

**Contributos da Associação Portuguesa de Hospitalização Privada (APHP) relativos ao pré-projeto de proposta da Lei de Bases da Saúde elaborado pela Comissão de Revisão presidida pela Dra. Maria de Belém Roseira**

Depois de uma vigência de 28 anos da Lei de Bases da Saúde, que apenas sofreu, por força da Lei nº 27/2002, de 8 de novembro, umas poucas alterações de natureza minimalista, o Governo nomeou uma Comissão de Revisão da Lei de Bases da Saúde, presidida pela Dra. Maria de Belém Roseira, a qual elaborou um pré-projeto de Lei de Bases da Saúde que se encontra em consulta pública para colher os contributos do setor da saúde.

São esses contributos que a APHP passa a apresentar:

**Generalidades:**

1. Está em causa um pré-projeto de proposta de lei de uma nova Lei de Bases da Saúde, que desde logo, no seu formulário, indica expressamente que é feito ao abrigo da alínea f) do nº1 do artigo 165º da Constituição da República Portuguesa (CRP), isto é, no âmbito da reserva relativa da competência legislativa da Assembleia da República (AR).

Por facilidade na exposição, transcreve-se aqui aquele dispositivo constitucional:

*“Artigo 165º*

*(Reserva relativa de competência legislativa)*

*1. É da exclusiva competência da Assembleia da República legislar sobre as seguintes matérias, salvo autorização ao Governo:*

*(...)*

*f) Bases do sistema de segurança social e do serviço nacional de saúde;*

*(...)” – Sublinhado nosso.*

Deste normativo desde logo se deve retirar a seguinte ilação: a matéria que o legislador constituinte reservou, a título de reserva relativa, à Assembleia da República (AR), foi apenas a das bases do serviço nacional de saúde, libertando para o exercício da competência legislativa concorrencial a competência para o desenvolvimento dessas bases, bem como a competência para legislar em matéria de saúde, sem qualquer reserva, bases incluídas, que não versem sobre o serviço nacional de saúde.

Significa isto que sempre que o pré-projeto aqui em análise extravasa daquilo que se possa considerar como “bases do serviço nacional de saúde” está a pretender legislar no âmbito da competência concorrential, o que implica, por um lado, que o faz sem estar dotado do valor reforçado que o nº 2 do artigo 122º comete às leis de bases (na medidas em que estas, fugindo ao princípio da paridade dos atos legislativos -de acordo com o qual lei e decreto-lei têm igual valor -, devem ser respeitadas pelos decretos-leis de desenvolvimento), por outro, que pode ser livremente alterado por qualquer outra lei ou decreto-lei posteriores, pois entrando no âmbito da competência concorrential é reposto o princípio da paridade dos atos legislativos, onde impera o princípio de acordo com o qual a lei nova revoga a lei anterior.

**2.** Da concatenação do que vimos de expor com o pré-projeto em consulta resulta que este foi francamente mais ambicioso do que aquilo que o legislador constituinte lhe havia sugerido, na medida em que poucas são as normas que se dedicam exclusivamente a estabelecer as “bases do serviço nacional de saúde”, sendo muito mais aquelas que, extravasando da competência reservada à AR, se dedicam a estabelecer as bases e respetivo desenvolvimento do Sistema Nacional de Saúde, ou, se se quiser, do Sistema Português de Saúde, para não confundirmos as siglas.

A APHP nada tem contra esta opção da Comissão de Revisão, desde que, conseqüentemente, se tenha presente que o pré-projeto em análise, em caso de conversão em proposta de lei que se veja aprovada como lei, terá a força normativa de um qualquer ato legislativo quando, como tantas vezes acontece, se dedica a estabelecer bases e regular matérias que nada têm a ver com o serviço nacional de saúde (SNS).

