

Gestão da Qualidade em Saúde em Portugal – Enquadramento e Requisitos Legais

Daniel Costa Pinto

daniel.pinto@chvng.min-saude.pt

Coordenador dos Processos de Acreditação e Certificação

Vogal do Serviço de Gestão da Qualidade, Risco e Humanização CHVNGE

Leila Miriam Sales

lsales@esscvp.eu

Professora na Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa

Resumo:

A Qualidade em Saúde integra copiosas variáveis, que de facto a faz impregnar nas mais variadas componentes da engrenagem dos sistemas de governação e gestão das organizações e instituições de saúde. Todavia, é possível assimilar princípios inalienáveis da gestão da qualidade, como sendo a equidade e garantia de acesso aos cuidados de saúde, assentes na promoção da saúde e na prevenção da doença, por via da prestação de cuidados curativos, de reabilitação e de palição, em condições estruturais condignas e seguras, objetivando o seu ulterior fim, a proteção da saúde dos cidadãos. A compreensão do cidadão no centro do sistema é afinada com o direito constitucional, ajustado na visão deste como protagonista que justifica os serviços que integram o sistema de saúde, como beneficiário-utilizador e como cofinanciador do Serviço Nacional de Saúde. O presente artigo aprofunda e discorre sobre o percurso jurídico-legal em que a qualidade em saúde foi tendo letra de forma, através do legislador, abordando, portanto, dois referenciais com enquadramento legal no regime jurídico português, como sendo o Modelo Oficial de Certificação em Saúde do Ministério da Saúde, com a chancela da Direcção-Geral da Saúde e o Sistema Nacional de Avaliação em Saúde, sob a chancela da Entidade Reguladora da Saúde. Foi realizada uma análise documental da legislação e normativos legais, assim como de relatórios técnicos sobre a temática até 2018. Como resultados os autores identificaram diversos documentos que se organizam em: Decretos-Lei, Despachos, Portarias, Decretos Regulamentares, Relatórios Técnicos e uma Diretiva Comunitária que estruturam e enquadram o desenvolvimento da qualidade em saúde em Portugal.

Palavras-chave:

Gestão da qualidade, Legislação, Normas Jurídicas, Qualidade da assistência à saúde

Abstract:

Quality in Health integrates copious variables, which in fact make it permeate the most varied components of the governance and management systems of health organizations and institutions. Nonetheless, it is possible to assimilate inalienable principles of quality management, such as equity and guarantee of access to health care, based on health promotion and disease prevention, through the provision of curative care, rehabilitation and palliation, in suitable and safe structural conditions, with a view to protecting the health of citizens. The understanding of the citizen at

the center of the system is in tune with constitutional law, adjusted in his vision as the protagonist that justifies the services that integrate the health system, as beneficiary-user and as co-financier of the National Health Service. discusses the legal-legal pathway in which health quality was shaped by the legislator, thus addressing two references with legal framework in the Portuguese legal regime, as the Official Model of Health Certification of the Ministry of Health , with the seal of the Directorate General of Health and the National Health Assessment System, under the seal of the Health Regulatory Entity. A documentary analysis of the legislation and legal regulations, as well as technical reports on the subject was carried out until 2018. As a result, the authors identified several documents that are organized in: Decrees-Laws, Decrees, Ordinances, Regulatory Decrees, Technical Reports and a Community Directive that structure and frame the development of health quality in Portugal.

Keywords: Quality of Healthcare, Quality Management, Legislation, Enacted Statutes

1. Certificação da Qualidade em Saúde: *Itinerário Jurídico*

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (ENQS), foi pela primeira vez apresentada e publicada, aquando da aprovação do [Despacho n.º 14223/2009](#), de 24 de junho, sendo circunscrita a um período de cinco anos, de 2009 a 2014. No seu preâmbulo, o Ministério da Saúde consubstanciou o seu papel de coordenador do sistema de saúde português, sob a égide da qualidade da prestação de cuidados de saúde, respigando o [Plano Nacional de Saúde 2004-2010](#), que exortara como “*orientação estratégica e intervenção necessária a melhoria da qualidade organizacional dos serviços de saúde, pelo que a definição da estratégia nacional para a promoção da qualidade dos cuidados prestados pelas unidades do Serviço Nacional de Saúde e com ele contratualizadas é essencial para que as atividades inerentes à sua execução possam ser orientadas para os objetivos que presidem à cultura de melhoria contínua da qualidade que se pretende sedimentar e difundir*”. Como corolário da apreciação à cultura da qualidade nos estabelecimentos de saúde, o mesmo reconheceu “*uma escassa cultura de qualidade associada a um défice organizacional dos serviços de saúde*”.

