

## Estatuto do Serviço Nacional de Saúde

### Apreciação do Conselho Nacional de Saúde

#### Apreciação Geral:

O Conselho Nacional de Saúde (CNS), órgão de consulta do Governo na definição de políticas de saúde, reuniu extraordinariamente a 26 de novembro de 2021 para analisar em plenário o Projeto de Decreto-Lei que aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (SNS), após um período durante o qual se recolheram contributos individuais da parte dos Conselheiros e das Conselheiras, com o que se redigiu um primeiro manuscrito de apreciação.

O Conselho toma boa nota da elaboração de um novo Estatuto para o SNS, que atualizará a versão datada de 1993, e com o qual se pretenderá responder às atuais e futuras circunstâncias de saúde do país. A pertinência do documento obriga a uma avaliação cuidadosa com o envolvimento ativo de todas as partes interessadas, nas diversas fases da sua elaboração e implementação.

Se o período que vivemos tornou mais premente a necessidade de um novo Estatuto para o SNS, importa realçar que este documento deve estar muito para além de circunstâncias particulares, como o atual contexto epidemiológico, antes respondendo a carências já sentidas ao longo dos últimos anos, bem como readaptando-o à nova Lei de Bases da Saúde. Como tal, o CNS sugere que não seja feita referência à pandemia no preâmbulo de um documento que se pretende capaz de refletir uma visão estratégica a longo prazo, em vez de reativo a fenómenos particulares. O preâmbulo menciona também o Plano de Recuperação e Resiliência, referência que parece igualmente desajustada devido à limitação temporal da aplicação desse Plano e à mais longa amplitude temporal de aplicação de um novo Estatuto para o SNS.

O CNS realça na proposta de Decreto-Lei que aprova o Estatuto do SNS a pertinência da inclusão de linhas orientadoras no que diz respeito à participação dos utentes para uma melhor tomada de decisão, dando uma dimensão pragmática ao que consigna a Lei de Bases da Saúde.

O CNS considera que as áreas referentes ao financiamento e à avaliação da gestão e de resultado dos serviços carecem de uma descrição mais detalhada. O documento deve afirmar claramente a centralidade estatutária do cidadão, descrevendo a articulação entre os diversos níveis de cuidados e diversos parceiros, mais do que simplesmente anunciá-los. Em particular, as relações do SNS com os sectores social e privado devem ser claramente consideradas na sua dimensão estatutária.

O documento lembra que o SNS efetiva a responsabilidade do Estado nas vertentes de promoção e prevenção, para além dos cuidados curativos ou paliativos. No entanto, esta dimensão tão determinante para a própria sustentabilidade do SNS, historicamente e inapropriadamente desvalorizada, deve ficar expressa no Estatuto, assim como descritas as entidades às quais essa responsabilidade fica adstrita.

Ainda merece reflexão a importância de o Estatuto do SNS ser decidido e implementado de forma ponderada e num tempo apropriado. Trata-se de uma matéria que exige consenso societal, o qual deverá conduzir a uma melhoria significativa da relação do SNS com os cidadãos e a sociedade.

Alguns aspetos mais particulares merecem ser considerados:

1. O documento deve explicitar o primado dos princípios fundamentais que caracterizam o acesso à Saúde em Portugal, como a universalidade e a equidade social e em saúde, a diferenciação positiva e coesão territorial.
2. O Estatuto deve ser orientado para as boas práticas de gestão financeira, através da otimização dos recursos existentes, gestão e fiscalização coerente dos contrato-programa que são referidos. Sugere-se que essa fiscalização seja exercida por uma entidade independente e externa aos órgãos de administração.
3. Assentar o modelo de financiamento nos resultados em saúde, quer a título individual, quer a nível comunitário, encorajando iniciativas que promovam a humanização dos cuidados prestados pelo SNS. Nesse sentido na subsecção relativa à avaliação, controlo e prestação de contas dos hospitais EPE deveria ter-se em consideração as recomendações recentemente realizadas pelo Tribunal de Contas no âmbito das Parcerias Público Privadas (PPP) hospitalares no SNS, nomeadamente: “A aplicação e a monitorização dos indicadores de desempenho de

resultados previstos nos contratos de PPP a todos os hospitais do SNS, adequando-os com base na experiência adquirida; a generalização da aplicação e monitorização dos inquéritos de satisfação dos utentes e dos profissionais, previstos nos contratos de PPP, a todos os hospitais do SNS; e a avaliação dos mecanismos associados ao sistema de gestão da qualidade exigidos aos estabelecimentos geridos em PPP, no sentido da ponderação da sua generalização ao conjunto de unidades hospitalares do SNS.”

