

[Projeto de Lei n.º 78/XIII/1.ª PCP](#)

Reversão do Hospital Distrital de São João da Madeira para o Ministério da Saúde

[Projeto de Lei n.º 81/XIII/1.ª PCP](#)

Reversão do Hospital José Luciano de Castro de Anadia para o Ministério da Saúde

[Projeto de Lei n.º 82/XIII/1.ª PCP](#)

Reversão do Hospital de S. José de Fafe para o Ministério da Saúde

[Projeto de Lei n.º 84/XIII/1.ª PCP](#)

Reversão do Hospital de S. Paulo, em Serpa, para o Ministério da Saúde

[Projeto de Lei n.º 85/XIII/1.ª PCP](#)

Reversão do Hospital Conde de São Bento – Santo Tirso para o Ministério da Saúde

Data de admissão: 22-12-2015

Comissão de Saúde (9.ª)

Índice

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

Elaborada por: Luisa Veiga Simão (DAC), Lurdes Sauane (DAPLEN), Maria Leitão e Fernando Marques Pereira (DILP) e Luís Silva (Biblioteca)

Data: 8 de janeiro de 2016

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

Os Projetos de Lei n.ºs 78/XIII/1.ª PCP, 81/XIII/1.ª PCP, 82/XIII/1.ª PCP, 84/XIII/1.ª PCP e 85/XIII/1.ª PCP, que estabelecem a reversão, para o Ministério da Saúde, respetivamente, do Hospital Distrital de São João da Madeira, do Hospital José Luciano de Castro, de Anadia, do Hospital de S. José, de Fafe, do Hospital de S. Paulo, em Serpa e do Hospital Conde de São Bento, de Santo Tirso, foram apresentados pelo Grupo Parlamentar do PCP.

A estrutura destas iniciativas legislativas é em tudo semelhante, referindo no artigo 1.º que têm por objeto a reversão de cada um destes hospitais, para o Ministério da Saúde, e prevendo, no artigo 2.º, que tal não implica a perda ou redução do número de valências, nem a entrada em funcionamento de outras já decididas, não interferindo também na qualidade das prestações de saúde.

No artigo 3.º acautelam os direitos dos profissionais que exercem funções nestes hospitais, independentemente do seu âmbito, modalidade e vínculo contratual, e no artigo 4.º fixam um prazo de seis meses para o processo de reversão ser levado a cabo, dizendo este processo respeito ao pessoal e a todos os bens e equipamentos.

Finalmente, o artigo 5.º prevê que as respetivas entradas em vigor ocorrem no dia seguinte ao da sua publicação.

Nos preâmbulos de cada uma destas iniciativas é feito um enquadramento histórico, relativamente aos hospitais em causa, concluindo-se que em nenhum destes casos foi melhor garantido o acesso à saúde, por parte dos utentes, nem melhor cumpridos os princípios constitucionais relativos à universalidade e qualidade dos cuidados de saúde, independentemente das condições sociais e económicas dos utentes.

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

• Conformidade com os requisitos formais, constitucionais e regimentais

Os projetos de lei n.ºs 78/XIII/1.ª, 81/XIII/1.ª, 82/XIII/1.ª e 84/XIII/1.ª são apresentados por onze Deputados do Grupo Parlamentar do Partido Comunista português (PCP), e o 85/XIII/1.ª por dez Deputados deste mesmo Grupo Parlamentar, ao abrigo do disposto no n.º 1 do artigo 167.º da [Constituição](#) e no artigo 118.º do [Regimento da Assembleia da República](#) (RAR), que consagram o poder de iniciativa da lei. De facto, a iniciativa legislativa é um poder dos Deputados, nos termos da alínea b) do artigo 156.º da Constituição e da alínea b) do n.º 1 do artigo 4.º do Regimento, como também dos grupos parlamentares, nos termos da alínea g) do n.º 2 do artigo 180.º da Constituição e da alínea f) do artigo 8.º do Regimento.

A iniciativa toma a forma de projeto de lei, em conformidade com o disposto no n.º 1 do artigo 119.º do RAR, encontra-se redigida sob a forma de artigos, tem uma designação que traduz

sinteticamente o seu objeto principal e é precedida de uma breve exposição de motivos, cumprindo, assim, os requisitos formais previstos no n.º 1 do artigo 124.º do RAR. Respeita, de igual modo, os limites à admissão da iniciativa impostos pelo n.º 1 do artigo 120.º do RAR, na medida em que não parece infringir a Constituição ou os princípios nela consignados e define concretamente o sentido das modificações a introduzir na ordem legislativa.

Estes projetos de lei deram entrada em 18 de dezembro de 2015, foram admitidos em 22 de dezembro e baixaram nesta mesma data à Comissão de Saúde (9.^a). Foram anunciados na sessão plenária de 23/12/2015, tendo o projeto de lei n.º 85/XIII/1.^a sido agendado, na Conferência de Líderes de 6 de janeiro de 2016, para a sessão plenária do próximo dia 28 de janeiro.

- **Verificação do cumprimento da lei formulário**

A Lei n.º 74/98, de 11 de novembro, alterada e republicada pela [Lei n.º 43/2014, de 11 de julho](#), de ora em diante designada como lei formulário, estabelece um conjunto de normas sobre a publicação, identificação e formulário dos diplomas, que são relevantes e que, como tal, cumpre referir.

O projeto de lei em apreço tem título que traduz sinteticamente o seu objeto, observando o disposto no n.º 2 do artigo 7.º da lei formulário.

Em caso de aprovação, revestirá a forma de lei e será publicada na 1.^a série do Diário da República, em conformidade com o disposto na alínea c) do n.º 2 do artigo 3.º da lei formulário.

Quanto à entrada em vigor, o artigo 2.º da iniciativa estipula que “ *A presente lei entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação*”, o que está em conformidade com n.º 1 do artigo 2.º da referida lei, que prevê que os atos legislativos “ *entram em vigor no dia neles fixado, não podendo, em caso algum, o início da vigência verificar-se no próprio dia da publicação*”.

Na presente fase do processo legislativo a iniciativa em apreço não nos parece suscitar outras questões em face da lei formulário.

III. Enquadramento legal e doutrinário e antecedentes

- **Enquadramento legal nacional e antecedentes**

Nos termos do n.º 1 do [artigo 64.º](#) da Constituição da República Portuguesa (CRP), todos têm *direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover*. Acrescenta a alínea b) do n.º 3 do mesmo artigo e diploma que, para assegurar o direito à proteção da saúde, *incumbe prioritariamente ao Estado garantir uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde*. Dispõe, ainda o n.º 5 do [artigo 63.º](#) da CRP que o *Estado apoia e fiscaliza, nos termos da lei, a atividade e o funcionamento das instituições particulares de solidariedade social e de outras de reconhecido interesse público sem carácter lucrativo, com vista à prossecução de objetivos de solidariedade social*.

Em Portugal, as instituições particulares de solidariedade social, em especial as Misericórdias, assumiram um papel de extremo relevo na prestação dos cuidados de saúde. Na verdade, as Misericórdias têm estado, desde sempre, associadas à área da saúde, *enquanto promoção do bem-estar das pessoas, prioritariamente dos mais desprotegidos*¹.

Tendo como base o papel fundamental dos estabelecimentos de saúde das Misericórdias na sociedade portuguesa, foi aprovado o [Decreto-Lei n.º 162/74, de 20 de abril](#), diploma que veio definir a competência dos Ministérios das Corporações e Segurança Social e da Saúde em matéria de tutela administrativa das instituições particulares de assistência.

