

SALVAR O SNS, ESTAMOS DO LADO DA SOLUÇÃO

CONTRIBUTOS PARA A DISCUSSÃO PÚBLICA DO PLANO DE RECUPERAÇÃO E RESILIÊNCIA

O movimento “Salvar o SNS, Estamos do Lado da Solução” propõe que o Plano de Recuperação e Resiliência (PRR) se constitua como efetivo adjuvante ao desenvolvimento do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Saudando o enfoque formal que é atribuído ao SNS como pilar de Resiliência, este movimento considera que é chegada a hora do Governo agir, sem ambiguidades ou hesitações, para cumprir a valorização e o reforço do SNS enquanto organização pública de cuidados de saúde que, incluindo a saúde individual e populacional, é o único garante do cumprimento Constitucional do direito à saúde e proteção na doença.

Cientes que o PRR é um instrumento político-financeiro contido pelas estratégias e políticas nacionais inseridas no enquadramento europeu para a recuperação económica e social, torna-se fundamental realçar a função social e a caracterização organizacional ímpares que o SNS constitui no plano europeu e mundial:

- um serviço público, financiado pelo orçamento de estado, universal, geral e tendencialmente gratuito no momento da prestação, com planeamento e coordenação governamental, dotado de mecanismos de desconcentração e descentralização, gerido por entidades públicas e constituído por um corpo de profissionais (maioritariamente) vinculado ao Estado.

De facto, importa reconhecer que apesar das tentativas de desarticulação e de inserção de disfuncionalidades a que o SNS foi sujeito durante décadas, mercê de políticas “mercantilistas”, o serviço público de saúde português (ao contrário do Britânico) foi capaz de manter as características estruturais que (ainda) o colocam na vanguarda dos “sistemas de saúde” europeus na concretização da saúde como direito humano e que, por isso, apesar das dificuldades, se impõe valorizar e enaltecer social e politicamente (mesmo no plano internacional).

Constate-se que, ao contrário de outros “sistemas de saúde” que convergiram para a crescente participação orçamental pública [1], designadamente aqueles baseados nos seguros de assistência na doença, o SNS foi concebido para contemplar a universalidade e a generalidade de cuidados, nunca os tendo restringindo à condição laboral ou à qualidade financeira da entidade patronal, nem tampouco à aplicação de um “pacote básico de serviços” que corrompe a equidade no acesso os cuidados necessários. Quando, ainda hoje, a Organização Mundial de Saúde defende a necessidade de universalidade de acesso, já o SNS a exerce de forma sustentada, continuada e qualificada, independentemente dos melhoramentos que se possam introduzir.

Indissociável a estas características da prestação é a organização do SNS estar alicerçada na administração pública, porquanto nos países onde houve “desgovernamentalização” e “empresarialização” o deslaçamento administrativo-governamental redundou em dificuldade de escrutínio e participação democrática, privatizações/concessões, falta de congruência

territorial, falta de coerência organizacional, aumento da despesa pública sem a melhoria de resultados em saúde, bem como incerteza e precaridade laboral com consequente destruição de equipas. Acresce que os habituais argumentos, ideologicamente motivados, sobre insuficiente “custo-productividade-efetividade” quando comparadas a gestão pública e privada parecem estar a desmoronar-se dado que investigação recente sugere que as unidades públicas de prestação de cuidados são menos onerosas e podem ser, pelo menos, igualmente eficientes às do setor privado e social [2,3,4,5] - facto que poderá estar a contribuir para que Portugal apresente importantes resultados em saúde acima da média dos países da OCDE, apesar da despesa *per capita* em saúde ser inferior.