4. A referência aos custos “reais diretos e indiretos e o necessário equilíbrio de exploração” (Artigo 23º) é fulcral para a sustentabilidade do SNS e para a saudável articulação com os restantes elementos do sistema de saúde. Note-se que o Conselho de Finanças Públicas tem repetidamente chamado a atenção para a fixação administrativa de preços sem relação com os custos do desenvolvimento da atividade. Os preços dos cuidados de saúde com financiamento público, sejam os prestados pelos estabelecimentos que integram o SNS, ou pelos estabelecimentos privados que com ele contratualizam serviços, não resultam, como deveria acontecer, de um qualquer processo de formação de preços assente em critérios de racionalidade económica e que garanta a segurança e qualidade dos cuidados prestados. A este propósito veja-se nomeadamente o “Parecer da ERS [Entidade Reguladora da Saúde] sobre as alterações nos preços das convenções do SNS”, de 29 de setembro de 2017 em que se conclui que “se desconhece qualquer racional económico e de análise das condições de mercado que justifique essas reduções nos preços das convenções, e realça-se a heterogeneidade entre áreas de convenção ao nível da comparação entre os preços das convenções e os preços do SNS”.
5. O CNS considera que se deve evitar a criação de uma estrutura de organização complexa e pesada. A dependência de vários órgãos para uma urgente decisão em saúde pode provocar entropias que condicionam a vida de pessoas. Para além disso, apresenta o risco de conduzir a um adicional de despesa pública. No entanto, não se pode confundir a gestão da rotina corrente com a necessidade de centralização em momentos de exceção crítica, como podem ser os fenómenos extremos de natureza infecciosa.
6. O Estatuto separa as funções do(a) Ministro(a) da Saúde da Direção Executiva do SNS, mas deve ficar desde já esclarecida qual a natureza jurídica, a constituição, organização, estrutura e funcionamento desta Direção-Executiva. De facto, desconhece-se se este órgão terá tutela, capacidade regimental de gestão ou simples articulação com, nomeadamente,

Administrações Regionais de Saúde, Administração Central do Sistema de Saúde, Direção-Geral da Saúde, Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. Só assim será possível compreender a extensão dos ganhos esperados.

7. Deverão clarificar-se de acordo com a sua dimensão estatutária os ganhos apresentados pela composição dos Sistemas Locais de Saúde (Artigo 13º), a constituição do conselho coordenador e as garantias na sua constituição relativamente a competências técnicas e de gestão indispensáveis. Neste Artigo deveriam ser integradas as Associações de Doentes, devidamente estruturadas e organizadas que, em muitas situações e em múltiplos locais do país, se impõem como a única estrutura de apoio e de proximidade no que respeita ao acompanhamento do doente.
8. No documento, está omissa a forma de articulação e a cadeia de referenciação dos utentes. Esta deveria ser centrada nos cuidados de saúde primários, com os hospitais terciários no topo. É ainda necessário que este documento clarifique a forma de cooperação entre o SNS, o sector social e o privado, tendo sempre em conta os potenciais ganhos em saúde para o utente, a eficiência e a equidade.
9. A eleição de corpos de gestão, tais como coordenadores, diretores executivos, diretores de serviço, conselhos de administração, entre outros, devem ser processos transparentes. O CNS propõe que, em vez de designação, sejam realizados concursos que tenham em conta as competências dos candidatos e as suas propostas para aquela função, e que os critérios sejam claramente comunicados. No que diz respeito ao regime de exercício de funções previsto nos Artigos 40º e 47º, sugere-se a introdução da limitação de mandatos (por ex. limitada a duas renovações) no nº1 do preceito, de forma a garantir a rotatividade dos coordenadores e diretores executivos e a respetiva alternância democrática. Deve ser ainda definida a forma de avaliação dos responsáveis pela gestão dos serviços de saúde, e as consequências relativas a avaliações negativas.
10. Relativamente ao número 3 do Artigo 40º, cumpre referir que, nas funções de coordenador (exigentes do ponto de vista funcional) e de forma a promover uma dedicação mais responsabilizada por parte do mesmo, deverá ser considerado uma redução do tempo de serviço assistencial, ou remuneração extra, no caso de não ocorrer redução de serviço assistencial. Contudo, é de sublinhar que, em unidades funcionais maiores, poderá ser

impossível coordenar e cumprir as funções assistenciais no mesmo horário, podendo prejudicar a assistência aos doentes e a coordenação.