Não servindo o formulário do projeto para afastar aquela afirmação. Pelo que, para os devidos efeitos se sugere que o formulário do projeto elaborado pela Comissão de Revisão passe a ser o seguinte: *“A Assembleia da República decreta, nos termos do artigo 161º, alínea c) e do artigo 165º, nº 1, alínea f) da Constituição, o seguinte:”*.

Tendo em vista o exposto, é inelutável a conclusão que este pré-projeto visa estabelecer as bases do Sistema Português de Saúde, pelo que como tal deveria ser designado.

**3.** Mas mesmo aceitando que o pré-projeto tenha por objeto as bases do Sistema Português de Saúde, julgamos que também aqui a Comissão de Revisão se revelou demasiado ambiciosa.

Desde há muito que o Tribunal Constitucional, seguindo a doutrina mais representativa, distingue três níveis de extensão das reservas absoluta e relativa de competência legislativa da Assembleia da República (cf. o Acórdão n.º 3/89; na doutrina, v., Jorge Miranda, Manual de Direito Constitucional, t. v, 4.ª ed., Coimbra Editora, Coimbra, 2010, p. 254; e Gomes Canotilho e Vital Moreira, Constituição da República Portuguesa Anotada, vol. ii, 4.ª ed., Coimbra Editora, Coimbra, 2010, anot. iv ao artigo 165.º, p. 325):

- Um nível mais exigente em que toda a disciplina legislativa da matéria é reservada à Assembleia da República;
- Um nível menos exigente, em que a reserva de competência legislativa daquele órgão se limita ao regime geral;
- Um terceiro nível, em que a competência da Assembleia da República é reservada apenas no que se refere às bases gerais ou bases do regime jurídico da matéria.

Neste último nível, embora não seja fácil definir senão aproximadamente o que deve entender-se por “bases”, é seguro que, nos domínios materiais correspondentes, compete à Assembleia da República “tomar as opções político-legislativas fundamentais e [...] definir a disciplina básica do regime jurídico, não podendo limitar-se a simples normas de remissão ou normas praticamente em branco” (cf. Gomes Canotilho e Vital Moreira, *ibidem*; cf. também os Acórdãos n.os 4/84 e 285/92; e Jorge Miranda, *ibidem*, pp. 406 e 412).

Não sendo fácil de precisar rigorosamente o âmbito das matérias reservadas à competência legislativa da Assembleia da República, em especial quando tal reserva se cinge às “bases” dos regimes jurídicos, deve preferir-se, em caso de dúvida, “a interpretação mais favorável ao alargamento da competência reservada da AR. Este princípio de interpretação resulta diretamente da preeminência legislativa da AR, cujo fundamento é o próprio princípio democrático-representativo” (cf. Gomes Canotilho e Vital Moreira, *ibidem*, anot. vi ao artigo 165.º, p. 327; também favorecendo «a interpretação que seja mais adequada ao primado do Parlamento», v. Jorge Miranda, *ibidem*, p. 255).

A mesma Assembleia não está, contudo, impedida nem de regular por ato legislativo seu toda a matéria em causa, mediante um ato legislativo compósito que integre princípios gerais ou princípios estruturantes e regras concretizadoras desses princípios e ainda outras disposições

de mera remissão para outros diplomas, nem de circunscrever a disciplina legislativa por si aprovada às referidas bases (em sentido material).

E estamos em crer que é exatamente esta a opção tomada pela Comissão de Revisão. Este pré-projeto não só não se limita a cumprir a reserva relativa de competência que a alínea f) do nº 1 do artigo 195º da CRP lhe comete, circunscrevendo-se a estabelecer as bases do SNS, como também não se limita, naquilo em que extravasa aquele preceito constitucional, a estabelecer as bases do sistema português de saúde, ele vai ainda mais longe, ele desenvolve os princípios por ele próprio estabelecidos, desenvolvendo-os e concretizando-os, muitas vezes com excesso de pormenor.

Isto é, o pré-projeto em consulta a que nos temos vindo a referir regula quase toda a matéria relativa ao sistema português de saúde, deixando muito pouco para legislar à regulamentação que pede ao Governo que elabore no prazo de 180 dias contados da sua entrada em vigor (cfr. Base LIII do projeto de proposta de lei).