Como conclusão importa reafirmar que o investimento no SNS deverá representar uma visão estratégica pública de longo prazo, com definição de metas plurianuais, na qual se assume o PRR como instrumento catalisador de financiamento inicial, adjuvado por outros aportes financeiros, designadamente os Orçamentos Gerais de Estado e outros fundos europeus. E por considerar-se que o SNS é uma organização singular que contribui tanto para a qualidade da democracia como para a salvaguarda da soberania nacional, cujo enquadramento europeu exige o reconhecimento de especificidades contextuais por oposição ao modelo “*fit all*” que os interesses prevaletentes nas últimas décadas têm pretendido impor, é com o firme propósito de contribuir para o robustecimento do SNS enquanto serviço público, em consonância com os princípios da coesão entre os territórios da Europa, o Plano de Melhoria da Resposta do Serviço Nacional de Saúde (Resolução do Conselho de Ministros n.º 198/2019) e a Estratégia para a Inovação e Modernização do Estado e da Administração Pública 2020-2030 (Resolução do Conselho de Ministros n.º 55/2020), que o movimento “salvar o SNS, estamos do lado da solução” propõe que o PRR contemple as seguintes propostas:

1. Força de trabalho e condições laborais no desempenho de funções públicas

Os profissionais de saúde e as demais profissões direta e indiretamente relacionadas com a prestação de cuidados constituem o cerne do SNS enquanto organização pública.

Durante muitas décadas os trabalhadores em funções públicas foram desmerecidos na sua atividade profissional através das medidas de alegada “modernização” do Estado, segundo as quais se procurava racionalizar, e eventualmente externalizar, as funções produtivas e de prestação de serviços [6]. O facto é que este momento de crise económica e social provocado pela epidemia de SARS-Cov-2 tornou evidente a importância e a necessidade de reforço dos serviços públicos, os quais se encontravam depauperados e desguarnecidos de profissionais dedicados por reiterada falta de investimento numa organização e ambiente laboral motivador, reconhecedor de mérito e de importância social.

A Lei de Bases da Saúde (Lei 95/2019) ao prever que o SNS tenha uma “*força de trabalho planeada e organizada de modo a satisfazer as necessidades assistenciais da população, em termos de disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade, evoluindo progressivamente para a criação de mecanismos de dedicação plena ao exercício de funções públicas, estruturadas em carreiras...*” (Base 22, n.5) justifica que o PRR contemple medidas que visem a atração e a fixação de profissionais de saúde e de profissões conexas, atendendo à multiprofissionalidade exigida para a adequada provisão, articulação e integração de cuidados, através de:

- Assegurar o valor das **carreiras profissionais** na área da saúde como reconhecimento interpares de diferenciação técnica, científica e de liderança, implementando-as e valorizando-as, de modo a que a dedicação plena ao SNS se torne uma opção profissional maioritária porque satisfatória e garantidora da conciliação entre a vida profissional e familiar.
- Dotar os estabelecimentos de saúde do SNS com o **quadro de profissionais** necessários à satisfação das necessidades de saúde da população, com recurso ao trabalho em funções públicas, em detrimento dos contratos individuais de trabalho e prestação de serviços (recibos-verdes).
- Realizar **concursos** de provimento e de mobilidade em associação com as carreiras profissionais de forma regular, em épocas fixas e céleres, de modo a que não fiquem desertos e as colocações sejam efetivas.
- Garantir que o **planeamento da força de trabalho** assegura a existência de médico e enfermeiro de família para todos os cidadãos na totalidade do território nacional.
- Robustecimento do número de **profissionais de Saúde Pública** afetos às Unidades de Saúde Pública, entendidas como observatório local/regional de saúde e estrutura de vigilância e controlo epidemiológico.
- Estimular as entidades privadas de saúde a adotarem mecanismos de **negociação coletiva** com os profissionais de saúde, nomeadamente aquelas com as quais o SNS estabelece convenção ou protocolo de colaboração.
- Assegurar que as entidades do SNS têm meios para prover **formação pré e pós-graduada**, numa ótica de formação contínua, assegurando que todas as especialidades médicas e de enfermagem tenham possibilidade de formação pré e pós-graduada em unidades do SNS, de modo a potenciar a qualidade da experiência profissional através da possibilidade de aprendizagem contínua, de investigação, de ensino e de partilha de conhecimentos.
- Reforçar o número de profissionais afetos à função de **secretariado clínico** de modo a libertar os profissionais de saúde do excesso de exigências administrativas.

