

Proposta de Lei n.º 49/XIII/2.ª

Aprova a Lei da Saúde Pública

Data de admissão: 12 de janeiro de 2017

Comissão de Saúde (9.ª)

Índice

- I. Análise sucinta dos factos, situações e realidades respeitantes à iniciativa
- II. Apreciação da conformidade dos requisitos formais, constitucionais e regimentais e do cumprimento da lei formulário
- III. Enquadramento legal e doutrinário e antecedentes
- IV. Iniciativas legislativas e petições pendentes sobre a mesma matéria
- V. Consultas e contributos
- VI. Apreciação das consequências da aprovação e dos previsíveis encargos com a sua aplicação

Elaborada por: Luisa Veiga Simão e Catarina Antunes (DAC), João Rafael Silva (DAPLEN), Maria Leitão, Nuno Amorim (DILP) e Paula Faria (Biblioteca)

Data: 24-1-2017

I. Análise sucinta dos factos, situações e realidades respeitantes à iniciativa

A presente proposta de lei tem por objeto aprovar a Lei da Saúde Pública, estabelecendo medidas de proteção e promoção da saúde, de prevenção da doença e dando resposta a ameaças e riscos em saúde pública. Nesse sentido, fixa regras e princípios de organização da saúde pública, prevê medidas de vigilância epidemiológica, ambiental e entomológica e a vacinação, prevê os instrumentos de diagnóstico e intervenção, designadamente o planeamento em saúde de base populacional e a gestão integrada de programas de saúde e procedimentos, que visam as emergências em saúde pública (artigo 1.º). Enunciam-se, de seguida, as principais matérias contidas em cada um dos capítulos:

- ✓ O **Capítulo I** (Disposições Gerais) desta proposta de lei, para além do artigo 1.º, que fixa o seu objeto, contém ainda um artigo 2.º com as definições que relevam para efeitos da lei.
- ✓ O **Capítulo II** (Organização da Saúde Pública), que integra os artigos 3.º a 19.º, trata das competências dos serviços de saúde pública, da sua organização e funcionamento, da colaboração e dever de cooperação a que estão obrigados e das atribuições e competências das autoridades de saúde. Refere que no âmbito nacional a autoridade é o Diretor Geral da Saúde, a nível regional são os delegados de saúde regionais e regionais adjuntos e, a nível local, os delegados de saúde coordenadores e os delegados de saúde. Ainda define as competências específicas da autoridade de saúde nacional e o regime da sua substituição, a forma de designação dos delegados de saúde e a remuneração dos médicos no exercício de funções de autoridade de saúde. O dever de colaboração das instituições públicas, privadas e do setor social com as autoridades de saúde está também previsto, cabendo recurso dos atos que estas praticam, estabelecendo-se as condições que permitem o apoio e o patrocínio judiciais, sendo que a desobediência a ordem ou mandados legítimos é punida nos termos da lei penal.

Também é criado o Conselho Nacional de Saúde Pública, com funções consultivas do Governo «*no âmbito de ameaças ou riscos em saúde pública*», fixando-se a respetiva composição, a possibilidade de criar subcomissões especializadas e o seu funcionamento e apoio técnico e logístico, que é assegurado pela Direção Geral de Saúde. Este é um órgão diferente do Conselho Nacional de Saúde previsto na Base VII da Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, cujo regime jurídico foi estabelecido pelo Decreto-Lei n.º 49/2016, de 23 de agosto, que é um órgão independente de consulta do Governo na definição de políticas de saúde, e a quem também a Assembleia da República pode solicitar a emissão de pareceres.

De notar que a Lei n.º 81/2009, de 21 de agosto, que agora é revogada pela PPL n.º 49/XIII/2.^a, havia já criado um Conselho Nacional de Saúde Pública (n.º 1 do artigo 4.º), também com funções consultivas do Governo, embora com uma diferente composição e forma de funcionamento.

- ✓ A proteção e promoção da saúde e prevenção da doença são desenvolvidas no **Capítulo III**, do artigo 20.º ao 42.º, elencando-se as medidas que o Estado deve promover, que terão de

ser precedidas de estudos prévios, caso tenham impacto relevante, e explicando-se como atua a Plataforma Saúde Pública Portugal.

A identificação de quais são os sistemas de vigilância epidemiológica que deverão ser estabelecidos, o respetivo âmbito de aplicação, o funcionamento da rede integrada de informação e comunicação em saúde pública, a gestão da informação e a referência a como se procede em relação às doenças de notificação obrigatória, que podem determinar o afastamento temporário do doente, ou dos seus contactos, constam do artigo 23.º ao artigo 30.º.

Quanto à vigilância entomológica, artigos 31.º a 34.º, a lei define como se estabelece e é suportada, o seu âmbito de aplicação, os mecanismos de identificação precoce e o funcionamento da rede integrada de informação e comunicação em entomologia.

No respeitante à vigilância ambiental, estabelece-se o respetivo sistema, como concorrem os serviços públicos para a identificação de determinantes e riscos ambientais e o âmbito de aplicação (artigos 35.º a 37.º). Na área da vacinação (artigos 38.º a 42.º) garante-se o direito às vacinas de forma universal e gratuita, nos termos previstos no Programa Nacional de Vacinação, regulando-se o boletim individual de saúde, o registo das vacinas e a vacinação no âmbito do Regulamento Sanitário Internacional.

- ✓ O **Capítulo IV** (Emergências em Saúde Pública) prevê, nos artigos 43.º a 48.º, que quem assegura a gestão das emergências em saúde pública é a Direção Geral de Saúde, que deve elaborar os planos de contingência e emitir orientações perante uma emergência, abordando-se ainda as medidas de exceção, as situações de calamidade pública e o sistema de alerta rápido e resposta.
- ✓ No **Capítulo V** (Disposições complementares - artigos 49.º a 51.º), são tratadas as questões das contraordenações, o seu processamento e aplicação e o destino das coimas e, no **Capítulo VI** (Disposições complementares, transitórias e finais – artigos 52.º a 57.º), fala-se dos dados pessoais, da aplicação às regiões autónomas, de normas transitórias, da revogação de um conjunto de diplomas e da entrada em vigor no dia seguinte ao da publicação da presente lei.

No que se refere à norma revogatória, artigo 56.º da PPL n.º 49/XIII/2.^a, importa ainda referir que a Lei n.º 4/2016, de 29 de fevereiro, que é expressamente revogada por esta iniciativa legislativa, consta do Relatório da DILP de *«progresso sobre as leis parcialmente regulamentadas e não regulamentadas relativas ao período de 5 de abril de 2002 a 14 de setembro de 2016»*, estando identificada como lei *«fora do prazo de regulamentação»*.

Todavia, conforme prevê o n.º 3 do artigo 55.º da PPL, *«mantem-se em vigor a regulamentação publicada ao abrigo da legislação revogada nos termos do artigo seguinte, quando haja a correspondente habilitação legal na presente lei»*.

Fundamenta-se a apresentação desta iniciativa legislativa na necessidade de consolidar num único diploma a legislação mais relevante sobre saúde pública, que está dispersa e parcialmente

desatualizada. Visa-se assim melhor promover e manter a saúde dos cidadãos, prevenir a doença e cuidar dos doentes de forma mais eficaz, mantendo-se as atribuições e competências dos serviços envolvidos, mas reforçando a sua capacidade e dotando-os dos necessários instrumentos, designadamente de modernos sistemas de informação e da articulação cooperativa em rede.

II. **Apreciação da conformidade dos requisitos formais, constitucionais e regimentais e do cumprimento da lei formulário**

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

A Proposta de Lei n.º 49/XIII/2.^a foi apresentada pelo Governo, no âmbito do seu poder de iniciativa, plasmado no n.º 1 do artigo 167.º e na alínea *d*) do n.º 1 do artigo 197.º da [Constituição](#), e do artigo 118.º do [Regimento da Assembleia da República](#) (doravante referido como Regimento).

Esta iniciativa reveste a forma de proposta de lei, nos termos do n.º 1 do artigo 119.º do Regimento. É subscrita pelo Primeiro-Ministro e pelo Secretário de Estado e dos Assuntos Parlamentares, mencionando ter sido aprovada em Conselho de Ministros no dia 22 de dezembro de 2016, conforme o disposto no n.º 2 do artigo 123.º do Regimento (que também refere a subscrição pelo ministro competente em razão da matéria). A presente iniciativa legislativa cumpre os requisitos formais no n.º 1 do artigo 124.º do Regimento, uma vez que está redigida sob a forma de artigos, tem uma designação que traduz sinteticamente o seu objeto principal e é precedida de uma exposição de motivos, cujos elementos são enumerado no n.º 2 da mesma disposição regimental.