É através da ENQS que, em 2009, são consignadas à Direção-Geral da Saúde (DGS), através do Departamento da Qualidade em Saúde (DQS), um papel central quanto às competências nas áreas do planeamento e programação da política nacional para a qualidade no Sistema de Saúde Português, havida a sua criação, meses antes, pela [Portaria n.º 155/2009](#), de 10 de fevereiro, a qual teve por missão “*criar um programa nacional de acreditação em saúde, baseado num*

modelo de acreditação sustentável e adaptável às características do sistema de saúde português, com o objetivo de garantir a qualidade das organizações prestadoras de cuidados de saúde e promover o seu empenho voluntário na melhoria contínua, consolidando a cultura da qualidade integral.”. O DQS para a materialização da ENQS, na prossecução das atribuições de planear e programar a política nacional para a qualidade do sistema de saúde, viu-se reforçado pela criação do Conselho para a Qualidade na Saúde, com a duração de um ano, determinado pelo [Despacho n.º 13793/2009](#), de 16 de junho.

Também em 2009, pelo [Despacho n.º 69/2009](#), de 31 de agosto, da Ministra da Saúde, é aprovado como Modelo Oficial e Nacional de Acreditação das Instituições de Saúde, o Modelo ACSA⁷, da Agência de Qualidade da Andaluzia, procedente de uma análise comparativa entre os modelos vigentes em Portugal, designadamente os modelos de acreditação da *Joint Comission International* (JCI), modelo estadunidense, e da *Caspe Healthcare Knowledge Systems* (CHKS), modelo britânico, anteriormente denominado por *King’s Fund*. Porém, a presente aprovação, foi acompanhada por duas recomendações, nomeadamente, porquanto os estabelecimentos de saúde privados optariam livremente sobre o modelo de acreditação a instituir, e nos estabelecimentos de saúde públicos não poderia haver prejuízo dos processos de acreditação em curso. De facto, entre 2001 e 2009, 13 dos 27 hospitais que tinham iniciado o processo de acreditação pelo CHKS obtiveram a acreditação, e dos 15 hospitais em processo de acreditação pela JCI, apenas 2 a obtiveram ([PNS 2012](#)).

O ano de 2009, foi pródigo em matéria de planeamento e estruturação de políticas de saúde, quanto a estratégias orientadas para a implementação de modelos de reconhecimento da qualidade e certificação em saúde no Sistema de Saúde Português e incorporação numa estrutura única – DQS – quanto à tutela destes processos. Todavia é de referir, num exercício de analepse, que o DQS foi sucedâneo de três estruturas orgânicas, extintas entre 2006 e 2008, embora tendo, por igual missão o mesmo desiderato no desenvolvimento de sistemas formais de qualidade, preconizaram, todavia, diferentes diretrizes quanto aos referenciais de acreditação e certificação em saúde, sendo estas:

- Instituto da Qualidade em Saúde – criado pela [Portaria n.º 288/99](#), de 27 de abril, no âmbito da “*Estratégia de saúde para o virar do século*”, iniciada pelo Ministério da Saúde, em 1997, tendo por atribuição “*promover o desenvolvimento de metodologias de certificação da qualidade das unidades prestadoras de cuidados de saúde que permitam a sua acreditação*” [art. 3.º b)] conduzindo à promoção do modelo britânico

⁷ *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía*

de acreditação CHKS (*King's Fund*). Todavia, viria a ser extinto pelo [Decreto-Lei n.º 212/2006](#), de 27 de outubro, que aprovou a Lei Orgânica do Ministério da Saúde, consequência do Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado (PRACE), dando o mote à criação da atual Administração Central dos Sistemas de Saúde, I.P. (ACSS);