2. Investimento em infraestruturas tecnológicas, nos domínios da gestão integrada e Investimento em programas de monitorização e avaliação das políticas de saúde

Ao abrigo do compromisso para a Transição digital é possível estabelecer a convergência com o estipulado na Base 16 da Lei de Bases da Saúde, segundo a qual o Estado deve promover a utilização eficiente das tecnologias de informação e comunicação como instrumento para a prestação de cuidados de forma a melhorar o acesso aos serviços de saúde e a maximizar as condições de trabalho dos profissionais e a eficiência das organizações. De acordo com este compromisso europeu e desígnio nacional existe a oportunidade de resolver a escassez de recursos informáticos nas unidades de saúde e o problema da desintegração de sistemas e subsistemas que geram perdas de tempo, de eficácia, de efetividade e de resolatividade, constituindo-se como predisponentes da fragmentação dos cuidados. Neste domínio o PRR poderá:

- Assegurar a existência de **rede wireless** com largura de banda adequada em todas as unidades prestadoras de cuidados.
- Dotar as unidades prestadoras de **centrais telefónicas digitais** (“na nuvem”) de modo a qualificar o atendimento telefónico com resposta automática nas chamadas em espera, registo de pedido de chamadas e envio de mensagens.

- Renovar o **parque de computadores/monitores/impressoras**, onde seja necessário para acautelar dificuldades suscitadas pela modernização dos programas informáticos e utilização de rede.
- Adquirir **webcams** que possibilitem a realização de tele-consultas, teleconsultadoria e tele-saúde.
- Promover o **“simplex” na saúde** para proporcionar a eliminação das burocracias intermináveis e redundantes (profusão de todo o tipo de atestados, certificados, declarações); a automatização da emissão das faltas justificadas e a generalização da disponibilização da assinatura digital do prestador.
- Harmonizar os **sistemas de informação** existentes nas unidades do SNS de forma a assegurar a integração e interoperabilidade, de acordo com a base 15 da LBS, instituindo uma rede de comunicações que garanta a autonomia do SNS.
- Instituir o **processo clínico único**, centrado no cidadão, e com acesso em toda a rede informática do SNS, de modo a permitir a rápida consulta dos registos clínicos e a abarcar-se a informação integral nos casos cada vez mais prevalentes de multimorbilidade acompanhada por diferentes prestadores.
- Garantir que no processo clínico único, nomeadamente na área dos **meios complementares de diagnóstico e terapêutica**, prevendo a possibilidade (e obrigatoriedade) das entidades convencionadas inserirem os dados clínicos solicitados ao abrigo da convenção.
- Criar e desenvolver um **sistema de informação dedicado e autónomo para a saúde pública** provido de capacidade de georreferenciação, duplamente orientado para identificação e ação em caso de doença infecto-contagiosa, bem como para monitorização de resultados em saúde, que permita a recolha automática de dados de diversos subsistemas de informação em saúde e de sistemas de avaliação sócio-demográfica que possibilite a análise e síntese de resultados, numa ótica de trabalho colaborativo e em rede.
- Criar um **registo de doentes crónicos** associado ao Observatório Nacional de Saúde, articulável com o sistema único de informação de saúde pública.
- Acautelar em todas as redes dedicadas aos dados de saúde a **cibersegurança**, nomeadamente a inviolabilidade dos dados clínicos, o acesso discriminado por níveis de autorizações e o impedimento expresso de venda ou cedência de dados pessoais ou agregados a companhias seguradoras ou outras entidades privadas, cumprindo com o estipulado na Base 16 e no n.1 da base 15 da LBS.

3. Reorganização da gestão, funcionamento e orgânica da função pública associada ao SNS e à Saúde Pública

O PRR contempla um conjunto de propostas específicas para o SNS consideradas fundamentais, nomeadamente o reforço dos meios de transporte, a dotação de meios para prover saúde oral e a possibilidade de realização de alguns testes diagnósticos nos cuidados de saúde primários. Também o reforço das equipas de cuidados paliativos e de cuidados continuados é de valorizar atendendo a que têm sido áreas habitualmente pouco consideradas pela tutela ao longo de diversos mandatos. Neste domínio considera-se que ao abrigo do PRR se deverá:

- Constituir um **gabinete permanente dedicado ao planeamento plurianual** de infraestruturas e equipamentos de saúde “pesados”, de apoio ao responsável pela

tutela da saúde, que concentre os profissionais de engenharia e de arquitetura dedicados às estruturas de saúde que se encontram dispersos pelos diversos níveis da administração pública, para que exista um acompanhamento constante na identificação de necessidades e monitorização da segurança e da operacionalidade dos meios técnicos e da qualidade dos circuitos de circulação nas unidades públicas de saúde.