Posteriormente, com o [Decreto-Lei n.º 704/74, de 7 de dezembro](#), alterado pelo [Decreto-Lei n.º 14/80, de 26 de fevereiro](#), e com o [Decreto-Lei n.º 618/75, de 11 de novembro](#), alterado pelo [Decreto-Lei n.º 519-G2/79, de 29 de dezembro](#)², iniciou-se um processo que, sem alterar a titularidade dos bens afetos, transferiu a responsabilidade direta sobre a prestação de cuidados de saúde das Misericórdias para o Estado.

Efetivamente o [Decreto-Lei n.º 704/74, de 7 de dezembro](#), determinou várias providências relativas aos hospitais centrais e distritais pertencentes a pessoas coletivas de utilidade pública administrativa. Segundo o preâmbulo, *tendo em linha de conta o desejo manifestado pelas mesas das Misericórdias que administram hospitais centrais e distritais de que tais estabelecimentos se integrem na rede nacional hospitalar*, o presente diploma vem prever nos artigos 1.º e 2.º que *os hospitais centrais e distritais pertencentes a pessoas coletivas de utilidade pública administrativa mantêm a autonomia administrativa e financeira, (...) e passam a ser administrados por comissões, nomeadas pelo Secretário de Estado da Saúde e perante ele responsáveis (...) e a reger-se pela legislação em vigor para os serviços hospitalares oficiais*.

No ano seguinte, o [Decreto-Lei n.º 618/75, de 11 de novembro](#), veio aplicar aos hospitais concelhios pertencentes a pessoas coletivas de utilidade pública administrativa, as disposições constantes dos artigos 1.º a 7.º do [Decreto-Lei n.º 704/74, de 7 de dezembro](#). A fundamentação pode ser encontrada no preâmbulo onde se pode ler que *considerando que a progressiva estruturação do serviço nacional de saúde pressupõe uma política unitária e global; considerando que, para além da definição das linhas de política, cabe ao Estado, pela Secretaria de Estado da Saúde, controlar diretamente todos os estabelecimentos que integram a rede hospitalar; considerando que os hospitais concelhios podem passar a desempenhar um papel positivo no âmbito do serviço nacional de saúde, no sentido de descentralização dos cuidados de saúde, sem esquecer as possibilidades de trabalho que podem passar a oferecer aos médicos no seu trabalho na periferia após a conclusão do internato de policlínica; considerando que o serviço nacional de saúde integrado que se pretende para o País pressupõe uma gestão também integrada, a qual muito em breve passará a ser feita por administrações distritais dos serviços de saúde; e na sequência das medidas já adotadas quanto aos hospitais centrais e distritais*, são aplicáveis aos hospitais concelhios pertencentes a pessoas

¹ Ver [Decreto-Lei n.º 235/2008, de 3 de dezembro](#), que aprovou os estatutos da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, alterados pelo [Decreto-Lei n.º 114/2015, de 30 de novembro](#), e [Decreto-Lei n.º 67/2015, de 29 de abril](#).

² O [Decreto-Lei n.º 519-G2/79, de 29 de dezembro](#), estabeleceu o regime jurídico das instituições privadas de solidariedade social.

coletivas de utilidade pública administrativa as disposições constantes do Decreto-Lei n.º 704/74, de 7 de dezembro.

Nos anos 80, e através dos Decretos-Leis n.ºs [14/80, de 26 de fevereiro](#), e [489/82, de 28 de dezembro](#), veio-se reequacionar o papel das Misericórdias no sistema de saúde e das formas de articulação entre estas entidades, com vocação para a prestação de cuidados de saúde, e o Estado.

Assim, procedeu-se, em primeiro lugar, à alteração do [Decreto-Lei n.º 704/74, de 7 de dezembro](#). Efetivamente, os n.ºs 1 e 2 do artigo 5.º do mencionado diploma dispunham que as pessoas coletivas de utilidade pública administrativa, quando proprietárias dos edifícios onde estão instalados os estabelecimentos hospitalares, mantêm esse direito; e que havendo cedência dos edifícios esta é feita a título gratuito. Posteriormente, o [Decreto-Lei n.º 14/80, de 26 de fevereiro](#), veio revogar o n.º 2 do artigo 5.º, justificando-se no preâmbulo que a utilização dos edifícios das Misericórdias, por parte da rede hospitalar do Estado, a título gratuito tinha *suscitado vivos reparos e reclamações e poderá na verdade considerar-se manifestamente injusta, para mais abrangendo entidades que sempre demonstraram uma tradicional vocação no campo hospitalar, onde realizaram, ao longo dos séculos, inegável obra de vulto*. Autoriza-se, ainda, o *dispêndio de verbas (...) para reparação dos prejuízos causados às Misericórdias*.

Pelos mesmos motivos já tinha sido revogado o artigo 2.º do [Decreto-Lei n.º 618/75, de 11 de novembro](#), que previa que quando se verificasse *que as pessoas coletivas de utilidade pública administrativa deixavam de manter qualquer estabelecimento ou atividade integrada na política social aprovada pelo Governo, seria determinada, por despacho do Secretário de Estado da Segurança Social, a respetiva extinção de direito*, revertendo todo o seu património para o Estado.

Num segundo momento, foi aprovado o [Decreto-Lei n.º 489/82, de 28 de dezembro](#), que determinou que as administrações dos hospitais das Misericórdias que abrangidas pelo disposto no [Decreto-Lei n.º 704/74, de 7 de dezembro](#), e no [Decreto-Lei n.º 618/75, de 11 de novembro](#), pudessem ser devolvidas às instituições, suas proprietárias, mediante acordo a celebrar caso a caso, *considerando que o regime instituído não se mostrou o mais adequado a uma melhor prestação de serviços às populações; considerando a conveniência de se responsabilizar as populações na gestão dos serviços de saúde a nível local visando a sua crescente humanização; e considerando que os estabelecimentos com atividade hospitalar podem ser geridos pelas instituições suas proprietárias, sem prejuízo da tutela e apoio técnico por parte dos serviços do Ministério dos Assuntos Sociais*.

Já o relacionamento entre o Estado e estas instituições, efetuado através da celebração de acordos de cooperação, foi então definido pelo [Despacho n.º 48/80, de 12 de setembro](#), do Ministro dos Assuntos Sociais.

Posteriormente, pela [portaria sem número](#) do Ministério da Saúde de 27 de julho de 1988, alterada pela [Portaria n.º 143/91, de 2 de maio](#), foi aprovado o Regulamento dos Acordos a estabelecer entre as Administrações Regionais de Saúde e as Misericórdias e Outras Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS). Neste contexto foi celebrado o [Protocolo de Colaboração com as](#)

[Misericórdias em 1995](#), substituído pelo mais recente [Protocolo de Cooperação, de 27 de março de 2010](#).