Não infringe a Constituição ou os princípios neles consignados e define concretamente o sentido das modificações a introduzir na ordem jurídica, respeitando assim os limites estabelecidos no n.º 1 do artigo 120.º do Regimento. De referir ainda que o direito à saúde se encontra estatuído no artigo 64.º da Constituição.

Nos termos do n.º 3 do artigo 124.º do RAR, as propostas de lei devem ser acompanhadas dos estudos, documentos e pareceres que as tenham fundamentado. De igual modo, o [Decreto-Lei n.º 274/2009, de 2 de outubro](#), que regula o procedimento de consulta de entidades, públicas e privadas, realizado pelo Governo, estabelece, no n.º 1 do artigo 6.º, que «Os atos e diplomas aprovados pelo Governo cujos projetos tenham sido objeto de consulta direta contêm, na parte final do respetivo preâmbulo ou da exposição de motivos, referência às entidades consultadas e ao caráter obrigatório ou facultativo das mesmas». E acrescenta, no n.º 2, que «No caso de propostas de lei, deve ser enviada cópia à Assembleia da República dos pareceres ou contributos resultantes da consulta direta às entidades cuja consulta seja constitucional ou legalmente obrigatória e que tenham sido emitidos no decurso do procedimento legislativo do Governo». Não obstante, a apresentação da presente proposta de lei não foi acompanhada por qualquer documento que eventualmente a tenha fundamentado e, na exposição de motivos, não são referidas quaisquer consultas realizadas sobre a mesma.

A proposta de lei em apreciação deu entrada a 10 de janeiro de 2017. Foi admitida e baixou na generalidade à Comissão de Saúde (9.^a), por despacho do Presidente da Assembleia da República,

a 12 de janeiro de 2017, tendo sido neste mesmo dia anunciada em sessão plenária. A respetiva discussão na generalidade encontra-se agendada para a reunião plenária de dia 2 de fevereiro de 2017 - cfr. Súmula da Conferência de Líderes n.º 35, de 18 de janeiro de 2017.

- **Verificação do cumprimento da lei formulário**

O título da presente iniciativa legislativa - «*Aprova a Lei da Saúde Pública*» - 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, conhecida como *lei formulário* ¹, embora, em caso de aprovação, possa ser objeto de aperfeiçoamento, em sede de apreciação na especialidade.

Com efeito, caso se pretenda tornar o título mais conciso, sugere-se que seja analisada a possibilidade de eliminar o verbo inicial, em apreciação na especialidade, como recomendam, sempre que possível, as regras de legística formal ². Nesse caso o título seria simplesmente «*Lei da Saúde Pública*».

Ainda segundo as mesmas regras de legística, «*as vicissitudes que afetem globalmente um acto normativo devem ser identificadas no título, o que ocorre, por exemplo, em actos de suspensão ou em revogações expressas de todo um outro ato*» ³. Na proposta de lei em análise existe uma norma revogatória (artigo 56.º), no entanto neste caso concreto não parece aconselhável mencionar no título as diversas revogações integrais de outros diplomas legais, dado que o seu elevado número - duas leis e oito decretos-leis, entre outros ⁴ - tornaria o título demasiado extenso.

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 formulário*.

No que respeita ao início de vigência, o artigo 57.º desta proposta de lei estabelece que a sua entrada em vigor ocorrerá «*no dia seguinte ao da sua publicação*», mostrando-se assim conforme ao previsto no n.º 1 do artigo 2.º da Lei n.º 74/98, de 11 de novembro, 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 apreço não nos parece suscitar outras questões em face da *lei formulário*.

¹ Lei n.º 74/98, de 11 de novembro, que estabelece um conjunto de normas sobre a publicação, a identificação e o formulário dos diplomas, alterada e republicada pelas Leis n.ºs 2/2005, de 24 de janeiro, 26/2006, de 30 de junho, 42/2007, de 24 de agosto, e [43/2014, de 11 de julho](#).

² Duarte, David *et al* (2002), *Legística*. Coimbra, Almedina, pág. 200.

³ Duarte, David *et al* (2002), *Legística*. Coimbra, Almedina, pág. 203.

⁴ Aproveitamos para referir desde já que, em sede de especialidade ou redação final, pode ser melhorado o texto da alínea i) do artigo 56.º da proposta de lei, quanto à relação entre a revogação do [Decreto-Lei n.º 82/2009, de 2 de abril](#), e a vigência do artigo 24.º do [Decreto-Lei n.º 286/99, de 27 de julho](#).

III. Enquadramento legal e doutrinário e antecedentes

- Enquadramento legal nacional e antecedentes

O [artigo 64.º](#) da Constituição da República Portuguesa consagra o direito à saúde, estabelecendo que *todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover*.

Na sequência do estabelecido na Constituição, a [Lei n.º 56/79, de 15 de setembro](#), procedeu à criação do Serviço Nacional de Saúde e a [Lei n.º 48/90, de 24 de agosto](#), aprovou a Lei de Bases da Saúde, diploma que sofreu as alterações introduzidas pela [Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro](#).

Em 2015, o [Programa do XXI Governo Constitucional](#) veio estabelecer como prioridade *promover a saúde através de uma nova ambição para a Saúde Pública*, sublinhando que, para obter ganhos em saúde, tem de se *intervir nos vários determinantes de forma sistémica, sistemática e integrada*. Pode ler-se no mencionado Programa que o *Governo valorizará a Saúde Pública enquanto área de intervenção, para a boa gestão dos sistemas de alerta e de resposta atempada dos serviços, o diagnóstico de situações problemáticas e a elaboração, com a comunidade, de planos estratégicos de ação, assegurando que os perfis e planos locais de saúde são construídos de forma a potenciar os recursos, valorizando as pessoas*⁵.

Com esse objetivo, em 16 de fevereiro de 2016, foi criado por [Despacho do Diretor-Geral da Saúde](#), um Grupo de Trabalho para a Reforma da Saúde Pública.

Das várias reflexões e contributos recebidos em conjunto com o trabalho desenvolvido pelo Grupo de Trabalho foi produzido o documento de caráter estratégico [Nova Ambição para a Saúde Pública focada em Serviços Locais](#), publicado em junho de 2016. De mencionar que o documento esteve em discussão pública durante o período de 6 a 25 de abril de 2016, tendo recebido múltiplos contributos, dos quais 55 foram tidos em consideração.

Nesta sequência foi publicado o [Despacho n.º 11232/2016, de 19 de setembro](#), do Ministro da Saúde, que determina a criação e estabelece disposições sobre a Comissão para a Reforma da Saúde Pública, com vista a promover uma discussão abrangente da Reforma da Saúde Pública, com todos os seus atores.

Esta Comissão é presidida pelo Diretor-Geral da Saúde e é constituída por representantes do Ministério da Saúde, das Administrações Regionais de Saúde, das ordens profissionais e das organizações sindicais da área da saúde. O mandato dos membros da Comissão é de três anos (ponto 10).

À Comissão para a Reforma da Saúde Pública compete apoiar tecnicamente o desenvolvimento da rede de Unidades de Saúde Pública; articular-se especialmente com os Coordenadores Nacionais dos Cuidados de Saúde Primários, dos Cuidados de Saúde Hospitalares e dos Cuidados Continuados Integrados; promover a qualificação progressiva dos Serviços de Saúde Pública Locais; apoiar os grupos de trabalho que venham a ser criados no âmbito da reforma da Saúde Pública;

⁵ [Programa do XXI Governo Constitucional](#), pág. 93.

considerar os contributos dos cidadãos e entidades que tenham manifestado ou venham a manifestar interesse em participar no processo de Reforma da Saúde Pública; e apresentar proposta relativa a um novo quadro legal da saúde pública (ponto 2).

De acordo com os pontos 5 e 6, a Comissão deve elaborar e apresentar ao membro do Governo responsável pela área da saúde um relatório semestral sobre a sua atividade e uma proposta relativa a um novo quadro legal da saúde pública no prazo de 180 dias.

