

PLATAFORMA SALVAR O SNS

CONTRIBUTO PARA A DISCUSSÃO PÚBLICA DO ESTATUTO DO SNS

A pandemia de SARS-CoV-2 confirmou a importância do Estado na organização e na prestação pública dos cuidados de saúde. Pese embora as dificuldades do Serviço Nacional de Saúde (SNS) este soube resistir e adaptar-se de modo a responder às necessidades, emergentes e urgentes, de 10 milhões de pessoas. O SNS esteve sempre aberto e de prontidão.

A aprovação da recente Lei de Bases da Saúde permitiu a abertura de vias que poderão contribuir para o reforço do SNS. Porém, essa Lei ainda carece de um enquadramento regulamentar com resiliência adequada para devolver a estabilidade administrativo-organizacional ao SNS, que a tendente mercantilização do sector da saúde tem vindo a impedir. Importa-nos projetar o SNS para o futuro: com garantia financeira, com coesão organizacional, com coerência administrativa, com dedicação profissional e com flexibilidade funcional.

Estar do lado da solução será refletir sobre o projeto de Decreto-Lei do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (ESNS), que o Governo submeteu a discussão pública, sinalizando tanto os aspetos positivos como os negativos, de acordo com o espírito que enformou a nova Lei de Bases da Saúde. É a isso que nos propomos, alertando para potenciais riscos:

1. Regista-se que a atual proposta de Estatuto do SNS enquadra o regime de criação, organização e funcionamento dos Centros de Saúde (ACES), bem como os Estatutos dos Hospitais, Institutos Portugueses de Oncologia e Unidades Locais de Saúde (Artº1). **Entendemos que a proposta de um novo Estatuto para o SNS deve, de facto, conceber a organização administrativa do SNS como um todo integrado e, por consequência, minorar a possibilidade de vácuos legislativos que contribuam para instabilidade e desarticulação.**
2. Reconhece-se que a atual proposta de Estatuto do SNS prossegue pela opção da centralidade do serviço público de saúde na qual este coopera de maneira flexível com

outros sectores da saúde e demais co-autores de saúde, nomeadamente os recursos da comunidade (Artº 2 n.º1 e n.º3). **Entendemos que através deste posicionamento do SNS se poderá aprofundar a proximidade assistencial às populações sem prejuízo da planificação e da coordenação nacional as quais deverão permanecer centralizadas para garantia da (i) equidade de acesso, (ii) igualdade de tratamento, (iii) qualidade dos serviços prestados, (iv) racionalidade económica e (v) implementação das políticas de saúde em todo o território nacional.**

3. Destaca-se que esta proposta de Estatuto de SNS enquadra diversos estabelecimentos e prestações de saúde, que contemplam diferentes tipologias e níveis de intervenção, incluindo a saúde pública e a palição (Artº7 n.º2), para responder à saúde coletiva e individual em todas as fases da vida. **Consideramos que esta conceção de SNS poderá responder adequadamente às necessidades de saúde da população, tendencialmente envelhecida e com multimorbilidades crónicas sem, contudo, deixar de atender às necessidades assistenciais de todos os grupos populacionais, nomeadamente grávidas, crianças e sectores vulneráveis da sociedade.**

4. Destaca-se a intenção de desenvolver atividades de ensino e de investigação clínica nas unidades do SNS, nomeadamente através de Centros Académicos Clínicos (Artº30). Esta possibilidade de articulação entre os serviços de saúde e as instituições de ensino superior e unidades de investigação é de louvar, porém **importará ressalvar e também incentivar a produção científica própria, de iniciativa e origem no SNS, potenciando a abertura de linhas de investigação científica autónoma.**

5. Regista-se que a proposta de Estatuto de SNS dedica uma secção aos sistemas de informação (Artº 24). É referido que estes sistemas deverão contribuir para a obtenção de ganhos em saúde e reforçar a transparência de gestão. Com efeito a reiterada falta de interoperabilidade dos diversos sistemas, a fragmentação das informações clínicas e de administração/gestão, bem como a não otimização das potencialidades informáticas é inaceitável. Desta forma **importará:**

(i) clarificar que o “acesso à informação médica e de saúde independentemente do local prestação de cuidados” (Art24º. n.º3. al a.) consistirá num processo digital único, de propriedade do utente, criado, gerido e mantido pelo Ministério da Saúde, bem como a obrigatoriedade de implementação de medidas para acautelar

o seu funcionamento em todos os operadores de saúde - público e privado - de maneira a garantir a pertinência, a segurança e a inviolabilidade da informação, nomeadamente a identificação dos locais de acesso institucional de todos os profissionais de saúde.