Sobre esta matéria cumpre também destacar a Lei de Bases da Saúde, aprovada pela [Lei n.º 48/90, de 24 de agosto](#), e alterada pela [Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro](#), que na base XXXVIII prevê o seguinte: *as instituições particulares de solidariedade social com objetivos específicos de saúde intervêm na ação comum a favor da saúde coletiva e dos indivíduos, de acordo com a legislação que lhes é própria e a presente lei; as instituições particulares de solidariedade social ficam sujeitas, no que respeita às suas atividades de saúde, ao poder orientador e de inspeção dos serviços competentes do Ministério da Saúde, sem prejuízo da independência de gestão estabelecida na Constituição e na sua legislação própria; e os serviços de saúde destas instituições podem ser subsidiados financeiramente e apoiados tecnicamente pelo Estado e pelas autarquias locais.*

A [Lei n.º 48/90, de 24 de agosto](#), estabeleceu assim um modelo misto de sistema de saúde, consagrando a complementaridade e o caráter concorrencial do setor privado e de economia social na prestação de cuidados de saúde, integrando na rede nacional de prestação de cuidados de saúde as entidades privadas e os profissionais livres, que acordem com o Serviço Nacional de Saúde (SNS) a prestação de todas, ou de algumas atividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde.

Recentemente, e pelo [Despacho n.º 10601/2011, publicado em 24 de agosto](#), foi criado o Grupo de Técnico para a Reforma Hospitalar com o fim de melhorar a eficiência, o desempenho e a qualidade dos hospitais do Serviço Nacional de Saúde.

No seu [Relatório Final](#) propõem, nomeadamente, a *intensificação da parceria com o sector social da saúde, em especial com a União das Misericórdias Portuguesas, para o desenvolvimento de modelos de cooperação como uma hipótese de potenciação de recursos e de partilha de risco permitindo desenvolver unidades de saúde com manifestos benefícios para o Estado e para as populações, (...) defendendo a devolução de unidades aos seus proprietários e contratualização de serviços aos mesmos, libertando o SNS de custos fixos e assentando os novos acordos em produção variável. Como justificação afirmam que as Misericórdias são atualmente detentoras de um vasto parque onde funcionam várias unidades de saúde exploradas pelo SNS. Da análise de várias unidades ao longo do País constata-se da possibilidade de se proceder à sua transformação funcional em Centros de Alta Resolução ou Unidades de Cuidados Continuados³.*

No seguimento deste relatório, e pelo [Despacho n.º 10016/2012](#), publicado em 25 de julho, foi criado um grupo de trabalho ao qual competia a responsabilidade de analisar as condições de devolução às misericórdias das unidades de saúde, que na sequência do disposto no Decreto-Lei n.º 704/74, de 7 de dezembro, se encontravam sob gestão pública.

Ao grupo de trabalho ora constituído competia especialmente: a) *Analisar o universo das unidades de saúde arrendadas; b) Identificar as prioridades para a possível devolução de unidades de saúde às misericórdias, tendo em atenção as necessidades de prestação de cuidados e as necessidades*

³ Ver páginas 15, 74 e 75 do [Relatório Final](#).

satisfeitas pelas referidas unidades, e as demais parcerias existentes com as misericórdias; c) Propor os procedimentos jurídicos, metodologia e calendarização necessários à concretização do processo de devolução.

Na respetiva fundamentação pode ler-se o seguinte: Importa retirar todas as consequências do reconhecimento do papel das misericórdias no setor da saúde e proceder à devolução às misericórdias das unidades de saúde que ainda se mantêm na esfera pública mas cuja gestão e propriedade pertenciam às misericórdias até à intervenção do Estado na respetiva gestão operada em 1974 por força do Decreto-Lei n.º 704/74, de 7 de dezembro. A devolução às misericórdias destas unidades de saúde, com o objetivo de prossecução das atividades hospitalares, terá necessariamente de ser programada e precedida de uma avaliação dos respetivos efeitos no âmbito da prestação de cuidados de saúde que têm vindo a ser prestados por essas unidades como estabelecimentos integrados no Serviço Nacional de Saúde, (SNS). Importa, pois, que a identificação das condições de devolução destas unidades de saúde às misericórdias seja efetuada por um grupo de trabalho no âmbito do Ministério da Saúde, que congregue a participação das misericórdias envolvidas, através da participação da União das Misericórdias Portuguesas, coordenado pela Administração Central do Sistema de Saúde, I. P. (ACSS, I. P.), entidade que tem vindo já a desenvolver trabalhos preparatórios neste âmbito.

Nos termos do n.º 4 do [Despacho n.º 10016/2012](#), o grupo de trabalho deveria apresentar um primeiro relatório até ao dia 15 de outubro de 2012. De acordo com a [Nota n.º 1/PCD/2014](#), de 1 de dezembro, do Presidente do Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde, IP., o mencionado grupo de trabalho apresentou relatórios em 15 de outubro de 2012, e em 24 de janeiro de 2013.

Na sequência destes relatórios foi publicado o [Decreto-Lei n.º 128/2013, de 9 de outubro](#), que veio definir as formas de articulação do Ministério da Saúde e os estabelecimentos e serviços do Serviço Nacional de Saúde com as instituições particulares de solidariedade social, bem como estabelecer o regime de devolução às Misericórdias dos hospitais, objeto das medidas previstas nos Decretos-Leis n.ºs 704/74, de 7 de dezembro, e 618/75, de 11 de novembro, geridos por estabelecimentos ou serviços do SNS.

De acordo com o preâmbulo, no hiato temporal decorrido entre a Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, e o presente, *ocorreram inúmeras alterações na organização e gestão do SNS, a par de evoluções significativas das entidades de solidariedade social e do seu funcionamento interno, em resposta aos desafios crescentes e à necessidade de sustentabilidade. Torna-se por isso necessário estabelecer um modelo de partilha mais efetiva de responsabilidades entre os vários intervenientes, alicerçada na definição e implementação de regras claras e procedimentos de controlo eficazes que garantam o acesso, em tempo útil, dos utentes do SNS aos cuidados de saúde clinicamente adequados, com qualidade e segurança.*

Exige-se igualmente que se estabeleçam os princípios orientadores do processo de contratualização a desenvolver pelas Administrações Regionais de Saúde e as IPSS, no que respeita a atividades, objetivos e resultados a alcançar, assim como os indicadores de atividade que permitam aferir o

cumprimento do contratualizado. Para o efeito, a Administração Central do Sistema de Saúde, I. P. (ACSS, I. P.), no cumprimento das suas atribuições, procede à definição dos termos em que estes acordos devem ser realizados e estabelece os preços a praticar, que devem adaptar-se às exigências e especificidades impostas pelos diferentes serviços de saúde abrangidos e garantir o indispensável equilíbrio entre incentivos à eficiência e garantia de qualidade dos cuidados prestados aos cidadãos.

Revela-se por isso oportuno sistematizar as formas de articulação entre as IPSS e os serviços e estabelecimentos do SNS, tendo como objetivo melhorar o acesso dos beneficiários do SNS, contribuindo assim para a efetivação do direito à saúde, consagrado na Constituição. Pretende-se aproximar os serviços de saúde do utente, sem nunca colocar em causa a especialização e a qualidade reconhecida do SNS, e o potencial humano das IPSS.

Complementarmente, importa ainda regular a forma de devolução dos hospitais pertencentes às Misericórdias, que são atualmente geridos por estabelecimentos ou serviços do SNS, reconhecendo que as Misericórdias por si só, ou pela via da sua União, 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.

Nos termos das alíneas a) e b) do artigo 14.º do [Decreto-Lei n.º 128/2013, de 9 de outubro](#), o estudo que deve preceder a celebração de qualquer acordo tem que demonstrar que se verifica uma diminuição dos respetivos encargos globais do SNS em, pelo menos, 25 % relativamente à alternativa de prestação de serviços pelo setor público, sendo o prazo de duração do acordo de 10 anos renovável.