A proposta de lei agora apresentada, e de acordo com o [comunicado do Conselho de Ministros](#) de 22 de dezembro de 2016, visa aprovar a *Lei da Saúde Pública, a qual estabelece, em benefício da população, medidas de proteção e promoção da saúde e prevenção da doença, bem como de controlo e resposta a ameaças e riscos em saúde pública. (...) Estabelece, em especial, as regras e os princípios de organização da saúde pública, incluindo dos serviços de saúde pública, das autoridades de saúde e do Conselho Nacional de Saúde Pública, e as medidas de proteção e promoção da saúde e prevenção da doença, incluindo as de vigilância epidemiológica, ambiental e entomológica, e proteção específica através de vacinação. Encontram-se ainda previstos os procedimentos relativos à gestão de emergências em saúde pública.*

Com esse fim consolida, num único diploma, um conjunto alargado de legislação específica de saúde pública. Propõe, ainda, a revogação dos diplomas consolidados, pelo que importa proceder a uma brevíssima análise dos mesmos:

✓ **Lei n.º 81/2009, de 21 de agosto**

A [Lei n.º 81/2009, de 21 de agosto](#)^{6,7}, instituiu um sistema de vigilância em saúde pública, que identifica situações de risco, recolhe, atualiza, analisa e divulga os dados relativos a doenças transmissíveis e outros riscos em saúde pública, bem como prepara planos de contingência face a situações de emergência ou tão graves como de calamidade pública.

De acordo o estabelecido no n.º 1 do artigo 1.º, este diploma vem estabelecer um sistema de vigilância em saúde pública, através da organização de um conjunto de entidades dos setores público, privado e social desenvolvendo atividades de saúde pública, conforme as respetivas leis orgânicas e atribuições estatutárias, aplicando medidas de prevenção, alerta, controlo e resposta, relativamente a doenças transmissíveis, em especial as infetocontagiosas, a outros riscos para a saúde pública, com vista a garantir o direito dos cidadãos à defesa e proteção da saúde. Para esse efeito é criada uma rede de âmbito nacional envolvendo os serviços operativos de saúde pública, os laboratórios, as autoridades de saúde e outras entidades dos setores público, privado e social, cujos participantes contribuem para um sistema nacional de informação de vigilância epidemiológica, denominado SINAVE (n.º 2 do artigo 1.º).

Esta lei aplica-se a todas as entidades, do setor público, privado e social, estabelecidas ou prestando serviços no território nacional, que desenvolvam atividade de recolha, análise,

⁶ [Trabalhos preparatórios.](#)

⁷ A Lei n.º 81/2009, de 21 de agosto, não foi retificada, nem sofreu quaisquer alterações.

interpretação e divulgação sistemática e contínua de dados de saúde, ou realizem estudos epidemiológicos, relativos às doenças transmissíveis e outros riscos em saúde pública (n.º 1 do artigo 2.º). A aplicação de medidas com o objetivo de prevenir e conter a propagação das doenças transmissíveis e outros riscos para a saúde pública, por parte das entidades públicas no exercício dos poderes e funções ao abrigo da presente lei, incluindo a condução de investigações epidemiológicas prosseguidas pelas autoridades de saúde competentes e análise dos respetivos fatores de risco, sujeitam-se ao regime de informação de saúde e de proteção de dados pessoais (n.º 2 do artigo 2.º).

Nos termos do n.º 1 do artigo 4.º é criado o Conselho Nacional de Saúde Pública (CNSP), designado pelo membro do Governo responsável pela área da saúde que preside, composto por um máximo de 20 membros, designados em representação dos setores público, privado e social, incluindo as áreas académica e científica, com funções consultivas do Governo no âmbito da prevenção e do controlo das doenças transmissíveis e outros riscos para a saúde pública e, em especial, para análise e avaliação das situações graves, nomeadamente surtos epidémicos de grande escala e pandemias, competindo-lhe fundamentar proposta de declaração do estado de emergência, por calamidade pública.

O CNSP compreende duas comissões especializadas: a Comissão Coordenadora da Vigilância Epidemiológica e a Comissão Coordenadora de Emergência (n.º 2 do artigo 4.º).

A Comissão Coordenadora da Vigilância Epidemiológica (CCVE) funciona como uma comissão especializada do CNSP e visa, com base nas consultas recíprocas e nas informações fornecidas pelas entidades que integram o sistema de vigilância em saúde pública, a coordenação de medidas preventivas relativas às doenças transmissíveis e demais riscos de saúde pública, no cumprimento dos princípios consagrados na presente lei e nas normas técnicas e científicas oriundas dos centros de vigilância europeus e internacionais de referência a que Portugal pertença em cada momento (n.º 1 do artigo 5.º). A CCVE assegura a coerência e a complementaridade entre os programas e as ações iniciadas no seu âmbito de intervenção, incluindo informação estatística, projetos de investigação, de desenvolvimento tecnológico, sobretudo de meios telemáticos e baseados na Internet, para o intercâmbio de dados, implementando todas as ligações necessárias às redes da União Europeia e outras redes internacionais de vigilância epidemiológica a que Portugal pertença, articulando-as com o SINAVE (n.º 2 do artigo 5.º).

Já a Comissão Coordenadora de Emergência intervém em situações de emergência de saúde pública, por determinação do presidente do CNSP, quando se verifique uma ocorrência ou ameaça iminente de fenómenos relativos a doenças transmissíveis e outros riscos em saúde, cujas características possam vir a causar graves consequências para a saúde pública (n.º 1 do artigo 7.º).

O n.º 1 do artigo 8.º determina a criação de uma rede de vigilância epidemiológica para prevenção e controlo das doenças transmissíveis e outros riscos em saúde pública, tendo por base a necessidade de instituir uma forma determinada de recolha de informações necessárias.

A [Lei n.º 81/2009, de 21 de agosto](#), prevê ainda medidas de prevenção e controlo das doenças transmissíveis e outros riscos em saúde pública, medidas de exceção, e a proteção, confidencialidade e tratamento de dados pessoais.

✓ **Lei n.º 4/2016, de 29 de fevereiro**

A [Lei n.º 4/2016, de 29 de fevereiro](#)^{8,9}, estabelece o Plano Nacional de Prevenção e Controle de Doenças Transmitidas por Vetores, como a febre de dengue, leishmaniose e malária, abreviadamente designado por Plano Nacional, e define os respetivos âmbito territorial, objetivos gerais e específicos e competências.

Os objetivos gerais deste diploma são a elaboração e a implementação do Plano Nacional que visam evitar a incidência de doenças transmitidas por vetores, prevenir e controlar processos epidémicos (artigo 3.º). Relativamente aos objetivos específicos previstos no artigo 4.º importa destacar, designadamente, os seguintes:

- Promover a investigação sobre os agentes de transmissão denominados de vetores;
- A investigação sobre as doenças humanas de transmissão vetorial, a sua prevenção e controlo;
- Garantir a monitorização e vigilância da atividade dos vetores de transmissão;
- Prevenir a propagação dos vetores através de ações de sensibilização e combate para a sua eliminação;
- Preparar planos de contingência;
- Classificar áreas territoriais de risco, definir zonas prioritárias para a vigilância e medidas especiais de intervenção e determinar pontos de risco/pontos estratégicos.

✓ **Decreto-Lei n.º 44198, de 20 de fevereiro de 1962**

O [Decreto-Lei n.º 44198, de 20 de fevereiro de 1962](#), estabelece o regime de obrigatoriedade da vacinação antidiftérica e antitetânica.

Segundo o preâmbulo, desde sempre a difteria e o tétano têm constituído séria preocupação para os serviços de saúde. E o exame das taxas de morbilidade e de mortalidade relativas a estas doenças demonstra que elas mantêm ainda hoje um nível elevado, em relação ao que seria para desejar. (...) Não obstante os esforços feitos no sentido de ampliar as campanhas de vacinação antidiftérica e antitetânica, o número de vacinações conseguido, apesar da sua gratuidade, não tem correspondido ao que se esperava. E o estudo do problema demonstrou que a obrigatoriedade da vacinação poderá contribuir eficazmente para melhorar o panorama sanitário em relação a estas duas doenças, evitáveis por ela, sobretudo quando acompanhada por uma adequada divulgação de preceitos profiláticos entre as populações.

⁸ [Trabalhos preparatórios.](#)

⁹ A Lei n.º 4/2016, de 29 de fevereiro, não foi retificada, nem sofreu quaisquer alterações.

Assim sendo, e nos termos do artigo 1.º, é obrigatória a vacinação antidiftérica e antitetânica de todos os indivíduos domiciliados no País, dos 3 aos 6 meses de idade, com administração de doses de reforço, pela primeira vez, entre os 18 e os 24 meses e, pela segunda vez, entre os 5 e os 7 anos de idade. Complementarmente, o artigo 7.º estabelece que, sem prejuízo do disposto no artigo 1.º, é estabelecido o prazo de um ano, para efetivação da primeira vacinação por parte dos indivíduos que a ela ficam sujeitos.