11. Relativamente à composição e designação do conselho clínico e de saúde previsto no Artigo 45º deve também abranger os “técnicos superiores” de forma a possibilitar que outros profissionais de saúde possam ser eleitos para vogais dos Conselhos Clínicos e de Saúde.
12. Os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) devem garantir os cuidados de saúde aos cidadãos residentes na sua área de abrangência, incluindo, para além de crianças e idosos em estruturas residenciais, todos os cidadãos em situação vulnerável, tais como grávidas, mulheres em casas de abrigo, migrantes, pessoas em situação de sem-abrigo, entre outros.
13. A referência a “centros de saúde” parece desajustada da estrutura dos ACES, já que estes já não são compostos por “centros de saúde”, mas por Unidades de Saúde Familiar, Unidades de Cuidados Personalizados, Unidades de Saúde Pública, Unidades de Cuidados na Comunidade e Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados. Deve-se fomentar a articulação entre unidades funcionais ocorra ao nível do ACES, e não apenas ao nível das estruturas físicas que as alberga.
14. Denota-se a escassa referência à área de investigação no SNS. Ora, a investigação feita nas suas unidades é fundamental para a qualidade de vida dos utentes e para o aumento da eficiência dos cuidados que lhes são prestados, devendo assim ser clara a valorização e proteção do tempo dedicado à investigação por parte dos profissionais do SNS.
15. Nos Artigos 36º e 63º, a abertura e funcionamento de uma unidade de saúde deve considerar o cumprimento dos requisitos técnicos, como definido nos termos do Decreto Lei nº 127/2014.
16. Seria importante valorizar o conhecimento que as associações de doentes foram produzindo ao longo de anos de apoio aos seus doentes. A figura de um “Provedor do Doente” tem sido sugerida há algum tempo e este pode ser o momento de a introduzir no modelo nacional de um Conselho Consultivo do SNS. Figura semelhante saída da sociedade civil deveria representar o “Provedor da Pessoa Saudável”, dando visibilidade à promoção da saúde e à prevenção da doença.
17. A promoção da participação dos cidadãos deve ser uma das competências do Gabinete do Cidadão, e esta deve ir muito além da aplicação de inquéritos de satisfação.

18. No que respeita à celebração de contratos de integração de unidades privadas de saúde no SNS, são necessários esclarecimentos legais. O projeto-lei indica que a integração no SNS, mediante celebração de um contrato, deverá ocorrer nos termos das Bases 6ª e 25ª da Lei de Bases da Saúde. Contudo a mera contratualização da prestação de cuidados de saúde não é integração do SNS, mas sim uma articulação, tal como consta no atual Estatuto do SNS. Com o conceito de “integração” parece que as unidades privadas de saúde ficarão sujeitas às mesmas condições de organização e gestão interna do que as unidades de saúde que de facto integram o SNS. Uma vez que a Lei de Bases da Saúde é uma lei de valor reforçado, nos termos dos n.ºs 2 e 3 do Artigo 112º da Constituição, na medida em que é pressuposto normativo necessário de outras leis e que por outras deve ser respeitada, ficando os diplomas que desenvolvam as bases gerais do seu regime jurídico à Lei de Bases subordinados, julga-se que se impõe neste projeto a necessária adequação sob pena de inconstitucionalidade indireta.
19. O documento não explicita no que consiste o Regime de Dedicção Plena (Artigo 16º). O Conselho Nacional de Saúde recomenda que, previamente à sua implementação, sejam estudados as condicionantes financeiras e organizacionais que contribuem para a não retenção dos profissionais de saúde no SNS, e as potenciais estratégias para abordar esses determinantes. As estratégias para retenção de profissionais devem estender-se a todos os profissionais de saúde que possam estar em falta, nomeadamente os mais qualificados.
20. O Regime Excepcional de Trabalho Suplementar (Artigo 18º) deve considerar mecanismos de monitorização e vigilância da saúde ocupacional e capacidade de resposta dos profissionais de saúde, de forma a prevenir situações de *burn out* e a segurança dos utentes.
21. As estratégias para fixação de profissionais em zonas carenciadas (Artigo 20º), devem ser estendidas a todos os tipos de profissionais em falta.
22. Merece uma descrição mais esclarecedora a criação de um vogal não executivo representante dos trabalhadores (Artigo 66º a 79º) uma vez que pode levar à criação artificial de comissões de trabalhadores, sem a total garantia da pluralidade de representação das estruturas sindicais.
23. Os termos a que se referem os Artigos 8º e 24º são restritivos quanto à importância de o cidadão ter acesso aos seus dados de saúde e apoio na sua compreensão, se por ele requerida. Este documento deveria vincar o princípio da propriedade dos dados de saúde por parte dos cidadãos, defender o acesso direto (sem necessidade de intermediação) a esses