Sobre o pessoal afeto às prestações de saúde, o n.º 1 do artigo 9.º do citado diploma estabelece que os prestadores afetos à realização das prestações de saúde devem ter as qualificações e títulos profissionais exigidos para as atividades que realizam. Prevê o n.º 2 do artigo 9.º que os trabalhadores com relação jurídica de emprego público afetos aos estabelecimentos de saúde que sejam sujeitos a acordos de gestão com as IPSS são remunerados por estas e exercem funções ao abrigo de acordo de cedência de interesse público prevista no artigo 58.º da Lei n.º 12-A/2008, de 27 de fevereiro, com manutenção do seu estatuto de origem, incluindo a opção pela manutenção do regime de proteção social de origem. Aos trabalhadores com contrato de trabalho são aplicáveis as disposições correspondentes à transmissão de estabelecimento previstas no Código do Trabalho (n.º 4 do artigo 9.º).

A realização de prestações de saúde traduzidas em acordos podem revestir as modalidades de acordo de gestão; acordo de cooperação, ou de convenção (n.º 1 do artigo 2.º). O acordo de gestão tem por objeto a gestão de um estabelecimento do SNS; o acordo de cooperação visa a integração de um estabelecimento de saúde pertencente às IPSS no SNS, o qual passa a assegurar as prestações de saúde nos termos dos demais estabelecimentos do SNS; e a convenção visa a realização de prestações de saúde pelas IPSS aos utentes do SNS através de meios próprios e integração na rede nacional de prestação de cuidados, de acordo e nos termos do regime jurídico das convenções.

O n.º 3 do artigo 13.º determina que o processo de devolução é monitorizado por uma comissão de acompanhamento constituída por um representante designado pelo membro do Governo responsável pela área da saúde, por representantes das ARS onde existam unidades a devolver e por número igual de representantes da União das Misericórdias ao das ARS representadas.

Através do [Despacho n.º 13001-A/2014](#), de 24 de outubro, do Secretário de Estado da Saúde, foi constituída a referida Comissão de Acompanhamento que também integra em igual número elementos do Ministério da Saúde e da União das Misericórdias Portuguesa. Pelo [Despacho n.º 1285/2015](#), publicado em 6 de fevereiro, do Ministro da Saúde, a esta Comissão, compete ainda exercer as atividades da Comissão Paritária prevista no [Protocolo de Cooperação](#) assinado entre o Ministério da Saúde e a União das Misericórdias em 27 de março de 2010.

No dia 14 de novembro de 2014, e no âmbito de uma primeira fase, foram celebrados entre as Administrações Regionais de Saúde do Centro, do Norte e do Alentejo e as Santas Casas das Misericórdias de Anadia, Fafe e Serpa, os acordos de cooperação relativos à devolução dos Hospitais, respetivamente, José Luciano de Castro, de Anadia, São José, de Fafe e São Paulo, de Serpa, com efeitos a 1 de janeiro de 2015.

Numa segunda fase, e de acordo com o [Compromisso de Cooperação para o Setor Social e Solidário – Protocolo para o biénio 2015-2015](#), celebrado entre os Ministérios da Saúde (MS), da Educação e Ciência (MEC) e da Solidariedade, Emprego e Segurança Social (MSESS) e a União das Misericórdias Portuguesas (UMP), a Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade (CNIS) e a União das Mutualidades Portuguesas (UM) seriam abrangidos os Hospitais de Santo Tirso, São João da Madeira, e Fundão.

Este Compromisso prevê, por último, que numa terceira fase, irão estar envolvidas as *unidades hospitalares de dimensão semelhante às da segunda fase, predominantemente na Região Centro*.

Sobre esta matéria, e na XII legislatura o Grupo Parlamentar do Partido Comunista Português apresentou o [Projeto de Resolução n.º 1169/XII](#) - *Reversão dos Acordos Estabelecidos entre o Governo e a União das Misericórdias Portuguesas para a Transferência dos Hospitais de Anadia, Fafe e Serpa para as Misericórdias*.

Tinha por objetivo recomendar ao Governo que:

- 1. Revogue os acordos estabelecidos ao abrigo do Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro, nomeadamente, os já celebrados com a União das Misericórdias Portuguesas relativos aos Hospitais de Anadia, Fafe e Serpa.*
- 2. Proceda, no prazo máximo de 30 dias, à identificação das condições necessárias à manutenção dos serviços e valências dos hospitais de Anadia, de Fafe e de Serpa no SNS.*
- 3. Mantenha sob gestão pública e integrados no SNS os hospitais, cujo edificado é da propriedade das Misericórdias.*

4. Que os hospitais mantenham todas as valências que atualmente asseguram e eventualmente possam vir a ser reforçadas face às necessidades da prestação de cuidados de saúde às populações.

Esta iniciativa foi rejeitada com os votos do Partido Social Democrata e CDS – Partido Popular, e a abstenção do Partido Socialista.

Já especificamente sobre o Hospital de São Paulo, em Serpa, e ainda na mesma legislatura, foram apresentadas as seguintes iniciativas:

- ✓ [Projeto de Resolução n.º 242/XII](#) – *Revogação do encerramento de serviços no hospital de S. Paulo em Serpa - distrito de Beja*, do Partido Os Verdes;

Iniciativa rejeitada com os votos do Partido Social Democrata e do CDS – Partido Popular.

- ✓ [Projeto de Resolução n.º 436/XII](#) - *Recomenda a manutenção e reforço do hospital de S. Paulo em Serpa, assim como uma especial atenção a outras carências da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo*, do Partido Comunista Português;

Iniciativa rejeitada com os votos do Partido Social Democrata e CDS – Partido Popular, e a abstenção do Partido Socialista.

- ✓ [Projeto de Resolução n.º 439/XII](#) - *Recomenda ao Governo a instalação de um serviço de urgência básica em Serpa e a manutenção em funcionamento do Hospital de São Paulo e das extensões do centro de saúde de Serpa*, do Bloco de Esquerda;

Iniciativa rejeitada com os votos do Partido Social Democrata e do CDS – Partido Popular.

De mencionar que estes projetos de resolução foram discutidos, em conjunto, com a [Petição n.º 71/XII](#) - *Solicitam a manutenção e reposição dos serviços do Hospital de S. Paulo, em Serpa*.

Relativamente ao Hospital Distrital de São João da Madeira foi aprovada, por unanimidade, a [Resolução da Assembleia da República n.º 51/2015, de 14 de maio](#), que visou recomendar ao Governo que assegure a contratação efetiva de todos os profissionais que respondem às necessidades permanentes de funcionamento do Hospital Distrital de São João da Madeira. Esta Resolução teve origem no [Projeto de Resolução n.º 1387/XII](#) - *Manutenção da gestão pública do Hospital Distrital de São João da Madeira no âmbito SNS e contratação efetiva de todos os profissionais que respondem às necessidades permanentes do seu funcionamento*, do Partido Comunista Português.

Foi também apresentado o [Projeto de Resolução n.º 1383/XII](#) - *Recomenda ao Governo a manutenção da gestão pública do Hospital de S. João da Madeira*, do Bloco de Esquerda; que foi rejeitado com os votos contra do Partido Social Democrata e do CDS – Partido Popular.

