

Exmo Senhor

Presidente do

Grupo de Trabalho Lei de Bases da Saúde

[9CS@ar.parlamento.pt](mailto:9CS@ar.parlamento.pt)

Data: 29 de março de 2019

N. Refª : PARC-000051-2019

**Assunto:** Projeto de Lei nº 1066/XIII/4ª – Lei de Bases da Saúde

Na sequência do solicitado, junto enviamos os nossos comentários, mantendo-nos ao dispor para quaisquer esclarecimentos adicionais,

Com os meus melhores cumprimentos,

A Diretora Geral

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Ana Cristina Tapadinhas', with a long horizontal stroke extending to the right.

(Ana Cristina Tapadinhas)

**ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA PARA A DEFESA DO CONSUMIDOR - DECO**

Pessoa Colectiva de Utilidade Pública / Contribuinte e Registado na C.R.C. Lisboa com o n.º 500 927 693

[decolx@deco.pt](mailto:decolx@deco.pt) - [www.deco.proteste.pt](http://www.deco.proteste.pt)

Rua Artilharia 1, 79 - 4º — 1269-160 Lisboa - Tel.: 21 371 02 00 - Fax 21 371 02 99

### **Considerações na generalidade**

De acordo com o perfil de saúde de Portugal traçado pela OCDE em 2017, o estado de saúde da população melhorou consideravelmente ao longo da última década. As pessoas vivem mais tempo, mas a qualidade de vida relacionada com a saúde nem sempre conheceu melhorias, em especial após os 65 anos. Acresce que, as mais recentes reformas do sistema de saúde português têm visado a melhoria da sustentabilidade financeira, centrando-se principalmente na eficiência e na transparência.

O aumento da esperança de vida em Portugal superou, na verdade, a média da União Europeia. No entanto, o ritmo destas melhorias não foi acompanhado por outras dimensões importantes da saúde. Com efeito, menos de metade dos portugueses considera-se de boa saúde, verificando-se disparidades substanciais por escalão de rendimentos.

As alterações ao nível da estrutura demográfica populacional, associadas a um aumento da esperança média de vida e um envelhecimento da população, têm pressionado, por outro lado, cada vez mais, a sustentabilidade do sistema de saúde atual. Efetivamente, em Portugal, tem-se verificado que os gastos de saúde são maiores nos primeiros anos de vida e aumentam exponencialmente nos últimos anos. Desta forma, a redução percentual na população ativa traduz-se numa redução da população que financia o sistema, e por outro lado, passa a existir um aumento dos gastos por parte da faixa populacional mais idosa que recorre mais aos serviços de saúde. Sendo que, em termos de indicadores epidemiológicos, merecem igualmente destaque as tendências de aumento de um conjunto de doenças crónicas.

Em Portugal, um quarto do peso da doença deve-se a fatores de risco comportamentais, o que inevitavelmente nos leva a concluir que o sistema de saúde se encontra demasiado focado nos cuidados curativos, descurando-se os cuidados preventivos. De facto, e tendo presente o teor do relatório de fluxos financeiros do SNS produzido pelo Conselho Nacional de Saúde, os cuidados preventivos, durante o período analisado, representaram sempre um valor um pouco superior a 1% da despesa corrente do SNS e Serviços Regionais de Saúde, situando-se em 2015 em apenas 1,1%.

Por outro lado, apesar da cobertura universal, as disparidades geográficas na prestação de serviços dificultam o acesso.

Cerca de 3% da população portuguesa terá declarado não ter as suas necessidades de cuidados médicos satisfeitas devido ao custo, à distância ou ao tempo de espera (2015). Os dados relativos às necessidades não satisfeitas denotam grandes flutuações, mas ainda assim, é de referir que, uma vez desagregada, a taxa registada em 2015 era dez vezes mais elevada nos escalões de rendimentos mais baixos (6,4) do que no escalão de rendimentos mais elevados (0,6).

A evolução recente sugere que foram introduzidas melhorias em termos de relação despesas/resultados no sistema de saúde português, sendo que os benefícios em termos de saúde e o reforço da atividade do SNS foram obtidos sem recursos adicionais, o que torna evidente a existência de grandes ineficiências no sistema.

Desde a adoção da Lei de Bases da Saúde, tanto o sistema de saúde português, como a realidade nacional e internacional evoluíram consideravelmente, sendo que as consequências de um ajustamento económico severo recente com evidentes repercussões no funcionamento do SNS, tornou mais evidente e relativamente unânime a necessidade de repensar a política de saúde e de que forma deve e pode ser garantido o direito fundamental à proteção da saúde.

O presente projeto reconhecendo na globalidade o trabalho abrangente e adaptado às reais necessidades do País e do SNS do projeto de Lei de Bases da Saúde elaborado pela Comissão de Revisão, recupera o trabalho desenvolvido pela comissão, propondo, no entanto, um enquadramento diverso.

