

Universidade de Lisboa

Faculdade de Direito



FACULDADE DE DIREITO
UNIVERSIDADE DE LISBOA

João Afonso Félix Tomé Lóia de Almeida

Nº58101

Sistema de Saúde em Portugal - Qual a fórmula perfeita?

Mestrado em Direito e Prática Jurídica

Especialidade de Direito Administrativo e Administração Pública

Lisboa

2024

João Afonso Félix Tomé Lóia de Almeida

Sistema de Saúde em Portugal - Qual a fórmula perfeita?

Dissertação de Mestrado em
Direito e Prática Jurídica,
com especialização em Direito
Administrativo e Administração Pública, apresentada à
Faculdade de Direito da
Universidade de Lisboa.
Orientadora: Professora Doutora
Alexandra Leitão.

Lisboa

2024

*“O destino destina,
Mas o resto é comigo.”*

Miguel Torga

Dedicatória

“Quando penso que cheguei ao meu limite, descubro que tenho forças para ir além.”

Ayrton Senna

Aos meus pais, que acreditam sempre em mim, e apoiam as minhas decisões.

À Carlota, que não me diz aquilo que eu quero ouvir, e me incentiva a fazer mais e melhor.

À minha avó Isabel, que sempre será a força do meu progresso e a luz que ilumina o meu caminho.

Aos meus amigos, por me apoiarem, e compreenderem a minha ausência nos convívios.

Agradecimentos

O meu obrigado, a quem sempre me incentivou a seguir em frente, e a acreditar que é possível, mesmo nos momentos mais difíceis. Vale a pena continuar a sonhar.

O meu obrigado, à Professora Alexandra Leitão, pela disponibilidade e atenção que sempre demonstrou, durante todo o meu percurso neste ciclo de estudos, tanto na parte letiva, durante a lecionação da disciplina de Políticas Públicas, como ao longo da dissertação. Obrigado, Professora.

Resumo

O presente trabalho de investigação e criação, apresenta uma proposta de mudança para o atual sistema de saúde em Portugal.

Tendo por base o modelo de sistema de saúde alemão, o que se propõe, é a criação de um seguro de saúde público e obrigatório, que financie os custos da prestação de cuidados de saúde em Portugal, cuidados esses, que serão exclusivamente prestados pelos privados. Pretende-se com este modelo, dar uma resposta eficiente e efetiva, às necessidades que a população enfrenta atualmente.

Com esta proposta, são tidos em conta os principais impactos que a mesma pode ter, tanto do ponto de vista financeiro, como do alcance e objetivo da política pública.

Palavras-Chave: Saúde; Sistema de Saúde; Gestão; Privatização; Financiamento; Direitos Fundamentais.

Abstract

This research and creation work presents a proposal for change to the current healthcare system in Portugal.

Based on the German health system model, what is proposed is the creation of public and mandatory health insurance, which finances the costs of providing health care in Portugal, which will be exclusively provided by private individuals. The aim of this model is to provide an efficient and effective response to the needs that the population currently faces.

With this proposal, the main impacts it may have been considered, both from a financial point of view and from the scope and objective of public policy.

Keywords: Health; Health system; Management; Privatization; Financing; Fundamental rights.

Abreviaturas

SNS – Serviço Nacional de Saúde

PPP – Parcerias Público-Privadas

CRI – Centros de Responsabilidade Integrados

SLS – Sistemas Locais de Saúde

PDS – Plataforma de Dados da Saúde

CIC – Comissão para Informatização Clínica

SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE

SIGIC – Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia

EPE – Entidade Pública Empresarial

EPERAM – Entidade Pública Empresarial Região Autónoma da Madeira

SESARAM – Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira

RAM – Região Autónoma da Madeira

CRP – Constituição da República Portuguesa

RAA – Região Autónoma dos Açores

SRS – Serviço Regional de Saúde

USI – Unidades de Saúde de Ilha

COA – Centro de Oncologia dos Açores

CRS – Conselho Regional de Saúde

IReS – Inspeção Regional de Saúde dos Açores

Saudaçor – Sociedade Gestora de Recursos e Equipamentos da Saúde dos Açores S.A.

SAMS – Serviços de Assistência Médico-Social do Sindicato dos Bancários

TMRG – Tempo Máximo de Resposta Garantida

ULS – Unidades Locais de Saúde

ADSE – Instituto de Proteção e Assistência na Doença

INE – Instituto Nacional de Estatística

TdC – Tribunal de Contas

UTAP – Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos

VfM – Value For Money

CPC – Custo Público Comparável

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

TSU – Taxa Social Única

IRS – Imposto sobre o Rendimento das Pessoas Singulares

OE – Orçamento do Estado

U.E – União Europeia

CEE – Comunidade Económica Europeia

TFUE – Tratado de Funcionamento da União Europeia

CT – Código do Trabalho

LGTFP – Lei Geral de Trabalho em Funções Públicas

CTT – Correios e Telecomunicações de Portugal

ANACOM – Autoridade Nacional de Comunicações

TCANorte – Tribunal Central Administrativo Norte

SIADAP – Sistema Integrado de Gestão e Avaliação do Desempenho da Administração Pública

S.A. – Sociedade Anónima

PT – Portugal Telecom

UCP – Universidade Católica Portuguesa

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

SVS – Seguro Voluntário de Saúde

Índice

Introdução.....	12
Cuidados de saúde	13
Impacto social e financeiro	13
Sistema de saúde português:.....	15
Evolução histórica do sistema de saúde português	16
O Sistema Nacional de Saúde - 1979 à atualidade	20
Década de 80	21
Década de 90	24
Década de 2000	30
Década de 2010	34
De 2020 aos dias de hoje.....	37
O SNS nas Regiões Autónomas: o caso Madeirense e Açoriano	37
Serviço Regional de Saúde da Região Autónoma da Madeira:.....	38
Sistema Regional de Saúde da Região Autónoma dos Açores:.....	40
Serviço e Seguro Nacional de Saúde – divergências e convergências	44
Dívida Total, Vencida e Pagamentos em Atraso.....	50
SNS e Privado na prestação dos cuidados de saúde:	51
Financiamento do atual SNS.....	57
O papel das Parcerias Público-Privadas (PPP) na saúde em Portugal:.....	61
O novo Seguro Nacional de Saúde	66
A proposta:	68
Financiamento do novo SNS	70
Enquadramento Legal: Constituição da República Portuguesa, Direito da União Europeia, e Contratação Pública.....	75
1. Quanto à Constituição:	75
2. Quanto ao Direito da União Europeia	80

3. Quanto à Contratação Pública	83
Modo de utilização pelos beneficiários.....	85
Enquadramento legal da carreira profissional dos profissionais de saúde – funcionários públicos ao abrigo da Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas, e transição para o regime laboral privado	86
Ensino superior nas áreas da saúde (medicina, enfermagem e auxiliares de saúde) e o novo SNS	91
Influência do novo SNS na descentralização e no acesso à saúde da população do interior.....	93
Conclusão	100
Bibliografia.....	101
Bibliografia legislativa	110

Introdução

A saúde é a base do ser humano, sem ela torna-se difícil concretizar sonhos, realizar objetivos, assegurar o exercício pleno do direito à felicidade a que vários autores se referem. Como tal, o presente trabalho de investigação e de proposta de mudança, vai ao encontro desse objetivo, de criar o melhor acesso à saúde possível.

O sistema de saúde português, na forma como foi pensado por António Arnaut, é um sistema solidário e humanista, e de facto foi um excelente sistema de saúde, principalmente após décadas de precariedade no acesso à saúde. Num país em que se morria cedo, em que a percentagem de mortalidade infantil era grande, em que o plano de vacinação era quase inexistente, o Serviço Nacional de Saúde, tem sido um dos grandes pilares sociais, a par da educação, que efetivamente permitiu um grande desenvolvimento social, equilibrando as desigualdades entre os cidadãos.

Contudo, Portugal não é o mesmo país de há 50 anos, por altura da Revolução dos Cravos. Hoje, existe um país globalizado, que se insere numa união de países, onde existem políticas e objetivos comuns, e em que a pluralidade cultural é grande. Hoje, temos um sistema de saúde que não acompanhou as necessidades e dinâmicas sociais, nem exigências salariais dos seus profissionais.

O atual sistema de saúde, dá uma precária resposta aos seus beneficiários, em que se espera e desespera por uma consulta de especialidade, em que há urgências fechadas, por falta ou descontentamento dos profissionais, um sistema que não gratifica, nem reconhece os profissionais, que diariamente prestam o seu trabalho. Este, é um sistema que está obsoleto, que não serve quem dele beneficia, nem quem o faz funcionar.

A proposta de reforma que o presente trabalho dá a conhecer, tem como objetivo dinamizar a saúde enquanto direito fundamental, e enquanto setor económico, possibilitando aos seus beneficiários, e seus profissionais, uma atual e efetiva resposta às reivindicações e necessidades. O que se pretende, é ter um acesso à saúde efetivo, com tempos de resposta reduzidos, com pluralidade de serviços, e com profissionais satisfeitos no desempenho de funções.

Provavelmente, haverá quem considere a proposta arrojada e até arriscada, mas permitindo a liberdade académica, um pensamento criativo e inovador, esta é a proposta para a saúde no Portugal do futuro, resta apenas pôr em prática e ter coragem de reformar.

Cuidados de saúde

Segundo Pedro Pita Barros, cuidados de saúde de uma forma geral, são “*todos os bens e serviços de saúde que são usados pelos residentes*” de um determinado Estado, ou melhor dizendo, pelos beneficiários do sistema de saúde dessa circunscrição territorial.

Para o referido autor, nesta abrangência estão incluídas “*as consultas feitas nos hospitais e nos centros de saúde, os meios complementares de diagnóstico, como raios X, TAC e análises, os medicamentos, as intervenções cirúrgicas, as vacinas,*” entre outros elementos e dispositivos de saúde.¹

Impacto social e financeiro

Um ponto importante a referir, e de grande importância, é o financiamento dos cuidados de saúde, uma vez que como é referido por Pedro Pita Barros, se existe a “*utilização de cuidados de saúde e alguém ou alguma entidade que os disponibiliza, é necessário que alguém ou alguma entidade os pague*”, tendo de existir uma origem financeira por detrás da prestação de cuidados de saúde, senão estes não existiam, ou existindo, seriam precários e rudimentares, não estimulando os prestadores, nomeadamente, os profissionais de saúde, investigadores e as indústrias ligadas ao setor da saúde, a investigar, desenvolver, e promover saúde. O pagamento tem origem nos contribuintes, ou melhor dizendo, na tributação dos seus rendimentos², ou em alguns Estados, no pagamento de seguros de saúde.

O Serviço Nacional de Saúde, doravante SNS, financia-se no Orçamento do Estado, situação que deveria alterar-se. Para tal, gere unidades de saúde, adquire equipamentos, contrata profissionais, e adquire bens e serviços de saúde. Pita Barros, faz alusão ao facto do SNS ter “*receitas próprias*”, que advêm “*da venda de serviços a outras entidades, como seguradoras ou subsistemas de saúde, e da cobrança de taxas moderadoras*³ em algumas utilizações dos seus serviços.”⁴

¹ Pedro Pita Barros, *Pela Sua Saúde* (Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2013), 11.

² “*Quem procede à recolha dos fundos necessários para pagar a quem fornece cuidados de saúde tem de organizar a forma como o faz, tem de estabelecer o sistema de pagamento. O sistema de pagamento designa a forma como os hospitais, os centros de saúde, os laboratórios, as farmácias, etc., recebem a contrapartida do que prestam em cuidados de saúde à população.*” (Barros, 2013, p. 12)

³ «Decreto-Lei n.º 37/2022 de 27 de maio» Apesar de existir cada vez mais uma redução, com vista à eliminação das taxas moderadoras, esta é uma medida positiva e igualitária, uma vez que permite um acesso universal, geral e tendencialmente gratuito (à luz do artigo 64º/2/a) da CRP) dos cidadãos à saúde, porém, não com o modelo atual de financiamento que detemos atualmente.

⁴ Barros, *Pela Sua Saúde*, 13.

Como principais entidades prestadoras de cuidados de saúde, temos os hospitais, que prestam os chamados “*cuidados hospitalares*”. Depois, temos os centros de saúde, em que há uma aproximação aos utentes, na medida em que existe um médico de família, e onde são prestados os “*cuidados de saúde primários*”.⁵

Quanto aos cuidados de saúde primários, como refere Pita Barros, a partir de 2005 foram levadas a cabo alterações na sua organização, através da “*criação de novas entidades*”. São criadas “*as unidades de saúde familiar (USF)*”, de menor dimensão quando comparadas com os centros de saúde, tendo como objetivo aproximar o SNS aos cidadãos. Na mesma leva de reformas da organização dos cuidados de saúde primários, foram igualmente criados “*os ACES – agrupamentos de centros de saúde –*”, tal como as “*unidades de cuidados de saúde personalizados (UCSP)*”⁶. Na opinião de Pita Barros, “*a organização do sistema ganhou ainda mais complexidade com a criação de diversas unidades de gestão*”. É de atender, ao facto de todas estas transformações ao nível dos cuidados de saúde primários, e principalmente a redução das suas competências ao nível do atendimento local da “*doença aguda não urgente*”, nos casos de menor gravidade, levaram a um maior congestionamento dos cuidados hospitalares, nomeadamente dos hospitais de maior dimensão, que deveriam ter como principal foco os casos mais graves⁷.

Um último ponto, diz respeito ao papel do Estado na saúde, ou seja, se deve ser prestador, ou regulador. No fundo, há que analisar se o mercado e o setor privado são capazes de promover e prosseguir esta atribuição, visando o lucro, mas também o interesse público com a supervisão do Estado, sendo este o caminho. António Correia de Campos faz alusão à situação descrita, e levanta a questão, “*Não seria então melhor deixar que o sector privado se organizasse também como prestador de serviços sociais, reservando-se o Estado para uma efetiva e austera regulação?*”, e a este respeito, o autor refere que o acesso à saúde estava universalmente garantido, continuando a existir no serviço público “*responsabilidades de financiador*” em parte, como também em parte de comprador, ampliando o leque de garantias do cidadão, por existir uma “*libertação de*

⁵ Barros, 12.

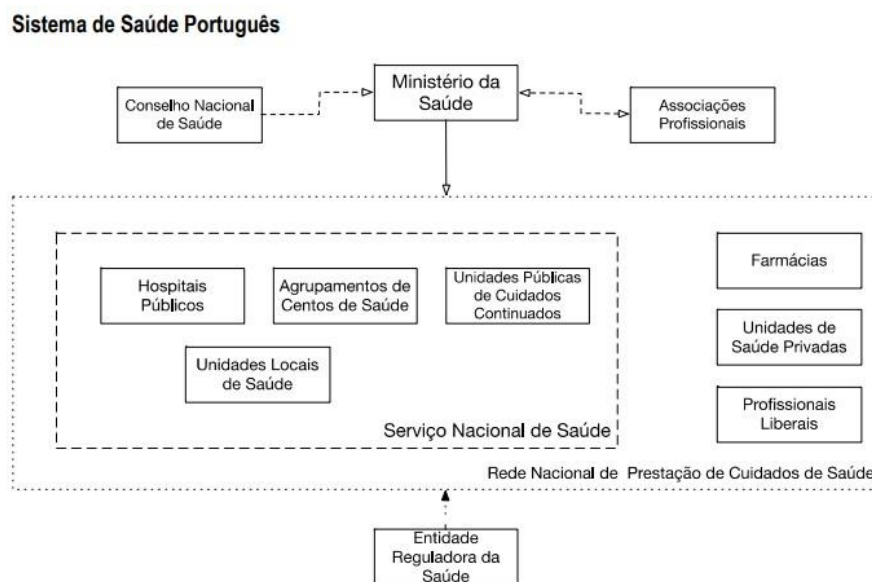
⁶ Barros, 12 e 13.

⁷ «Dissertação de Mestrado - Tratamento da doença aguda não urgente – Urgências ou Cuidados de Saúde Primários? Análise da aplicação do projeto “SNS + Proximidade” - Fábio Manuel da Silva Borges - 2018», 4.

meios públicos para uma eficaz regulação do mercado e maior garantia da qualidade dos serviços.”⁸

Sobre o acima descrito, António Correia de Campos faz alusão à argumentação contra a liberalização do setor da saúde, dizendo que nesta visão argumentativa perde-se “o controlo social implícito nos serviços de provisão pública” uma vez que este controlo deixa de existir “quando tais bens são prestados pelo mercado.”. O mesmo autor refere de seguida que “a experiência recente mostra justamente o contrário”, pois o tal controlo social dos serviços públicos é quase inexistente, uma vez que “os conselhos gerais dos hospitais pouco reúnem e pouco actuam, as comissões de utentes não indagam das eventuais queixas no sector público, os sistemas internos de supervisão, auditoria e controlo são ainda incipientes e quase sempre de actuação tardia.”⁹

Sistema de saúde português:

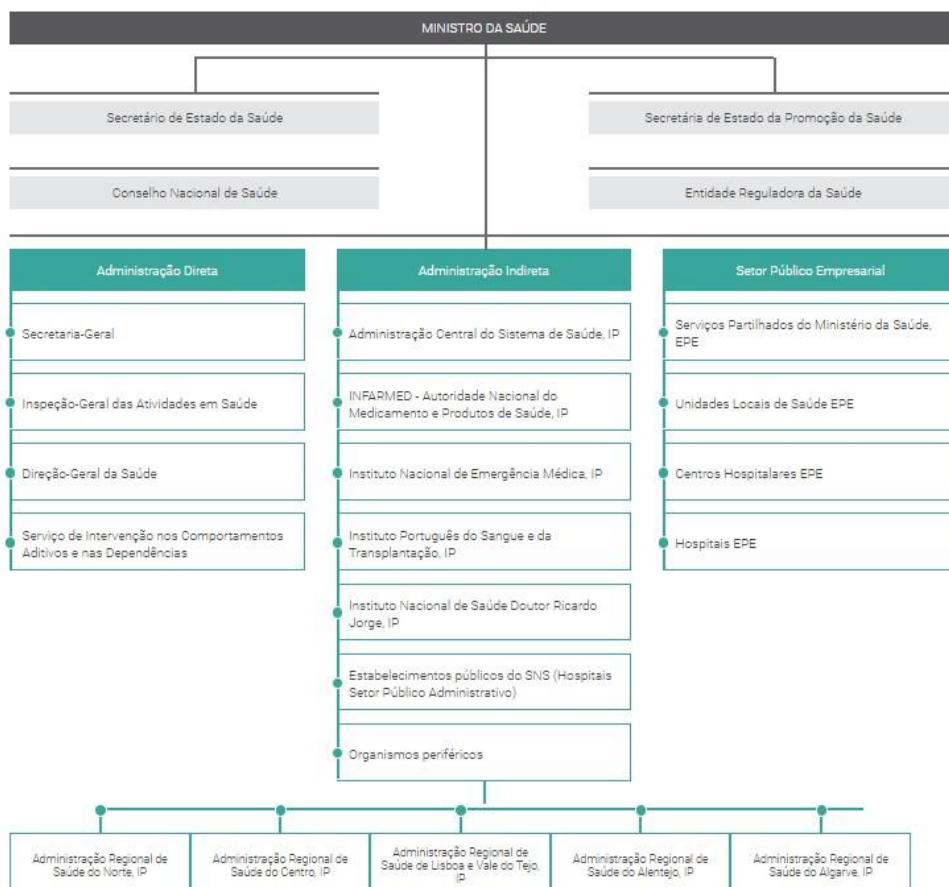


Fonte: OIT¹⁰

⁸ António Correia de Campos, *Administração Pública e Saúde - Ensaio de circunstância*, 1ª (Almedina, 2019), 149 e 150.

⁹ Campos, 150.

¹⁰ Alexandre Lourenço, «Sistema de saúde de português: Um caminho para a proteção o social universal da saúde em Portugal», 2018, 1.



Fonte: Portal

SNS¹¹

Evolução histórica do sistema de saúde português

1899 é a primeira data em que se faz referência à ideia de sistema de saúde em Portugal. Pelas mãos de Ricardo Jorge tem início “a organização dos serviços de saúde pública”, através do “Decreto de 28 de dezembro” e do “Regulamento Geral dos Serviços de Saúde e Beneficência Pública, de 24 de dezembro de 1901”, entrando em vigor em 1903. Na época, “a prestação de cuidados de saúde” pertencia aos privados, estando o Estado incumbido de assegurar o acesso aos mais necessitados¹².

Em 1945, com o Decreto-Lei n.º 35108, de 7 de novembro de 1945¹³, inicia-se a “reforma sanitária de Trigo de Negreiros¹⁴ (Subsecretário de Estado da Assistência e das

¹¹ «Entidades de Saúde», acessado 14 de dezembro de 2023, <https://www.sns.gov.pt/institucional/entidades-de-saude/>.

¹² «Serviço Nacional de Saúde», acessado 27 de setembro de 2023, <https://www.sns.gov.pt/sns/servico-nacional-de-saude/>.

¹³ «Decreto-Lei n.º 35108 | DR», acessado 14 de outubro de 2023, <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/35108-1945-466238>.

¹⁴ «negreiros_joaquim_trigo_de.pdf», acessado 28 de setembro de 2023, https://app.parlamento.pt/PublicacoesOnLine/OsProcuradoresdaCamaraCorporativa%5Chtml/pdf/n/negreiros_joaquim_trigo_de.pdf.

Corporações do Ministério do Interior)”. Com o referido diploma legal tem-se em conta “*a debilidade da situação sanitária no país e a necessidade de uma resposta do Estado*”. Neste sentido, “*são criados institutos dedicados a problemas de saúde pública específicos, como a tuberculose e a saúde materna*”¹⁵.

No ano seguinte, em 1946, através da Lei n.º 2011, de 2 de abril de 1946¹⁶, é instituída a forma de “*organização dos serviços prestadores de cuidados de saúde*” que existiam à época, sendo criadas “*as bases para uma rede hospitalar*”. Tem início “*um programa de construção de hospitais que serão entregues às Misericórdias*”.¹⁷

Em 1958, é criado o Ministério da Saúde e da Assistência através do Decreto-Lei n.º 41825, de 13 de agosto¹⁸. Desta forma, “*a tutela dos serviços de saúde pública e os serviços de assistência pública deixam assim de pertencer ao Ministério do Interior*”¹⁹.

De seguida, em 1963, com a Lei n.º 2120, de 19 de julho de 1963²⁰, são promulgadas “*as bases da política de saúde e assistência*”. Assim é atribuído ao Estado, “*entre outras competências, a organização e manutenção dos serviços que, pelo superior interesse nacional de que se revistam ou pela sua complexidade, não possam ser entregues à iniciativa privada*”. Neste sentido, caberia igualmente ao Estado, estimular a iniciativa privada, através da “*criação de instituições particulares que se integrem nos princípios legais e ofereçam as condições morais, financeiras e técnicas mínimas para a prossecução dos seus fins, exercendo ação meramente supletiva em relação às iniciativas e instituições particulares*”²¹. No fundo, havia aqui um papel importante dos privados na saúde em Portugal, situação que é de elogiar, uma vez que o Estado deve promover a iniciativa privada em todas as suas atribuições, por exemplo, nos transportes públicos, na habitação, e também na saúde, acautelando o interesse público do ponto de vista do financiamento da prestação dos serviços, bem como, da regulação do mercado.

¹⁵ «Serviço Nacional de Saúde».

¹⁶ «Lei n.º 2011, de 2 de abril - 1946-04-02», acedido 28 de maio de 2024, <https://files.diariodarepublica.pt/1s/1946/04/07000/02010204.pdf>.

¹⁷ «Serviço Nacional de Saúde».

¹⁸ «Decreto-Lei n.º 41825 | DR», acedido 14 de outubro de 2023, <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/41825-352114>.

¹⁹ «Serviço Nacional de Saúde».

²⁰ Diário da República, «Lei n.º 2120», Diário da República, acedido 14 de outubro de 2023, <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/2120-1963-693016>.

²¹ «Serviço Nacional de Saúde».

Cinco anos depois, em 1968, com o Decreto-Lei n.º 48357, de 27 de abril de 1968²², e do Decreto-Lei n.º 48358, de 27 de abril de 1968²³, “os hospitais, a sua organização e as carreiras da saúde (médicos, enfermeiros, administração e farmácia) são objeto de uniformização e de regulação, sendo criados, respetivamente, o Estatuto Hospitalar e o Regulamento Geral dos Hospitais”²⁴.

Já após a morte de António de Oliveira Salazar²⁵ em 1970, no ano seguinte, em 1971, é promulgada a organização do Ministério da Saúde e Assistência, pelo Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de setembro²⁶, passando a ser garantido o direito à saúde, porém, a acessibilidade aos serviços – já “*estruturados e articulados em saúde e assistência social*” – é limitada, “*aos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis*”. Passa a existir maior relevância relativamente à “*promoção da saúde e à prevenção da doença*”. “*Os “centros de saúde de primeira geração” não englobam os serviços médico-sociais das Caixas de Previdência*”²⁷.

Igualmente a 27 de setembro de 1971, “*é publicado o Decreto-lei n.º 414/71, de 27 de setembro*”²⁸, que vem regularizar “*a estruturação progressiva e o funcionamento regular de carreiras profissionais para os diversos grupos diferenciados de funcionários que prestam serviço no Ministério da Saúde e Assistência: carreiras médica de saúde pública, médica hospitalar, farmacêutica, administração hospitalar, de técnicos superiores de laboratório, de ensino de enfermagem, de enfermagem de saúde pública, de enfermagem hospitalar, de técnicos terapeutas, de técnicos de serviço social, de técnicos auxiliares de laboratório e de técnicos auxiliares sanitários*”. Veio promover a “*organização do trabalho, e efetivar, em articulação com outros passos, uma política de saúde e assistência social*”²⁹.

²² «Decreto-Lei n.º 48357 | DR», acessido 14 de outubro de 2023, <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/48357-274639>.

²³ «Decreto n.º 48358 | DR», acessido 14 de outubro de 2023, <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto/48358-1968-274640>.

²⁴ «Serviço Nacional de Saúde».

²⁵ «António de Oliveira Salazar (Portugal)», Portal da Defesa na Internet, acessido 14 de outubro de 2023, <https://www.defesa.gov.pt/pt/defesa/organizacao/comissoes/cphm/rphm/edicoes/ano1/n12021/bios/lidpolitica/aos/Paginas/default.aspx>.

²⁶ «Decreto-Lei n.º 413/71 | DR», acessido 14 de outubro de 2023, <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/413-1971-632738>.

²⁷ «Serviço Nacional de Saúde».

²⁸ «Decreto-Lei n.º 414/71 | DR», acessido 14 de outubro de 2023, <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/414-1971-632740>.

²⁹ «Serviço Nacional de Saúde».

O Ministério da Saúde surge em 1973, autonomizando-se da Assistência, nos termos do Decreto-Lei n.º 584/73, de 6 de novembro^{30,31}.

Após a mudança de regime, com a Revolução dos Cravos a 25 abril de 1974³², o Decreto-Lei n.º 704/74, de 7 de dezembro³³, veio estabelecer que “*os Hospitais das Misericórdias passam a ser geridos por comissões que são nomeadas e respondem perante o Secretário de Estado*”. Assim, o Estado passou a dispor, “*de uma rede de equipamentos que lhe permite administrar a saúde a nível nacional e que se rege pelas regras definidas no Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de setembro*”^{34,35}.

No ano de 1976, é aprovada a atual Constituição da República Portuguesa, na sua versão originária, “*cujo artigo 64.º dita que todos os cidadãos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover*”³⁶. A concretização deste direito, é efetuada com a “*criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito*”. De modo a salvaguardar “*o direito à proteção da saúde*”, cumpre principalmente “*ao Estado garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação, bem como uma racional e eficiente cobertura médica e hospitalar de todo o país*”³⁷.

Nos termos do Decreto-Lei n.º 580/76, de 21 de julho³⁸, foi definida “*a obrigatoriedade de prestação de um ano de serviço na periferia para os recém-licenciados em medicina que querem ingressar na carreira médica, no seguimento da experiência bem-sucedida de 1975*”³⁹.⁴⁰

³⁰ «Decreto-Lei n.º 584/73 | DR», acedido 15 de outubro de 2023, <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/584-1973-358116>.

³¹ «Serviço Nacional de Saúde».

³² «O 25 de Abril», 50 Anos 25 Abril, acedido 15 de outubro de 2023, <https://www.50anos25abril.pt/o-25-de-abril>.

³³ «Decreto-Lei n.º 704/74 | DR», acedido 15 de outubro de 2023, <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/704-1974-486300>.

³⁴ «Decreto-Lei n.º 413/71 | DR», acedido 15 de outubro de 2023, <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/413-1971-632738>.

³⁵ «Serviço Nacional de Saúde».

³⁶ Diário da República, «Constituição da República Portuguesa - CRP», Diário da República, acedido 15 de outubro de 2023, <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-aprovacao-constituicao/1976-34520775>.

³⁷ «Serviço Nacional de Saúde».

³⁸ «Decreto-Lei n.º 580/76 | DR», acedido 15 de outubro de 2023, <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/580-1976-430577>.

³⁹ «Serviço Nacional de Saúde».

⁴⁰ Sendo uma medida, que promoveu a descentralização e potenciou o interior do país e as suas populações, assim como permitiu aos médicos recém-formados, ter contacto com realidades diferentes das existentes nas grandes cidades. Nos termos do artigo 1º do Despacho Normativo n.º 386/79, de 31 de dezembro

O ano de 1978, é o ano que antecede a criação do SNS, sendo neste ano que o “*Despacho ministerial publicado em Diário da República, 2.ª série, de 29 de julho de 1978*”⁴¹, mais conhecido como o “*Despacho Arnaut*”⁴², abriu “o acesso aos Serviços Médico-Sociais a todos os cidadãos, independentemente da sua capacidade contributiva”, sendo assim garantida, “*pela primeira vez, a universalidade, generalidade e gratuidade dos cuidados de saúde e a comparticipação medicamentosa*”.⁴³

O Sistema Nacional de Saúde - 1979 à atualidade

Em 1979, é criado o Serviço Nacional de Saúde através da Lei n.º 56/79, de 15 de setembro⁴⁴, tendo sido criado “*no âmbito do Ministério dos Assuntos Sociais, enquanto instrumento do Estado para assegurar o direito à proteção da saúde, nos termos da Constituição*”. Desta forma, o acesso aos cuidados de saúde “*é garantido a todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica e social, bem como aos estrangeiros, em regime de reciprocidade, apátridas e refugiados políticos*”⁴⁵.

Neste sentido, ficou estipulado que o “*SNS envolve todos os cuidados integrados de saúde, compreendendo a promoção e vigilância da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico e tratamento dos doentes e a reabilitação médica e social*”. É definida a

«Despacho Normativo n.º 386/79 | DR», acedido 15 de outubro de 2023, <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho-normativo/386-1979-231327>., “*o exercício de um ano de serviço médico na periferia, adiante também designado por serviço na periferia ou SMP, tem por objectivos não só contribuir para uma melhor cobertura médico-sanitária do território nacional, particularmente das zonas mais afastadas dos grandes centros populacionais, mas também para uma mais completa formação dos médicos no que concerne à medicina extra-hospitalar, nomeadamente na área dos cuidados primários de saúde*”. Seria importante, voltar a ter uma medida semelhante, com apoios do ponto de vista familiar e de alojamento destes profissionais, tal como nos termos dos artigos 4º e 5º do Decreto-Lei n.º 248/80, de 24 de julho «Decreto-Lei n.º 248/80 | DR», acedido 15 de outubro de 2023, <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/248-1980-472498>.. Isto, no modelo atual de SNS, em que o Estado é o agente económico principal. O serviço médico na periferia ou SMP, foi extinto pelo Decreto-Lei n.º 139/83, de 28 de março (Diário da República, «Decreto-Lei n.º 139/83», Diário da República, acedido 15 de outubro de 2023, <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/139-1983-312616>.) com a regulação das carreiras médicas no ano anterior, através do Decreto-Lei n.º 310/82, de 3 de agosto «Decreto-Lei n.º 310/82 | DR», acedido 21 de outubro de 2023, <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/310-1982-397295>.

⁴¹ Por Sns Arnaut, «Despacho “Arnaud”», *SNS - Arnaut* (blog), 29 de julho de 1978, <https://sns-arnaut.pt/sns/despacho-arnaut/>.

⁴² «António Arnaut | 1936 – 2018», acedido 15 de outubro de 2023, <https://www.sns.gov.pt/noticias/2018/05/21/antonio-arnaut-1936-2018/>.

⁴³ «Serviço Nacional de Saúde».

⁴⁴ «Serviço Nacional de Saúde | DR», acedido 21 de outubro de 2023, <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/1979-75079849>.

⁴⁵ «Serviço Nacional de Saúde».

gratuidade do acesso, contudo, é possível criar “*taxas moderadoras, a fim de racionalizar a utilização das prestações*”.⁴⁶

A Lei n.º 56/79, de 15 de setembro, institui “*autonomia administrativa e financeira*” para o SNS, sendo que este “*estrutura-se numa organização descentralizada e desconcentrada, compreendendo órgãos centrais, regionais e locais e dispondo de serviços prestadores de cuidados de saúde primários (centros comunitários de saúde) e de serviços prestadores de cuidados diferenciados (hospitais gerais, hospitais especializados e outras instituições especializadas)*”.⁴⁷

Década de 80

Em 1981, o Decreto-Lei n.º 305/81, de 12 de novembro⁴⁸ aprova a carreira de enfermagem, tendo como finalidade dar resposta a injustiças “*criadas ou agravadas pelo Decreto n.º 534/76, de 8 de julho*”⁴⁹, que aprovara o quadro do pessoal de enfermagem do Ministério dos Assuntos Sociais, bem como aos progressos técnicos e científicos, *entretanto verificados e à realidade do país*”.⁵⁰

No ano de 1982, é concedida autonomia administrativa e financeira ao SNS através do Decreto-Lei n.º 357/82, de 6 de setembro⁵¹. Esta autonomia administrativa e financeira, tem o propósito de promover e facilitar “*a gestão dos recursos financeiros afetos ao setor da saúde*”, que “*exige coordenação e distribuição adequada e, simultaneamente, agilidade nos processos de atuação*”, uma vez que o SNS é visto como o “*suporte de todas as atividades do setor*”. “*O Departamento de Gestão Financeira dos Serviços de Saúde fica incumbido de gerir as verbas que lhe são globalmente atribuídas*”. São criadas “*as administrações regionais de cuidados de saúde (ARS), que sucedem às administrações distritais dos serviços de saúde*”, pelo Decreto-Lei n.º 254/82, de 29 de junho^{52, 53}.

⁴⁶ «Serviço Nacional de Saúde».

⁴⁷ «Serviço Nacional de Saúde».

⁴⁸ «Decreto-Lei n.º 305/81 | DR», acedido 21 de outubro de 2023, <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/305-1981-568308>.

⁴⁹ «Decreto n.º 534/76 | DR», acedido 21 de outubro de 2023, <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto/534-1976-431440>.

⁵⁰ «Serviço Nacional de Saúde».

⁵¹ «Decreto-Lei n.º 357/82 | DR», acedido 22 de outubro de 2023, <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/357-374251>.

⁵² «Decreto-Lei n.º 254/82 | DR», acedido 29 de outubro de 2023, <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/254-395514>.

⁵³ «Serviço Nacional de Saúde».