Os cinco projetos de lei agora apresentados pelo Grupo Parlamentar do Partido Comunista Português visam a reversão para o Ministério da Saúde dos Hospitais José Luciano de Castro,

Anadia, São José, Fafe, e São Paulo, Serpa (todos na titularidade das respetivas Misericórdias desde 1 de janeiro de 2015); do Hospital Distrital de São João da Madeira (na titularidade da respetiva Misericórdia desde 1 de janeiro de 2016); e do Hospital de Conde de São Bento, Santo Tirso (cuja transferência se deveria ter verificado em 1 de janeiro de 2016, mas que foi suspensa em finais de dezembro de 2015):

Hospital Distrital de São João da Madeira

O [Projeto de Lei n.º 78/XIII](#) vem propor que o Hospital Distrital de São João da Madeira se mantenha sob gestão pública e integrado no Serviço Nacional de Saúde.

O [Hospital de São João da Madeira](#) foi inaugurado em junho de 1966, tendo sido construído por iniciativa da Santa Casa da Misericórdia local, passando em 1975 a ficar integrado na rede dos hospitais do Serviço Nacional de Saúde, na sequência da publicação do [Decreto-Lei n.º 704/74, de 7 de dezembro](#).

Em 1977, em conjunto com o Hospital de Oliveira de Azeméis, passou a integrar o Centro Hospitalar de São João da Madeira/Oliveira de Azeméis, criado pelo [Decreto n.º 94/77, de 15 de março](#). Posteriormente, com a construção de um novo hospital prevista para Santa Maria da Feira, estas instituições passaram a fazer parte do Centro Hospitalar de Aveiro Norte, com a publicação do [Decreto Regulamentar n.º 3/79, de 24 de fevereiro](#).

Com o [Decreto Regulamentar n.º 14/89, de 26 de maio](#), teve lugar a extinção do Centro Hospitalar, pelo que o Hospital de São João da Madeira passou a ter de novo autonomia administrativa e financeira, mantendo uma estrutura assistencial centrada nos *serviços cirúrgicos de Cirurgia Geral, Ortopedia, ORL, Oftalmologia e Urologia, com uma área de influência direta para os concelhos de São João da Madeira, Oliveira de Azeméis e Vale de Cambra, ficando o internamento das especialidades médicas e materno-infantis no Hospital de Oliveira de Azeméis*⁴.

Posteriormente, o Hospital passou a pertencer ao [Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, E.P.E.](#), servindo os concelhos de São João da Madeira, Oliveira de Azeméis e Vale de Cambra⁵. Este Centro Hospitalar, com sede em Santa Maria da Feira, foi criado na sequência da publicação do [Decreto-Lei n.º 27/2009, de 27 de janeiro](#), agrupando o Hospital de São Sebastião, E.P.E. (Santa Maria da Feira), o Hospital Distrital de São João da Madeira e o Hospital São Miguel (Oliveira de Azeméis), com efeitos a partir de 1 de fevereiro de 2009.

Em 12 de novembro de 2015, foi assinado o [Acordo de Cooperação](#) entre o Hospital Distrital de São João da Madeira e a Santa Casa da Misericórdia de São João da Madeira. Nos termos deste acordo o mencionado Hospital foi devolvido à Santa Casa da Misericórdia, pelo prazo de dez anos, tendo ocorrido a transmissão da respetiva gestão no dia 1 de janeiro de 2016.

⁴ Informação constante da página do Ministério da Saúde.

⁵ Informação constante da página do Ministério da Saúde.

Hospital José Luciano de Castro - Anadia

O [Projeto de Lei n.º 81/XIII](#) vem propor que o [Hospital José Luciano de Castro](#) regresse à gestão pública e ao Ministério da Saúde, integrando o Serviço Nacional de Saúde.

Em 5 de outubro de 1928, este Hospital foi objeto de doação e respetiva aceitação pela Mesa Administrativa da Irmandade da Misericórdia de Anadia, cuja escritura teve lugar em 30 de outubro do mesmo ano. Inaugurado em 18 de março de 1928, foi gerido pela Santa Casa da Misericórdia de Anadia até à aplicação do [Decreto-Lei n.º 704/74, de 7 de dezembro](#), e do [Decreto-Lei n.º 618/75, de 11 de novembro](#), diplomas que determinaram a passagem dos hospitais centrais e distritais pertencentes a pessoas coletivas de utilidade pública administrativa para a administração do Estado.

Em 1981, e pela [Portaria n.º 525/81 de 27 de junho](#), o Hospital passou para o âmbito da competência da Direção Geral dos Hospitais, integrando a Rede Hospitalar do Serviço Nacional de Saúde. Nos últimos anos, nomeadamente em 1991, 1994, 1996 e 2002, e com o objetivo de garantir melhores condições e serviços, o Hospital José Luciano de Castro foi objeto de diversas obras. *As sucessivas obras vieram melhorar as instalações no sentido de garantir uma maior comodidade e privacidade do doente, bem como melhorar as condições de trabalho para os profissionais que aqui desenvolvem as suas atividades. As beneficiações das estruturas arquitetónicas foram acompanhadas pelo melhoramento do nível técnico dos equipamentos, das competências técnicas dos trabalhadores*⁶.

Nos termos e ao abrigo do [Decreto-Lei n.º 138/2013 de 9 de outubro](#), foi assinado no dia 14 de novembro de 2014, o [Acordo de Cooperação](#) entre a Administração Regional de Saúde do Centro, IP (ARS Centro, IP) e a Santa Casa da Misericórdia de Anadia (SCMA) em parceria com a União das Misericórdias Portuguesas, através do qual foi devolvido o Hospital José Luciano de Castro (HJLC) à SCMA e se regulou essa devolução.

A transmissão da gestão do Hospital ocorreu em 1 de janeiro de 2015, tendo o acordo celebrado a duração de dez anos, renovável automaticamente, salvo se, com a antecedência mínima de 180 dias em relação ao termo de vigência, alguma das partes o denunciar.

Na sequência da cessão de exploração do estabelecimento hospitalar em causa à Santa Casa da Misericórdia de Anadia, foi publicado o [Decreto-Lei n.º 50/2015, de 10 de abril](#), que procedeu à extinção da pessoa coletiva pública de direito público denominada Hospital de José Luciano de Castro e à sua integração por fusão na Administração Regional de Saúde do Centro, I. P.

Hospital de S. José de Fafe

O [Projeto de Lei n.º 82/XIII](#) vem propor que o [Hospital S. José de Fafe](#) regresse à gestão pública e ao Ministério da Saúde, integrando o Serviço Nacional de Saúde.

⁶ Informação constante da página do Ministério da Saúde.

O edifício do Hospital de Fafe deve a sua construção ao financiamento de emigrantes no Brasil que decidiram, em 8 de abril de 1858, promover a construção de um Hospital de Caridade. Réplica de um outro existente no Rio de Janeiro, a primeira fase de construção foi inaugurada em 19 de março de 1863. Com a finalidade de o administrar, e conforme o que estava determinado pela comissão de donatários e fundadores, foi fundada em 23 de março de 1862, a Irmandade de São José ou da Misericórdia.

Pela [Portaria n.º 66/81, de 16 de janeiro](#), que procedeu à reestruturação da rede hospitalar, o então denominado Hospital Concelhio de Fafe passou para o âmbito da Direcção-Geral dos Hospitais.

Já em 2007 e com a publicação do [Decreto-Lei n.º 50-A/2007, de 28 de fevereiro](#), foi criado, com a natureza de entidade pública empresarial, o Centro Hospitalar do Alto Ave, E. P. E., por fusão do Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães, E. P. E., com o Hospital de São José - Fafe.

Em 14 de novembro de 2014, foi celebrado entre a Administração Regional de Saúde do Norte IP e a Santa Casa da Misericórdia de Fafe, um [Acordo de Cooperação](#) que regula a devolução do Hospital de São José de Fafe à Misericórdia, e que define os termos em que a prestação dos cuidados de saúde é contratada e assegurada por esta última.