Já o artigo 4.º prevê que nenhum indivíduo poderá frequentar ou fazer exame em qualquer estabelecimento de ensino ou ser admitido em quaisquer funções públicas, dos corpos administrativos, dos organismos corporativos e de coordenação económica ou das pessoas coletivas de utilidade pública administrativa, sem que, por certificado médico ou atestado da respetiva autoridade sanitária, prove que se encontra devidamente vacinado contra o tétano.

Embora o [Decreto-Lei n.º 44198, de 20 de fevereiro de 1962](#), não tenha sofrido quaisquer alterações, o prazo de um ano previsto no artigo 7.º para a primeira vacinação antidiftérica e antitetânica obrigatória foi prorrogado por três vezes: primeiro, pela [Portaria n.º 19645, de 18 de janeiro de 1963](#) (até 20.02.1964), depois pela [Portaria n.º 20371, de 14 de fevereiro de 1964](#) (até 30.06.1965), e finalmente pela [Portaria n.º 21401, de 15 de julho de 1965](#) (até 30.06.1966).

Para além da prorrogação do prazo do artigo 7.º, as três portarias supramencionadas não produziram quaisquer outras alterações no ordenamento jurídico, com exceção da [Portaria n.º 19645, de 18 de janeiro de 1963](#), que procede ainda à alteração da [Portaria n.º 19058, de 3 de março de 1962](#). Apenas a revogação desta última consta da alínea l) do artigo 56.º da presente iniciativa.

✓ **Decreto-Lei n.º 46533, de 9 de setembro de 1965**

O [Decreto-Lei n.º 46533, de 9 de setembro de 1965](#)¹⁰, autoriza o Ministro da Saúde e Assistência a receber da Fundação Calouste Gulbenkian um donativo destinado à realização de um programa intensivo de vacinação contra a poliomielite, a difteria, o tétano e a tosse convulsa.

Segundo o preâmbulo o programa nacional de vacinações inclui a *criação de postos permanentes que possam manter as imunizações, através de esquemas de vacinação adequadamente concebidos. Deseja-se que esta prática, já hoje seguida pela generalidade das famílias dotadas de maiores meios, seja posta ao alcance de toda a população, das cidades e dos campos, sendo certo que é esta última a mais atingida por algumas daquelas doenças. A fim de permitir que este trabalho se realize com maior rapidez e intensidade, mais uma vez a Fundação Calouste Gulbenkian, com uma justa e larga visão das mais prementes necessidades da população portuguesa em matéria de saúde, se prontificou a prestar a sua valiosa colaboração, através da atribuição de vultoso subsídio, no montante de 15000000\$00, integrado nas comemorações do 10.º aniversário da morte do seu fundador.*

✓ **Decreto-Lei n.º 46621, de 27 de outubro de 1965**

¹⁰ O Decreto-Lei n.º 46533, de 9 de setembro de 1965, não foi retificado, nem sofreu quaisquer alterações.

O [Decreto-Lei n.º 46621, de 27 de outubro de 1965](#)¹¹, cria o boletim individual de saúde e regula a sua passagem pelos serviços do Ministério da Saúde e Assistência e de outros Ministérios ou entidades particulares que com eles colaborem nos programas de vacinação.

Durante alguns anos, a título experimental, foi utilizado o boletim individual de saúde por diversos departamentos e serviços do Ministério da Saúde e Assistência. De acordo com a exposição de motivos do [Decreto-Lei n.º 46621, de 27 de outubro de 1965](#), inicialmente não foi atribuído ao boletim individual de saúde qualquer valor probatório, para maior facilidade da sua utilização. *Durante alguns anos de experiência, ficou comprovada a vantagem que representa para os seus portadores e para os serviços de saúde e assistência, pelo que se torna indispensável que o boletim individual de saúde seja transformado na sua forma, tornado de uso obrigatório nalguns casos e dotado de carácter probatório quanto aos registos de vacinas nele contidos. Nesse sentido, e de harmonia com instantes necessidades de ordem sanitária, especialmente no que respeita aos primeiros grupos etários, desde o nascimento até ao fim da idade escolar primária, se decidiu que a distribuição e o uso do boletim individual de saúde passem a obedecer às normas que constam deste diploma legal.*

✓ **Decreto-Lei n.º 46628, de 5 de novembro de 1965**

O [Decreto-Lei n.º 46628, de 5 de novembro de 1965](#), estabelece um conjunto de disposições destinadas a facilitar a execução do programa nacional de vacinações e do programa complementar de educação sanitária, a desenvolver em colaboração com a Fundação Calouste Gulbenkian, compreendendo uma fase inicial, que durará dois anos, que deverá ser complementada nos anos seguintes.

Nos termos do n.º 1 do artigo 5.º durante o período de três anos, pode o Ministério da Saúde e Assistência, pela Direcção-Geral de Saúde e suas delegações, efetuar despesas destinadas aos programas de vacinações e de educação sanitária, dentro das verbas orçamentais, sem precedência de qualquer autorização e sem vinculação ao regime de duodécimos.

Embora o [Decreto-Lei n.º 46628, de 5 de novembro de 1965](#), não tenha sofrido quaisquer alterações, o mencionado prazo de três anos previsto no n.º 1 do artigo 5.º foi prorrogado por quatro vezes: pelo [Decreto-lei n.º 48660, de 4 de novembro](#) (até ao final do III Plano de Fomento), pelo [Decreto-Lei n.º 65/74, de 19 de fevereiro](#) (até ao final do IV Plano de Fomento), pelo [Decreto-Lei n.º 169/80, de 29 de maio](#) (1 de janeiro de 1983), e finalmente pelo [Decreto-Lei n.º 27/83, de 22 de janeiro](#) (1 de janeiro de 1986).

Para além da prorrogação do prazo do n.º 1 do artigo 5.º, os quatro decretos-leis supramencionados não produziram quaisquer outras alterações no ordenamento jurídico.

✓ **Decreto-Lei n.º 19/77 de 7 de janeiro**

¹¹ O Decreto-Lei n.º 46621, de 27 de outubro de 1965, não foi retificado, nem sofreu quaisquer alterações.

O [Decreto-Lei n.º 19/77 de 7 de janeiro](#)¹², determina a suspensão no que respeita à obrigatoriedade da vacinação antivariólica, das normas contidas na Lei de 2 de março de 1894 e no Regulamento da Vacinação Antivariólica de 23 de agosto de 1911, bem como em toda a legislação complementar.

✓ **Decreto-Lei n.º 89/77, de 8 de março**

O [Decreto-Lei n.º 89/77, de 8 de março](#), permite o afastamento temporário da frequência escolar e demais atividades desenvolvidas nos estabelecimentos de ensino dos alunos, pessoal docente, administrativo e auxiliar quando atingidos por doenças transmissíveis.

O presente diploma elenca essas mesmas doenças, define os respetivos períodos de afastamento e define os respetivos procedimentos médicos e escolares.

Os artigos 1.º a 5.º deste decreto-lei foram alterados pelo [Decreto-Lei n.º 229/94, de 13 de setembro](#).

✓ **Decreto-Lei n.º 81/2009, de 2 de abril**

O [Decreto-Lei n.º 81/2009, de 2 de abril](#), reestruturou a organização dos serviços operativos de saúde pública a nível regional e local, articulando-a com a organização das administrações regionais de saúde e dos agrupamentos de centros de saúde.

No âmbito da reestruturação dos serviços de saúde pública introduzida por este diploma importa distinguir quer no plano operacional, quer de organização de serviços, dois níveis de atuação, o regional e o local. A nível regional, funcionando como estrutura de vigilância e monitorização de saúde, numa perspetiva abrangente e detendo funções, igualmente, de vigilância epidemiológica, planeamento em saúde e definição de estratégias regionais e, ainda, de apoio técnico, articulando-se com todos os recursos de saúde pública da sua área de influência. A nível local, funcionando, do mesmo modo, como estrutura de vigilância e monitorização de saúde da população, dispendo de organização flexível que permite manter os serviços próximos do cidadão.

O artigo 3.º foi alterado pelo [Decreto-Lei n.º 137/2013, de 7 de outubro](#), retificado pela [Declaração de Retificação n.º 52/2013, de 4 de dezembro](#), que aditou, ainda, os artigos 5.º-A e 10.º-A, revogou o n.º 2 do artigo 6.º e o artigo 10.º, e procedeu à respetiva republicação.

De mencionar que o artigo 14.º do [Decreto-Lei n.º 81/2009, de 2 de abril](#), veio revogar o [Decreto-Lei n.º 286/99, de 27 de julho](#)¹³, à exceção do seu artigo 24.º, ressalva que também consta da presente proposta de lei.