- Criar um **dispositivo de saúde pública** articulado com as organizações centrais, regionais e locais do SNS que assegure as funções de Observatório de Saúde com autonomia técnica e financeira com capacidade para informar e aconselhar a Autoridade de Saúde, visando a operacionalização da Base 10 da LBS: “Compete ao Estado acompanhar a evolução do estado de saúde da população, do bem-estar das pessoas e da comunidade, através do desenvolvimento e da implementação de instrumentos de observação em saúde”
- Incentivar a articulação entre unidades hospitalares e centros de saúde através da implementação de um mecanismo de **consultadoria** que facilite o diálogo regular entre os cuidados de saúde primários e os hospitais, para discussão e orientação de casos clínicos, acompanhamento e referenciação bidirecional dos casos, contribuindo para a resolutividade e a ambulatorização dos cuidados.
- Criar **Centros de Diagnóstico Integrados de Patologia Clínica e Tecnologias de Imagem**, aproveitando ou reajustando a capacidade instalada nos hospitais, garantindo resposta suficiente para internalização dos cerca de 500 M€ subcontratados pelo SNS, proporcionando que as colheitas analíticas sejam realizadas nos centros de saúde, com disponibilização imediata dos resultados laboratoriais ou imagiológicos no processo clínico único para acesso do médico de família e, se necessário, especialista hospitalar.
- Ampliar a capacidade de realização de **meios complementares de diagnóstico realizáveis nos cuidados de saúde primários** previstos no PRR de forma a poder incluir ECG com leitura assistida ou apoiada, nos casos mais complexos, Holter, espirómetro e análises clínicas que possam ser realizadas com recurso a tiras reativas.
- Acautelar que é **esgotada toda a capacidade instalada** nas unidades públicas de saúde, nomeadamente na realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica (ex. patologia clínica, Imagem e exames endoscópicos) antes de proceder a convenção/contratualização externa ou emissão de vale.
- Envolver os profissionais nos **processos de tomada de decisão** das suas unidades, implementando um modelo de gestão participado e democrático, alicerçado na auscultação ativa dos profissionais pertencentes aos diversos setores de atividade.
- Criar **estruturas de missão** que possam acompanhar as reformas dos cuidados de saúde primários e de saúde mental preconizadas no PRR, não esquecendo os cuidados paliativos e a rede de urgências.
- Prover os meios necessários para a implementação dos **sistemas locais de saúde** para que possa existir maior proximidade e envolvimento de outros parceiros institucionais e sociais, nomeadamente das autarquias, segurança social e terceiro setor da saúde (não lucrativo), o que contribuirá para a qualificação do acesso, a gestão integrada dos percursos de saúde e doença, o aumento da resolutividade dos casos e para a literacia e capacitação do doente e de todos os agentes envolvidos, através do fortalecimento de laços de cooperação interinstitucional.
- Promover novas formas de contratualização, designadamente a **contratualização conjunta para eixos públicos** de funcionamento hospital-cuidados de saúde primários,

prevendo a possibilidade de criação de centros de responsabilidade integrada envolvendo hospital-centro de saúde.

- Adotar de forma generalizada o modelo de **contabilidade analítica** para a gestão dos cuidados de saúde primários de forma a permitir financiamento adequado, transparência das contas e planeamento operacional e estratégico.

