

PROGRAMA de ACÇÃO para o TRIÉNIO 2016/2019

Contexto político-sindical

Durante o anterior mandato dos órgãos dirigentes da FNAM, verificou-se uma alteração do poder político, decorrente dos resultados das eleições legislativas realizadas em Outubro de 2015 e que levou à constituição de um governo com substanciais diferenças programáticas face às prévias políticas de contínuo desmantelamento das políticas sociais públicas e afrontamento preocupante do Estado Social.

Durante os anos de 2014 e de 2015, com o anterior governo, as dificuldades negociais, as medidas gravosas em desenvolvimento e a necessidade da nossa intervenção sindical para impedir a desarticulação das Carreiras Médicas e do próprio SNS, criaram um clima de permanente tensão na relação institucional, com expressões práticas bem elucidativas como foi a greve nacional dos médicos a 8 e 9 de Julho de 2014, que atingiu uma elevada adesão.

Neste último ano, apesar da alteração de governo, as medidas concretas e de clara inversão do rumo anterior não foram implementadas e foi aprovado um diploma legal intitulado “acto em saúde”, que representa uma clara tentativa de liquidação da especificidade da profissão médica, globalmente considerada nos seus vários planos: ético, deontológico, técnico-científico e laboral.

Este Programa de Ação visa responder aos problemas que se deparam à generalidade dos médicos e à capacidade de funcionamento dos serviços de saúde, tendo em conta o contexto político complexo e persistências de múltiplas vicissitudes que tornam difícil o desempenho da atividade sindical.

Merece especial referência o sector hospitalar, onde se assistiu ao crescimento avassalador do sector privado e conseqüente recuo do hospital público, acompanhado de transferência de profissionais.

A esta situação geral, acresce o facto de a Saúde ser provavelmente o sector laboral onde a revolução tecnológica tem maior impacto e se tem processado de forma contínua nas últimas cinco décadas, colocando novos desafios e exigências de adaptação da organização e dos métodos de trabalho e, por consequência, colocando a necessidade de novas modalidades de intervenção reivindicativa.

Apesar de tudo, este Programa de Ação mostra que a FNAM mantém as suas posições de princípio e os seus valores sindicais, não criando ilusões ou falsas expectativas em função de retóricas governamentais e que continuará a pautar a sua intervenção com determinação e firmeza político-sindical, independentemente do governo que em cada momento estiver em funções.

Simultaneamente, todo o contexto político nacional e europeu exige que as várias organizações sindicais estabeleçam plataformas de convergência e de ação conjunta, em torno de grandes objetivos laborais, sociais, civilizacionais e da defesa determinada da democracia e da liberdade.

No âmbito específico da Saúde, a FNAM reafirma o seu empenhamento na articulação reivindicativa entre as várias organizações médicas, em defesa das Carreiras Médicas, dos direitos laborais e da Contratação Coletiva.

Relativamente às outras organizações de profissionais de saúde e a estruturas cívicas de defesa dos direitos sociais e constitucionais, a FNAM também reafirma a sua permanente disponibilidade e empenho para desenvolver ações conjuntas e convergentes em defesa do Direito à Saúde e do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Apesar dos delicados desafios que se colocam, a FNAM apresenta um conjunto de compromissos para o próximo triénio, em relação aos quais não poupará esforços para os honrar.

A sua ação sindical será centrada em torno dos seguintes grandes objetivos reivindicativos:

I. Objetivos Gerais

II. Uma Nova Gestão Pública na Saúde

III. A Carreira Médica, o Emprego e as Condições de Trabalho

IV. Contratação Coletiva e Política Salarial

V. Reforço do Sindicalismo Médico e Relações Institucionais

VI. Comunicação

VII. Relações internacionais

I – Objetivos gerais

1. Defesa e modernização do Estado Social, no respeito rigoroso pela sua matriz humanista e constitucional.
2. Defesa e revitalização do Serviço Nacional de Saúde (SNS), como instrumento de garantia do direito constitucional à saúde, enquanto serviço público geral, universal, solidário e tendencialmente gratuito.
3. Melhoria contínua da Carreira Médica, preservando a sua autonomia e independência técnico-científica e exigindo a sua integral aplicação em todos os estabelecimentos de saúde, independentemente do seu estatuto jurídico-legal.
4. Exigência de negociação da legislação relativa ao setor da saúde, no rigoroso respeito pelos princípios constitucionais da participação das organizações sindicais.
5. Defesa da Contratação Coletiva e dos seus instrumentos de negociação e participação sindicais.
6. Definição de uma política de gradual delimitação entre os setores prestadores públicos, privados e sociais, a começar, desde logo, pelo fim do financiamento das unidades privadas através de dinheiros públicos. O recurso ao privado só deve ocorrer depois de esgotada a capacidade instalada no SNS. Por outro lado, deve haver total

transparência na acumulação, por parte de profissionais, quando em trabalho nos vários sectores.

7. Independentemente do modelo da ADSE se basear num instituto público ou numa associação mutualista, entendemos que se torna imprescindível a participação das organizações sindicais dos vários sectores laborais da Administração Pública nas suas instâncias de gestão e de decisão.

8. Auditoria rigorosa das PPP's hospitalares até agora implementadas, para que se evitem incumprimentos de contratos e se possibilite a renegociação daqueles que se mostrarem prejudiciais.

Consideramos que não devem ser estabelecidas mais PPP na saúde e as vigentes não devem ter aumento de verbas à custa do orçamento da Saúde.

9. Criação de um quadro legal a nível dos serviços públicos de saúde que determine uma gestão pública assente na responsabilização dos membros das administrações, na avaliação das atividades dos serviços, na descentralização dos processos de decisão, na prévia definição de objetivos institucionais e na implementação de instrumentos gestionários como os contratos-programa e os orçamentos-programa.

10. Adoção de uma política rigorosa para a formação médica pré-graduada, que responda às necessidades previsíveis para o nosso país, a médio e longo prazo.

11. Exigência de revisão dos atuais regime e regulamento do Internato Médico, garantindo a manutenção de:

- a. Ano Comum,
- b. Acesso generalizado à formação específica,
- c. Anulação da componente de avaliação da Prova Nacional de Seriação,
- d. Adequadas condições para formação, a nível remuneratório, horários e funções, nomeadamente regulamentação do trabalho prestado em SU e similares.

12. Aplicação de uma política de formação médica pós graduada que assegure o acesso às várias especialidades de todos os médicos recém-licenciados e a sua subsequente inserção na Carreira Médica, de modo a garantir a sua distribuição segundo as necessidades reais do país e os padrões de qualidade exigidos para o exercício da profissão.

Simultaneamente, torna-se imperioso a urgente explicitação pública dos critérios definidos para a atribuição das capacidades formativas em cada serviço de saúde e a publicitação dos relatórios de avaliação dos respetivos colégios da especialidade.

13. Promoção do conceito de unidade formativa com financiamento independente.

14. Redinamização e aprofundamento urgente, da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, promovendo uma efetiva descentralização da gestão através da autonomia dos ACeS e a defesa, apoio e desenvolvimento das USF enquanto padrão de prestação de cuidados de saúde de proximidade e qualidade.

15. Exigência de medidas de investimento em todas as unidades funcionais dos ACeS, ao nível das instalações, equipamentos, sistema de informação, recursos humanos e cumprimento das cartas de compromisso.

