

ERS



RECOMENDAÇÃO

DEZEMBRO DE 2025

**RECOMENDAÇÃO DO CONSELHO DE
ADMINISTRAÇÃO DA
ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE**



I. ATRIBUIÇÕES DA ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE

1. Nos termos do disposto no n.º 1 do artigo 5.º dos Estatutos da Entidade Reguladora da Saúde (ERS), aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, a ERS *“tem por missão a regulação, nos termos previstos nos presentes estatutos, da atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde”*, sinalizando a alínea b) do n.º 2 do mesmo preceito que as suas atribuições *“compreendem a supervisão da atividade e funcionamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde no que respeita [à] garantia dos direitos relativos ao acesso aos cuidados de saúde, à prestação de cuidados de saúde de qualidade, bem como dos demais direitos dos utentes”*.
2. O artigo 4.º dos mencionados Estatutos sublinha que a ERS *“exerce funções de regulação, de supervisão e de promoção e defesa da concorrência respeitantes às atividades económicas na área da saúde dos setores privado, público, cooperativo e social”* (n.º 1), estando, assim, sujeitos *“à regulação da ERS, no âmbito das suas atribuições e para efeitos dos presentes estatutos, todos os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, do setor público, privado, cooperativo e social, independentemente da sua natureza jurídica, nomeadamente hospitais, clínicas, centros de saúde, consultórios, laboratórios de análises clínicas, equipamentos ou unidades de telemedicina, unidades móveis de saúde e termas”* (n.º 2).
3. Por outro lado, o artigo 10.º dos aludidos Estatutos define como objetivos da ERS, para além do mais, o de *“[a]ssegurar o cumprimento dos requisitos do exercício da atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, incluindo os respeitantes ao regime de licenciamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, nos termos da lei”* (alínea a)), o de *“[a]ssegurar o cumprimento dos critérios de acesso aos cuidados de saúde, nos termos da Constituição e da lei”* (alínea b)), o de *“[g]arantir os direitos e interesses legítimos dos utentes”* (alínea c)), o de *“[z]elar pela prestação de cuidados de saúde de qualidade”* (alínea d)) e, bem assim, o de *“[z]elar pela legalidade e transparência das relações económicas entre todos os agentes do sistema”* (alínea e)).
4. A densificação dos objetivos enunciados nas alíneas supramencionadas é concretizada nos artigos subsequentes dos Estatutos da ERS.



5. Assim, o artigo 11.º estabelece que incumbe à ERS, “[p]ronunciar-se e fazer recomendações sobre os requisitos necessários para o funcionamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde” (alínea a)), “[i]nstruir e decidir os pedidos de licenciamento de estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, nos termos da lei” (alínea b)), bem como “[a]ssegurar o cumprimento dos requisitos legais e regulamentares de funcionamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde e sancionar o seu incumprimento” (alínea c)).
6. Por sua vez, o artigo 12.º dos referidos Estatutos estabelece que, para efeitos do disposto na alínea b) do artigo 10.º, incumbe à ERS, por um lado, “[a]ssegurar o direito de acesso universal e equitativo à prestação de cuidados de saúde nos serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde (SNS), nos estabelecimentos publicamente financiados, bem como nos estabelecimentos contratados para a prestação de cuidados no âmbito de sistemas ou subsistemas públicos de saúde ou equiparados” (alínea a)), e, por outro, “[p]revenir e punir as práticas de rejeição e discriminação infundadas de utentes nos serviços e estabelecimentos do SNS, nos estabelecimentos publicamente financiados, bem como nos estabelecimentos contratados para a prestação de cuidados no âmbito de sistemas ou subsistemas públicos de saúde ou equiparados” (alínea b)).
7. O artigo seguinte, o 13.º, ressalva que, na prossecução do objetivo enunciado na alínea c) do artigo 10.º dos seus Estatutos, incumbe à ERS, entre outras atribuições, “[a]preciar as queixas e reclamações dos utentes e monitorizar o seguimento dado pelos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde às mesmas, nos termos do artigo 30.º, garantindo o direito de acesso pela Direção-Geral da Saúde e pela Direção-Geral do Consumidor à informação quanto à natureza, tipologia e volume das causas mais prevalentes de reclamações, bem como proceder ao envio de relatórios periódicos às mesmas entidades” (cfr. alínea a)) e “[v]erificar o cumprimento da «Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos utentes do Serviço Nacional de Saúde», designada por «Carta dos Direitos de Acesso» por todos os prestadores de cuidados de saúde, nela se incluindo os direitos e deveres inerentes” (alínea b)).
8. O objetivo traçado na alínea d) do artigo 10.º dos mencionados Estatutos é densificado no artigo 14.º daquele diploma legal, atribuindo à ERS a incumbência de “[g]arantir o direito dos utentes à prestação de cuidados de saúde de qualidade (...)” (cf. alínea c)) e de “[p]ropor e homologar códigos de conduta e manuais de



boas práticas dos destinatários atividade objeto de regulação pela ERS” (cf. alínea d)).

9. Ainda, na prossecução do objetivo enunciado na alínea e) do artigo 10.º, incumbe também à ERS, entre as demais atribuições previstas no artigo 15.º dos seus Estatutos, “[e]laborar estudos e emitir recomendações sobre a organização e o desempenho dos serviços de saúde do SNS” (alínea c)).
10. E, em concretização dos seus poderes de supervisão, o artigo 19.º identifica como incumbências da ERS, entre outras, a de “[e]mitir ordens e instruções, bem como recomendações ou advertências individuais, sempre que tal seja necessário, sobre quaisquer matérias relacionadas com os objetivos da sua atividade reguladora, incluindo a imposição de medidas de conduta e a adoção das providências necessárias à reparação dos direitos e interesses legítimos dos utentes” (alínea b)).