Este artigo não sofreu quaisquer alterações sendo a sua redação a seguinte:

Artigo 24.º

Remunerações

¹² O Decreto-Lei n.º 19/77, de 7 de janeiro, não foi retificado, nem sofreu quaisquer alterações.

¹³ O Decreto-Lei n.º 286/99, de 27 de julho, foi alterado pelo [Decreto-Lei n.º 222/2007, de 29 de maio](#).

1 - O exercício de funções de coordenador do centro regional de saúde pública confere o direito a um acréscimo remuneratório correspondente a 15% da remuneração estabelecida para o 1.º escalão da respetiva categoria, em dedicação exclusiva e horário de trinta e cinco horas semanais.

2 - O médico que exerça funções de adjunto do coordenador do centro regional de saúde pública tem direito a um acréscimo remuneratório correspondente a 10% da remuneração estabelecida para o 1.º escalão da respetiva categoria, em dedicação exclusiva e horário de trinta e cinco horas semanais.

3 - O técnico que exerça funções de adjunto do coordenador do centro regional de saúde pública tem direito à remuneração estabelecida para o 1.º escalão da categoria imediatamente superior da respetiva carreira.

4 - O exercício de funções de coordenador da unidade de saúde pública confere o direito a um acréscimo remuneratório correspondente a 10% da remuneração estabelecida para o 1.º escalão da respetiva categoria, em dedicação exclusiva e horário de trinta e cinco horas semanais.

✓ **Decreto-Lei n.º 82/2009, de 2 de abril**

O [Decreto-Lei n.º 82/2009, de 2 de abril](#), estabeleceu o regime jurídico da designação, competência e funcionamento das entidades que exercem o poder de autoridades de saúde.

As autoridades de saúde dependem hierarquicamente do membro do Governo responsável pela área da saúde, através do diretor-geral da Saúde. A autoridade de saúde de âmbito nacional é o diretor-geral da Saúde (n.º 3 do artigo 3.º e artigo 6.º), seguindo-se a autoridade de saúde de âmbito regional sediada no departamento de saúde pública de cada administração regional de saúde (n.º 4 do artigo 3.º e artigo 7.º), e a autoridade de saúde de âmbito local sediada nas unidades de saúde pública dos agrupamentos de centros de saúde e/ou nas unidades locais de saúde, que exerce as suas competências no âmbito geográfico territorialmente competente (n.º 5 do artigo 3.º e artigo 8.º).

Nos termos do artigo 5.º, as autoridades de saúde asseguram a intervenção oportuna e discricionária do Estado em situações de grave risco para a saúde pública, competindo-lhes, ainda, a vigilância das decisões dos órgãos e serviços operativos do Estado em matéria de saúde pública, podendo utilizar todos os meios necessários, proporcionais e limitados aos riscos identificados que considerem prejudiciais à saúde dos cidadãos ou dos aglomerados populacionais envolvidos.

As funções inerentes ao exercício do poder de autoridade de saúde são exercidas com autonomia técnica e são independentes das de natureza operativa dos serviços de saúde (n.º 1 do artigo 9.º).

O artigo 11.º determina, ainda, a criação do Conselho de Autoridades de Saúde, adiante designado por Conselho, com natureza consultiva e de apoio à autoridade de saúde nacional.

Os artigos 3.º, 4.º, 6.º a 9.º do [Decreto-Lei n.º 82/2009, de 2 de abril](#), foram alterados pelo [Decreto-Lei n.º 135/2013, de 4 de outubro](#), retificado pela [Declaração de Retificação n.º 51/2013, de 3 de dezembro](#), que aditou, ainda, o artigo 16.º-A.

✓ **Decreto Regulamentar n.º 3/95, de 27 de janeiro**

O [Decreto Regulamentar n.º 3/95, de 27 de janeiro](#)¹⁴, estabelece a lista das doenças que afastam temporariamente da frequência escolar e demais atividades de ensino os discentes, pessoal docente e não docente.

O presente [Decreto Regulamentar n.º 3/95, de 27 de janeiro](#), foi aprovado tendo por base a desatualização da lista das doenças transmissíveis que originam evicção escolar e face à evolução das condições epidemiológicas e aos avanços verificados nos campos da prevenção e da terapêutica, e ao abrigo do disposto no n.º 1 do artigo 1.º do [Decreto-Lei n.º 229/94, de 13 de setembro](#), que veio proceder à revisão e atualização do [Decreto-Lei n.º 89/77, de 8 de março](#) (que constam da lista de diplomas a revogar pelo artigo 56.º da presente proposta de lei).

✓ **Portaria n.º 19058, de 3 de março de 1962**

A [Portaria n.º 19058, de 3 de março de 1962](#), declara obrigatória a vacinação antitetânica, de cinco em cinco anos, para os indivíduos que exerçam determinadas atividades.

Esta portaria foi alterada pela [Portaria n.º 19645, de 18 de janeiro de 1963](#), que prorroga também o prazo previsto no artigo 7.º do [Decreto-Lei n.º 44198, de 20 de fevereiro de 1962](#). A revogação deste último já consta da alínea l) do artigo 56.º da presente iniciativa.

✓ **Portaria n.º 19119, de 6 de abril de 1962**

A [Portaria n.º 19119, de 6 de abril de 1962](#), estabelece preceitos a observar para a exibição do boletim individual de saúde comprovativo da primeira inoculação das vacinações antitetânica e antidiftérica, tornadas obrigatórias pelo [Decreto-Lei n.º 44198, de 20 de fevereiro de 1962](#).

✓ **Portaria n.º 148/87, de 4 de março**

A [Portaria n.º 148/87, de 4 de março](#), veio incluir no programa nacional de vacinações a vacinação contra a parotidite epidémica (papeira), doença vírica infecciosa aguda, considerada geralmente como benigna, mas que na realidade pode causar complicações de certa gravidade, tais como pancreatite, orquite, meningoencefalite, e ainda sequelas, como esterilidade e surdez.

Nos termos do artigo 4.º da referida portaria, a parotidite epidémica passou a ser uma doença de declaração obrigatória, incluída na tabela aprovada pela [Portaria n.º 766/86, de 26 de dezembro](#), que foi, por sua vez, revogada pela [Portaria n.º 1071/98, de 31 de dezembro](#), que aprovou as tabelas das doenças de declaração obrigatória ordenada de acordo com o código da 10.ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID).

✓ **Portaria n.º 386/91, de 6 de maio**

A [Portaria n.º 386/91, de 6 de maio](#), aprova o novo modelo do boletim individual de saúde, com o objetivo de introduzir melhorias de funcionalidade e segurança no modelo em uso.

Para melhor leitura e compreensão da presente proposta de lei cumpre também mencionar:

¹⁴ O Decreto Regulamentar n.º 3/95, de 27 de janeiro, não foi retificado, nem sofreu quaisquer alterações.

- [Decisão n.º 1082/2013/UE](#) do Parlamento Europeu e do Conselho, de 22 de outubro, relativa às ameaças sanitárias transfronteiriças graves;
- [Lei n.º 35/2014, de 20 de junho](#) - Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas (texto consolidado);
- [Lei n.º 15/2012, de 3 de abril](#) - Sistema de Informação dos Certificados de Óbito;
- [Lei n.º 27/2006, de 3 de julho](#) - Lei de Bases de Proteção Civil (texto consolidado);
- [Código de Procedimento Administrativo](#);
- [Regulamento Sanitário Internacional](#),

Por fim importa referir um conjunto de sítios que permitem recolher informação complementar sobre esta matéria:

- [Direção Geral de Saúde](#);
- [Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge](#);
- [Plano Nacional de Saúde 2012-2016 – Revisão e Extensão a 2020](#);
- [Programa Nacional de Vacinação](#);
- [Rede de Vigilância de Vetores – REVIVE](#);
- [Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica - SINAVE](#).

- **Enquadramento doutrinário/bibliográfico**

Bibliografia específica

30 ANOS DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE: um percurso comentado. Coord. de Jorge Simões. Coimbra: Almedina, 2010. Cota: 28.41 – 64/2010

Resumo: Este livro percorre a história de trinta anos de Serviço Nacional de Saúde (SNS), em Portugal, através de dezanove temas, considerados como mais relevantes no âmbito da economia e da política da saúde. Comporta três partes: a primeira aborda os aspetos estruturais do SNS e do seu percurso; a segunda parte contempla os instrumentos utilizados ao longo das últimas três décadas na gestão do sistema de saúde; e a terceira parte é dedicada aos desafios do sistema de saúde, tais como: tecnologia e inovação, redes de informação, parcerias na saúde, cuidados continuados integrados, a importância do direito comunitário no desenvolvimento e implementação das políticas de saúde nacionais, entre outros.