**4.** Damos, pois, por adquirido que o pré-projeto consubstancia uma proposta de lei que visa estabelecer não só as bases do SNS como as do sistema português de saúde, e que desde logo procede ao desenvolvimento de grande parte das matérias nele contidas.

Também quanto a esta opção a APHP nada teria a obstar, não fora dar-se o caso de o pré-projeto enfermar de um vício de princípio, o qual, acredita-se, resulta de o mesmo se ter limitado a visitar a lei de bases da saúde de 1990, não relevando que, de então para cá, a realidade da prestação de cuidados de saúde em Portugal sofreu uma profunda transformação.

As necessidades da população aumentaram em volume, grau e diversidade e o investimento privado no setor da saúde tem vindo a aumentar substancialmente a oferta. Por outro lado, o valor de *out-of-pocket* é particularmente elevado em Portugal e os seguros de saúde privados cobrem hoje cerca de 26% da população, desempenhando um papel essencial na medida em que permitem uma maior rapidez no acesso ao tratamento hospitalar e a consultas em ambulatório, acesso acrescido à inovação e garantia da liberdade de escolha do prestador) e, raramente, complementar.

A evolução, portanto, não confirma a tese central de um SNS geral e gratuito ou “tendencialmente” gratuito.

A realidade é hoje inteiramente distinta.

Analisemos os seguintes dados:

	N.º de Empresas	Pessoal ao Serviço	Vol. de Negócios	VAB	EBE	FBCF	Resultado Líquido
	nº	nº	milhões €	milhões €	milhões €	milhões €	milhões €
<b>Cuidados de saúde com internamento</b>	<b>169</b>	<b>15.947</b>	<b>1.486,3</b>	<b>541,2</b>	<b>155,8</b>	<b>65,1</b>	<b>63,2</b>
<b>Cuidados de saúde em ambulatório</b>	<b>32.444</b>	<b>54.236</b>	<b>2.705,4</b>	<b>1.318,5</b>	<b>832,4</b>	<b>157,7</b>	<b>540,4</b>
<i>Atividades de prática médica de clínica geral, em ambulatório</i>	8.929	13.110	625,5	316,0	221,1	22,6	162,7
<i>Atividades de prática médica de clínica especializada, em ambulatório</i>	15.030	23.633	1.324,3	651,0	443,2	97,6	284,9
<i>Atividades de medicina dentária e odontologia</i>	8.485	17.493	755,6	351,6	168,0	37,5	92,8
<b>Outros cuidados de saúde</b>	<b>46.253</b>	<b>62.266</b>	<b>1.497,8</b>	<b>793,0</b>	<b>463,7</b>	<b>50,3</b>	<b>315,4</b>
<i>Laboratórios de análises clínicas</i>	381	4.978	350,7	152,9	60,1	1,1	39,4
<i>Atividades de enfermagem</i>	20.082	20.552	164,8	119,3	106,6	1,2	104,3
<i>Centros de recolha e bancos de órgãos</i>	12	80	5,0	1,6	-0,5	0,2	-0,7
<i>Outras atividades de saúde humana, n.e.</i>	25.778	36.656	977,3	519,3	297,5	47,9	172,3
<b>Sector Privado da Saúde</b>	<b>78.866</b>	<b>132.449</b>	<b>5.689,5</b>	<b>2.652,8</b>	<b>1.451,9</b>	<b>273,1</b>	<b>919,0</b>
<b>Peso no Total da Economia</b>	<b>7,0%</b>	<b>3,8%</b>	<b>1,8%</b>	<b>3,5%</b>	<b>4,6%</b>	<b>2,1%</b>	<b>10,1%</b>

Fonte: Estudo AMA/MillenniumBCP p.14 Versão Executiva

## SAÚDE EM PORTUGAL 2016

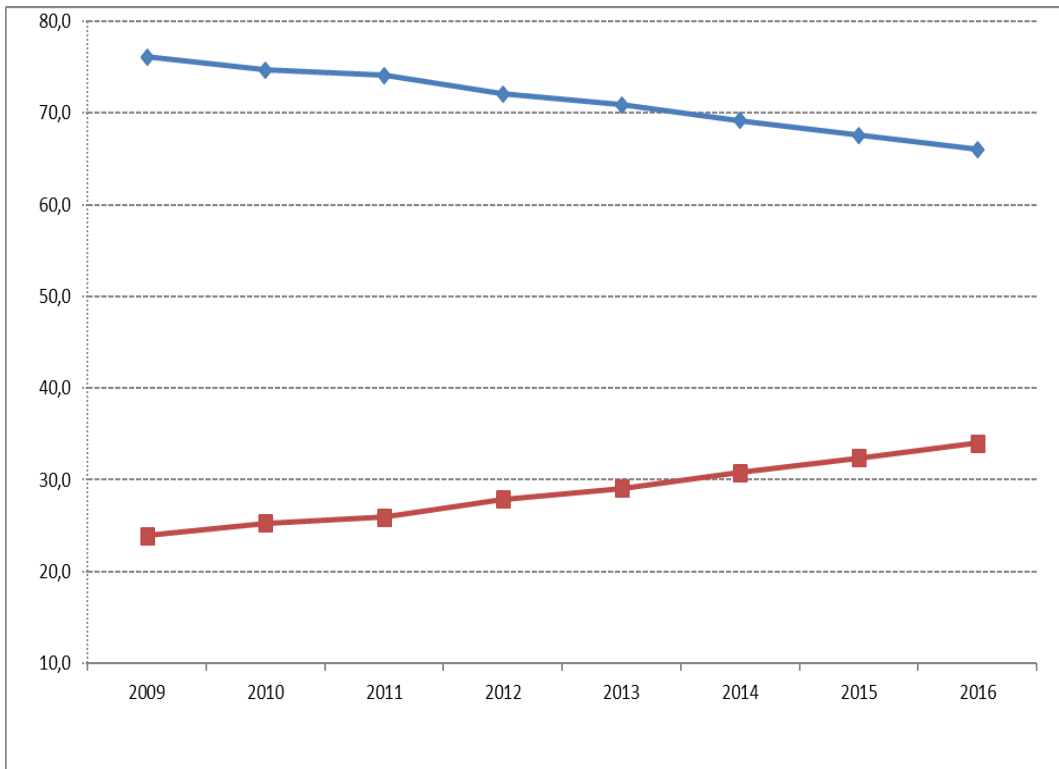
INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA  
STATISTICS PORTUGAL



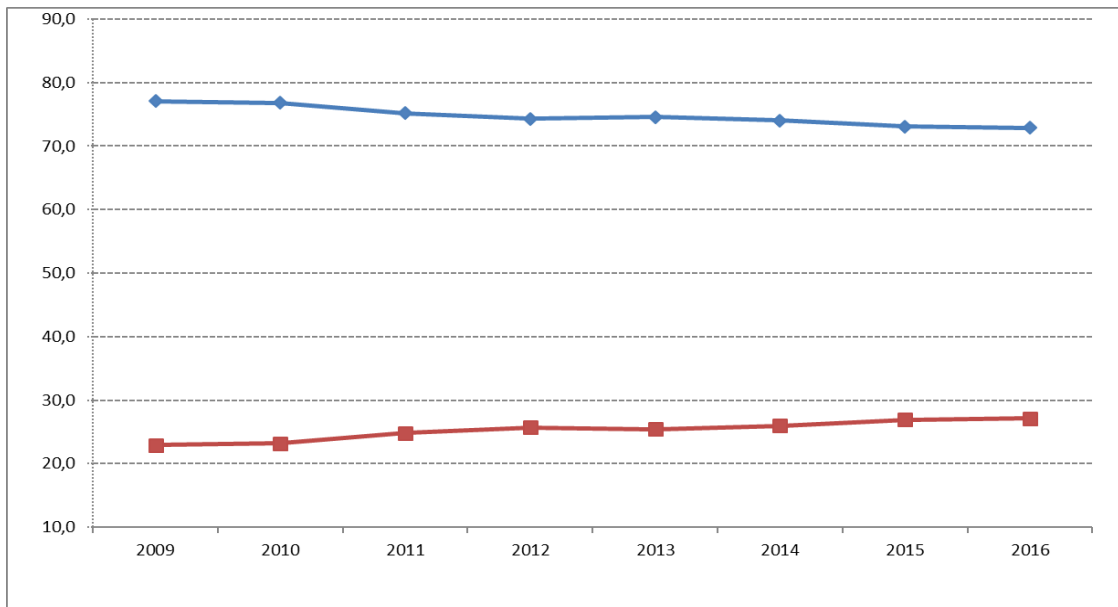
Fonte: INE, publicação Dia Mundial da Saúde 2018