Subscreve que o Sistema de Saúde deve evoluir no sentido de alargar e diversificar as formas de prestação e de gestão dos serviços de saúde, em benefício dos cidadãos, independentemente da natureza pública, privada ou social das instituições prestadoras de saúde, salvaguardados os princípios de transparência, da prestação de contas e da avaliação de resultados, prescrevendo a instituição do princípio concorrencial dentro dos serviços do Serviço Nacional de Saúde e entre os setores público, privado e social, para que se gerem melhores resultados e maior eficiência, defendendo, ademais, que o Estado deverá adquirir serviços de saúde, em igualdade de circunstâncias, aos prestadores públicos, privados e sociais.

Na perspetiva da Deco, os prestadores do setor social e do setor privado desempenham um papel fundamental no sistema de saúde, mas devem ter um papel de complementaridade no que respeita à garantia de cuidados de saúde pelo Estado, e de recurso quando o serviço

nacional de saúde não tem efetivamente capacidade de resposta. O critério de resposta não pode, contudo, assentar em resultados meramente financeiros, mas sobretudo em resultados clínicos e de qualidade.

Os critérios subjacentes ao princípio da articulação entre setor público, social e privado no âmbito de prestações públicas de saúde devem, ainda, ficar suficientemente densificados na Lei de Bases.

Por outro lado, parece indiscutível que apenas uma maior aposta no SNS permitirá a longo prazo melhorar a capacidade de resposta das unidades públicas, afigurando-se evidente que é necessário canalizar mais investimento para o setor público, e repensar de forma estratégica a política de financiamento do serviço nacional de saúde.

Os desafios trazidos pelo aumento da esperança média de vida, o envelhecimento da população, a predominância de doenças crónicas, as disparidades geográficas no acesso aos cuidados e até os desenvolvimentos no campo da investigação científica, exigem a aprovação de orçamentos plurianuais que permitam um planeamento efetivo e orientado para as prioridades em saúde.

Os cuidados de saúde devem ser repensados atendendo ao perfil epidemiológico e à evolução demográfica da população, o que exige uma maior aposta nos cuidados preventivos e nos cuidados continuados integrados.

Acresce que, sem prejuízo dos problemas inerentes a determinados subsectores específicos do Serviço Nacional de Saúde, verificamos, também, que a concentração no Estado de várias funções (a de acionista, regulador, prestador, fiscalizador e pagador), muitas vezes, num só organismo, torna difícil assegurar um desempenho adequado da totalidade das funções, gerando conflitos de interesses e falta de transparência. Tal dificulta a harmonização do sistema de saúde, uma vez que algumas entidades mais próximas dos cidadãos não apresentam um alinhamento entre as suas visões e as prioridades das entidades reguladoras, resultando, por vezes, numa diversidade de práticas com vista à prossecução de estratégias divergentes. Simultaneamente, nem sempre existe uma clara definição das responsabilidades e do âmbito de atuação de cada organismo, o que se traduz numa sobrecarga de funções, afetando a capacidade de resposta dos mesmos.

Não existe aliás, nas políticas da saúde atuais, nomeadamente, a nível da gestão dos cuidados primários e secundários, um envolvimento de outras entidades, que beneficiando de um

contacto mais próximo com os cidadãos, poderiam desempenhar um papel mais relevante no sistema de saúde. Saliente-se, por exemplo, as autarquias locais e a sociedade civil, que gozam de uma posição privilegiada que não tem sido explorada na definição das políticas de saúde. Toda esta situação tem gerados assimetrias e iniquidades no âmbito das funções do sistema de saúde e dos princípios inerentes, associados à respetiva Lei de Bases. Importa também referir, por último, que o sistema carece ainda de uma cultura de avaliação, impacto e responsabilização que permita agir sobre as lacunas existentes entre as metas traçadas e os resultados atingidos.

A DECO tem encarado, com especial preocupação, o papel que o consumidor, enquanto utilizador de serviços, tem desempenhado no atual sistema de saúde português. Sem prejuízo do aumento gradual do seu poder de influência no diagnóstico e tratamento, o certo é que o técnico de saúde continua a ser o grande decisor, não existindo informação adequada relativamente aos seus dados clínicos, terapêuticas, impedindo, muitas vezes, o utilizador de adquirir capacidade de reflexão sobre a sua saúde, e evitando que o mesmo tenha maior autonomia e responsabilidade na escolha dos recursos que mais se adequam à solução das suas necessidades.