BARROS, Pedro Pita – O futuro do sistema de saúde. **O Economista**. Lisboa: APE. Nº 28 (2015). Cota: RP – 100. P. 87-90

Resumo: Segundo o autor, a estratégia de sustentabilidade do sistema de saúde, num horizonte de quinze a vinte anos, terá que passar por duas ideias chave: por um lado, a redução da carga de doença que a população de Portugal tem e, por outro lado, a melhoria da qualidade dos cuidados prestados como forma de conter custos. No imediato, há que melhorar a gestão e reduzir os custos, enquanto, no longo prazo, a redução da pressão financeira se consegue promovendo uma população que tenha uma autogestão diferente da saúde. O autor defende um sistema de saúde que reconhece e acarinha a centralidade do cidadão ativo na sua saúde (e não apenas o doente passivo), apoiado em boas redes informais de cuidados e comunidades resilientes, recursos humanos organizados em trabalho de equipa e devidamente qualificados.

CAMPOS, António Correia de; SIMÕES, Jorge – **O percurso da saúde: Portugal na Europa**. Coimbra: Almedina, 2011. Cota: 28.41 – 41/2012

Resumo: A referida obra percorre os sistemas de saúde nos países da OCDE, reservando uma atenção especial à situação portuguesa. Afirma-se o princípio da subsidiariedade na organização dos sistemas nacionais de saúde e estudam-se os regulamentos e diretivas comunitárias que visam melhorar o bem-estar dos cidadãos. Aborda-se a questão da investigação científica sobre saúde na União Europeia e em Portugal, sublinhando-se o enorme salto qualitativo na saúde dos povos da Europa. O quarto capítulo (o mais desenvolvido neste livro) percorre o sistema de saúde português, desde o início da década de setenta do século passado até à atualidade, com enfoque no percurso e nos temas políticos que constituíram e constituem a agenda política da saúde. Depois de analisadas as políticas de saúde, ao longo das suas diversas fases, os principais temas das políticas de saúde são estudados separadamente pela importância de que se revestem, desde os limites constitucionais à regulação.

CAMPOS, Luís; BORGES, Margarida; PORTUGAL, Rui, ed. lit. - **Governação dos hospitais**. Alfragide: Casa das Letras, 2009. Cota: 28.41 – 662/2010

Resumo: Este estudo, promovido pela Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, apresenta os contributos de um conjunto vasto de personalidades, abrangendo diversas áreas de conhecimento e diferentes atividades necessárias à governação dos hospitais, no sentido de repensar o modelo de gestão dos mesmos, enquadrando-o no contexto mais global da governação do sistema de saúde.

Contém todas as recomendações produzidas pelo grupo de estudo, organizadas por áreas, abrangendo um vasto leque de matérias, tendo em vista fornecer um contributo inestimável para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados nos hospitais, designadamente: gestão hospitalar; financiamento, recursos humanos, sistemas de informação, organização intra-hospitalar, serviços não clínicos, ética e direito da saúde, investigação, «*empowerment*» dos doentes, entre outros.

CARNEIRO, César – Acesso e qualidade em saúde e a sua regulação em Portugal. In **Textos de regulação da saúde**. Porto: Entidade Reguladora da Saúde, 2013. P. 279-301. Cota: 28.41 – 388/2014.

Resumo: O autor apresenta uma seleção de vários indicadores e outras informações de fontes diversas, que nos dão uma visão global, e tanto quanto possível abrangente, do acesso e qualidade dos cuidados de saúde em Portugal. Na parte final é descrita a abordagem que tem sido adotada pela Entidade Reguladora da Saúde aos problemas de acesso e de qualidade, enunciando as suas atribuições legais, descrevendo a abordagem conceptual adotada e passando em revista as principais atividades sobre estas matérias.

CAVACO, Yoline Kuipers; QUOIDBACH, Vinciane-**Public health in the EU** [Em linha]: **state-of play and key policy challenges**. Brussels: European Parliament, 2014. [Consult. 17 jan. 2017]. Disponível em: WWW: [http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/IDAN/2014/536286/IPOL_IDA\(2014\)536286_EN.pdf](http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/IDAN/2014/536286/IPOL_IDA(2014)536286_EN.pdf)

Resumo: O objetivo deste documento é fornecer uma visão geral do estado da saúde pública na União Europeia e dos desafios atuais, abordando a forma como estes têm vindo a ser percecionados nos diversos Estados-Membros. Foca os seus quadros institucionais, legislação e programas políticos. O conteúdo deste documento não é exaustivo, mas fornece uma panorâmica geral e diversos exemplos ilustrativos da realidade europeia e das questões atualmente na agenda política da União Europeia.

ESTORNINHO, Maria João; MACIEIRINHA, Tiago – **Direito da saúde**. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2014. Cota: 28.41 – 105/2014.

Resumo: O capítulo III da obra referenciada debruça-se sobre o sistema de saúde português, focando diversos aspetos da sua estrutura e organização, nomeadamente: Serviço de Saúde e Serviço Nacional de Saúde; atribuições do Estado em matéria de saúde: órgãos e serviços centrais do Ministério da Saúde na atualidade; organismos periféricos do Ministério da Saúde; organização das ARS; ACES; Autoridades de Saúde Pública; Institutos Públicos tutelados pelo Ministério da Saúde; Administração Central do Sistema de Saúde; INFARMED; Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde; Instituto Nacional de Emergência Médica; Instituto Português do Sangue e da Transplantação; Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge; setor hospitalar; gestão hospitalar; Unidades de Saúde Familiar; Unidades Locais de Saúde e regulação da saúde, entre outros.

FUNDAÇÃO CALOUSTE GULBENKIAN – **Um futuro para a saúde: todos temos um papel a desempenhar**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2014. Cota: 28.41 – 223/2015

Resumo: O presente relatório apela para um novo pacto na saúde em Portugal, em que todos terão um papel a desempenhar: os cidadãos, os profissionais de saúde, os professores, os empresários, as autarquias e o Governo. São de realçar dois aspetos fundamentais deste relatório: a construção de uma nova centralidade do sistema de saúde no cidadão, e não no doente, e a necessidade de permanente adaptação e melhoria do sistema de saúde na prestação de cuidados.

«O relatório propõe a transição do sistema atual, centrado no hospital e na doença, em que todas as ações têm como objeto e alvo o doente, para um sistema centrado nas pessoas e na saúde, em que os cidadãos são parceiros na promoção da saúde e nos cuidados de saúde. O sistema utilizará os conhecimentos e as tecnologias mais atualizados e proporcionará aconselhamento e serviços de elevada qualidade, no domicílio e na comunidade, tal como em hospitais e em centros especializados. Esta visão integra os valores fundadores do Serviço Nacional de Saúde e apoia-se nos seus alicerces sólidos, na competência dos profissionais de saúde e nos sucessos já alcançados, mas também requer novas abordagens, uma infraestrutura diferente e uma base de custos mais baixa e mais sustentável.»

OBSERVATÓRIO EUROPEU DE POLÍTICAS E SISTEMAS DE SAÚDE - **Economic crisis, health systems and health in Europe** [Em linha]. Copenhagen: WHO, 2015. [Consult. 18 jan. 2017]. Disponível em: WWW: <UR: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/279820/Web-economic-crisis-health-systems-and-health-web.pdf?ua=1

Resumo: Este documento mapeia as políticas de saúde encontradas, para fazer face à recente crise económica e financeira, na Europa. O livro divide-se em duas partes: a primeira parte fornece uma análise e descrição detalhada das políticas resultantes da crise económica, na área da saúde pública, em 9 países: Estónia, Grécia, Irlanda, Letónia, Lituânia, Portugal, Bélgica, França e Holanda. Os primeiros seis países foram selecionados por terem sido afetados intensamente pela crise, tendo de enfrentar muitos desafios ao nível das políticas de saúde. A segunda parte disponibiliza informação condensada (*country profiles*), relativamente às respostas encontradas, para fazer face à crise económica, em mais 47 países. Estas duas partes do livro integram uma iniciativa mais ampla para monitorizar os efeitos da crise nos sistemas de saúde e para identificar as políticas que sustentaram a performance dos sistemas de saúde, face à pressão fiscal e à necessidade de implementação de reformas.