## A hospitalização privada no sistema português de Saúde

### Consultas Externas



### Grandes e médias cirurgias



—◆— Hospital público e PPP —■— Hospital privado

Fonte: INE, publicação Dia Mundial da Saúde 2018

Da análise destes quadros destacamos alguns dados:

- Em Portugal existem 225 hospitais, 107 públicos, 114 privados e 4 em parceria público-privada;
- A Hospitalização Privada em Portugal emprega hoje 24.003 médicos, 39.670 enfermeiros e 8.800 técnicos de diagnóstico e terapêutica;
- Em 2016 a Hospitalização Privada em Portugal realizou 19 405 344 consultas externas e 931 779 cirurgias, 86.281 partos, 1 438 desses partos gemelares;

Também se consegue uma boa fotografia da realidade da prestação dos cuidados de saúde em Portugal, e da respetiva evolução, por via dos quadros que se apresentam *infra*, os quais resultam de um inquérito aos hospitais realizados pelo INE relativos aos anos 2006 a 2016:

**Consultas médicas na unidade de consulta externa dos hospitais entre 2006 e 2016, segundo a natureza institucional**

Natureza institucional	Unidade: N.º										
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016 (Po)
Total	12 586 145	13 369 520	15 572 901	15 058 722	15 763 360	16 078 381	16 717 704	17 567 373	18 113 509	18 872 012	19 405 344
Hospital público e PPP	9 994 865	10 486 254	10 997 033	11 459 329	11 780 275	11 918 055	12 052 382	12 448 308	12 532 247	12 758 815	12 808 231
Hospital privado	2 591 280	2 883 266	4 575 868	3 599 393	3 983 085	4 160 326	4 665 322	5 119 065	5 581 262	6 113 197	6 597 113

Fonte: INE, Inquérito aos Hospitais

**Cirurgias (exceto pequenas cirurgias) efetuadas nos hospitais entre 2006 e 2016, segundo a natureza institucional**

Natureza institucional	Unidade: N.º										
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016 (Po)
Total	761 064	809 955	883 324	917 463	916 470	891 268	888 362	913 045	906 276	910 610	931 779
Hospital público e PPP	572 786	595 910	672 778	707 435	704 212	670 621	659 762	681 047	670 720	665 256	679 279
Hospital privado	188 278	214 045	210 546	210 028	212 258	220 647	228 600	231 998	235 556	245 354	252 500

Fonte: INE, Inquérito aos Hospitais

Torna-se, portanto, evidente que do aumento da procura, da capacidade de investimento privado e satisfação dos fatores críticos (foco no doente, etc) resultou um crescimento da hospitalização privada e da prestação de cuidados de saúde privados.