- Unidade de Missão dos Hospitais SA – Foi criada pela [Resolução do Conselho de Ministros n.º 15/2003](#), de 5 de fevereiro, com a finalidade de coordenar o processo global de lançamento e a estratégia de empresarialização dos hospitais com a natureza jurídica de sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos, tendo tido um mandado de dois anos, prorrogado por um ano, findado a 17 de janeiro de 2006. Esta unidade de missão, conforme competência atribuída de propor políticas gerais de melhoria, promoveu para os estabelecimentos de saúde, a implementação do modelo de acreditação da JCI;
- Agência da Qualidade na Saúde – estabelecida pelo [Decreto-Lei n.º 219/2007](#), de 29 de maio, onde toma forma a criação da ACSS, prosseguiu as atribuições no âmbito da qualidade, designadamente relativas à certificação [art. 8.º]. Porém, ano e meio depois, veio a ser extinta, pelo [Decreto-Lei n.º 234/2008](#), de 2 de dezembro, que reconhece a disfuncionalidade na separação de competências na área da qualidade, sendo estas transferidas para a DGS;

A escolha pelo Modelo ACSA assentou na medida de ser o modelo com maior garantia de sustentabilidade financeira, permitindo e possibilitando a acreditação de todos os Serviços de Saúde do SNS. Como referido, havia à data, Hospitais e Centros Hospitalares do SNS, acreditados pelos outros modelos, que não dedicavam serviços às demais tipologias de cuidados (primários, continuados, entre outros). Concluiu-se, pois, que a convivência simultânea de vários modelos conduzira a disparidades e iniquidades entre os estabelecimentos de saúde do SNS.

Em 2012, com a aprovação da orgânica da DGS, pelo [Decreto Regulamentar n.º 14/2012](#), de 26 de janeiro, esta vê reforçadas as suas atribuições que passam por incluir “*a coordenação do Ministério da Saúde nos domínios do planeamento estratégico, da monitorização e avaliação da qualidade e acessibilidade aos cuidados de saúde prestados e das relações internacionais, acolhendo, desta forma, as atribuições até agora cometidas ao Alto Comissariado da Saúde. Paralelamente, a Direcção-Geral da Saúde recebe as atribuições da Autoridade para os Serviços do Sangue e da Transplantação nos domínios da qualidade, da segurança e da autorização de unidades, serviços e processos em relação às atividades de dádiva, colheita,*

análise, processamento, preservação, armazenamento e distribuição de sangue humano, de componentes sanguíneos, de órgãos, tecidos e células de origem humana.”, bem como, prossegue a atribuição de “*Analisar, certificar e divulgar a qualidade da prestação dos cuidados de saúde primários, hospitalares, continuados e paliativos*” [art. 2.º, h)], sobreponível, meses depois, pela [Portaria n.º 159/2012](#), de 22 de maio, que fixa a estrutura nuclear da DGS, aditando também ao referido artigo a “*coordenação do sistema de qualificação das unidades de saúde*” [art. 2.º, c)].

Ainda sob a alçada da ENQS, o [Despacho n.º 3635/2013](#), de 7 de março, veio estabelecer disposições, na fixação de uma estrutura em rede, contínua e permanente de governação para a execução e operacionalização das estratégias definidas, nomeadamente a criação das Comissões da Qualidade e Segurança nas instituições de saúde do SNS, sob a intendência do DQS.

Em 2015, findo o prazo da anterior ENQS, é assumida uma extensão temporal 2015-2020, e reajuste das prioridades estratégicas, pelo [Despacho n.º 5613/2015](#), de 27 de maio. No seu enquadramento pode encontrar-se uma clara associação entre a definição da qualidade em saúde e os benefícios que esta aporta não só ao SNS, mas ao Sistema de Saúde Português, com particular ressalva quanto à sustentabilidade, sendo “*A qualidade em saúde, definida como a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão. Por outro lado, qualquer contexto económico-financeiro exige uma melhoria da eficiência e da efetividade da prestação de cuidados de saúde, uma vez que estas são pilares da qualidade em saúde. Assim, a qualidade, intimamente ligada à segurança dos cuidados, é uma garantia de sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde e do sistema de saúde Português.*”. Todavia, no ponto I, alínea f), e no parágrafo seguinte, concretiza-se uma análise sobre as alternâncias e intermitências de que os processos de qualidade na saúde padeceram, considerando imperioso “*O início de recuperação do atraso verificado em matéria de acreditação dos serviços que prestam cuidados no âmbito do Serviço Nacional de Saúde, através da implementação do modelo de acreditação de unidades de saúde do Ministério da Saúde. No entanto, ao longo dos cinco anos percorridos daquela Estratégia, verificaram-se constrangimentos em garantir que nos serviços prestadores de cuidados de saúde se concretizassem, de forma estruturada, algumas das políticas definidas a nível nacional para a qualidade, com continuidade e sustentabilidade. Constatou-se que a gestão da qualidade nos serviços de saúde decorreu, em alguns casos, de forma espontânea e pouco coerente, verificando-se que existem algumas instituições*

prestadoras de cuidados que têm decidido o que querem e como querem em termos da qualidade na saúde.”.