A ausência de uma informação clara, as assimetrias existentes entre técnico e utente, a ausência de literacia em saúde, contribuem, em muito para uma maior centralização do Sistema de Saúde nos próprios serviços do que no utilizador. Não obstante algumas melhorias, a atual organização não se encontra desenhada de modo a otimizar e humanizar o percurso do cidadão, criando obstáculos à sua circulação lógica e humana no sistema. Exemplo da inexistência desta centralização prende-se com o tempo de espera, tanto no acesso a cuidados primários como secundários, e com a ausência de confiança do utilizador relativamente à qualidade e segurança.

A descentralização revela-se ainda mais preocupante no que diz respeito ao acompanhamento de doentes crónicos que, frequentemente, acumulam uma série de patologias que os obrigam a recorrer a múltiplos serviços de saúde, na maioria das vezes, desarticulados.

Por fim, verifica-se existir ainda um reduzido envolvimento da sociedade civil nos processos de tomada de decisões. As decisões adotadas no sector da saúde, são, muitas vezes, tomadas sem a análise da situação na perspetiva do cidadão e da sua procura de cuidados de saúde.

Não podemos deixar de evidenciar que a informação clínica que existe nos vários sistemas de informação aos prestadores não é, muitas vezes, consolidada numa perspetiva da sua utilização

para conhecimento da epidemiologia e necessidades em saúde da população, revelando-se, por vezes, bastante difícil a partilha de informação, nomeadamente, no que concerne aos meios complementares de diagnóstico e terapêutica.

Atualmente continuam a ser desenvolvidas novas tecnologias ao nível de meios e processos, tendo como objetivo otimizar o diagnóstico e/ou tratamento de doentes. No entanto, a introdução de novas tecnologias gera, também, novos desafios, nomeadamente, no que concerne à proteção de dados pessoais, mas também aos riscos que os mesmos podem acarretar para a saúde dos cidadãos. Acresce que, muitas vezes, não existe articulação e interoperabilidade no que concerne a estas tecnologias entre os diferentes cuidados de saúde.

Neste sentido, e atento o supra exposto, a DECO acolhe com agrado a iniciativa de rever e atualizar a atual Lei de Bases da Saúde, enquanto ato de valor reforçado e hierarquicamente superior a todos os atos emanados neste setor, o qual deve estabelecer os princípios, parâmetros e critérios gerais que devem nortear o sistema de saúde em Portugal, com especial relevância para os direitos dos utentes.

Sem prejuízo da ambição na generalidade, a DECO considera que a mesma poderia ter sido mais ambiciosa no que concerne à proteção dos consumidores, não assegurando, a título de exemplo, qualquer referência ao acesso a prestações de saúde através de médico de família.

Em nosso entendimento, é necessário verdadeiramente recentrar o sistema de saúde nos utentes e nas suas necessidades de saúde, considerando esta Associação que apenas um alargado consenso permitirá a necessária estabilidade na política de saúde, com resultados a longo prazo.

Neste sentido, a matéria em apreço deve ser objeto de uma reflexão alargada e de um consenso generalizado que permita a introdução das mudanças necessárias numa perspetiva de longo prazo no modelo de cuidados em função da evolução da sociedade, da população e do padrão de doença, diversificando-se as formas de prestação dos serviços de saúde em benefício dos cidadãos e garantindo-se a sustentabilidade financeira do SNS.

## **Especialidade**

### **Base II**

#### **Direito à proteção da saúde**

##### **N. 3**

Tendo presente que o artigo 18.º da Constituição da República Portuguesa determina que a lei só pode restringir os direitos, liberdades e garantias nos casos expressamente previstos na Constituição, devendo as restrições limitar-se ao necessário para salvaguardar outros direitos ou interesses constitucionalmente protegidos, entendemos que a presente norma carece de reformulação, com vista à adequação ao normativo constitucional e ao respeito dos princípios da legalidade, proporcionalidade e necessidade.

Sugere-se, assim, a seguinte redação alternativa:

*A proteção do interesse e do bem-estar da pessoa devem prevalecer sobre o interesse único da sociedade ou da ciência, devendo as restrições aos direitos individuais estar expressamente previstas e serem proporcionais, limitando-se ao estritamente necessário para salvaguarda de outros direitos ou interesses constitucionalmente protegidos.*

### **Base III**

#### **Princípios gerais**

2- A Constituição da República Portuguesa prescreve que todos têm direito à proteção da saúde e que tal direito é realizado através de um serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito.

Por outro lado, na redação atual da Lei de Bases da Saúde incumbe ao Estado promover e garantir o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde nos limites dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis.

A proposta em apreço mantém inalterada esta formulação que, não obstante o disposto na Lei Fundamental, nos parece permitir ao Estado demitir-se indevidamente da responsabilidade de assegurar a prestação de cuidados de saúde, porquanto determina que a garantia do acesso aos cuidados de saúde será promovida nos limites dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis.