Por outro lado ainda, a satisfação dos clientes da hospitalização privada também é fortemente reveladora do valor percebido da hospitalização privada em Portugal. Efetivamente, de acordo com o “estudo de satisfação dos utentes do sistema de saúde português”, do Departamento da Qualidade na Saúde da DGS, 2015, sabemos que:

**Esperou mais de 4 semanas para ter uma consulta de especialidade?**

	Total	Serviço de Saúde		
		Público	Privado	Nenhum
Sim	36,7%	42,2%	18,9%	22,8%
Não	43,5%	39,1%	68,0%	34,2%
Não aplicável	19,1%	18,0%	12,6%	42,5%
Ns / Nr	0,7%	0,7%	0,5%	0,5%

**Esperou mais de 1 hora no dia consulta, desde a efetivação até ao atendimento médico?**

	Total	Serviço de Saúde		
		Público	Privado	Nenhum
Sim	45,9%	49,9%	27,8%	45,1%
Não	51,8%	48,9%	70,9%	40,4%
Não aplicável	1,6%	0,4%	1,1%	13,5%
Ns / Nr	0,7%	0,8%	0,3%	1,0%

**A qualidade dos serviços prestados correspondeu ao esperado?**

	Total	Serviço de Saúde		
		Público	Privado	Nenhum
Sim	83,1%	82,6%	90,0%	73,6%
Não	13,7%	14,7%	9,2%	13,5%
Não aplicável	1,2%	0,4%	0,3%	10,9%
Ns / Nr	2,0%	2,4%	0,5%	2,1%

É pois inequívoco, conforme se concluiu no Estudo AMA/MillenniumBCP, de julho de 2017, que o setor privado está alinhado com os fatores críticos de sucesso, sendo ““principais fatores críticos de sucesso: a **orientação para a inovação**, não apenas nos cuidados prestados, mas também na forma como são prestados; o **enfoque no doente, respeitando a sua individualidade e a sua “soberania”**; a **tónica no valor**, encarado como ganho ou resultado para a saúde do indivíduo; o **comprometimento de todos os profissionais na maximização do valor por doente**; a quantificação rigorosa dos resultados de cada doente e sua comparação com os custos associados; a valorização das **tecnologias digitais**.” – negrito nosso.

5. Depois desta caracterização do peso da hospitalização privada em Portugal, fácil é de compreender porque não pode a APHP rever-se no pré-projeto da Comissão de Revisão da Lei de Bases da Saúde aqui em consulta.



De facto, um projeto que esquece praticamente cerca de 40% da realidade que se vive, em 2018, na saúde portuguesa não pode, em simultâneo, ter a pretensão de estabelecer as bases (e regula-las) do sistema português de saúde.

De entre as tarefas fundamentais do Estado, o artigo 9º da CRP elenca a de “Garantir os direitos e liberdades fundamentais e o respeito pelos princípios do Estado de direito democrático” (cfr. alínea b)), e a de “Promover o bem-estar e a qualidade de vida do povo e a igualdade real entre os portugueses, bem como a efectivação dos direitos económicos, sociais, culturais e ambientais, mediante a transformação e modernização das estruturas económicas e sociais” (cfr. alínea d)).

*Sabemos que “A fixação de fins pela Constituição condiciona o uso em concreto do poder legislativo, sendo possível, em certos casos, controlar se existe ou não adequação entre os fins constitucionais e os meios utilizados para os prosseguir, e se os fins prosseguidos são radicalmente diversos dos visados pelas normas e princípios constitucionais.*

*Nalguns casos, pretende-se confrontar a lei com ela própria, perguntando-se se existem ou não os pressupostos de facto legitimadores da edição de uma determinada disciplina legislativa, ou se o regime jurídico estabelecido por lei é ilógico, arbitrário ou contraditório.*

