

Projeto de Lei n.º 79/XIII/1.ª PCP

Manutenção do Hospital do Fundão sob gestão pública

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), Isabel Pereira (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

O PCP apresentou o Projeto de Lei n.º 79/XIII/1.^a, que vem determinar que o Hospital do Fundão se mantenha sob gestão pública, exercida diretamente pelo Ministério da Saúde, ficando sem efeito o processo negocial em curso, que visa a sua transferência para uma entidade privada.

Estabelece ainda que esta manutenção da gestão pública *«não prejudica a entrada em funcionamento de novas valências»*, que foram ou venham a ser objeto de análise, estudo e decisão quanto à sua inclusão nos serviços prestados por este hospital, devendo esta lei entrar em vigor no dia seguinte ao da sua publicação.

Diz o PCP que a reorganização hospitalar levada a cabo pelo anterior Governo, que inclui a transferência de hospitais públicos para as Misericórdias mediante a celebração de protocolos de cooperação, ao abrigo do Decreto-lei n.º 138/2013, de 9 de outubro, visava a redução da capacidade do Serviço Nacional de Saúde e do investimento público, não existindo estudos técnicos que demonstrem quais são as vantagens que se obtêm desta transferência de gestão, do ponto de vista clínico.

O Hospital do Fundão foi, entre outros, um dos identificados para ser transferido, sendo que está na rede pública desde 1974, foi classificado em 1983 como Hospital distrital, e, segundo o PCP, tem vindo a ser, nos últimos anos, *«progressivamente esvaziado, designadamente com o encerramento do serviço de urgências e a concentração das cirurgias no Hospital Pêro da Covilhã»*.

Considerando que *«é preciso reforçar a capacidade do SNS, dotando-o dos meios humanos, técnicos e financeiros adequados para responder às necessidades da população»*, o PCP propõe, com esta iniciativa legislativa, que o Hospital do Fundão se mantenha com uma gestão pública exercida pelo Ministério da Saúde.

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

• Conformidade com os requisitos formais, constitucionais e regimentais

A presente iniciativa legislativa foi subscrita e apresentada à Assembleia da República por onze Deputados do Grupo Parlamentar do Partido Comunista Português (PCP), no âmbito do seu poder de iniciativa, em conformidade com o disposto na alínea g) do artigo 180.º e n.º 1 do artigo 167.º da Constituição, bem como na alínea f) do artigo 8.º e no artigo 118.º do Regimento da Assembleia da República (RAR).

Assumindo esta iniciativa legislativa a forma de projeto de lei, nos termos do n.º 1 do artigo 119.º do Regimento, apresenta-se, igualmente, redigida sob a forma de artigos, com uma designação que traduz sinteticamente o seu objeto principal e sendo precedida de uma breve exposição de motivos em conformidade com os requisitos formais previstos no n.º 1 do artigo 124.º do Regimento da Assembleia da República (RAR).

O projeto de lei em causa deu entrada em 18 de dezembro, foi admitido a 22 de dezembro e baixou à Comissão de Saúde (9ª), tendo sido anunciado em 23/12/2015. Foi agendado na Conferência de Líderes de 06/01/2016 para a sessão plenária do próximo dia 28/01/2016.

- **Verificação do cumprimento da lei formulário**

O projeto de lei inclui uma exposição de motivos e cumpre o disposto no n.º 2 do artigo 7.º da lei formulário, [Lei n.º 74/98, de 11 de novembro](#), alterada e republicada pela [Lei n.º 43/2014, de 11 de julho](#), uma vez que tem um título que traduz sinteticamente o seu objeto [disposição idêntica à da alínea b) do n.º 1 do artigo 124.º do Regimento].

Caso seja aprovada, esta iniciativa legislativa, revestindo a forma de lei, é publicada na 1.ª série do Diário da República, entrando em vigor no dia seguinte ao da sua publicação, conforme previsto no artigo 3.º do seu articulado e em conformidade com o disposto no n.º 1 do artigo 2.º da *Lei Formulário* referida anteriormente.

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.

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](#).

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 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

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

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 Continuados*³.

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 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*

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

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*.

O [Projeto de Lei n.º 79/XII](#) agora apresentado visa manter o Hospital do Fundão sob gestão pública, exercida diretamente pelo Ministério da Saúde, *pondo termo a todo e qualquer processo negocial em curso que vise a transferência deste hospital para uma entidade privada*.

