação, com o propósito de garantir o direito à proteção da saúde de cada, sendo que esta compreende a observação do estado de saúde da população e a identificação dos seus principais determinantes, a prevenção coletiva e individual da doença e da dor, ao longo de toda a vida.

O acesso aos cuidados primários e continuados dos doentes é definido no respeito das exigências de proximidade, sendo este apreciado em termos da distância e do tempo de viagem, de qualidade e de segurança. Estas tipologias de cuidados de saúde são



organizados pelas [agences régionales de santé \(ARS\)](#) [agências regionais de saúde]<sup>23</sup> e de acordo com o plano regional de saúde<sup>24</sup>, e incluem:

- A prevenção, o rastreio, o diagnóstico, o tratamento e o acompanhamento dos doentes;
- A dispensa e a administração dos medicamentos, produtos e dispositivos médicos, bem como o aconselhamento farmacêutico;
- A orientação no sistema de cuidados e do setor médico-social;
- A educação para a saúde.

Os profissionais de saúde, abrangendo os médicos assistentes referidos no [artigo L162-5-3](#) do [Code de la sécurité sociale](#)<sup>25</sup> e os centros de saúde, devem contribuir para a prestação de cuidados de saúde primários em colaboração e, quando apropriado, no quadro de uma cooperação organizada com instituições e serviços de saúde, sociais e médico-sociais.

Os cuidados de saúde de primeiro recurso, em conformidade com os [artigos L1411-11-1](#) e [L1141-12](#) do *Code de la santé publique*, são executados por uma equipa de profissionais de saúde formada por médicos de clínica geral de cuidados primários, esta deve contribuir para a organização dos diferentes níveis de cuidados de saúde, e a sua estrutura de funcionamento é o centro de saúde.

Quanto aos cuidados de saúde especializados são realizados por uma equipa que é composta por médicos especialistas de uma ou mais áreas diferentes da medicina geral, que optam por prestar as suas atividades de cuidados de uma forma coordenada com todos os intervenientes numa determinada área. Estes também colaboram na organização dos cuidados de saúde.

Os cuidados de saúde de segundo recurso, não cobertos pelo primeiro recurso, são organizados nas mesmas condições que os cuidados de saúde de primeiro recurso.

O projeto regional de saúde, conforme prescrevem os [artigos L1434-1](#) e [L1434-2](#) conjugado com os [artigos L1434-12](#), [L3221-2](#) e [L1434-10](#) do mesmo código define, em

---

<sup>23</sup> As suas missões e competências, organização e funcionamento estão disciplinados nos [artigos L1431-1 a L1435-12](#) e [D1432-1 a R1435-39](#) do *Code de la santé publique*.

<sup>24</sup> A regulamentação jurídica deste assunto é materializada nos [artigos L1434-1 a L1434-7](#) e [R1434-1 a R1434-12](#) do mesmo código.

<sup>25</sup> Texto consolidado, consultado no dia 21/06/2022.

coerência com a estratégia nacional de saúde<sup>26</sup> e no respeito das leis do financiamento da segurança social, os objetivos plurianuais da agência regional da saúde na esfera das suas competências e as respetivas medidas.

Este compreende também um quadro de orientação estratégica, o qual delinea os objetivos gerais e os resultados esperados ao longo de um período de dez anos; um plano regional de saúde, elaborado para um período temporal de cinco anos tendo como base uma avaliação das necessidades de saúde, sociais e médico-sociais e que fixa todo o conjunto de cuidados e serviços de saúde, o qual envolve a prevenção, a promoção da saúde e o acompanhamento médico-social, as previsões de evolução e os objetivos operacionais.

O plano regional de saúde pode ser executado por contratos territoriais de saúde, de saúde mental e de contratos locais de saúde.

Por seu turno, o [artigo L6112-3](#) conjugado com os [artigos L6114- 1](#), [L6112-2](#) e [L6161-5](#) do *Code de la santé publique* afirma que o serviço hospitalar público é assegurado pelos estabelecimentos públicos de saúde, pelos hospitais das forças armadas, e pelos estabelecimentos de saúde privados e privados de interesse coletivo autorizados a prestar o serviço público hospitalar.