OBSERVATÓRIO EUROPEU DE POLÍTICAS E SISTEMAS DE SAÚDE - **Facets of Public Health in Europe** [Em linha]. Berkshire: Open University Press. McGraw- Hill Education, 2014. [Consult. 17 jan.2017]. Disponível em: WWW: <URL: <http://www.euro.who.int/data/assets/pdf/0003/271074/Facets-of-Public-Health-in-Europe.pdf?ua=1>

Resumo: Este documento reúne os dados mais atuais sobre a prática da saúde pública na Europa, identifica as áreas nas quais as necessidades de melhoramento são mais necessárias e mostra como isso pode ser alcançado. Os Governos dos países da Europa reconhecem cada vez mais a necessidade de fortalecer as funções essenciais da saúde pública.

O referido documento tem dois grandes objetivos: por um lado, fornecer uma descrição e análise das estruturas de saúde pública existentes, capacidades e serviços na Europa e, por outro, estabelecer, tanto quanto possível, que estruturas, capacidades e serviços serão necessários para fortalecer a atuação na área da saúde pública. Aborda um grande número de tópicos, nomeadamente: monitorização da saúde, proteção da saúde, promoção da saúde, acesso à saúde, organização e financiamento da saúde pública, profissionais de saúde e investigação, entre outros.

OCDE - **Health at a Glance: Europe 2016** [Em linha]: **state of health in the EU cycle**. Paris: OECD, 2016. [Consult. 17 jan. 2017]. Disponível em: WWW: <URL: http://catalogobib.parlamento.pt/ipac20/ipac.jsp?session=P4B475570087M.5130&menu=search&aspect=basic_search&npp=20&ipp=20&spp=20&profile=bar&ri=&index=.TW&term=health+at+a+glance+2016&aspect=basic_search&x=0&y=0>

Resumo: Este estudo da OCDE, de 2016, apresenta indicadores chave sobre saúde e sistemas de saúde em 36 países europeus, incluindo os 28 Estados-Membros da União Europeia, cinco países candidatos e três países da Associação Europeia de Comércio Livre.

A esperança de vida entre os Estados-Membros da UE aumentou mais de seis anos desde 1990: de 74,2 anos em 1990 para 80,9 anos em 2014, mas as desigualdades persistem. As pessoas nos países da Europa Ocidental, com maior esperança de vida, continuam a viver mais de oito anos, em média, do que as pessoas nos países da Europa Central e Oriental, com a esperança de vida mais baixa. No seio dos países as grandes desigualdades, em termos de saúde e de esperança de vida, continuam a existir entre as pessoas com maiores níveis de educação e de rendimentos e os mais desfavorecidos. Isto deve-se, em grande parte, a uma exposição diferente aos riscos de contrair doenças, mas também às disparidades no acesso a cuidados de saúde de alta qualidade.

À medida que os países da União Europeia enfrentam os novos desafios à saúde pública torna-se necessário melhorar a organização dos serviços, de forma a aumentar a resiliência dos sistemas de saúde, tornando-os mais eficientes. Os sistemas de saúde também terão de permanecer financeiramente sustentáveis, alcançando mais ganhos de eficiência nas despesas com hospitais, medicamentos, administração e outras despesas com saúde. Este ponto é crucial para fazer face à crescente procura com recursos limitados. É importante manter um bom equilíbrio entre investimento em políticas para melhorar a saúde pública e prevenção e as políticas para melhorar o acesso, qualidade e eficiência na prestação de cuidados de saúde.

OCDE - **OECD reviews of health care quality: Portugal 2015: raising standards**. Paris: OECD, 2015. Cota: 28.41 – 173/2015

Resumo: Este relatório analisa a qualidade dos cuidados de saúde em Portugal. Começa por fornecer uma panorâmica das políticas e práticas que visam a qualidade dos cuidados de saúde em Portugal. Em seguida, foca três áreas de particular importância para o presente sistema de saúde: organização dos cuidados primários; cuidados hospitalares e otimização da qualidade e eficiência do sistema como um todo. Ao analisar estas áreas o relatório avalia a qualidade dos cuidados atualmente prestados, visa realçar as boas práticas e fornece recomendações para futuras reformas que possam promover um melhoramento na qualidade dos cuidados de saúde prestados aos portugueses.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Regional Office for Europe - **Priorities for health systems strengthening in the WHO European Region 2015–2020** [Em linha]: **walking the talk on people centeredness**. Copenhagen: WHO/Europe, 2015.[Consult. 17 jan. 2017]. Disponível em: WWW: <URL: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0003/282963/65wd13eHealthSystemsStrengthening150494.pdf

Resumo: Este documento retoma as prioridades estratégicas da Organização Mundial de Saúde para a Europa, no sentido do reforço dos sistemas de saúde, através de uma perspetiva centrada nas pessoas. Os sistemas de saúde centrados nas pessoas refletem os valores da solidariedade e da equidade, minimizando a exclusão social. As realidades socioeconómicas na Europa revelam-se preocupantes, especialmente na sequência da crise económica e financeira. Milhões de pessoas debatem-se com dificuldades financeiras ao aceder aos serviços de saúde de que necessitam.

Neste contexto, o Departamento da OMS para a Europa estabelece duas prioridades, nas quais se propõe trabalhar em conjunto com os Estados-Membros, no período 2015-2020:

- ✓ Transformar os serviços de saúde de forma a poderem enfrentar os desafios do século XXI;
- ✓ Caminhar no sentido de uma cobertura de saúde universal, para uma Europa livre de pagamentos diretos de despesas de saúde.

Para progredir nestas áreas, é necessário definir cuidadosamente políticas de prestação de cuidados e de financiamento da saúde, requerendo também um enfoque especial nos profissionais desta área, medicamentos, tecnologias de saúde e informação. Estas são as bases essenciais dos sistemas de saúde que precisam de estar em consonância com as prioridades mencionadas. Este documento foca essencialmente as políticas que se encontram diretamente ligadas aos sistemas de saúde.

- **Enquadramento do tema no plano da União Europeia**

A Saúde Pública está consagrada nos princípios fundacionais da União Europeia, estabelecendo o [Tratado sobre o Funcionamento da União Europeia](#) (TFUE) na alínea a) do artigo 6.º que a

«proteção e melhoria da saúde humana» são ações em que a União dispõe de competências para «apoiar, coordenar ou completar a ação dos Estados-Membros». No Título XIV, dedicado às Políticas e Ações Internas da União Europeia (UE) no domínio da Saúde Pública, o artigo 168.º do TFUE estabelece que a ação da União será complementar à dos seus Estados-Membros, de modo a assegurar «um elevado nível de proteção da saúde» e atuar na «prevenção das doenças e afeições humanas», incluindo o combate «contra os grandes flagelos» (ameaças graves para a saúde com dimensão transfronteiriça). Prevê ainda a realização de ações de informação e educação para a prevenção. Reconhece, deste modo, a necessidade da União incentivar a coordenação das políticas e programas dos Estados-Membros em articulação com a Comissão. Esta última definiria orientações e indicadores, intercâmbio de melhores práticas e avaliações periódicas (número 2 do artigo 168.º).

As deliberações do Parlamento Europeu e do Conselho nesta matéria são tomadas de acordo com o processo legislativo ordinário e após consulta ao Comité Económico e Social e ao Comité das Regiões, incluindo a adoção de medidas de qualidade e segurança dos órgãos e substâncias de origem humana, de proteção da saúde pública nos domínios veterinário e fitossanitário e na qualidade e segurança dos medicamentos e dispositivos para uso médico (número 4 do artigo 168.º). O Conselho pode igualmente adotar recomendações sob proposta da Comissão. Compete em exclusivo, a cada Estado-Membro, definir as suas políticas de saúde, a organização e prestação de serviços de saúde e cuidados médicos, bem como a repartição dos recursos que lhe são afetados.

No quadro do «Semestre Europeu» (o ciclo de supervisão das situações orçamentais e coordenação das políticas económicas dos países da zona euro), a UE emitiu recomendações a Portugal para o setor da saúde. Especificamente, o [parecer do Conselho sobre o Programa de Estabilidade de Portugal para 2016](#) (publicado em julho de 2016 e relativo ao Programa Nacional de Reformas para esse mesmo ano) refere que *«Portugal enfrenta o duplo desafio de conseguir a sustentabilidade orçamental de longo prazo do sistema de saúde e de manter o nível de acesso aos cuidados de saúde através de ganhos de eficácia. (...) Para responder aos desafios da sustentabilidade de longo prazo no setor da saúde, ainda não foram tomadas medidas abrangentes para promover a prevenção de doenças e políticas de saúde pública, assim como para garantir a prestação de cuidados de saúde primários numa fase precoce e com custos inferiores»*.