Impõe-se, a nosso ver, uma nova formulação no sentido de consagrar expressamente que incumbe ao Estado promover e garantir o acesso e a prestação de cuidados de saúde a todos os cidadãos, através do SNS, garantindo para o efeito a existência de recursos humanos, técnicos e financeiros adequados para alcançar tal desiderato.

Por outro lado, e muito embora possa justificar-se uma referência aos princípios da autonomia e da justiça, e à situação de vulnerabilidade, entendemos que tal referência deverá ser autonomizada em número próprio.

Não se alcança, porém, e por isso sugerimos a sua eliminação, a referência a um princípio da não-maleficência.

5- A presente norma prevê que as prestações de saúde são asseguradas, sob regulação e fiscalização do Estado, por serviços e estabelecimentos do Estado, por outras entidades do setor público, do setor de economia social e do setor privado, bem como por profissionais em regime de trabalho independente.

Ora, a saúde é um setor absolutamente estratégico e particularmente sensível, em que importa assegurar a regulação económica e social, sendo que a nova planificação jurídica de regulação, fomentadora do mercado, por um lado, mas igualmente virada para a proteção do interesse geral e dos utentes, é atualmente indissociável da existência de entidades reguladoras independentes.

Por conseguinte, o universo de regulação incluindo todos os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde do sector público, privado e social devem estar na alçada de uma entidade administrativa independente, e não do Estado.

Atendendo, aliás, a que o próprio Estado é prestador de cuidados de saúde no setor público, não se poderia aceitar que regulasse prestações prestadas por si e as fiscalizasse.

Assim, e sem prejuízo da prerrogativa plasmada na base V, com a epígrafe responsabilidade do Estado, n.º 11, prevendo que o estado pode criar uma entidade reguladora da saúde, independente e com funções de autoridade nacional de fiscalização, supervisão e regulação de atividades na área da saúde, é de criticar a opção vertida na proposta, sugerindo-se que a letra da lei consagre expressamente que a regulação da atividade na área da saúde competirá a entidade administrativa independente.



Sugere-se, por conseguinte, a eliminação no n.º 5 da expressão «sob regulação e fiscalização do Estado», e a introdução de um número autónomo que consagre que o Estado assegura a regulação e fiscalização do sistema de saúde através de entidades autónomas e independentes.

Suscita-nos dúvidas o alcance da responsabilização preconizada no n.º 6, que merece clarificação.

#### **Base IV**

##### **Política de saúde**

a) Parecer-nos-ia mais adequado referir-se apenas que a promoção da saúde e prevenção da doença fazem parte das prioridades no planeamento das atividades do Estado e, como tal, devem ter um papel preponderante na definição e execução de todas as políticas públicas. Muito embora se reconheça a interligação entre o direito à saúde e os direitos e áreas referidas no projeto, mas também a transversalidade da correlação do direito à saúde que não se cinge às mesmas, não nos parece fazer sentido referir-se determinados domínios em detrimento de outros.

b) Entende-se que deve igualmente ser plasmada a não discriminação em razão da nacionalidade.

c) Considera-se ser relevante que a presente diretriz prescreva a garantia da equidade na distribuição de recursos e no acesso e utilização de serviços, sem prejuízo da garantia do acesso em tempo clinicamente adequado às prestações prevista na al. d).

i) Sugerimos que ao invés de se aludir a «escolhas livres e esclarecidas», se referia «escolhas informadas» e entendemos que seria pertinente que, também em matéria de literacia, seja preconizado o envolvimento da comunidade, dos serviços, dos profissionais, dos cuidadores, e das associações representativas dos seus interesses.

j) Vemos com satisfação que a presente norma prescreva a participação das pessoas na definição, no acompanhamento e na avaliação das políticas de saúde, na medida em que na atual lei de bases era apenas promovida a sua participação na sua definição e planeamento.

## **Base V**

### **Responsabilidade do Estado**

Parece-nos que o n.º 2 da presente norma ao prescrever ser o estado responsável por assegurar a prestação de cuidados de saúde de acordo com as necessidades dos cidadãos, alocando os recursos e equipamentos adequados a tal fim, não se encontra em conformidade com o princípio geral cuja redação criticamos, previsto na Base III, n.º 2, que determina apenas que o Estado promove e garante o acesso de todos às prestações de saúde nos limites dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis.

Reitera-se, por outro lado, nesta sede os comentários expendidos supra a propósito da regulação de atividades na área da prestação de cuidados de saúde.

Com efeito, o panorama jurídico de regulação atual, simultaneamente fomentador do mercado, e gizado para a proteção do interesse geral e dos utentes, é atualmente indissociável da existência de entidades reguladoras independentes.

Assim, parece-nos que o projeto não se pode bastar com uma prerrogativa de o estado poder criar uma entidade reguladora da saúde, independente e com funções de autoridade nacional de fiscalização, supervisão e regulação da atividade na área da saúde, mas constituir tal previsão uma Base específica.