Consequentemente, a prestação de cuidados de saúde ocorre, como resulta dos [artigos L6111-1](#) e [L6111-3-1](#), n.º I do [artigo L6112-2](#) e [artigo L6112-5](#) e [R6111-24 a R6111-25](#) nos estabelecimentos de saúde públicos, privados de interesse coletivo e privados. Estes asseguram, nas condições estabelecidas no presente código e tendo em conta a singularidade e os aspetos psicológicos das pessoas, o diagnóstico, o acompanhamento e o tratamento de doentes, feridos e gestantes, bem como realizam atividades de prevenção e de educação para a saúde, participam na implementação da política da saúde e das medidas de vigilância destinadas a garantir a segurança sanitária.

Os hospitais de proximidade são os estabelecimentos de saúde públicos ou privados, os quais asseguram o primeiro nível de cuidados hospitalares e orientam os pacientes, de acordo com o princípio da pertinência dos cuidados, para os estabelecimentos de

---

<sup>26</sup> O seu regime jurídico encontra-se desenvolvido nos [artigos R1411-1 a R1411-11](#) do *Code de la santé publique*.

saúde de recurso e de referência ou para outras estruturas adaptadas às suas necessidades. As missões dos hospitais locais são realizadas com a participação conjunta das estruturas e dos profissionais da medicina ambulatória com os quais partilham uma responsabilidade territorial.

Nos estabelecimentos hospitalares que prestam o serviço público hospitalar asseguram, de acordo com o estado de saúde do paciente, um acolhimento adequado e um período de cuidados organizados pela agência regional de saúde competente, ou na sua falta, os cuidados de saúde necessários são prestados por outro estabelecimento de saúde ou outra estrutura capaz de dispensar os mesmos.

As tarifas de honorários convencionadas e praticadas nos hospitais são fixadas por uma autoridade administrativa dentro dos critérios delimitados no ponto 1º do n.º I do [artigo L162-14-1](#)<sup>27</sup> do *Code de la sécurité sociale* e não podem ser ultrapassadas.

Os pacientes transferidos temporariamente dos estabelecimentos de saúde públicos para outras unidades de saúde para procedimentos médicos beneficiam das mesmas garantias.

As regras inerentes ao transporte de doentes encontram-se positivadas nos [artigos L6311-11 a L6312-5](#) e [R6312-1 a R6312-43](#) do *Code de la santé publique*.

## ITÁLIA

O artigo 32. da [Constituzione della Repubblica Italiana](#)<sup>28</sup> concretiza o direito fundamental à saúde, da seguinte forma: a República protege a saúde como direito fundamental do

---

<sup>27</sup> A *classification commune des actes médicaux (CCAM)* fixa os honorários pelos atos médicos, a versão atual deste documento é acessível em <https://www.ameli.fr/accueil-de-la-ccam/telechargement/version-actuelle/index.php>, consultada no dia 21/06/2022. De acordo com o comunicado de imprensa do Ministro *des Solidarités et de la Santé* (da Solidariedade e da Saúde), de 2/09/2021, informa sobre a instalação do *Haut Conseil des nomenclatures (HCN)* [Conselho Superior de Nomenclaturas] e do início dos seus trabalhos, disponível em <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-communiqués-de-presse/article/installation-du-haut-conseil-des-nomenclatures-et-lancement-des-travaux>, consultado no dia 21/06/2022.

As missões desta entidade encontram-se descritas no [artigo L1621-7](#) e a sua composição nos [artigos R162-53-1 a R162-53-6](#) do *Code de la sécurité sociale*.

<sup>28</sup> Diploma consolidado acessível no portal oficial [normativa.it](http://normativa.it). Todas as ligações eletrónicas a referências legislativas referentes a Itália são feitas para o referido portal, salvo indicação em contrário. Consultado no dia 22/06/2022.

individuo e interesse da coletividade e garante o atendimento gratuito aos pobres. Ninguém pode ser obrigado a um determinado tratamento de saúde, exceto por disposição da lei. A lei não pode, em circunstância alguma, violar os limites impostos pelo respeito da pessoa humana.

O terceiro parágrafo do artigo 117. da [Constituição](#) expõe as matérias sobre as quais os poderes legislativos encontram-se repartidos entre o Estado e as regiões, sendo uma destas a proteção da saúde.

A criação do *servizio sanitario nazionale* (serviço nacional de saúde) ocorreu por força da [Legge 23 dicembre 1978, n. 833, Istituzione del servizio sanitario nazionale](#)<sup>29</sup>, no artigo 1. desta lei são instituídos os princípios gerais intrínsecos ao funcionamento do serviço nacional de saúde como: a proteção da saúde; o respeito da dignidade e a liberdade da pessoa humana durante a prestação de cuidados; a constituição do serviço nacional de saúde por um grupo de funções, estruturas, serviços e atividades destinadas à promoção, preservação e recuperação da saúde física e psíquica de toda a população, sem discriminação em razão das condições individuais ou sociais, e segundo modalidades que confirmem a igualdade dos cidadãos no acesso ao serviço.

A implementação do serviço nacional de saúde é da responsabilidade do Estado, das regiões e das entidades locais territoriais, garantindo a participação dos cidadãos.

No serviço nacional de saúde é assegurada a interligação e a coordenação com as atividades e intervenções de todos os outros órgãos, centros, instituições e serviços, que exercem funções no setor social que incidam sobre o estado de saúde do indivíduo e da comunidade.

O artigo 10. conjugado com o primeiro parágrafo do artigo 14. da [Legge 23 dicembre 1978, n. 833, Istituzione del servizio sanitario nazionale](#) dita que, graças a uma rede de unidades locais de saúde, a gestão da proteção à saúde é realizada de modo uniforme em todo o território nacional.

As unidades locais de saúde formam as estruturas técnico-funcionais e prestam, no quadro das suas competências, cuidados de saúde para a prevenção individual e coletiva da doença física e psíquica, tais como: a assistência médico-geral e de

---

<sup>29</sup> Texto consolidado, consultado no dia 22/06/2022.

enfermagem, no domicílio ou em ambulatório; a assistência médico-especializada; o atendimento hospitalar; e a reabilitação.

Estas são estabelecidas, de acordo com os critérios fixados pelas leis regionais, tendo em conta o número de habitantes, entre 50 000 e 200 000<sup>30</sup>, abrangido pelas mesmas, as características geomorfológicas e socioeconómicas da zona.

O artigo 11. da mesma [lei](#) elenca que princípios devem ser observados pelas regiões, aquando do uso das suas competências legislativas e no exercício das suas funções próprias ou delegadas, no domínio da assistência médica e hospitalar, entre os quais: coordenar a intervenção dos cuidados de saúde com outros setores económicos, sociais que se localizam no espaço territorial da competência das regiões; unificar a organização dos cuidados de saúde com a sua estrutura territorial e funcional e adaptar a legislação às situações específicas das regiões. Estas devem prosseguir a proteção da saúde mediante um planeamento plurianual e uma ampla participação democrática, materializada pela elaboração de planos regionais de saúde e pela prévia consulta das entidades locais e universidades presentes no território da região, bem como outras organizações representativas das forças sociais e dos trabalhadores da saúde.

Quanto aos estabelecimentos hospitalares, vem o artigo 17. conjugado com os artigos 34. e 55. da [Legge 23 dicembre 1978, n. 833, Istituzione del servizio sanitario nazionale](#), estipular que estes são estruturas das unidades locais de saúde, dotados com os requisitos mínimos descritos no primeiro parágrafo do artigo 19. da [Legge 12 febbraio 1968, n. 132., Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera](#)<sup>31</sup>, e são regulados, no âmbito do plano regional de saúde, pelas regiões. Estas devem cumprir o princípio da interação entre os serviços semelhantes e complementares e considerar a ligação entre os serviços hospitalares e não hospitalares.

Os planos regionais de saúde têm uma periodicidade de três anos e são aprovados por uma lei regional no prazo de, pelo menos, 120 dias antes de terminar o período de vigência do anterior plano e devem cumprir o conteúdo e orientações delimitadas no plano nacional de saúde. O seu triénio é coincidente com o do plano nacional de saúde.

---

<sup>30</sup> Este limite pode aumentar ou diminuir.

<sup>31</sup> Texto consolidado, consultado no dia 22/06/2022.

Os n.ºs 2 e 3 do artigo 1.º do [Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502](#), *Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*<sup>32</sup> afirma que o serviço nacional de saúde assegura, através de recursos financeiros públicos, os níveis essenciais de assistência fixados no plano nacional de saúde no respeito dos princípios da dignidade da pessoa humana, da proteção da saúde, da equidade no acesso à assistência, da qualidade dos cuidados e da adequação relativamente às necessidades específicas e da economia na utilização dos recursos.

A identificação dos níveis essenciais e uniformes de cuidados de saúde prestados pelo serviço nacional de saúde é válida para o período de vigência do plano nacional de saúde, sendo que a prestação de cuidados de saúde, incluídos nos níveis essenciais, são realizados a título gratuito ou com participação nas despesas em concordância com as modalidades previstas na legislação em vigor.