A transmissão da gestão do hospital veio a ocorrer no dia 1 de janeiro de 2015, tendo o acordo a duração de dez anos, e sendo automaticamente renovável, salvo se, com a antecedência mínima de 180 dias em relação ao termo de vigência, alguma das partes o denunciar.

Hospital de São Paulo - Serpa

O [Projeto de Lei n.º 84/XIII](#) vem propor que o Hospital de São Paulo, em Serpa, regresse à gestão pública e ao Ministério da Saúde, integrando o Serviço Nacional de Saúde.

O edifício principal, onde se encontra instalado o hospital foi, em tempos, o Convento de São Paulo, ocupado pela Ordem Religiosa dos Paulistas. Este imóvel foi adaptado à atividade hospitalar em 1840 pela Santa Casa da Misericórdia de Serpa.

Posteriormente, em 1975, o Hospital obteve a classificação de Hospital Concelhio, tendo sido nomeada uma Comissão Instaladora para o gerir. Já em 1981, e no âmbito da reestruturação hospitalar então efetuada, o hospital passou para a competência da Direcção Geral dos Hospitais, pela [Portaria n.º 65/81 de 16 de janeiro](#).

Em 1983, o Hospital Concelhio constituiu-se como Hospital Distrital, por Despacho do Ministério dos Assuntos Sociais, datado de 17 de fevereiro.

Ao abrigo do [Decreto-Lei n.º 207/2004 de 19 de agosto](#), foi criado o Centro Hospitalar do Baixo Alentejo, SA (CHBA, SA), com a natureza de sociedade anónima de capitais exclusivamente públicos, constituído pelo Hospital José Joaquim Fernandes, em Beja e pelo Hospital de S. Paulo, em Serpa. Com o [Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro](#), que aprovou os Estatutos das

entidades públicas empresariais, o Centro Hospitalar do Baixo Alentejo, E.P.E. sucedeu, nos direitos e obrigações ao Centro Hospitalar do Baixo Alentejo, SA. Até 31 de dezembro de 2014, os dois Hospitais integraram a Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE, juntamente com todos os centros de saúde do distrito de Beja, à exceção do Centro de Saúde de Odemira.

A Administração Regional de Saúde do Alentejo, I.P., a Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E.P.E. e a Santa Casa da Misericórdia de Serpa, celebraram a 14 de novembro, um [Acordo de Cooperação](#) visando a devolução do Hospital de São Paulo em Serpa, à referida instituição particular do setor social.

No dia 1 de janeiro de 2015, o Hospital de São Paulo foi devolvido à Santa Casa da Misericórdia de Serpa, tendo o acordo a duração de dez anos, e sendo automaticamente renovável, salvo se, com a antecedência mínima de 180 dias em relação ao termo de vigência, alguma das partes o denunciar.

Hospital de Conde de São Bento – Santo Tirso

O [Projeto de Lei n.º 85/XIII](#) vem propor que o Hospital de Conde de São Bento, em Santo Tirso, regresse à gestão pública e ao Ministério da Saúde, integrando o Serviço Nacional de Saúde. No entanto, e já após a entrada da presente iniciativa na Mesa da Assembleia da República, e segundo informação disponibilizada na página da [Câmara Municipal de Santo Tirso](#) o *acordo assinado pelo anterior Ministério da Saúde e a Santa Casa da Misericórdia, relativo à passagem do Hospital de Santo Tirso, foi enviado para o Tribunal de Contas. Desta forma, o processo de transição, previsto para 1 de janeiro, está suspenso.*

De mencionar, apenas, que o atual hospital foi inaugurado em 1919, formando com o Hospital S. João de Deus, de Vila Nova de Famalicão, o [Centro Hospitalar do Médio Ave](#), E.P.E., criado pelo [Decreto-Lei n.º 50-A/2007, de 28 de fevereiro](#).

A terminar cumpre mencionar que o Grupo Parlamentar do Partido Comunista Português também apresentou o [Projeto de Lei n.º 80/XIII](#) que tem por objetivo revogar o *Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro, que "define 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, bem como estabelece o regime de devolução às Misericórdias dos hospitais objeto das medidas previstas nos Decretos-Leis n.ºs 704/74, de 7 de dezembro, e 618/75, de 11 de novembro, atualmente geridos por estabelecimentos ou serviços do SNS.*

- **Enquadramento doutrinário/bibliográfico**

Bibliografia específica

D'ALTE, Sofia Tomé - Conceito de *corporate governance* e sua possível aplicação no modelo dos hospitais E.P.E. In **O governo da administração pública**. Coimbra: Almedina, 2013. ISBN 978-972-40-5091-1. p. 117-143. Cota: 04.36 – 193/2013.

Resumo: A autora analisa a aplicação da «*governance*» no âmbito de estruturas muito específicas e particulares, cuja integração tem vindo a oscilar entre o sector público administrativo e o sector público empresarial: os hospitais EPE. Estes estabelecimentos hospitalares integram-se claramente no sector empresarial do Estado e são assim entidades de natureza empresarial, submetidos a regras de boa governação tendentes a otimizar a performance da organização, tendo em vista a melhor prestação de serviços fornecidos à comunidade.

Numa primeira parte, a autora reflete sobre quais são, em concreto, os postulados de «*corporate governance*» que poderão ser aplicados com sucesso em organizações tão complexas e sensíveis como são as entidades hospitalares. E, num segundo momento, restringe o foco da análise, pretendendo testar a aplicação dos princípios e boas práticas de «*corporate governance*» no sentido de verificar se esta se afigura viável e apta a contribuir para a obtenção de ganhos de eficiência assinaláveis.

GOVERNAÇÃO dos hospitais. Ed. Luís Campos, Margarida Borges, Rui Portugal. 1ª ed. Alfragide: Casa das Letras, 2009. 382 p. ISBN 978-972-46-1930-9. Cota: 28.41 - 662/2010.

Resumo: Este livro resultou da iniciativa, do conselho de administração da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, de formar um grupo de trabalho que produzisse um conjunto de recomendações sobre o futuro da governação dos hospitais, com o objetivo de se constituírem como uma referência obrigatória para as mudanças a operar no futuro dos cuidados hospitalares em Portugal. As recomendações encontram-se organizadas por áreas, incluindo uma síntese sobre o estado da arte em relação a cada uma delas, com referência às experiências nacionais e internacionais.

Os autores não se restringem ao conceito da governação clínica e à responsabilidade única dos médicos na qualidade dos cuidados prestados, mas enfatizam também a importância dos gestores e dos políticos, abordando outros temas, tais como: financiamento, design, recursos humanos, sistemas de informação, organização intra-hospitalar, serviços não clínicos, ética e direito, articulação com outros níveis de cuidados, investigação, ligação à universidade e o «*empowerment*» dos doentes.

PORTUGAL. Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar - **Os cidadãos no centro do sistema. Os profissionais no centro da mudança** [Em linha]: **relatório final do Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar**. [Lisboa]: Ministério da Saúde, [2011]. [Consult. 7 de Janeiro de 2014]. Disponível em WWW: <URL:http://arnet/sites/DSDIC/BIB/BIBArquivo/m/2014/Relatorio_reforma_hospitalar.pdf>.