Ainda no ano de 1982, “a carreira médica de Clínica Geral surge por via do Decreto-Lei n.º 310/82, de 3 de agosto⁵⁴, que regula as carreiras médicas (de saúde pública, clínica geral e médica hospitalar)”. Assim, o “médico de clínica geral é entendido como o profissional habilitado para prestar cuidados primários a indivíduos, famílias e populações definidas, exercendo a sua intervenção em termos de generalidade e continuidade dos cuidados, de personalização das relações com os assistidos e de informação sócio-médica”.⁵⁵

Em 1983, é criado o Ministério da Saúde pelo “Decreto-Lei n.º 344-A/83, de 25 de julho⁵⁶, que aprova a Lei Orgânica do IX Governo Constitucional”. Esta autonomização da saúde, deve-se à “importância do setor”, pelo volume dos serviços, pelas infraestruturas que integra e pela importância que os cidadãos lhe reconhecem⁵⁷.⁵⁸

Igualmente em 1983, são regulados os Centros de saúde pelo Despacho Normativo n.º 97/83, de 22 de abril⁵⁹, sendo considerados os “centros de saúde de segunda geração”. “Os centros de saúde surgem como unidades integradas de saúde, tendo em conta os princípios informadores da regionalização e as carreiras dos profissionais de saúde”.⁶⁰

Em 1984, é criada a “Direção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários, através do Decreto-Lei n.º 74-C/84, de 2 de março”, deixando de existir assim os “serviços médico-sociais da Previdência”, ampliando-se o SNS. “Torna-se o órgão central com funções de orientação técnico-normativa, de direção e de avaliação da atividade desenvolvida pelos órgãos e serviços regionais, distritais e locais que intervêm na área dos cuidados de saúde primários. O clínico geral adquire o estatuto de médico de família”.⁶¹

No ano de 1986, são regulamentadas “as condições de exercício do direito de acesso ao Serviço Nacional de Saúde, pelo Decreto-Lei n.º 57/86, de 20 de março. Este

⁵⁴ «Decreto-Lei n.º 310/82 | DR».

⁵⁵ «Serviço Nacional de Saúde».

⁵⁶ «Decreto-Lei n.º 344-A/83 | DR», acedido 29 de outubro de 2023, <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/344-a-1983-408485>.

⁵⁷ “No que concerne ao novo Ministério da Saúde, foram a importância mesma do sector, o volume dos serviços e a importância das infra-estruturas que integra, e não menos a importância que o comum dos cidadãos lhe reconhece, que ditaram um gesto de autonomia e promoção. A saúde é, depois da vida, o bem supremo.” - Decreto-Lei n.º 344-A/83, de 25 de julho

⁵⁸ «Serviço Nacional de Saúde».

⁵⁹ «Despacho Normativo n.º 97/83 | DR», acedido 29 de outubro de 2023, <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho-normativo/97-1983-311838>.

⁶⁰ «Serviço Nacional de Saúde».

⁶¹ «Serviço Nacional de Saúde».

diploma visou “estabelecer uma correta e racional repartição dos encargos do Serviço Nacional de Saúde, quer pelos chamados subsistemas de saúde, quer ainda por todas as entidades, de qualquer natureza, que, por força da lei ou de contrato, sejam responsáveis pelo pagamento da assistência a determinados cidadãos”. Salvuaguarda ainda que, porque os estabelecimentos oficiais não têm como objetivo a obtenção de qualquer lucro, os preços a cobrar deverão aproximar-se, tanto quanto possível, dos custos reais. São previstas as chamadas taxas moderadoras, que se destinam “a moderar a procura de cuidados de saúde, evitando assim a sua utilização para além do razoável”⁶².

Em 1988, é aprovado o Decreto-Lei n.º 19/88, de 21 de janeiro⁶³, que “aprova a lei de gestão hospitalar, traduzindo as preocupações decorrentes do aumento do peso das despesas de saúde no orçamento do Estado.”. Nesta altura, surgiu “a necessidade da introdução de princípios de natureza empresarial, no quadro da integração da atividade hospitalar na economia do País.”. Tal como “a qualidade é o princípio maior da gestão hospitalar;” também “a rentabilidade dos serviços” é “um valor de peso na administração.”. Assim, foram criados “planos anuais e plurianuais para os hospitais e a criação de centros de responsabilidade como níveis intermédios da administração.”. Neste sentido, através do Decreto Regulamentar n.º 3/88, de 22 de janeiro⁶⁴, foram introduzidas “alterações substanciais no domínio dos órgãos e do funcionamento global do hospital, bem como quanto à estrutura dos serviços.”. Desta forma, e seguindo a tendência europeia, foram “reforçadas as competências dos órgãos de gestão”, foram “abandonadas as direções de tipo colegial, os titulares dos órgãos de gestão passam a ser designados pela tutela, desenha-se o perfil de gestor para o exercício da função de chefe executivo, são introduzidos métodos de gestão empresarial e são reforçados e multiplicados os controlos de natureza tutelar”⁶⁵.

Com a 2.ª Revisão Constitucional em 1989, a alínea a) do n.º 2 do artigo 64.º é alterada, “estabelecendo que o direito à proteção da saúde é realizado através de um serviço nacional de saúde “universal e geral e, tendo em conta as condições económicas

⁶² Situação que ainda hoje se devia manter, especialmente para quem detém rendimentos consideráveis, ficando quem tem menores possibilidades, e doentes crónicos isentos do pagamento destas taxas.

⁶³ «Decreto-Lei n.º 19/88 | DR», acedido 29 de maio de 2024, <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/19-1988-506396>.

⁶⁴ Diário da República, «Decreto Regulamentar n.º 3/88», Diário da República, acedido 29 de maio de 2024, <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-regulamentar/3-1988-138480>.

⁶⁵ «Serviço Nacional de Saúde».

e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito””. É realçado o “*princípio de justiça social e de racionalização dos recursos*”.

Década de 90

A década de 1990, começa com a aprovação da Lei de Bases da Saúde, a Lei n.º 48/90, de 24 de agosto⁶⁶. “*Pela primeira vez, a proteção da saúde é perspetivada não só como um direito, mas também como uma responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados*”⁶⁷.

A ação “*do Estado e de outros entes públicos*”, promove e defende a saúde pública, sendo possibilitado às “*organizações da sociedade civil*” estar associadas àquela atividade. É definido que “*os cuidados de saúde são prestados por serviços e estabelecimentos do Estado ou, sob fiscalização deste, por outros entes públicos ou por entidades privadas, sem ou com fins lucrativos.*”. De forma a garantir o “*direito à proteção da saúde*”, existe uma ação direta por parte do Estado, bem como, existem parcerias “*com entidades privadas para a prestação de cuidados*”, existindo também o apoio e fiscalização Estatal à “*restante atividade privada na área da saúde.*”⁶⁸

Está previsto na Base XXXIV⁶⁹ “*que possam ser cobradas taxas moderadoras, com o objetivo de completar as medidas reguladoras do uso dos serviços de saúde.*”, constituindo estas taxas “*receita do Serviço Nacional de Saúde*”, estando “*isentos os grupos populacionais sujeitos a maiores riscos e os financeiramente mais desfavorecidos.*”. Neste sentido, pode-se verificar que nesta Lei de Bases da Saúde de 1990, a expressão constitucional presente na alínea a), do número 2, do artigo 64º, de um serviço nacional de saúde “*tendencialmente gratuito*” está aqui presente, equilibrando o acesso ao sistema de saúde, bem como, garantido a sustentabilidade do mesmo.⁷⁰

Também em 1990, é aprovado o regime das carreiras médicas, através do Decreto-Lei n.º 73/90, de 6 de março⁷¹. Este diploma legal, veio conceder aos médicos uma

⁶⁶ Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto», acedido 30 de março de 2024, https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1668&tabela=leis.

⁶⁷ «Serviço Nacional de Saúde».

⁶⁸ «Serviço Nacional de Saúde».

⁶⁹ «Base XXXIV - Taxas moderadoras - Lei de Bases da Saúde - BDJUR», acedido 24 de fevereiro de 2024, http://bdjur.almedina.net/citem.php?field=item_id&value=2205241.

⁷⁰ «Serviço Nacional de Saúde».

⁷¹ Diário da República, «Decreto-Lei n.º 73/90», Diário da República, acedido 29 de março de 2024, <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/73-1990-332425>. Foi revogado e substituído pelo Decreto-Lei n.º 177/2009 Diário da República, «Decreto-Lei n.º 177/2009», Diário da República, acedido

carreira, tal como aconteceu com outros profissionais de saúde, tendo em conta a “sua preparação técnico-científica, especificidade e autonomia funcionais,” passando “a constituir um corpo especial de funcionários.” Neste sentido, relativamente aos “regimes de trabalho,” fixou-se “uma duração semanal de trabalho igual à da maioria dos funcionários,” e promoveu-se “a prática do regime de dedicação exclusiva, sem condicionamentos e com possível alargamento da duração semanal do trabalho.” Por último, é de referir que a “*formação médica pós-licenciatura e pré-carreira deixa de integrar o diploma das carreiras*”.⁷²

Em 1991, é a vez dos enfermeiros verem aprovado o regime legal da sua carreira, através do Decreto-Lei n.º 437/91, de 8 de novembro⁷³. Este diploma regulamentou “o exercício da profissão, garantindo a salvaguarda dos direitos e normas deontológicas específicos e a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade aos cidadãos”, bem como, clarificou “conceitos”, caracterizou “os cuidados de enfermagem”, especificou “a competência dos profissionais legalmente habilitados a prestá-los, e definiu “a responsabilidade, os direitos e os deveres dos mesmos.”⁷⁴

No ano de 1992, foi estabelecido “o regime de taxas moderadoras para o acesso aos serviços de urgência, às consultas e a meios complementares de diagnóstico e terapêutica em regime de ambulatório, bem como as suas isenções”, pelo Decreto-Lei n.º 54/92, de 11 de abril⁷⁵. O mesmo diploma legal vem afirmar “que as receitas arrecadadas com o pagamento parcial do custo dos atos médicos constituirão receita do Serviço Nacional de Saúde, contribuindo para o aumento da eficiência e qualidade dos serviços prestados a todos e, em especial, dos que são fornecidos gratuitamente aos mais desfavorecidos.”. Neste sentido, a lei assentou com base nos “princípios de justiça social que impõem que pessoas com maiores rendimentos e que não são doentes crónicos ou de risco paguem parte da prestação dos cuidados de saúde de que sejam beneficiários, para que outros, mais carenciados e desprotegidos, nada tenham de pagar”.⁷⁶

29 de março de 2024, <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/177-2009-493010>., atual regime da carreira especial médica, e dos respectivos requisitos de habilitação profissional.

⁷² «Serviço Nacional de Saúde».

⁷³ «Decreto-Lei n.º 437/91, de 8 de novembro», acedido 30 de março de 2024, <https://files.dre.pt/1s/1991/11/257a00/57235741.pdf>.

⁷⁴ «Serviço Nacional de Saúde».

⁷⁵ Diário da República, «Decreto-Lei n.º 54/92», Diário da República, acedido 30 de março de 2024, <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/54-199795>.

⁷⁶ «Serviço Nacional de Saúde».

No mesmo ano, foi possibilitado aos utentes do SNS, quando não fosse possível em território nacional, ter assistência médica no estrangeiro de situações extraordinárias, de alto nível de diferenciação. Esta possibilidade foi definida pelo Decreto-Lei n.º 177/92, de 13 de Agosto⁷⁷, estabelecendo-se “*o regime de prestação de assistência médica no estrangeiro aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde, reduzindo o seu âmbito de aplicação à assistência médica de grande especialização que, por falta de meios técnicos ou humanos, não possa ser prestada no País.*”. Deste âmbito, excluem-se “*as propostas de deslocação ao estrangeiro que provenham de instituições privadas*”.⁷⁸

Em 1993, foi “*publicado o novo estatuto do SNS através do Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro*”⁷⁹, onde se pretendeu “*superar a dicotomia – do ponto de vista médico e organizativo – entre cuidados primários e cuidados diferenciados*”. Tendo em conta a necessidade de uma boa gestão de recursos, foram criadas “*unidades integradas de cuidados de saúde, viabilizando a articulação entre grupos personalizados de centros de saúde e hospitais*”. Foram criadas regiões de saúde, as quais “*dirigidas por administrações com competências e atribuições reforçadas*”⁸⁰, tendo em conta as “*crescentes exigências das populações em termos de qualidade e de prontidão de resposta aos seus anseios e necessidades sanitárias*”, sendo essencial que “*a gestão dos recursos se faça tão próximo quanto possível dos seus destinatários*”. A “*gestão de recursos*”, tendo em conta uma maior “*flexibilidade*”, determina “*a adoção de mecanismos especiais de mobilidade e de contratação de pessoal, como o incentivo a métodos e práticas concorrenciais*”.⁸¹

⁷⁷ «Decreto-Lei n.º 177/92 | DR», acedido 30 de março de 2024, <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/177-283299>.

⁷⁸ «Serviço Nacional de Saúde».

⁷⁹ Diário da República, «Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro», Diário da República, acedido 30 de março de 2024, <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/1993-34544275>. Estatuto revogado pelo/a Artigo 105.º do/a Decreto-Lei n.º 52/2022 - Diário da República n.º 150/2022, Série I de 2022-08-04, em vigor a partir de 2022-08-05.

⁸⁰ O Decreto-Lei n.º 335/93, de 29 de setembro (Diário da República, «Decreto-Lei n.º 335/93», Diário da República, acedido 30 de março de 2024, <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/335-651705>), aprova o Regulamento das Administrações Regionais de Saúde.

⁸¹ «Serviço Nacional de Saúde».

Relativamente aos privados e à sua intervenção na saúde, “o licenciamento e fiscalização do exercício da atividade das unidades privadas de saúde”, foi regulado pelo Decreto-Lei n.º 13/93, de 15 de janeiro⁸², revogado posteriormente em 2009⁸³.⁸⁴

Em 1995, o Decreto-Lei n.º 198/95, de 29 de julho⁸⁵ vem criar “o cartão de identificação do utente do Serviço Nacional de Saúde.”.



- Antigo cartão de utente do SNS⁸⁶

No ano de 1998, o Decreto-Lei n.º 97/98, de 18 de abril⁸⁷, veio estabelecer “o regime de celebração das convenções a que se refere a base XLI da Lei n.º 48/90, de 24 de agosto – Lei de Bases da Saúde⁸⁸”, tendo este vigorado até 2013.⁸⁹

Também em 1998, procurando “identificar ganhos em saúde e aumentar a satisfação dos utilizadores e dos profissionais,” foi publicado o Decreto-Lei n.º 117/98, de 5 de maio⁹⁰, que definiu o “regime remuneratório experimental dos médicos da carreira de clínica geral”. Aqui, pretendeu-se “consolidar e expandir as reformas da organização da prestação dos cuidados, através do adequado e justo reconhecimento dos diferentes níveis, qualitativos e quantitativos, do desempenho dos profissionais de saúde.”. Neste âmbito, a remuneração “integra uma remuneração base e componentes

⁸² «Decreto-Lei n.º 13/93 | DR», acessido 30 de março de 2024, <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/13-1993-586007>.

⁸³ Diário da República, «Análise Jurídica - Decreto-Lei n.º 279/2009», Diário da República, acessido 30 de março de 2024, <https://diariodarepublica.pt/dr/analise-juridica/decreto-lei/279-2009-491395>.

⁸⁴ «Serviço Nacional de Saúde».

⁸⁵ «Decreto-Lei n.º 198/95 | DR», acessido 30 de março de 2024, <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/198-1995-484575>. – com a criação do cartão de cidadão (::: «::: Lei n.º 7/2007, de 05 de Fevereiro», acessido 30 de março de 2024, [⁸⁶ «Commo | Desporto e Vida Saudável | Como saber o número de utente do SNS?», 9 de janeiro de 2024, <https://commo.pt/desporto-e-vida-saudavel/como-saber/503-o-numero-de-utente-do-sns>.](https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?artigo_id=selected&nid=2807&tabela=leis&pagina=1&ficha=1&nversao=.), o cartão de identificação de utente do SNS deixou de ser emitido, uma vez que no cartão de cidadão passou a constar o n.º de utente do SNS.</p></div><div data-bbox=)

⁸⁷ ::: «::: DL n.º 97/98, de 18 de Abril», acessido 30 de março de 2024, https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1673&tabela=leis.

⁸⁸ ::: «::: Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto».

⁸⁹ «Serviço Nacional de Saúde».

⁹⁰ «Decreto-Lei n.º 117/98 | DR», acessido 30 de março de 2024, <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/117-516878>.

variáveis”, que dizem respeito “à realização de cuidados domiciliários, ao alargamento do período de cobertura assistencial e à realização das atividades de vigilância em relação aos grupos vulneráveis correspondentes à gravidez e puerpério, criança no primeiro ano de vida e planeamento familiar na mulher em idade fértil”.⁹¹

Ainda no ano de 1998, a Resolução do Conselho de Ministros n.º 140/98, de 4 de dezembro⁹², *“define um conjunto de medidas para o desenvolvimento do ensino na área da saúde, entre as quais o reforço da aprendizagem tutorial na comunidade, nos centros de saúde e nos hospitais, no quadro de uma reestruturação curricular dos cursos de licenciatura em Medicina, a reorganização da rede de escolas superiores de enfermagem e de tecnologia da saúde, através da sua passagem para a tutela do Ministério da Educação, e a reorganização da formação dos enfermeiros, com a passagem da formação geral para o nível de licenciatura”.⁹³*

Em 1999, *“são estruturados os serviços de saúde pública, no âmbito dos quais se integra o exercício dos poderes de autoridade de saúde enquanto poder-dever de intervenção do Estado na defesa da saúde pública, na prevenção da doença e na promoção da saúde.”*. O Decreto-Lei n.º 286/99, de 27 de julho⁹⁴, institui *“a organização dos serviços de saúde pública”*, e estabelece *“que a implantação se opera a dois níveis: o regional e o local”*.⁹⁵

Quanto ao Decreto-Lei n.º 374/99, de 18 de setembro⁹⁶, este estabelece *“os centros de responsabilidade integrados (CRI) nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde”*. Estes centros, *“constituem estruturas orgânicas de gestão intermédia, agrupando serviços e/ou unidades funcionais homogéneos”*. Com a *“desconcentração da tomada de decisão, do planeamento e do controlo dos recursos”* pretende-se *“introduzir a componente empresarial na gestão destas unidades”*, tendo como *“objetivo”*, *“aumentar a eficiência e melhorar a acessibilidade”*, através de *“um maior envolvimento e responsabilização dos profissionais pela gestão dos recursos postos à sua disposição”*.⁹⁷

⁹¹ «Serviço Nacional de Saúde».

⁹² «Resolução do Conselho de Ministros n.º 140/98 | DR», acedido 30 de março de 2024, <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/resolucao-conselho-ministros/140-1998-222050>.

⁹³ «Serviço Nacional de Saúde».

⁹⁴ «Decreto-Lei n.º 286/99 | DR», acedido 23 de maio de 2024, <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/286-1999-352956>.

⁹⁵ «Serviço Nacional de Saúde».

⁹⁶ «Decreto-Lei n.º 374/99 | DR», acedido 24 de maio de 2024, <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/374-1999-569893>.

⁹⁷ «Serviço Nacional de Saúde».

Também em 1999, o Despacho Normativo n.º 61/99⁹⁸ “*cria as agências de contratualização dos serviços de saúde*”, que “*sucedem às agências de acompanhamento dos serviços de saúde, criadas pelo Despacho Normativo n.º 46/97⁹⁹, vincando a distinção entre prestação e financiamento dos cuidados de saúde*”. Estas agências, vieram expor “*as necessidades de saúde e defender os interesses dos cidadãos e da sociedade*”, tendo por objetivo, “*assegurar a melhor utilização dos recursos públicos para a saúde*”, maximizando a “*eficiência e equidade nos cuidados de saúde a prestar*”.¹⁰⁰

Estabelece-se no mesmo ano, “*o regime dos Sistemas Locais de Saúde (SLS), através do Decreto-Lei n.º 156/99, de 10 de maio¹⁰¹*”. Estava-se perante “*um conjunto de recursos articulados na base da complementaridade e organizados segundo critérios geográfico-populacionais*”, cujo objetivo, era “*facilitar a participação social e que, em conjunto com os centros de saúde e hospitais*”, se promovesse “*a saúde e a racionalização da utilização dos recursos*”. Estes sistemas, constituem-se “*pelos centros de saúde, hospitais e outros serviços e instituições, públicos e privados, com ou sem fins lucrativos, com intervenção, direta ou indireta, no domínio da saúde, numa determinada área geográfica de uma região de saúde*”.¹⁰²

Em 1999, o Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de maio¹⁰³, estabelece “*um novo regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde*”, sendo “*criados, assim, os chamados “centros de saúde de terceira geração”*”. Estes, são “*peças coletivas de direito público, integradas no Serviço Nacional de Saúde e dotadas de autonomia técnica, administrativa e financeira e património próprio, sob superintendência e tutela do Ministro da Saúde*”. O referido diploma, prevê também “*a existência de associações de centros de saúde*”.¹⁰⁴

Fechando a década e o século XX, é de referir, que a “*atividade legislativa relacionada com a saúde ficou ainda marcada com a publicação de diversos diplomas*

⁹⁸ «Despacho Normativo n.º 61/99 | DR», acedido 24 de maio de 2024, <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho-normativo/61-1999-682838>.

⁹⁹ «Despacho Normativo n.º 46/97 | DR», acedido 24 de maio de 2024, <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho-normativo/46-1997-204204>.

¹⁰⁰ «Serviço Nacional de Saúde».

¹⁰¹ Diário da República, «Regime dos sistemas locais de saúde», Diário da República, acedido 24 de maio de 2024, <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/1999-57152279>.

¹⁰² «Serviço Nacional de Saúde».

¹⁰³ «Decreto-Lei n.º 157/99 | DR», acedido 24 de maio de 2024, <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/157-1999-331179>.

¹⁰⁴ «Serviço Nacional de Saúde».

relacionados com o licenciamento de unidades privadas de saúde”, nomeadamente, o Decreto-Lei n.º 492/99, de 17 de novembro¹⁰⁵, “*para as unidades privadas que utilizam radiações ionizantes*”, o Decreto-Lei n.º 217/99, de 15 de junho¹⁰⁶, “*para os laboratórios privados*”, o Decreto-Lei n.º 500/99, de 19 de novembro¹⁰⁷, “*para as clínicas de Medicina Física e de Reabilitação*”, e o Decreto-Lei n.º 505/99, de 20 de novembro¹⁰⁸, “*para as unidades privadas de diálise*”.¹⁰⁹

Década de 2000

No ano de 2001, ainda no rescaldo “*da atividade legislativa de 1999*”, respeitante “*às unidades privadas de prestação de cuidados de saúde*”, entra em vigor o Decreto-Lei n.º 233/2001, de 25 de agosto¹¹⁰, que vem regular “*as regras para o licenciamento dos consultórios dentários*”.¹¹¹

Em 2002, é aprovado o “*novo regime de gestão hospitalar, pela Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro*”¹¹², onde foram introduzidas grandes alterações na Lei de Bases da Saúde. Neste sentido, foi definido “*um novo modelo de gestão hospitalar, aplicável aos estabelecimentos hospitalares que integram a rede de prestação de cuidados de saúde*”, e deu-se “*expressão institucional a modelos de gestão de tipo empresarial (EPE)*”.¹¹³ No mesmo ano, é relevante falar do Decreto-Lei n.º 39/2002, de 26 de fevereiro¹¹⁴, que já tinha “*aprovado nova forma de designação dos órgãos de direção técnica dos estabelecimentos hospitalares e dos centros de saúde, alterado a composição dos conselhos técnicos dos hospitais e flexibilizado a contratação de bens e serviços pelos hospitais*”.¹¹⁵

¹⁰⁵ «Decreto-Lei n.º 492/99 | DR», acedido 24 de maio de 2024, <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/492-1999-684062>.

¹⁰⁶ «Decreto-Lei n.º 217/99 | DR», acedido 24 de maio de 2024, <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/217-1999-309005>.

¹⁰⁷ «Decreto-Lei n.º 500/99 | DR», acedido 24 de maio de 2024, <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/500-1999-634933>.

¹⁰⁸ «Decreto-Lei n.º 505/99 | DR», acedido 24 de maio de 2024, <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/505-1999-643284>.

¹⁰⁹ «Serviço Nacional de Saúde».

¹¹⁰ «Decreto-Lei n.º 233/2001 | DR», acedido 25 de maio de 2024, <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/233-2001-515639>.

¹¹¹ «Serviço Nacional de Saúde».

¹¹² Diário da República, «Regime Jurídico da Gestão Hospitalar», Diário da República, acedido 25 de maio de 2024, <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/2002-34493575>.

¹¹³ «Serviço Nacional de Saúde».

¹¹⁴ «Decreto-Lei n.º 39/2002 | DR», acedido 25 de maio de 2024, <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/39-2002-261316>.

¹¹⁵ «Serviço Nacional de Saúde».

2003, é o ano em que é criada “a rede de cuidados de saúde primários”, através do Decreto-Lei n.º 60/2003, de 1 de abril¹¹⁶. Esta rede de cuidados, não só garantiu o seu objetivo, “de providenciar cuidados de saúde abrangentes aos cidadãos”, como também, “em articulação permanente com os cuidados de saúde hospitalares e os cuidados de saúde continuados”, assumiu-se “como um parceiro fundamental na promoção da saúde e na prevenção da doença”. Para além disso, a rede de cuidados foi “um elemento determinante na gestão dos problemas de saúde, agudos e crónicos”, o que originou “a necessidade de uma nova rede integrada de serviços de saúde, onde, para além do papel fundamental do Estado, possam coexistir entidades de natureza privada e social, orientadas para as necessidades concretas dos cidadãos”. Dois anos após a sua entrada em vigor, o diploma foi revogado, “sendo ripristinado o Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de maio¹¹⁷”.¹¹⁸

Ainda no mesmo ano, através do Decreto-Lei n.º 173/2003, de 1 de agosto¹¹⁹, são revistas “as taxas moderadoras, com o objetivo de moderar, racionalizar e regular o acesso à prestação de cuidados de saúde, reforçando o princípio de justiça social no Sistema Nacional de Saúde”.¹²⁰

Ponto importante para a saúde em Portugal no ano de 2003, foi a criação da Entidade Reguladora da Saúde, pelo Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de dezembro¹²¹. Desta forma, deu-se a “separação da função do Estado como regulador e supervisor, em relação às suas funções de operador e de financiador”.¹²²

Em 2004, o Decreto-Lei n.º 90/2004, de 20 de abril¹²³, veio instituir “o regime de comparticipação no preço dos medicamentos”.¹²⁴

¹¹⁶ «Decreto-Lei n.º 60/2003 | DR», acedido 25 de maio de 2024, <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/60-2003-232365>.

¹¹⁷ «Decreto-Lei n.º 157/99 | DR».

¹¹⁸ «Serviço Nacional de Saúde».

¹¹⁹ «Decreto-Lei n.º 173/2003 | DR», acedido 25 de maio de 2024, <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/173-2003-652284>.

¹²⁰ «Serviço Nacional de Saúde».

¹²¹ «Decreto-Lei n.º 309/2003 | DR», acedido 25 de maio de 2024, <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/309-2003-429408>.

¹²² «Serviço Nacional de Saúde».

¹²³ «Decreto-Lei n.º 90/2004 | DR», acedido 25 de maio de 2024, <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/90-2004-223427>.

¹²⁴ «Serviço Nacional de Saúde».

No ano de 2005, começou a existir uma empresarialização da gestão da saúde em Portugal, com o Decreto-Lei n.º 93/2005, de 7 de junho¹²⁵, uma vez que “*surgem os primeiros Hospitais EPE, transformando os Hospitais SA (Sociedade Anónima) em Empresas Públicas do Estado*”, sendo estes providos “*de mais instrumentos para promoverem a eficácia e eficiência dos recursos do SNS*”.¹²⁶

Ainda no ano de 2005, de forma a “*melhorar a acessibilidade dos utentes aos medicamentos não sujeitos a receita médica*”, foi publicado o Decreto-Lei n.º 134/2005, de 16 de agosto¹²⁷, que veio regular “*o regime de venda destes produtos fora das farmácias*”.¹²⁸

Em 2006, é criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho. O que se pretendeu, foi “*dar resposta ao progressivo envelhecimento da população, ao aumento da esperança média de vida e à crescente prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes*”.

Ainda em 2006, foi estabelecido pelo Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto¹²⁹, “*o regime jurídico a que obedece a autorização de introdução no mercado e suas alterações, o fabrico, a importação, a exportação, a comercialização, a rotulagem e informação, a publicidade, a farmacovigilância e a utilização dos medicamentos para uso humano e respetiva inspeção, incluindo, designadamente, os medicamentos homeopáticos, os medicamentos radiofarmacêuticos e os medicamentos tradicionais à base de plantas*”.¹³⁰

2007, foi o ano em que surgiram “*as primeiras unidades de saúde familiar, dando corpo à reforma dos cuidados de saúde primários*”. O Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto¹³¹, veio estabelecer “*o regime jurídico da organização e do funcionamento destas unidades e o regime de incentivos a atribuir aos seus elementos*”, tendo como

¹²⁵ «Decreto-Lei n.º 93/2005 | DR», acedido 25 de maio de 2024, <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/93-2005-220550>.

¹²⁶ «Serviço Nacional de Saúde».

¹²⁷ «Decreto-Lei n.º 134/2005, de 16 de agosto | DR», acedido 25 de maio de 2024, <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/134-2005-243692>.

¹²⁸ «Serviço Nacional de Saúde».

¹²⁹ «Decreto-Lei n.º 176/2006 | DR», acedido 25 de maio de 2024, <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/176-2006-540387>.

¹³⁰ «Serviço Nacional de Saúde».

¹³¹ «Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto | DR», acedido 25 de maio de 2024, <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/298-2007-640665>.

finalidade, “*obter ganhos em saúde, através da aposta na acessibilidade, na continuidade e na globalidade dos cuidados prestados*”.¹³²

No ano de 2008, acontece mais uma “*reforma dos cuidados de saúde primários, com a criação dos agrupamentos de centros de saúde do SNS*”, sendo esta levada a cabo pelo Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro¹³³. O que se pretende, é “*dar estabilidade à organização da prestação de cuidados de saúde primários, permitindo uma gestão rigorosa e equilibrada e a melhoria no acesso aos cuidados de saúde*”.¹³⁴

Em 2009, é aprovado pela Assembleia da República, através da Lei n.º 33/2009, de 14 de julho¹³⁵, “*o direito de acompanhamento nos serviços de urgência, determinando que esse direito deve estar consagrado no regulamento da respetiva instituição de saúde, o qual deve definir com clareza e rigor as suas normas e condições de aplicação*”.¹³⁶

No mesmo ano, tendo em vista a “*modernização dos serviços prestados às populações em matéria de vigilância em saúde pública*”, é de referir a publicação da Lei n.º 81/2009, de 21 de agosto¹³⁷, e do Decreto-Lei n.º 81/2009, de 2 de abril¹³⁸, existindo “*a reestruturação da organização dos serviços operativos de saúde pública a nível regional e local, em articulação com a organização das administrações regionais de saúde e dos agrupamentos de centros de saúde*”, havendo ainda objetivos a alcançar, nomeadamente, “*a modificação do perfil de saúde e doença das populações verificada nas últimas décadas, devido à evolução das condições ambientais planetárias, às alterações dos estilos de vida e à globalização, entre outros*”. O Decreto-Lei n.º 279/2009, de 6 de outubro¹³⁹, cria “*um novo enquadramento legal para a abertura, a modificação e o funcionamento das unidades privadas de serviços de saúde, tornando os procedimentos mais ágeis e ajustados à modernização administrativa*”.¹⁴⁰

¹³² «Serviço Nacional de Saúde».

¹³³ «Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro | DR», acedido 25 de maio de 2024, <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/28-2008-247675>.

¹³⁴ «Serviço Nacional de Saúde».

¹³⁵ «Lei n.º 33/2009 | DR», acedido 25 de maio de 2024, <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/33-2009-492408>.

¹³⁶ «Serviço Nacional de Saúde».

¹³⁷ «Lei n.º 81/2009 | DR», acedido 25 de maio de 2024, <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/81-2009-488301>.

¹³⁸ Diário da República, «Decreto-Lei n.º 81/2009», Diário da República, acedido 25 de maio de 2024, <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/81-2009-603228>.

¹³⁹ Diário da República, «Decreto-Lei n.º 279/2009», Diário da República, acedido 25 de maio de 2024, <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/279-2009-491395>.

¹⁴⁰ «Serviço Nacional de Saúde».

Década de 2010

Em 2011, tendo-se a finalidade de “*facilitar o acesso dos cidadãos ao medicamento e promover a prescrição eletrónica, com a desmaterialização de todo o circuito administrativo do medicamento*”, aprova-se a Portaria n.º 198/2011, de 18 de maio¹⁴¹. Revela-se importante, a “*prescrição eletrónica*”, de modo a “*aumentar a qualidade da prescrição e incrementar a segurança do circuito do medicamento*”. Neste sentido, “*a prescrição eletrónica serve também como incentivo à efetiva informatização do sistema de saúde, estimulando a comunicação entre os profissionais das diferentes instituições e diminuindo o risco de erro ou confusão na prescrição*”. Permitiu-se assim, “*obter mais informação sobre o circuito do medicamento, desencorajando e combatendo a fraude*”.¹⁴²

No ano de 2012, a “*utilização generalizada de dados informatizados*”, originou a criação da Lei n.º 5/2012, de 23 de janeiro¹⁴³, vindo esta “*regular os requisitos de tratamento de dados pessoais para constituição de ficheiros de âmbito nacional, contendo dados de saúde, com recurso a tecnologias de informação e no quadro do SNS*”. No mês de maio de 2012, tem início o “*Portal do Utente, integrado no projeto PDS – Plataforma de Dados da Saúde, desenvolvido pela CIC – Comissão para Informatização Clínica e pela SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE*”, que possibilitou “*registos de saúde feitos pelo utente e o recurso a serviços online já existentes e a disponibilizar, como marcação de consultas (eAgenda) ou confirmação de cirurgias (SIGIC)*”.¹⁴⁴

2013, é o ano em que se aprova “*o novo regime jurídico das convenções*”, através do Decreto-Lei n.º 139/2013, de 9 de outubro¹⁴⁵. A flexibilidade procedimental, permitiu “*que as convenções tenham um âmbito regional ou nacional e que sejam celebradas mediante contrato de adesão ou após procedimento de contratação específico, sendo*

¹⁴¹ Diário da República, «Portaria n.º 198/2011», Diário da República, acedido 25 de maio de 2024, <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/198-2011-287801>.

¹⁴² «Serviço Nacional de Saúde».

¹⁴³ «Lei n.º 5/2012 | DR», acedido 25 de maio de 2024, <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/5-2012-544433>.

¹⁴⁴ «Serviço Nacional de Saúde».

¹⁴⁵ Diário da República, «Decreto-Lei n.º 139/2013», Diário da República, acedido 25 de maio de 2024, <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/139-2013-500052>.