Distinta da anterior, a presente ENQS preconiza um leque de ações-compromisso, para cada uma das seis prioridades estabelecidas, sendo estas:

- Melhoria da qualidade clínica e organizacional;
- Aumento da adesão a normas de orientação clínica;
- Reforço da segurança dos doentes;
- Reconhecimento da qualidade das unidades de saúde;
- Informação transparente ao cidadão e aumento da sua capacitação.

Quanto à prioridade de reconhecimento da qualidade das unidades de saúde é-lhe atribuída ação de *“auditar, certificar e propor a acreditação da qualidade da prestação dos cuidados de saúde primários, hospitalares, continuados e paliativos pelo modelo de acreditação do Ministério da Saúde.”.*

Além disto, importa reconhecer a importância da sua integração no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 (PNSD), aprovado pelo [Despacho n.º 1400-A/2015](#), de 10 de fevereiro, plano este seminal e sem antecedente par, exprimindo a inquietação pela tutela, quanto à ocorrência de incidentes e eventos adversos associados aos cuidados de saúde, responsáveis por danos, alguns irreversíveis, estimados entre 8% e 12% em doentes internados, subscrevendo a [Recomendação do Conselho da Europa \(2009/C 151/01\)](#), de 9 de junho de 2009, sobre a segurança dos pacientes, incluindo a prevenção e o controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde. Estas com implicações no aumento da morbilidade hospitalar, aumento da demora média nos episódios de internamento e diminuição do número de doentes saídos dos hospitais e as suas implicações económico-financeiras quer nas instituições de saúde, quer nos cidadãos, com repercussões físicas, emocionais e patrimoniais, comprometendo a confiança destes no SNS. Sobre a segurança dos doentes, ainda em 2015, foi tema no capítulo dedicado ao *“Impacto da Recomendação Europeia na Segurança do Doente”*, pelo Observatório Português dos Sistemas de Saúde, no anual Relatório de Primavera, intitulado *“Acesso aos cuidados de saúde. Um direito em risco?”*.

Por último, a par do lugar da qualidade em saúde e da sua concretização por via de modelos de reconhecimento e certificação em saúde, tomou igual relevância, a criação dos Centros de Referência, pela [Portaria n.º 194/2014](#)⁸, de 30 de setembro, alterada pela [Portaria n.º 195/2016](#),

⁸ Legislação Consolidada

de 19 de julho, e sujeita a segunda alteração, pela [Portaria n.º 52/2017](#), de 2 de fevereiro, que estabelece o conceito, o processo de identificação, aprovação e reconhecimento dos Centros de Referência Nacionais para a prestação de cuidados de saúde, designadamente para diagnóstico e tratamento de doenças raras. Deste modo, importa expor a definição destes como *“qualquer serviço, departamento ou unidade de saúde, reconhecido como o expoente mais elevado de competências na prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade em situações clínicas que exigem uma concentração de recursos técnicos e tecnológicos altamente diferenciados, de conhecimento e experiência, devido à baixa prevalência da doença, à complexidade no seu diagnóstico ou tratamento e/ou aos custos elevados da mesma, sendo capaz de conduzir formação pós-graduada e investigação científica nas respetivas áreas médicas.”* [art. 2.º], sendo certo que, tamanha diferenciação e especialização inerente ao processo de reconhecimento de excelência, de âmbito técnico e clínico, se completa e complementa, por meio do reconhecimento da qualidade, nas mais diversas dimensões, como a organização da atividade centrada na pessoa, assente na garantia dos direitos de acessibilidade, equidade, adequação, segurança, continuidade, eficiência e efetividade, por via da certificação da qualidade dos serviços, departamentos ou unidades de saúde, pelo que são deveres e obrigações dos Centros de Referência *“Iniciar, no prazo de um ano, após o seu reconhecimento, o processo de certificação e acreditação da qualidade e segurança da prestação de cuidados, seguindo o modelo de acreditação indicado pela Direção-Geral da Saúde.”* [art. 4.º, d)].

Ora a portaria referida, por forma a convergir a prestação de cuidados de saúde nacional com as melhores práticas em outros países europeus, na relação sinérgica entre escala e qualidade, é consequência do artigo 16.º, que dita a competência do Ministério da Saúde, na identificação, aprovação e reconhecimento oficial de Centros de Referência Nacionais, na [Lei n.º 52/2014](#), de 28 de agosto, que transpõe a [Diretiva do Parlamento Europeu e do Conselho \(2011/24/EU\)](#), de 9 de Março de 2011, relativa ao exercício dos direitos dos doentes e cooperação entre Estados-Membros, em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços. Sendo nesta Diretiva, no artigo 12.º, outorgado o apoio pela Comissão na criação de Redes Europeias de Referência, sob os princípios da participação voluntária, favorecendo a exploração das potencialidades da cooperação europeia no domínio dos cuidados de saúde altamente especializados para os doentes e para os serviços de saúde, tirando partido das inovações registadas na ciência médica e nas tecnologias da saúde. É incontestável a simultaneidade, advinda das características e especificidades do Modelo de Acreditação ACSA, que levou não só Portugal, mas igualmente a Comissão Europeia, a escolher este modelo, como órgão de avaliação independente dos

centros que se destinam a ser oficialmente reconhecidos pela Comissão Europeia como Redes Europeias de Referência.

Em 2017, proveniente da monitorização aos perfis dos Estados-Membros, também a OCDE⁹ conjuntamente com o Observatório Europeu de Políticas e Sistemas de Saúde¹⁰, no relatório [*“State of Health in the EU: Portugal. Perfil de Saúde do País 2017”*](#), entre considerações sobre a saúde em Portugal, os fatores de risco e o sistema de saúde, é sobre o desempenho deste, a apreciação de que *“A nível nacional, a garantia da qualidade e da segurança regem-se por dois documentos fundamentais: a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015–2020, que visa também reforçar a equidade como a dimensão principal do SNS num quadro de melhoria contínua da qualidade e da segurança, e o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015–2020.”*

Importa, por fim, aludir à metodologia e pressupostos do financiamento, no que respeita a atividades, objetivos e resultados, pelo documento da ACSS¹¹ [*Termos de Referência para contratualização de cuidados de saúde no SNS para 2018*](#), que estabelece os princípios orientadores do processo de contratualização de cuidados no âmbito do SNS. Seria de esperar, porquanto foi exposto, que os termos para a contratualização, integrassem formas de financiamento, assente na meritocracia das instituições de saúde, quanto à execução das estratégias e planos para a qualidade na saúde, reconhecendo as mais-valias inerentes, traduzindo-se na otimização da prestação de cuidados, e por sua vez, na espelhada confiança dos cidadãos nas instituições do SNS, relegando, porém, para o último parágrafo do documento, a recomendação de que *“Para 2018 fomenta-se ainda o desenvolvimento de processos de acreditação das instituições do SNS, numa ótica de melhoria contínua da resposta em saúde que é prestada à população.”*

Não obstante, presentemente, numa senda voluntária, são mais de cem as unidades de saúde certificadas ([DGS, 2018](#)), segundo o Modelo de Certificação do Ministério da Saúde, divididas entre as tipologias de:

- Cuidados Hospitalares (54);
- Laboratórios Clínicos (6);
- Unidades sem Internamento (4);
- Unidades Urgências/Emergências (1);
- Cuidados Primários (48);

⁹ The Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD)

¹⁰ European Observatory on Health Systems and Policies

¹¹ Cf. N.º 4, do Artigo 3.º, do [Decreto-Lei n.º 35/2012](#), de 15 de fevereiro, que aprova a orgânica da ACSS.

- Cuidados Continuados (5).

1.1. Modelo de Certificação do Ministério da Saúde: *Requisitos Legais*

O modelo oficial do Ministério da Saúde baseia-se num processo de certificação que visa o reconhecimento expresso e público da qualidade das organizações prestadoras de cuidados de saúde, assente no empenho voluntário destas, por via dos seus ativos, os profissionais, através do qual se analisa e verifica de que forma os cuidados de saúde, prestados aos cidadãos, estão de acordo com os padrões de qualidade nacionais e internacionais. De feição versátil, integral e integrativa quanto à tipologia de cuidados de saúde – primários, hospitalares, continuados e paliativos – o modelo tem como pretensão, prospectivamente, identificar e impulsionar a melhoria contínua, consolidar a cultura de qualidade e segurança, assente numa progressão por níveis, maximizando o potencial evolutivo, facilitando assim a aquisição de níveis de excelência organizacional, com base em cinco eixos/blocos fundamentais, sendo estes:

- I. *O cidadão como centro do sistema de saúde;*
- II. *Organização da atividade centrada na pessoa;*
- III. *Os profissionais;*
- IV. *Processos de suporte;*
- V. *Resultados*

A certificação em saúde parte da definição de um padrão de referência como marco concetual para a qualidade, radicando num denominador comum – os *standards* – que integrando a melhor evidência científica e firmados nos preceitos legais e normativos, tomam forma de requisitos que norteiam, dirigem e determinam as boas praticas, as quais as instituições de saúde utilizam como instruções, com a finalidade de poder melhorar a sua atividade, em tempo e forma, sob os prismas estruturais, organizacionais e funcionais, face à prestação de cuidados globais, integrados e seguros, combinados com a perceção da satisfação dos cidadãos, bem como, sob a forma na qual se desenvolve a gestão clínica, com base na aplicação das normas de orientação clínica, na atenção ao regimes jurídicos de segurança e boas praticas recomendadas para os processos de apoio e suporte (estruturas, instalações, equipamentos, resíduos, ambiente, electromedicina) e, pelas determinações quanto à segurança dos utentes e dos profissionais.

Sobre estes últimos, incide o presente capítulo, que analisa os requisitos impressos nos *standards* quanto ao cumprimento e incorporação das determinações do legislador, pela invitation às instituições de saúde na revisitação quanto à observância das disposições legais e normativas. De facto, a gestão da qualidade, quer em saúde, quer em qualquer outra modalidade, assenta na pedra angular do imperativo enquadramento legal, sendo liminarmente rejeitado, qualquer arrepio dos pressupostos normativos no quadro legal português, servindo adrede, como instrumento regulador, particularmente, no tocante aos direitos, liberdades e

garantias pessoais, na premissa da organização da atividade centrada no cidadão, centro do sistema de saúde.

Destaca-se neste modelo o desenvolvimento eficaz dos direitos fundamentais dos cidadãos que utilizam os serviços de saúde, entre os demais, o direito à intimidade e privacidade, à participação e tomada de decisão, ao sigilo e confidencialidade, à manifestação e garantia das instruções prévias de vontade, à resolução de conflitos éticos, e ao respeito pelos valores e crenças.

2. Conclusões

Através da análise realizada compreendemos que se deu um percurso controversamente dinâmico, porém eventualmente discutível, quanto às atribuições da gestão transversal da qualidade na saúde, em todo o SNS e respetivas tipologias de unidades de saúde, vogando entre vários institutos, criados e extintos, com lógicas de planeamento da qualidade distintas, retardando, podendo seguramente afirmar-se, a sistematização de uma política para a qualidade em saúde esboçada, linear e transversal em todo o SNS. Este facto concede asseverar, que no SNS, quanto aos sistemas de qualidade, subsistirem consentaneamente várias velocidades, podendo divisar-se instituições dimensionadas, que se encontram consistentes quanto a processos de reconhecimento e certificação da qualidade, e outras, que ainda hoje, não implementaram sistemas, processos ou metodologias para a qualidade na saúde.

Referências

[Decreto-Lei n.º 267/2007](#), de 24 de julho [Legislação Consolidada].

[Decreto-Lei n.º 35/2012](#), de 15 de fevereiro [Legislação Consolidada].

[Lei n.º 12/2009](#), de 26 de março [Legislação Consolidada].

[Lei n.º 36/2013](#), de 12 de junho [Legislação Consolidada].

European Observatory on Health Systems and Policies

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD)

Curriculum Vitae:

Daniel Pinto: Enfermeiro no CHVNGE, Coordenador dos Processos de Acreditação e Certificação, Vogal do Serviço de Gestão da Qualidade, Risco e Humanização CHVNGE. Auditor, Investigador na área da Qualidade em Saúde

Leila Sales, Professora na Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa, Coordenadora do Curso de Licenciatura em Enfermagem, Membro da Comissão de Qualidade e Segurança do Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa, Doutoranda em Enfermagem na área da Gestão de Unidades de Saúde e Serviços de Enfermagem na UCP, Mestre em Enfermagem, Investigadora na área da Segurança do Doente e Qualidade em Saúde.