16. Implementação, durante esta legislatura, de um processo de reforma da Rede Hospitalar, que tenha em conta as suas especificidades, em estreita articulação e sintonia com os princípios da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, que contemple:

a. A definição de uma rede hospitalar articulada e integrada, racionalizando e rentabilizando recursos, numa perspetiva de complementaridade e colaboração.

b. Um modelo de organização interna assente em unidades intermédias, multidisciplinares, centrado no interesse do doente, com autonomia gestonária à semelhança do legislado para os Centros de Responsabilidade Integrados (CRI).

c. A definição clara de “centros de referência/excelência”, que atualmente incluem hospitais privados, e o impedimento do esvaziamento de cuidados nos restantes hospitais.

d. Uma política de incentivos baseada em parâmetros quantitativos e qualitativos de produção, que tenha em conta a atividade da equipa médica

17. Definição urgente, da anunciada reforma da Saúde Pública, constante do programa do atual governo, que atribua o papel, competência e dignidade que se impõem a esta importante área do Serviço Nacional de Saúde, conferindo-lhe as funções internacionalmente reconhecidas, para uma efetiva Saúde Pública do séc. XXI.

Impõe-se um amplo debate público, desde logo, entre os atores que irão aplicá-la no terreno, por forma a ganhá-los para a sua importância.

18. Anulação da aplicação da chamada avaliação do desempenho por via do SIADAP por se revelar totalmente inadequada à especificidade do trabalho médico e por, ao longo destes anos, ter sido impossível proceder à sua implementação por parte das próprias administrações dos serviços de saúde.

II – Uma Gestão Pública na Saúde participada, transparente e responsabilizada

1. Elaboração de uma lei-quadro que defina um novo modelo de gestão das unidades de saúde, onde estejam consagrados mecanismos rigorosos de avaliação dos objetivos e metas institucionais previamente definidos, o desenvolvimento de uma política transparente de contratualização e a implementação de níveis descentralizados de decisão.

No âmbito da política de contratualização devem ser desenvolvidos instrumentos como os contratos-programa e os orçamentos-programa.

2. Assegurar, por via da lei-quadro, uma integral desgovernamentalização dos órgãos de gestão do SNS, com aumento da capacitação das comunidades, dos indivíduos e das suas estruturas de cidadania, na nomeação e controlo dos órgãos de gestão das unidades de saúde.

As nomeações para cargos de direção de todos os órgãos sob administração direta e indireta do Ministério da Saúde, bem como integrantes do sector empresarial do Estado sob sua tutela, só deverão ser preenchidos através de candidaturas transparentemente avaliadas, onde sejam analisados o perfil, competência e programa previamente explicitado. Apenas por fortes e excepcionais razões, poderão ser abertas a quadros exteriores ao SNS. Os planos de ação têm de materializar a missão e os objetivos institucionais.

3- Retomar o processo de eleição dos diretores clínicos dos hospitais e promover a dos Presidentes dos Conselhos Clínicos e de Saúde (ACeS) na base de contratos-programa fundamentados e carta de compromisso pública.

4. Em consequência da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários operada a partir de 2006 e da criação dos ACeS em 2009, e ainda perante a reorganização da Rede Hospitalar que urge fazer, importa discutir e adaptar a atual lei orgânica das ARS, IP no sentido de desempenharem o papel de agências regionais para a área da saúde, com vista à descentralização da decisão, cabendo-lhes o planeamento, a monitorização, a avaliação dos resultados da prestação de cuidados de saúde e disponibilização de serviços partilhados

5. Implementar a contratualização externa e interna em todas as unidades de saúde, como uma peça fundamental para qualificar a gestão em saúde: ao nível macro, porque contribui para gerar melhor acesso, eficiência, efetividade e satisfação com o sistema, entendido como um todo; ao nível micro, porque legitima a auto-organização e a prática duma gestão por objetivos.

6. Aplicação de programas de melhoria contínua da qualidade em todas as unidades de saúde, como um dos mecanismos fundamentais de combate aos desperdícios e à adequada rentabilização das capacidades instaladas.

7. “Revisitação” dos princípios basilares da legislação dos Sistemas Locais de Saúde (DL n.º 156/99 de 10 de Maio) tendo em conta que as atuais ULS, no essencial, se têm revelado perpetuadoras do modelo burocrático de comando e controle, traduzido numa hegemonização da gestão dos cuidados primários pelas administrações hospitalares tradicionais. Ao invés da individualização e simultânea integração dos níveis de cuidados, assiste-se de facto à exclusiva fusão da administração e nem sempre à rentabilização da capacidade instalada.