O [Hospital do Fundão](#) foi inaugurado em 16 de outubro de 1955, tendo sucedido ao antigo Hospital da Misericórdia erigido em finais do séc. XIX, tendo sido construído em terrenos doados à Santa Casa da Misericórdia do Fundão. Em 1975 o edifício foi objeto de grandes obras de ampliação.

A sua gestão estava, então, confiada ao sector assistencial da Santa Casa da Misericórdia do Fundão, situação que se manteve até 3 de janeiro de 1981 quando, através da [Portaria n.º 3/81, de 3 de janeiro](#), foi integrado na rede oficial dos hospitais portugueses.

A 17 de fevereiro de 1983, foi-lhe atribuída a categoria de Hospital Distrital e passou a ser gerido por uma Comissão Instaladora até 1991, aquando da posse do primeiro Conselho de Administração.

Em 1999 foi integrado no Centro Hospitalar Cova da Beira, pelo [Decreto-Lei n.º 426/99, de 21 de outubro](#).

Sobre esta matéria, e na XII legislatura foram, ainda, apresentadas as seguintes iniciativas legislativas:

- ✓ [Projeto de Resolução n.º 1257/XII](#) - *Pela manutenção do Hospital do Fundão sob gestão pública*, 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 1295/XII](#) - *Pela manutenção do Hospital do Fundão (parte integrante do CHCB) no Serviço Nacional de Saúde*, do Partido Socialista; Rejeitado

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

- ✓ [Projeto de Resolução n.º 1309/XII](#) - *Recomenda ao Governo a manutenção da gestão pública do Hospital do Fundão*, do Bloco de Esquerda.

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

O Grupo Parlamentar do Partido Comunista Português apresentou, paralelamente ao presente projeto de lei, um conjunto de iniciativas que 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).

A terminar, menciona-se que o Partido Comunista Português também apresentou o Projeto de Lei n.º 80/XIII, iniciativa 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](#)⁴ 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 Sofia, 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 Sofia, 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 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

⁴ 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](#).

intenção do Governo madrileno 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 e Petições**

Após consulta à base de dados AP verifica-se que se encontram pendentes as seguintes iniciativas legislativas:

- ✓ [PJL n.º 78/XIII/1.ª \(PCP\)](#) - Reversão do Hospital Distrital de São João da Madeira para o Ministério da Saúde
- ✓ [PJL n.º 80/XIII/1.ª PCP](#) – Define as formas de articulação do Ministério da Saúde e os estabelecimentos e serviços do 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 618775, de 11 de dezembro, atualmente geridos por estabelecimentos ou serviços do SNS
- ✓ [PJL n.º 81/XIII/1.ª \(PCP\)](#) - Reversão do Hospital José Luciano de Castro - Anadia para o Ministério da Saúde
- ✓ [PJL n.º 82/XIII/1.ª \(PCP\)](#) - Reversão do Hospital de S. José de Fafe para o Ministério da Saúde
- ✓ [PJL n.º 84/XIII/1.ª \(PCP\)](#) - Reversão do Hospital de S. Paulo, em Serpa, para o Ministério da Saúde
- ✓ [PJL n.º 85/XIII/1.ª \(PCP\)](#) - Reversão do Hospital Conde de São Bento - Santo Tirso para o Ministério da Saúde

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

Projeto de Lei n.º 79/XIII/1.ª PCP

Comissão de Saúde (9.ª)

políticas de saúde definidas pelos programas de Governo, sendo que o que está em causa, na iniciativa em análise, é a manutenção deste Hospital na tutela do Ministério da Saúde, sendo que a gestão de um conjunto de hospitais 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.

Para além de, eventualmente, ser ouvido o Governo sobre esta matéria, a Comissão de Saúde poderá, caso assim o entenda, 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

Neste momento, em face da informação disponível, e estando o hospital ainda sob tutela pública, não é possível determinar ou quantificar encargos resultantes da aprovação da presente iniciativa, todavia, importa referir que o Decreto-Lei n.º 128/2013 prevê que, antes de ser celebrado qualquer acordo, tem de ser elaborado estudo que demonstre *«que se verifica uma diminuição dos respetivos encargos globais do SNS, em pelo menos 25%...»*.