Constituem encargos do serviço nacional de saúde, como dispõe o n.º 7 do artigo 1.º do mesmo [decreto legislativo](#), a tipologia de assistência, de serviços e de cuidados de saúde que apresentem, por razões clínicas ou de risco específicas, evidência científica de um significativo benefício para a saúde, a nível individual ou coletivo, em relação aos recursos utilizados.

Encontram-se excluídos dos níveis de cuidados prestados pelo serviço nacional de saúde, a assistência, os serviços e os cuidados de saúde que não assegurem os princípios do serviço nacional de saúde referidos no n.º 2 do mesmo artigo; não satisfaçam o princípio da economia e da adequação, cuja eficácia não é demonstrada com base nas evidências científicas disponíveis ou quando os cuidados de saúde prestados em pessoas cuja situação clínica não corresponda às indicações recomendadas; em presença de outras formas de cuidados destinados a satisfazer as mesmas necessidades, não observem o princípio da economia na utilização de recursos no modo como essa assistência é organizada e prestada.

O [Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017](#), *Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*<sup>33</sup>, concretamente o artigo 1 identifica os

---

<sup>32</sup> Texto consolidado, consultado no dia 22/06/2022.

<sup>33</sup> Diploma acessível na *Gazzeta Ufficiale della Repubblica Italiana* em <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2017/03/18/17A02015/sg>, consultado no dia 22/06/2022.

níveis essenciais de assistência prestados pelo serviço nacional de saúde e suportados por recursos financeiros públicos, são estes:

- A prevenção coletiva e saúde pública (artigo 2);
- A assistência distrital (artigos 3 a 20), esta tipologia subdivide-se em
  - Cuidados de saúde primários<sup>34</sup>;
  - Emergência de saúde territorial;
  - Assistência farmacêutica;
  - Assistência complementar;
  - Cuidados especializados ambulatoriais;
  - Cuidados protésicos;
  - Cuidados termais;
  - Assistência médico-social domiciliária e territorial;
  - Assistência médico-social residencial e semi-residencial; e
- A assistência hospitalar (artigos 36 a 49).

Estes serviços e cuidados prestados nos níveis essenciais de assistência são individualizados nos anexos a este [decreto](#).

Nos termos do artigo 25. da [Legge 23 dicembre 1978, n. 833, Istituzione del servizio sanitario nazionale](#), os cuidados de saúde curativos incluem a assistência médica geral, pediátrica, de especialidades, de enfermagem, tanto no regime ambulatorio como domiciliário, hospitalares e farmacêuticos.

Os serviços médico-especialistas, incluindo os exames de diagnóstico e laboratoriais são normalmente prestados nas unidades locais de saúde a que o utente pertence. No entanto, o utente pode aceder a clínicas e estruturas convencionadas para efetuar exames de diagnóstico ou laboratoriais se, no prazo de três dias, os estabelecimentos públicos não puderem satisfazer o pedido destes serviços. Nesta situação, a unidade de saúde local emite imediatamente a autorização na prescrição. Esta autorização não é devida quando os serviços são, com base nas disposições legais em vigor, custeados na íntegra pelo utente.

---

<sup>34</sup> No original «assistenza sanitaria di base».

As unidades locais de saúde devem tomar medidas apropriadas para garantir que os cuidados urgentes são prestados com prioridade nas suas estruturas.

## V. ENQUADRAMENTO PARLAMENTAR

---

Efetuada consulta à base de dados da Atividade Parlamentar (AP), não se encontrou, neste momento, qualquer iniciativa legislativa ou petição pendente sobre matéria idêntica ou conexas.

## VI. CONSULTAS E CONTRIBUTOS

---

Considerando a matéria que está em causa, poderá a Comissão de Saúde proceder à audição, ou solicitar parecer, na fase de especialidade, à Ministra da Saúde, à Direção Geral de Saúde (DGS), à APMGF- Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar e à Ordem dos Médicos.

## VII. ENQUADRAMENTO BIBLIOGRÁFICO

---

FIORENTINO, Francesca – **Access to healthcare in Portugal : assessing geographical, organizational and financial barriers**. [S.l. : s.n.], 2019. [Consult. 21 junho 2022]. Tese de doutoramento. Disponível na intranet da AR:<URL: <https://catalogobib.parlamento.pt:82/images/winlibimg.aspx?skey=&doc=128927&img=14470&save=true>>.

Resumo: Neste estudo, a autora indica que «os cuidados de saúde são um importante determinante da saúde e o governo pode melhorar o respetivo acesso para alcançar maior igualdade dos níveis de saúde da população.» «Foram estudados três diferentes aspetos do acesso aos cuidados de saúde no contexto português: 1) barreiras geográficas; 2) barreiras organizacionais; e 3) barreiras financeiras. A acessibilidade geográfica foi estudada analisando as unidades de emergência especializadas do Enfarto Agudo do Miocárdio (EAM). Analisamos o impacto da distância entre a residência do paciente e o hospital especializado mais próximo. Exploramos a possível existência de barreiras organizacionais através da variação da mortalidade intra-



hospitalar ou no tratamento do EAM entre dias da semana. Para avaliar a existência de barreiras financeiras, estudamos: 1) se os pagamentos diretos em saúde (PDS) colocam os agregados familiares (AF) em dificuldades financeiras; 2) a presença de necessidades médicas não satisfeitas (*unmet need*) por motivos económicos; e 3) os determinantes dos PDS.» «A distância entre o paciente e o hospital mais próximo com unidade de emergência especializada não é preditor de maior mortalidade intra-hospitalar para pacientes com EAM. Adicionalmente, ser admitido nos fins-de-semanas não prevê maior mortalidade intra-hospitalar por EAM. Encontramos que o PDS global sejam regressivo. Uma proporção significativa de AF encontra-se perto ou abaixo da linha de pobreza após os PDS (13,8%, SE=0,003) e alguns AF já abaixo da linha de pobreza incorrem em PDS (15,6%, SE=0,004). Quase um terço dos indivíduos que reportam uma necessidade médica reportou um *unmet need*, esta proporção é maior para indivíduos que vivem em AF mais desfavorecidos. Finalmente, AF com pelo menos um membro doente incorrem em PDS mais altos, *ceteris paribus*.» Por fim, conclui que «foi encontrada evidência sobre a existência de barreiras financeiras e, nos limites das perguntas de investigação, não encontramos evidência de barreiras organizacionais e geográficas.»

MONGE, Cláudia – O direito fundamental à proteção da saúde = The fundamental right to health protection. **E-Pública** [Em linha]. Lisboa : Universidade de Lisboa, Vol. 6, nº 1 (abr. 2019), p. 75-100. [Consult. 21 junho 2022]. Disponível na intranet da AR:<URL: <<https://catalogobib.parlamento.pt:82/images/winlibimg.aspx?skey=&doc=128133&img=13336&save=true>>. ISSN 2183-184X.

Resumo: A autora, no presente artigo «visa analisar do direito à proteção da saúde, dos efeitos jurídicos da sua consagração como direito fundamental e como direito humano e dos deveres estatais que tal consagração importa. São enunciadas as vertentes essenciais do direito à proteção da saúde, quer na prestação de cuidados de saúde através do Serviço Nacional de Saúde, quer na promoção da saúde e na prevenção da doença, através da atuação sobre as determinantes em saúde. É ainda sustentada a defesa dos direitos das pessoas em contexto de saúde e analisado como a Lei de Bases da Saúde deve responder aos desafios presentes e futuros na salvaguarda dos direitos das pessoas em matéria de proteção da saúde.»

PORTUGAL. Ministério da Saúde – **Relatório Anual [Em linha] : acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionais em 2020 : Lei n.º 15/2014, de 21 de março**. Lisboa : Ministério da Saúde, 2020. [Consult. 21 junho 2022]. Disponível em WWW: <URL: <  
<https://catalogobib.parlamento.pt:82/images/winlibimg.aspx?skey=&doc=140093&img=28621&save=true>>.

Resumo: «O presente relatório dá cumprimento ao disposto no n.º 1 do artigo 30.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março, alterada pelo Decreto-Lei n.º 44/2017, de 20 de abril, que visa a consolidação dos direitos e deveres dos utentes dos serviços de saúde, concretizando a Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, que salvaguarda as especificidades do Serviço Nacional de Saúde (SNS). De forma complementar, este instrumento avalia o posicionamento das instituições em relação ao cumprimento do disposto no artigo 1.º da Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio, que publica a carta de direitos de acesso e que define os Tempos Máximos de Resposta Garantidos para todo o tipo de prestações de saúde sem carácter de urgência. O Relatório Anual de Acesso a Cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas é dividido em 19 capítulos, e apresenta um resumo de indicadores que reflete a atividade realizada em 2020, a nível nacional, e o desempenho das instituições do SNS em termos de acesso aos cuidados de saúde. Esta análise é efetuada para o horizonte 2010 a 2020, sempre que exista informação disponível e comparável para este período.»