*ainda permitida a celebração, a título excepcional, de convenções que abranjam um conjunto integrado e/ou alargado de serviços”.*¹⁴⁶

Ainda nesse ano, são definidas “*as formas de articulação do Ministério da Saúde e os estabelecimentos e serviços do Serviço Nacional de Saúde (SNS) com as instituições particulares de solidariedade social*”, através do Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro¹⁴⁷, sendo igualmente estabelecido, “*o regime de devolução às Misericórdias dos hospitais objeto das medidas previstas nos Decretos-Leis n.os 704/74, de 7 de dezembro*¹⁴⁸, e 618/75, de 11 de novembro¹⁴⁹, atualmente geridos por estabelecimentos ou serviços do SNS”. É assim reconhecido, “*que as Misericórdias aliam as exigências técnicas da prestação de cuidados de saúde à sua vocação e tradição multisseculares, à ausência de fins lucrativos e à proximidade das populações, o que as torna importantes parceiros do Estado na área da saúde*”.¹⁵⁰

Em 2014, é criado pelo Decreto-Lei n.º 110/2014, de 10 de julho¹⁵¹, “*no âmbito do Ministério da Saúde, o Fundo para a Investigação em Saúde*”, permitindo a prossecução, “*das atividades de investigação para a proteção, promoção e melhoria da saúde das pessoas e, assim, obter ganhos em saúde*”. “*A investigação em saúde é considerada instrumental para a melhoria contínua da qualidade, formação de profissionais e projeção internacional do país numa área de grande competitividade, onde os ganhos com a produção de conhecimento podem ser significativos*”.¹⁵²

No mesmo ano, o Decreto-Lei n.º 118/2014, de 5 de agosto¹⁵³, vem estabelecer “*os princípios e o enquadramento da atividade do enfermeiro de família, no âmbito das unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários*”, almejando-se “*a melhoria da qualidade e do acesso efetivo dos cidadãos aos cuidados de saúde e a reavaliação do papel dos enfermeiros*”. Desta forma, é reforçada “*a importância dos*

¹⁴⁶ «Serviço Nacional de Saúde».

¹⁴⁷ «Decreto-Lei n.º 138/2013 | DR», acedido 26 de maio de 2024, <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/138-2013-500051>.

¹⁴⁸ «Decreto-Lei n.º 704/74 | DR».

¹⁴⁹ «Decreto-Lei n.º 618/75 | DR», acedido 26 de maio de 2024, <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/618-1975-310594>.

¹⁵⁰ «Serviço Nacional de Saúde».

¹⁵¹ «Decreto-Lei n.º 110/2014 | DR», acedido 26 de maio de 2024, <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/110-2014-25345910>.

¹⁵² «Serviço Nacional de Saúde».

¹⁵³ «Decreto-Lei n.º 118/2014 | DR», acedido 26 de maio de 2024, <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/118-2014-55076561>.

contributos da enfermagem para a promoção da saúde e prevenção da doença e são colocados novos desafios aos enfermeiros”.¹⁵⁴

Ainda no ano de 2014, são estabelecidas pela Lei n.º 52/2014, de 25 de agosto¹⁵⁵, “*as normas de acesso a cuidados de saúde transfronteiriços*”, e promovida “*a cooperação em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços, transpondo a Diretiva n.º 2011/24/UE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 9 de março de 2011*”¹⁵⁶, e a *Diretiva de Execução n.º 2012/52/UE da Comissão, de 20 de dezembro de 2012*”¹⁵⁷.¹⁵⁸

Em 2015, a Portaria n.º 340/2015, de 8 de outubro¹⁵⁹, vem regulamentar “*a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos, no que diz respeito aos serviços, à admissão nas equipas locais e às instalações de cuidados paliativos*”. É viabilizada assim, “*a Rede Nacional de Cuidados Paliativos*”.¹⁶⁰

No ano de 2016, “*é criado o Conselho Nacional de Saúde, já previsto na Base VII da Lei de Bases da Saúde*”, pelo Decreto-Lei n.º 49/2016, de 23 de agosto¹⁶¹. Sendo também neste ano, que existe um “*alargamento da isenção do pagamento de taxas moderadoras*”.¹⁶²

2017, é o ano em que “*é publicada a Carta de Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do SNS*”, vindo esta, assegurar “*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, nos termos da lei*”. “*A Carta dos Direitos de Acesso define os tempos máximos de resposta garantidos e o direito do utente à informação sobre esses tempos*”.

¹⁵⁴ «Serviço Nacional de Saúde».

¹⁵⁵ «Lei n.º 52/2014 | DR», acessado 26 de maio de 2024, <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/52-2014-56346572>.

¹⁵⁶ «Directiva 2011/24/UE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 9 de Março de 2011, relativa ao exercício dos direitos dos doentes em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços», sem data.

¹⁵⁷ «Diretiva de Execução 2012/52/UE da Comissão, de 20 de dezembro de 2012, que estabelece medidas para facilitar o reconhecimento de receitas médicas emitidas noutro Estado-Membro Texto relevante para efeitos do EEE», sem data.

¹⁵⁸ «Serviço Nacional de Saúde».

¹⁵⁹ Diário da República, «Regula, no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP), a caracterização dos serviços e a admissão nas equipas locais e as condições e requisitos de construção e segurança das instalações de cuidados paliativos», Diário da República, acessado 26 de maio de 2024, <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/portaria/2015-114820783>.

¹⁶⁰ «Serviço Nacional de Saúde».

¹⁶¹ «Decreto-Lei n.º 49/2016 | DR», acessado 26 de maio de 2024, <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/49-2016-75170443>.

¹⁶² «Serviço Nacional de Saúde».

Neste mesmo ano, realiza-se pela primeira vez, um “*transplante de coração artificial em Portugal*”, sendo “*realizado por José Fragata, no Hospital de Santa Marta*”.¹⁶³

No ano de 2018, é criado o “*Registo Oncológico Nacional*”, e “*é aprovada a Estratégia Nacional para a Visão*”.¹⁶⁴

Em 2019, “*o SNS comemorou o seu 40^a aniversário*”, e foi nesse mesmo ano, que foi “*aprovada a nova Lei de Bases*”, pela Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro¹⁶⁵. Ainda no ano de 2019, é “*implementado o projeto de um modelo de gestão autónoma para hospitais e Unidades Locais de Saúde*”, bem como, é criada a “*centésima USF da legislatura*”.¹⁶⁶

De 2020 aos dias de hoje

2020, foi um ano exigente para o SNS, uma vez que teve de dar resposta à pandemia Covid-19, sendo este o ano da “*primeira inoculação da vacina contra a COVID-19*”.¹⁶⁷

Em 2022, é aprovado pelo Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto¹⁶⁸, o “*novo Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (SNS)*”, que “*prevê a criação de uma Direção Executiva do SNS (DE-SNS, I. P.)*”.¹⁶⁹

2023, foi o ano em que a “*Direção Executiva do SNS (DE-SNS, I. P.) entrou em funcionamento a 1 de janeiro*”.¹⁷⁰

O SNS nas Regiões Autónomas: o caso Madeirense e Açoriano

Nas palavras de Dinarto Gomes Camacho, “*Em Portugal coabitam três sistemas de saúde pública: O Sistema Nacional de Saúde na esfera de Portugal Continental, o Sistema Regional de Saúde da Região Autónoma dos Açores e o Serviço Regional de*

¹⁶³ «Serviço Nacional de Saúde».

¹⁶⁴ «Serviço Nacional de Saúde».

¹⁶⁵ Lei n.º 95/2019, de 04 de Setembro», acedido 6 de fevereiro de 2024, https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?artigo_id=3197B0005&nid=3197&tabela=leis&pagina=1&ficha=1&so_miolo=&nverso=.

¹⁶⁶ «Serviço Nacional de Saúde».

¹⁶⁷ «Serviço Nacional de Saúde».

¹⁶⁸ «Estatuto do Serviço Nacional de Saúde | DR», acedido 14 de abril de 2024, <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/2022-187129978>.

¹⁶⁹ «Serviço Nacional de Saúde».

¹⁷⁰ «Serviço Nacional de Saúde».

Saúde da Região Autónoma da Madeira. Cada um autónomo do outro e com a sua própria estrutura organizacional e hierárquica.”¹⁷¹.

Serviço Regional de Saúde da Região Autónoma da Madeira:

Tal como consta do seu site oficial, “*O Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, EPERAM (SESARAM, EPERAM) é uma unidade integrada de prestação de cuidados de saúde, funcionando como dispositivo articulador, na base de complementariedade, dos centros de saúde e dos hospitais e como instância de planeamento de recursos, cabendo-lhe a prestação de cuidados aos indivíduos, às famílias e aos grupos sociais.*”. Esta Entidade Pública Empresarial, tem a sua “*sede no Funchal*”, e “*é uma pessoa colectiva de direito público, de natureza empresarial, dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, nos termos do Decreto-Lei n.º 558/99, de 17 de Dezembro*”¹⁷², alterado pelo Decreto-Lei n.º 300/2007, de 23 de Agosto¹⁷³.”¹⁷⁴

Este serviço de saúde descentralizado, de modelo EPE, foi o modelo adotado na Região Autónoma da Madeira (doravante RAM), aplicando-se ao mesmo o “*regime aplicável às entidades públicas empresariais, com as especificidades constantes dos seus estatutos aprovados pelo Decreto Legislativo Regional n.º 12/2012/M, de 2 de julho*”¹⁷⁵, com as alterações introduzidas pelo art. 59.º do Decreto Legislativo Regional n.º 17/2015/M, de 30 de dezembro¹⁷⁶ (ORAM2016), pelo Decreto Legislativo Regional n.º 36/2016/M, de 16 de agosto¹⁷⁷, pelo Decreto Legislativo Regional n.º 13/2019/M, de 22

¹⁷¹ Dinarto Gomes Camacho, «O SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE NA REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA: A PERSPECTIVA DO UTENTE», sem data, 6.

¹⁷² DL n.º 558/99, de 17 de Dezembro», acedido 29 de maio de 2024, https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=591&tabela=leis.

¹⁷³ DL n.º 300/2007, de 23 de Agosto», acedido 29 de maio de 2024, https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?tabela=leis&nid=1041&pagina=1&ficha=1.

¹⁷⁴ «Serviço de Saúde da RAM, EPERAM - Quem Somos», acedido 24 de fevereiro de 2024, <https://www.sesaram.pt/portal/o-sesaram/o-sesaram/quem-somos>.

¹⁷⁵ «Decreto Legislativo Regional n.º 12/2012/M | DR», acedido 24 de fevereiro de 2024, <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-legislativo-regional/12-178530>.

¹⁷⁶ «Decreto Legislativo Regional n.º 17/2015/M | DR», acedido 24 de fevereiro de 2024, <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-legislativo-regional/17-2015-72991305>.

¹⁷⁷ «Decreto Legislativo Regional n.º 36/2016/M | DR», acedido 24 de fevereiro de 2024, <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-legislativo-regional/36-2016-75150221>.

de agosto¹⁷⁸, pelo Decreto Legislativo Regional n.º 8/2020/M, de 13 de julho¹⁷⁹, dos seus regulamentos internos, bem como das normas em vigor para o Serviço de Saúde da RAM.”¹⁸⁰



“O Serviço de Saúde da RAM, EPERAM tem como missão, prestar cuidados de saúde, cuidados e tratamentos continuados, cuidados paliativos à população, designadamente aos beneficiários do Serviço Regional de Saúde e aos beneficiários dos subsistemas de saúde ou de entidades externas que com aquele contratem tais cuidados e a todos os cidadãos em geral, de forma integrada, através de uma rede de serviços de fácil acesso, com uma eficiência técnica e social de elevado nível que permita a obtenção de ganhos em saúde; desenvolver atividades de investigação e formação, tanto nos seus serviços, como em unidades específicas; garantir o apoio técnico e logístico ao desenvolvimento dos programas de saúde de âmbito regional, promovidos pelo Instituto de Administração da Saúde e Assuntos Sociais, IP-RAM¹⁸¹, em termos a celebrar por protocolo.”¹⁸²

Podemos então dizer que no caso madeirense, a saúde dos habitantes é da responsabilidade da Secretaria Regional de Saúde e Proteção Civil¹⁸³ primeiramente, sendo depois essa responsabilidade repartida por duas direções regionais, nomeadamente,

¹⁷⁸ Diário da República, «Estatutos do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, E. P. E., o regime da prestação do trabalho médico nos serviços de urgência e de atendimento permanente do SESARAM, E. P. E., e o desempenho de funções dos trabalhadores do SESARAM, E. P. E., no Serviço de Proteção Civil, IP-RAM - Artigo 5.º», Diário da República, acedido 25 de fevereiro de 2024, <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-legislativo-regional/2019-124151597-124151529>.

¹⁷⁹ Diário da República, «Decreto Legislativo Regional n.º 8/2020/M», Diário da República, acedido 24 de fevereiro de 2024, <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-legislativo-regional/8-137703606>.

¹⁸⁰ «Serviço de Saúde da RAM, EPERAM - Quem Somos».

¹⁸¹ «IASAÚDE», acedido 25 de fevereiro de 2024, <https://www.iasaude.pt/index.php/iasaude>. – estamos perante “um Instituto Público, criado em 2008, integrado na administração indireta da Região Autónoma da Madeira, sob superintendência e tutela da Secretaria Regional da Saúde e Proteção Civil.”. É dotado de autonomia administrativa e financeira e património próprio,” tendo “jurisdição sobre todo o território da Região,” e “sede no Funchal.”. “O IASAÚDE, IP-RAM tem por missão assegurar a gestão dos recursos financeiros, humanos, da formação profissional, das instalações e equipamentos, dos sistemas e tecnologias de informação do Serviço Regional de Saúde e dos serviços da administração direta no domínio da SRS.”.

¹⁸² «Serviço de Saúde da RAM, EPERAM - Visão e Missão», acedido 25 de fevereiro de 2024, <https://www.sesaram.pt/portal/o-sesaram/o-sesaram/visao-e-missao>.

¹⁸³ «SRS», acedido 25 de fevereiro de 2024, <https://www.madeira.gov.pt/srs>.

a Direção Regional para as Políticas Públicas Integradas e Longevidade¹⁸⁴, e a Direção Regional da Saúde¹⁸⁵. Para além destas entidades, existem mais três organismos, sendo que apenas dois têm impacto direto na saúde dos madeirenses, entre eles, o Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, E.P.E. que efetivamente presta cuidados de saúde aos utentes nas suas várias modalidades e âmbitos¹⁸⁶; e o Instituto de Administração da Saúde, IP-RAM, que garante “*a gestão dos recursos financeiros, humanos, da formação profissional, das instalações e equipamentos, dos sistemas e tecnologias de informação do Serviço Regional de Saúde e dos serviços da administração direta no domínio da SRS.*”¹⁸⁷. Apesar de já se encontrar fora do âmbito da saúde, fica a referência ao Serviço Regional de Proteção Civil, IP-RAM, que também se insere na Secretaria Regional de Saúde e Proteção Civil, enquanto organismo.¹⁸⁸

Concluindo, na RAM existe um fenómeno descentralizador em relação ao SNS, fruto da autonomia política e administrativa existente entre RAM e o continente. No fundo, o sistema é o mesmo que existe em Portugal continental, mas sob a forma de E.P.E. foi criado um sistema de intervenção local, com maior proximidade e conhecimento da população daquela região.

Sistema Regional de Saúde da Região Autónoma dos Açores:

Nas palavras de Nuno Cristiano Andrade de Bem, após a democratização do país e redigida e aprovada a CRP de 1976, foram “*transferidos os poderes para a RAA, em matéria de saúde e segurança social, com base nos mesmos princípios dos congéneres*

¹⁸⁴ «Direção Regional para as Políticas Públicas Integradas e Longevidade», acedido 25 de fevereiro de 2024, <https://www.madeira.gov.pt/drppil>. – Estamos perante “*o serviço central da administração direta da Região Autónoma da Madeira, que tem por missão contribuir para a conceção, promoção e avaliação das políticas públicas para a longevidade, numa ótica de desenvolvimento de um ecossistema económico e social sustentável, assente numa cultura colaborativa que promova a cooperação multisetorial e a disseminação, aplicação e transferência do conhecimento qualificado no âmbito da longevidade, e ainda assegurar a implementação de medidas integradas destinadas a garantir a proteção na fragilidade relacionada com o envelhecimento.*”. «A direção», acedido 25 de fevereiro de 2024, <https://www.madeira.gov.pt/drppil/Estrutura/DRPPIL/Adire%C3%A7%C3%A3o/ctl/Read/mid/14366/InformacaoId/125472/UnidadeOrganicaId/53/CatalogoId/0>.

¹⁸⁵ «Direção Regional de Saúde», acedido 25 de fevereiro de 2024, <https://www.madeira.gov.pt/drs>. – a sua função é “*regulamentar, orientar e coordenar as atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, definir as condições técnicas para a adequada prestação de cuidados de saúde, planear e programar a política regional para a qualidade no sistema de saúde, bem como assegurar a elaboração e execução do Plano Regional de Saúde e, ainda, a coordenação das relações nacionais e internacionais da Secretaria Regional de Saúde e Proteção Civil.*”. «A Direção», acedido 25 de fevereiro de 2024, <https://www.madeira.gov.pt/drs/Estrutura/DRS/Adirecao/ctl/Read/mid/12427/InformacaoId/112890/UnidadeOrganicaId/48/CatalogoId/0>.

¹⁸⁶ «Serviço de Saúde da RAM, EPERAM - Visão e Missão».

¹⁸⁷ «IASAÚDE».

¹⁸⁸ «SRS».

nacionais.”, caracterizando-se a “prestação de cuidados de saúde”, “pela coexistência de um Serviço Nacional/Regional de Saúde, de subsistemas públicos e privados específicos para determinadas categorias profissionais e de seguros voluntários privados.”. Nestes termos, o Serviço Regional de Saúde (doravante SRS), é “a principal estrutura prestadora de cuidados de saúde, integrando todos os cuidados de saúde, desde a promoção e vigilância da saúde à prevenção da doença, diagnóstico, tratamento e reabilitação médica e social.”.¹⁸⁹

O mesmo autor, refere que a Região Autónoma dos Açores (doravante RAA) “tem uma organização político-administrativa que perdura dos antigos distritos, do qual Portugal era composto”, existindo nos Açores “três sub-regiões, em que as ilhas do Faial, Pico, Flores e Corvo pertencem ao antigo distrito da Horta, as ilhas da Terceira, Graciosa e São Jorge que pertencem ao antigo distrito de Angra do Heroísmo, e por último as ilhas de São Miguel e Santa Maria que pertencem ao antigo distrito de Ponta Delgada.”.¹⁹⁰

Nuno Cristiano Andrade de Bem, refere que “Cada ilha possui diferentes tipos de instituições de saúde, com diferentes valências.”. Neste sentido, nos termos do “Decreto Legislativo Regional n.º 1/2010/A¹⁹¹ (Assembleia Legislativa da Região Autónoma dos Açores 2010), o SRS é um conjunto articulado de entidades prestadoras de cuidados de saúde, organizado sob a forma de sistema público de saúde e encontra-se organizado, em Unidades de Saúde de Ilha (USI), Hospitais E.P.E.(Hospitais), Centro de Oncologia dos Açores (COA) (serviço especializado), Conselho Regional de Saúde (CRS) (órgão consultivo), Saudação e Inspeção Regional de Saúde (IReS).”.¹⁹²

Quanto às Unidades de Saúde de Ilha (USI), estas são “regidas pelo Decreto Legislativo Regional n.º 1/2010/A¹⁹³”, sendo “uma estrutura de planeamento, coordenação e prestação de cuidados integrados, assumindo a natureza de sistema local de saúde”. No SRS estão, assim, as “USI com orgânicas próprias, para cada uma das ilhas que compõem a RAA”, sendo cada uma composta, “por todas as instituições de

¹⁸⁹ Nuno Bem, «Contributos para uma abordagem baseada em serviços na integração dos sistemas de informação do Serviço Regional de Saúde dos Açores» (2017), 42.

¹⁹⁰ Bem, 42 e 43.

¹⁹¹ Diário da República, «Decreto Legislativo Regional n.º 1/2010/A», Diário da República, acedido 24 de março de 2024, <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-legislativo-regional/1-2010-459947>.

¹⁹² Bem, «Contributos para uma abordagem baseada em serviços na integração dos sistemas de informação do Serviço Regional de Saúde dos Açores», 43.

¹⁹³ República, «Decreto Legislativo Regional n.º 1/2010/A», art. 6.

cuidados primários à ilha afeta.”. Relativamente à “estrutura, cada USI tem um conselho de administração, onde existe pelo menos um presidente, diretor clínico e diretor de enfermagem. Este conselho de administração passa a ter a responsabilidade, não apenas da gestão de toda a estrutura de cuidados primários em cada ilha, mas, sobretudo, nas componentes clínica e de enfermagem, coordenando as atividades dos centros de saúde.”.¹⁹⁴

A RAA tem três hospitais, “*um na ilha de São Miguel, um na ilha da Terceira e outro na ilha do Faial*”, sendo garantida na região, a “*presença em pelo menos um hospital de quase todas as especialidades*”. O autor citado refere, que tendo em conta os condicionamentos geográficos e populacionais, “*é o hospital de São Miguel que agrega o maior número e diversidade de valências, seguido da Terceira e com menor quantidade, o hospital do Faial*.”.¹⁹⁵

Relativamente à base legal, “*que enquadra a prestação dos cuidados hospitalares*”, esta, “*encontra-se regulamentada no Regime Jurídico dos Hospitais E.P.E. (Assembleia Legislativa da Região Autónoma dos Açores 2007)*”¹⁹⁶. Os Hospitais são responsáveis pela “*prestação de cuidados de saúde diferenciados aos cidadãos, que lhes sejam referenciados por outras entidades prestadoras de cuidados de saúde ou que a eles recorram diretamente (Assembleia Legislativa da Região Autónoma dos Açores 2010)*.”.¹⁹⁷

Através do Decreto Regional n.º 7/79/A de 24 de Abril¹⁹⁸, é criado o Centro de Oncologia dos Açores (doravante COA), promovendo-se assim “*a educação para a saúde, a prevenção, o rastreio, o diagnóstico precoce e o registo, de base populacional, da doença oncológica na RAA*”, tendo este a sua sede em Angra do Heroísmo, nos termos do artigo 1º do referido Decreto Regional, servindo todo o arquipélago.¹⁹⁹

¹⁹⁴ Bem, «Contributos para uma abordagem baseada em serviços na integração dos sistemas de informação do Serviço Regional de Saúde dos Açores», 43.

¹⁹⁵ Bem, 43.

¹⁹⁶ «Decreto Legislativo Regional n.º 2/2007/A | DR», acessido 24 de março de 2024, <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-legislativo-regional/2-2007-522648>.

¹⁹⁷ Bem, «Contributos para uma abordagem baseada em serviços na integração dos sistemas de informação do Serviço Regional de Saúde dos Açores», 43.

¹⁹⁸ «Decreto Regional n.º 7/79/A | DR», acessido 26 de março de 2024, <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-regional/7-382009>.

¹⁹⁹ Bem, «Contributos para uma abordagem baseada em serviços na integração dos sistemas de informação do Serviço Regional de Saúde dos Açores», 43 e 44.

À semelhança no sistema nacional de saúde, que tem a Entidade Reguladora da Saúde (ERS), o sistema regional de saúde também tem uma entidade independente de regulação e fiscalização, “*tendo como função fiscalizar o cumprimento das normas aplicáveis ao SRS, gozando, para o efeito, de autonomia e independência técnica nos termos do seu estatuto.*”. Neste sentido, foi criada a Inspeção Regional de Saúde dos Açores (IReS)²⁰⁰, que tem como finalidade zelar “*pelo bom funcionamento e qualidade dos serviços, defesa dos legítimos interesses e bem-estar dos cidadãos, tendo presente a salvaguarda do interesse público, sem prejuízo das competências de outras entidades no setor da saúde ou em atividades conexas.*”. Paralelamente à “*fiscalização de pessoas coletivas ou singulares privadas (e.g., farmácias, clínicas ou consultórios médicos), a IReS tem competências de controlo interno,*” ou seja, “*pode fiscalizar a própria Administração Pública e o setor empresarial regional no âmbito da saúde (e.g. centros de saúde, hospitais EPE)*”.²⁰¹

É feita ainda alusão por Nuno Cristiano Andrade de Bem, à “*Saudaçor – Sociedade Gestora de Recursos e Equipamentos da Saúde dos Açores S.A.*”, tendo esta “*por missão a prestação de serviços de interesse económico geral na área da saúde, sendo o seu objetivo, o planeamento e a gestão do sistema regional de saúde e dos respetivos sistemas de informação, infraestruturas e instalações, bem como a realização de obras de construção, de conservação, de recuperação e de reconstrução de unidades e serviços de saúde, nomeadamente em áreas abrangidas por catástrofes naturais e em áreas consideradas de risco.*”. Esta entidade foi criada em 2003, através do Decreto Legislativo Regional n.º 41/2003/A, de 6 de novembro, resultando da transformação do Instituto de Gestão Financeira da Saúde da Região Autónoma dos Açores em sociedade

²⁰⁰ “*A Inspeção Regional da Saúde dos Açores (IReS) foi criada no ano de 2010 como organismo de controlo, auditoria e fiscalização gozando de autonomia e independência técnica no exercício das competências legais, sendo dirigida por um Inspetor Regional da Saúde apoiado por um corpo inspetivo pluridisciplinar e por uma secção administrativa. Tem como atribuições gerais assegurar, em todo o território da Região Autónoma dos Açores, o cumprimento dos normativos em matéria de saúde, com vista ao correto funcionamento e qualidade dos serviços de saúde, quer dos prestados pelo Serviço Regional de Saúde, quer os prestados por pessoas singulares ou coletivas privadas. A IReS desenvolve ações de distinta natureza e finalidade, como sejam auditorias, inspeções, fiscalizações, nomeadamente com vista a exercer uma função preventiva e pedagógica, e procedimentos de direito sancionatório ou repressivo, concretamente de natureza disciplinar e contraordenacional. Em tudo pauta a sua atuação, entre outros, pelos princípios da objetividade, igualdade e da lisura de procedimentos.*” «Página principal da Inspeção Regional da Saúde - Inspeção Regional da Saúde - Portal», acedido 26 de março de 2024, <https://portal.azores.gov.pt/web/irs>.

²⁰¹ Bem, «Contributos para uma abordagem baseada em serviços na integração dos sistemas de informação do Serviço Regional de Saúde dos Açores», 44.

anónima de capitais exclusivamente públicos²⁰². No entanto, foi extinta em 2019 através do Decreto Legislativo Regional n.º 25/2019/A, de 15 de novembro^{203, 204}.

Na opinião do autor, há “*uma dispersão de todo o tipo de infraestruturas*”, colocando barreiras à “*gestão e racionalização do SRS*”. Para além disso, Nuno Cristiano Andrade de Bem, faz alusão ao facto de “*cada instituição desenvolver soluções e metodologias de organização, impedindo assim a implementação de medidas de forma transversal, potenciando funcionamentos paralelos, e desperdiçando recursos, tornando-se, portanto, mais difícil de implementar ações de melhoria*”. E segundo o mesmo, a criação das USI poderá trazer uma melhor articulação entre as instituições de saúde existentes em cada ilha, unificar a gestão dos cuidados de saúde primários, permitindo a uniformização de procedimentos e a indispensável otimização de recursos.”²⁰⁵

Serviço e Seguro Nacional de Saúde – divergências e convergências

Aqui, centra-se a génese desta investigação e proposta, que assenta no “*princípio da separação entre pagador e prestador*”²⁰⁶, em que o principal objetivo é a promoção da eficiência da prestação dos cuidados de saúde, equilibrando a qualidade do serviço aos cidadãos, com a política de contas certas e de rentabilidade económica. Aqui, é importante referir que o principal foco deve ser a prestação de cuidados de saúde, garantindo-se a qualidade e universalidade que a Constituição consagra²⁰⁷, porém, não podemos esquecer os profissionais de saúde e todos os agentes económicos que o setor da saúde abarca, e as suas aspirações profissionais e económicas. Um bom serviço de saúde, passa por ter profissionais satisfeitos, tanto do ponto de vista das condições de trabalho, como do ponto de vista remuneratório, daí, esta proposta de se equilibrar o interesse público com o interesse dos particulares que dedicam a sua vida profissional à saúde.

Tal como refere António Correia de Campos, hoje assiste-se a uma “*tendência*”, em que o Estado concede “*a gestão de unidades a consórcios públicos, privados, sociais ou mistos que se responsabilizassem pela administração de hospitais e de unidades*

²⁰² «Decreto Legislativo Regional n.º 41/2003/A, de 6 de novembro | DR», acedido 26 de março de 2024, <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-legislativo-regional/41-2003-468405>.

²⁰³ «Decreto Legislativo Regional n.º 25/2019/A, de 15 de novembro | DR», acedido 26 de março de 2024, <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-legislativo-regional/25-2019-126207403>.

²⁰⁴ Bem, «Contributos para uma abordagem baseada em serviços na integração dos sistemas de informação do Serviço Regional de Saúde dos Açores», 44.

²⁰⁵ Bem, 44.

²⁰⁶ Campos, *Administração Pública e Saúde - Ensaios de circunstância*, 150.

²⁰⁷ Decreto de 10 de Abril de 1976», Art.64º, acedido 10 de setembro de 2023, https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=4&tabela=leis&so_miolo=.

integradas de saúde.”²⁰⁸. O mesmo autor, faz alusão ao facto de se ter de avançar para uma transferência “*para agentes particulares ou privados*”, da “*responsabilidade de cobertura da saúde de toda uma população em contagem capitolacional, ou grupo de cidadãos definidos por critério geográfico, laboral, ou simplesmente por livre decisão individual dos interessados.*”²⁰⁹. Aqui, é de concordar com o autor, uma vez que é fundamental que o Estado deixe de ser agente económico, e seja regulador da atividade económica, porque de facto, há que encarar a saúde não só, mas também, como uma atividade económica que tem de ser lucrativa, para que se atraia e motive os melhores profissionais, dando-lhes as melhores condições de trabalho, se consiga adquirir a melhor tecnologia de diagnóstico e terapêutica, para que o interesse público saia beneficiado, isto sem qualquer crença ideológica ou política, até porque o Estado terá sempre um papel importante na regularização das assimetrias e desigualdades que possam surgir.

O papel regulador do Estado, seria de definir o “*serviço a prestar*”, através de “*indicadores de efectividade, qualidade, equidade, economia de gastos e eficiência, a fixação das tarifas a pagar*”, sendo que neste último ponto é importante que não se promova um consumo excessivo, por exemplo, por ser tão barato aceder aos serviços de saúde, que se torna pouco relevante gastar ou não gastar, nem uma utilização precária dos recursos, por motivos de elevados custos²¹⁰. No fundo, deve ser promovido um equilíbrio entre a real necessidade de utilização dos serviços de saúde, e o custo que essa utilização tem, de forma a não se entrar numa ótica do tudo ou nada, do excesso de zelo e da falta dele.

A utilização dos serviços de saúde privados, e o seu pagamento por parte do Estado já há muito que acontece em Portugal, por exemplo, através dos subsistemas de saúde públicos²¹¹ como a ADSE, ou os “cheques/vales cirurgia” com a criação em 2004 do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC)²¹², que vieram dar maior

²⁰⁸ Campos, *Administração Pública e Saúde - Ensaio de circunstância*, 150.

²⁰⁹ Campos, 150 e 151.

²¹⁰ Campos, 151.

²¹¹ «publicação-ers_direitos-e-deveres.pdf», 104, acessado 16 de setembro de 2023, https://www.ers.pt/media/sfbd4x2h/publica%C3%A7%C3%A3o-ers_direitos-e-deveres.pdf. – “*Entidades de natureza pública, de base ocupacional, que asseguram o acesso a cuidados de saúde a um conjunto de utentes e/ou participam financeiramente os encargos suportados com serviços de saúde.*”

²¹² «Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC)», ACSS, acessado 16 de setembro de 2023, <https://www.acss.min-saude.pt/2016/12/14/sistema-integrado-de-gestao-de-inscritos-para-cirurgia-sigic/>. – “*Tem como objectivo minimizar o período que decorre entre o momento em que um doente é encaminhado para uma cirurgia e a realização da mesma, garantindo, de uma forma progressiva, que o*

fluidez aos procedimentos médicos, principalmente quanto ao tempo de espera para prestação dos cuidados de saúde, e até quanto ao custo desses cuidados para o erário público, devido à contratação de serviços específicos, que no SNS acarretaria a contratação de mais profissionais, e conseqüente custo dessa contratação.

Segundo Miguel Gouveia, “os relatórios anuais do acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas” no que toca às “despesas anuais faturadas ao SNS pelas entidades convencionadas evoluíram de 533,3 milhões de euros em 2010 para 372,7 milhões de euros em 2013.”, traduzindo-se numa redução de 30%, fruto “da estratégia generalizada que o Ministério da Saúde desenvolveu para lidar com a crise financeira nos anos da Troika, mantendo, por um lado, os volumes de bens e serviços, mas reduzindo, por outro, os pagamentos efetivos aos trabalhadores e a todo o tipo de fornecedores, como as entidades convencionadas, a indústria farmacêutica ou as farmácias.”²¹³.

Segundo o mesmo autor, desde 2013, “os montantes faturados voltaram a crescer, atingindo um máximo de 507 milhões de euros em 2019, e tendo caído 4,5%, para 484 milhões de euros, em 2020.”²¹⁴. São referidos igualmente dados, tendo por base o “Portal da Transparência do SNS”, sendo indicado que “em 2019 terão ocorrido 106,6 milhões de atos, associados a 19,1 milhões de requisições, valores que caíram respetivamente para 80 milhões e 14,7 milhões, em 2020, devido à pandemia de covid-19.”. Nos anos de “2020 e 2021 terá ocorrido de novo um crescimento marcado na atividade convencionada, com o número de atos a fixar-se nos 112,2 milhões e as requisições a atingirem os 20,7 milhões.”. No ano de “2020, as áreas com maior faturação foram as análises clínicas (52%), a radiologia (18%), a medicina física e de reabilitação (16%) e a endoscopia gastroenterológica (8%).”²¹⁵.

Um caso específico referido por Miguel Gouveia, enquanto “atividade convencionada”, é o caso da “hemodiálise para doentes com insuficiência renal crónica”. Segundo o autor, houve um crescimento do “número de doentes em tratamento”, “de 9058 em 2010 para 12141 em 2020”, tendo existido um crescimento também dos custos, “de

tratamento cirúrgico decorre dentro do tempo clinicamente admissível.” - Resolução do Conselho de Ministros n.º 79/2004, de 24 de junho

²¹³ Miguel Gouveia, *Saúde e Hospitais Privados em Portugal*, 1ª (Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2022), 89.

²¹⁴ Gouveia, 89.

²¹⁵ Gouveia, 89–90.

246,5 milhões de euros para 280,5 milhões de euros anuais”. Nesta situação específica da hemodiálise, é referido pelo autor que o SNS, “em vez de pagar por cada ato, como é típico nos MCDT²¹⁶ em geral, está a utilizar um pagamento compreensivo, ou seja, um preço semanal que cobre o pacote de cuidados necessários ao tratamento e seguimento dos doentes”. Assim, houve uma melhoria “na capacidade de gestão do SNS”, uma vez que “os preços compreensivos” melhoraram a “qualidade dos cuidados” e reduziram os custos, ficando a sugestão de se aplicar esta fórmula, quando seja possível, a outras áreas, nomeadamente em situações de doença crónica.²¹⁷

É possível concluir, que sai mais barato à Administração, ou mesmo não saindo, que é mais eficiente e célere a prestação dos cuidados de saúde por parte dos privados, ficando o interesse público bem servido, do que se insistir no atual modelo de regulação, prestação e pagamento por parte do Estado. A contratação pública, é um dos grandes entraves ao bom desempenho da Administração, bem como, a morosidade com que os privados são pagos pelos serviços que prestam, e pelos produtos que fornecem, daí que muitas vezes existe um afastamento destes, no que toca a contratar com o Estado, como por exemplo aconteceu com as convenções entre a ADSE²¹⁸ e os privados, em que muitos grupos de hospitais privados ameaçaram suspender as convenções com a ADSE, pelo facto de em 2018, a ADSE ter divulgado “um comunicado onde indicava que as clínicas e hospitais privados tinham a devolver 38 milhões de euros ao subsistema de saúde da função pública devido a excessos de faturação entre 2015 e 2016.”²¹⁹, a juntar ao facto de o prazo médio dos reembolsos da ADSE aos privados ser de cerca de 55 dias, sendo igualmente moroso para os beneficiários da ADSE, uma vez que segundo uma notícia do jornal Observador e da Agência Lusa, de setembro de 2021, “em 2019, o tempo de espera médio para os beneficiários serem reembolsados das despesas realizadas quando recorrem a consultas ou serviços médicos fora da rede convencionada rondava os 90 dias.”²²⁰.