4. Infraestruturas e equipamentos de saúde

O PRR contempla uma componente de infraestruturas dedicada sobretudo à criação de apoios ao desenvolvimento empresarial sem considerar o SNS como estrutura pública que contribui para o desenvolvimento económico ou, sequer, para a denominada “redução de custos de contexto”. Igualmente o PRR não prevê o investimento em infraestruturas de saúde do tipo major, sendo que a rubrica que se refere aos equipamentos dos hospitais Seixal, Sintra e Lisboa com 196M€ atribuídos constitui a única referência a investimento na rede hospital sendo, por isso, insuficiente. Pese embora o investimento em infraestruturas de saúde requeira a aplicação de valores significativos, importa lembrar que a existência de retorno financeiro por via de ganhos operacionais e redução de despesas correntes. Neste domínio seria importante que o PRR previsse:

- Aumentar o número de **camas hospitalares para casos agudos** de forma a repor a perda de **cerca** de 4000 camas no setor público para que a capacidade instalada assegure o acolhimento/internamento.
- Efetuar obras de **remodelação** no Hospital José Joaquim Fernandes de Beja; no Hospital de Santa Maria em Lisboa e concluir o processo de remodelação do Hospital de São João no Porto.
- Rever os projetos dos novos hospitais de Sintra e do Seixal adequando-os ao **Planeamento Regional**.
- Intervir no sentido de **reconverter o Hospital de São José** conforme planeamento regional.
- **Iniciar a construção** do Hospital do Oeste, Hospital Central do Algarve, Hospital da Povoia de Varzim/ vila do Conde e Hospital de Barcelos.
- Criar **unidades de hemodiálise públicas** em todas as regiões, associadas a centros hospitalares.
- Criar **unidades públicas de cuidados continuados** de curta e média duração em parceria com os cuidados de saúde primários para estimular a “deshospitalização” e a transição gradual para os cuidados na comunidade.
- Criar centros de diagnóstico integrado, em associação com as unidades hospitalares, por forma a rentabilizar e **aumentar a capacidade de oferta pública** de meios complementares de diagnóstico e terapêutica em articulação com os cuidados de saúde primários. No caso de regiões com pouca densidade populacional considerar a implementação de centros de urgência básica que funcionariam como desconcentração hospitalar, dotados de meios de diagnóstico e profissionais de saúde que assegurariam a articulação e a continuidade de cuidados entre hospital e cuidados de saúde primários.

Considerações finais

A visão estratégica para Portugal 2020-2030, parcialmente vertida no PRR, poderá constituir uma oportunidade para começar a robustecer o SNS enquanto organização pública de prestação de cuidados em conjugação com o fortalecimento das estruturas de saúde pública.

É iniludível que as décadas precedentes foram marcadas pela implementação de políticas de desarticulação do setor público, nomeadamente do SNS, com conseqüente depauperamento da sociedade e aumento das exigências financeiras individuais para assegurar cuidados essenciais. No momento em que intervenientes associados à direita clamam que o PRR discrimina negativamente as empresas para privilegiar o setor público, impõe-se recordar que é através do SNS que a saúde da população é acautelada e garantida a capacidade de produção económica nacional, com dispensa de responsabilidade de custos acrescidos em prestações de saúde para as entidades patronais.

Apesar das acusações inflamadas de injustiça ou de viés ideológico governamental [7] importaria perguntar aos representantes do setor empresarial como sobreviveriam sem o SNS, uma vez que (sempre) alegam problemas de solvabilidade financeira para justificar baixos salários, precaridade e insegurança laboral, dispensa de taxa social única e maior flexibilização para despedimentos. Num país onde 17,2% das pessoas vivem abaixo do limiar da pobreza (as quais ascenderiam a 43,4% sem prestações sociais) [8], onde 10,8% dos trabalhadores são pobres [9], tendo sido registado um aumento significativo entre as pessoas com educação terciária e trabalhadores independentes entre 2012 e 2017 [10] e, mesmo assim, onde as famílias ainda se oneram em 27,5% para a satisfação de necessidade de saúde [11], a função do SNS transcende a prestação de cuidados – o SNS é um incontornável fator de coesão e desenvolvimento social, um genuíno sustentáculo para a produção económica nacional.