(ii) proporcionar a que a informação sobre recrutamento em regime excecional de contratação (Artº17) seja centralizada (sem prejuízo da devida publicidade por cada estabelecimento), designadamente a identificação de necessidades de pessoal e a abertura de vaga de modo a que seja fácil aos profissionais de saúde e trabalhadores do SNS deles ter conhecimento, assegurando os princípios da igualdade de oportunidades, da imparcialidade, da boa-fé e da não discriminação, assim como da boa publicidade.

6. Constatase que no artigo sobre **Financiamento do Serviço Nacional de Saúde** (Artº 21) se define que a dotação orçamental do SNS deve garantir a afetação dos recursos necessários ao seu funcionamento eficiente e que também se prevê a existência de uma planificação plurianual para os investimentos de capital do SNS, garantindo uma gestão eficiente das instalações e dos equipamentos. Importa salientar que atualmente a ACSS, I.P. tem como “missão assegurar a gestão dos recursos financeiros e humanos do Ministério da Saúde (MS) e do Serviço Nacional de Saúde (SNS), bem como das instalações e equipamentos do SNS”. A realidade é bem diferente com a sistemática ausência de planeamento e incapacidade do Ministério da Saúde (MS) de promover os investimentos aprovados, porque a extinção do Gabinete de Estudos e Planeamento da Saúde e da Direção Geral de Instalações e Equipamentos de Saúde, retirou ao MS os recursos necessários á atividade de planeamento, de forma permanente e continuada e com recursos próprios, limitando-se a efetuá-la ocasionalmente através da contratação de serviços. O mesmo se passa com os recursos humanos relativamente aos quais não existe planeamento na sua formação e contratação. Para inverter o percurso atual, deve o estatuto incluir **a criação no Ministério da Saude de uma estrutura orgânica para elaborar o planeamento em recursos humanos, materiais, tecnológicos e financeiros e monitorizar o desempenho de forma completa, integrada e discriminada, adequando-os às necessidades identificadas e ao progresso científico e tecnológico, a saber:**

- a) das instalações e dos equipamentos de forma continuada e com recursos próprios, com capacidade de programação funcional das infraestruturas, com competências para contratação e revisão de projetos, aquisição de equipamentos, de coordenação da manutenção com apoio aos Serviços de Instalações e Equipamentos Hospitalares e estabelecimento de normas e procedimentos em engenharia de saúde;
- b) dos recursos humanos necessários á substituição por reforma, ás atualizações tecnológicas, novas infraestruturas, adequação a novas políticas de saúde bem como articular a respetiva formação com o Ministério da Educação (Artº14, nº3);
- c) dos recursos financeiros, antecipando as necessidades anuais e promovendo uma gestão racional de recursos humanos e de infraestruturas e de equipamentos (Artº90).

7. Regista-se que os **Sistemas Locais de Saúde (SLS)** se apresentam como dispositivos locais de proximidade que visam a participação e a colaboração intersectorial para ganhos em saúde na área da Prevenção Primária e Secundária (Artº 13). Como estruturas de articulação, referidas no numero 4 do Artº 10, as **Unidades Locais de Saude (ULS)** são estabelecimentos de saúde que integram cuidados primários e cuidados hospitalares, às quais a proposta de estatuto não dedica artigo específico. **As ULS**, integrando cuidados primários e hospitalares, promoverão a internalização da realização de Meios Auxiliares de Diagnóstico e a maior acessibilidade a consultas de especialidade e internamentos de agudos. Nas experiências já existentes, há bons resultados e resultados criticáveis, cujo levantamento e avaliação deve ser feito pelos respetivos atores no terreno. **Este projeto de estatuto não pode ignorar as potencialidades desta organização articulada de cuidados, visando a sua extensão a todo o País**, com modelos adequados aos grandes centros urbanos e ás outras zonas geográficas.

Os **SLS**, definidas no Artº 13, merecem-nos um conjunto de reflexões. Os **riscos de municipalização devem ser evitados, devendo a gestão dos cuidados primários depender estritamente da cadeia hierárquica do Ministério da Saude**, incluindo as carreiras dos

profissionais de saúde de âmbito nacional bem como os critérios de intervenção clínica. Porém, é no campo da Saúde Pública e dos Programas de Prevenção que as Autarquias e a sua rede de intervenção na comunidade, tal como as Escolas são atores indispensáveis.

De acordo com a proposta de ESNS a Saúde Pública deve monitorizar o estado de saúde das comunidades, os fatores que a influenciam e os recursos e as necessidades da população. Isto só pode ser feito em conjugação com a autarquia e os seus atores políticos e profissionais.