Somos, ainda, absolutamente críticos da opção plasmada no projeto de concentrar no Estado as funções de prestador, financiador, fiscalizador e regulador, não obstante a propalada diretriz de separação.

## **Base VII**

### **Direitos das pessoas em contexto de saúde**

No que tange ao direito a ser indemnizado por danos sofridos no âmbito da prestação de cuidados de saúde, impõe-se, na perspetiva desta associação, a introdução de uma norma suficientemente abrangente, que determine o direito a ser ressarcido a nível individual ou coletivo, em tempo razoável, nos termos da lei.

Entende-se, por outro lado, que seria relevante em matéria de direitos das pessoas em contexto de saúde consagrar especificamente o direito a acesso a meios expeditos de resolução de litígios,

bem como, o direito à informação sobre a organização, funcionamento e utilização dos serviços e estabelecimentos de saúde e os princípios que enformam o serviço nacional de saúde.

Entende-se, por outro lado, necessário consagrar o direito a ser informado sobre a posição relativa na lista de inscritos para os cuidados necessários.

A Deco considera, ainda, fundamental que o legislador consagre expressamente como direito nesta Base, o acesso a prestações de saúde através de médico de família, impondo, nesse sentido, ao Estado enquanto garante do direito à saúde a obrigação de, regulamentando e operacionalizando, tornar exequível este direito.

### **Base XIII**

#### **Dados pessoais e informação de saúde**

2- Sugere-se a menção expressa aos direitos dos titulares e frisar a necessidade de assegurar a licitude, propondo-se a seguinte redação:

*Deve ser assegurada a circulação dos dados de saúde e outros dados pessoais em condições de interoperabilidade, interconexão e rastreabilidade dos sistemas de informação, garantindo a licitude, a confidencialidade, a portabilidade, a segurança, a proteção dos dados e dos direitos dos titulares e o respeito pelo princípio da intervenção mínima, de acordo com o regime jurídico aplicável.*

### **Base XIV**

#### **Saúde Pública**

Entende-se que a par do desenvolvimento do sistema de vigilância de saúde pública, deve ser promovida uma eficiente articulação deste com outros organismos, designadamente, com os órgãos de polícia criminal que permita atempadamente identificar a necessidade de intervenção dos serviços competentes com vista ao apuramento de factos e à realização de diligências probatórias relevantes, designadamente, para garantir eventuais pretensões indemnizatórias por danos sofridos.

11- Consideramos que não deveria ser feita referência expressa ao Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P. na Lei de Bases, mas antes referir-se que tal avaliação e a função de observatório da saúde deverão ser realizadas por um laboratório público de referência para a saúde.

## **Base XXII**

### **Serviço Nacional de Saúde**

#### **N.º 2, al. c)**

Certamente por lapso, refere-se o carácter tendencialmente gratuito das prestações de saúde, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos e *daqueles que sejam a estes equiparados*.

## **Base XXIII**

### **Organização e funcionamento do Serviço Nacional de Saúde**

5- Consideramos que deve igualmente ser considerada a avaliação do impacto dos planos estratégicos de saúde no Serviço Nacional de saúde.

6- Congratula-se a previsão da criação de planos locais de saúde, atenta a importância de tais instrumentos para, através de estratégias e intervenções específicas e individualizadas, maximizar os ganhos em saúde da comunidade.

7- Importa, em nosso entendimento, acrescentar a expressão «sem custos adicionais para a mesma, e mantendo-se os mesmos direitos e deveres enquanto utilizador do Serviço Nacional de saúde».

15- Assinala-se, ainda, em termos positivos, que se preveja que os cuidados de saúde prestados e os resultados obtidos devem ser criteriosamente medidos e publicados com transparência, incluindo variáveis de oferta e de procura de cuidados, de produção e de qualidade.

## **Base XXV**

### **Prestações públicas de saúde**

Não se nos afigura claro o modelo preconizado no presente projeto no que se refere às prestações públicas de saúde.

Com efeito, refere-se que realizam prestações públicas de saúde, o Serviço Nacional de Saúde, outras entidades públicas que desenvolvam atividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde e os estabelecimentos ou instituições dos setores de economia social e privado e os profissionais em regime liberal ou grupos de profissionais que tenham contrato, convenção

ou acordo com o Estado, através do ministério responsável pela área da saúde, ou com outro ente público, nos termos da lei.