Assim, defendemos o fim das atuais ULS e EPE's e a criação de condições estruturais para se desenvolver a articulação das unidades funcionais dos ACeS com os hospitais, implementando plataformas tecnológicas interativas, amigáveis e funcionantes que possibilitem o agendamento *on-line* de marcação de consultas hospitalares e acesso à informação clínica dos doentes comuns, tanto no hospital como nas unidades funcionais, devendo existir a hipótese de acesso à totalidade do processo clínico eletrónico.

8. Defesa duma política de saúde recentrada nas pessoas, reforçando para isso o primado dos Cuidados de Saúde Primários na estruturação do SNS.

9. Urgente reavaliação e alteração da dimensão dos ACeS, transformados em megaestruturas com manifesta incapacidade em dar respostas gestionárias e assistenciais, em tempo útil, às necessidades das populações abrangidas.

10. Desenvolvimento de uma política de recursos humanos que promova as formas de participação regular dos profissionais de saúde na definição dos objetivos institucionais, que encoraje a investigação e a inovação organizacional e estabeleça um forte empenhamento no desenvolvimento profissional contínuo.

11. Dotar todas as Unidades de Saúde das adequadas tecnologias de informação e comunicação que permitam desburocratizar os procedimentos e aumentar a eficiência, a qualidade assistencial e a celeridade das respostas às necessidades assistenciais.

No imediato, reformular e integrar as várias plataformas em uso, de forma a evitar os atuais constrangimentos na sua utilização, com consequências graves para os profissionais e utentes.

III – A Carreira Médica, o Emprego e as Condições de Trabalho

1. Garantir a implementação da Carreira Médica em todos os estabelecimentos de saúde públicos e privados, por via da contratação coletiva.

2. Defesa a autonomia e independência técnico-científica da profissão médica.

3. Definição de legislação específica do Ato Médico e recusa clara da definição governamental de “ato em saúde”, que tem potenciais implicações no perfil profissional dos médicos e no âmbito das suas condições de exercício laboral.

4. Defesa do direito ao acesso ao Internato Médico e inerente qualidade formativa, bem como da sua integração na estrutura da Carreira Médica.

5. Garantir o acesso aos concursos de ingresso da carreira médica, bem como a mobilidade voluntária dos profissionais de todas as categorias, através de concursos anuais, baseados em critérios nacionais, negociados com os sindicatos.

6. Negociação e implementação de nova legislação enquadradora dos concursos médicos da Carreira mais adequada à realidade laboral, que promova maior transparência e celeridade de todo o processo e que estabeleça medidas de responsabilização de todos os intervenientes face a situações anómalas.

7. Combater políticas que conduzam ao desemprego médico, emigração e todas as formas de trabalho precário, nomeadamente formas de subcontratação através do recurso a empresas fornecedoras de trabalho médico.

8. Estabelecer como padrão de referência das listas de utentes dos Médicos de Família as Unidades Ponderadas.

Exigir, com a atual ponderação das listas, o cumprimento dum limite máximo de 2000 unidades ponderadas e acabar com o conceito de utente “não utilizador”.

Estabelecer o ajustamento das listas de utentes dos médicos de família, através da ponderação/padronização das mesmas de acordo com:

- Novas variáveis de contexto, relacionadas com condicionantes geodemográficas e carga de doença dos utentes

- Categoria profissional e idade do médico.

9. Criar incentivos para a fixação de médicos nas zonas carenciadas do continente e Regiões Autónomas dos Açores e Madeira, sendo expressa a definição clara de “zonas carenciadas”

Ao mesmo tempo, aplicar esses incentivos aos médicos que já se encontram nessas zonas e que têm sido, ao longo dos anos, a garantia de acesso das respetivas populações aos cuidados de saúde constitucionalmente consagrados.