²¹⁶ Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica.

²¹⁷ Gouveia, *Saúde e Hospitais Privados em Portugal*, 90.

²¹⁸ *Assistência na Doença aos Servidores Cívicos do Estado (ADSE) - O Instituto de Proteção e Assistência na Doença, I.P. (ADSE, I.P.) é um instituto público de regime especial e de gestão participada, integrado na administração indireta do Estado, com dupla tutela do Ministério da Presidência e do Ministério das Finanças.* «História – ADSE», acessado 9 de dezembro de 2023, <https://www2.adse.pt/institucional/historia/>.

²¹⁹ Agência Lusa, «ADSE: Prazo médio dos reembolsos ronda os 55 dias», Observador, acessado 9 de dezembro de 2023, <https://observador.pt/2021/09/01/adse-prazo-medio-dos-reembolsos-ronda-os-55-dias/>.

²²⁰ Lusa.

Dito isto, e tendo em consideração todo o panorama da saúde em Portugal, o Estado paga mal e paga tarde, daí os privados, sejam eles prestadores ou beneficiários, perderem a confiança na Administração.

Nos termos do Decreto-Lei n.º 62/2013, de 10 de maio²²¹, no nº2 do art.5º, é referido que “*Os prazos definidos na alínea a) do número anterior²²² não podem exceder 60 dias para as entidades públicas que prestem cuidados de saúde e estejam devidamente reconhecidas como tal.*”, ou seja, o prazo dado às entidades públicas que prestem cuidados de saúde e estejam devidamente reconhecidas, é o dobro das restantes, uma vez que o prazo para as restantes é de 30 dias, e ainda assim não são cumpridos os referidos prazos, tal como revela o indicador de prazo médio de pagamentos disponibilizado pela Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.²²³.

²²¹ «Decreto-Lei n.º 62/2013 | DR», acedido 11 de dezembro de 2023, <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/62-2013-261160>. Este Decreto-Lei “*transpõe para a ordem jurídica nacional a Diretiva n.º 2011/7/UE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 16 de fevereiro de 2011, que estabelece medidas contra os atrasos de pagamento nas transações comerciais.*”, tal como está disposto no seu artigo 1º.

²²² “*O prazo de pagamento não pode exceder os prazos previstos no n.º 3 do artigo anterior, exceto nos termos dos n.os 2 e 3;*”, ou seja, nos termos do nº3 do art.4º “*Sempre que do contrato não conste a data ou o prazo de vencimento, são devidos juros de mora após o termo de cada um dos seguintes prazos, os quais se vencem automaticamente sem necessidade de interpelação: a) 30 dias a contar da data em que o devedor tiver recebido a fatura; b) 30 dias após a data de receção efetiva dos bens ou da prestação dos serviços quando a data de receção da fatura seja incerta; c) 30 dias após a data de receção efetiva dos bens ou da prestação dos serviços, quando o devedor receba a fatura antes do fornecimento dos bens ou da prestação dos serviços; d) 30 dias após a data de aceitação ou verificação, quando esteja previsto, na lei ou no contrato, um processo mediante o qual deva ser determinada a conformidade dos bens ou serviços e o devedor receba a fatura em data anterior ou na data de aceitação ou verificação.*”

²²³ «PMP-2T2023- EPE.pdf», acedido 11 de dezembro de 2023, <https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/PMP-2T2023- EPE.pdf>.

INDICADOR DO PRAZO MÉDIO DE PAGAMENTOS

Resolução do Conselho de Ministros n.º 34/2008 - Diário da República, 1ª série, n.º 38, de 22 Fevereiro
Entidade Pública Empresarial

Entidade	2º Trimestre de 2023				
	PMP em Dias				
	2T2022	3T2022	4T2022	1T2023	2T2023
Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, EPE	265	260	267	264	259
Centro Hospitalar Médio Ave, EPE	166	179	197	205	225
Centro Hospitalar de Lisboa - Zona Ocidental, EPE	212	221	200	199	202
Centro Hospitalar Vila Nova Gaia/Espinho, EPE	182	189	185	192	197
Centro Hospitalar Póvoa Varzim / Vila do Conde, EPE	206	220	226	207	195
Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE	187	196	205	202	192
Hospital da Senhora da Oliveira Guimarães, EPE	242	239	223	209	191
Centro Hospitalar do Barreiro - Montijo, EPE	186	196	196	184	190
Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE	183	237	179	193	188
Unidade Local de Saúde Alto Minho, EPE	239	238	223	207	186
Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE	205	212	196	190	179
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	150	159	165	171	177
Hospital Garcia de Orta, EPE - Almada	186	180	189	174	176
Centro Hospitalar de Setúbal, EPE	185	183	179	179	172
Centro Hospitalar Médio Tejo, EPE	110	116	193	183	169
Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, EPE	179	185	179	178	167
Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira, EPE	147	161	159	163	163
Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE	228	242	217	194	162
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE	185	194	193	184	161
Instituto Português de Oncologia de Lisboa, EPE	203	193	191	176	160
Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE	162	160	168	158	159
Hospital Distrital Figueira da Foz, EPE	159	179	178	170	158
Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE	175	180	172	167	156
Centro Hospitalar Universitário do Algarve, EPE	163	173	161	168	153
Instituto Português de Oncologia do Porto, EPE	144	148	159	148	150
Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, EPE	183	187	176	174	145
Centro Hospitalar de Leiria, EPE	186	198	178	159	145
Hospital Fernando da Fonseca, EPE	152	155	146	127	140
Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE	162	180	169	156	139
Instituto Português de Oncologia de Coimbra, EPE	158	161	163	143	136
Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE	161	162	159	142	133
Centro Hospitalar do Oeste, EPE	169	194	171	134	126
Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE	123	122	118	121	125
Hospital Espírito Santo de Évora, EPE	141	136	140	136	125
Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE	148	176	165	147	125
Hospital Distrital Santarém, EPE	111	113	117	119	122
Centro Hospitalar Universitário de Santo António, EPE	-	-	-	115	116
Hospital Distrital S. Maria Maior, EPE - Barcelos	172	155	134	122	112
Centro Hospitalar Universitário de São João, EPE	132	144	134	123	106

Fonte: SIGEF

Conforme se pode observar na tabela²²⁴ acima representada, a morosidade do pagamento por parte das unidades hospitalares é grande, uma vez que apesar de ser uma média de valores, e não valores individualizados, é visível que os 60 dias que a lei exige, são em larga medida ultrapassados.

²²⁴ «PMP-2T2023-_EPE.pdf».

saúde, que de facto têm prestado um bom serviço à comunidade, nomeadamente, em situações de “doença aguda não urgente”, uma vez que em muito menos tempo, dão uma resposta muitas vezes mais completa, uma vez que se fazem exames complementares de diagnóstico, do que em longas horas num hospital público do SNS²²⁷. Contudo, nos casos mais graves, o SNS dá uma resposta muito positiva, assumindo a responsabilidade de tudo fazer para ajudar e salvar a vida que está em jogo, por exemplo, como aconteceu com a pandemia COVID-19, em que o SNS foi fundamental, apesar de terem existido mortes.

Pegando ainda no exemplo da pandemia COVID-19, mas agora em relação aos serviços privados, pode-se fazer referência ao caso do Serviços de Assistência Médico-Social do Sindicato dos Bancários (SAMS)²²⁸, que encerrou portas durante o período crítico da Covid-19, deixando de prestar cuidados de saúde aos seus beneficiários, e segundo notícias contemporâneas transferiu os doentes hospitalizados nas suas unidades, para hospitais públicos do SNS. Outro exemplo semelhante, aconteceu no Grupo Trofa Saúde, com o encerramento do Hospital Privado de Alfena²²⁹.

As situações referidas, não podem acontecer, tendo o privado que assumir para além do setor económico da saúde, também a função social que a saúde representa. Esta responsabilidade, de ter um papel social para além de económico, é exercido sobre a fiscalização e regulação da Administração, tendo como contrapartida os lucros

²²⁷ Carlos Marques, «Hospitais privados com avaliação global superior aos hospitais públicos», acedido 26 de maio de 2024, <http://aphp-pt.org/hospitais-privados-com-avaliacao-global-superior-aos-hospitais-publicos/>.

²²⁸ «Bancários reformados marcam manifestação pela “reabertura imediata” dos SAMS», Diário de Notícias Madeira, acedido 17 de setembro de 2023, <https://www.dnoticias.pt/2020/4/30/54438-bancarios-reformados-marcam-manifestacao-pela-reabertura-imediata-dos-sams>; Global Media Group, «Ordem dos Médicos condena encerramento do SAMS e pede intervenção do Governo», 3 de abril de 2020, <https://www.dn.pt/pais/ordem-dos-medicos-condena-encerramento-do-sams-e-pede-intervencao-do-governo-12025202.html>; Ana Mafalda Inácio, «SAMS encerra hospital, despede funcionários durante um mês mas garante vínculos laborais», 23 de março de 2020, <https://www.dn.pt/pais/sams-encerra-hospital-e-despede-funcionarios-durante-um-mes-11971436.html>; Global Media Group, «SAMS fecha portas e remete 95 mil beneficiários para o SNS», TSF Rádio Notícias, 23 de março de 2020, <https://www.tsf.pt/portugal/sociedade/sams-fecha-portas-e-remete-95-mil-beneficiarios-para-o-sns-11973726.html>; «SAMS. Rede hospitalar que fechou portas no pico da pandemia começa a reabrir serviços», Expresso, 12 de maio de 2020, <https://expresso.pt/sociedade/coronavirus/2020-05-12-SAMS.-Rede-hospitalar-que-fechou-portas-no-pico-da-pandemia-comeca-a-reabrir-servicos-bba436f7>.

²²⁹ «Trofa Saúde encerra hospital em plena pandemia», Esquerda, acedido 18 de setembro de 2023, <https://www.esquerda.net/artigo/trofa-saude-encerra-hospital-em-plena-pandemia/66828>; Jornal N. Regional, «Hospital Privado de Alfena encerra urgências ->», 17 de março de 2020, <https://www.jornalnoregional.pt/2020/03/hospital-privado-de-alfena-encerra-urgencias/>.

provenientes dessa atividade económica. No fundo, o Estado regula e fiscaliza, e o privado presta o serviço, sendo pago pelo mesmo.

Miguel Gouveia, coloca a questão “*Porque existem então procuras tão significativas de cuidados privados de saúde?*”, e responde dizendo, que os principais problemas “*são as deficiências no acesso aos cuidados de saúde por incapacidades da oferta, filas e listas de espera.*”, e acrescenta que “*Os tempos de espera são excessivos, desde as pessoas terem de ir para a fila de espera de madrugada para poderem ser atendidas no centro de saúde, passando pela necessidade de esperar horas nas urgências hospitalares, já para não falarmos das listas de espera informais para ter médico de família.*”.²³⁰ O mesmo autor, faz ainda alusão a dados do Portal da Transparência do SNS, que referem que “*a proporção de inscritos nos cuidados de saúde primários com médico de família atribuído subiu entre 2014 e 2019, mas tem vindo a diminuir desde então.*” Neste sentido, Miguel Gouveia verificou, que “*Em julho de 2019 apenas cerca de 6,5% dos inscritos não tinham médico de família*”, sendo que esta percentagem aumentou até aos 13,9% dos inscritos no mês de julho de 2022²³¹.

Outro dos grandes problemas no SNS, é a falta *de enfermeiros nos cuidados primários bem como de técnicos e administrativos*. A juntar a esta situação, temos as *listas de espera para consultas da especialidade de base hospitalar após referenciação pelo médico dos cuidados de saúde primários.*²³² Relativamente às listas de espera, Miguel Gouveia refere que as “*mais discutidas publicamente são as de acesso a cirurgias e a outras intervenções terapêuticas pesadas, como, por exemplo, o cateterismo cardíaco.*”.²³³

Relativamente ao Tempo Máximo de Resposta Garantida (TMRG), é importante dizer que estamos perante um indicador que representa “*o direito de acesso, dos utentes do Serviço Nacional de Saúde, aos vários tipos de cuidados de saúde sem carácter de*

²³⁰ Gouveia, *Saúde e Hospitais Privados em Portugal*, 32.

²³¹ Gouveia, 32.

²³² Gouveia, 32. - “*Uma característica relevante da lista de espera é a produção de doentes que ultrapassou o Tempo Máximo de Resposta Garantida (TMRG). Em maio de 2022, cerca de 23,5% dos doentes em lista de espera tinham ultrapassado os TMRG.*” Como é público, tornou-se normal os largos períodos de espera, de meses ou até superiores a um ano, principalmente nas consultas e intervenções cirúrgicas de especialidade.

²³³ Segundo a análise do autor, “*De acordo com o Portal da Transparência do SNS, em janeiro de 2018 a lista de espera, designada oficialmente por Lista de Inscritos em Cirurgia (LIC), incluía 227 mil doentes.*”, no entanto, em janeiro de 2020, o número aumentou para 247 mil. A Covid-19 veio reduzir estes valores, “*até cerca de 198 mil em julho de 2021*”, regressando a tendência ascendente “*até aos 218 mil em maio de 2022*”.Gouveia, 33.

urgência, em tempo considerado clinicamente aceitável para a sua condição.”²³⁴. Verificando os tempos de resposta que o portal do SNS nos dá, confirma-se logo à partida que não correspondem à realidade, uma vez que os utentes do SNS se deparam com tempos de espera bem superiores.

Nível de acesso e tipo de cuidados	TMRG
Cuidados de saúde primários	
• Cuidados prestados no centro de saúde a pedido do utente, familiares ou cuidadores	
• relacionado com doença aguda	Atendimento no dia do pedido
• não relacionado com doença aguda	15 dias úteis a partir da receção do pedido
• Cuidados prestados no centro de saúde a pedido de um centro de saúde, hospital, do SNS 24 ou das equipas e unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados	
• relacionado com doença aguda	Atendimento no dia do pedido
• não relacionado com doença aguda	30 dias úteis a partir da receção do pedido
• Necessidades expressas a serem resolvidas de forma indireta	
• renovação de medicação em caso de doença crónica	72 horas após a receção do pedido
• relatórios, cartas de referência, orientações e outros documentos escritos (na sequência de consulta médica ou enfermagem)	72 horas após a receção do pedido
• Consultas programadas pelos profissionais do centro de saúde	Sem TMRG geral aplicável: dependente da periodicidade definida nos programas nacionais de saúde e ou avaliação do clínico
• Consulta no domicílio	
• a pedido do utente, familiares ou cuidadores	24 horas, se a justificação do pedido for aceite pelo profissional
• programada pelos profissionais do centro de saúde	De acordo com o plano de cuidados previsto

Cuidados de Saúde Primários

Fonte: Portal SNS²³⁵

Ao analisar a tabela acima, é de verificar logo no primeiro ponto, relacionado com a doença aguda, que o “*atendimento no dia do pedido*” é um dado meramente indicativo e meramente teórico, uma vez que existe uma realidade crítica quanto à atribuição de médico de família a cada cidadão²³⁶, não existindo na prática uma resposta rápida nos

²³⁴ «Tempos máximos de resposta garantidos (TMRG) no acesso a cuidados de saúde no Serviço Nacional de Saúde», SNS24, acedido 18 de dezembro de 2023, <https://www.sns24.gov.pt/guia/direitos-e-deveres-do-utente/tempos-maximos-de-resposta-garantidos-tmrg-no-acesso-a-cuidados-de-saude-no-servico-nacional-de-saude/>.

²³⁵ «Tempos máximos de resposta garantidos (TMRG) no acesso a cuidados de saúde no Serviço Nacional de Saúde».

²³⁶ «Portugueses sem médico de família aumentam mais de 30% nos últimos dois anos», Expresso, 28 de junho de 2023, <https://expresso.pt/sociedade/saude/2023-06-28-Portugueses-sem-medico-de-familia-aumentam-mais-de-30-nos-ultimos-dois-anos-a8fa362d>.

cuidados de saúde primários, pois não existe número suficiente de profissionais para dar resposta às necessidades dos utentes do SNS, e por outro lado, nos cuidados de saúde primários, nos casos de urgência, os utentes são reencaminhados para a unidade hospitalar mais próxima, na medida em que os centros de saúde, ou as Unidades Locais de Saúde (ULS), não dispõem de meios humanos e tecnológicos, para dar resposta numa situação de urgência à população que territorialmente lhe está adstrita. O mesmo acontece com a doença não aguda, tendo muitos doentes que se deslocar às unidades de saúde a horas incompreensíveis²³⁷, para tentar obter uma vaga para uma consulta²³⁸.

Nível de acesso e tipo de cuidados	TMRG
Primeira consulta de especialidade hospitalar	
<ul style="list-style-type: none"> • Consulta referenciada pelo centro de saúde <ul style="list-style-type: none"> • de realização "muito prioritária" de acordo com a avaliação em triagem hospitalar • de realização "prioritária" de acordo com a avaliação em triagem hospitalar • de realização com prioridade "normal" de acordo com a avaliação em triagem hospitalar • Consulta em situação de doença oncológica suspeita ou confirmada • Consulta em situação de doença cardíaca suspeita ou confirmada 	
	<ul style="list-style-type: none"> 30 dias seguidos a partir do registo do pedido da consulta no sistema informático da consulta a tempo e horas (CTH) pelo médico assistente do centro de saúde 60 dias seguidos a partir do registo do pedido da consulta no sistema informático da consulta a tempo e horas (CTH) pelo médico assistente do centro de saúde 120 dias seguidos a partir do registo do pedido da consulta no sistema informático CTH pelo médico assistente do centro de saúde Variável em função do nível de prioridade Variável em função do nível de prioridade
Primeira consulta de especialidade hospitalar	

Fonte: Portal SNS²³⁹

Nível de acesso e tipo de cuidados	TMRG
Avaliação para realização de planos de cuidados de saúde programados	Variável em função do nível de prioridade
Cuidados de saúde programados	

Fonte: Portal SNS²⁴⁰

²³⁷ Global Media Group, «Ministro diz ser inaceitável haver utentes de madrugada à porta dos centros de saúde», 16 de setembro de 2023, <https://www.dn.pt/sociedade/ministro-diz-ser-inaceitavel-haver-utentes-de-madrugada-a-porta-dos-centros-de-saude--17035168.html>.

²³⁸ «“Trouxe um banquinho”»: Filas em frente a centro de saúde começam de madrugada», SIC Notícias, 29 de setembro de 2023, <https://sicnoticias.pt/pais/2023-09-29-Trouxe-um-banquinho-Filas-em-frente-a-centro-de-saude-comecam-de-madrugada-ba2e2868>.

²³⁹ «Tempos máximos de resposta garantidos (TMRG) no acesso a cuidados de saúde no Serviço Nacional de Saúde».

²⁴⁰ «Tempos máximos de resposta garantidos (TMRG) no acesso a cuidados de saúde no Serviço Nacional de Saúde».

Nível de acesso e tipo de cuidados	TMRG
Realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT)	
• cateterismo cardíaco	30 dias seguidos após a indicação clínica
• pacemaker cardíaco	30 dias seguidos após a indicação clínica
• exames de endoscopia gastroenterológica	90 dias seguidos após indicação clínica
• exames de medicina nuclear	30 dias seguidos após indicação clínica
• exames de tomografia computadorizada	90 dias seguidos após indicação clínica
• ressonâncias magnéticas	90 dias seguidos após indicação clínica
• angiografia diagnóstica	30 dias seguidos após indicação clínica
• tratamentos de radioterapia	15 dias seguidos após indicação clínica
• restantes meios complementares de diagnóstico e terapêutica integrados e em programas de seguimento	A realizar dentro do TMRG definido para a realização do plano de cuidados programados em que se insere a necessidade de realização dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica

Realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica

Fonte: Portal SNS²⁴¹

Nível de acesso e tipo de cuidados	TMRG
Procedimentos hospitalares cirúrgicos programados	
• Cirurgia programada	
• prioridade "nível 4" de acordo com a avaliação da especialidade hospitalar	72 horas após a indicação cirúrgica
• prioridade "nível 3"	15 dias seguidos após a indicação cirúrgica
• prioridade "nível 2"	60 dias seguidos após a indicação cirúrgica
• prioridade "nível 1"	180 dias seguidos após a indicação cirúrgica
• Cirurgia programada na doença oncológica	Variável em função do nível de prioridade
• Cirurgia programada na doença cardíaca	Variável em função do nível de prioridade

Procedimentos hospitalares cirúrgicos programados

Fonte: Portal SNS²⁴²

²⁴¹ «Tempos máximos de resposta garantidos (TMRG) no acesso a cuidados de saúde no Serviço Nacional de Saúde».

²⁴² «Tempos máximos de resposta garantidos (TMRG) no acesso a cuidados de saúde no Serviço Nacional de Saúde».

Nível de acesso e tipo de cuidados	TMRG
<ul style="list-style-type: none"> Consultas, cirurgia, meios complementares de diagnóstico e terapêutica 	O tempo de resposta que conste no contrato de convenção

Entidades com acordos e convenção

Nível de acesso e tipo de cuidados	TMRG
<ul style="list-style-type: none"> Equipas e unidades de ambulatório e internamento 	O tempo de resposta que conste na regulamentação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

Entidades com contratos no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

Fonte: Portal SNS²⁴³

Financiamento do atual SNS

Pedro Pita Barros, descreve bem o modelo de financiamento do atual sistema de saúde em Portugal, sendo um modelo de financiamento direto pelo orçamento do Estado, em que a decisão política é a base da atribuição de mais ou menos recursos financeiros ao SNS. O autor refere que “*Sendo o orçamento para o SNS despesa pública, a sua principal fonte de receitas é a recolha de impostos e sua distribuição pelos decisores políticos através do Orçamento do Estado.*”²⁴⁴, sendo este um dos motivos que justifica esta investigação e proposta, uma vez que os decisores políticos não conseguem ter a sensibilidade para decidir e acompanhar a saúde enquanto direito fundamental, e ao mesmo tempo enquanto setor económico, porque para que se consiga garantir um acesso à saúde digno, que dê respostas céleres e efetivas aos seus beneficiários, é igualmente necessário que se dê condições aos profissionais que prestam cuidados de saúde, e aos que prestam serviços ou vendem produtos que auxiliam a prestação dos cuidados de saúde²⁴⁵, caso contrário não será bom para ninguém, e quem sai prejudicado é quem realmente precisa dos cuidados de saúde, pois encontra-se numa situação fragilizada.

Tal como explica o autor, neste atual modelo “*O Ministério da Saúde concorre com os outros ministérios (e suas despesas, também sociais ou de funções de soberania) para a utilização dos recursos do Estado. A disponibilidade de fundos para o Serviço*

²⁴³ «Tempos máximos de resposta garantidos (TMRG) no acesso a cuidados de saúde no Serviço Nacional de Saúde».

²⁴⁴ Barros, *Pela Sua Saúde*, 30.

²⁴⁵ Deve existir uma visão de gestão da saúde, numa lógica “win win”, em que todos ganhem, tanto os beneficiários que têm acesso aos cuidados de saúde, como quem obtenha os seus rendimentos pela prestação da atividade profissional no setor da saúde. Só assim, se vai conseguir chegar a um equilíbrio para todo o sistema de saúde.

*Nacional de Saúde tem, assim, uma componente de decisão política, no âmbito da distribuição dos dinheiros públicos pelos diferentes ministérios.*²⁴⁶, porém, o grande problema está neste aspeto, no facto de a saúde necessitar de valores superiores aos das restantes atribuições do Estado, daí a proposta de afastamento do Orçamento de Estado para financiamento da saúde em Portugal.

O sistema de saúde português tem diferentes maneiras de se financiar. Segundo Alexandre Lourenço, em análise do ano 2016, *“a despesa corrente em saúde foi financiada, fundamentalmente, pelo SNS e Serviços Regionais de Saúde das Regiões Autónomas (SRS) dos Açores e da Madeira (57 por cento) e pelas famílias através de pagamentos diretos (27,8 por cento). Em termos de coberturas complementares para além do serviço universal, os subsistemas de saúde públicos (por exemplo, Instituto de Proteção e Assistência na Doença – ADSE, Sistemas de Apoio na Doença da Polícia de Segurança Pública e da Guarda Nacional Republicana, Assistência na Doença aos Militares) representaram 4,2 por cento, as outras unidades da administração pública 3,9 por cento e as sociedades de seguros 3,7 por cento (INE, 2018).*²⁴⁷, pode-se então dizer, tendo por base a informação que o autor nos faculta, que cerca de 40% do financiamento do ano em análise é feito pelos beneficiários, seja por pagamento direto, seja pelo pagamento dos subsistemas que alguns dos beneficiários do SNS têm²⁴⁸, não se podendo esquecer que o SNS e os SRS são financiados pelo orçamento de Estado, mais concretamente pela redistribuição dos impostos gerais pagos pelos cidadãos.²⁴⁹

Seguindo a análise do ano de 2016, levada a cabo por Alexandre Lourenço, cumpre referir que *“os principais destinatários do financiamento do SNS e SRS foram os hospitais públicos (53,1 por cento), farmácias (13,1 por cento) e prestadores públicos de cuidados em saúde em ambulatório (12,2 por cento).*²⁵⁰. Relativamente aos beneficiários do sistema de saúde, ou seja, as famílias, estas *“concentraram a sua despesa nos prestadores privados (40,8 por cento em prestadores de cuidados de saúde em*

²⁴⁶ Barros, *Pela Sua Saúde*, 30.

²⁴⁷ Lourenço, «Sistema de saúde de português: Um caminho para a proteção social universal da saúde em Portugal», 2018, 7.

²⁴⁸ *“através de uma contribuição específica sobre o salário dos funcionários públicos, cobrindo pouco mais de um milhão de beneficiários enquanto os seguros privados voluntários são financiados através de contribuições dos trabalhadores e empregadores, tendo uma cobertura que ultrapassa um quinto da população (ISP, 2013). Os subsistemas públicos apenas remuneram a atividade realizada em prestadores privados.”* Lourenço, 7.

²⁴⁹ Lourenço, 7.

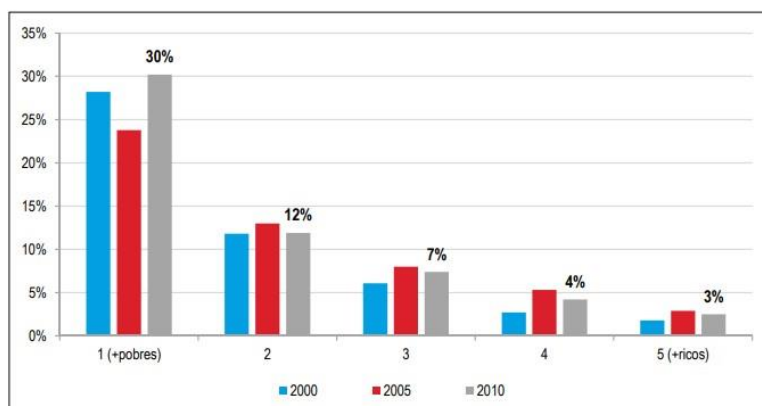
²⁵⁰ Lourenço, 7.

ambulatório e 14,3 por cento em hospitais), em farmácias (24,0 por cento) e em todas as outras vendas de bens médicos (10,3 por cento) (INE, 2018).”²⁵¹

Alexandre Lourenço, refere que “os pagamentos diretos por parte das famílias são uma fonte de preocupação devido à possibilidade de conduzirem a despesas catastróficas em saúde (ponto a partir do qual estes são tão altos em relação aos recursos disponíveis que obrigam as famílias a abandonar o consumo de outros bens e serviços essenciais) e ao empobrecimento das famílias.”²⁵². Pode-se então retirar destas afirmações, que o atual sistema de saúde não está a corresponder às necessidades dos seus beneficiários, necessitando estes de procurar alternativas no setor privado, para colmatar as falhas do SNS na resposta célere e assertiva aos problemas dos seus utentes, sendo necessário um esforço financeiro extraordinário, por parte dos contribuintes, para que seja garantido o seu acesso a cuidados de saúde.

O mesmo autor, faz alusão a dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), dizendo que os “orçamentos das famílias portuguesas demonstram que a percentagem da população que experiencia despesas catastróficas aumentou entre 2000 e 2010, afetando cerca de 11,2 por cento da população (920 000 a 1 060 000 pessoas).”, e acrescenta, que “A percentagem da população que enfrenta despesas catastróficas, ou de empobrecimento com os pagamentos diretos, varia de acordo com os quintis de rendimento.”, estando “30 por cento da população situada no quintil mais pobre é afetada por este fenómeno contra apenas 3 por cento do quintil mais rico (INE, 2015).”²⁵³

Percentagem da população que enfrenta despesas catastróficas, ou de empobrecimento com pagamentos diretos de acordo com os quintis de rendimento



Fonte: OIT²⁵⁴

²⁵¹ Lourenço, 7.

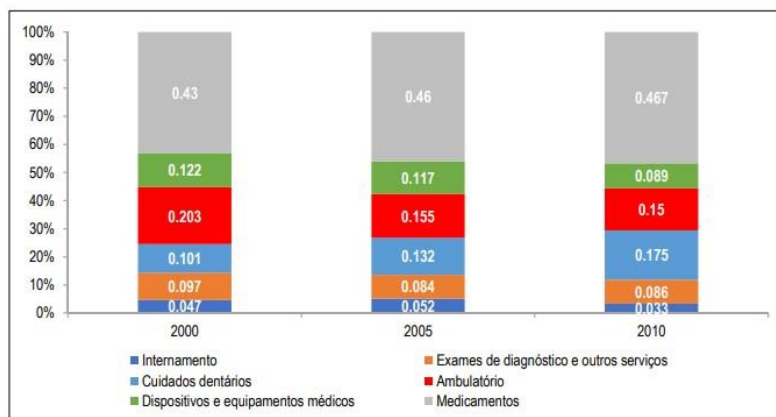
²⁵² Lourenço, 7 e 8.

²⁵³ Lourenço, 8.

²⁵⁴ Lourenço, 8.

Pode-se verificar no gráfico acima, que a população com menos recursos gasta grande parte do seu baixo rendimento em despesas de saúde, ao contrário de quem tem rendimentos mais altos, em que o impacto das despesas em saúde não é assim tão significativo no seu orçamento familiar.

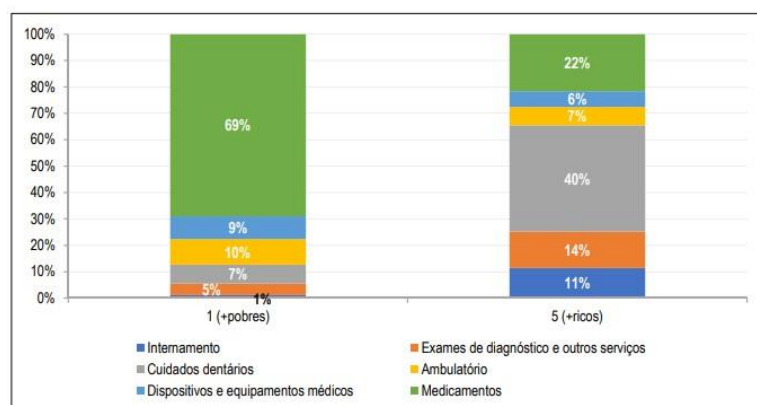
Peso de diferentes prestações de saúde nos pagamentos diretos



Fonte: OIT²⁵⁵

Quanto ao gráfico acima retratado, estamos perante as principais despesas de saúde que a população portuguesa tem, sendo a medicação a maior despesa. Esta maior percentagem na medicação, deve-se ao facto de termos uma população envelhecida²⁵⁶, que toma diariamente medicação para os vários problemas que surgem com o avançar da idade.

Peso de diferentes prestações de saúde nos pagamentos diretos, de acordo com primeiro e último quintil de rendimento



Fonte: OIT²⁵⁷

²⁵⁵ Lourenço, 8.

²⁵⁶ Teresa Rodrigues, *Envelhecimento e políticas de saúde* (Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2018), 36.

²⁵⁷ Lourenço, «Sistema de saúde de português: Um caminho para a proteção social universal da saúde em Portugal», 9.

No gráfico acima, pode-se verificar que os mais ricos e mais pobres têm necessidades diferentes, ou melhor, têm prioridades diferentes.

Quem tem maiores possibilidades, os gastos em saúde têm maior predominância nos cuidados dentários, sendo estes cuidados os de valor mais elevado, e no fundo, os mais dispensáveis por quem menos possui, uma vez que não estamos a falar de uma questão limiar da saúde, de vida ou morte, mas de uma questão maioritariamente estética, sem obviamente menosprezar a importância de uma boa saúde oral, no desempenho físico, motor e emocional do ser humano²⁵⁸.

Para os mais pobres, a maior percentagem do orçamento vai para a medicação, uma vez que é a prioridade vital dos cuidados de saúde. A medicação acaba por ser a base da saúde, uma vez que previne, regride, ou cura, os vários problemas de saúde. Sem medicação, seria quase impossível controlar muitas das enfermidades existentes na nossa sociedade, e originaria situações de muito sofrimento e até a morte. Desta forma, sendo a medicação vital para a saúde, quem menos recursos económicos tem, acaba por canalizar o que tem para a medicação, deixando por exemplo a saúde oral, ou dentária, para trás, como se fosse supérfluo, ou um luxo.

O papel das Parcerias Público-Privadas (PPP) na saúde em Portugal:

Portugal foi pioneiro ao introduzir o modelo das Parcerias Público-privadas, doravante PPP, na gestão de certas infraestruturas hospitalares, “*bem como serviços médicos integrados no Serviço Nacional de Saúde (SNS)*.”²⁵⁹ Os principais hospitais no regime de PPP foram Braga, Vila Franca de Xira, Loures e Cascais.

Ao falar de PPP, estamos a falar de “*contratos de longo prazo entre entidades públicas e privadas para a provisão de serviços públicos, nos quais as entidades privadas*

²⁵⁸ “Observar a boca de uma forma separada do resto do corpo é uma abordagem simplista que tem de cessar, a saúde oral afeta a saúde geral, causando dor e sofrimento alterando a qualidade de vida e o bem-estar dos indivíduos (Sheiham, 2005). A ocorrência e a prevalência das doenças orais na vida das pessoas pode ser considerado uma “epidemia silenciosa (DGS, 2011).

As características da condição de saúde oral tais como o sofrimento e as limitações funcionais são cada vez mais importantes relacionadas com o bem-estar diário comparativamente à doença cárie e outras sequelas (Alves, 2009). A saúde oral interfere na saúde em geral ao limitar e interferir nas atividades diárias, com destaque para os impactos das suas alterações nos domínios funcionais, psicológicos e sociais (Sischo, 2011). Pode afetar negativamente a alimentação, a comunicação, a interação social, o desempenho intelectual e o descanso.”. Márcia Loriane Fernandes Ferreira, «Importância da saúde oral na qualidade de vida adaptada às características de saúde oral dos Portugueses», sem data, 1.