Todavia, no n.º 2 determina-se que *para garantir o acesso em tempo clinicamente adequado às necessárias prestações de saúde em áreas não asseguradas pelo setor público (sublinhado nosso), os contratos, convenções ou acordos para a realização de prestações públicas de saúde do Serviço Nacional de Saúde ficam sujeitos à avaliação da necessidade designadamente atenta a capacidade instalada e aos princípios da qualidade e da segurança, da eficácia, da efetividade, da eficiência e da economia que devem presidir à justificação da decisão da sua celebração e os princípios da concorrência e da transparência quanto à escolha do prestador.*

Sucede que, na Base XXVII, com a epígrafe financiamento público, no seu n.º 3 prescreve o projeto que, *para a defesa da sustentabilidade do pilar social em que assenta o direito dos cidadãos à saúde, institui-se o princípio concorrencial dentro dos serviços do Serviço Nacional de Saúde e entre os setores público, privado e social, para que se gerem melhores resultados e maior eficiência, devendo o Estado adquirir serviços de saúde, em igualdade de circunstâncias, aos prestadores públicos, privados e sociais (sublinhado nosso).*

Assim, e se num primeiro momento, pela redação do n.º 2 da presente Base somos levados a crer que a solução preconizada no que tange às prestações públicas pelo sector privado e social se cingiria a assegurar a prestação de cuidados de saúde em áreas não asseguradas pelo setor público com a observância dos princípios designados, o que se afiguraria adequado, concluímos num segundo momento que se preconiza um princípio concorrencial *tout court*.

Acresce que, atenta a redação supra, nos parece que o projeto será omissivo no que concerne à articulação entre setores com vista a garantir o acesso em tempo clinicamente adequado em áreas asseguradas pelo setor público, mas em que efetivamente o setor público não esteja a garantir resposta nos tempos considerados adequados.

## **Base XXVII**

### **Financiamento público**

O debate sobre um novo modelo de financiamento é um dos aspetos mais sensíveis em que importaria lograr um consenso alargado que traga, a longo prazo, os resultados necessários à sustentabilidade do serviço nacional de saúde.

Sem prejuízo de melhor entendimento, inclinamo-nos, nesta matéria para a necessidade de adotar um esquema apropriado de incentivos e penalizações, assente igualmente no financiamento dos cuidados hospitalares e cuidados primários conforme os objetivos e parâmetros de qualidade alcançados, penalizando-se a referência desadequada. Por conseguinte, vemos com satisfação que a presente proposta inclua nos respetivos critérios, o valor gerado para os doentes atendidos, pese embora as dificuldades que se anteveem na sua aferição.

Por outro lado, afigura-se-nos estratégico que o financiamento dos estabelecimentos e serviços do serviço nacional de saúde, seja definido, tendo por base, entre outros, critérios objetivos e quantificáveis que visem ganhos em saúde, atendendo à prestação a realizar, aos níveis de qualidade e resultados a atingir, à otimização da capacidade instalada, e a critérios de gestão eficientes, mas igualmente tendo em atenção as características da população da respetiva área de referência.

Atendendo a que, contudo, o presente projeto no n.º 3 da presente norma se propõe instituir o princípio concorrencial dentro dos serviços do Serviço Nacional de Saúde e entre os setores público, privado e social, com vista à obtenção de melhores resultados e maior eficiência, consagrando que, para tal, o Estado deve adquirir serviços de saúde, em igualdade de circunstâncias, aos prestadores públicos, privados e sociais, não podemos deixar de referir que, em nosso entendimento, muito embora o setor da economia social e privado desempenhem um papel fundamental no sistema de saúde, devem, na perspetiva da DECO, ter um papel de complementaridade e articulação no que respeita à garantia de prestações públicas de saúde, e de recurso quando o serviço nacional de saúde não tem efetivamente capacidade de resposta. O critério de resposta não deve, contudo, assentar em resultados meramente financeiros, ou de vantagem financeira, mas sobretudo em resultados clínicos e de qualidade.

#### **Base XXVIII**

##### **Taxas Moderadoras**

A discussão atinente à previsão de taxas moderadoras tem dividido opiniões que, divergem entre os que entendem que as mesmas constituem uma barreira no acesso a cuidados de saúde, e os que defendem que as mesmas constituem uma forma de regular o acesso. O regime tem vindo a ser objeto de sucessivas alterações, mas constatamos que apesar da alargada discussão que a

matéria suscitada tem trazido, desconhecem-se dados objetivos que permitam concluir em que medida terão tais taxas constituído uma barreira no acesso a cuidados de saúde, bem como em que medida a eventual eliminação total de taxas moderadoras poderá ter impacto no comportamentos dos utentes, e consequentemente, no valor da despesa.

Os dados divulgados pela OCDE supra referidos e que se reportam a 2015, apontam que cerca de 3% da população portuguesa declarou não ter as suas necessidades de cuidados médicos satisfeitas devido ao custo, à distância ou ao tempo de espera, três fatores críticos nos acesso aos cuidados de saúde.

Ora, não é possível retirar as conclusões necessárias sem conhecer em maior detalhe tais dados desagregados, na medida em que não ver tais necessidades satisfeitas em face do respetivo custo ou devido à distância, será manifestamente diferente do caso em que está em causa o fator tempo de espera.