Não consta da proposta de Estatuto a necessidade de articulação regulamentada entre os grandes programas de prevenção da DGS (Programa Nacional de Alimentação Saudável, Programa de Combate à Diabetes, Exercício Físico, Prevenção de doenças Cardiovasculares e de Doenças Respiratórias), as autarquias, as escolas e por vezes as estruturas locais do terceiro sector. Também o orçamento destes programas é da ordem da indigência. Os dois primeiros programas dizem respeito globalmente à prevenção da Obesidade e da Diabetes (70% dos diabéticos tipo2 são obesos), que por sua vez estão associadas às doenças cardiovasculares e a outras patologias que, como vimos, foram fator de risco na pandemia Covid19. Em bibliografia recente as políticas de combate à obesidade infantil são consideradas uma questão de ética.

As imposições dos lobbies da agro-indústria são muito grandes a nível da União Europeia (UE) e dos respetivos países. O Estado português fez alguma legislação relativa ao sal e à comida hipercalórica (doces e gorduras saturadas). Existe um Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável, muito bem estruturado e com grande competência técnica, mas nunca teve financiamento para uma campanha de Publicidade que pudesse competir com a publicidade da agro-indústria. A Estratégia Integrada para a Alimentação Saudável (EIPAS) é interministerial, mas não dispõe de orçamento! No entanto é possível ao nível das autarquias realizar verdadeiras campanhas publicitárias, articulando Município, Escolas e Centros de Saúde.

A articulação local é um mundo a desenvolver, com colaboração, trabalho em rede, aproveitamento de associações locais, sempre na proximidade **e com dinâmica própria** sem estar à espera de ordens hierárquicas. Tal como é proposto, devem ter

regulamento interno discutido por todas as partes. **Recomenda-se que o Estatuto considere as melhores condições quer para a sua criação, que conforme refere a proposta, é dinamizada pelas ARS, mas deve também poder ser da iniciativa das instituições que as poderão integrar, quer para o seu funcionamento, devendo o conselho coordenador desempenhar as suas funções a tempo completo.**

8. Destaca-se que parece estar a ser proposta uma reorganização territorial dos ACES (Artº34) - que poderão ter uma área territorial de um conjunto de freguesias ou de uma NUT III (!) – dependente de proposta da Administração Regional de Saúde. Acresce que se prevê a possibilidade de criação de Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) pelos municípios (Artº37, nº7), com administração municipal, apesar da indefinição regulamentar sobre quem preside ao Conselho da Comunidade (Artº49), Presidente, esse, que tem assento no Conselho Executivo do ACES (Artº51). **Este dimensionamento e proposta de funcionamento para os ACES dificulta a pilotagem por parte da área da saúde e poderá gerar desigualdades assistenciais dentro de um mesmo ACES ou de um município, ao invés de potenciar os recursos da comunidade e a cooperação que os SLS propõem.**

9. Consta-se que de entre as unidades funcionais do ACES persistem as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP; Artº37, nº1). **Entendemos que o SNS do futuro não contempla esta tipologia de unidade pelo que se considera que o Estatuto do SNS deverá instituir um prazo para a conversão destas em Unidades de Saúde Familiar (USF) assumindo claramente as UCSP como entidades transitórias.**

10. Verifica-se que na proposta de Estatuto se contempla a participação de beneficiários do SNS e das autarquias (Artº 25 e Artº 26), mas nada é referido sobre o modelo de participação dos profissionais de saúde. Pese embora se preveja a eleição de um trabalhador para os conselhos de administração dos hospitais, esta participação não pode considerar-se suficiente para o desenvolvimento de formas de gestão democrática que potenciem a responsabilização e o envolvimento dos profissionais no funcionamento das unidades de saúde. Desta forma **propõe-se que em todos os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, cuidados primários e hospitalares,**

as equipas de administração devam ser nomeadas após seleção por concurso público, com objetivos e critérios de escolha definidos, excetuando os diretores clínicos e de enfermagem, que deverão ser eleitos pelos profissionais da respetiva área e integrar a equipa de administração nomeada.

11. Salienta-se que a proposta de dedicação plena/exclusiva deve entender-se como resposta do SNS para captar e fixar profissionais através de **um contrato de exclusividade, opcional e voluntário, com exceção do exercício de cargos de direção e administração para os quais será obrigatório, viabilizado por condições salariais, de vínculo e de carreira e simultaneamente condicionada a sua atribuição ao cumprimento de objetivos.**

Acresce que esta medida gestonária, visando colocar o SNS em condições de responder à concorrência do privado, deverá **substituir os generosos pagamentos “à peça”, das consultas e cirurgias, SIGA-SNS e contratação de serviços a empresas de trabalho temporário médico.** Estes pagamentos têm pervertido o funcionamento dos hospitais públicos porque tornaram mais lucrativos, em algumas especialidades, trabalhar á peça durante uma horas por semana do que com base num contrato de trabalho permanente. Assim, os hospitais do SNS têm-se confrontado com uma dificuldade crescente em criar e manter equipas a tempo completo. A dedicação plena/exclusividade não atingirá os seus objetivos se o SNS mantiver, em paralelo, um sistema de pagamento á peça ou hora, que assegura remunerações mais generosas e desintegradas da atividade dos serviços.