²⁵⁹ «Sarmento - A EFICIÊNCIA DOS HOSPITAIS EM REGIME PPP EM PORTUGAL.pdf», 2, acessado 21 de janeiro de 2024, https://www.concorrenca.pt/sites/default/files/imported-magazines/CR_42-4302_PT.pdf.

assumem risco significativo, são responsáveis pela gestão, e são remuneradas de acordo com o seu desempenho.”²⁶⁰ Este modelo de gestão, possibilitou ao Estado financiar-se, no sentido de manter as “*políticas de investimento público em infraestruturas*”, nomeadamente, “*em estabelecimentos hospitalares, diferindo os custos no tempo e partilhando riscos associados aos processos de construção.*”, e por outro lado, quanto à “*prestação do serviço público*” este modelo de PPP prevê “*a partilha de riscos e a obtenção de ganhos de eficiência e/ou qualidade na prestação,*” através de “*métodos de gestão privada na administração dos serviços públicos.*”²⁶¹

Joaquim Miranda Sarmiento e Diogo Nunes da Silva, consideram que as PPP têm “*características significativas*”, nomeadamente, “*a cooperação; relacionamentos de longa duração; desenvolvimento de produtos ou serviços mútuos; partilha do risco, custos e benefícios; e adição de valor para ambos os parceiros.*”²⁶²

Os mesmos autores referem ainda, que “*as PPP têm três características específicas*”. Quanto à primeira, “*os parceiros em regime de PPP não partilham uma estrutura de propriedade comum: de um dos lados encontra-se uma organização pública, como um governo, enquanto do outro encontra-se uma organização privada, como um empreendimento comercial.*”. Ou seja, “*as duas organizações tendem a perseguir diferentes metas operacionais e estratégicas.*”. Relativamente à segunda, “*as colaborações tradicionais normalmente envolvem produtos privados como resultado, os resultados das PPP são sempre bens e serviços públicos ou semipúblicos em benefício de terceiros*”²⁶³. E finalmente, a terceira, “*as PPP geralmente permanecem em vigor entre parceiros específicos por longos períodos de tempo.*”²⁶⁴

Segundo refere Chung, “*a diferença entre PPP, public procurement ou privatização reside na divisão de responsabilidades ao longo dos vários estágios do*

²⁶⁰ Segundo Joaquim Miranda Sarmiento e Diogo Nunes da Silva, não existe “*uma definição consensual para as PPP*”, porém, para estes autores as PPP são “*Um contrato de longo prazo entre uma empresa privada e um governo ou organização pública, para o fornecimento de um bem ou serviço público, no qual a empresa privada assume uma responsabilidade significativa em termos de risco e gestão*”. Joaquim Miranda Sarmiento, «A EFICIÊNCIA DOS HOSPITAIS EM REGIME PPP EM PORTUGAL», sem data, 3.

²⁶¹ «Relatório Síntese Parcerias Público-Privadas (PPP) hospitalares no SNS RELATÓRIO N.º 5/2021 – OAC 2.ª SECÇÃO», 9, acedido 21 de janeiro de 2024, <https://www.tcontas.pt/pt-pt/ProdutosTC/Relatorios/relatorios-oac/Documents/2021/relatorio-oac005-2021.pdf>.

²⁶² Sarmiento, «A EFICIÊNCIA DOS HOSPITAIS EM REGIME PPP EM PORTUGAL», 3.

²⁶³ “*Terceiros*” que “*podem ser a sociedade em geral, mas geralmente não é um cliente directo de nenhum dos parceiros.*” Sarmiento, 3.

²⁶⁴ Sarmiento, 3.

*projecto de PPP, entre o parceiro público e o parceiro privado que, por sua vez, têm diferentes objetivos, interesses e preferências de risco.”*²⁶⁵ Segundo Sarmiento & Renneboog, “*no public procurement o governo é responsável por todos os estádios do processo, incluindo o projecto, risco, custos, orçamentação, financiamento e propriedade. Por oposição, numa privatização cabe ao sector privado assumir todas as responsabilidades.*”. Neste sentido, os referidos autores salientam que “*num processo de PPP, algumas fases do projecto são da responsabilidade do parceiro público e outras do privado, existindo, desta forma, uma partilha do risco por parte destas duas entidades.*”²⁶⁶

Segundo o Tribunal de Contas, “*existem atualmente em execução 38 parcerias, 21 (55%) no setor rodoviário, 8 (21%) no setor da saúde, 4 (11%) no setor portuário, 3 (8%) no setor ferroviário e 2 (5%) no setor aeroportuário.*”²⁶⁷

Quanto à saúde, as PPP tiveram início no ano de 2001 com a Resolução do Conselho de Ministros n.º 162/2001, de 16 de novembro, que veio criar “*uma estrutura de missão denominada «Parcerias. Saúde» destinada a desenvolver e implementar no sector da saúde experiências inovadoras de gestão, designadamente parcerias público-públicas e público-privadas, aplicando-as aos estabelecimentos hospitalares e ao universo de unidades de prestação de cuidados primários e cuidados continuados de saúde*”²⁶⁸. Este projeto tinha como objetivo, “*a construção e a gestão de 11 hospitais em PPP, dos quais apenas 4 foram concretizados, entre 2008 e 2010: 3 hospitais de substituição de estruturas hospitalares já existentes (Cascais, Braga e Vila Franca de Xira) e 1 novo hospital (Loures).*”²⁶⁹ A contratualização nas PPP em Portugal compreendeu: “*(i) a construção, manutenção de infraestruturas e gestão do edifício por 30 anos, e (ii) o apetrechamento e a gestão do estabelecimento hospitalar durante 10 anos.*”, sendo que nos contratos de formalização das PPP, foram especificadas as “*responsabilidades, riscos e recursos a partilhar por cada parceiro.*”²⁷⁰ Ainda no âmbito

²⁶⁵ Sarmiento, 3.

²⁶⁶ Sarmiento, 3 e 4.

²⁶⁷ «Relatório Síntese Parcerias Público-Privadas (PPP) hospitalares no SNS RELATÓRIO N.º 5/2021 – OAC 2.ª SECCÃO», 9.

²⁶⁸ «Resolução do Conselho de Ministros n.º 162/2001 | DR», acedido 29 de janeiro de 2024, <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/resolucao-conselho-ministros/162-2001-605102>.

²⁶⁹ «Relatório Síntese Parcerias Público-Privadas (PPP) hospitalares no SNS RELATÓRIO N.º 5/2021 – OAC 2.ª SECCÃO», 9.

²⁷⁰ «Relatório Síntese Parcerias Público-Privadas (PPP) hospitalares no SNS RELATÓRIO N.º 5/2021 – OAC 2.ª SECCÃO», 10.

legal, é importante referir o DL n.º 185/2002, de 20 de Agosto²⁷¹, que definiu o regime jurídico das parcerias em saúde com gestão e financiamentos privados, diploma que foi revogado pela atual Lei de Bases da Saúde, a Lei n.º 95/2019, de 04 de Setembro²⁷².

Os privados são igualmente fundamentais para a saúde em Portugal, pela eficiência e organização que trazem para este setor, sendo as PPP prova disso, tal como referem as informações provenientes do Tribunal de Contas.²⁷³ A este respeito, o Tribunal de Contas, realizou em abril de 2021, o relatório N.º 5/2021 – OAC 2.ª secção, ou seja, o Relatório Síntese Parcerias Público-Privadas hospitalares no SNS, que “*sintetiza as principais conclusões de 4 relatórios de auditorias de resultados aprovados, entre 2014 e 2019, pelo Tribunal de Contas (TdC) relativos às Parcerias Público-Privadas (PPP) dos Hospitais de Cascais, Braga, Vila Franca de Xira e Loures, com foco na vertente da gestão dos 4 estabelecimentos hospitalares.*”. Para além disso, é exibida “*informação sobre a execução dos contratos, reportada a setembro de 2020, e resume os desafios atuais e futuros da gestão e acompanhamento destas PPP.*”²⁷⁴ Segundo o referido documento, “*As poupanças estimadas pela UTAP (Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos), resultantes da gestão clínica privada dos Hospitais de Cascais, Braga, Vila Franca de Xira e Loures, atingiram cerca de € 203,3M, no cômputo dos períodos analisados.*”²⁷⁵, e para além disso, “*as PPP hospitalares foram genericamente mais eficientes do que a média dos hospitais de gestão pública comparáveis e estiveram alinhadas com o desempenho médio do seu grupo de referência quanto aos indicadores de qualidade, eficácia e acesso.*”. É igualmente importante, referir a avaliação positiva às 4 PPP hospitalares por parte da UTAP, pelo que se verificou a existência de Value For Money (VfM)²⁷⁶ para o Estado, tendo a UTAP aconselhado “[...] a adoção de um

²⁷¹ DL n.º 185/2002, de 20 de Agosto», acedido 29 de janeiro de 2024, https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1682&tabela=leis&ficha=1&pagina=1.

²⁷² Lei n.º 95/2019, de 04 de Setembro».

²⁷³ «HOSPITAIS EM PPP ESTÃO COMPLETAMENTE INTEGRADOS NO SNS E GERAM POUPANÇAS PARA O ESTADO», acedido 14 de janeiro de 2024, <https://www.tcontas.pt/pt-pt/MenuSecundario/Noticias/Pages/n20210514-1.aspx>.

²⁷⁴ «Relatório Síntese Parcerias Público-Privadas (PPP) hospitalares no SNS RELATÓRIO N.º 5/2021 – OAC 2.ª SECÇÃO».

²⁷⁵ «Relatório Síntese Parcerias Público-Privadas (PPP) hospitalares no SNS RELATÓRIO N.º 5/2021 – OAC 2.ª SECÇÃO», 6 e 7.

²⁷⁶ “O conceito de Value for Money (VfM) na vida quotidiana é facilmente compreendido como “não pagar mais por um bem ou serviço do que a sua qualidade ou disponibilidade justificam”. Em relação à despesa pública, implica uma preocupação com a economia (minimização dos custos), a eficiência (maximização dos resultados) e a eficácia (plena obtenção dos resultados pretendidos)”. Estamos então perante uma situação de custo benefício, ou seja, o gestor deve fazer por medir a relação e o impacto entre o valor que o bem ou serviço tem, e o benefício que esse mesmo bem ou serviço trará para a comunidade/sociedade.

modelo PPP, em detrimento de um cenário de internalização [...]”, no fundo, a prossecução deste modelo de gestão.²⁷⁷

Outro importante fator referido no relatório, é a eficiência e a qualidade de resposta por parte das unidades geridas pelo modelo PPP, quando comparadas com as unidades de gestão totalmente pública. O Tribunal de Contas refere que “*os utentes dos Hospitais geridos em PPP estão protegidos por padrões de qualidade mais exigentes do que os aplicados na monitorização dos hospitais de gestão pública.*”, uma vez que são estabelecidos nestes contratos de gestão, “*mecanismos de controlo da qualidade dos serviços prestados, distintivos e de maior exigência face aos aplicados aos hospitais de gestão pública.*”. Neste sentido, há que fazer alusão ao teor contratual relativo à avaliação do desempenho, compreendendo-se aqui vários “*indicadores de desempenho de resultado e de serviço*”, que são frequentemente fiscalizados, e na ocorrência de incumprimento, existem consequências, nomeadamente financeiras, para as entidades privadas.²⁷⁸

Concluindo, quanto à situação dos hospitais em regime de PPP em Portugal, é de referir que estavam “*plenamente integrados no Serviço Nacional de Saúde (SNS), desempenhando, à semelhança dos hospitais de gestão pública, o papel de realização, por parte do Estado, do direito à saúde, previsto constitucionalmente. Assim, os encargos do Estado com as PPP hospitalares têm natureza similar à dos suportados com o investimento e com a operação dos outros hospitais do SNS, de gestão pública.*”.²⁷⁹ O que se pretendeu com as PPP, foi a aquisição de “*Value for*

PricewaterhouseCoopers, «Value for Money (VfM) in the Public Sector», PwC, acedido 27 de janeiro de 2024, <https://www.pwc.com/rw/en/publications/value-for-money.html>.

Pode-se ainda dizer que o Value for Money, é “*o processo de avaliação pelo qual as agências públicas estudam um potencial projecto de PPP*”. Sendo que através deste, “*é possível avaliar o custo diferencial entre um procedimento de aquisição tradicional e um procedimento alternativo.*”. No caso concreto das PPP, o VfM “*está relacionado com a ideia de que estas parcerias podem produzir um fluxo de serviços pelo menos equivalente, em qualidade, ao que poderia ser fornecido pelo sector público, mas a um custo global mais baixo (particularmente a alocação de risco).*”. Por último, de referir que “*existem dois componentes de VfM: um quantitativo (incluindo todos os factores que podem ser medidos pelo comparador do sector público) e um qualitativo (aspectos que não podem ser quantificados).*”. Sarmento, «A EFICIÊNCIA DOS HOSPITAIS EM REGIME PPP EM PORTUGAL», 4.

²⁷⁷ «Relatório Síntese Parcerias Público-Privadas (PPP) hospitalares no SNS RELATÓRIO N.º 5/2021 – OAC 2.ª SECCÃO», 7.

²⁷⁸ «Relatório Síntese Parcerias Público-Privadas (PPP) hospitalares no SNS RELATÓRIO N.º 5/2021 – OAC 2.ª SECCÃO», 7.

²⁷⁹ «Relatório Síntese Parcerias Público-Privadas (PPP) hospitalares no SNS RELATÓRIO N.º 5/2021 – OAC 2.ª SECCÃO», 10.

*Money para o Estado”, sendo este calculado através da “comparação entre os encargos esperados com a PPP e o custo público comparável (CPC) estimado para o projeto.”.*²⁸⁰ Neste sentido, estimou-se em relação às 4 PPP, que existiu uma poupança de cerca de 671 milhões de euros, tendo em conta, “*uma poupança de € 716M prevista para a vertente da gestão dos estabelecimentos hospitalares e de uma deseconomia de € - 45M prevista para a construção e gestão dos edifícios.*”. Segundo o relatório do Tribunal de Contas, “*A poupança estimada variou entre 4,1% no Hospital de Cascais e 33% no Hospital de Braga, e resultou da vertente da gestão do estabelecimento. Na componente de construção e de gestão da infraestrutura hospitalar, apenas se estimavam poupanças no Hospital de Braga (de 23%). Nos restantes projetos, esta vertente apresentava deseconomias significativas face ao CPC (- 33%, em Cascais, - 48%, em Loures e - 13%, em Vila Franca de Xira), pelo que só as poupanças estimadas na vertente da gestão clínica justificaram a opção pela contratação destas PPP.*”²⁸¹

O novo Seguro Nacional de Saúde

O que falta em Portugal para que se tenha um bom sistema de saúde, que dê resposta às necessidades dos cidadãos, sejam eles prestadores, ou, beneficiários? À partida, duas coisas: Primeiro, uma liberalização da prestação dos cuidados de saúde, mas apenas da prestação, não do seu financiamento, aí caberá ao Estado regular e pagar por essa prestação. Segundo, que se consiga afetar recursos financeiros para pagar por essa prestação de cuidados de saúde, vendo os cidadãos concretizado o produto das suas contribuições, num sistema de pronta resposta, na prevenção, no diagnóstico, e cura de enfermidades.

Quanto à liberalização da prestação dos cuidados de saúde, isto irá permitir à Administração ficar de fora de decisões que muitas vezes são morosas, burocráticas e com pouca margem de negociação, por exemplo, na compra de material hospitalar e dispositivos médicos, ou, na gestão e atração de recursos humanos. No fundo, o Estado deixa de se preocupar com a forma como os serviços são geridos, apenas paga e fiscaliza

²⁸⁰ «Relatório Síntese Parcerias Público-Privadas (PPP) hospitalares no SNS RELATÓRIO N.º 5/2021 – OAC 2.ª SECCÃO», 10.

²⁸¹ «Relatório Síntese Parcerias Público-Privadas (PPP) hospitalares no SNS RELATÓRIO N.º 5/2021 – OAC 2.ª SECCÃO», 10.

a sua ação, principalmente quanto aos resultados práticos na resposta aos problemas dos utentes, bem como, quanto ao custo que essa prestação tem para os beneficiários, que através da sua contribuição social para o Novo SNS, pagam esse serviço.

Relativamente à afetação de recursos financeiros, é necessário criar um sistema de seguro, com uma contribuição social proveniente dos rendimentos mensais de cada contribuinte, sendo esta contribuição a base do financiamento deste seguro. Para além desta contribuição, também a boa rentabilização do património hospitalar do Estado, será meio de financiamento do novo Seguro Nacional de Saúde. A gestão deste seguro de saúde, é levada a cabo por uma entidade pública, inserida na administração indireta do Estado²⁸², mais concretamente no setor público empresarial²⁸³, constituída enquanto Entidade Pública Empresarial (EPE)²⁸⁴, sendo por sua vez tutelada pelo Ministério da Saúde. O modelo EPE já é muito utilizado na saúde em Portugal²⁸⁵, nomeadamente, na gestão hospitalar e de prestação de cuidados de saúde nos principais hospitais do país, bem como, nas Unidades Locais de Saúde (ULS)²⁸⁶ que vieram gerir os tradicionais Centros de Saúde em algumas zonas do país, dando-lhes maior autonomia administrativa e financeira. Para a criação deste seguro de saúde EPE, é necessário ter em conta o DL n.º 133/2013, de 03 de outubro (Regime Jurídico do Sector Público Empresarial)²⁸⁷, nomeadamente o seu artigo 10º, relativo à constituição de empresas públicas no setor empresarial do estado, uma vez que a constituição de uma EPE, *“depende sempre de autorização dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e do respetivo sector de atividade, antecedida de parecer prévio da Unidade Técnica”*, nos termos do seu nº1, sendo que nos termos do nº2, *“o parecer prévio é um ato preparatório, não vinculativo, que obrigatoriamente antecede a decisão de constituição de qualquer empresa pública e é emitido com base em estudos técnicos que aferem, designadamente, da viabilidade económica e financeira da entidade a constituir, e identificam os ganhos*

²⁸² «Administração indireta do Estado | DR», acedido 13 de dezembro de 2023, <https://diariodarepublica.pt/dr/lexionario/termo/administracao-indireta-estado>.

²⁸³ «O que é o Sector Empresarial do Estado (SEE)?», acedido 14 de dezembro de 2023, <https://www.dgtf.pt/Sector-Empresarial-do-Estado-SEE/O-que-e-o-Sector-Empresarial-do-Estado-SEE->.

²⁸⁴ «Entidade pública empresarial | DR», acedido 13 de dezembro de 2023, <https://diariodarepublica.pt/dr/lexionario/termo/entidade-publica-empresarial>.

²⁸⁵ «Entidades públicas empresariais integradas no SNS • Natureza e regime – SNS», acedido 13 de dezembro de 2023, <https://www.sns.gov.pt/reforma-faq/entidades-publicas-empresariais-integradas-no-sns-%E2%80%A2-natureza-e-regime/>.

²⁸⁶ «Unidades Locais de Saúde, E.P.E. (ULS) • Natureza, duração e objeto», acedido 14 de dezembro de 2023, <https://www.sns.gov.pt/reforma-faq/unidades-locais-de-saude-e-p-e-uls-%e2%80%a2-natureza-duracao-e-objeto/>.

²⁸⁷ DL n.º 133/2013, de 03 de Outubro», acedido 13 de dezembro de 2023, https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1992&tabela=leis&so_miolo=.

de qualidade e de eficiência resultantes da exploração da atividade em moldes empresariais.”²⁸⁸. Ou seja, é realizado por uma Unidade Técnica, um estudo de impacto da política pública de criação desta entidade, e da atividade dessa entidade junto da sociedade, quer do ponto de vista económico-financeiro, quer do ponto de vista da função social que desempenha, sendo esse estudo depois tido em conta na concessão ou não, de autorização para a criação da EPE.

Assim, esta proposta de sistema de saúde assenta também nestes dois pontos referidos anteriormente, na liberalização da prestação de cuidados de saúde, e na criação de uma entidade pública empresarial, com autonomia administrativa e financeira, capaz de gerir o património hospitalar, e as contribuições dos beneficiários do novo seguro público de saúde.

A proposta:

O novo SNS (Seguro Nacional de Saúde), acaba com a prestação de cuidados de saúde por parte do Estado, deixando essa tarefa para o setor privado. O Estado vai regular e pagar por esses serviços, e para além disso vai concessionar o seu património hospitalar aos privados, rentabilizando esse mesmo património, com a finalidade de financiamento do novo SNS.

Do ponto de vista regulador, a ERS (Entidade Reguladora da Saúde) continuaria a ter como *“missão a regulação da atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde”*²⁸⁹, no entanto, deixaria de existir *“estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde”*²⁹⁰ do setor público, existindo apenas estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde dos setores privado, cooperativo e social. Como atribuições, esta entidade reguladora continuaria a supervisionar as *“atividades dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, nomeadamente no que respeita ao cumprimento dos requisitos de exercício da atividade e de funcionamento, incluindo o licenciamento dos estabelecimentos, à garantia dos direitos relativos ao acesso aos cuidados de saúde, à*

²⁸⁸ “São fixados por despacho do membro do Governo responsável pela área das finanças os parâmetros através dos quais se afere a viabilidade económica e financeira da entidade a constituir, com base em indicadores claros, objetivos e quantificáveis, tendo em conta a atividade específica da empresa, e ainda, nomeadamente, o valor atual líquido, a taxa interna de rentabilidade e o período de recuperação do investimento, bem como outros indicadores respeitantes ao equilíbrio financeiro, à estrutura de capitais, ao desempenho económico e aos riscos de mercado e indicadores referidos no número anterior, assim como a definição da respetiva metodologia de cálculo.” DL n.º 133/2013, de 03 de Outubro», 5.

²⁸⁹ «Entidade Reguladora da Saúde (ERS)», acedido 14 de dezembro de 2023, <https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/entidade-reguladora-da-saude/>.

²⁹⁰ PontoPR, «ERS - A ERS», acedido 14 de dezembro de 2023, <https://www.ers.pt/pt/institucional/a-ers/>.

*prestação de cuidados de saúde de qualidade e demais direitos dos utentes, e verificação da legalidade e transparência das relações económicas entre os diversos operadores, entidades financiadoras e utentes*²⁹¹, existindo a possibilidade de coabitarem no mercado, várias entidades financiadoras, sendo que uma seria obrigatoriamente financiada por todo e qualquer contribuinte português, o Seguro Nacional de Saúde, seguro obrigatório para todos os residentes e contribuintes em Portugal²⁹².

A visão deste sistema de saúde, é solidária e com base no Estado Social. A proposta, apresenta uma contribuição mensal de 10%, e são 10% independentemente do vencimento, quer o cidadão ganhe 1000 euros, ou 10.000 euros, ou seja, quem ganha mais desconta obviamente mais, estando a justiça social retratada. No fundo, seria igual para qualquer beneficiário, porque são 10% para todos, logo têm todos o mesmo acesso a cuidados de saúde. Neste sentido, a proposta em nada se parece aos seguros privados, porque estes visam o lucro, e esta proposta apenas visa a sustentabilidade do Seguro Nacional de Saúde. Ainda neste âmbito, o novo SNS irá cobrir todos os custos da prestação dos cuidados de saúde, salvo raras exceções, por exemplo, cirurgia estética não necessária, mas seriam definidos critérios rigorosos para estas questões, nomeadamente, o cartão de beneficiário do seguro nacional de saúde, iria ter um plafond de uso imediato, de cerca de 3000 euros²⁹³, sendo que em situações de custos mais elevados, seria necessária a devida autorização da entidade gestora, para se prosseguir a prestação de cuidados de saúde.

Quer se ganhe mais, quer se ganhe menos, todos têm um acesso igual e universal à saúde, todos os contribuintes e seus familiares, nomeadamente os descendentes.

Entrando numa esfera da especificidade, por exemplo, quanto aos cuidados de saúde primários e à vacinação, o modelo seria o mesmo. Os centros de saúde públicos, dariam lugar a clínicas, ou centros de saúde de gestão privada, através da concessão das instalações públicas que serviriam para financiar o novo SNS. Os cidadãos, irão apresentar o seu cartão de seguro público, havendo um sistema informatizado para o novo

²⁹¹ PontoPR.

²⁹² «Quem paga em caso de doença?», deutschland.de, 17 de maio de 2023, <https://www.deutschland.de/pt-br/topic/vida/saude-na-alemanha-como-funcionam-os-fundos-dos-seguros-de-saude>. O que se pretende é um sistema de seguro de saúde obrigatório, à semelhança do que existe na Alemanha, em que se garante o Estado Social, e ao mesmo tempo a eficiência, eficácia e atratividade no setor da saúde.

²⁹³ Este valor, deve-se ao facto de poder ser necessário um internamento imediato, sendo o valor que habitualmente é pedido aos clientes num hospital privado. É um valor indicativo, e é um plafom, não quer dizer que se gaste todo esse valor.

SNS, onde constará toda a informação do cidadão, e todo o seu processo, para que lhe sejam prestados os cuidados de saúde necessários, independentemente dos médicos ou enfermeiros que estivessem de serviço, acabando-se com a ideia de médico de família, pois qualquer médico estaria habilitado a ter acesso ao processo do doente e seu agregado familiar. No caso da vacinação, estaria no processo do assegurado, e poderia ser vacinado em qualquer unidade, ou clínica local, pois estaria no processo as vacinas que tinha tomado, assim como as datas. O novo SNS assumiria o custo da vacinação, mediante o pagamento direto pelo cartão de assegurado.

Financiamento do novo SNS

O atual modelo de sistema de saúde em Portugal, não consegue dar resposta às necessidades da população, e o setor privado só chega a quem tem capacidade para pagar pelos seus serviços, ou, consegue contratar um seguro de saúde que paga parte dessa despesa, e que nos casos de doenças mais graves, é estabelecido um plafond, que quando é ultrapassado, o doente é reencaminhado para o serviço público para que lhe seja dada assistência²⁹⁴.

A proposta de um seguro de saúde público obrigatório, financiar-se-á através de uma contribuição proveniente dos rendimentos de cada contribuinte. Ou seja, do seu salário mensal bruto, o contribuinte paga uma nova contribuição, à semelhança da Taxa Social Única (TSU)²⁹⁵ e do Imposto sobre o Rendimento das Pessoas Singulares (IRS)²⁹⁶, que é canalizado de imediato para o Seguro Nacional de Saúde, como por exemplo acontece atualmente com a ADSE, em que os beneficiários titulares descontam 3,5%²⁹⁷ do seu salário para financiarem este Instituto Público, que por sua vez assegura “*a proteção aos seus beneficiários nos domínios da promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e reabilitação.*”²⁹⁸. Para além da contribuição do beneficiário, a

²⁹⁴ Alexandra Campos, «IPO quer regras para doentes com cancro “despejados” de hospitais privados», PÚBLICO, 13 de agosto de 2016, <https://www.publico.pt/2016/08/13/sociedade/noticia/doentes-com-cancro-passam-de-hospitais-privados-para-publicos-por-falta-de-dinheiro-ipo-quer-regras-1741185>.

²⁹⁵ «TSU», acedido 26 de dezembro de 2023, <https://www.cgd.pt/Site/Saldo-Positivo/negocios/Pages/isencao-tsu.aspx>.

²⁹⁶ «Imposto sobre o Rendimento das Pessoas Singulares (IRS) em Portugal - ePortugal.gov.pt», acedido 26 de dezembro de 2023, <https://eportugal.gov.pt/cidadaos-europeus-viajar-viver-e-fazer-negocios-em-portugal/trabalho-e-reforma-em-portugal/imposto-sobre-o-rendimento-das-pessoas-singulares-irs-em-portugal>.

²⁹⁷ «Desconto – ADSE», acedido 26 de dezembro de 2023, <https://www2.adse.pt/empregadores/contribuicao/>.

²⁹⁸ «Missão e Atribuições – ADSE», acedido 26 de dezembro de 2023, <https://www2.adse.pt/institucional/missao-e-atribuicoes/>.

entidade patronal, irá na mesma percentagem, realizar uma contribuição, tal como acontece com a TSU.

Relativamente à percentagem a pagar por cada contribuinte, 5% do salário é a proposta, sendo essa percentagem suprimida à taxa de IRS que cada contribuinte paga. Da mesma forma acontece com a entidade patronal, mas em relação à TSU, ou seja, aos cerca de 24% (23,75%) que a entidade patronal paga por cada trabalhador (isto no regime geral), será retirado 5% dessa percentagem e afeta ao seguro nacional de saúde do funcionário, totalizando 10% do valor do trabalho do beneficiário, ou seja, são 5% pagos diretamente pelo trabalhador, mais 5% pagos pela entidade patronal, reduzindo-se a taxa de IRS a cada trabalhador, e a taxa de TSU à entidade patronal. No fundo, o trabalhador e a entidade patronal pagam as mesmas contribuições, porém, a afetação desses recursos financeiros é diferente.

A título de exemplo, um contribuinte com um vencimento bruto de 1300 euros, no segundo semestre de 2023, desconta 16,6% do seu vencimento para o IRS, mais 11% para a TSU, e ainda, caso seja trabalhador em funções públicas, e beneficiário da ADSE, mais 3,5% para a mesma, portanto 31,1% do seu vencimento é alocado a estas contribuições, sendo ainda de acrescentar os cerca de 24% que a entidade patronal paga em TSU, ou seja, 55,5% do produto do trabalho do contribuinte em exemplo, é afeto a impostos e contribuições. Com o novo Seguro Nacional de Saúde, o mesmo contribuinte irá pagar o mesmo, porém terá uma contribuição afeta exclusivamente à sua saúde, os tais 10%. Assim, os 3,5% para a ADSE deixam de existir, e são retirados 5% do IRS para o novo SNS, passando a pagar uma taxa de 11,6% de IRS.

O que esta proposta pretende, é uma desagregação do Orçamento Geral do Estado, e uma autogestão dos seus recursos, que têm origem nos contribuintes. Não existindo uma dupla tributação do contribuinte, uma vez que haveria uma redução no IRS, sendo este um imposto que vai diretamente para o Orçamento Geral do Estado.

Não só esta contribuição serviria para financiar o novo sistema, também os atuais recursos e património do SNS serviriam para gerar recursos económicos para o novo Seguro. Por exemplo, existirá uma concessão do património hospitalar, mediante contrato, às entidades privadas que quiserem explorar as infraestruturas públicas, obviamente para a prestação de cuidados de saúde, permitindo alterações e melhoramentos no património edificado, gerando-se assim um novo financiamento para

o SNS, e uma maior ampliação da oferta dos privados, que certamente melhoraria o serviço prestado aos cidadãos.

Quanto ao aumento da eficiência e acesso, se estes se traduzirem num aumento do custo, estamos perante uma consequência que é aceitável, e será unânime para a maioria dos beneficiários do atual SNS, que mais vale um aumento do preço, se esse aumento se traduzir num maior e melhor acesso aos cuidados de saúde. Caso se venha a adotar este novo modelo, haverá uma economia de mercado, surgirão novos prestadores e o preço muito provavelmente irá até baixar, pelo aumento da oferta. O mercado de prestação de cuidados de saúde será regulado pelas duas entidades públicas já mencionadas, mas será um mercado livre e dinamizado pelos prestadores privados, o que irá aumentar a oferta de serviços de prestação de cuidados de saúde, e irá possibilitar uma maior competitividade entre os agentes económicos, para uma melhor prestação.

Quanto à situação das Parcerias Público Privadas (PPP), de facto conseguiu-se eficiência, eficácia e um custo menor. Aliás, vendo as últimas notícias acerca do Hospital de Braga, Vila Franca de Xira, ou o Beatriz Ângelo (Loures), verifica-se um certo saudosismo dos seus utentes em relação a essa gestão, apesar de também ter os seus problemas, mas nunca problemas em que se fecham urgências, ou se prive os beneficiários de acesso aos cuidados de saúde por ineficiência e incompetência dos serviços. Nos casos concretos, passou-se de hospitais que davam resposta e tinham bons níveis de eficácia, para hospitais que são notícia pela negativa, tendo urgências fechadas por falta de profissionais, ou descontentamento dos mesmos.

Relativamente à complementaridade do atual SNS, em relação às PPP, os privados passariam a assumir a responsabilidade dos cuidados de saúde, tendo para além de um objetivo económico e lucrativo, também uma função social de assegurar a saúde aos cidadãos. Não haverá segundas alternativas, havendo maior dinamização e autonomia económica, haveria consequentemente uma maior responsabilização dos privados, senão uma responsabilização total, cabendo ao Estado regular e fiscalizar a sua ação.

Hoje existe no caso da ADSE, as chamadas tabelas acordadas, em que a entidade pública e os prestadores privados, acordam os preços dos atos médicos e de todos os cuidados de saúde prestados. Neste sentido, passará a existir um estudo de mercado prévio à entrada em vigor deste modelo, do preço da prestação dos cuidados de saúde, seja consultas, exames, dispositivos médicos, de modo que o Estado conhecesse a realidade

dos preços de mercado, e conseqüentemente tivesse capacidade de negociação. Por outro lado, com a abertura ao mercado surgirão novos prestadores e aumentaria a oferta, baixando conseqüentemente os preços. De acrescentar, que feito o estudo de mercado, haveria tetos máximos de pagamento, ou seja, se determinada prestação tivesse um valor máximo de “x”, os privados não poderiam ir além desse valor na cobrança ao novo SNS, e aí haveria concorrência entre privados, no sentido de captação de clientes pelo preço mais baixo.

É de reforçar, que este novo modelo, nada tem a ver com os seguros de saúde privados, ou, com a ADSE. Muito objetivamente, se os privados quisessem entrar no mercado da saúde, teriam obrigatoriamente de contratar com o Estado, caso contrário não teriam permissão de entrar neste mercado extremamente sensível e altamente regulado. Seria então criada, uma cláusula de obrigatoriedade de contratar com o novo SNS, que seria uma condição «sine qua non» de licenciamento para a abertura de novos estabelecimentos de prestação de cuidados de saúde.

Este novo seguro, não será financiado pelo Orçamento de Estado (OE), e não será um imposto, mas sim contribuição social, como por exemplo a Taxa Social Única (TSU), sendo que seriam 10% do rendimento de cada contribuinte afetos única e exclusivamente à saúde, tal como a TSU é afeta à Segurança Social. Quanto ao facto de ser financiado pelo OE, o pretendido é precisamente o contrário, ou seja, que o novo SNS seja gerido e financiado de forma autónoma e independente, pela nova entidade de saúde (Entidade Gestora da Saúde, E.P.E.), em coordenação com a já existente ERS (Entidade Reguladora da Saúde). A estrutura do novo SNS, iria receber de cada contribuinte 10% do seu vencimento para financiar a saúde de todos os cidadãos e contribuintes portugueses, de forma solidária, cumprindo-se o Estado Social.

Até se pode afirmar, que a saúde sairá mais cara, aliás, o objetivo desta proposta é a eficiência, rapidez e alcance do acesso aos cuidados de saúde, o aumento do preço acaba por ser uma consequência. Contudo, será preferível ter uma saúde de acesso universal, e efetiva, mesmo pagando um pouco mais, do que não ter simplesmente acesso como acontece hoje. De facto, o SNS não responde aos seus beneficiários e irremediavelmente vai acabar, mais década, menos década. É um sistema obsoleto e ingerível, e quem governa, seja de que quadrante político for, tem de reformar o sistema de saúde em Portugal, de forma estrutural.

Concluindo, o Seguro Nacional de Saúde será igualmente público, simplesmente, a nova entidade pública, em colaboração com a Entidade Reguladora da Saúde (ERS), irá fiscalizar, regular e assumir o custo da saúde, deixando os privados prestar os cuidados de saúde. O que se pretende é simplificar processos e fazer acontecer.

Com a redução do IRS, em valor igual (5%), o que se pretende evitar é mais um imposto para os contribuintes, uma vez que já pagam demais por serviços precários e tão pouco eficientes. Aqui, existe a desafetação de fundos do OE, sendo descontado 5% ao valor do IRS, para ser direcionado diretamente para a nova entidade gestora do seguro de saúde, que irá pagar diretamente pela prestação de cuidados de saúde. Para além do IRS, também a TSU será alvo de uma redução, em prol do novo sistema, existindo igualmente uma redução de 5% à percentagem paga pela entidade patronal à segurança social. Assim, totaliza-se uma percentagem de 10%, que corresponde à percentagem do salário bruto dos contribuintes, afeta diretamente ao novo sistema de saúde.