Não obstante, e atendendo a que a taxa registada era dez vezes mais elevada nos escalões de rendimentos mais baixos (6,4) do que no escalão de rendimentos mais elevados (0,6) tais dados parecem indiciar que, muito embora o regime das taxas moderadoras preveja a isenção das mesmas em caso de situação de insuficiência económica, os termos subjacentes a tal isenção não serão suficientes para garantir que o acesso não é comprometido em razão de insuficiência económica.

Dir-se-á, assim que, se afigura pelo menos necessária, a revisão ou ajustamento do regime das taxas moderadoras por forma a que regulem, moderando, o uso dos serviços de saúde, mas não constituam uma barreira de acesso aos mesmos.

Em nosso entendimento, contudo, a existência de taxas moderadoras como instrumento de política de saúde, terá de ter como princípio de base que na prestação de cuidados que é indispensável promover, as taxas moderadoras devem ser inexistentes ou praticamente inexistentes e que, na mesma lógica, em tudo o que se considerar que seja excessivo, injustificado ou que não deva ser promovido, podem ser aplicadas taxas moderadoras, ainda que de valor reduzido.

A redação da presente proposta parece abrir caminho à eliminação das taxas moderadoras no âmbito da prestação de cuidados primários, ao prescrever que a lei pode prever a cobrança de taxas moderadoras, tendo em vista o controlo da procura desnecessária e a orientação da

procura, sem pôr em causa o acesso às prestações de saúde necessárias, determinando a isenção de pagamento, em situações de interesse de saúde pública, de maior risco de saúde ou de insuficiência económica.

Com efeito, e embora recorrendo a um conceito indeterminado – procura desnecessária - e atendendo a que em primeira linha, ou mesmo com vista à referenciação, o recurso aos cuidados primários não poderá ser enquadrado no âmbito da procura desnecessária, deixará de se encontrar justificação na lei para a cobrança de taxas moderadoras no âmbito dos cuidados primários.

A nosso ver seria desejável, contudo, a clarificação da expressão «sem pôr em causa o acesso às prestações de saúde necessárias», que pode suscitar diferentes interpretações.

Congratula-se, no entanto, a opção de expressamente consagrar, e não ficar dependente de qualquer prerrogativa, a isenção de pagamento em situações de interesse de saúde pública, de maior risco de saúde ou de insuficiência económica.

Temos reservas, contudo, relativamente à previsão de limites ao montante total de taxas moderadoras a cobrar por episódio e por ano, numa perspetiva que se dirá que, responde apenas ao recurso excessivo e não tanto ao recurso injustificado aos cuidados de saúde.

#### **Base XXIX**

##### **Avaliação permanente**

Consideramos que a avaliação permanente deverá ser consequente relativamente aos prestadores de cuidados de saúde, penalizando aqueles que não cumpram os parâmetros de qualidade definidos, por forma a evitar que a falta de qualidade não seja sancionável.

Por outro lado, entendemos que em termos de avaliação, a mesma não se deve cingir às prestações públicas de saúde, mas abranger todo o sistema de saúde, atendendo a que o controlo da qualidade da prestação de cuidados é essencial para garantir o direito à proteção da saúde. Nesse sentido, sugerimos a introdução de uma norma prevendo que a lei prevê critérios de avaliação, com vista a garantir a qualidade e segurança necessárias.



#### **Base XXXI**

##### **Tecnologias da saúde**

Onde se refere que as tecnologias da saúde, designadamente os medicamentos, os dispositivos médicos e procedimentos médicos ou cirúrgicos, bem como outras utilizadas na prevenção, no diagnóstico ou no tratamento de doenças, devem ser desenvolvidas e utilizadas de forma a garantir a proteção da saúde, a satisfação das necessidades em saúde das pessoas e a qualidade, eficácia, eficiência e segurança das tecnologias, entendemos que deve ser acrescentada menção à garantia da proteção dos dados pessoais e à interoperabilidade.

#### **Base XXXV**

##### **Sistema de saúde**

8- A presente norma determina que o Estado, através dos órgãos competentes, fiscaliza a realização de prestações de saúde por sujeitos privados ou por entidades dos sectores de economia social e privado, com vista a garantir a qualidade das prestações e um nível elevado de proteção da saúde humana. Ora, questiona-se a ausência de qualquer referência ao setor público, que é também e deve ser fiscalizável.

#### **Base XXXVI**

##### **Conselho Nacional de Saúde**

Se existe matéria de consenso no debate sobre a nova arquitetura do sistema de saúde que se vem debatendo é precisamente no que concerne à necessidade de os utentes dos serviços de saúde terem uma maior participação na definição da política nacional de saúde e nos processos de decisão.