Propõe-se a aplicação imediata do regime que vigorou até 2009, condicionada a metas de atividade e de qualidade, com atribuição de vínculo de nomeação e integração na carreira com efetividade de progressão regular. Importa salientar que os custos adicionais gerados por este regime serão diretamente compensados pela eliminação das outras formas de pagamentos e indiretamente pela produtividade gerada e, seguramente pela redução de profissionais.

12. O projeto de Estatuto que nos é apresentado contem riscos de opacidade de tutela em relação a setores económicos. Prevê algumas medidas que se nos afiguram preocupantes, sobretudo quando conjugadas e o documento lido na sua globalidade. A

primeira destas medidas refere-se ao estilhaçar das responsabilidades tutelares do Ministério da Saúde, pelos Ministérios das Finanças e da Administração Pública, designadamente a tutela setorial e financeira das unidades de saúde integradas no setor empresarial do Estado (Artº 64, n.2) à qual acresce a possibilidade de autorização de participação de estabelecimentos EPE no capital social de outras sociedades (Artº 64 n.3 alínea e), a “dependência “do Ministério da Administração Pública para a criação de ACES (Artº34, n1), para a aprovação do plano plurianual de recursos humanos do SNS (Artº 14, n.4) e para a definição de suplemento remuneratório no regime de exercício de funções dos membros do conselho clínico e de saúde (Artº 47, n.5). Afigura-se-nos que a instituição de interdependências Ministeriais desta natureza poderá legitimar “vetos de gaveta” e dificultar a negociação com as associações representantes dos trabalhadores porque limitará a definição e a ação de política de saúde por parte do Ministério da Saúde, opacificando as suas competências e responsabilidades na administração/gestão de saúde.

Acresce que, em nossa opinião, a possibilidade de integração de “serviços prestadores de cuidados ou de serviços de saúde do sector privado e social no SNS” (Artº2, n.º2) mediante a celebração de contrato, não contribui para a clarificação da separação entre sectores económicos, como visado na Lei de Bases da Saúde. Entende-se que a celebração de contratos com o setor privado e social para a missão de adjuvar o SNS não carece de “*integração*” no SNS. Esta premissa de integração dos setores privados e social no SNS afigura-se potencialmente problemática quando conjugada com a possibilidade de “autorizar a participação do estabelecimento de saúde EPE, em sociedades anónimas que tenham por objeto a prestação de cuidados de saúde, nos termos do regime jurídico do setor público empresarial, cujo capital social seja por eles maioritariamente detido” (Artº 64 n.3 alínea e) e com o regime excecional de mobilidade (Artº 19, n.1 e n.2) o qual prevê que “o regime de mobilidade dos trabalhadores em funções públicas é aplicável aos profissionais de saúde do SNS, independentemente da natureza jurídica da relação de emprego e dos estabelecimentos ou serviços envolvidos, incluindo em matéria de consolidação...” sendo que “para efeitos do disposto no número anterior, os estabelecimentos ou serviços que *integram* o SNS são considerados unidades orgânicas desconcentradas de um mesmo serviço”.

Ainda que o modelo de sociedade comercial com influência dominante do Estado seja utilizado em outras áreas de governação, não parece admissível que o atual Governo se proponha a fazer *tabua rasa* do intenso debate de 2005 que culminou na

transformação do hospitais S.A. em entidades E.P.E. Sendo verdade que a presente proposta não modifica o estatuto dos hospitais *per si*, parece considerar-se a possibilidade de formação de “macro-empresas” nas quais uma das estruturas visa o interesse público enquanto outra poderá prosseguir interesses lucrativos, com a possibilidade de partilha de profissionais nas estruturas “integradas”. A constituição de entidades S.A. é um modelo de organização comercial que poderá conduzir à limitação da produção pública e no qual dominará a eficiência económica sobre a efetividade em saúde. Lembra-se que Correia de Campos promoveu a transformação das estruturas S.A para E.P.E argumentando que corrigiria o risco de privatização e que, assim, se estaria a contribuir para o aumento do serviço público em detrimento do lucro, para a maximização da equidade de acesso e impedimento da seleção de doentes (Campos, 2005). **Pretende o Governo retroceder nesta importante matéria sobre a organização dos cuidados de saúde?**

15 de novembro de 2021

A Plataforma Reforçar o SNS