O atual modelo de sistema de saúde, como já foi referido, provavelmente irá acabar. Reflexo disso, é a pouca atratividade de profissionais ou parceiros, e a pouca confiança dos beneficiários no SNS, uma vez que quem tem hipótese, especialmente em situações de doença aguda não grave, vai para o serviço privado, ao invés de estar largas horas à espera num hospital público, ou centro de saúde.

Uma outra questão que se coloca, diz respeito aos equipamentos existentes. Estes estariam no conjunto das instalações, ou seja, ao ser adjudicada a concessão, eram inventariados todos os materiais, e adjudicados juntamente com o imóvel. No fundo, num mesmo processo de contratação pública, estaria tudo englobado, numa ótica de trespasse de estabelecimento comercial em direito privado, sendo dessa forma, concessionado o imóvel e todos os elementos que o caracterizam, caso contrário, só havia uma concessão de um imóvel e não de um hospital ou centro de saúde, podendo os privados dar outros fins de saúde aos imóveis, por exemplo residências seniores, o que não se pretende, nem se tem por objetivo. Assim, na concessão iria o imóvel e tudo o que nele se encontra, sendo tido em conta o valor desses equipamentos, na definição do preço da concessão.

Enquadramento Legal: Constituição da República Portuguesa, Direito da União Europeia, e Contratação Pública

1. Quanto à Constituição:

Constitucionalmente, os principais artigos a ter em conta são, o artigo 64º, o artigo 165º/1/f) e i), o nº2 do mesmo artigo, e o artigo 284º e ss.

Quanto ao artigo 64º da Constituição da República Portuguesa (CRP), no seu nº1, este diz respeito à realização do direito à proteção da saúde²⁹⁹. Este direito pressupõe, a proteção da saúde dos cidadãos por parte do Estado, bem como, a promoção dessa saúde, através de políticas públicas e investimento em infraestruturas públicas. Segundo os professores Gomes Canotilho e Vital Moreira, na sua anotação à CRP, é na “*feição de direito social que o direito à protecção da saúde aparece garantido neste preceito*”, uma vez que “*no nº1 consagra-se um direito positivo dos cidadãos, com uma dupla dimensão: subjectiva e objectivo-programática*.”. Estamos por isso, perante “*um direito que exige prestações de Estado e que impõe aos entes públicos a realização de determinadas tarefas (a começar pela criação e manutenção do serviço nacional de saúde), de cujo cumprimento depende a própria realização do direito*.”. Relativamente à “*dimensão impositivo-programática*”, esta “*tem uma dupla importância prática: primeiro, o incumprimento por parte do Estado das imposições constitucionais referentes ao direito à saúde (ex: criação do serviço nacional de saúde) pode justificar a invocação de uma inconstitucionalidade por omissão (cfr. art. 283º); depois, a execução das obrigações estaduais necessárias ao direito (sobretudo a constituição do serviço nacional de saúde) radica-se subjectivamente, não podendo haver revogação dela (cfr. AcTC nº39/84³⁰⁰,*

²⁹⁹ Este direito “*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 natureza positiva, que significa o direito às medidas e prestações estaduais visando a prevenção das doenças e o tratamento delas. No primeiro caso, está-se no domínio dos direitos de defesa tradicionais, compartilhando das correspondentes características e regime jurídico; no segundo caso, trata-se de um direito social propriamente dito, revestindo a correspondente configuração constitucional*.” J.J.Gomes Canotilho e Vital Moreira, *CRP - Constituição da República Portuguesa Anotada - Artigos 1º a 107º*, 4ª-Revista, vol. 1 (Coimbra: Coimbra Editora, 2007), 825.

³⁰⁰ AcTC nº 39/84 - “*O Governo, sem precedência de autorização legislativa, revoga e extingue nesse artigo 17.º do citado decreto-lei o Serviço Nacional de Saúde, invade a área de competência legislativa reservada da Assembleia da República [167.º, alínea c) da CRP] e por isso aquele normativo deverá ser considerado inconstitucional*.”

“*Conclusão. De todo o exposto cabe apurar duas conclusões: a) Não há razões para entender que o artigo 17.º do Decreto-Lei n.º 254/82 seja inconstitucional por motivo de incompetência do Governo para legislar em matéria do direito à saúde; b) Em contrapartida, deve entender-se que a revogação da maior parte da Lei n.º 56/79, traduzindo-se na extinção do Serviço Nacional de Saúde, contende com a garantia do direito à saúde consignado no artigo 64.º da Constituição. Assim, acordam no Tribunal Constitucional em declarar a inconstitucionalidade, com força obrigatória geral, nos termos e para os efeitos dos artigos*

*considerando inconstitucional uma norma que revogava a lei instituidora do SNS). Neste sentido, o serviço nacional de saúde deve considerar-se como serviço público obrigatório de activação necessária e de existência irreversível (se bem que não insusceptível de reforma).”*³⁰¹

Quanto a uma irreversibilidade da existência do atual SNS, a confirmar-se este cenário, teria que de facto existir uma revisão constitucional para se poder implementar o seguro nacional de saúde, se bem, que a Constituição portuguesa, pode ter outras interpretações. Neste sentido interpretativo, o Estado tanto defende e promove o direito à proteção da saúde, prestando cuidados de saúde, como igualmente defende e promove esse direito, financiando, regulando e fiscalizando essa prestação. Ou seja, o Estado não deixa de assegurar o direito à proteção da saúde, por deixar de ser o prestador direto dos cuidados de saúde, e apenas ser quem financia esses cuidados, daí a possível revisão não ser do objeto, mas da forma como se concretiza o direito. Assim, neste sentido interpretativo, será possível que igualmente assegurando o direito à proteção da saúde, se altere a forma como se assegura esse direito, que objetivamente se concretiza na substituição de um serviço, em que o Estado é o prestador dos cuidados de saúde, por um seguro, em que o Estado apenas paga por esse serviço aos privados, gerindo os fundos do seguro, provenientes das contribuições dos seus beneficiários.

No nº2 do artigo 64º, tal como é referido por Gomes Canotilho e Vital Moreira, “*a principal obrigação do Estado para realizar o direito à proteção da saúde consiste na criação de um serviço nacional de saúde*”, isto no disposto da alínea a), do nº2, e “*nº3/d*” do artigo 64º da CRP. Segundo os mesmos autores, “*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.*”³⁰². Conforme a anterior interpretação, é plausível que não seja possível à luz da atual Constituição, mudar o sistema de saúde, para um modelo de seguro

281.º e 282.º da Constituição, do artigo 17.º do Decreto-Lei n.º 254/82, de 29 de Junho, na parte em que revogou os artigos 18.º a 61.º e 64.º a 65.º da Lei n.º 56/79, de 15 de Setembro.”

³⁰¹ Canotilho e Moreira, *CRP - Constituição da República Portuguesa Anotada - Artigos 1º a 107º*.

³⁰² Canotilho e Moreira, 1:827.

público obrigatório, mesmo que este seguro tenha as características constitucionais do atual SNS, ou seja, ser universal³⁰³, geral³⁰⁴ e tendencialmente gratuito³⁰⁵.

Ponto importante nesta teorização constitucional do direito à proteção da saúde, é o facto da doutrina considerar que o artigo 64º da CRP, exclui “*um sistema de saúde de tipo contributivo, como sucede na segurança social*”³⁰⁶, no fundo, a interpretação que se faz desta posição, é de não admitir um modelo de contributo direto por parte dos cidadãos, para determinada atribuição e dever do Estado, neste caso a saúde. Ora, o modelo que se apresenta para um novo sistema de saúde em Portugal, é um modelo de tipo contributivo, mas que dá aos cidadãos o mesmo tipo de cobertura, quer o cidadão contribua muito, pouco, ou nada, numa ótica de Estado Social. Proposta que difere do sistema de Segurança Social, nomeadamente no que toca à solidariedade, isto porque, por exemplo, na atribuição de pensões de velhice, em que quem mais auferia no seu período laboral, em igualdade de tempo de serviço, tem uma pensão superior, em relação a quem, em igual período de serviço, auferia menos, isto, porque, também contribuía menos. No modelo que se apresenta, existe de facto uma contribuição direta por parte dos cidadãos, através da criação de uma taxa (Taxa Social de Saúde – TSS), à semelhança do que existe com a Taxa Social Única (TSU), mas independentemente do valor contributivo, a cobertura é total e igual para qualquer beneficiário.

Por outro lado, é de concordar, que com a introdução deste novo modelo de sistema de saúde, terá obrigatoriamente de existir uma revisão constitucional, no âmbito do artigo 64º. Alteração, que existirá no âmbito formal e não do objeto, nomeadamente, o nº2 do referido artigo, teria que deixar de fazer alusão ao serviço nacional de saúde, uma vez que este desapareceria, enquanto prestação estatal, e passaria a fazer alusão ao seguro nacional de saúde, isto na alínea a) do nº2, do artigo 64º da CRP.

Já a alínea d), do nº3, do artigo 64º da CRP, continuaria a ter a mesma função, de “*disciplinar*”, “*fiscalizar*”, e “*assegurar*”, os “*adequados padrões de eficiência e de*

³⁰³ Ser “*dirigido à generalidade dos cidadãos*” Canotilho e Moreira, *CRP - Constituição da República Portuguesa Anotada - Artigos 1º a 107º*..

³⁰⁴ Deverá “*abranger todos os serviços públicos de saúde e todos os domínios e cuidados médicos*” Canotilho e Moreira..

³⁰⁵ O beneficiário tem direito ao seguro, “*sem qualquer encargo ou mediante o pagamento de «taxas», que, pelo seu montante, não sejam susceptíveis de impedir o acesso*” ao seguro por questões “*económicas e sociais (cabendo aqui à lei uma estreita margem de concretização daquele conceito)*.” Canotilho e Moreira..

³⁰⁶ Canotilho e Moreira, 1:827.

qualidade”, porém, deixava de fazer alusão ao serviço nacional de saúde e a instituições de saúde públicas, uma vez que com este novo modelo, deixariam de existir.

Por último, o nº4 do mesmo artigo, ou, desapareceria com a revisão constitucional, ou, serviria para fazer alusão ao seguro nacional de saúde, principalmente quanto à sua função e modo de financiamento, contudo, é apenas uma proposta.

Ainda do ponto de vista do artigo 64º da CRP, levanta-se uma questão no que toca à “*socialização dos custos dos cuidados médicos e medicamentosos*”, presente na alínea c), do nº3, do artigo 64º da CRP. A doutrina faz alusão ao facto de “*a gratuitidade do SNS*”, implicar “*a socialização dos custos dos cuidados médicos e medicamentosos*”, neste caso, os que são “*prestados pelos serviços públicos, os quais são suportados directamente pelo orçamento do Estado*”³⁰⁷, e é aqui que está um dos focos deste trabalho de investigação, o seu financiamento. O facto de diretamente se financiar o sistema de saúde através do orçamento do Estado, está a bloquear financeiramente e do ponto de vista da gestão administrativa a saúde em Portugal, já para não falar, do peso político e ideológico que acarreta para este setor fundamental. A proposta de um seguro nacional de saúde, vem precisamente reinterpretar a alínea c), do nº3, do artigo 64º da CRP, pois, não é necessário ao Estado, “*para assegurar o direito à proteção da saúde*”, orientando “*a sua acção para a socialização dos custos dos cuidados médicos e medicamentosos*”, recorrer ao orçamento do Estado. É possível, interpretar esta alínea no sentido da “*socialização dos custos dos cuidados médicos e medicamentosos*”, através, de uma entidade autónoma ao Governo e à Assembleia da República, que faça a gestão e administre, um seguro de saúde público, solidário, universal, geral, e tendencialmente gratuito, que através das contribuições dos cidadãos, executa a “*socialização dos custos dos cuidados médicos e medicamentosos*”. Assim, na referida alínea, enquadrar-se-ia a proposta objeto da presente investigação.

É de referir ainda, que a doutrina faz alusão, ao facto de “*a socialização dos custos*”, parecer “*ser uma «orientação» política geral da Constituição, que deve irradiar para os cuidados prestados pelo setor privado (como sucede com as participações pelas despesas com a aquisição de medicamentos, para além da dedução de despesas de saúde para efeitos de IRS), o que, porém, não pode ser feito à custa do sacrifício do*

³⁰⁷ Canotilho e Moreira, *CRP - Constituição da República Portuguesa Anotada - Artigos 1º a 107º*.

financiamento do SNS, que é a primeira responsabilidade pública do Estado.” ³⁰⁸, fazendo crer que já existe alguma plasticidade de pensamento, quanto à participação dos prestadores privados no acesso à saúde dos cidadãos, na ótica de, quando o Estado não consegue dar resposta, paga aos privados pela prestação de serviços, colmatando as lacunas existentes.

Concluindo esta interpretação do artigo 64º, à luz da proposta feita, de criação de um seguro nacional de saúde, substituindo-se o atual serviço nacional de saúde, não haverá grande problema do ponto de vista substancial, para que a proposta seja enquadrável com o texto constitucional, e até, a própria doutrina justifica esta possibilidade. Para Gomes Canotilho e Vital Moreira, apesar de “*controversa*”, “*a concessão do serviço público de saúde a empresas ou outras entidades privadas, remuneradas pelo Estado em função dos cuidados prestados*”, não é incompatível com a Constituição, “*desde que essas unidades de saúde fiquem sujeitas à regras do SNS (universalidade do acesso, padrões de qualidade, quase gratuitidade, etc.)*”, e reforçam que “*sob o ponto de vista do utente nada muda, e, sob o ponto de vista do Estado, a concessão em regime de parceria público-privada pode permitir o lançamento por via de financiamento privado de equipamentos, ou seja, hospitais, que não seria possível financiar por via do Orçamento do Estado.*” ³⁰⁹. Dada esta posição doutrinal, o projeto é passível de enquadramento constitucional, sendo a revisão constitucional, uma questão apenas de correção formal, e não da substância da salvaguarda do direito à proteção da saúde.

O outro artigo alvo de análise e interpretação, é o artigo 165º da CRP, nomeadamente, as alíneas f) e i) do nº1, e o nº2 do referido artigo. Neste sentido, é de referir, que “*o que distingue a reserva relativa da reserva absoluta prevista no art.164º é o facto de as matérias que integram a primeira poderem vir a ser objeto de legislação do Governo, mediante autorização legislativa da AR (nº1, in fine)*”, autorização essa, que “*é sempre limitada a uma determinada matéria*”, não podendo a AR, “*autorizar genericamente o Governo a legislar no âmbito da sua reserva relativa de competência*”, sendo constitucionalmente exigido, que a lei de autorização legislativa defina o objeto, o

³⁰⁸ Canotilho e Moreira.

³⁰⁹ Canotilho e Moreira.

sentido, a extensão, e a duração da autorização, podendo esta ser prorrogada, nos termos do nº2 do artigo 165º da CRP ³¹⁰.

É de ter em conta, que “*as leis de autorização também serão inconstitucionais se autorizarem soluções constitucionalmente ilícitas, ou se infringirem as regras procedimentais estabelecidas na CRP*”, e isto, será o ponto de partida para levar a cabo a instituição do novo SNS, ou seja, primeiro, terá de existir uma revisão constitucional por parte da Assembleia da República, mais precisamente por iniciativa dos deputados, nos termos do artigo 284º e ss da CRP, não sendo alterados os limites materiais de revisão, nos termos do artigo 288º, uma vez que o novo SNS, não irá alterar a base constitucional, apenas irá alterar a forma de concretizar os direitos nela consagrados, nomeadamente, o direito à saúde, e à sua proteção. Havendo a alteração à Lei fundamental, nomeadamente, ao artigo 64º e à sua nomenclatura, aí será então concedida ao governo a autorização legislativa, nos termos das alíneas f) e i), do número 1, do artigo 165º da CRP, para que seja criado o modelo de seguro público de saúde, e sua forma de financiamento, cabendo não só ao Governo, mas igualmente à Assembleia da República, criar e levar adiante este modelo.

Sendo este um passo de grande importância para o país, terá de existir uma articulação relevante, entre o Governo e a Assembleia da República, para que se crie uma Lei à semelhança da Lei nº 56/79 de 15 de setembro, e se implemente o modelo de seguro público de saúde, sendo igualmente criada uma Lei de Bases da Saúde, que enquadre o referido modelo.

Em suma, quanto às alíneas f) e i) do nº1, e ao nº2 do artigo 165º da CRP, não haveria qualquer problema do ponto de vista constitucional, para a viabilização do modelo de seguro de saúde, sendo ainda de acrescentar, que a revisão constitucional ao abrigo do artigo 284º e ss da CRP seria possível, uma vez que não estava em causa, a violação dos limites materiais da revisão, nos termos do artigo 288º da CRP.

2. Quanto ao Direito da União Europeia

Conforme o site oficial do Conselho da União Europeia, “*Os Estados-Membros da UE são responsáveis pela organização e pela prestação de serviços de saúde e de cuidados médicos. O papel da UE no âmbito da política de saúde é, por conseguinte,*

³¹⁰ J.J.Gomes Canotilho e Vital Moreira, *CRP - Constituição da República Portuguesa Anotada - Artigos 108º a 296º*, 4ª revista, vol. II (Coimbra: Coimbra Editora, 2010), 336 e 337.

complementar ao das políticas nacionais”³¹¹, o que significa que a UE, deixa ao critério de cada estado-membro, a escolha do modelo do sistema de saúde a utilizar.

Ora, logo à partida, nada, do ponto de vista de legislação europeia, impede Portugal de mudar de sistema de saúde, até porque o atual SNS, é anterior à entrada de Portugal na antiga Comunidade Económica Europeia (CEE), hoje União Europeia, e vários são os sistemas de saúde existentes na União Europeia, sendo que a proposta que é apresentada nesta dissertação, tem por base o sistema de saúde de um estado-membro fundador da União Europeia, a Alemanha.

O artigo 168º do Tratado de Funcionamento da União Europeia (TFUE), é o artigo encarregue da saúde pública, e tem uma função de complementaridade em relação às políticas públicas de cada estado-membro, fomentando, prevenindo e combatendo as grandes problemáticas da saúde na Europa.

Quanto ao Direito da União Europeia, a grande questão jurídica da implementação do modelo proposto, será a questão relacionada com os seguros de saúde privados, e o papel que o seguro nacional de saúde, terá no mercado dos seguros. Aqui, importa fazer alusão ao facto de não ser possível vedar a atividade seguradora, a entidades privadas, existindo apenas o modelo único de seguro público de saúde, no fundo, não é possível proibir as entidades privadas, de estar no mercado segurador da saúde. A este respeito, importa analisar o artigo 26º do TFUE, os artigos 49º a 55º, e 56º a 62º do mesmo diploma, que regulam e promovem a *“liberdade de estabelecimento e liberdade de prestação de serviços”*³¹².

O artigo 26º do TFUE, no seu nº2 refere-se a *“mercado interno”* como *“um espaço sem fronteiras internas no qual a livre circulação das mercadorias, das pessoas, dos serviços e dos capitais é assegurada”*, e logo neste âmbito é à partida muito difícil limitar um setor de atividade económica.

No artigo 49º do TFUE, é feita alusão às limitações da liberdade de estabelecimento, sendo referido que *“são proibidas as restrições à liberdade de estabelecimento dos nacionais de um Estado-Membro no território de outro Estado-Membro”*, o que não

³¹¹ «Política de saúde da UE», 2024, <https://www.consilium.europa.eu/pt/policies/eu-health-policy/>.

³¹² «Liberdade de estabelecimento e liberdade de prestação de serviços | Fichas temáticas sobre a União Europeia | Parlamento Europeu», 31 de outubro de 2023, <https://www.europarl.europa.eu/factsheets/pt/sheet/40/liberdade-de-estabelecimento-e-liberdade-de-prestacao-de-servicos>.

permitiria vedar a atividade seguradora no âmbito da saúde, a entidades estrangeiras, que atualmente atuam em Portugal, nomeadamente através de “*agências, sucursais ou filiais*”.

Outra das disposições legais importantes, é o artigo 57º do TFUE, onde é definido o conceito de “*serviços*”, sendo estes, “*as prestações realizadas normalmente mediante remuneração, na medida em que não sejam reguladas pelas disposições relativas à livre circulação de mercadorias, de capitais e de pessoas.*”. Este artigo, categoriza os serviços em 4 categorias, nomeadamente, “*actividades de natureza industrial; actividades de natureza comercial; actividades artesanais; actividades das profissões liberais*”, sendo a atividade seguradora, comercial do ponto de vista do objeto, e liberal do ponto de vista da sua mediação.

Outra das questões importantes, é o facto de não se poder vedar um setor de atividade. Com a proposta em análise, o setor não é vedado, uma vez, que os seguros privados não vão ser proibidos, simplesmente os contribuintes portugueses não vão poder deixar de financiar o novo SNS, em prol dos seguros privados. Os beneficiários podem contratar um seguro privado, mas terão um custo acrescido apenas, isto porque, os prestadores privados, não vão poder beneficiar os tomadores de seguros privados, em detrimento dos beneficiários do novo SNS, como atualmente acontece por exemplo com a ADSE, em que um beneficiário deste subsistema se contactar um hospital privado para marcação de uma consulta, é colocado em lista de espera, passando o beneficiário do seguro privado ou quem pague o valor total da consulta por sua conta, à frente do beneficiário da ADSE, tendo até, já resultado em multas para prestadores privados de saúde.³¹³

No fundo, a base da proposta em análise, é o modelo alemão de seguro obrigatório, contudo, nesta proposta, não se pode escolher entre público e privado, o seguro público será obrigatório no caso português, mantendo-se o espírito constitucional de estado social, solidário e redistributivo, sendo possível contratar um segundo seguro, privado, mas cumulativo com o seguro público obrigatório, e não substitutivo.

Dito isto, não é possível ao Estado vedar a atividade seguradora no âmbito da saúde aos privados, poderá sim, regular e fiscalizar a atividade dos mesmos, e assumir uma posição essencial e obrigatória, em relação aos prestadores privados de cuidados de saúde.

³¹³ Lusa, «Regulador multa Lusiadas e Hospital da Luz por discriminarem utentes da ADSE nas marcações», PÚBLICO, 21 de março de 2023, <https://www.publico.pt/2023/03/21/sociedade/noticia/regulador-multa-lusiadas-hospital-luz-discriminarem-utentes-marcacoes-2043190>.

Relativamente à prestação de cuidados de saúde privados, essa prestação continuaria, principalmente para cidadãos de outros países, que não fossem contribuintes e beneficiários do sistema português. Esta medida, por exemplo, iria acabar com o turismo de nascimento que existe em Portugal, e não é negar assistência como acontece em outros estados, é fazer com que os países de origem desses cidadãos estrangeiros paguem pelos serviços prestados aos mesmos em Portugal. No caso de cidadãos da UE, o cartão europeu de saúde iria permitir esse acesso à saúde em Portugal, com a posterior apresentação de despesas no país de origem. No caso dos cidadãos de países externos à UE, estabelecer-se-ia acordos e protocolos de financiamento desses mesmos cuidados de saúde.

Em última análise, é de reforçar, que o seguro obrigatório cobriria as necessidades de qualquer cidadão beneficiário do novo SNS, quer tivesse mais, ou menos possibilidades. Nem os cidadãos com mais possibilidades económicas, pretenderiam ir pela via privada, uma vez que o seguro público obrigatório iria cobrir essas despesas. Os seguros privados, para os beneficiários do novo SNS, iriam cair em desuso, porque o seguro obrigatório iria cobrir tudo o que fosse prestação de cuidados de saúde, e os prestadores de cuidados de saúde privados teriam obrigatoriamente de aderir ao novo SNS, no fundo iriam pertencer a esta rede nacional de prestadores de cuidados de saúde.

3. Quanto à Contratação Pública

Um dos maiores problemas da contratação pública, é a sua morosidade e burocratização, o que prejudica a gestão pública e o funcionamento das entidades. Será necessário aligeirar fatores da contratação pública, e até mesmo deixá-los para outras atribuições do estado que não a saúde. Com a proposta de um seguro de saúde público obrigatório, os constrangimentos da contratação pública deixariam de existir, e o Estado deixaria de se preocupar e investir nesse sentido, deixando a gestão para os privados.

Por outro lado, há que ter em conta, que apesar da gestão pública ter maiores constrangimentos, em relação à gestão privada, a gestão privada seria melhor mesmo com iguais constrangimentos. A exigência e pouca margem de erro que o gestor privado tem, em relação ao gestor público, é diferente, e basta ver que os negócios públicos e gestão pública muitas vezes tem sérios problemas, principalmente para os contribuintes. A responsabilização e exigência sobre um gestor privado é superior, também porque a supervisão da sua ação por parte de superiores hierárquicos é muito maior.

É verdade, que a gestão pública, muitas vezes é má, também por ser tão constrangida pelas exigências da legalidade, mas também se assim não fosse, se a sua ação não fosse constrangida e escrutinada pela contratação pública e pela legalidade, as consequências seriam gravíssimas e injustas para o erário público, bem como para os restantes agentes de mercado, porque um gestor público tem uma posição dominante, e depois está a gerir algo que não é seu, e isto é muito significativo, porque quando se trata de fundos do próprio gestor, ou empresário, a postura é muito mais rigorosa, porque de facto se sente diretamente o impacto de uma má decisão, enquanto que para um gestor público, uma má decisão não tem um impacto tão considerável e tão direto, uma vez que para uma empresa uma má decisão, ou, uma série de más decisões pode ditar o fim dessa mesma empresa, enquanto o Estado por muito mal que esteja consegue sempre resolver a situação, como vimos na história recente de Portugal, com a intervenção da troika, e o financiamento externo que o país recebeu. Dito isto, a gestão privada é mais exigente do ponto de vista dos resultados, e tem um poder de decisão muito mais autónomo.

A questão da sujeição da contratação pública aos prestadores privados, apenas se aplicaria na questão da concessão, mas isso é justificável por uma questão de igualdade de acesso ao mercado, caso contrário poderia estar-se a beneficiar determinados agentes económicos. No caso da concessão das infraestruturas públicas, para a prestação de cuidados de saúde, seriam abertos concursos públicos, sendo a melhor proposta, a que seria adjudicada, tendo de existir celeridade neste processo.

Do ponto de vista legal, a contratação pública, é um grande foco de problematização jurídica, principalmente no que toca à forma de pagamento às entidades prestadoras de cuidados de saúde. O que se pretende, é que de imediato se pague pela prestação de serviço, ou, no prazo máximo de 2, ou, 3 dias.

A grande questão que se levanta, quanto à forma de pagamento, é, como criar uma forma de pagamento imediato, por parte da entidade gestora da saúde, que não implique a contratação pública, ou, mesmo no âmbito da contratação pública, que seja um processo célere. A proposta, passaria pela criação de um cartão de beneficiário, cartão esse, de crédito, com um plafond de 3000 euros³¹⁴, sendo que os cuidados que ultrapassassem esse

³¹⁴ Este valor corresponde, ao valor normalmente pedido nos hospitais privados, em casos de internamento urgente, sendo um adiantamento de serviços hospitalares, contudo, no caso do novo seguro de saúde público, é um crédito, não significa que seja efetivamente cobrado o referido valor. «Apoio ao Cliente | Hospital da Luz», acedido 27 de maio de 2024, <https://www.hospitaldaluz.pt/pt/para-clientes/apoio-ao-cliente/4/seguros-e-precos#tenho-de-pagar-alguma-coisa-quando-sou-internado>.

valor, teriam de ter uma autorização específica da entidade gestora da saúde, para que se prosseguisse a terapêutica. Este cartão de crédito, apenas permitia o pagamento em estabelecimentos em entidades prestadoras de cuidados de saúde, nomeadamente, hospitais, clínicas locais de saúde, ou centros de análises clínicas e colheitas, sendo que haveria um terminal próprio para este cartão, em que as operações seriam de imediato informadas à entidade gestora da saúde, permitindo assim, uma melhor fiscalização e escrutínio das transações financeiras.

No caso dos beneficiários não terem o seu cartão consigo, poderão através da apresentação do seu cartão de identificação, apresentar o número de beneficiário do seguro nacional de saúde, e ficar uma nota de crédito dos tratamentos e consultas realizadas, para que o pagamento fosse realizado pelo seguro nacional de saúde.

Modo de utilização pelos beneficiários

A utilização deste novo sistema, passa pela apresentação nas instituições prestadoras de cuidados de saúde, do cartão de beneficiário do seguro público. Como já foi referido anteriormente, é de suscitar a possibilidade de se criar um cartão de seguro, em que o pagamento é efetuado à entidade prestadora de imediato, pela nova entidade pública. Este cartão, seria um cartão de crédito, com um plafond de 3000 euros, sendo que se a prestação de cuidados de saúde ultrapassasse esse valor, seria necessária uma autorização especial, por parte da entidade gestora, para que se levasse a cabo a terapêutica. No fundo, seria criada uma linha de crédito, para que o processo de pagamento fosse mais célere e eficiente, sendo devidamente escrutinado e fiscalizado.

O cartão de assegurado, é apresentado pelo mesmo nos estabelecimentos de prestação de cuidados de saúde, e no ato de pagamento, o cartão é introduzido num terminal que credita de imediato ao prestador o valor cobrado. Contudo, numa perspetiva de controlo contabilístico, e de controlo de utilização dos recursos financeiros, a entidade gestora do novo SNS, teria acesso imediato à fatura associada ao respetivo número de beneficiário, assim que fosse registada uma transação com o cartão no terminal específico.

Em conclusão, os beneficiários teriam um cartão de crédito, com um plafom para uma utilidade geral (consultas, exames, terapêuticas para doença aguda não grave, internamento urgente), cartão esse, que só funcionava em terminais específicos, ligados e controlados pela entidade gestora da saúde. Existirá assim, uma informatização dos

procedimentos de pagamento, controlo e fiscalização, o que permitirá uma transação financeira rápida, e simultaneamente, um controlo e fiscalização dos recursos utilizados.

Enquadramento legal da carreira profissional dos profissionais de saúde – funcionários públicos ao abrigo da Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas, e transição para o regime laboral privado

Neste sentido, a proposta deve assentar num regime de transição, ou de mudança de estatuto laboral, mediante acordo com o trabalhador que já se insira em funções públicas. Haveria uma espécie de regime híbrido, com a possibilidade de o trabalhador mudar para o regime privado. Ou seja, para quem seja contratado após a entrada em vigor do novo SNS, aplicar-se-ia um contrato de trabalho privado, regulado pelo Código do Trabalho (CT), e já não pela Lei Geral de Trabalho em Funções Públicas (LGTFP).

Não é a primeira vez que acontece esta situação de regime híbrido, em que numa instituição anteriormente pública, que foi privatizada, ou, que se tornou pessoa coletiva de direito privado, com capitais públicos, em que os trabalhadores que eram trabalhadores em funções públicas, mantiveram esse estatuto e as condições que tinham antes da privatização, sendo que os novos trabalhadores, que iniciam funções após a transformação da personalidade jurídica da entidade, já estão abrangidos por um contrato de trabalho de direito privado. Exemplos disso são, os Correios e Telecomunicações de Portugal (CTT), e as entidades reguladoras, como por exemplo a Autoridade Nacional de Comunicações (ANACOM).

No caso dos CTT, a transformação deu-se através do Decreto-Lei n.º 87/92, de 14 de maio ³¹⁵, que “*transforma a empresa pública Correios e Telecomunicações de Portugal (CTT) em sociedade anónima de capitais exclusivamente públicos*”. Apesar desta mudança de personalidade jurídica da entidade, o Acórdão de 2021-05-07 (Processo nº 00101/17.6BEPRT), de 7 de maio, do Tribunal Central Administrativo Norte (TCA Norte) ³¹⁶, refere que “*os trabalhadores dos CTT – Correios e Telecomunicações de Portugal, empresa pública, admitidos antes da entrada em vigor do Decreto-Lei n.º 87/92, de 19.05, mantiveram o estatuto similar ao de funcionários públicos, após a entrada em vigor deste*

³¹⁵ «Decreto-Lei n.º 87/92 | DR», 1992, <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/87-1992-522189>.

³¹⁶ «Acórdão de 2021-05-07 (Processo nº 00101/17.6BEPRT), de 7 de maio - Tribunal Central Administrativo Norte», 2021, <https://www.dgsi.pt/jtcn.nsf/89d1c0288c2dd49c802575c8003279c7/41ea64b7c8d8cca2802586d3004c03f1?OpenDocument>.

diploma e da transformação dos CTT em sociedade anónima”, “*sendo, simultaneamente, subscritores da Caixa Geral de Aposentações, o seu estatuto para efeitos de aposentação é similar ao da generalidade dos funcionários públicos, dando-se, assim, protecção ao princípio da confiança*”.

A situação dos trabalhadores da ANACOM, como está expresso no artigo 42º dos seus estatutos, regulados pelo Decreto-Lei n.º 39/2015, de 16 de março ³¹⁷, é uma situação similar ao setor privado, uma vez que apesar de ainda existir um conteúdo de Direito Público, por exemplo, a “*prosecução do interesse público, nomeadamente os respeitantes a acumulações e incompatibilidades*”, nos termos do nº4 do artigo 42º do referido diploma legal, é referido que os trabalhadores estão sujeitos “*ao regime jurídico do contrato individual de trabalho*”, estando igualmente abrangidos “*pelo regime geral da segurança social*”, o que coloca estes trabalhadores sob o âmbito de um regime laboral privado, nos termos do nº1 do mesmo artigo. No entanto, existe a salvaguarda legal da Lei nº 67/2023, de 28 de agosto ³¹⁸, que no nº 7 do artigo 3º refere que “*É reconhecido aos atuais trabalhadores das entidades reguladoras previstas no n.º 3 do presente artigo o direito de opção quanto à manutenção do vínculo de contrato de trabalho em funções públicas*”, ou seja, permite, que apesar de uma privatização da relação laboral, quem pretenda manter as condições do vínculo de trabalhador em funções públicas poderá fazê-lo.

E neste sentido, funcionará o novo SNS, em que a vontade dos trabalhadores, em manter as suas atuais condições de vínculo em funções públicas permanecerá, tendo igualmente a opção, de mudar para o regime do contrato individual de trabalho, que na perspetiva será mais apelativo, uma vez que um dos objetivos do novo modelo, é a valorização dos profissionais de saúde e ademais profissionais, que garantem o funcionamento das infraestruturas prestadoras de cuidados de saúde.

Segundo Lino José Baptista Rodrigues Ribeiro ³¹⁹, “*O direito à segurança no emprego impede, por exemplo, que o legislador, na privatização de um serviço público,*

³¹⁷ «Decreto-Lei n.º 39/2015 | DR», 2015, <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/39-2015-66761449>.

³¹⁸ «Lei-quadro das entidades administrativas independentes com funções de regulação da atividade económica dos setores privado, público e cooperativo | DR», 2013, <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/2013-106955825>.

³¹⁹ «Colóquio “Direito Administrativo Privado - ou a crise do direito administrativo”, realizado nos dias 19 e 20 de Novembro de 2010, no auditório 1 da Faculdade de Direito da UCP, no Porto.», acedido 18 de maio de 2024,

imponha forçadamente o vínculo privado a quem detém o estatuto de funcionário público.”, o que justifica o enquadramento constitucional do modelo apresentado, uma vez, que se respeita o direito à segurança no emprego consagrado no artigo 53º da CRP. O mesmo autor, faz alusão ao facto de ser “*legítimo que se questione se os aspectos essenciais de uma relação de emprego público já constituída, como a retribuição, o regime de vínculos, as formas de cessação e o regime de protecção social, podem ser modificados para pior sem frustração das justas expectativas fundadas num determinado quadro jurídico*”, sendo mais uma vez importante, frisar a negociação com os profissionais, e a exigência aos prestadores privados, em aceitar estes profissionais com as condições contratuais que têm, no momento da privatização das entidades prestadoras de cuidados de saúde.