Resumo: O presente relatório foi desenvolvido em cumprimento do despacho do Ministro da Saúde n.º 10601/2011, de 16 de Agosto, que criou o Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar, com a missão de propor um conjunto de medidas, tendo em vista a reorganização da rede hospitalar, através de uma visão integrada do sistema de saúde, de acordo com o compromisso assumido pelo governo português no Memorando de Entendimento celebrado com a União Europeia, o Banco Central Europeu e o Fundo Monetário Internacional.

As recomendações apresentadas no relatório têm como objetivo: *«a melhoria da qualidade, a melhoria do nível de eficiência e o aumento da produtividade dos diferentes recursos empregues na produção de cuidados de saúde nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde»*, tendo como corolário atingir uma redução da despesa pública hospitalar total.

Para esse efeito, o relatório apresenta *«três estratégias genéricas, suportadas em 8 iniciativas estratégicas, que compõem o programa de ajustamento necessário para alcançar os objetivos de curto prazo impostos pelos compromissos assumidos por Portugal com a ajuda financeira internacional mas, ao mesmo tempo, cuidar da mudança estrutural que garanta a sustentabilidade futura do modelo de Serviço Nacional de Saúde existente, em que o setor hospitalar é responsável por mais de metade da despesa»*.

REGO, Guilhermina - **Gestão empresarial dos serviços públicos: uma aplicação ao sector da saúde**. Porto: Vida Económica, 2008. 893 p. ISBN 978-972-788-265-6. Cota: 28.41 – 527/2008.

Resumo: A autora aborda a problemática da gestão empresarial no sector da saúde, num contexto de insustentabilidade geral das finanças públicas, tendo em consideração a evolução verificada na generalidade dos países desenvolvidos. Foca a problemática da gestão empresarial dos serviços públicos de saúde, nomeadamente a criação de Hospitais Sociedade Anónima, mais tarde transformados em Entidades Públicas Empresariais, tratando-se, na sua perspetiva, da 1ª geração da nova gestão pública da saúde. A análise efetuada tem em vista avaliar a eficiência e o desempenho na gestão pública, versus gestão privada, através da apresentação de resultados empíricos.

VEIGA, Mariana - Parcerias público-privadas nas políticas de saúde: novos rumos no âmbito do Estado-providência?. **Revista portuguesa de ciência política**. Lisboa. ISSN 1647-4090. N.º 0 (2010), p. 125-127. Cota: RP-11.

Resumo: Neste artigo, a autora procura perceber se a introdução de parcerias público-privadas constituiu uma mudança de paradigma na política de saúde em Portugal, nomeadamente na gestão hospitalar, através da caracterização do Estado-Providência português, da análise das políticas públicas no sector da saúde e da introdução das parcerias público-privadas na gestão hospitalar, designadamente no caso particular do Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, o primeiro hospital público com gestão privada em Portugal.

- **Enquadramento internacional**

Países europeus

A legislação comparada é apresentada para o seguinte país da União Europeia: Espanha.

ESPANHA

A [Constituição Espanhola](#), de 1978, no seu [artigo 43.º](#), estabelece que a proteção da saúde é um direito fundamental do cidadão.

O [Real Decreto Ley 36/1978, de 16 de novembro](#), sobre a gestão institucional da Segurança Social, saúde e emprego, determina que as funções do Estado em termos de saúde, Segurança Social e sistema de previdência social serão exercidas através do Ministério da Saúde e da Segurança Social.

A [Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad](#), define os princípios e as diretrizes que permitem o exercício desse direito, que são:

- ✓ Financiamento público, universalidade e gratuidade;
- ✓ Direitos e deveres definidos pelos cidadãos e pelos poderes públicos;
- ✓ Descentralização política para as Comunidades Autônomas;
- ✓ Assistência Integral;
- ✓ Integração entre as diferentes estruturas e serviços públicos do sistema de saúde no Sistema Nacional de Saúde.

O Sistema Nacional de Saúde em Espanha é constituído pelo conjunto de serviços de saúde do Governo central e pelos serviços de saúde das Comunidades Autônomas (SSCA). A Espanha tem 17 comunidades autónomas e 2 cidades autónomas, tendo ocorrido paulatinamente a transferência da gestão da saúde para as mesmas, após a Constituição de 1978. Essa descentralização começou em 1981, com a Catalunha, seguido da Andaluzia em 1984, e assim sucessivamente, até às últimas, Castilha e Leão, Estremadura, La Rioja, Madrid e Múrcia, em 2001.

A [Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad](#), no seu [artigo 56.º](#) prevê que as comunidades autónomas se constituam nos seus limites de território em áreas de saúde, devendo para o efeito ter em conta os princípios básicos que são estabelecidos para organizar um sistema de saúde abrangente e coordenado. Define áreas de saúde como as estruturas fundamentais do sistema de cuidados de saúde, com a responsabilidade da gestão unitária dos centros e estabelecimentos de serviço de saúde da comunidade autónoma na sua demarcação territorial, com os benefícios e programas de saúde a serem desenvolvidas por elas. Estabelece que as áreas de saúde devem ser delimitadas tendo em conta fatores geográficos, socioeconómicos, demográficos, laborais,

epidemiológicos, culturais, climáticos e de dotação de meios de comunicação, bem como de instalações de saúde na área.

O [Real Decreto 137/1984, de 11 de enero](#), sobre as estruturas básicas de saúde, no seu [artigo 1.º](#), estabelece a área de saúde como a demarcação populacional e geográfica fundamental - delimitada a uma determinada população, sendo acessível desde todos os pontos - capaz de proporcionar cuidados de saúde continuados, integrais e permanentes com o fim de coordenar as funções sanitárias.

O [artigo 62.º](#) assinala que para atingir a máxima operacionalidade e eficácia no funcionamento dos serviços no nível primário, as áreas de saúde serão divididas em zonas de saúde básica.

Tendo como pano de fundo a repartição de competências entre o Estado e as Comunidades Autónomas na gestão dos serviços de saúde públicos, importa assinalar o [Real Decreto n.º 521/1987, de 15 de abril](#), que aprovou o Regulamento sobre a Estrutura, Organização e Funcionamento dos Hospitais geridos pelo Instituto Nacional de Saúde. O [artigo 2.º](#) determina que, em conformidade com o [artigo 65.º](#) da *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad*, os hospitais geridos pelo Instituto Nacional de Saúde serão atribuídos a uma área de saúde. O artigo 4.º abre já a possibilidade de cada hospital encontrar diferentes fórmulas administrativas, com o objetivo de implementar maior autonomia na gestão e na utilização dos seus recursos.

Tomando como exemplo a Comunidade de Madrid, o [Decreto 72/1989, de 22 de junio](#), aprovou o Regulamento da organização básica e do funcionamento dos centros hospitalares dependentes do serviço regional de saúde da Comunidade de Madrid.

No âmbito da gestão e organização autonómica, foi ainda aprovado o [Decreto 22/2008, de 3 de abril](#), pelo qual se estabelece a estrutura orgânica da *Consejería de Sanidad* da Comunidade madrilena. A disposição adicional primeira define a respetiva administração institucional, apresentando o nome das empresas públicas que gerem as diferentes unidades hospitalares da região.

A fim de explicitar as formas organizacionais relativas aos serviços de saúde do Estado, o [Real Decreto-Lei 10/1996, de 17 de junio](#), veio introduzir novas formas de gestão, estabelecendo que a sua administração pode ser realizada, não só diretamente, mas também indiretamente, através de quaisquer entidades com suporte na lei, bem como através da criação de consórcios, fundações ou outras associações com entidades com personalidade jurídica, podendo estabelecer, além disso, acordos ou convénios com entidades públicas ou privadas e fórmulas de gestão integrada e partilhada.