10. Estabelecer como uma das prioridades a solução do grave défice de médicos em determinadas especialidades, promovendo rápidas medidas de adequada planificação dos recursos humanos e das capacidades formativas.

11. Revitalizar a Carreira Médica, aumentando o espectro de diferenciação técnico científica para: especialista, consultor e consultor graduado.

12. Exigir respeito rigoroso pela periodicidade anual dos concursos de habilitação aos graus da Carreira Médica

13. Defesa de um sistema de formação médica contínua, isenta e rigorosa, baseada na melhor evidência disponível e que garanta a permanente atualização técnico-científica dos profissionais de saúde. Garantia de independência, face aos interesses comerciais dos produtores de tecnologias de saúde.

14. Garantir que os internatos médicos sejam realizados preferencialmente nas instituições do SNS. Admitindo-se que possam, supletivamente, realizar-se em estabelecimentos dos sectores privado e social, devem ser respeitadas as mesmas normas de idoneidade, hierarquia técnica e científica, exigidas no sector público. Deve ser condição de elegibilidade dos estabelecimentos a possibilidade de evolução na carreira médica e aplicação de acordo coletivo de trabalho.

15. Após a, já efetuada, implementação do Internato da Especialidade da Medicina do Trabalho, prosseguir com a creditação dos Serviços de Saúde Ocupacional dos Hospitais e das Empresas onde decorrerá a formação dos internos. Promover a cobertura integral e de qualidade, dos Serviços de Saúde e Segurança de todas as Unidades de Saúde.

16. As funções de Autoridade de Saúde devem ser inerentes aos médicos de Saúde Pública, com a aplicação da majoração salarial legalmente prevista.

17. Revisão da legislação relativa à Saúde Pública e às Autoridades de Saúde, que devolvam os instrumentos adequados para a intervenção comunitária de que o nosso país tanto carece.

18. Oposição clara a quaisquer tentativas de destruição da independência técnica da especialidade de Saúde Pública, nomeadamente a sua colocação sob a tutela autárquica.

19. Obrigatoriedade de seguro de responsabilidade civil e profissional, em todas as instituições de prestação de cuidados de saúde, que salvguarde os médicos de situações que lhes são alheias e que resultam de decisões da tutela ou das administrações.

20. Adoção obrigatória de programas específicos de prevenção e proteção dos riscos profissionais em todas as Unidades de Saúde.

21. Eleição de representantes dos trabalhadores e sua participação direta, nas Comissões de Segurança e Saúde (legisladas mas não implementadas) como meio de recolha de opiniões e envolvimento nas questões da segurança e saúde.

22. Adoção de medidas preventivas do *burnout*, que permitam salvguardar a saúde física e mental dos médicos e, por via disso, a qualidade da prestação dos cuidados de saúde aos cidadãos.

Entre elas, o respeito integral pelo tempo máximo de trabalho de 48 horas por semana.

IV – Contratação Coletiva e Política Salarial

1. Assegurar a integral aplicação dos Acordos Coletivos de Trabalho (ACT) em todos os locais de trabalho.

2. Desencadear as medidas tendentes à negociação coletiva para os médicos a nível dos estabelecimentos do SNS com o estatuto de Parceria Público-Privado (PPP), ao abrigo das disposições contidas no D.L. n.º 176/2009.

3. Desencadear as medidas tendentes à negociação coletiva para os médicos em todos os estabelecimentos privados de saúde.

4. Reformular o papel e as formas de funcionamento das Comissões Arbitrais e Paritárias dos Acordos Coletivos tendo em conta a experiência já existente acerca do seu funcionamento e da sua capacidade efetiva de intervenção.

5. Desbloquear o acesso ao Modelo B de USF a todas as candidaturas com parecer técnico favorável emitido pela respetiva Equipa Regional de Apoio (ERA).

6. Iniciar, a curto prazo, a negociação sindical de um sistema de incentivos, (não obrigatoriamente de exclusiva incidência pecuniária), em função da concretização dos objetivos contratualizados por cada serviço, da sua eficiência, da produtividade e da qualidade dos cuidados prestados.