*As hipóteses de vícios de mérito reconduzem-se, fundamentalmente, a duas categorias: (1) vícios de mérito porque o uso do poder legislativo no sentido de impor determinadas soluções é objetivamente inadmissível perante determinadas circunstâncias, violando-se regras e princípios constitucionais (princípio da igualdade, princípio da proibição de excesso, direitos, liberdades e garantias ); (2) vícios de mérito por irrazoabilidade da lei captada através de um conjunto de manifestações ( inconsequência, incoerência, ilogicidade, arbitrariedade, contraditoriedade, completo afastamento do senso comum e da consciência ético-jurídica comunitária ).” - J.J. Gomes Canotilho, in *Direito Constitucional e Teoria da Constituição*, 7ª. Edição, pág.1320. –*

Ajustando esta doutrina à realidade da prestação de cuidados de saúde em Portugal, torna-se difícil não sustentar que o pré-projeto em análise manifesta um claro excesso ou desvio do poder legislativo porque impõe soluções inadmissíveis perante as circunstâncias que hoje são vividas na saúde em Portugal, entrando em confronto com os princípios *supra* transcritos, não sendo razoável nem lógico na medida em que se afasta do senso comum e da consciência ético-jurídica comunitária.

## II – Na especialidade:

**1- Base I-** Conforme se deixou já suficientemente explanado, o objeto que o pré-projeto anuncia nesta sua primeira Base é amplamente extravasado ao longo do restante articulado, pelo que se evidencia aqui uma deficiente técnica legislativa.

**2- Bases I a III-** Embora se reconheça a sua natureza eminentemente programática, desenvolvendo-se o seu conteúdo no campo do dever ser, é de repudiar que nos clausulados tendentes a afirmar os princípios gerais relativos ao direito a à proteção da saúde se esqueça em absoluto a atividade exercida pelos privados no âmbito da efetivação deste direito, cuja relevância se realçou no Ponto I. desta consulta.

São várias as referências expressas ao SNS, aos profissionais do SNS, aos estabelecimentos do Estado e outras entidades do setor público, sendo, nas cláusulas relativas aos princípios gerais, o pré-projeto totalmente omissivo no tocante às unidades privadas de saúde e aos seus profissionais, os quais, como se viu *supra*, são em quase 40% responsáveis para efetivação do direito à saúde em Portugal.

Esta situação é tanto mais agravada quanto se constata que o pré-projeto aboliu a Base IV da Lei de Bases em vigor, onde, no seu nº 2, se prevê que a efetivação do direito à proteção da saúde, para além de ser realizada por serviços próprios do Estado, também ocorre por via de acordos celebrados com entidades privadas, dizendo-se até que o Estado deve apoiar (para além de fiscalizar) a atividade privada na área da saúde.

**3. Base IV-** De novo se evidencia o intencional esquecimento do setor privado no âmbito da política de saúde. Efetivamente, quando comparamos esta base com a Base II da Lei de Bases em vigor ressalta a eliminação da alínea f), que por facilidade na exposição se transcreve: *“f) É apoiado o desenvolvimento do sector privado da saúde e, em particular, as iniciativas das instituições particulares de solidariedade social, em concorrência com o sector público”*.

A supressão desta alínea na Base destinada a fixar o enquadramento da política de saúde em Portugal é manifestamente um erro que a APHP não pode deixar de assinalar.

**4. BASE VII-** Optando por deixar de falar em “Direitos e deveres dos cidadãos”, como o faz a Lei de Bases em vigor, esta Base, destinada a elencar os “Direitos das pessoas em contexto de

saúde”, identifica vinte direitos, de diferentes graduações de importância, e esquece um dos mais elementares que aliás a Lei de Bases em vigor, bastante mais modesta nesta matéria, também já esquecia: o direito à liberdade de escolha.

Se em 1990 não elencar o direito à liberdade de escolha era, de certo modo compreensível, dada a quase insipiência da prestação de cuidados de saúde privados, em 2018, no contexto de prestação de cuidados de saúde que se caracterizou nesta consulta, a sua não consagração é inadmissível.