Esta será uma das condições para que os prestadores privados possam concorrer entre si, pela concessão das infraestruturas hospitalares públicas. No fundo, no momento da concessão, são englobados os bens imóveis, juntamente com os bens móveis, e os contratos de trabalho dos profissionais, sendo dado a escolher aos profissionais, qual o regime laboral que pretendem, se querem um contrato individual de trabalho, ou querem manter o atual contrato de trabalho em funções públicas. O que se pretende aqui proteger e assegurar, são os postos de trabalho, numa ótica até de melhoramento dos mesmos, e assegurar o bom funcionamento das infraestruturas prestadoras de cuidados de saúde.

A proposta de privatização da prestação de cuidados de saúde, pretende igualmente fomentar a progressão de carreira, e salarial, dos profissionais afetos ao setor da saúde, nomeadamente, médicos e enfermeiros, uma vez que o setor privado consegue assegurar uma maior progressão e crescimento das carreiras, e dos vencimentos, pois não está preso a constrangimentos legais, que impedem a progressão dos profissionais, como acontece no trabalho em funções públicas, por exemplo, com o sistema integrado de gestão e avaliação do desempenho na administração pública (SIADAP), em que existem quotas para a progressão dos profissionais, criando injustiças e desmotivação dos profissionais, por decisões arbitrárias, ou, forçadas, dos superiores hierárquicos que os avaliam. Magda Gisela Magalhães Figueira, cita Paulo Veiga e Moura, referindo que “*No domínio da Função Pública, a constatação de uma certa falência do modelo estatutário, que não satisfaz as aspirações dos funcionários nem permite à Administração assegurar*

https://www.amjafp.pt/images/phocadownload/Interven%C3%A7%C3%B5es/coloquio2010_linoribeiro.pdf.

*a rentabilidade do seu aparelho organizatório, levou a olhar para o Direito Laboral com a renovada esperança de ali se encontrar a milagrosa solução que permitiria pôr a Administração no caminho, que já se julgava perdido, da eficácia. Não é por isso de estranhar que o grande estandarte da privatização da Administração Pública tenha sido inquestionavelmente o da eficácia do aparelho administrativo, argumentando-se que para actuar com flexibilidade e eficácia na satisfação das necessidades públicas era imprescindível que se libertasse dos procedimentos administrativos pouco maleáveis. Em homenagem a esta eficácia do aparelho administrativo, remete-se a Administração para o direito privado, sacrificam-se os procedimentos administrativos de controlo da despesa, qualificados de lentos, ineficazes e inadequados...”*³²⁰.

Magda Gisela Magalhães Figueira, cita também Cláudia Viana, que refere, que “*com o surgimento do Estado Social o papel do Estado passa a ser de prestador/protector, assiste-se a um aumento da actuação administrativa nos vários domínios da vida económica e social. Isto conduziu ao aparecimento de um pesado e lento aparelho administrativo, incapaz de actuar de forma eficaz e eficiente. Em resposta a estes problemas assiste-se a uma substituição por técnicas e instrumentos de gestão privada, em vários domínios da Administração Pública, o que também se faz sentir ao nível dos recursos humanos, nomeadamente a privatização da relação jurídica de emprego na Administração Pública, mais concretamente no que diz respeito ao contrato individual de trabalho.*”³²¹. E de facto, é de concordar com esta posição, uma vez, que o estrangulamento estatal do setor económico-social, com receio de uma posição de vantagem por parte do setor privado, tornou o setor público pouco eficiente, dinâmico e atrativo, tanto para quem nele trabalha, como para quem dele depende. Não só na saúde, como também noutras atribuições do Estado, se verificou uma estatização dos serviços públicos, principalmente no pós-25 de abril, contudo, no final da década de 80, e no início da década de 90 do século XX, surgiu a necessidade de articular Portugal com o resto dos países europeus, com a adesão de Portugal em 1986 à então CEE. Este fenómeno, levou o Estado a transformar a génese jurídica das entidades e instituições, de forma a estar em sintonia com os restantes estados-membros, sendo exemplo disso a transformação de várias entidades em sociedades anónimas (S.A.), de capitais exclusivamente públicos. Posteriormente, veio a ser alienado capital social dessas entidades, ficando o Estado com

³²⁰ «TESE.Magda Magalhães.A Privatização da Relação Jurídica de Emprego Público.2011», acedido 18 de maio de 2024, https://ria.ua.pt/bitstream/10773/4718/1/TESE_Magda_Magalh%C3%A3es.pdf.

³²¹ «TESE.Magda Magalhães.A Privatização da Relação Jurídica de Emprego Público.2011».

uma “ação dourada/golden share”, que mais tarde veio a ser abolida pela jurisdição europeia, sendo o Estado português, sujeito a ações de incumprimento por ainda deter influência e poder societário, nomeadamente na PT (Portugal Telecom)³²².

Concluindo, é importante olhar a saúde de forma dualista e conciliadora, ou seja, enquanto direito fundamental, que deve ser assegurado e protegido, e, enquanto setor económico e de mercado, em que existem profissionais que prestam a sua atividade laboral, seja pela prestação direta de cuidados de saúde, ou, auxílio dessa mesma prestação, seja pela mercantilização de dispositivos médicos, ou, de suporte às infraestruturas hospitalares. No fundo, há que perspetivar a melhor assistência aos utentes, mas igualmente, há que proporcionar as melhores condições aos profissionais que prestam essa assistência, para que no final ambas as partes saiam satisfeitas deste contrato social sinalagmático. Para tal, há que proteger os interesses dos profissionais que asseguram a prestação de cuidados de saúde, quer exerçam a sua atividade pelo setor público, ou, no setor privado.

³²² “A Comissão intentou acção de incumprimento contra Portugal e nela sustentou perante o Tribunal de Justiça que os direitos especiais que eram conferidos às acções privilegiadas, embora constassem apenas dos Estatutos, o certo é que estes tinham sido adoptados e aprovados quando o Estado detinha o controlo da PT por deter a maioria do capital e, por outro lado, não poderia deixar de considerar-se que a lei quadro das privatizações e o art.º 20.º § 1.º do DL 44/95, de 22 de Fevereiro, relativo à 1ª fase de privatização, dispõe que a maioria das ditas acções privilegiadas deve ser atribuída ao Estado e permanecer propriedade do Estado, ficando por esta via assegurado que não seriam transmissíveis, contrariamente às acções privilegiadas de direito privado. A Comissão defendeu também que os accionistas não podiam, sem a concordância do Estado tomar decisões estratégicas, como a venda de activos importantes ou a aquisição por certos investidores de participações de controlo. Nestas condições, os direitos especiais do Estado português na PT constituíam um entrave aos investimentos na sociedade o que se traduziria numa restrição às liberdades de circulação de capitais e de estabelecimento. Também alegou que as restrições não encontravam justificação nos motivos apontados por Portugal, designadamente a necessidade de dispor da rede de comunicações em caso de crise ou guerra, por não ser indicada a existência de “uma ameaça real e suficientemente grave, afectando um interesse fundamental da sociedade”. Igualmente argumentou que não era de considerar válida a justificação de ser necessária a detenção daqueles direitos especiais para garantir um certo grau de concorrência, em virtude de a PT ser a detentora das redes de cabos e de cobre, o que seria justificar uma violação da concorrência com outra violação da concorrência, pois assim era invocada outra restrição contestada às liberdades asseguradas pelo tratado. A Comissão defendeu também que o exercício dos direitos especiais não estava submetido a nenhuma condição excepto a de que tais direitos sejam utilizados unicamente quando o exijam razões de interesse público. Ora, dizia, mesmo supondo legítimos os interesses invocados pelo Estado, conferir-lhe um poder tão discricionário iria para além do necessário para os atingir.”. de Rosendo Dias José, «Colóquio “Direito Administrativo Privado - ou a crise do direito administrativo”, realizado nos dias 19 e 20 de Novembro de 2010, no auditório 1 da Faculdade de Direito da UCP, no Porto. DIREITO ADMINISTRATIVO PRIVADO? “GOLDEN SHARES” E DIREITO COMUNITÁRIO», 2010, 15 e 16.

Ensino superior nas áreas da saúde (medicina, enfermagem e auxiliares de saúde) e o novo SNS

Esta questão coloca-se, uma vez que passando a prestação dos cuidados de saúde para a esfera dos setores privado, social e cooperativo, os estudantes de ensino superior terão de desenvolver a sua formação junto destes, não só para o ensino superior nesta área de formação, mas principalmente para o futuro da saúde em Portugal, existindo a necessidade de renovar as gerações de profissionais de saúde. Assim, é de propor a negociação neste sentido com os privados, para que em simultâneo com as universidades públicas, se desenvolvam parcerias para que se formem profissionais de saúde, e para que estes sejam absorvidos pelo mercado.

O atual SNS, contempla no seu estatuto a cooperação com as instituições de ensino superior e unidades de investigação, nos termos do art.31º do Decreto-Lei n.º 52/2022³²³. No entanto, o setor privado já começou a dar os primeiros passos no ensino da medicina³²⁴, como é o caso do Grupo Luz Saúde e da Faculdade de Medicina da Universidade Católica Portuguesa (UCP), em que o Hospital da Luz de Lisboa é parceiro no ensino clínico, tendo todos os “*requisitos*”³²⁵ para ser hospital universitário³²⁶, nos termos do artigo 25º do Decreto-Lei n.º 61/2018, de 3 de agosto³²⁷. Neste sentido, os alunos são “*integrados nas equipas médicas das unidades de saúde do Grupo Luz Saúde, que incluem um hospital de reabilitação e um hospital de parceria público-privada*”, estando todas as especialidades representadas, “*garantindo exposição a todos os aspetos necessários da Medicina.*”³²⁸

Neste novo modelo para o sistema de saúde português, o ensino da saúde será levado a cabo através de parcerias entre as universidades, sejam elas públicas, ou privadas, e os prestadores de cuidados de saúde (hospitais e clínicas do setor privado). No

³²³ «Estatuto do Serviço Nacional de Saúde | DR».

³²⁴ O primeiro curso de medicina no ensino privado começou em setembro de 2021, na Universidade Católica Portuguesa. Samuel Silva, «Curso de Medicina na Católica vai custar mais de 17 mil euros por ano em propinas», PÚBLICO, 7 de maio de 2021, <https://www.publico.pt/2021/05/07/sociedade/noticia/curso-medicina-catolica-vai-custar-17-mil-euros-ano-propinas-1961483>.

³²⁵ «Grupo Luz Saúde», FM-WEBSITE, 21 de outubro de 2020, <https://fm.ucp.pt/pt-pt/partnership-and-collaborations/grupo-luz-saude>.

³²⁶ «Hospital da Luz Lisboa: 1.º hospital universitário privado em Portugal | Hospital da Luz», 23 de setembro de 2021, <https://www.hospitaldaluz.pt/pt/comunicacao/noticias/hl-lisboa-1-hospital-universitario-privado-portugal>.

³²⁷ «Decreto-Lei n.º 61/2018, de 3 de agosto | DR», acedido 19 de abril de 2024, <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/61-2018-115886131>.

³²⁸ «Grupo Luz Saúde».

fundo, o ensino público não será privatizado, apenas é privatizada a prestação de cuidados de saúde, estabelecendo-se parcerias entre as universidades públicas, e os hospitais e clínicas universitários privados, surgindo uma simbiose entre o setor público de ensino superior, e o setor privado de prestação de cuidados de saúde.

Por outro lado, é importante permitir aos privados o desenvolvimento do ensino da medicina e das restantes ciências da saúde, aumentando a oferta, e promovendo a fiscalização da qualidade do ensino, reconhecendo que se está a dar importantes passos nesse sentido, apesar das críticas. Por exemplo, o início do ensino da medicina pela UCP em 2021, e no ano de 2023, na nova escola de medicina da Universidade Fernando Pessoa³²⁹, decorrendo no presente ano letivo 2023/2024, o primeiro ano do curso de medicina na referida universidade³³⁰, sendo ainda de salientar que esta universidade já tem um hospital-escola³³¹, o que permite uma maior proximidade dos alunos com o mundo da medicina e seus profissionais.

Quanto ao ensino superior público, o que se propõe é que o ensino prático seja exercido nos hospitais universitários geridos pelos privados (por exemplo, Hospital de Santa Maria gerido pelo grupo privado que ganhe o concurso público de concessão), e que o ensino teórico seja lecionado na instituição pública. Ou seja, só a componente prática seria exercida no setor privado, sendo obviamente o custo dessa formação suportado pela universidade pública, ficando a nota de que haveria um custo menor para as faculdades públicas, convencionado logo na concessão do “trespasse do estabelecimento hospitalar”.

É de reforçar que as universidades atualmente públicas, continuariam a sê-lo, fazendo os alunos, a sua formação prática nos hospitais privados, sendo o custo dessa formação prática assumido pelo ministério da pasta responsável pelo ensino superior. Ou seja, as entidades privadas, especialmente as que adjudicaram as grandes instalações públicas, onde atualmente se encontram as universidades públicas de medicina e enfermagem, convencionariam com o Estado, o custo anual desses estudantes no que toca à utilização de materiais e dispositivos médicos, bem como, do acompanhamento dos

³²⁹ «Portugal vai passar a ter dois cursos de Medicina no ensino privado», SIC Notícias, 17 de janeiro de 2023, <https://sicnoticias.pt/pais/2023-01-17-Portugal-vai-passar-a-ter-dois-cursos-de-Medicina-no-ensino-privado-68c89139>.

³³⁰ «Aviso n.º 5557/2023 | DR», acedido 19 de abril de 2024, <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/aviso/5557-2023-208641436>.

³³¹ «Início - Marcação Consulta Exame | HE-UFP», HE-UFP - Hospital Escola Fernando Pessoa, acedido 22 de abril de 2024, <https://he.ufp.pt/>.

estudantes durante os atos médicos e de enfermagem. No fundo, o Estado só pagaria pela despesa da formação prática.

Concluindo, com a implementação deste modelo de sistema de saúde, no que toca à formação de profissionais, seria de implementar o mesmo sistema para as escolas e faculdades das restantes áreas da saúde, entre elas, enfermagem, farmácia, medicina dentária, fisioterapia, técnicos das diversas áreas de diagnóstico, entre outras. Passando a formação na vertente prática, a ser realizada no setor privado, ficando apenas a vertente teórica no setor público.

Influência do novo SNS na descentralização e no acesso à saúde da população do interior

O êxodo do rural foi um fenómeno que se verificou no início do século XX, principalmente devido à industrialização que Portugal teve nas zonas litorais.³³² Os trabalhadores agrícolas começaram a deixar o trabalho nos campos, migrando para os grandes centros industriais que se estavam a formar no litoral do país, procurando melhores condições de vida. Ora, estes trabalhadores ao sair das zonas do interior, fixaram-se no litoral permanecendo até à sua velhice, não renovando as gerações nos meios rurais, mas sim nas cidades. Este fenómeno demográfico, originou um despovoamento e um envelhecimento do interior, pois a grande maioria dos seus habitantes são idosos³³³.

Ora, devido ao fenómeno acima referido, também o atual SNS moldou a sua atividade conforme as características demográficas das regiões, ou melhor, definiu a sua atividade consoante a densidade populacional existente, e não pelas faixas etárias existentes, pensando-se em quantidade (de pessoas), e não em qualidade (jovens ou idosos). No caso português não é uma questão de litoral e interior, mas de Área

³³² “Portugal atravessou transformações socioeconómicas significativas. Se, por volta de 1910, quase 60% da população activa portuguesa se encontrava a trabalhar no sector agrícola e pescas, em 1970 essa percentagem já se situava nos 32%5. Esta tendência demonstra o processo de conversão das principais actividades económicas em Portugal, de uma economia primordialmente agrícola, para outra onde progressivamente os sectores industrial e de serviços ganhavam preponderância.”. Miguel Figueira de Faria, José Amado Mendes., *Actas do colóquio internacional Industrialização em Portugal no século XX: o caso do Barreiro* (Lisboa: EDIUAL - Universidade Autónoma Editora, S. A. Rua de Sta. Marta, n.º 56 1169 -023 Lisboa, 2010), 19.

³³³ “Se considerarmos as áreas predominantemente rurais, tal como estão definidas pelo Instituto Nacional de Estatística, verificamos que há um peso significativo de população idosa e muito idosa que vive em contextos rurais: cerca de 29 % da população que residia nestas áreas em 2011 tinha 65 e mais anos, e quase 9 %, 80 anos e mais.”. Maria João Guardado Moreira, *como envelhecem os portugueses*, sem data, 33.

Metropolitana de Lisboa e Área Metropolitana do Porto, em relação ao resto do território nacional, pois se formos pela primeira opção, os cuidados de saúde na região do Algarve também estariam garantidos, o que não acontece³³⁴.

Pois bem, existindo uma população mais envelhecida no interior do país, que consequentemente necessita de maiores cuidados de saúde, e que atualmente tem de se deslocar para os grandes centros urbanos para ter acesso a cuidados de saúde mais especializados, nomeadamente, realização de exames de diagnóstico, ou consultas de especialidade, propõe-se este modelo público-privado³³⁵.

Com a introdução deste novo sistema, haverá a abertura e o incentivo ao setor privado, nomeadamente, na promoção de cuidados de saúde às populações que atualmente são escassos no interior³³⁶, por exemplo, consultas de especialidade, exames de diagnóstico, ou terapêuticas. Um dos motivos para esta assimetria entre Lisboa/Porto e o restante país, diz respeito à fixação de médicos fora das duas áreas metropolitanas, não só por não ser apelativo geograficamente para estes profissionais, mas também por existir falta destes profissionais, seja por restrição no número de formandos, seja por falta de incentivos salariais, ou progressão de carreira³³⁷.

A pergunta que se coloca neste âmbito, é, até que ponto, a privatização da prestação de cuidados de saúde, irá beneficiar as zonas demograficamente envelhecidas, e com carência de cuidados de saúde multidisciplinares. A resposta a esta questão, é

³³⁴ A região do Algarve,

³³⁵ Público no pagamento e acesso, e privado na gestão e contratação.

³³⁶ Jornal Económico com Lusa, «Interior não tem o mesmo acesso à saúde que o litoral, alerta Ordem dos Médicos», O Jornal Económico, 10 de dezembro de 2018, <https://jornaleconomico.sapo.pt/noticias/populacao-do-interior-nao-tem-o-mesmo-acesso-a-saude-que-a-do-litoral-alerta-ordem-dos-medicos-387240/>.

³³⁷ Situação que se prende com a estatização do ensino da medicina, sendo importante, permitir também ao setor privado formar médicos, para que haja uma maior oferta destes profissionais no mercado. É de defender, a abertura ao setor privado, do ensino da medicina, irá permitir maior oferta de profissionais ao mercado, e paralelamente a esse fator, é importante promover melhores condições salariais e de carreira a estes profissionais. Sendo ainda de referir, que muitos dos médicos em Portugal, preferem prestar a sua atividade no setor privado, do que no atual SNS, principalmente por verem valorizadas as suas carreiras, e por terem melhores condições de trabalho e salariais, fazendo já o setor privado concorrência ao atual SNS, na captação de profissionais, não só médicos, mas de outros profissionais de saúde. «Como levar médicos para o interior?», SIC Notícias, 7 de março de 2023, <https://sicnoticias.pt/pais/2023-03-07-Como-levar-medicos-para-o-interior--235c8296>.

A grande aposta do atual SNS, no que toca aos incentivos para os profissionais de saúde, principalmente à classe médica, tem sido por exemplo prémios salariais. «No interior é mais difícil a fixação»: centro de saúde em Reguengos de Monsaraz vai dar incentivo de mil euros para médicos de família, acedido 24 de abril de 2024, <https://cnnportugal.iol.pt/videos/no-interior-e-mais-dificil-a-fixacao-centro-de-saude-em-reguengos-de-monsaraz-vai-dar-incentivo-de-mil-euros-para-medicos-de-familia/64672a3d0cf2dce741b99ce3>.

oportunidade de negócio, e prestação efetiva e real de cuidados de saúde. Oportunidade de negócio para o prestador, uma vez que as regiões do interior e Algarve, estão carentes de cuidados de saúde, principalmente devido à falta de médicos no SNS, e à dificuldade da sua deslocação para fora dos grandes centros urbanos do litoral. Situação que cria uma necessidade, e conseqüentemente uma oportunidade de sanar essa carência. Quanto à prestação real e efetiva, se com o atual SNS, os utentes já têm de recorrer ao setor privado, pagando duplamente³³⁸ pelos cuidados de saúde que necessitam, porque não pagar apenas uma vez para o novo SNS, que no modelo de seguro público de saúde paga aos privados pela prestação de cuidados de saúde. Este novo modelo de sistema de saúde, irá atrair investimento privado para o interior, investimento esse que obviamente procura uma oportunidade de expandir o seu negócio, e por outro lado, os utentes através da sua contribuição para o novo SNS, irão beneficiar dos cuidados de saúde prestados pelos privados.

Figura 16. Em Portugal, a percentagem de pagamentos diretos é duas vezes mais alta do que a média da UE



Fonte: Estudo OCDE e Comissão Europeia³³⁹

Conforme o gráfico acima representado, pode-se observar que Portugal tem “*uma das percentagens mais altas de pagamentos diretos entre os países da UE, representando 30 % das despesas totais de saúde, ou seja, o dobro da média da UE*”, podendo-se concluir, que apesar da contribuição pública ser percentualmente abaixo da restante UE, a contribuição direta para os cuidados de saúde é o dobro, e é para quem a pode pagar, porque nem todos os cidadãos podem pagar do seu bolso pela prestação de cuidados de saúde, o que origina injustiças numa sociedade que supostamente zela pela igualdade.

³³⁸ Pagam duplamente, porque têm de pagar os seus impostos como qualquer cidadão do litoral, e não têm acesso aos cuidados de saúde prestados pelas entidades públicas, uma vez que estes serviços são inexistentes ou precários, e por outro lado, têm de pagar pela prestação de cuidados de saúde aos privados, que suprimem as suas necessidades de saúde.

³³⁹ «2021_chp_pt_portuguese.pdf», acessido 24 de abril de 2024, https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-12/2021_chp_pt_portuguese.pdf.

Outra situação verificada, ao analisar o gráfico acima representado, é a contratação por parte dos portugueses de “*seguro voluntário de saúde (svs)*”³⁴⁰, que supera quase em dobro a percentagem contratada pelos restantes cidadãos da UE, o que leva a concluir, que os portugueses não confiam na cobertura do atual SNS, salvaguardando-se (quando têm essa possibilidade económica) da falta de resposta e prestação pública.

Ora, os cidadãos que vivem longe dos grandes centros urbanos, ou têm forma e possibilidades de se deslocar a esses mesmos grandes centros urbanos, para terem acesso aos cuidados de saúde prestados pelo atual SNS, quando os há, ou, pagam diretamente, ou, através de seguro voluntário de saúde aos privados pela prestação de cuidados de saúde, ou, então, pura e simplesmente não têm acesso a cuidados de saúde efetivos, havendo apenas nestas regiões cuidados de saúde primários, muitas vezes precários, ou, inexistentes por falta de profissionais.³⁴¹

O que se propõe com este modelo de sistema de saúde, através de seguro público obrigatório, vem dar à população do interior, efetividade e eficácia na prestação de cuidados de saúde, permitindo a liberalização da prestação de cuidados de saúde pelos privados, fomentando a oferta pela oportunidade de negócio, e simultaneamente respondendo à procura e necessidades daqueles cidadãos.

Quanto às críticas a esta solução³⁴², é necessário ter em atenção os possíveis efeitos adversos, tanto do ponto de vista económico, como do ponto de vista do acesso e qualidade da prestação de cuidados de saúde. Na implementação deste modelo, enquanto uma política pública, o Estado terá um papel preponderante na regulação e fiscalização, da atividade privada na prestação de cuidados de saúde, principalmente, na preponderância de certos grupos económicos em determinados territórios³⁴³, evitando situações de monopólio³⁴⁴, em que quem sai prejudicado é o assegurado pelo novo SNS

³⁴⁰ «2021_chp_pt_portuguese.pdf».

³⁴¹ «Falta de recursos no SNS obriga muitos utentes do interior a recorrer ao litoral e ao privado», SIC Notícias, 15 de setembro de 2022, <https://sicnoticias.pt/pais/2022-09-15-Falta-de-recursos-no-SNS-obriga-muitos-utentes-do-interior-a-recorrer-ao-litoral-e-ao-privado-804eca2c>.

³⁴² AbrilAbril, «Saúde: sector privado e social domina no interior, utentes são os principais lesados», AbrilAbril, 10 de agosto de 2023, <https://www.abrilabril.pt/nacional/saude-sector-privado-e-social-domina-no-interior-utentes-sao-os-principais-lesados>.

³⁴³ «Saúde privada domina no interior, há riscos para utentes e SNS», Jornal de Notícias, acedido 25 de abril de 2024, <https://www.jn.pt/4396529910/saude-privada-domina-no-interior-ha-riscos-para-utentes-e-sns/>.

³⁴⁴ Rádio e Televisão de Portugal, «Estudo revela concentração da oferta privada em Saúde no interior do país», Estudo revela concentração da oferta privada em Saúde no interior do país, 9 de agosto de 2023, https://www.rtp.pt/noticias/pais/estudo-revela-concentracao-da-oferta-privada-em-saude-no-interior-do-pais_a1506274.

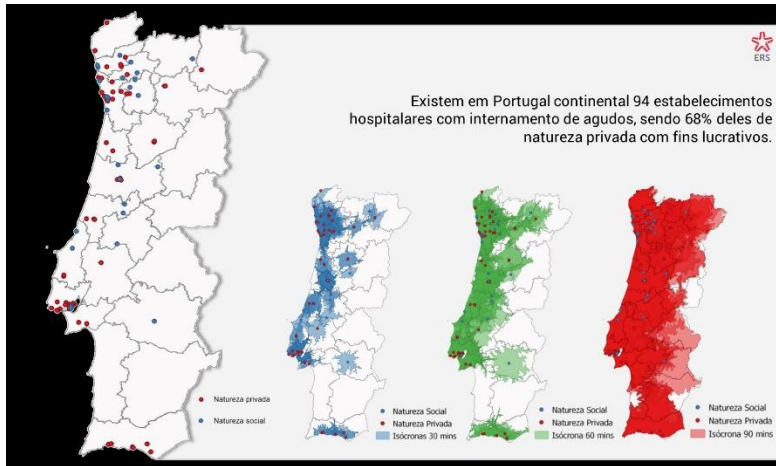
e o próprio Estado. Com esta proposta, haverá uma oferta variada de prestadores, e previamente à abertura de novo estabelecimento de prestação de cuidados de saúde, é apresentada à entidade gestora da saúde a proposta do grupo privado para a abertura de novo estabelecimento, o que já acontece atualmente, em que a “*abertura e entrada em funcionamento de unidades de saúde privadas está sujeita às obrigações, não apenas de registo na ERS*”³⁴⁵, *mas também de obtenção de licença de funcionamento, ao abrigo do regime jurídico do licenciamento*”³⁴⁶.³⁴⁷ No fundo, os privados que queiram exercer a atividade de prestação de cuidados de saúde em território nacional, terão de consultar a entidade gestora do novo SNS, bem como a ERS, cooperando assim, o prestador, o pagador e o regulador, para que haja um serviço de saúde melhor, de acesso efetivo e eficaz, e onde ganham todos, tando quem serve, como quem é servido.

Concluindo, visto que o atual SNS não tem capacidade de promover os cuidados de saúde necessários e essenciais aos cidadãos que vivem fora das duas grandes áreas metropolitanas, o que se propõe é permitir ao setor privado a possibilidade de colmatar essas lacunas, fornecendo o melhor e mais célere serviço de prestação de cuidados de saúde às populações do interior e Algarve, sendo esse serviço pago pelo novo seguro de saúde público obrigatório.

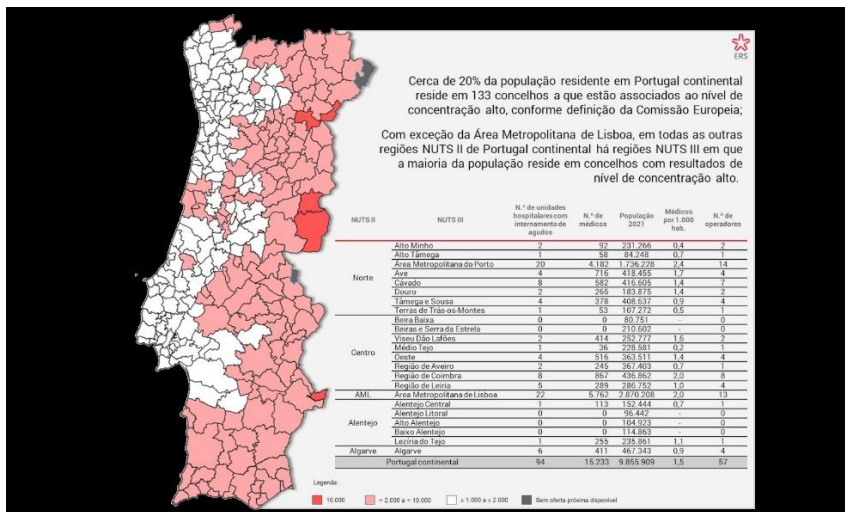
³⁴⁵ DL n.º 126/2014, de 22 de Agosto», acedido 25 de abril de 2024, https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=2194&tabela=leis&ficha=1&pagina=1&so_miolo=. – nos termos do artigo 26º do referido diploma legal.

³⁴⁶ DL n.º 127/2014, de 22 de Agosto», acedido 25 de abril de 2024, https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=2207&tabela=leis&so_miolo=.

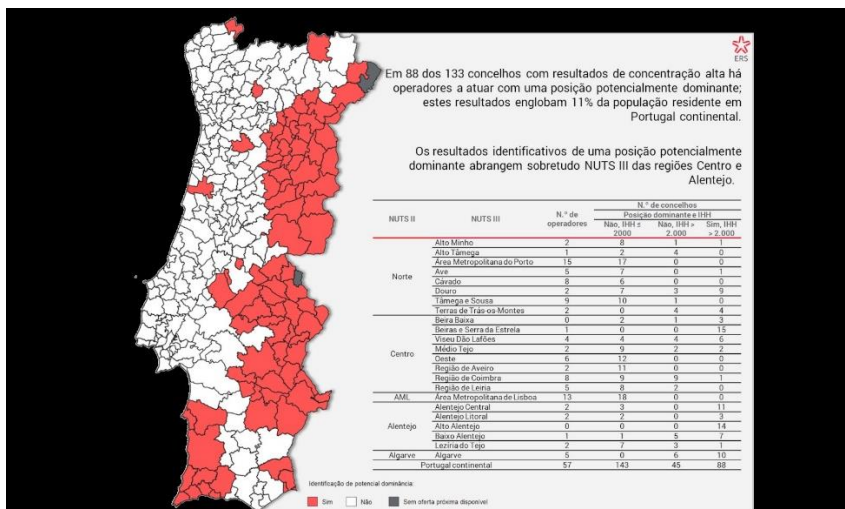
³⁴⁷ «ESTUDO SOBRE A CONCORRÊNCIA NO SETOR HOSPITALAR NÃO PÚBLICO», sem data.



Fonte: ERS³⁴⁸



Fonte: ERS³⁴⁹

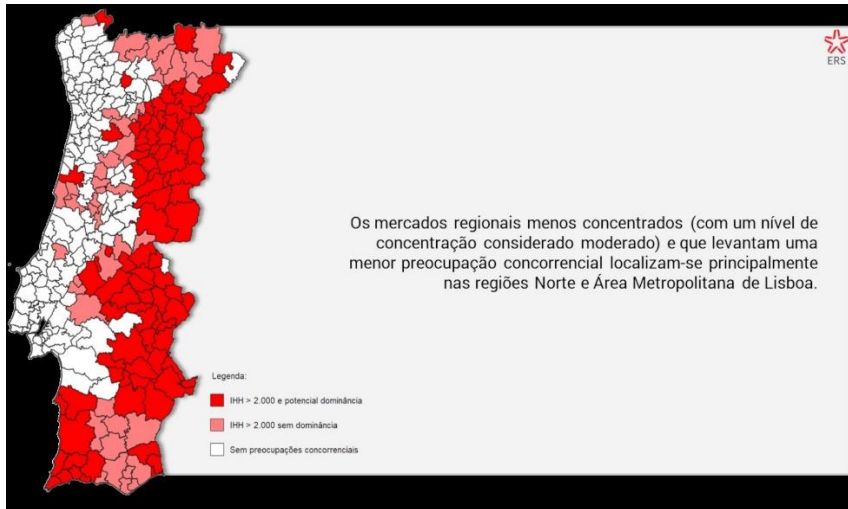


Fonte: ERS³⁵⁰

³⁴⁸ Entidade Reguladora de Saúde, «ERS - Estudo sobre a Concorrência no Setor Hospitalar Não Público», acessado 25 de abril de 2024, <https://ers.pt/pt/atividade/regulacao-economica/selecionar/estudos/lista-de-estudos/estudo-sobre-a-concorrenca-no-setor-hospitalar-nao-publico/#s1>.

³⁴⁹ Saúde.

³⁵⁰ Saúde.



Fonte: ERS³⁵¹

³⁵¹ Saúde.

Conclusão

O presente trabalho de investigação, demonstra uma ideia inovadora para a saúde em Portugal, sendo esta, uma proposta profundamente reformadora do sistema de saúde, em que é necessária inovação em várias áreas, nomeadamente, jurídica, tecnológica e política.

De facto, a introdução deste modelo enquanto sistema de saúde, é ambicioso e arrojado, contudo, sendo devidamente implementado e regulado, poderá ser o futuro, resolvendo muitos dos problemas que hoje existem na saúde em Portugal. Esta liberalização da prestação dos cuidados de saúde, irá desenvolver a economia da saúde, e conseqüentemente, apresentar novas respostas aos velhos problemas, saindo toda a sociedade beneficiada.

O que se pretendeu, foi dar uma nova visão da gestão da saúde em Portugal, tornando-se este setor económico-social, atrativo, tanto do ponto de vista financeiro, como do ponto de vista da sua eficiência e efetividade. No fundo, o objetivo é ter prestadores e beneficiários satisfeitos, e com os seus direitos salvaguardados.

Durante o desenvolvimento do trabalho, foram surgindo questões que se procurou dar resposta, contudo, este trabalho é o início do que pode ser um novo modelo para a saúde em Portugal, não se esgotando nele a ideia. É necessário a criação de estruturas e mecanismos, de forma a colocar em funcionamento esta linha de pensamento teórico, considerando-se uma obra inacabada do ponto de vista funcional, existindo a necessidade de adaptar constantemente o modelo às questões sociais, de cada momento.

É de referir igualmente, que outras grandes temáticas são tratadas e correlacionadas com este modelo, nomeadamente o ensino superior, e a descentralização, chegando-se à conclusão, que a introdução deste, poderá trazer melhorias a estes setores, tendo um alcance maior enquanto política pública.

Efetivamente, com este trabalho pretende-se lançar a discussão de uma reforma estrutural do modelo de gestão da saúde, e de facto começar a pensar sobre o fim do atual Serviço Nacional de Saúde, e a criação de algo inovador, que dê respostas efetivas aos problemas atuais.