Garantir um sistema de incentivos à fixação dos médicos em zonas mais periféricas ou carenciadas, que inclua os novos médicos e aqueles que já se encontram nessas zonas.

7. Exigir o integral pagamento do trabalho suplementar de acordo com o DL nº 62/79, como acontecia anteriormente aos cortes aplicados pelo governo anterior.

8. Pela penosidade e risco da profissão médica, com consequências na saúde dos médicos e na qualidade da prestação dos cuidados de saúde aos utentes, defendemos a alteração da idade da reforma para os 62 anos ou tempo de exercício da profissão para 38 anos, sem penalização, para os médicos que a requeiram.

9. O tempo de trabalho deve ser majorado aos médicos que mantiveram serviço de urgência além da idade obrigatória, tanto noturna como diurna, como incentivo a manter a experiência técnica e profissional das equipas, em termos a negociar.

10. Iniciar, no imediato, um processo negocial de uma nova grelha salarial para a Carreira Médica, que estabeleça níveis salariais adequados à especificidade da profissão e garanta a normal progressão nos níveis remuneratórios em cada categoria que se encontra bloqueada há cerca de 10 anos.

11. Adoção das medidas necessárias, nomeadamente em termos de negociação coletiva, que permitam a progressiva evolução para uma separação de sectores público/privado.

V – Reforço do Sindicalismo Médico e Relações Institucionais

1. Dinamizar as comissões nacionais da FNAM para as áreas específicas, de modo a possibilitar uma intervenção reivindicativa acrescida e mais dinâmica em torno dos múltiplos problemas existentes.

2. Estabelecer ações de dinamização da intervenção e organização sindical, nomeadamente promovendo a troca de experiências com êxito em múltiplos locais de trabalho entre os seus 3 sindicatos constituintes.

3. Manter a posição de princípio quanto à necessidade de continuar a desenvolver a atual plataforma de entendimento e de convergência reivindicativa e negocial com o Sindicato Independente dos Médicos (SIM) em torno de todas as questões relacionadas com a Contratação Coletiva.

4. Manter um ativo relacionamento com a Ordem dos Médicos e os seus conselhos regionais, no rigoroso respeito pelas competências legais específicas de cada uma das áreas de intervenção, com o objetivo de tornar mais eficaz e global a defesa dos interesses dos médicos nas suas diversas vertentes.

5. Aprofundar o relacionamento com as várias organizações sindicais da saúde e da Administração Pública, bem como as associações profissionais médicas, da saúde e cívicas, na base dos problemas comuns e da defesa e revitalização do SNS.

6. Promover relações regulares de cooperação com as Associações de Estudantes de Medicina.

7. Manter a participação na Confederação Portuguesa dos Quadros Técnicos e Científicos.

8. Manter o relacionamento e a cooperação com a CGTP-IN e a UGT em torno das questões de interesse para o movimento sindical em geral, para a Carreira Médica e para o SNS.

VI – Comunicação

1. Melhorar substancialmente, através de sistemas de comunicação eletrónica, a difusão interna de informação ao nível dos órgãos dirigentes da FNAM, bem como ao nível dos associados dos seus três sindicatos regionais.

2. Promover plataformas comunicacionais externas, via Web, as mais interativas e atrativas possíveis (portais, redes sociais, ...) de forma a fortalecerem a visibilidade e intervenção da FNAM e dos seus três sindicatos nos vários domínios da sociedade da informação.

VII – Relações internacionais

1. Promover e dinamizar contactos regulares com as organizações médicas ibéricas e dos países da CPLP.

2. Aprofundar a participação da FNAM nas atividades globais da Federação Europeia dos Médicos Assalariados (FEMS).

3. Dinamizar o relacionamento da FNAM com outras estruturas sindicais médicas a nível Internacional.

4. Estabelecimento de contactos e eventuais parcerias com organizações e observatórios de saúde cujas atividades assentem na defesa de sistemas de saúde de tipo universalistas.