Esta situação torna-se ainda mais evidente quanto se constata o desaparecimento da alínea a) do nº 1 da Base XIV da Lei de Bases em vigor, que estabelecia expressamente, no âmbito do estatuto dos utentes, que estes têm direito *“A escolher, no âmbito do sistema de saúde e na medida dos recursos existentes e de acordo com as regras de organização, o serviço e agentes prestadores”*.

Claro que não é porque o pré-projeto não reconhece este direito que o mesmo desaparece da esfera jurídica dos cidadãos. Quer se queira, quer não, ele existe e é exercido. Era por isso mais congruente com a realidade que o mesmo se refletisse numa lei de bases do sistema português de saúde.

**5. Base XVI** – Tendo em conta as competências evidenciadas e os recursos existentes, entendemos que os privados além de serem requisitados também pudessem, se tal fosse tido como adequado e útil, participar em algum nível de planeamento.

**6. Base XXVII-** Ao pretender estabelecer a Base do “Sistema de saúde” o pré-projeto embora reconheça que este integra todas as entidades que atuam na prestação de cuidados de saúde retira a referência expressa, que o nº 4 da Base XII da lei de Bases em vigor faz, à rede nacional de prestação de cuidados de saúde.

De louvar, contudo, o disposto nos nºs 3 a 6 desta base, que determinam uma necessária articulação entre os diversos setores da saúde, no âmbito de uma cooperação e de acordo com o princípio da transparência, da eficiência, da avaliação e da regulação, sendo particularmente desejável o cumprimento do nº 6, quando nele se prevê que a articulação entre os setores público, de economia social e privado é determinada de acordo com as necessidades, a garantia

de acesso e dos demais direitos das pessoas em contexto de saúde, a qualidade das prestações de saúde, a demonstração de eficiência e os ganhos em saúde.

Isto porque, mais uma vez, a realidade tem revelado, nomeadamente pelos diversos estudos de avaliação das PPPs, que a colaboração com o setor privado se traduz numa maior eficiência e em ganhos em saúde.

Ainda nesta Base, concretamente no seu nº 9 (*“A abertura, a modificação e o funcionamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, qualquer que seja a sua denominação, natureza jurídica ou entidade titular da sua gestão, são disciplinados por lei com vista a garantir a qualidade e a segurança nas prestações”*), podendo ser aparentemente o reconhecimento de que, finalmente, os diversos setores devem obedecer às mesmas regras de abertura, modificação e funcionamento, deixa algumas reservas quando não o afirma claramente, dizendo apenas que *“são disciplinados por lei”*, o que abre a porta à fixação de diferentes disciplinas jurídicas consoante o setor sobre que incidam.

Esta era, acreditamos, a sede própria para, em defesa do princípio da livre e sã concorrência, se impor aos diferentes prestadores as mesmas regras, os mesmos requisitos e os mesmos padrões de qualidade, que um sistema de licenciamento obrigatório garantiria.

Contudo, infelizmente não é isso que se consegue ler no nº 9 da Base XXVII.

**7. Bases XXXVI e XXXV-** Quando o projeto autonomiza estas duas Bases, dando à primeira a epígrafe de *“Direitos e deveres dos profissionais de saúde”* e à segunda a de *“Estatutos dos profissionais de saúde e outros trabalhadores do SNS”*, está inequivocamente a estabelecer, na primeira, regras para todo e qualquer profissional de saúde, qualquer que seja o setor onde preste funções, e na segunda a circunscrever-se aos profissionais do SNS.

Para além da desnecessidade da Base XXXVI, na medida em que maioritariamente não traz nada de novo, visando apenas repetir regras jurídicas já existentes em legislação avulsa, por um lado, a mesma revela na parte em que inova no ordenamento jurídico uma ilegítima ingerência na gestão de recursos humanos das organizações privadas, autónomas e independentes do Estado.

E são estes os contributos que a APHP entende por bem prestar ao pré-projeto de proposta da Lei de Bases da Saúde elaborado pela Comissão de Revisão submetido a discussão pública.

**Associação Portuguesa de Hospitalização Privada, 19 de julho de 2018.**