- dados e a possibilidade de apoio na sua interpretação. O Gabinete do Cidadão poderia ter um papel relevante nesta ligação do cidadão à sua informação de saúde.
24. Aflora-se, no conceito de saúde pública (Artigo 12º), o conceito de vida saudável em articulação com a saúde ambiental sem, no entanto, qualquer outra referência à definição concreta destes termos e ao facto de ser excessivamente redutor só referir a saúde ambiental. Por outro lado, à saúde pública não competem apenas funções de promoção da saúde ou de prevenção das doenças. Importa, por isso, rever definições e descrever competências para uma melhor resposta e para evitar casos omissos.
25. Relativo ao Artigo 37.º da Secção II, número 8, sugere-se a seguinte redação: “As USP são unidades às quais cabem as seguintes funções: observatório de saúde com a monitorização e avaliação da prestação de cuidados de saúde, apoio à gestão do ACES, a elaboração de informações e planos no domínio da saúde pública, a gestão de programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde da população e de grupos específicos, a vigilância epidemiológica, colaborando no exercício de funções de autoridade de saúde. São compostas por médicos, enfermeiros, técnicos superiores de saúde, técnicos de saúde ambiental, e outros profissionais de relevo, todos com formação específica em saúde pública”.
26. Dada a abrangência de funções das USP e a necessidade de trabalho intersectorial deveria ser especificada a necessidade e o enquadramento legal para a contratação de profissionais com formação em saúde pública e promovida a diferenciação profissional em áreas como a epidemiologia, sociologia, a economia, a informática ou a comunicação. Importa ainda considerar a autonomia financeira das intervenções de Saúde Pública.
27. É necessário efetivar a aplicação do previsto no Despacho n.º 11347/2017 do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, publicado a 27 de Dezembro de 2017, que determina o modelo de organização e funcionamento da Psicologia Clínica e da Saúde no SNS, bem como criar os Conselhos de Coordenação regionais e nacional de serviços de Psicologia do SNS. Igualmente, deverá incluir-se no Estatuto qual o papel e a organização de outras atividades e seus profissionais, como sejam os Médicos dentistas e outros profissionais de saúde oral, os nutricionistas ou os profissionais de medicina física e reabilitação.
28. Entende-se que deveria existir um cuidado terminológico, nomeadamente quanto às organizações de representação dos doentes. Estas são denominadas em determinados locais

como “entidades de apoio social” (Artigo 29º), “Instituições particulares de solidariedade social” (Artigo 49º), “Associações e redes de utentes” (Artigo 50º) e “associação de utentes” (Artigo 82º). Este tipo de imprecisão leva à incompreensão e, frequentemente, ao não envolvimento deste tipo de organizações. Dado que existem definições legais propõe-se que se adote apenas uma delas, que seja abrangente e fazendo a explicação do seu significado.

29. Estranha-se que o Artigo 31.º refira genericamente as entidades reguladoras e não haja nenhuma referência à Entidade Reguladora da Saúde. Também se esperaria que houvesse uma menção ao Conselho Nacional da Saúde neste Artigo, tanto mais que é entidade consultiva das políticas de saúde a implementar pelo Ministério da Saúde, das quais o SNS faz parte.
30. Quando na generalidade dos casos os hospitais EPE tendem a gerar prejuízos sucessivos, prever expressamente no n.º 2 do Artigo 92º a constituição de uma reserva legal de 20% dos rendimentos deve ser acompanhada de uma explicação e das consequências previstas.
31. O Estatuto deverá deixar espaço para aquilo que pode ser estruturante para o futuro tal como a genómica, a inteligência artificial ou a transformação digital.
32. Os grandes desafios do futuro próximo, com o que implicam de modificações organizativas ou de integração social, como as doenças raras ou a procriação medicamente assistida merecem uma menção específica.
33. Reitera-se a importância deste documento refletir a dimensão de um Estatuto e não a de um regulamento de funcionamento, sendo um documento estratégico que defina as competências de cada instituição e como estas se devem relacionar. Mais ainda, chama-se a atenção para a necessidade de rever o documento no que se refere ao seu rigor técnico e científico evitando expressões que não estejam definidas do ponto de vista jurídico.

Lisboa, 26 de novembro de 2021