II. ENQUADRAMENTO

A. O DIREITO CONSTITUCIONAL À PROTEÇÃO DA SAÚDE

11. Inserido no Capítulo II (“Direitos e deveres sociais”), do Título III (“Direitos e deveres económicos, sociais e culturais”), da Parte I (“Direitos e deveres fundamentais”) da Constituição da República Portuguesa (CRP), o “direito à protecção da saúde”, consagrado no artigo 64.º da CRP, assume-se como um dos pressupostos fundamentais da densificação do princípio da dignidade da pessoa humana (artigo 1.º da CRP) e da “realização da democracia [...] social” (artigo 2.º da CRP).
12. Conforme se pode ler no n.º 3 do mencionado preceito constitucional, “[p]ara assegurar o direito à protecção da saúde, incumbe prioritariamente ao Estado (...) [g]arantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação” (alínea a)) e “[d]isciplinar e fiscalizar as formas empresariais e privadas da medicina, articulando-as com o serviço nacional de saúde, por forma a assegurar, nas instituições de saúde públicas e privadas, adequados padrões de eficiência e de qualidade” (alínea d)).



13. No mesmo sentido aponta também o legislador ordinário, desde logo na Base 1 da Lei de Bases da Saúde (LBS), aprovada pela Lei n.º 95/2019, de 04 de setembro, onde se esclarece que “[o] direito à proteção da saúde é o direito de todas as pessoas gozarem do melhor estado de saúde físico, mental e social, pressupondo a criação e o desenvolvimento de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam níveis suficientes e saudáveis de vida, de trabalho e de lazer” (n.º 1), pelo que “[...] compreende o acesso, ao longo da vida, à promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde, a cuidados continuados e a cuidados paliativos” (n.º 2).
14. Por ser assim, “[o] Estado promove e garante o direito à proteção da saúde através do Serviço Nacional de Saúde (SNS), dos Serviços Regionais de Saúde e de outras instituições públicas, centrais, regionais e locais” (n.º 4 da Base 1).
15. A Base 20, por sua vez, define o SNS como “o conjunto organizado e articulado de estabelecimentos e serviços públicos prestadores de cuidados de saúde, dirigido pelo ministério responsável pela área da saúde, que efetiva a responsabilidade que cabe ao Estado na proteção da saúde” (n.º 1).
16. Assim, constituem traves mestras da atuação do SNS as seguintes notas caracterizadoras: “[u]niversal, garantindo a prestação de cuidados de saúde a todas as pessoas sem discriminações, em condições de dignidade e de igualdade” (alínea a)); “[g]eral, assegurando os cuidados necessários para a promoção da saúde, prevenção da doença e o tratamento e reabilitação dos doentes” (alínea b)); “[t]endencial gratuitidade dos cuidados, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos” (alínea c)); “[i]ntegração de cuidados, salvaguardando que o modelo de prestação garantido pelo SNS está organizado e funciona de forma articulada e em rede” (alínea d)); “[e]quidade, promovendo a correção dos efeitos das desigualdades no acesso aos cuidados, dando particular atenção às necessidades dos grupos vulneráveis” (alínea e)); “[q]ualidade, visando prestações de saúde efetivas, seguras e eficientes, com base na evidência, realizadas de forma humanizada, com correção técnica e atenção à individualidade da pessoa” (alínea f)); “[p]roximidade, garantindo que todo o país dispõe de uma cobertura racional e eficiente de recursos em saúde” (alínea g)); “[s]ustentabilidade financeira, tendo em vista uma utilização efetiva, eficiente e de qualidade dos recursos públicos disponíveis” (alínea h)); “[t]ransparência, assegurando a existência de informação



atualizada e clara sobre o funcionamento do SNS” (alínea i)) – Cfr. n.º 2 da Base 20 da LBS.

17. Por outro lado, dispõe o n.º 1 da Base 6 da LBS que “[a] *responsabilidade do Estado pela realização do direito à proteção da saúde efetiva-se primeiramente através do SNS e de outros serviços públicos, podendo, de forma supletiva e temporária, ser celebrados acordos com entidades privadas e do setor social, bem como com profissionais em regime de trabalho independente, em caso de necessidade fundamentada*”, acrescentando o n.º 3 que “[o] *Estado assegura o planeamento, regulação, avaliação, auditoria, fiscalização e inspeção das entidades que integram o SNS e das entidades do setor privado e social*”.
18. Assim, “[t]endo em vista a prestação de cuidados e serviços de saúde a beneficiários do SNS, e quando o SNS não tiver, comprovadamente, capacidade para a prestação de cuidados em tempo útil, podem ser celebrados contratos com entidades do setor privado, do setor social e profissionais em regime de trabalho independente, condicionados à avaliação da sua necessidade” (cfr. n.º 1 da Base 25 da LBS), ainda que se imponha ressaltar que “[o]s cuidados de saúde prestados nos termos do número anterior respeitam as normas e princípios aplicáveis ao SNS” (cfr. n.º 2).
19. Isto posto, como se percebe do quadro legal *supra* enunciado, não obstante a responsabilidade primacial atribuída ao Estado na garantia do direito constitucional à proteção da saúde, a verdade é que a efetivação do mesmo se estende a diversos tipos de prestadores de cuidados de saúde, devendo aquele direito ser assegurado:
 - (i) pelos prestadores de cuidados de saúde do SNS, próprios ou convencionados, no caso de todos os cidadãos portugueses e, ainda, de cidadãos estrangeiros, nos termos do regime jurídico aplicável;
 - (ii) pelos prestadores de cuidados de saúde, próprios, convencionados ou em regime livre de um determinado sistema ou subsistema público de saúde, caso o utente seja beneficiário de tal sistema ou subsistema, e nos termos definidos pelo mesmo;
 - (iii) pelos prestadores de cuidados de saúde, próprios, convencionados ou em regime livre, ao abrigo de um dado seguro de saúde, caso o utente haja contratado uma tal cobertura do risco de doença, e nos termos acordados com a entidade seguradora;



(iv) pelos prestadores de cuidados de saúde do setor privado, com ou sem fins lucrativos, mediante contraprestação acordada entre o utente e o concreto prestador, livremente escolhido.

20. Trata-se, pois, de uma solução legislativa de compromisso que, com o objetivo de garantir e efetivar o direito constitucional à proteção na saúde, visa colmatar as eventuais lacunas e limitações (humanas, técnicas e financeiras) existentes nos estabelecimentos públicos de saúde num determinado contexto histórico-temporal.

B. O DIREITO DE ACESSO E ADEQUAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE

21. Estabelece, em geral, a alínea b) da Base 2 da nova LBS que *“todas as pessoas têm direito [a] aceder aos cuidados de saúde adequados à sua situação, com prontidão e no tempo considerado clinicamente aceitável, de forma digna, de acordo com a melhor evidência científica disponível e seguindo as boas práticas de qualidade e segurança em saúde”*.

22. Com efeito, o disposto na alínea supratranscrita é paradigmático da relação estreita existente entre o direito à proteção da saúde e o princípio da dignidade da pessoa humana, exigindo-se que aquela proteção seja concretizada de forma digna, o que significa que os respetivos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, os seus profissionais e, bem assim, os equipamentos por aqueles utilizados deverão revelar-se idóneos para proporcionar ao utente, porque colocado numa situação de particular fragilidade e vulnerabilidade, o conforto e o bem-estar exigíveis.

23. Por outro lado, o legislador sinaliza expressamente que uma outra dimensão da dignificação dos cuidados de saúde prestados ao utente decorre, igualmente, da prontidão com que os mesmos lhe são prestados, traduzindo uma preocupação evidente em garantir que, em cada uma das concretas fases do tratamento, aqueles cuidados são prestados num hiato temporal razoável.

24. Finalmente, a referência à adequação dos cuidados de saúde e à necessidade de os mesmos obedecerem quer à evidência científica, quer às boas práticas de qualidade e segurança espelha a preocupação do legislador em assegurar ao utente a correção técnico-científica dos cuidados e tratamentos que lhe são prestados.



25. Note-se que o direito à adequação da prestação dos cuidados de saúde do utente, além dos comandos normativos genéricos consagrados na nova LBS, encontra, igualmente, guarida na Lei n.º 15/2014, de 21 de março, que estabelece os “*Direitos e Deveres do Utentes dos Serviços de Saúde*”.
26. De facto, o artigo 4.º do mencionado diploma legal estatui expressamente que o utente tem direito “*a receber, com prontidão ou num período de tempo considerado clinicamente aceitável, consoante os casos, os cuidados de saúde de que necessita*” (n.º 1) e “*à prestação dos cuidados de saúde mais adequados e tecnicamente mais corretos*” (n.º 2).
27. Todavia, o n.º 3 do referido preceito legal acrescenta dois importantíssimos critérios de avaliação da adequação dos cuidados de saúde, sublinhando que estes deverão ser “*prestados humanamente e com respeito pelo utente*”, o que evidencia, uma vez mais, a interligação fortíssima entre o direito à proteção da saúde e o princípio da dignidade da pessoa humana.
28. Em suma, o acesso aos cuidados de saúde, deve ser avaliado, pelo menos, numa quádrupla perspetiva, a saber: económica, geográfica, qualitativa e temporal.
29. Ora, a vertente económica implica que o acesso aos cuidados de saúde não fique dependente das condições económico-financeiras dos utentes, estando, ao nível do SNS, correlacionada com o princípio da tendencial gratuitidade dos serviços de saúde prestados.
30. De uma outra perspetiva (geográfica), o acesso aos cuidados de saúde deve ser garantido aos utentes onde quer que vivam, isto é, o acesso dos utentes de determinada região deve ser assegurado em igualdade de circunstâncias, quando comparado com o acesso dos utentes de qualquer outra região do país.
31. Numa perspetiva qualitativa, o acesso aos cuidados de saúde deve ser entendido como o acesso aos cuidados que efetivamente são necessários e adequados à satisfação das concretas necessidades dos utentes.
32. Por seu turno, a vertente temporal do direito de acesso surge associada à necessidade de obtenção de cuidados de saúde em tempo útil, por referência à situação clínica dos utentes.



C. DESPACHO N.º 679/2017, DE 06 DE JANEIRO DE 2017

33. A utilização de técnicas de Procriação Medicamente Assistida (PMA) encontra-se regulada na Lei n.º 32/2006, de 26 de julho, com as alterações introduzidas pelas Leis n.º 59/2007, de 4 de setembro, Lei n.º 17/2016, de 20 de junho, Lei n.º 25/2016, de 22 de agosto, Lei n.º 58/2017, de 25 de julho, Lei n.º 49/2018, de 14 de agosto, Lei n.º 48/2019, de 8 de julho, Lei n.º 72/2021, de 12 de novembro e Lei n.º 90/2021, de 16 de dezembro.
34. De acordo com o artigo 4.º, as técnicas de PMA constituem um método subsidiário, e não alternativo, de procriação (n.º 1), sendo que a utilização das referidas técnicas só pode verificar-se mediante diagnóstico de infertilidade ou ainda, sendo caso disso, para tratamento de doença grave ou do risco de transmissão de doenças de origem genética, infecciosa ou outras (n.º 2), podendo ainda ser utilizadas por todas as mulheres independentemente do diagnóstico de infertilidade (n.º 3).
35. Para efeitos da referida Lei, podem recorrer às sobreditas técnicas de PMA os casais de sexo de diferente ou os casais de mulheres, respetivamente casados ou casadas ou que vivam em condições análogas às dos cônjuges, bem como todas as mulheres, independentemente do estado civil e da respetiva orientação sexual (n.º 1 do artigo 6.º).
36. Em 11 de janeiro de 2017, foi publicado, em Diário da República, 2.ª Série, N.º 8, o Despacho n.º 679/2017, do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, o qual, por se considerar relevante *“proceder a uma redefinição da estratégia da PMA no SNS por forma a melhorar o acesso ao diagnóstico e ao tratamento da infertilidade, por um lado, assim como, por outro lado, a garantir um acesso efetivo a técnicas de PMA por parte de todos os beneficiários consagrados na Lei n.º 32/2006, de 26 de julho, alterada pelas Leis n.º 59/2007, de 4 de setembro, 17/2016, de 20 de junho, e 25/2016, de 22 de agosto, por aplicação dos mesmos critérios de acesso”*, determina que:

“[...]”

1 - A redefinição da estratégia de acesso a técnicas de Procriação Medicamente Assistida (PMA) no Serviço Nacional de Saúde (SNS), nos termos da Lei n.º 32/2006, de 26 de julho, alterada pelas Leis n.os 59/2007, de 4 de setembro,



17/2016, de 20 de junho, e 25/2016, de 22 de agosto, e respetiva regulamentação, deve centrar-se nos seguintes objetivos estratégicos:

a) Na melhoria do acesso ao diagnóstico e ao tratamento da infertilidade no SNS, através designadamente do desenvolvimento das seguintes medidas:

i) De uma melhoria do programa de PMA já existente no âmbito dos cuidados de saúde primários e dos cuidados hospitalares do SNS;

ii) Do desenvolvimento de ações de sensibilização junto dos profissionais de saúde para a referenciação precoce, dada a importância da idade da mulher nas taxas de êxito dos tratamentos de PMA;

iii) Da divulgação de campanhas de sensibilização no âmbito da infertilidade.

b) Na melhoria do acesso a técnicas de PMA no SNS por parte de todos os beneficiários dessas técnicas nos termos constantes da Lei n.º 32/2006, de 26 de julho, alterada pelas Leis n.os 59/2007, de 4 de setembro, 17/2016, de 20 de junho, e 25/2016, de 22 de agosto, com equidade;

[...]

2 – Os objetivos estratégicos referidos na alínea a) e b) do número anterior são operacionalizados pela Direção-Geral de Saúde (DGS) e pela Administração Central do Sistema de Saúde, I. P. (ACSS; I.P.).

[...].”

D. CIRCULARES NORMATIVAS DA ACSS

37. Através do Despacho n.º 14788/2008, publicado em Diário da República, 2.ª série, n.º 102, em 28 de maio de 2008, e da Portaria n.º 154/2009, de 9 de fevereiro, publicada em Diário da República, 1.ª Série, n.º 27, foi criado o Projeto de Incentivos à PMA, com o objetivo de regular, incentivar e melhorar a acessibilidade e equidade aos tratamentos de infertilidade.



38. Desde então, têm sido emanadas diversas Circulares Normativas¹, onde, para além da fixação das “condições e procedimentos de pagamento das prestações de saúde [...] relativa ao Programa Específico para Melhoria do Acesso ao Diagnóstico e Tratamento da Infertilidade”, têm sido definidos critérios de acessibilidade a técnicas de PMA.
39. Com a alteração introduzida pela Lei n.º 17/2016, de 20 de junho, a qual alargou o âmbito de beneficiários das técnicas de procriação medicamente assistida a todas as mulheres, foram atualizadas as referidas Circulares, nomeadamente, através das Circulares Normativas n.º 8/2018/DPS/ACSS, de 01 de junho, n.º 15/2019/DPS/ACSS, de 7 de novembro de 2019, n.º 3/2021, de 26 de fevereiro de 2021, n.º 15/2022/ACSS, de 27 de setembro de 2022 e n.º 7/2023/ACSS, de 3 de abril de 2023.
40. Esta última referente ao processo de contratualização de prestações de saúde, regendo-se pelos termos contratuais definidos no Contrato-programa para o triénio 2017/2019, prorrogado entre 2020 e 2022, que se estende para 2023, nomeadamente nas condições específicas previstas na minuta de Acordo Modificativo para 2023.
41. A sobredita Circular estabelece, no que aos critérios de acessibilidade diz respeito, o seguinte:

“[...]”

Assim, relativamente a:

a) Idade

- Admissão para consulta de apoio à fertilidade: sem limite de idade da mulher, desde que referenciada pelo Médico de Família ou pelo Médico que acompanha a mulher em situação de doença.

- Admissão para técnicas de PMA de 1ª linha (indução de ovulação e inseminação intrauterina): todas as mulheres que não ultrapassem os 42 anos (41 anos e 365

¹ Circular Normativa n.º 9/2010, de 12 de agosto e Circular Normativa n.º 18/2011/UOFC, de 22 de julho de 2011.



dias ou 366 no caso de ano bissexto). Entende-se por admissão o momento da realização da técnica.

- Admissão a técnicas de PMA de 2ª linha (fertilização in vitro e injeção intracitoplasmática de espermatozoide): todas as mulheres que não ultrapassem os 40 anos (39 anos e 365 dias ou 366 no caso de ano bissexto). Entende-se por admissão o momento da realização da técnica.

[...]

b) Beneficiários

Todas as mulheres e todos os casais, exceto aqueles que tenham mais de um filho em comum. Significa que são considerados beneficiários casais:

- Sem filhos em comum, mas com filhos de anteriores relacionamentos;*
- Com 1 filho em comum e com critérios atuais de infertilidade;*
- Com um filho anterior resultante de PMA e que possuam embriões criopreservados.*

c) N.º de ciclos financiados

São alvo de financiamento público específico:

- Financiamento integral dos tratamentos de IO e IIU, este último até ao limite de 3 ciclos (para cada caso/casal), podendo ser realizados no mesmo ano civil.

- Os tratamentos de 2.ª linha, fertilização in vitro ou injeção intracitoplasmática de espermatozoide (para cada caso/casal), até ao limite de 3 ciclos, podendo ser realizados no mesmo ano civil.

Os casos que já beneficiaram de ciclos FIV/ICIS, ao abrigo deste programa em anos anteriores, poderão realizar novo(s) ciclo(s), desde que o número total não ultrapasse o limite de 3 ciclos FIV/ICIS por caso/casal.

[...]”.

42. Acresce que, considerando a situação excecional decorrente da pandemia Covid-19 e os impactos provocados na atividade assistencial programada, para que pudesse continuar a ser assegurada equidade no acesso a tratamentos de PMA,



foram definidas condições extraordinárias para os anos de 2020/2021, nos casos em que a resposta assistencial sofreu perturbações em resultado da pandemia Covid-19, devendo, para o efeito, “[...] ser consideradas as seguintes condições:

- (i) No caso de mulheres que ultrapassaram o limite de idade, desde 18 de março de 2020 (data em que foi decretado o estado de emergência em Portugal, através do Decreto do Presidente da República n.º 14-A/2020, de 18 de março) até 28 de fevereiro de 2021, poderão ser realizados tratamentos de PMA durante os próximos 6 meses.
 - (ii) No caso das mulheres que perfaçam o limite de idade entre março e dezembro de 2021, esse limite é prolongado por mais 6 meses.
43. Estas condições são aplicadas, considerando os limites de idade estabelecidos para técnicas de PMA de 1.ª linha (IIU) e de 2.ª linha (FIV e ICSI), mantendo-se o máximo de 3 ciclos (para cada caso/casal).”
44. Neste âmbito, a Circular Informativa Conjunta n.º 7/2021/ACSS/DGS, de 30 de março de 2021, veio clarificar que deve entender-se por “*casos em que a resposta assistencial sofreu perturbações em resultado da pandemia Covid-19*”, as situações em que o acesso a tratamentos de PMA foi prejudicado por suspensão ou redução da atividade assistencial, por motivos inerentes à Pandemia Covid-19.

E. RELATÓRIO SOBRE O “ALARGAMENTO DOS PROGRAMAS PÚBLICOS DE ACESSO À PROcriação MEDICAMENTE ASSISTIDA E PROMOÇÃO DE DOAÇÕES AO BANCO PÚBLICO DE GÂMETAS”

45. Em 10 de fevereiro de 2021, foi publicado, em Diário da República, 2.ª Série, n.º 28, o Despacho n.º 1619-A/2021, de 10 de fevereiro, do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, através do qual foi constituído um grupo de trabalho “[...] destinado à avaliação do alargamento dos programas públicos de acesso à procriação medicamente assistida, assente na evidência técnico-científica disponível, e à definição de estratégias de promoção de doações ao Banco Público de Gâmetas [...]”.



46. Concretamente no que se refere ao alargamento dos programas públicos de acesso à PMA, verifica-se que foram emitidas as seguintes recomendações pelo referido GT:

“[...]”

1. Recomendação para a otimização do acesso à PMA:

1.1. Clarificar critérios de elegibilidade para PMA no SNS, para uma maior uniformidade e equidade no acesso aos Centros de PMA (proposta de emissão de uma Circular Informativa da ACSS/DGS para tornar a leitura dos critérios mais evidente).

1.2. Alterar os critérios de referenciação para acesso a CAF no que concerne a passar a estabelecer um limite na idade feminina. (Circular Normativa n.º 3/2021/ACSS).

1.3. Implementar um Sistema de Informação específico para esta área de subespecialidade clínica, não só no apoio à prática clínica, como também para uma monitorização local, regional e nacional de indicadores assistenciais, de qualidade, de produtividade e de apoio à decisão dos gestores e dos responsáveis pela definição de políticas nesta área. Ao mesmo tempo, esta solução integrada asseguraria a caracterização e a gestão do acesso a consultas e tratamentos PMA, em cada centro e a nível nacional.

1.4. Estabelecer critérios de justiça uniformes e transparentes em cada centro PMA, nos processos de gestão da lista de espera para o acesso dos utentes aos tratamentos FIV/ICSI, respeitando a sua autonomia sempre que aplicável, de forma a não gerar iniquidades. Esta normalização deverá padronizar a referenciação para Centros privados autorizados, nas diferentes Administrações Regionais de Saúde/Centros PMA.

1.5. Reforçar o papel incontornável dos Conselhos de Administração dos Hospitais ou Centros Hospitalares na capacitação e na viabilização do financiamento adequado e atempado dos Centros de PMA. Recomendar a sua integração e o compromisso com as equipas, para efetivar o financiamento necessário, em infraestruturas, equipamentos laboratoriais, contratação de recursos humanos e na contratualização, em sede de Contrato-programa, da atividade assistencial ajustada às necessidades em saúde da população de referência.

2. Recomendações para a promoção do acesso à PMA:



2.1. Promover a literacia da sociedade para a Infertilidade e saúde reprodutiva.

2.2. Atualizar e otimizar a referenciação dos CSP para os cuidados hospitalares

- i. Estabelecer os 41 anos e 364 dias (365 dias nos anos bissextos) de idade da mulher como limite etário máximo para referenciação a CAF;*
- ii. Atualizar da Norma 003/2011 da DGS, de 19 de janeiro, sobre a Conduta em Infertilidade para os CSP;*
- iii. Promover a formação dos profissionais dos Cuidados Saúde Primários.*

2.3. Reforçar o investimento nos Centros de PMA

i. Recursos humanos

- *Equipas em dedicação exclusiva;*
- *Promoção da carreira;*
- *Reconhecimento do estatuto do Embriologista clínico;*
- *Compensações salariais do trabalho aos fins-de-semana, feriados e extra-horário.*

▪ **Equipamentos dos laboratórios de PMA**

- *Atualização de equipamentos;*
- *Aquisição de equipamentos em falta.*

▪ **Melhorar as infraestruturas**

- *Adequar as instalações à atividade necessária:*
 - a. Renovação de instalações;*
 - b. Alargamento de instalações/ novos espaços.*

▪ **Alargar o acesso aos tratamentos com recurso necessário a PGT**

- *Apetrechar a Unidade de PGT do CHUSJ;*
- *Criar uma segunda Unidade de PGT no país, num dos Centros de PMA do SNS com departamento de Genética Humana.*

▪ **Criar e disponibilizar Sistemas de Informação**

2.4. Redimensionar o financiamento para:



- i. *Reavaliar a composição e atos contemplados na tabela de medicina da reprodução (Portaria n.º 254/2018, de 7 de setembro) de acordo com o estado da arte e as melhores práticas;*
- ii. *Atualizar a composição dos pacotes de tratamento de PMA considerados como linhas de atividade financiadas nos Contratos-programa (nomeadamente quanto a transferência de embriões congelados, vitrificação de ovócitos na preservação do potencial reprodutivo, tratamentos de FIV/ ICSI com recurso a gâmetas de dador, tratamentos de FIV/ICSI com PGT, tratamentos de FIV/ICSI em portadores de vírus).*

2.5. Aumentar o número de tratamentos de PMA:

Tendo por fundamento base a realização dos tratamentos no SNS, mas priorizando a equidade no direito de acesso dos utentes (Despacho n.º 10789/2009, de 27 de abril) para tempos de espera, nos tratamentos PMA com gâmetas homólogos, que ultrapassem os 12 meses:

- i. **Avaliar a possibilidade de subcontratação de terceiros**
 - *Recorrer à subcontratação no **sector público** do Estado para Centros com capacidade de resposta, de acordo com o previsto na cláusula 34^a dos Contratos-programa das EPE.*
- ii. **Programas de recuperação da atividade de PMA**
 - *Implementar programas de recuperação de listas de espera nos **Centros públicos** que disponham de capacidade para realizar atividade adicional (em termos clínicos e laboratoriais).*
- iii. **Possibilitar a referênciação a outros Centros de PMA**
 - *Referenciar para Centros do sector privado de acordo com o previsto na lei em vigor (artigo 15.º do Decreto Regulamentar n.º 5/2008, de 11 de fevereiro e Despacho n.º 10789/2009, de 27 de abril) (assegurar que as ARS, com Centros de PMA, estabelecem acordos com Centros privados autorizados);*
 - *Alargar o âmbito da Portaria, que rege os tratamentos ao abrigo da referênciação, também aos tratamentos de PMA em portadores de vírus, nos termos da legislação em vigor.*

[...]



IV. RECOMENDAÇÕES SUPLEMENTARES – PONTOS DE CONSENSO –
PROPOSTAS A VIABILIZAR NO FUTURO

O alargamento dos critérios de acesso a tratamentos PMA só poderá ser equacionado após um aumento efetivo da capacidade de resposta instalada dos Centros públicos, sob risco de um maior agravamento dos tempos de espera e, prejuízo para os utentes, dado o conseqüente aumento da idade feminina que implica a inevitável redução da probabilidade de sucesso dos tratamentos. Assim, e após garantir o aumento da capacidade de resposta dos Centros de PMA do SNS já existentes, poder-se-ão considerar as seguintes recomendações suplementares para alargamento do acesso à PMA:

1. Abertura de novo centro de PMA de acordo com necessidades geográficas
Para alargar o acesso a tratamentos de PMA com recurso a gâmetas próprios.

2. Alargamento do número de ciclos de tratamento

Se os Centros forem dotados dos meios necessários para reduzir as suas listas de espera para um máximo de 6 meses, num período de 2 anos, a partir dessa altura haverá condições de alargar para 4 ciclos de tratamentos/casal/mulher, em casos com critérios e indicação clínica.

3. Alargamento do acesso a 2º filho nos tratamentos PMA

Enquanto medida promotora da natalidade, será importante e custo efetivo acolher a possibilidade de alargar o financiamento de tratamento PMA para um segundo filho para casais que já foram beneficiários de um primeiro filho sob qualquer das técnicas disponíveis (1ª ou 2ª linha), mesmo que não existam embriões congelados. Incluindo o casal que já tem um filho de PMA, exceto se concluiu o número máximo de ciclos de PMA de 2ª linha financiados pelo SNS.

4. Manter o limite etário para os tratamentos comparticipados no SNS.

[...]"



III. HISTÓRICO DAS INTERVENÇÕES REGULATÓRIAS DA ERS

A. ESTUDO SOBRE A ANÁLISE DO ACESSO A PROcriação Medicamente ASSISTIDA REALIZADO EM 2017

47. Em 2017, ao abrigo das atribuições e competências previstas no n.º 3 do artigo 5.º dos seus Estatutos, a ERS realizou um estudo com o intuito de analisar o acesso às técnicas de Procriação Medicamente Assistida (PMA), e que permitiu concluir pela existência de constrangimentos relevantes no acesso de utentes a técnicas de PMA, nomeadamente no que respeita: (i) ao cumprimento dos critérios de referenciação e Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG) no acesso a primeira consulta de especialidade hospitalar de apoio à fertilidade, (ii) no acesso, em tempo útil e adequado, às técnicas de 1.ª e 2.ª linha de PMA, e, ainda, (iii) pela existência de constrangimentos relacionados com os critérios de acesso a financiamento público definidos pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS, I.P.).
48. Da análise do acesso potencial aos centros públicos de PMA resultou que 60% das mulheres em idade fértil, a nível nacional, tinham acesso considerado baixo, medido pelo rácio médio de médicos de PMA por mulheres em idade fértil.
49. Das análises realizadas foi possível concluir pela necessidade de adaptação da rede pública de PMA ao potencial aumento da procura que eventualmente decorreria das alterações introduzidas pela Lei n.º 17/2016, de 20 de junho, que aprovou o alargamento do universo de possíveis beneficiários destas técnicas, garantindo o acesso de todas as mulheres a técnicas de PMA, independentemente do diagnóstico de infertilidade.
50. Por outro lado, concluiu-se também que, não obstante encontrar-se prevista no Despacho n.º 10789/2009, de 27 de abril, a admissibilidade de referenciação de utentes com indicação para técnicas de 2.ª linha de PMA, quando ultrapassado o tempo considerado clinicamente aceitável para acesso às referidas técnicas de (12 meses), através do recurso a centros públicos e/ou centros privados autorizados, não existiam os protocolos necessários para garantia do acesso, em tempo útil, aos cuidados de saúde necessários e adequados.



B. PROCESSOS DE INQUÉRITO

51. Subsequentemente, entre 2021 e 2024, a ERS decidiu cinco processos de inquérito relacionados com constrangimentos no acesso a técnicas de PMA². Os referidos processos visaram quatro entidades prestadoras de cuidados de saúde do SNS, três delas do setor hospitalar e uma unidade de Cuidados de Saúde Primários e conduziram, ao abrigo dos poderes de supervisão consagrados no artigo 19.º dos seus Estatutos, à emissão de instruções aos respetivos prestadores.
52. Ainda, no âmbito da tramitação dos referidos processos de inquérito, foi emitida uma recomendação conjunta à Direção-Executiva do SNS e à ACSS, I.P., no sentido de:
- (i) Clarifiquem os critérios de elegibilidade atualmente definidos para acesso a técnicas de PMA no SNS, garantindo uma maior uniformidade e equidade no acesso aos Centros de PMA.
53. Por fim, em dois dos processos de inquérito suprarreferidos, foi ainda recomendado à Direção-Executiva do SNS e à ACSS, I.P. a implementação dos mecanismos de garantia de efetivação do direito de acesso dos utentes a técnicas de PMA, articulando-se com os respetivos prestadores de cuidados de saúde, por forma a que aqueles estivessem habilitados a proceder à referenciação de utentes para centros privados autorizados.

C. ESTUDO SOBRE O ACESSO A PROcriação Medicamente Assistida REALIZADO EM 2025

54. As mais recentes intervenções regulatórias da ERS nesta matéria permitiram concluir que se mantêm os constrangimentos identificados no âmbito do estudo realizado em 2017.
55. Em concreto, permitiram identificar constrangimentos relacionados com o acesso a primeira consulta de especialidade hospitalar de apoio à fertilidade (CAF),

² Deliberações finais disponíveis para consulta em:
<https://www.ers.pt/pt/atividade/supervisao/selecionar/deliberacoes/acesso-a-cuidados-de-saude-pma/instrucoes/>



nomeadamente, no que respeita aos critérios de referenciação e ao cumprimento dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG), com o acesso, em tempo útil e adequado, às técnicas de 1.^a e 2.^a linha de PMA, e ainda pela existência de constrangimentos relacionados com os critérios de acesso a financiamento público definidos pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS, I.P.).

56. Assim, considerando todos os elementos recolhidos no âmbito do referido estudo³, foi possível concluir pela impossibilidade de aferição do cumprimento dos TMRG para todas as primeiras consultas realizadas no período em análise, bem como pela existência de constrangimentos ao nível dos sistemas de informação, que não permitem o apuramento integral e fiável dos dados relativos ao tempo de espera para todas as técnicas de PMA realizadas.
57. Concretamente, tendo em conta os dados analisados, concluiu-se que entre 2021 e 2024 foram realizadas 37.796 CAF no SNS, com o ano de 2024 a registar um aumento de 20,5% no número de primeiras consultas realizadas, face a 2023, tendo o valor se aproximado do observado em 2021 – ano marcado pela recuperação da atividade pós-pandemia.
58. Relativamente ao cumprimento dos TMRG para acesso a CAF, não foi possível avaliar o cumprimento dos TMRG para todas as primeiras consultas realizadas, na medida em que os prestadores não remeteram à ERS todos os elementos essenciais à sua aferição – concretamente, para 15.179 (40,2%) consultas não foram remetidas informações sobre a data do pedido, o nível de prioridade e a data de realização da consulta.
59. Na maioria dos casos, verificou-se que as consultas com informação em falta tiveram origem em pedidos intra e inter-hospitalares.
60. Deste modo, para efeitos de análise do cumprimento do TMRG, apenas foi possível analisar uma amostra de 22.617 (59,8%) consultas, que corresponde às consultas reportadas com registo de todos os elementos necessários.

³ Os dados relativos às técnicas PMA realizadas em prestadores públicos foram remetidos à ERS pelos próprios prestadores em resposta a pedido de elementos datado de 8 de janeiro de 2025, e os dados relativos aos centros privados foram enviados à ERS pelo CNPMA em resposta ao pedido de cooperação institucional datado de 3 de janeiro de 2025.



61. Relativamente ao tempo de espera para acesso às técnicas de PMA, importa salientar que apenas foi possível aferir o tempo de espera para uma amostra reduzida de utentes (23,7% das que realizaram técnicas de PMA no SNS), dadas as limitações ao nível dos sistemas informáticos em utilização nas unidades hospitalares.
62. Em concreto, foi possível apurar que a informação necessária para o controlo do tempo de espera provém de fontes distintas, havendo necessidade de correlacionar diferentes bases de dados para a obtenção de informação. Acresce que, em alguns casos, o sistema informático utilizado, não permite o apuramento integral e fiável dos dados relativos ao tempo de espera para todas as técnicas.
63. A este respeito, cumpre referir que em 2021, o relatório sobre o alargamento dos programas públicos de acesso à PMA e promoção de doações ao BPG, já dava conta da necessidade de implementar um Sistema de Informação que permitisse assegurar a caracterização e a gestão do acesso a consultas e tratamentos PMA.
64. Acresce que, em resposta ao pedido de cooperação institucional remetido pela ERS, datado de 3 de janeiro de 2025, o CNPMA veio reforçar a necessidade de investimento num Sistema de Informação específico para os cuidados de PMA.
65. Não obstante as referidas limitações, para a amostra de CAF realizadas entre 2021 e 2024, foi possível aferir uma taxa de incumprimento dos TMRG de 69,5%.
66. Quanto ao tempo de espera para acesso a técnicas de PMA, para a amostra de técnicas realizadas entre 2021 e 2024, foram obtidas medianas superiores a um ano para acesso a FIV e ICSI, e medianas do tempo de espera de 163 e 204 dias para acesso a IA e IO, respetivamente.
67. Assim, considerando tudo quanto exposto:
68. Em concreto, os constrangimentos existentes relacionados com os critérios de acesso a financiamento público definidos pela ACSS, I.P., afigura-se necessário reiterar a recomendação emitida em 24 de agosto de 2023, à Direção-Executiva do SNS e à ACSS, I.P., no sentido de:
 - Clarifiquem os critérios de elegibilidade atualmente definidos para acesso a técnicas de PMA no SNS, garantindo uma maior uniformidade e equidade no acesso aos Centros de PMA;



- Implementarem os mecanismos de garantia de efetivação do direito de acesso dos utentes a técnicas de PMA, articulando-se com os respetivos prestadores de cuidados de saúde, por forma a que aqueles estejam habilitados a proceder à referência de utentes para centros privados autorizados.

69. Paralelamente, considerando as limitações existentes ao nível dos procedimentos e sistemas informáticos, reputa-se igualmente necessário, recomendar à ACSS, I.P. e à SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E., a adoção de medidas adequadas à implementação de um Sistema de Informação específico para esta área de subespecialidade clínica, no sentido de assegurar a caracterização e gestão do acesso a consultas e tratamentos PMA no SNS.

IV. AUDIÊNCIA DE INTERESSADOS

70. Nos termos do disposto no n.º 1 do artigo 121.º do Código de Procedimento Administrativo (CPA), “[s]em prejuízo do disposto no artigo 124.º, os interessados têm o direito de ser ouvidos no procedimento antes de ser tomada a decisão final, devendo ser informados, nomeadamente, sobre o sentido provável desta”.

71. A presente recomendação foi precedida de audiência escrita dos interessados, nos termos e para os efeitos do disposto no n.º 1 do artigo 122.º do CPA, aplicável *ex vi* da alínea a) do artigo 24.º dos Estatutos da ERS, tendo sido chamadas a pronunciar-se a Direção-Executiva do SNS (DE-SNS, I.P.), a ACSS, I.P. e a SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E., através de ofícios datados de 29 de outubro de 2025.

72. Decorrido o prazo concedido para o efeito, verificou-se que a ACSS, I.P. não se pronunciou sobre o projeto de recomendação, regularmente notificado.

73. Por seu turno, via mensagem de correio eletrónico datada de 14 de novembro de 2025, a SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E. apresentou a respetiva pronúncia, nos termos que *infra* se transcrevem:

“[...]”



No exercício do direito de audiência dos interessados, ao abrigo do artigo 122.º do Código do Procedimento Administrativo, vem a SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E. (SPMS, E.P.E.), emitir a seguinte pronúncia:

- 1. No quadro das suas atribuições, a SPMS, E.P.E., tem vindo a assegurar a adequação e modernização dos sistemas de informação, em cumprimento dos normativos legais e regulamentares aplicáveis ao setor da saúde, nomeadamente daqueles com impacto direto na prescrição eletrónica, comparticipação e faturação de medicamentos, incluindo os utilizados no tratamento da infertilidade e da Procriação Medicamente Assistida (PMA).*
- 2. Neste contexto, destaca-se a implementação da Portaria n.º 300/2024/1, de 25 de novembro, que altera a comparticipação de medicamentos destinados ao tratamento da infertilidade, em especial no âmbito da PMA, implicando a necessidade de ajustamento dos sistemas de prescrição eletrónica e de dispensa, de modo a assegurar a correta aplicação das novas condições de comparticipação e a coerência dos fluxos de informação entre prescrição, dispensa, faturação e reporte financeiro no Serviço Nacional de Saúde.*
- 3. Quanto à implementação de um Sistema de Informação Nacional de PMA, importa sublinhar que o desenvolvimento e implementação de uma solução desta natureza não depende exclusivamente da SPMS, E.P.E., uma vez que:
 - a) O financiamento e a definição das prioridades tecnológicas do SNS decorrem do contrato-programa celebrado anualmente com a ACSS, I.P.;*
 - b) Qualquer novo sistema deve ser objeto de planeamento, enquadramento orçamental e validação conjunta pelas entidades com competência em matéria de políticas públicas e investimento em saúde digital.**
- 4. Acresce referir que, tratando-se de um sistema que aparentemente integra a componente de gestão de acesso, afigura-se-nos, s.m.o., que deve ser envolvida a Direção Executiva do SNS.*
- 5. Com efeito, atendendo a que se prevê o início, em breve, da negociação do Contrato-Programa de 2026, este poderá constituir um momento oportuno para aprofundar este tema, caso todas as entidades envolvidas assim o entendam.*

Sem prejuízo do exposto, a SPMS, E.P.E., reafirma a sua total disponibilidade técnica para colaborar com a ACSS, I.P., a Direção Executiva do SNS e o CNPMA,



no desenho e implementação de uma solução nacional interoperável, que integre a informação já recolhida pelas aplicações clínicas e pelos sistemas centrais do SNS.

[...].

74. Por sua vez, via mensagem de correio eletrónico datada de 24 de novembro de 2025, a DE-SNS, I.P. pronunciou-se nos seguintes termos:

“[...]

Em referência à vossa comunicação Ref.^a OS.34.12.11/2025.DEAS (PT/46/2025/DEAS | PMT/004/2024), de 29 de outubro de 2025, referente ao exercício de pronúncia em sede de audiência de interessados, relativo ao projeto de recomendação – Acesso a Procriação Medicamente Assistida (PMA) – cumpre informar que a Direção Executiva do SNS, I.P., irá analisar, conjuntamente com a Administração Central do Sistema de Saúde, I.P., a necessidade de clarificação dos critérios de elegibilidade, bem como avaliar a pertinência de implementar mecanismos adicionais que garantam a efetiva concretização do direito de acesso dos utentes a técnicas de PMA.

[...].

75. Analisadas as sobreditas pronúncias, não resultam elementos que alterem ou infirmem os pressupostos e as conclusões vertidas no Projeto de Recomendação desta Entidade Reguladora.
76. Ao invés, ressalta a intenção da SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E. de proceder, dentro das respetivas atribuições, à operacionalização de medidas que permitam o acolhimento da Recomendação projetada, ainda que ressaltando a necessidade de envolvimento da Direção Executiva do SNS;
77. Cumprindo a este propósito referir, que a Direção Executiva do SNS, conhecedora do teor da Recomendação projetada por via da notificação operada em sede de audiência de interessados, apresentou a respetiva pronúncia, nos termos supratranscritos e que acompanham o intuito de articulação com a SPMS para acolhimento da Recomendação projetada.
78. Por tudo quanto foi exposto, mantém-se a necessidade de emissão de Recomendação, nos termos *infra* delineados.



V. RECOMENDAÇÃO

79. Tendo presente tudo o quanto exposto, e considerando as atribuições e incumbências da Entidade Reguladora da Saúde (ERS) tal como definidas nos n.ºs 2 e 3 do artigo 5.º dos seus Estatutos, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, o Conselho de Administração da ERS delibera, nos termos e para os efeitos do preceituado nas alíneas a) e b) do artigo 19.º:

1) **Reiterar a recomendação emitida à Direção-Executiva do SNS e à Administração Central do Sistema de Saúde, I.P., no sentido de:**

- Clarifiquem os critérios de elegibilidade atualmente definidos para acesso a técnicas de PMA no SNS, garantindo uma maior uniformidade e equidade no acesso aos Centros de PMA;
- Implementarem os mecanismos de garantia de efetivação do direito de acesso dos utentes a técnicas de PMA, articulando-se com os respetivos prestadores de cuidados de saúde, por forma a que aqueles estejam habilitados a proceder à referenciação de utentes para centros privados autorizados.

2) **Recomendar à Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. e à SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E., que adotem as medidas adequadas no sentido de:**

Implementarem um Sistema de Informação específico para esta área de subespecialidade clínica, no sentido de assegurar a caracterização e gestão do acesso a consultas e tratamentos PMA no SNS.

© Entidade Reguladora da Saúde, Porto, Portugal, 2025

A reprodução de partes do conteúdo deste documento é autorizada, exceto para fins comerciais, desde que mencionando a ERS como autora, o título do documento, o ano de publicação e a referência "Porto,

Na execução deste documento foi atendida a privacidade dos titulares de dados pessoais. O tratamento destes dados cumpriu as normas relativas à sua proteção, nomeadamente as constantes do Regulamento Geral de Proteção de dados (RGPD).



Rua S. João de Brito, 621 L32
4100-455 PORTO - Portugal
T +351 222 092 350
geral@ers.pt
www.ers.pt