A proposta legislativa em apreço refere as recomendações da UE, nomeadamente na coordenação de medidas preventivas de acordo com «normas técnicas e científicas oriundas dos centros de vigilância europeus e internacionais de referência a que Portugal pertença». Faz ainda referência, nos conceitos de «emergência de saúde pública», aos riscos que requeiram «uma resposta coordenada», de acordo com a [Decisão n.º 1082/2013/UE](#) do Parlamento Europeu e do Conselho relativa às ameaças sanitárias transfronteiriças graves. Esta Decisão estabelece regras relativas à vigilância, à monitorização e ao alerta rápido de quaisquer ameaças sanitárias transfronteiriças graves e pandemias, de modo a melhorar o nível de preparação em toda a União Europeia (UE), reforçar potenciais respostas coordenadas e reduzir, tanto quanto possível, o impacto de uma crise na saúde, na sociedade e na economia.

A UE está atualmente a executar o terceiro Programa de ação da União no domínio da saúde, o qual vigorará até 2020 e cujo regulamento ([Regulamento \(UE\) n.º 282/2014](#)) estabelece como prioridades «manter as pessoas saudáveis e ativas durante mais tempo e de as capacitar para assumirem um papel ativo na gestão da sua saúde». Refere ainda que «as ações destinadas a reduzir as desigualdades na saúde são importantes para alcançar o «crescimento inclusivo».

- **Enquadramento internacional**

Países europeus

A legislação comparada é apresentada para os seguintes países da Europa: Espanha, França e Reino Unido.

ESPAÑA

O sistema nacional de saúde pública engloba todas as prestações de serviços médicos e sanitários e é da responsabilidade dos poderes públicos.

Estes serviços são regulados pela [Ley n.º 33/2011, de 4 de octubre](#)¹⁵ e, segundo o seu preâmbulo, tem como objetivo dar resposta às necessidades de saúde da população bem como dar resposta a eventuais períodos de crise e calamidade. Este diploma, com decorrência constitucional no [artigo 43.º](#), pretende alcançar e manter o melhor nível possível de saúde da população por forma a garantir o seu bem-estar.

Embora muitas das ações de prevenção e de cuidados de saúde da população estejam na esfera da competência das comunidades autónomas e dos municípios¹⁶, existem muitas outras que são tratadas a nível nacional por forma a garantir a sua eficiência, eficácia e sustentabilidade, estando o Governo central apenas responsável por prestar estes serviços diretamente na cidade de Ceuta e de Melilla.

É assim esta [Ley General de Salud Pública](#), que responde às necessidades de coordenação e cooperação entre as diversas entidades das Administrações públicas das diversas regiões espanholas, em matéria de saúde pública.

O artigo 1.º define qual objetivo do diploma bem como o conceito legal de saúde pública, continuando, o artigo 2.º, com a definição do seu âmbito de aplicação.

Para assegurar a compatibilidade e interoperabilidade dos sistemas públicos de informação em matéria de saúde pública, existe um sistema de informação sanitária, agregado ao serviço nacional de saúde espanhol, previsto no capítulo V da [Ley 16/2003, de 28 de mayo](#), onde são elencadas quais as informações que devem ser recolhidas, bem como a forma como estes dados devem ser tratados e acedidos.

¹⁵ Diploma apresentado de forma consolidada retirado da base de dados www.boe.es.

¹⁶ De acordo com os artigos 41.º e 42.º da [Ley n.º 14/1986, de 25 de abril](#) (*Ley General de Sanidad*).

A organização sistemática da [Ley General de Salud Pública](#) começa com uma parte preliminar, onde estabelece o objeto e o âmbito do diploma, seguindo com os princípios gerais pelos quais se deve pautar a atuação das autoridades.

Seguidamente, são elencados os direitos e deveres dos cidadãos e as obrigações das diversas autoridades de saúde pública, quais as formas de atuação destas autoridades, bem como as bases para a vigilância e promoção da saúde. Nos artigos 52.º, e seguintes, vêm definidas as autoridades de saúde, as suas atribuições, infrações e sanções e respetivo procedimento sancionatório.

FRANÇA

É o [Code de la santé publique](#) (Código da Saúde Pública) que regula as matérias relacionadas com a saúde pública. Neste código, estão presentes os princípios gerais da saúde pública, como por exemplo, a forma como devem ser protegidos os doentes ou o dever de informação sobre o estado de saúde da pessoa, bem como das terapêuticas disponíveis.

O código abrange muitas áreas relacionadas com a saúde pública, definindo princípios gerais em áreas diversas, como por exemplo, ensaios clínicos em seres humanos, fatores de risco para a saúde e a informação destes à população, doação e uso de órgãos ou outras partes do corpo humano, segurança alimentar, vigilância ambiental, tóxico vigilância, interrupção voluntária da gravidez, entre muitos outros.

De salientar que se trata de um código muito extenso, abrangendo praticamente todas as áreas relacionadas com a saúde, incluindo a maioria das presentes na Proposta de Lei em apreço.

Em especial, nos artigos L1411 e seguintes, estão previstas as autoridades de saúde pública, a sua hierarquia e funções, bem como as bases gerais da política de saúde pública no país.

Em abril de 2016 foi criada a [Santé Publique France](#) como [agência nacional para a saúde pública](#), fundindo o *Institut de Veille Sanitaire (InVS)*¹⁷, o *Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES)*¹⁸ e o *Établissement de Préparation et de Réponse aux Urgences Sanitaires (EPRUS)*¹⁹, funcionando como uma rede de cooperação entre todos os parceiros da área da saúde, bem como os seus profissionais, por forma a responder da melhor forma possível a problemas de saúde pública que possam surgir.

REINO UNIDO²⁰

O Serviço Nacional de Saúde britânico, criado em 1948, assenta nos [princípios](#) da adequação (baseado nas necessidades individuais), gratuidade para o utilizador e necessidade (o serviço é prestado em função da necessidade do utente e não da sua capacidade para pagar).

¹⁷ Em tradução livre corresponderá ao instituto francês para a vigilância da saúde pública.

¹⁸ Em tradução livre corresponderá ao instituto francês para o desenvolvimento e investigação científica na área da saúde.

¹⁹ Em tradução livre corresponderá a um organismo de resposta em situações de emergência de saúde pública.

²⁰ Análise comparativa confinada a Inglaterra.

O [National Health Service Act 2006](#), é o diploma que prevê a forma como os serviços de saúde estão estruturados em Inglaterra, tendo este sofrido uma grande alteração (com renumeração) em 2012, através do [Health and Social Care Act 2012](#)²¹.

No primeiro diploma, com as alterações introduzidas pelo segundo, estão elencadas as bases de funcionamento dos serviços de saúde, bem como os organismos responsáveis pelo seu exercício. É este diploma que provisiona várias matérias de saúde pública, tais como o controlo de substâncias biológicas ou com radiação, bem como estabelece as formas como as diversas autoridades públicas de saúde devem cooperar entre si.

Para uma melhor compreensão do serviço nacional de saúde inglês, existe um [portal da Internet](#), com vasta informação sobre o serviço.

IV. Iniciativas legislativas e petições pendentes sobre a mesma matéria

Efetuada consulta à base de dados da Atividade Parlamentar (AP), não se identificou, neste momento, qualquer iniciativa legislativa pendente sobre esta matéria em concreto, nem qualquer petição pendente sobre matéria idêntica.

V. Consultas e contributos

O Presidente da Assembleia da República promoveu, a 12 de janeiro de 2017, a audição dos órgãos de governo próprios das regiões autónomas, nos termos do artigo 142.º do Regimento da Assembleia da República, e para os efeitos do n.º 2 do artigo 229.º da Constituição. Caso sejam enviados, os respetivos pareceres serão disponibilizados na [página eletrónica da presente iniciativa](#).

A Comissão de Saúde deverá solicitar parecer à Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPD) e, eventualmente, ouvir a Direção Geral da Saúde.

VI. Apreciação das consequências da aprovação e dos previsíveis encargos com a sua aplicação

Em face da informação disponível, não é possível quantificar os encargos resultantes da aprovação da presente iniciativa. No entanto, a mesma implicará custos decorrentes de disposições como o artigo 11.º (que prevê direito a suplementos remuneratórios, cujo montante pecuniário e condições de pagamento serão fixados por portaria dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças, da Administração Pública e da saúde) ou os artigos 16.º a 19.º (que cria o Conselho Nacional de Saúde Pública).

²¹ Esta alteração legislativa pode ser consultada em detalhe [aqui](#).