Bibliografia

- 50 Anos 25 Abril. «O 25 de Abril». Acedido 15 de outubro de 2023. <https://www.50anos25abril.pt/o-25-de-abril>.
- «2021_chp_pt_portuguese.pdf». Acedido 24 de abril de 2024. https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-12/2021_chp_pt_portuguese.pdf.
- «A direção». Acedido 25 de fevereiro de 2024. <https://www.madeira.gov.pt/drppil/Estrutura/DRPPIL/Adire%c3%a7%c3%a3o/ctl/Read/mid/14366/InformacaoId/125472/UnidadeOrganicaId/53/CatalogoId/0>.
- «A Direção». Acedido 25 de fevereiro de 2024. <https://www.madeira.gov.pt/drs/Estrutura/DRS/Adirecao/ctl/Read/mid/12427/InformacaoId/112890/UnidadeOrganicaId/48/CatalogoId/0>.
- AbrilAbril. «Saúde: sector privado e social domina no interior, utentes são os principais lesados». AbrilAbril, 10 de agosto de 2023. <https://www.abrilabril.pt/nacional/saude-sector-privado-e-social-domina-no-interior-utentes-sao-os-principais-lesados>.
- «Acórdão de 2021-05-07 (Processo nº 00101/17.6BEPRT), de 7 de maio - Tribunal Central Administrativo Norte», 2021. <https://www.dgsi.pt/jtcn.nsf/89d1c0288c2dd49c802575c8003279c7/41ea64b7c8d8cca2802586d3004c03f1?OpenDocument>.
- ACSS. «Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC)». Acedido 16 de setembro de 2023. <https://www.acss.min-saude.pt/2016/12/14/sistema-integrado-de-gestao-de-inscritos-para-cirurgia-sigic/>.
- «Administração indireta do Estado | DR». Acedido 13 de dezembro de 2023. <https://diariodarepublica.pt/dr/lexionario/termo/administracao-indireta-estado>.
- «António Arnaut | 1936 – 2018». Acedido 15 de outubro de 2023. <https://www.sns.gov.pt/noticias/2018/05/21/antonio-arnaut-1936-2018/>.
- «Apoio ao Cliente | Hospital da Luz». Acedido 27 de maio de 2024. <https://www.hospitaldaluz.pt/pt/para-clientes/apoio-ao-cliente/4/segueros-e-precos#tenho-de-pagar-alguma-coisa-quando-sou-internado>.
- Arnaut, Por Sns. «Despacho “Arnaud”». *SNS - Arnaut* (blog), 29 de julho de 1978. <https://sns-arnaut.pt/sns/despacho-arnaut/>.

- Barros, Pedro Pita. *Pela Sua Saúde*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2013.
- Bem, Nuno. «Contributos para uma abordagem baseada em serviços na integração dos sistemas de informação do Serviço Regional de Saúde dos Açores», 2017.
- Camacho, Dinarto Gomes. «O SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE NA REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA: A PERSPECTIVA DO UTENTE», 2012.
- Campos, Alexandra. «IPO quer regras para doentes com cancro “despejados” de hospitais privados». PÚBLICO, 13 de agosto de 2016. <https://www.publico.pt/2016/08/13/sociedade/noticia/doentes-com-cancro-passam-de-hospitais-privados-para-publicos-por-falta-de-dinheiro-ipo-quer-regras-1741185>.
- Campos, António Correia de. *Administração Pública e Saúde - Ensaio de circunstância*. 1ª. Almedina, 2019.
- Canotilho, J.J.Gomes, e Vital Moreira. *CRP - Constituição da República Portuguesa Anotada - Artigos 1º a 107º*. 4º-Revista. Vol. 1. Coimbra: Coimbra Editora, 2007.
- *CRP - Constituição da República Portuguesa Anotada - Artigos 108º a 296º*. 4ª revista. Vol. II. Coimbra: Coimbra Editora, 2010.
- «Colóquio “Direito Administrativo Privado - ou a crise do direito administrativo”, realizado nos dias 19 e 20 de Novembro de 2010, no auditório 1 da Faculdade de Direito da UCP, no Porto.» Acedido 18 de maio de 2024. https://www.amjafp.pt/images/phocadownload/Interven%C3%A7%C3%B5es/colquio2010_linoribeiro.pdf.
- «Commo | Desporto e Vida Saudável | Como saber o número de utente do SNS?», 9 de janeiro de 2024. <https://commo.pt/desporto-e-vida-saudavel/como-saber/503-o-numero-de-utente-do-sns>.
- «Desconto – ADSE». Acedido 26 de dezembro de 2023. <https://www2.adse.pt/empregadores/contribuicao/>.
- deutschland.de. «Quem paga em caso de doença?», 17 de maio de 2023. <https://www.deutschland.de/pt-br/topic/vida/saude-na-alemanha-como-funcionam-os-fundos-dos-seguros-de-saude>.
- Diário de Noticias Madeira. «Bancários reformados marcam manifestação pela “reabertura imediata” dos SAMS». Acedido 17 de setembro de 2023.

OiJkaXZpZGEtdG90YWwtdmVuY2lkYS1lXBhZ2FtZW50b3MiLCJvcHRpb25zIjp7InNvcnQiOiJwZXJpb2RvIiwibG9jYXRpb24iOiI2LDM4Ljk1MDg3LCO3LjE0MTEExIn19fV0sInRpbWVzY2FsZSI6IiIsInNpbmndsZUF4aXMiOnRydWUsImRpc3BsYXlMZWdlbmQiOnRydWUsImFsaWduTW9udGgiOnRydWV9&location=6,38.95087,-7.14111.

- «Entidade pública empresarial | DR». Acedido 13 de dezembro de 2023. <https://diariodarepublica.pt/dr/lexionario/termo/entidade-publica-empresarial>.
- «Entidade Reguladora da Saúde (ERS)». Acedido 14 de dezembro de 2023. <https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/entidade-reguladora-da-saude/>.
- «Entidades de Saúde». Acedido 14 de dezembro de 2023. <https://www.sns.gov.pt/institucional/entidades-de-saude/>.
- «Entidades públicas empresariais integradas no SNS • Natureza e regime – SNS». Acedido 13 de dezembro de 2023. <https://www.sns.gov.pt/reforma-faq/entidades-publicas-empresariais-integradas-no-sns-%E2%80%A2-natureza-e-regime/>.
- Esquerda. «Trofa Saúde encerra hospital em plena pandemia». Acedido 18 de setembro de 2023. <https://www.esquerda.net/artigo/trofa-saude-encerra-hospital-em-plena-pandemia/66828>.
- «ESTUDO SOBRE A CONCORRÊNCIA NO SETOR HOSPITALAR NÃO PÚBLICO» - <https://ers.pt/media/eupi4ia0/estudo-hosp-privado120723.pdf>.
- Expresso. «Portugueses sem médico de família aumentam mais de 30% nos últimos dois anos», 28 de junho de 2023. <https://expresso.pt/sociedade/saude/2023-06-28-Portugueses-sem-medico-de-familia-aumentam-mais-de-30-nos-ultimos-dois-anos-a8fa362d>.
- Expresso. «SAMS. Rede hospitalar que fechou portas no pico da pandemia começa a reabrir serviços», 12 de maio de 2020. <https://expresso.pt/sociedade/coronavirus/2020-05-12-SAMS.-Rede-hospitalar-que-fechou-portas-no-pico-da-pandemia-comeca-a-reabrir-servicos-bba436f7>.
- Ferreira, Márcia Loriane Fernandes. «Importância da saúde oral na qualidade de vida adaptada às características de saúde oral dos Portugueses», 2018.
- FM-WEBSITE. «Grupo Luz Saúde», 21 de outubro de 2020. <https://fm.ucp.pt/pt-pt/partnership-and-collaborations/grupo-luz-saude>.
- Gouveia, Miguel. *Saúde e Hospitais Privados em Portugal*. 1ª. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2022.

- Group, Global Media. «Ministro diz ser inaceitável haver utentes de madrugada à porta dos centros de saúde», 16 de setembro de 2023. <https://www.dn.pt/sociedade/ministro-diz-ser-inaceitavel-haver-utentes-de-madrugada-a-porta-dos-centros-de-saude--17035168.html>.
- «Ordem dos Médicos condena encerramento do SAMS e pede intervenção do Governo», 3 de abril de 2020. <https://www.dn.pt/pais/ordem-dos-medicos-condena-encerramento-do-sams-e-pede-intervencao-do-govenro-12025202.html>.
- «SAMS fecha portas e remete 95 mil beneficiários para o SNS». TSF Rádio Notícias, 23 de março de 2020. <https://www.tsf.pt/portugal/sociedade/sams-fecha-portas-e-remete-95-mil-beneficiarios-para-o-sns-11973726.html>.
- HE-UFP - Hospital Escola Fernando Pessoa. «Início - Marcação Consulta Exame | HE-UFP». Acedido 22 de abril de 2024. <https://he.ufp.pt/>.
- «História – ADSE». Acedido 9 de dezembro de 2023. <https://www2.adse.pt/institucional/historia/>.
- «HOSPITAIS EM PPP ESTÃO COMPLETAMENTE INTEGRADOS NO SNS E GERAM POUPANÇAS PARA O ESTADO». Acedido 14 de janeiro de 2024. <https://www.tcontas.pt/pt-pt/MenuSecundario/Noticias/Pages/n20210514-1.aspx>.
- «Hospital da Luz Lisboa: 1.º hospital universitário privado em Portugal | Hospital da Luz», 23 de setembro de 2021. <https://www.hospitaldaluz.pt/pt/comunicacao/noticias/hl-lisboa-1-hospital-universitario-privado-portugal>.
- «IASAÚDE». Acedido 25 de fevereiro de 2024. <https://www.iasaude.pt/index.php/iasaude>.
- «Imposto sobre o Rendimento das Pessoas Singulares (IRS) em Portugal - ePortugal.gov.pt». Acedido 26 de dezembro de 2023. <https://eportugal.gov.pt/cidadaos-europeus-viajar-viver-e-fazer-negocios-em-portugal/trabalho-e-reforma-em-portugal/imposto-sobre-o-rendimento-das-pessoas-singulares-irs-em-portugal>.
- Inácio, Ana Mafalda. «SAMS encerra hospital, despede funcionários durante um mês mas garante vínculos laborais», 23 de março de 2020. <https://www.dn.pt/pais/sams-encerra-hospital-e-despede-funcionarios-durante-um-mes-11971436.html>.

- Jornal de Notícias. «Saúde privada domina no interior, há riscos para utentes e SNS». Acedido 25 de abril de 2024. <https://www.jn.pt/4396529910/saude-privada-domina-no-interior-ha-riscos-para-utentes-e-sns/>.
- José, de Rosendo Dias. «Colóquio “Direito Administrativo Privado - ou a crise do direito administrativo”, realizado nos dias 19 e 20 de Novembro de 2010, no auditório 1 da Faculdade de Direito da UCP, no Porto. DIREITO ADMINISTRATIVO PRIVADO? “GOLDEN SHARES” E DIREITO COMUNITÁRIO», 2010.
- «Liberdade de estabelecimento e liberdade de prestação de serviços | Fichas temáticas sobre a União Europeia | Parlamento Europeu», 31 de outubro de 2023. <https://www.europarl.europa.eu/factsheets/pt/sheet/40/liberdade-de-estabelecimento-e-liberdade-de-prestacao-de-servicos>.
- Lourenço, Alexandre. «Sistema de saúde português: Um caminho para a proteção social universal da saúde em Portugal», 2018.
- Lusa. «Regulador multa Lusíadas e Hospital da Luz por discriminarem utentes da ADSE nas marcações». PÚBLICO, 21 de março de 2023. <https://www.publico.pt/2023/03/21/sociedade/noticia/regulador-multa-lusiadas-hospital-luz-discriminarem-utentes-marcacoes-2043190>.
- Lusa, Agência. «ADSE: Prazo médio dos reembolsos ronda os 55 dias». Observador. Acedido 9 de dezembro de 2023. <https://observador.pt/2021/09/01/adse-prazo-medio-dos-reembolsos-ronda-os-55-dias/>.
- Lusa, Jornal Económico com. «Interior não tem o mesmo acesso à saúde que o litoral, alerta Ordem dos Médicos». O Jornal Económico, 10 de dezembro de 2018. <https://jornaleconomico.sapo.pt/noticias/populacao-do-interior-nao-tem-o-mesmo-acesso-a-saude-que-a-do-litoral-alerta-ordem-dos-medicos-387240/>.
- Marques, Carlos. «Hospitais privados com avaliação global superior aos hospitais públicos». Acedido 26 de maio de 2024. <http://aphp-pt.org/hospitais-privados-com-avaliacao-global-superior-aos-hospitais-publicos/>.
- Miguel Figueira de Faria, José Amado Mendes. *Actas do colóquio internacional Industrialização em Portugal no século XX: o caso do Barreiro*. Lisboa: EDIUAL - Universidade Autónoma Editora, S. A. Rua de Sta. Marta, n.º 56 1169 -023 Lisboa, 2010.

- «Missão e Atribuições – ADSE». Acedido 26 de dezembro de 2023. <https://www2.adse.pt/institucional/missao-e-atribuicoes/>.
- Moreira, Maria João Guardado. *como envelhecem os portugueses*, sem data.
- «negreiros_joaquim_trigo_de.pdf». Acedido 28 de setembro de 2023. https://app.parlamento.pt/PublicacoesOnLine/OsProcuradoresdaCamaraCorporativa%5Chtml/pdf/n/negreiros_joaquim_trigo_de.pdf.
- «No interior é mais difícil a fixação»: centro de saúde em Reguengos de Monsaraz vai dar incentivo de mil euros para médicos de família. Acedido 24 de abril de 2024. <https://cnnportugal.iol.pt/videos/no-interior-e-mais-dificil-a-fixacao-centro-de-saude-em-reguengos-de-monsaraz-vai-dar-incentivo-de-mil-euros-para-medicos-de-familia/64672a3d0cf2dce741b99ce3>.
- «O que é o Sector Empresarial do Estado (SEE) ?» Acedido 14 de dezembro de 2023. <https://www.dgtf.pt/Sector-Empresarial-do-Estado-SEE/O-que-e-o-Sector-Empresarial-do-Estado-SEE->.
- «Página principal da Inspeção Regional da Saúde - Inspeção Regional da Saúde - Portal». Acedido 26 de março de 2024. <https://portal.azores.gov.pt/web/irs>.
- «PMP-2T2023- EPE.pdf». Acedido 11 de dezembro de 2023. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/PMP-2T2023-_EPE.pdf.
- «Política de saúde da UE», 2024. <https://www.consilium.europa.eu/pt/policies/eu-health-policy/>.
- PontoPR. «ERS - A ERS». Acedido 14 de dezembro de 2023. <https://www.ers.pt/pt/institucional/a-ers/>.
- Portal da Defesa na Internet. «António de Oliveira Salazar (Portugal)». Acedido 14 de outubro de 2023. <https://www.defesa.gov.pt/pt/defesa/organizacao/comissoes/cphm/rphm/edicoes/ano1/n12021/bios/lidpolitica/aos/Paginas/default.aspx>.
- Portugal, Rádio e Televisão de. «Estudo revela concentração da oferta privada em Saúde no interior do país». Estudo revela concentração da oferta privada em Saúde no interior do país, 9 de agosto de 2023. https://www.rtp.pt/noticias/pais/estudo-revela-concentracao-da-oferta-privada-em-saude-no-interior-do-pais_a1506274.

- PricewaterhouseCoopers. «Value for Money (VfM) in the Public Sector». PwC. Acedido 27 de janeiro de 2024. <https://www.pwc.com/rw/en/publications/value-for-money.html>.
- «publicação-ers_direitos-e-deveres.pdf». Acedido 16 de setembro de 2023. https://www.ers.pt/media/sfbd4x2h/publica%C3%A7%C3%A3o-ers_direitos-e-deveres.pdf.
- Regional, Jornal N. «Hospital Privado de Alfena encerra urgências -», 17 de março de 2020. <https://www.jornalnovoregional.pt/2020/03/hospital-privado-de-alfena-encerra-urgencias/>.
- «Relatório Síntese Parcerias Público-Privadas (PPP) hospitalares no SNS RELATÓRIO N.º 5/2021 – OAC 2.ª SECÇÃO». Acedido 21 de janeiro de 2024. <https://www.tcontas.pt/pt-pt/ProdutosTC/Relatorios/relatorios-oac/Documents/2021/relatorio-oac005-2021.pdf>.
- Rodrigues, Teresa. *Envelhecimento e políticas de saúde*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2018.
- «Sarmiento - A EFICIÊNCIA DOS HOSPITAIS EM REGIME PPP EM PORTUGAL.pdf». Acedido 21 de janeiro de 2024. https://www.concorrenca.pt/sites/default/files/imported-magazines/CR_42-4302_PT.pdf.
- Sarmiento, Joaquim Miranda. «A EFICIÊNCIA DOS HOSPITAIS EM REGIME PPP EM PORTUGAL».
- Saúde, Entidade Reguladora de. «ERS - Estudo sobre a Concorrência no Setor Hospitalar Não Público». Acedido 25 de abril de 2024. <https://ers.pt/pt/atividade/regulacao-economica/selecionar/estudos/lista-de-estudos/estudo-sobre-a-concorrenca-no-setor-hospitalar-nao-publico/#s1>.
- «Serviço de Saúde da RAM, EPERAM - Quem Somos». Acedido 24 de fevereiro de 2024. <https://www.sesaram.pt/portal/o-sesaram/o-sesaram/quem-somos>.
- «Serviço de Saúde da RAM, EPERAM - Visão e Missão». Acedido 25 de fevereiro de 2024. <https://www.sesaram.pt/portal/o-sesaram/o-sesaram/visao-e-missao>.
- «Serviço Nacional de Saúde». Acedido 27 de setembro de 2023. <https://www.sns.gov.pt/sns/servico-nacional-de-saude/>.

- SIC Notícias. «Como levar médicos para o interior?», 7 de março de 2023. <https://sicnoticias.pt/pais/2023-03-07-Como-levar-medicos-para-o-interior--235c8296>.
- SIC Notícias. «Falta de recursos no SNS obriga muitos utentes do interior a recorrer ao litoral e ao privado», 15 de setembro de 2022. <https://sicnoticias.pt/pais/2022-09-15-Falta-de-recursos-no-SNS-obriga-muitos-utentes-do-interior-a-recorrer-ao-litoral-e-ao-privado-804eca2c>.
- SIC Notícias. «Portugal vai passar a ter dois cursos de Medicina no ensino privado», 17 de janeiro de 2023. <https://sicnoticias.pt/pais/2023-01-17-Portugal-vai-passar-a-ter-dois-cursos-de-Medicina-no-ensino-privado-68c89139>.
- SIC Notícias. «“Trouxe um banquinho”: Filas em frente a centro de saúde começam de madrugada», 29 de setembro de 2023. <https://sicnoticias.pt/pais/2023-09-29-Trouxe-um-banquinho-Filas-em-frente-a-centro-de-saude-comecam-de-madrugada-ba2e2868>.
- Silva, Samuel. «Curso de Medicina na Católica vai custar mais de 17 mil euros por ano em propinas». PÚBLICO, 7 de maio de 2021. <https://www.publico.pt/2021/05/07/sociedade/noticia/curso-medicina-catolica-vai-custar-17-mil-euros-ano-propinas-1961483>.
- SNS24. «Tempos máximos de resposta garantidos (TMRG) no acesso a cuidados de saúde no Serviço Nacional de Saúde». Acedido 18 de dezembro de 2023. <https://www.sns24.gov.pt/guia/direitos-e-deveres-do-utente/tempos-maximos-de-resposta-garantidos-tmrg-no-acesso-a-cuidados-de-saude-no-servico-nacional-de-saude/>.
- «SRS». Acedido 25 de fevereiro de 2024. <https://www.madeira.gov.pt/srs>.
- «TESE. Magda Magalhães. A Privatização da Relação Jurídica de Emprego Público. 2011». Acedido 18 de maio de 2024. https://ria.ua.pt/bitstream/10773/4718/1/TESE_Magda_Magalh%C3%A3es.pdf.
- «TSU». Acedido 26 de dezembro de 2023. <https://www.cgd.pt/Site/Saldo-Positivo/negocios/Pages/isencao-tsu.aspx>.
- «Unidades Locais de Saúde, E.P.E. (ULS) • Natureza, duração e objeto». Acedido 14 de dezembro de 2023. <https://www.sns.gov.pt/reforma-faq/unidades-locais-de-saude-e-p-e-uls-%e2%80%a2-natureza-duracao-e-objeto/>.

Bibliografia legislativa

- Decreto de 10 de Abril de 1976». Acedido 10 de setembro de 2023.
[https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=4&tabela=leis&so_miolo=.](https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=4&tabela=leis&so_miolo=)
- DL n.o 97/98, de 18 de Abril». Acedido 30 de março de 2024.
[https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1673&tabela=leis.](https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1673&tabela=leis)
- DL n.o 126/2014, de 22 de Agosto». Acedido 25 de abril de 2024.
[https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=2194&tabela=leis&ficha=1&pagina=1&so_miolo=.](https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=2194&tabela=leis&ficha=1&pagina=1&so_miolo=)
- DL n.o 127/2014, de 22 de Agosto». Acedido 25 de abril de 2024.
[https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=2207&tabela=leis&so_miolo=.](https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=2207&tabela=leis&so_miolo=)
- DL n.o 133/2013, de 03 de Outubro». Acedido 13 de dezembro de 2023.
[https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1992&tabela=leis&so_miolo=.](https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1992&tabela=leis&so_miolo=)
- DL n.o 185/2002, de 20 de Agosto». Acedido 29 de janeiro de 2024.
[https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1682&tabela=leis&ficha=1&pagina=1.](https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1682&tabela=leis&ficha=1&pagina=1)
- DL n.o 300/2007, de 23 de Agosto». Acedido 29 de maio de 2024.
[https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?tabela=leis&nid=1041&pagina=1&ficha=1.](https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?tabela=leis&nid=1041&pagina=1&ficha=1)
- DL n.o 558/99, de 17 de Dezembro». Acedido 29 de maio de 2024.
[https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=591&tabela=leis.](https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=591&tabela=leis)
- Lei n.o 7/2007, de 05 de Fevereiro». Acedido 30 de março de 2024.
[https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?artigo_id=selected&nid=2807&tabela=leis&pagina=1&ficha=1&nversao=.](https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?artigo_id=selected&nid=2807&tabela=leis&pagina=1&ficha=1&nversao=)
- Lei n.o 48/90, de 24 de Agosto». Acedido 30 de março de 2024.
[https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1668&tabela=leis.](https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1668&tabela=leis)
- Lei n.o 95/2019, de 04 de Setembro». Acedido 6 de fevereiro de 2024.
[https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?artigo_id=3197B0005&nid=3197&tabela=leis&pagina=1&ficha=1&so_miolo=&nversao=.](https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?artigo_id=3197B0005&nid=3197&tabela=leis&pagina=1&ficha=1&so_miolo=&nversao=)

- «Aviso n.o 5557/2023 | DR». Acedido 19 de abril de 2024. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/aviso/5557-2023-208641436>.
- «Base XXXIV - Taxas moderadoras - Lei de Bases da Saúde - BDJUR». Acedido 24 de fevereiro de 2024. http://bdjur.almedina.net/citem.php?field=item_id&value=2205241.
- «Decreto Legislativo Regional n.o 2/2007/A | DR». Acedido 24 de março de 2024. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-legislativo-regional/2-2007-522648>.
- «Decreto Legislativo Regional n.o 12/2012/M | DR». Acedido 24 de fevereiro de 2024. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-legislativo-regional/12-178530>.
- «Decreto Legislativo Regional n.o 17/2015/M | DR». Acedido 24 de fevereiro de 2024. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-legislativo-regional/17-2015-72991305>.
- «Decreto Legislativo Regional n.o 25/2019/A, de 15 de novembro | DR». Acedido 26 de março de 2024. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-legislativo-regional/25-2019-126207403>.
- «Decreto Legislativo Regional n.o 36/2016/M | DR». Acedido 24 de fevereiro de 2024. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-legislativo-regional/36-2016-75150221>.
- «Decreto Legislativo Regional n.o 41/2003/A, de 6 de novembro | DR». Acedido 26 de março de 2024. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-legislativo-regional/41-2003-468405>.
- «Decreto n.o 534/76 | DR». Acedido 21 de outubro de 2023. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto/534-1976-431440>.
- «Decreto n.o 48358 | DR». Acedido 14 de outubro de 2023. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto/48358-1968-274640>.
- «Decreto Regional n.o 7/79/A | DR». Acedido 26 de março de 2024. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-regional/7-382009>.
- «Decreto-Lei n.o 13/93 | DR». Acedido 30 de março de 2024. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/13-1993-586007>.
- «Decreto-Lei n.o 19/88 | DR». Acedido 29 de maio de 2024. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/19-1988-506396>.

- «Decreto-Lei n.o 28/2008, de 22 de fevereiro | DR». Acedido 25 de maio de 2024.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/28-2008-247675>.
- «Decreto-Lei n.o 37/2022 de 27 de maio». Acedido 29 de agosto de 2023.
<https://files.dre.pt/1s/2022/05/10300/0000300004.pdf>.
- «Decreto-Lei n.o 39/2002 | DR». Acedido 25 de maio de 2024.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/39-2002-261316>.
- «Decreto-Lei n.o 39/2015 | DR», 2015.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/39-2015-66761449>.
- «Decreto-Lei n.o 49/2016 | DR». Acedido 26 de maio de 2024.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/49-2016-75170443>.
- «Decreto-Lei n.o 60/2003 | DR». Acedido 25 de maio de 2024.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/60-2003-232365>.
- «Decreto-Lei n.o 61/2018, de 3 de agosto | DR». Acedido 19 de abril de 2024.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/61-2018-115886131>.
- «Decreto-Lei n.o 62/2013 | DR». Acedido 11 de dezembro de 2023.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/62-2013-261160>.
- «Decreto-Lei n.o 87/92 | DR», 1992.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/87-1992-522189>.
- «Decreto-Lei n.o 90/2004 | DR». Acedido 25 de maio de 2024.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/90-2004-223427>.
- «Decreto-Lei n.o 93/2005 | DR». Acedido 25 de maio de 2024.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/93-2005-220550>.
- «Decreto-Lei n.o 110/2014 | DR». Acedido 26 de maio de 2024.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/110-2014-25345910>.
- «Decreto-Lei n.o 117/98 | DR». Acedido 30 de março de 2024.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/117-516878>.
- «Decreto-Lei n.o 118/2014 | DR». Acedido 26 de maio de 2024.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/118-2014-55076561>.
- «Decreto-Lei n.o 134/2005, de 16 de agosto | DR». Acedido 25 de maio de 2024.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/134-2005-243692>.
- «Decreto-Lei n.o 138/2013 | DR». Acedido 26 de maio de 2024.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/138-2013-500051>.

- «Decreto-Lei n.o 157/99 | DR». Acedido 24 de maio de 2024.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/157-1999-331179>.
- «Decreto-Lei n.o 173/2003 | DR». Acedido 25 de maio de 2024.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/173-2003-652284>.
- «Decreto-Lei n.o 176/2006 | DR». Acedido 25 de maio de 2024.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/176-2006-540387>.
- «Decreto-Lei n.o 177/92 | DR». Acedido 30 de março de 2024.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/177-283299>.
- «Decreto-Lei n.o 198/95 | DR». Acedido 30 de março de 2024.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/198-1995-484575>.
- «Decreto-Lei n.o 217/99 | DR». Acedido 24 de maio de 2024.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/217-1999-309005>.
- «Decreto-Lei n.o 233/2001 | DR». Acedido 25 de maio de 2024.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/233-2001-515639>.
- «Decreto-Lei n.o 248/80 | DR». Acedido 15 de outubro de 2023.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/248-1980-472498>.
- «Decreto-Lei n.o 254/82 | DR». Acedido 29 de outubro de 2023.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/254-395514>.
- «Decreto-Lei n.o 286/99 | DR». Acedido 23 de maio de 2024.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/286-1999-352956>.
- «Decreto-Lei n.o 298/2007, de 22 de agosto | DR». Acedido 25 de maio de 2024.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/298-2007-640665>.
- «Decreto-Lei n.o 305/81 | DR». Acedido 21 de outubro de 2023.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/305-1981-568308>.
- «Decreto-Lei n.o 309/2003 | DR». Acedido 25 de maio de 2024.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/309-2003-429408>.
- «Decreto-Lei n.o 310/82 | DR». Acedido 21 de outubro de 2023.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/310-1982-397295>.
- «Decreto-Lei n.o 344-A/83 | DR». Acedido 29 de outubro de 2023.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/344-a-1983-408485>.
- «Decreto-Lei n.o 357/82 | DR». Acedido 22 de outubro de 2023.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/357-374251>.

- «Decreto-Lei n.o 374/99 | DR». Acedido 24 de maio de 2024.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/374-1999-569893>.
- «Decreto-Lei n.o 413/71 | DR». Acedido 14 de outubro de 2023.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/413-1971-632738>.
- «Decreto-Lei n.o 413/71 | DR». Acedido 15 de outubro de 2023.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/413-1971-632738>.
- «Decreto-Lei n.o 414/71 | DR». Acedido 14 de outubro de 2023.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/414-1971-632740>.
- «Decreto-Lei n.o 437/91, de 8 de novembro». Acedido 30 de março de 2024.
<https://files.dre.pt/1s/1991/11/257a00/57235741.pdf>.
- «Decreto-Lei n.o 492/99 | DR». Acedido 24 de maio de 2024.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/492-1999-684062>.
- «Decreto-Lei n.o 500/99 | DR». Acedido 24 de maio de 2024.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/500-1999-634933>.
- «Decreto-Lei n.o 505/99 | DR». Acedido 24 de maio de 2024.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/505-1999-643284>.
- «Decreto-Lei n.o 580/76 | DR». Acedido 15 de outubro de 2023.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/580-1976-430577>.
- «Decreto-Lei n.o 584/73 | DR». Acedido 15 de outubro de 2023.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/584-1973-358116>.
- «Decreto-Lei n.o 618/75 | DR». Acedido 26 de maio de 2024.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/618-1975-310594>.
- «Decreto-Lei n.o 704/74 | DR». Acedido 15 de outubro de 2023.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/704-1974-486300>.
- «Decreto-Lei n.o 35108 | DR». Acedido 14 de outubro de 2023.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/35108-1945-466238>.
- «Decreto-Lei n.o 41825 | DR». Acedido 14 de outubro de 2023.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/41825-352114>.
- «Decreto-Lei n.o 48357 | DR». Acedido 14 de outubro de 2023.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/48357-274639>.
- «Despacho Normativo n.o 46/97 | DR». Acedido 24 de maio de 2024.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho-normativo/46-1997-204204>.

- «Despacho Normativo n.o 61/99 | DR». Acedido 24 de maio de 2024. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho-normativo/61-1999-682838>.
- «Despacho Normativo n.o 97/83 | DR». Acedido 29 de outubro de 2023. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho-normativo/97-1983-311838>.
- «Despacho Normativo n.o 386/79 | DR». Acedido 15 de outubro de 2023. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho-normativo/386-1979-231327>.
- «Directiva 2011/24/UE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 9 de Março de 2011, relativa ao exercício dos direitos dos doentes em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços», sem data.
- «Diretiva de Execução 2012/52/UE da Comissão, de 20 de dezembro de 2012, que estabelece medidas para facilitar o reconhecimento de receitas médicas emitidas noutro Estado-Membro Texto relevante para efeitos do EEE», sem data.
- «Estatuto do Serviço Nacional de Saúde | DR». Acedido 14 de abril de 2024. <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/2022-187129978>.
- «Lei n.o 5/2012 | DR». Acedido 25 de maio de 2024. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/5-2012-544433>.
- «Lei n.o 33/2009 | DR». Acedido 25 de maio de 2024. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/33-2009-492408>.
- «Lei n.o 52/2014 | DR». Acedido 26 de maio de 2024. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/52-2014-56346572>.
- «Lei n.o 81/2009 | DR». Acedido 25 de maio de 2024. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/81-2009-488301>.
- «Lei n.o 2011, de 2 de abril - 1946-04-02». Acedido 28 de maio de 2024. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/1946/04/07000/02010204.pdf>.
- «Lei-quadro das entidades administrativas independentes com funções de regulação da atividade económica dos setores privado, público e cooperativo | DR», 2013. <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/2013-106955825>.
- República, Diário da. «Análise Jurídica - Decreto-Lei n.o 279/2009». Diário da República. Acedido 30 de março de 2024. <https://diariodarepublica.pt/dr/analise-juridica/decreto-lei/279-2009-491395>.

- «Constituição da República Portuguesa - CRP». Diário da República. Acedido 15 de outubro de 2023. <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-aprovacao-constituicao/1976-34520775>.
- «Decreto Legislativo Regional n.o 1/2010/A». Diário da República. Acedido 24 de março de 2024. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-legislativo-regional/1-2010-459947>.
- «Decreto Legislativo Regional n.o 8/2020/M». Diário da República. Acedido 24 de fevereiro de 2024. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-legislativo-regional/8-137703606>.
- «Decreto Regulamentar n.o 3/88». Diário da República. Acedido 29 de maio de 2024. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-regulamentar/3-1988-138480>.
- «Decreto-Lei n.o 11/93, de 15 de janeiro». Diário da República. Acedido 30 de março de 2024. <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/1993-34544275>.
- «Decreto-Lei n.o 54/92». Diário da República. Acedido 30 de março de 2024. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/54-199795>.
- «Decreto-Lei n.o 73/90». Diário da República. Acedido 29 de março de 2024. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/73-1990-332425>.
- «Decreto-Lei n.o 81/2009». Diário da República. Acedido 25 de maio de 2024. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/81-2009-603228>.
- «Decreto-Lei n.o 139/83». Diário da República. Acedido 15 de outubro de 2023. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/139-1983-312616>.
- «Decreto-Lei n.o 139/2013». Diário da República. Acedido 25 de maio de 2024. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/139-2013-500052>.
- «Decreto-Lei n.o 177/2009». Diário da República. Acedido 29 de março de 2024. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/177-2009-493010>.
- «Decreto-Lei n.o 279/2009». Diário da República. Acedido 25 de maio de 2024. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/279-2009-491395>.
- «Decreto-Lei n.o 335/93». Diário da República. Acedido 30 de março de 2024. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/335-651705>.
- «Estatutos do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, E. P. E., o regime da prestação do trabalho médico nos serviços de urgência e de atendimento

permanente do SESARAM, E. P. E., e o desempenho de funções dos trabalhadores do SESARAM, E. P. E., no Serviço de Proteção Civil, IP-RAM - Artigo 5.º». Diário da República. Acedido 25 de fevereiro de 2024. <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-legislativo-regional/2019-124151597-124151529>.

- «Lei n.º 2120». Diário da República. Acedido 14 de outubro de 2023. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/2120-1963-693016>.
- «Portaria n.º 198/2011». Diário da República. Acedido 25 de maio de 2024. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/198-2011-287801>.
- «Regime dos sistemas locais de saúde». Diário da República. Acedido 24 de maio de 2024. <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/1999-57152279>.
- «Regime Jurídico da Gestão Hospitalar». Diário da República. Acedido 25 de maio de 2024. <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/2002-34493575>.
- «Regula, no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP), a caracterização dos serviços e a admissão nas equipas locais e as condições e requisitos de construção e segurança das instalações de cuidados paliativos». Diário da República. Acedido 26 de maio de 2024. <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/portaria/2015-114820783>.
- «Resolução do Conselho de Ministros n.º 140/98 | DR». Acedido 30 de março de 2024. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/resolucao-conselho-ministros/140-1998-222050>.
- «Resolução do Conselho de Ministros n.º 162/2001 | DR». Acedido 29 de janeiro de 2024. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/resolucao-conselho-ministros/162-2001-605102>.
- «Serviço Nacional de Saúde | DR». Acedido 21 de outubro de 2023. <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/1979-75079849>.