Não nos parece, assim, aceitável a simples prerrogativa para o efeito, no sentido de que o Conselho Nacional de Saúde deve incluir representantes das pessoas em contexto de saúde, propondo-se por conseguinte, que se refira expressamente que o Conselho Nacional de Saúde inclui representantes das pessoas em contexto de saúde.

Parece-nos, ainda, aconselhável que, no mesmo sentido, seja mencionado o assento de representantes de outros intervenientes no funcionamento do sistema de saúde como sejam, entre outros, os profissionais de saúde.

## **Base XXXVIII**

### **Seguros privados de saúde**

Sem prejuízo das regras inerentes à celebração de contratos de seguro de saúde, a Deco considera que as mesmas devem ser complementadas através de regulamentação específica, devendo o legislador fazer expressa menção nesta proposta para esse efeito.

O presente projeto no que tange ao contrato de seguro e relativamente ao regime plasmado atualmente no DL n.º 72/2008, de 16 de Abril, parece preconizar apenas uma alteração, no sentido de ser incluída informação expressa quanto à eventual interrupção ou descontinuidade da prestação de cuidados caso sejam alcançados os limites contratualmente estabelecidos, de forma a permitir uma decisão esclarecida.

As questões que se têm colocado no âmbito da transferência de utentes com percursos terapêuticos já iniciados no setor privado e social para o serviço nacional de saúde, colocadas em evidência num parecer da Entidade Reguladora da Saúde de 2017, tornam, porém, claro que o problema é bem mais complexo, e indissociável dos deveres de informação a prestar pelos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde.

Parece também linear que a estes incumbe informar os utentes sobre a totalidade dos custos que a prestação de cuidados irá implicar, conforme redação do projeto, ainda que em nosso entendimento tal deva ser efetuado da forma mais completa e exaustiva possível.

No entanto, a questão crítica na nossa perspetiva, encontra-se no alcance destes deveres de informação e na compreensão por parte dos utentes relativamente às possíveis consequências da sua livre escolha no início do respetivo percurso terapêutico.

Importa salientar que conforme evidencia a Entidade Reguladora da Saúde no parecer supra mencionado, além da informação acerca da globalidade de previsão de custos que deve ser apresentada ao utente em momento prévio ao início da intervenção, o utente deve ser informado sobre os riscos para a sua saúde decorrentes da eventual interrupção do tratamento mediante revogação do consentimento, por designadamente necessitar continuar a receber cuidados num outro estabelecimento em face, nomeadamente, de entretanto serem alcançados os limites da cobertura do seguro contratado.

Com efeito, a interrupção do tratamento e posterior transferência para outra unidade de saúde, não só pode implicar novas avaliações clínicas, como terá de respeitar os critérios e regras de acesso, podendo comprometer os tempos clinicamente aceitáveis para a intervenção em causa, e é relativamente a este aspeto que, apesar da bondade das normas deste e outros projetos, não nos parece haver uma previsão satisfatória e equilibrada que vá de encontro ao problema identificado.

Não se alcança, por outro lado, a razão de apenas serem referidos os seguros privados de saúde e não serem igualmente referidos os subsistemas de saúde e outros regimes semelhantes aos seguros de saúde, como sejam os planos de saúde.

#### **Base XLIV**

##### **Profissionais de saúde em regime liberal**

Sem prejuízo de os profissionais de saúde em regime liberal deverem ser titulares de seguro contra os riscos decorrentes do exercício da sua atividade, o legislador não deve esquecer que todas as entidades públicas ou privadas e profissionais também devem ser titulares de seguro que cubra, nomeadamente, as situações previstas na al. o) da base VII.

#### **Base LV**

##### **Relatório sobre o estado do sistema de saúde**

Consideramos que deveria ser igualmente previsto, para além do relatório, um plano de intervenção no sistema de saúde, que responda aos problemas identificados no relatório e garanta o cumprimento da Lei de Bases da saúde.

#### **Base LVI**

##### **Regulamentação e aplicação**

Tendo em conta que a generalidade dos direitos já se encontra consagrada em legislação específica, a Deco não compreende a razão pela qual se estabelece uma dilação de um ano para adaptação da legislação em vigor e a adoção de legislação complementar necessária no que concerne aos direitos e deveres em contexto de saúde.

A mesma argumentação deve ser feita no que concerne à proteção de dados em saúde tendo em conta que já existe legislação imperativa, não podendo a mesma ser alterada.

## **Base LVII**

### **Acompanhamento da Lei de Bases da Saúde**

Estranha-se que, muito embora, o projeto estabelece apenas a prerrogativa de ser constituída uma entidade reguladora da saúde, independente e com funções de autoridade nacional de fiscalização, supervisão e regulação da atividade na área da saúde, determine que precisamente competirá a esta entidade e ao Conselho nacional de Saúde proceder a uma avaliação independente sobre o cumprimento da Lei de Bases.