Com a publicação da [Ley 15/1997 de 25 de abril](#), sobre a habilitação de novas formas de gestão do Serviço Nacional de Saúde, procede-se à redação do artigo único do mencionado *Real Decreto-Lei 10/1996, de 17 de junio*, reforçando-se o espírito subjacente a esse diploma, designadamente no sentido de o constituir como um importante instrumento de flexibilização e autonomia na gestão dos

serviços de saúde, «*com vista a melhorar a eficácia do serviço nacional de saúde, cujo modernização e consolidação é um objetivo prioritário*».

Essa reorganização administrativa teve reflexo, na Comunidade de Madrid, na aprovação da [Ley 8/2012, de 28 de diciembre](#), de *Medidas Fiscales y Administrativas*. Deste modo, permite-se que o serviço público da prestação de cuidados de saúde, tanto no que se refere aos cuidados primários como à assistência especializada em determinados hospitais, possa ser realizado de maneira indireta por qualquer uma das formas previstas no texto da *Ley de Contratos del Sector Público*, aprovado pelo [Real Decreto Legislativo 3/2011, de 14 de noviembre](#).

Os [artigos 62.º e 63.º](#)⁷ abrem a possibilidade de adjudicação de contratos a entidades públicas e privadas para a gestão do serviço público de prestação de cuidados de saúde nos hospitais *Infanta Cristina, Infanta Sofía, Infanta Leonor, Sureste, Henares y Tajo*, ao mesmo tempo que procuram garantir a manutenção dos adequados níveis de qualidade e assistência e os direitos dos utentes.

Para isso, foi ainda instituída a Unidade Técnica de Controlo dos Serviços de Exploração das Obras Públicas dos Hospitais da Comunidade de Madrid, criada pela *Orden 2073/2007, del Consejero de Sanidad, de 12 de septiembre*, com a responsabilidade de realizar as funções de vigilância, acompanhamento e controlo da execução desses novos contratos.

O plano do Presidente da Comunidade de Madrid, despoletado pela aprovação da *Ley 8/2012, de 28 de diciembre*, foi objeto de forte contestação de diferentes sectores da sociedade espanhola e passa a estar suspenso a partir de Setembro de 2013, altura em que o Tribunal Superior de Justiça de Madrid decide favoravelmente em relação à aplicação de uma medida cautelar solicitada pela *Asociación de Facultativos de Madrid* ([Decisão de 11 de setembro de 2013](#)), que decide pela suspensão da [Resolución de 30 de abril de 2013](#) da *Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid*, através da qual se tornava pública a abertura do concurso para a *gestión por concesión del servicio público de la atención sanitaria especializada* dos hospitais universitários *Infanta Sofía, Infanta Leonor, Infanta Cristina, del Henares del Sureste y del Tajo*, até que estivessem concluídos os diferentes processos judiciais em curso, designadamente, o [Recurso de Inconstitucionalidade n.º 1884-2013](#), para o Tribunal Constitucional, entregue pelo Partido Socialista espanhol (PSOE), a 27 de março de 2013, pedindo a declaração de inconstitucionalidade dos artigos 62.º e 63.º da *Ley 8/2012, de 28 de diciembre*, uma vez que se considerava que a existência de uma gestão indireta por parte de empresas privadas feria o regime de assistência pública sobre esta matéria, previsto na Constituição.

No entanto, através do [Acórdão n.º 84/2015, de 30 de abril](#), o Tribunal Constitucional (TC) espanhol decide pela constitucionalidade da aplicação do referido diploma, concluindo que o texto legal apenas abria a porta à possibilidade de que entidades privadas passassem a gerir os hospitais públicos, mas que isso não constituía um «imperativo», recordando que a legislação estatal já

⁷ O artigo 63.º, introduz uma alteração parcial à [Ley 12/2001, de 21 de diciembre](#), de *Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid* – que no [artigo 25.º](#) já previa a atuação das organizações privadas de saúde assegurando-lhes a articulação e colaboração com as atividades de saúde pública –, reformulando o [artigo 88.º](#).

permitia - desde a aprovação da *Ley 15/1997 de 25 de abril* – outras formas de gestão dos estabelecimentos públicos do sistema nacional de saúde.

Para o TC, a Constituição não exige que a manutenção do regime público tenha de obedecer necessariamente a um sistema de gestão pública direta, pelo que é perfeitamente constitucional que a gestão dos hospitais públicos possa ser atribuída a empresas privadas, não se podendo sustentar que esse facto põe em risco o carácter público das prestações de saúde aos cidadãos.

Por outro lado, conclui pela nulidade e inconstitucionalidade do n.º 2 do [artigo 88.º](#) da *Ley 12/2001, de 21 de diciembre*, na redação dada pelo [artigo 63.º](#) da *Ley 8/2012, de 28 de diciembre*, ou seja, da intenção do Governo madrilenho de entregar a gestão de 10% dos centros de saúde da região a empresas constituídas no total ou em parte, por profissionais do Serviço Público de Saúde de Madrid, sustentando que o artigo contradiz a *Ley de Contratos del Sector Público*, aprovado pelo *Real Decreto Legislativo 3/2011, de 14 de noviembre*.

Em janeiro de 2014, o Presidente da Comunidade de Madrid, renuncia ao processo de «externalização» iniciado com a *Ley 8/2012, de 28 de diciembre*.

Com a aprovação da [Ley 9/2015, de 28 de diciembre](#), de *Medidas Fiscales y Administrativas*, da Comunidade de Madrid, os artigos 62 e 63º da *Ley 8/2012, de 28 de diciembre*, foram revogados, pela letra l) do n.º 2 da sua [Disposición derogatoria única](#).

IV. Iniciativas legislativas e petições pendentes sobre a mesma matéria

- **Iniciativas legislativas**

Da pesquisa à base de dados da Atividade Parlamentar (AP), verificou-se que se encontram pendentes, sobre matéria conexa com estes projetos de lei, as seguintes iniciativas legislativas:

- ✓ [Projeto de Lei n.º 79/XIII/1 \(PCP\)](#) – Manutenção do Hospital do Fundão sob gestão pública;
- ✓ [Projeto de Lei n.º 80/XIII/1 \(PCP\)](#) - Revoga o Decreto – Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro que «Define 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, bem como estabelece o regime de devolução às misericórdias dos hospitais objeto das medidas previstas no Decreto – lei n.º 704/74, de 7 de dezembro, e 618/75, de 11 de dezembro, atualmente geridos por estabelecimentos ou serviços do SNS».

- **Petições**

Não se encontram pendentes quaisquer petições sobre esta matéria.

V. Consultas e contributos

A definição das formas de articulação do Ministério da Saúde e dos estabelecimentos e serviços do Serviço Nacional de Saúde, com as instituições particulares de solidariedade social, decorre das políticas de saúde definidas pelos programas de Governo, sendo que o que está em causa, nas iniciativas em análise, é a reversão, para a tutela do Ministério da Saúde, de um conjunto de hospitais cuja gestão foi entregue às Misericórdias, ao abrigo do Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro, cuja revogação é proposta pelo Projeto de Lei n.º 80/XIII/1.^a do PCP, também em apreciação na Comissão.

A Comissão de Saúde poderá, se entender que é relevante, proceder à audição, ou pedir parecer escrito, à Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH).

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

Em face da informação disponível, não é possível determinar ou quantificar encargos resultantes da aprovação da presente iniciativa.