Com o PRR parece existir oportunidade política e financeira para começar a libertar o SNS dos principais estrangulamentos financeiro-organizacionais de matriz ideológica mercantil que lhe têm sido impostos ao longo de décadas. É necessário reforçar a capacidade de planeamento, de gestão, de transparência, de prestação de contas e de investigação públicas de forma a adequar o modelo de governação às imposições do futuro. O percurso sócio-político iniciou-se com a exigência e à aprovação de uma Lei de Bases da Saúde consonante com as necessidades do país, porém o processo exige um compromisso firme, determinado e continuado no tempo. É por isso que apelamos ao Governo e a todas as forças que iniciaram o caminho para o robustecimento do SNS que o continuem em conjunto. Estamos do lado da solução. Do lado do SNS.

P'lo **Movimento Salvar o SNS, Estamos do Lado da Solução**: Isabel do Carmo; Jaime Mendes; João Durão Carvalho; Manuela Silva; António Rodrigues; João Rodrigues; Teresa Gago, sem esquecer todos os outros participantes que contribuíram para que fosse possível construir este contributo.

Referências

- [1] Kutzin, J. (2011). Bismarck vs. Beveridge: is there increasing convergence between health financing systems? 1st annual meeting of SBO network on health expenditure 21-22 November 2011 Paris, OECD, acessível em: <https://www.oecd.org/gov/budgeting/49095378.pdf>.
- [2] GermÀ Bel & Marc Esteve (2020). Is Private Production of Hospital Services Cheaper than Public Production? A Meta-Regression of Public Versus Private Costs and Efficiency for Hospitals, *International Public Management Journal*, 23:1, 1-24, DOI: [10.1080/10967494.2019.1622613](https://doi.org/10.1080/10967494.2019.1622613). Acessível em http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/125197/1/IR18-024_Bel+Esteve.pdf
- [3] Jeurissen PPT, Kruse FM, Busse R, Himmelstein DU, Mossialos E, Woolhandler S. For-Profit Hospitals Have Thrived Because of Generous Public Reimbursement Schemes, Not Greater Efficiency: A Multi-Country Case Study. *Int J Health Serv.* 2021 Jan;51(1):67-89. doi: 10.1177/0020731420966976. Epub 2020 Oct 27. PMID: 33107779; PMCID: PMC7756069.
- [4] Tynkkynen LK, Vrangbæk K. Comparing public and private providers: a scoping review of hospital services in Europe. *BMC Health Serv Res.* 2018 Feb 27;18(1):141. doi: 10.1186/s12913-018-2953-9. PMID: 29482564; PMCID: PMC5828324.
- [5] Kruse FM, Stadhouders NW, Adang EM, Groenewoud S, Jeurissen PPT. Do private hospitals outperform public hospitals regarding efficiency, accessibility, and quality of care in the European Union? A literature review. *Int J Health Plann Manage.* 2018 Apr;33(2):e434-e453. doi: 10.1002/hpm.2502. Epub 2018 Mar 2. PMID: 29498430; PMCID: PMC6033142.
- [6] Vítor Poças e Joaquim Miranda Sarmento no Programa Expresso da Meia-noite exibido no dia 26 de fevereiro de 2021.
- [7] Comissão Técnica do PRACE. (2006) Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado. Relatório Final I - PRACE II – Princípios de reestruturação III – Conclusões e Recomendações. Acessível em: https://www.dgaep.gov.pt/media/0701020000/Cap%C3%ADtulos%201%20a%204/I%20a%20II%20-%20PRACE_Relat%C3%B3rio%20Global%20Final_Parte%201%20a%203.pdf
- [8] Visão (2020). Taxa de pobreza em Portugal em 2019 foi a mais baixa em 16 anos, acessível em <https://visao.sapo.pt/atualidade/sociedade/2020-10-17-taxa-de-pobreza-em-portugal-em-2019-foi-a-mais-baixa-em-16-anos/>
- [9] European Trade Union Confederation (ETUC), acedido em 28 de fevereiro de 2021. Acessível em <https://www.etuc.org/en/pressrelease/pay-rises-needed-work-poverty-rises-12-eu>.
- [10] Perista, Pedro (2019). ESPN Thematic Report on In-work poverty –Portugal, European Social Policy Network (ESPN), Brussels: European Commission.
- [11] ECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), Portugal: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels

