Boletim do sim

Janº/Março 2008
62

Sindicato Independente dos Médicos

Medan, 2008 (Adaptação livre "Quidam" Cirque du soleil)
Paulo Simões

Preço: 1.25€

CONTACTOS DO *SIM*

www.simedicos.pt

SEDE NACIONAL

SIM/LX. VALE TEJO
Av. 5 de Outubro, 151 - 9º.
1050-053 LISBOA
Tel. 217 826 730 / Fax 217 826 739
secretariogeral@simedicos.pt
antoniobento@simedicos.pt
advogados@simedicos.pt
secretaria@simedicos.pt
seguros@simedicos.pt
ferias@simedicos.pt
Das 10,30 às 19,00 H

DELEGAÇÕES

SIM/AÇORES
R. S. Francisco, 86
Ribeira Grande
9600 PONTA DELGADA

SIM/ALENTEJO
Apartado 9
7801 BEJA CODEX
Fax 284 320 680

SIM/ALGARVE
Urb. Poente ao Hospital Distrital de Faro,
Lote A - r/c Dtº.
8005-270 FARO
Tel. 289 813 296 / Fax 289 813 222
simalgarve@netcabo.pt
Das 10,30 às 13,30h e das 15,00 às 19,00h

SIM/CENTRO
Quinta das Fonsecas – Lomba da Arregaça,
Lote 5 - Sala 5
3030-243 COIMBRA
Tel. 239 484 137 / Fax 239 481 329
simcentro@mail.telepac.pt
Das 10,30 às 13,30h e das 14,30 às 18,30h

SIM/MADEIRA
R. Nova de S. Pedro, 54 - 1º
9000-048 FUNCHAL
Tel. e Fax 291 232 774

SIM/NORTE
R. do Campo Alegre, 830 - 2º.-Sala 7
4150-171 PORTO
Tel. 226 001 266 / Fax 226 001 135
simnorte@sapo.pt
Das 10,30 às 17,00h

GABINETE JURÍDICO

CONSULTORES

Dr. Jorge Pires Miguel / Dr. António Luz

SEDE NACIONAL

Tel. 217 826 730 - Fax 217 826 739
advogados@simedicos.pt
Às 3ªs e 5ªs das 17,00 às 19,00h

DELEGAÇÃO SIM/CENTRO

Tel. 239 484 137 - Fax 239 481 329
simcentro@mail.telepac.pt
Às 5ªs das 16,00 às 18,00h

DELEGAÇÃO SIM/NORTE

Tel. 226 001 266 / Fax 226 001 135
simnorte@sapo.pt
Segundas 5ªs e últimas 6ªs do mês das 10,30 às 13,00h

SUMÁRIO

Editorial 03

Projecto Portaria sobre incentivos às USF 04

A verdade é assim tão difícil de assumir? 08

Médicos não podem ficar de fora do sistema de progressões nas Carreiras 11

Posição do SIM relativamente às SUB's 12

SIADAP 13

Apreciação jurídica:
- Progressão nas carreiras 14
- Trabalho a meio tempo 14
- Carreira médica hospitalar - Trabalho no SU, Horários, Descansos e folgas 15
- Licenças sem vencimento – Trabalho a Meio tempo – Assiduidade e férias 17
- MGF – Horários e horas não assistenciais ...18

Tertúlia de estudantes de Medicina 18

Notícias:
- MGF – Redução do horário semanal (e outras) 19
- Apelo à Srª Ministra da Saúde (e outras) 20
- Consultas médicas domiciliárias (e outras) ..21
- Tempos de espera para as primeiras consultas hospitalares (e outras) ..22

Tabela Remuneratória da Carreira Médica 23

Legislação 24

Ficha de Sócio 25

Direitos dos Sócios 26

Isla Canela – Apartamentos 27

MUDAM-SE OS TEMPOS... E AS VONTADES?

As diatribes, gaffes e inabilidades políticas, o afrontamento descabido aos médicos e a alguns parceiros sociais (como o foi para com o Sindicato Independente dos Médicos), a insensibilidade perante os medos das populações despojadas da segurança incutida pela possibilidade de recorrer a um serviço de proximidade em caso de doença aguda a qualquer hora do dia, e uma série de acontecimentos nefastos em que foi clara a falta de resposta adequada e atempada do INEM, e acima de tudo a sobranceria de Correia de Campos a muito custo disfarçada por sorrisos querubínicos, levaram a uma muito adiada remodelação na pasta da Saúde.

Abandonado em pleno debate televisivo Prós e Contras pelo responsável da Comissão Técnica para a Reforma das Urgências, e brindado com o silêncio do Coordenador da Missão Cuidados Primários de Saúde, o seu destino estava há muito traçado... Pelo meio ficou um aparente equilíbrio das contas da saúde e a vontade de enfrentar alguns problemas do SNS, mas a que custo?

Mesmo a sua grande aposta, a reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), encalhou na praia das Unidades de Saúde Familiar (USF), meritório modelo organizacional com vantagens remuneratórias correspondentes a uma maior responsabilização, acessibilidade e trabalho, mas que ficou muito aquém do desejável. Exacerbadamente propagandeado, o modelo não logrou conquistar a confiança da esmagadora maioria dos médicos de família. Com a agravante de se ter cometido o erro crasso de diabolizar todos os que alertaram para os erros e ingenuidades do percurso e para a indesmentível realidade de que CSP são muito mais do que as USF...

De fora ficou a promessa sempre adiada de negociações sérias com os sindicatos médicos sobre a indispensável adaptação das Carreiras Médicas aos novos regimes jurídicos de trabalho e a sua necessária transversalidade (sim porque, à parte isso, elas mantém toda a sua actualidade...), e bem assim todo o indispensável processo de negociação colectiva e acordos de empresa nos Hospitais quer SPA quer EPE.

São todos estes erros e desvios que nos permitimos recordar à nova titular da pasta da Saúde, a médica Ana Jorge. Que, embora nos pareça ter uma maior sensibilidade e bom senso para os aspectos sociais, será sempre e necessariamente uma executora da política superiormente delineada por quem preside ao Governo.

Seria política e publicamente impensável dizer que muito do que foi feito está errado... neste momento tudo se resume a acalmar as hostes e os ânimos, a desacelerar medidas de duvidosa aplicabilidade e eficácia. Os sinais de reforço do Serviço Nacional de Saúde e das responsabilidades sociais do Estado são bem vindos. Mas há que urgentemente tomar decisões políticas sob pena que mesmo aquilo que de bom foi feito, apesar de o poder e dever ter sido melhor, se perder definitivamente... o tempo esgota-se...

Jorge Silva
Secretariado SIM/Norte

Boletim do SIM

Ficha Técnica

Director
Carlos Arroz

Coordenadores
Daniel Araújo, Miguel Cabral

Conselho de Redacção
António Bento, António Passarinho, António Soure, Daniel Araújo, Jorge Silva, Martins dos Santos, Miguel Cabral, Paulo Simões, Ricardo Mexia, Roque da Cunha, Sousa Luz, Tarcísio Silva, Pedro Vasconcelos, Daniel Maymone, Alcides Catré, Fernando Santos, Ana Marques e Carlos Santos.

Secretárias de Redacção
Piedade Mendes, Cristina Valente

Redacção e Administração
SIM - Av. 5 de Outubro, 151 - 9º
1050 – 053 LISBOA
Tel. 217 826 730 - Fax 217 826 739
E-mail: secretaria@simedicos.pt

Capa
Paulo Simões, Medan, 2008 (Adaptação Livre)

Edição, Publicidade e Propriedade
Sindicato Independente dos Médicos

Publicação Trimestral
Preço: 1,25 €
Tiragem: 7.500 exemplares
Depósito Legal: 21016/88
Inscrito com o nº. 117467 na DGCS

Impressão – GRAFEMA
R.Qtª Medronheiros, Lt 1, Zona C 1 Lazarim
2820 - 486 CHARNECA DA CAPARICA
Tel. 212 944 400 – Fax 212 944 399
E-mail: graf@grafema.pt

PROJECTO DE PORTARIA SOBRE INCENTIVOS INSTITUCIONAIS E FINANCEIROS ÀS USF

O SIM deu conhecimento público da posição que defendeu na reunião com o Ministério da Saúde sobre o projecto de portaria dos incentivos, institucionais e financeiros, nas Unidades de Saúde Familiares (USF), mediante ofício remetido em 21 de Fevereiro, ao Sr. Secretário de Estado da Saúde, Dr. Manuel Pizarro, que abaixo se transcreve.
A posição do SIM, como sempre, é linear e transparente: a exclusão dos médicos dos incentivos é ilegal. Neste ofício fazemos contra-propostas para tentar ultrapassar este problema negocial.

*"Assunto: **Projecto de portaria que regula os critérios e condições para a atribuição de incentivos institucionais e financeiros às Unidades de Saúde Familiar (USF) e aos profissionais que as integram.***
V. Ofício nº 1073, de 13 de Fevereiro de 2008.

Em resposta ao solicitado pelo Gabinete de V. Exa., serve o presente ofício para informar a posição do SIM sobre o diploma em apreço.

Como ponto prévio, no estrito âmbito de análise político-sindical, honrando a clareza e transparência que se espera existir entre o Governo e uma Associação Sindical legalmente constituída e na continuação do reparo já formalizado perante Sua Excelência a Ministra da Saúde, não podemos deixar de lamentar que a convocatória para a primeira reunião de negociação colectiva fosse prevista sem qualquer elemento político de qualquer um dos Ministérios proponentes deste projecto de portaria. Como bem se verificou no momento do lançamento público deste projecto de diploma, este está longe de constituir uma simples e pacífica regulamentação do Decreto-lei que o suporta pois se desenvolve no âmbito financeiro. E, realçando, por se tratar de efectiva negociação financeira, aqui sob a forma de incentivos ou prémios, mais se reforça a necessidade da coordenação política das reuniões, independentemente da valia técnica de quem se credencia como coordenador e representante. Mas, finalizando, há matérias politicamente indelegáveis.

Ao momento da elaboração desta informação, consideramos muito positivo o informal contacto telefónico com que V. Exa. nos honrou no sentido da reposição da normalidade relacional com este Sindicato na prevista reunião.

Sanado este ponto prévio, reequilibrando o que é político sem menosprezo do que é e de quem é técnico, recentremos a nossa análise.

ANTECEDENTES LEGISLATIVOS

O diploma que aqui se pretende regulamentar por portaria, o Decreto-lei nº 298/2007, de 22 de Agosto, vem rever e ampliar o Decreto-Lei nº 117/98, de 5 de Maio, como bem referido no preâmbulo daquele. Rever porque estende o âmbito da remuneração de desempenho dos médicos e as suas especificações para aposentação e ampliar porque inclui, pela primeira vez, outros profissionais para além daqueles.

Ora desde 1998 que os médicos aderentes têm situação diferenciada de remuneração. E esta remuneração tem vários componentes base e variáveis que se somam para uma remuneração mensal.

O conceito de diferenciação remuneratória está adquirido há muito, bem como o conceito de responsabilidade solidária ou intersubstituição.

Volvidos dez anos, foi para todos consensual a luta pela extensão daquela diferenciação remuneratória a todos os profissionais que integram o grupo que se voluntaria e propõe na gestão autónoma de pequenas unidades de saúde a nível de cuidados de saúde primários. E, sejamos claros e justos, essa luta partiu, na sua quase totalidade, dos próprios médicos já beneficiários de remuneração diferenciada porque cientes da estabilidade e funcionalidade que imprimiria ao grupo multiprofissional.

O artigo 1º do DL 298/2007, sob o título Objecto, é muito rigoroso e explícito: o presente decreto-lei estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar (USF) e o regime de incentivos a atribuir <u>a todos</u> elementos que as constituem, bem como a remuneração a atribuir aos elementos que integrem as USF de modelo B (sublinhado nosso).

Quis o legislador, e muito bem, separar claramente o que é remuneração do que é incentivo. E reforça essa separação ao escolher, na arquitectura jurídica do mesmo

diploma, o mesmo texto para os artigos 28º/1, 31º/1 e 33º/1. Isto é, para médicos, enfermeiros e administrativos se diz: a remuneração mensal... [médicos, enfermeiros ou administrativos] integra uma remuneração base, suplementos e compensações pelo desempenho.

Todos, repetimos com veemência, todos têm acesso a remuneração base, a suplementos e a compensações pelo desempenho. E para todos se expressam valores de cálculo, não escamoteando, como é óbvio, uma diferente base de partida (remuneratória) inerente a uma diferente responsabilidade e diferenciação técnica.

É assim definida a remuneração, e o seu multifacetado modelo de cálculo, aplicável às USF que adiram ao modelo B (obrigatoriamente para todos os que já estavam em regime remuneratório experimental), já que para as USF de modelo A se mantém as remunerações próprias das respectivas carreiras, categorias e escalões.

Mais uma vez o legislador é explícito no artigo 2º, âmbito, ao exprimir, no seu ponto 1: O presente decreto-lei aplica-se a todos os modelos de USF, com excepção do disposto no capítulo VII, que apenas se aplica às USF de modelo B.

Ora só o capítulo VII é de aplicação exclusiva sendo todos os outros aplicáveis a todas as USF e a todos os profissionais., independentemente do vínculo laboral que possuam. Mais uma vez repetimos, com veemência, a todos os profissionais.

Nesta circunstância, é, do nosso ponto de vista, totalmente inaceitável confundir, ou querer confundir, remuneração com incentivos.
Estes estão, para todos, num capítulo próprio – o capítulo VIII. Isto é, aplicáveis a todos os modelos de USF e a todos os profissionais, onde se incluem também os médicos. Em nenhum dos três artigos deste capítulo se faz qualquer exclusão dos médicos, bem pelo contrário.

Revendo, sempre no DL 298/2207,

> *artigo 37º/1 – Podem ser atribuídos outros incentivos, que consistem na atribuição de prémios institucionais e financeiros à equipa multiprofissional e que visam estimular e apoiar o desempenho colectivo tendo em conta os ganhos de eficiência conseguidos (sublinhado nosso)*

e,

> *artigo 37º/2 – Os incentivos previstos no presente capítulo são repartidos por todos os profissionais da equipa multiprofissional da USF (sublinhado nosso).*

A exclusão dos médicos de qualquer das modalidades dos incentivos é totalmente desprovida de sentido, é injusta, pode vir a ser conflituosa e, tendo em conta o que anteriormente expressámos, é ilegal!

Foram os médicos que iniciaram este processo. Foram os médicos que lutaram para que este modelo se aplicasse a todos. Com que argumento serão agora os médicos os escolhidos para exclusão ilegal? Será possível imaginar qualquer forma grotesca de compensação? Estamos em presença de qualquer resquício de inspiração soviética que tente igualizar remuneração pelo trabalho sem atender à diferenciação técnica e à responsabilidade?

Por isso é fundamental, para este Sindicato, que V. Exa. expresse a inexistência de condicionantes ou compromissos já assumidos, seja com quem for e por quem for, que mitiguem a negociação que vamos iniciar.

Estamos certos que V. Exa. não está condicionado por qualquer compromisso negocial prévio e é nessa certeza que iniciamos a presente negociação.

Estamos em sede de discussão de um projecto de portaria que deriva e regulamenta o DL 298/2007. Logo não o pode alterar porque a ele se subordina. Pensar ou tentar inverter esta lógica jurídica é torpedear o Estado de Direito democrático.

Inaceitável!

Saliente-se, pela pertinência informativa, que o SIM procurou junto do Sr. Coordenador da Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP) a elucidação destas dúvidas logo que elas assumiram contornos públicos opinativos, fazendo-o por ofício, de forma institucional, em Novembro de 2007, muito a tempo para obtermos a resposta institucional que se impunha, quiçá esclarecedora bilateralmente.

Negando resposta ou esclarecimento, o Sr. Coordenador da MCSP pôs em crise a apresentação, por V. Exa., do projecto de portaria em apreço.

O texto do diploma do DL 298/2007 teve a aprovação do SIM no termo das negociações e, exactamente, porque os médicos não seriam excluídos de todas as modalidades remuneratórias e de prémios em causa. Seria legítimo que o Governo tivesse decidido noutro sentido, mas não é legítimo supor que o SIM aporia a sua assinatura de concordância, sem reparo, numa Acta final de negociações que abrisse portas a que os médicos fossem objectivamente prejudicados e excluídos em futuras regulamentações.

O texto do diploma aprovado em 22 de Agosto é, para o nosso Sindicato, inequívoco no sentido explanado nos Parágrafos anteriores e linearmente perceptível na nossa língua materna. Treslê-lo é tentar enviesar o seu conteúdo para obter, para alguns, ganhos externos e paralelos ao que se decidiu com total transparência nas mesas negociais.

APRECIAÇÃO AO PROJECTO DE PORTARIA EM APREÇO

*O **preâmbulo** da portaria é falacioso pois admite que os incentivos "criam condições para o desenvolvimento de ambientes de motivação dos profissionais ao atribuir às equipas melhorias nas unidades de saúde..." excluindo os médicos das USF, quer os que estão em modelo A quer os que estão em modelo B, dos incentivos financeiros. Como se motiva excluindo?*

*O **artigo 1º/1** explicita o objecto da portaria, regulando os critérios e as condições para a atribuição de incentivos institucionais e financeiros às USF e aos profissionais que as integram. Está correcto, não exclui ninguém e define um objecto juridicamente compatível com o DL que o determina.*

*O **artigo 1º/2** limita ilegalmente os incentivos financeiros às USF de modelo B, contrariando o disposto no ponto anterior do mesmo artigo. Esta limitação não encontra suporte no DL 298/2007, não podendo, por isso, ser acolhida.*

*No **artigo 2º** não se alcança o que se pretende articular.*

*No **artigo 3º** definem-se indicadores de aferição de desempenho como base para a atribuição de incentivos institucionais. Mas não se definem com o que se confrontam os valores das taxas, das percentagens ou dos custos a atingir para que se lhes tenha acesso. Está totalmente omisso em relação a quem se definem as metas contratualizadas para que o estabelecimento de taxas ou percentagens seja válido. Ora no âmbito de prémio, mesmo institucional, só é aceitável a parametrização com grupos de controlo homogéneos, isto é, será necessário estabelecer referência de melhoria a médias do Centro de Saúde ou da Região onde a USF se insere. Para se melhorar há que faze-lo em relação a alguém ou a alguma coisa. Pedir a uma USF que melhore em relação a si própria é condená-la, num prazo curto, à impossibilidade de melhoria e à impossibilidade de acesso a incentivos. Não sendo claro, no nosso entender, todo este artigo, condicionamos a sua aceitação a uma melhor explicitação ou clarificação no sentido acima referido. Ou, mais grave, sendo muito claro, pretendendo dar pouco e durante pouco tempo, é inaceitável.*

*Não se aplicando o **artigo 4º** aos médicos, neste projecto de portaria, não tecemos, nesta fase, qualquer comentário.*

*A análise do **artigo 5º** fica prejudicada a partir da nossa discordância da metodologia de parametrização, aqui omissa.*

*O **artigo 6º/4** é inaceitável pois exclui ilegalmente os médicos.*

*Não se alcança o que se deseja no **artigo 8º**. Parece pretender-se burocratizar. Numa estrutura organizativa, uma USF, que pressupõe a existência de regulamento interno, conselho técnico e conselho geral, o paternalismo aqui evidenciado deve ser liminarmente excluído.*

*Os valores propostos no **artigo 9º/1** para o incentivo anual institucional de cada USF correspondem a cerca de 33% do valor da remuneração base mensal média ilíquida da totalidade dos elementos que a constituem, isto é, um valor totalmente desajustado com o significado das palavras prémio e incentivo. Se quisermos ser mais contundentes, tendo em conta ao que se destina este incentivo institucional anual, atendendo ao seu valor facial, a proposta que nos é apresentada corresponde, em aplicação equitativa pelos elementos da USF, a cerca de 80% da remuneração base mensal média ilíquida de um administrativo, a cerca de 46% da remuneração base mensal média ilíquida de um enfermeiro e a cerca de 19% da remuneração base mensal média ilíquida de um médico. Destinando-se a formação, investigação e amenidades, isto é, para reinvestimento de mais valias de capacitação técnica, os valores propostos para estes incentivos institucionais só têm um nome: ridículos.*

*Os médicos estão ilegalmente afastados dos incentivos financeiros tal como consta da proposta apresentada no articulado do **artigo 9º/2**.*

*No **artigo 10º/1** mantém-se o afastamento ilegal dos médicos da distribuição de incentivos e da sua repartição. Mesmo que esta repartição fosse aceitável, não se alcança a base técnica para a partição 70/30 aqui apresentada.*

Toda a proposta de portaria em apreço está inquinada, na nossa opinião, pelo favorecimento explícito e determinado de um grupo profissional – os enfermeiros. Este favorecimento, para além de ilegal, está totalmente desfocado do actual momento de mercado de trabalho o que reforça as apreensões do SIM sobre as bases, técnicas e políticas, da construção deste documento.

É neste particular que tudo se vai determinar e em que V.Exa., Senhor Secretário de Estado, terá que exprimir a sua inequívoca independência.
É o modo de construção deste projecto de portaria que remete a primazia da discussão deste diploma para o plano político. Se a opção, legítima mas ilegal, for avançar no sentido proposto, excluindo os médicos, o SIM não deixará de expressar a sua veemente discordância e de informar os médicos das suas razões. Se a opção for trabalhar em conjunto, numa base de respeito por todos os grupos profissionais, não se tentando, por portaria regulamentadora, proporcionar falsas compensações remuneratórias e falsos igualitarismos, o SIM, como sempre, estará presente de forma construtiva.

Confiante no bom senso de V. Exa., o SIM apresenta as suas propostas de princípios orientadores para a construção de uma portaria que regulamente, de forma transparente e legal, os incentivos institucionais e financeiros previstos no DL 298/2007, de 22 de Agosto.

PROPOSTAS DO SIM
INCENTIVOS INSTITUCIONAIS

Concordamos com o enquadramento dado aos incentivos institucionais no artigo 38º/2, do DL 298/2007, de 22 de Agosto. Do articulado se infere que os incentivos institucionais constituem verbas de investimento e não de despesa. Para os profissionais permite acesso a verbas que se traduzem no incremento da sua capacitação técnica. Para o Governo, que as possibilita, fica a certeza do incentivo constituir retorno garantido por reinvestimento das mais valias na própria USF, por via da diferenciação técnica.

O acesso a incentivos institucionais duma USF processa-se após avaliação do cumprimento de objectivos pré-definidos. Destes objectivos devem constar parâmetros de acessibilidade, assiduidade, satisfação, eficiência e desempenho.

Na acessibilidade aceitam-se as taxas de primeiras consultas, a percentagem de consultas ao utente pelo seu próprio médico de família e a percentagem de utentes da USF que recorre a outras Unidades de Saúde no horário da USF e para além do horário da USF.

Na assiduidade deve premiar-se a diminuição da taxa de absentismo em relação com a taxa homóloga do CS ou da região onde a USF se insere.

A satisfação avalia-se por resultados positivos a inquéritos de satisfação promovidos por entidades externas independentes.

A eficiência será aceite com base em custos comparados, para medicamentos e meios complementares de diagnóstico prescritos, se obtiver o acordo da Ordem dos Médicos. A comparação segue o modelo já proposto pelo SIM, isto é, entre a USF e o CS ou a região onde se insere e já usado em anteriores avaliações dos RRE pela DGS.

Na avaliação do desempenho poderão caber selecção de indicadores que estejam previstos no Plano Nacional de Saúde mas, por princípio, os indicadores de avaliação de desempenho devem estar associados a incentivos financeiros.

Propomos que o incentivo institucional anual ganho por cada USF tenha o valor global anual igual à soma de dupla remuneração base mensal ilíquida dos profissionais que constituem essa USF (dois meses de remuneração bruta base de todos os profissionais).

Este ajuste ao valor da remuneração base permite um cálculo mais justo perante o variável número de profissionais que constituem as USF e, vantagem suprema, é anualmente ajustado ao rigor das actualizações verificadas nas remunerações da Administração Pública, simplificando o processo de cálculo e de revisão dos montantes por portarias ministeriais conjuntas.

Mas a avaliação do projecto de portaria está muito prejudicada por incompleta. A proposta define os indicadores e os seus critérios mas nada diz sobre que taxas de cumprimento são expectáveis. Não é admissível o envio de uma proposta aos parceiros sociais, no âmbito financeiro, sem que se perceba ou, mais grave, deixando fora de negociação que taxas de cumprimento podem dar acesso aos incentivos.

A incompleta proposta que nos é apresentada, por indefinição total de taxas de cumprimento, impossibilita, nesta fase, qualquer apreciação mais aprofundada e compromete, desde já, a consequente contra-proposta.

INCENTIVOS FINANCEIROS

Devem estar acessíveis a todos os grupos profissionais das USF, quer em bloco, quer de per si, independente do modelo de desenvolvimento escolhido.
Explicitando, é lícito imaginar incentivos financeiros que envolvam todos os profissionais da USF ou cada um dos grupos profissionais que a constituem, dependendo dos objectivos contratualizados.

O seu valor deve indexar-se à remuneração base mensal média ilíquida, tal como nos incentivos institucionais.
Um valor duplo deste valor para objectivos totalmente atingidos e um valor singelo para objectivos quase atingidos, em percentagens ou pontuações a definir.

Neste item específico, não se afigura pertinente aprofundar a proposta do SIM sem que se conheça a aceitação ou negação da inclusão dos médicos.

É essa clarificação que aguardamos, sem embargo das soluções que já apresentamos e que, sendo essa a pretensão de V. Exa., nos coloca totalmente disponíveis para, no âmbito político e sindical, fornecer os esclarecimentos que julgue pertinentes.

Por último, dada a manifesta tendência da Administração Pública em demonstrar dificuldade para operacionalizar o que se legisla, constituindo um bom exemplo o modelo B das USF, pensamos que seria muito útil a constituição de uma comissão de acompanhamento, com a participação dos sindicatos, que pugnasse pela atempada e transparente aplicação da legislação das USF, estando cientes que é este um dos pilares mais significativos da reforma deste Governo na área da Saúde e, consequentemente, um objectivo de V. Exa.."

A VERDADE É ASSIM TÃO DIFÍCIL DE ASSUMIR?

in www.simedicos.pt

O que leva Ana Jorge a afirmar, acreditando no Jornal de Notícias, que o Sindicato Independente dos Médicos abandonou as negociações sobre os incentivos nas USF quando a Acta da reunião negocial diz: *"Aos vinte e seis dias do mês de Fevereiro de dois mil e oito, pelas catorze horas e trinta minutos, o Ministério da Saúde, representado pelo Senhor Dr. Luís Pisco, Coordenador da Missão para os Cuidados de Saúde Primários, o Ministério das Finanças e da Administração Pública, representado pelos Senhores Dr. Albano Santos, Controlador Financeiro no Ministério da Saúde, e Dra. Luísa Nascimento e o Sindicato Independente dos Médicos (SIM), deram por concluído o procedimento negocial relativo ao projecto de portaria que regula os critérios e condições para a atribuição de incentivos institucionais e financeiros às Unidades de Saúde Familiar (USF) e aos profissionais que as integram"?*

Qual a diferença entre "abandonar negociações" e "dar por concluído o procedimento negocial"?

Porquê tanta animosidade de Ana Jorge para com o SIM que concluiu as negociações em 4 dias úteis e duas reuniões?

Qual o propósito da gravíssima e infundada acusação de "abandono" negocial que Ana Jorge nos lança? Que compromissos pretende esconder? Porque mente Ana Jorge?

O SIM é uma associação sindical com 29 anos de história, muito digna e independente, nunca abandonou negociações, sempre foi combativo, sempre negociou com boa fé e sempre respeitou os princípios de Estado democrático e a Lei.

A mentira e a chicana política não fazem parte das nossas características.

Para que tudo fique claro, muito claro, aqui deixamos reproduzida publicamente a Acta da 2ª e última reunião negocial do SIM, com o Ministério da Saúde.

"ACTA

Aos vinte e seis dias do mês de Fevereiro de dois mil e oito, pelas catorze horas e trinta minutos, o Ministério da Saúde, representado pelo Senhor Dr. Luís Pisco, Coordenador da Missão para os Cuidados de Saúde Primários, o Ministério das Finanças e da Administração Pública, representado pelos Senhores Dr. Albano Santos, Controlador Financeiro no Ministério da Saúde, e Dra. Luísa Nascimento e o Sindicato Independente dos Médicos (SIM), deram por concluído o procedimento negocial relativo ao projecto de portaria que regula os critérios e condições para a atribuição de incentivos institucionais e financeiros às Unidades de Saúde Familiar (USF) e aos profissionais que as integram.

Ao SIM foi explicado que a divergência de fundo por si apresentada é insanável, pois é uma diferença de fundo em relação ao Decreto-Lei.

Pelo SIM foi dito o seguinte:

- *Nas negociações que antecederam do Decreto-Lei n.º 298/2007, consta em acta que o SIM foi o único que propôs a alteração da redacção do artigo 1.º, assim estabelecendo uma destrinça entre remuneração e incentivos. Foi aceite essa diferença de opinião e isso reflecte uma proposta negocial feita pelo SIM e aceite pelo Governo. Aceitando esta destrinça, têm de ser aceites as consequências;*
- *Com outros Sindicatos, propuseram a introdução da Lei n.º 23/98 no artigo 38.º, pelo que considera muito estranho que se ache que é uma diferença de opinião, quando na altura não o era. O que há é uma mudança de opinião, o que é uma coisa muito diferente;*
- *Dado que o Governo não aceita que os médicos têm direito a incentivos, tal prejudica qualquer discussão de pormenor, já que os princípios não são acolhidos;*
- *As contas que estão no site do SIM têm como base as simulações feitas pelo Senhor Dr. Carlos Nunes e revelam o contrário daquilo que foi dito por S.E. o Secretário de Estado da Saúde, porque são os enfermeiros quem tem maior crescimento de remuneração;*
- *O SIM ofereceu uma saída airosa em termos polí-*

ticos, na última reunião, que era a de no momento os incentivos financeiros serem apenas para enfermeiros e administrativos, mas o Governo preferiu excluir liminarmente os médicos.
Esta saída constará da página 7 da proposta apresentada, na parte relativa aos incentivos financeiros. Salientou que as USF são voluntárias, e que o SIM só informa;

- *Por questões de princípio, os médicos não devem ser excluídos; por motivos financeiros, quer-se privilegiar os enfermeiros, para assim se resolver o problema dos seus salários baixos. Contudo, este não é o problema desta mesa de negociações;*

- *Dirigindo-se directamente aos representantes do Ministério das Finanças e da Administração Pública e da Secretaria de Estado da Administração Pública, o SIM referiu que entende existir aqui uma diferença fundamental: aos médicos e administrativos é esperado que ganhem mais porque trabalham mais, têm mais utentes.*
Os enfermeiros, no entanto, ganham mais sem trabalhar mais, só trabalham as trinta e cinco horas. Além disso, as remunerações previstas em termos acessórios estão vedadas aos médicos em trinta e cinco horas, nas USF. O horário dos médicos nas USF depende do trabalho que tenham. Considera que é óptimo que os médicos dos centros de saúde reinvistam o seu horário só para os centros de saúde. Numa USF com sete médicos, estes têm os ficheiros aumentados, mas têm inter substituição, o que faz com que os seus horários deixem de ser fixos ou previsíveis. Isto quer dizer que, por norma, um médico fica uma vez por semana, de manhã à noite, a atender os outros utentes, o que leva a que se trabalhe mais de quarenta e duas horas, pelo que as remunerações não compensam. E o panorama ainda piora se houver alargamento do horário, portanto é tudo muito injusto.

Ao SIM foi referido que tudo o que foi dito a propósito da inter substituição se aplica a todos os elementos da equipa, até por sugestão de explicitação do SIM a propósito das anteriores negociações para o Decreto-Lei, nomeadamente para o artigo 5.º. A equipa tem de ser multidisciplinar e isso é patente até no despacho que fixa os modelos. Os princípios enunciados pelo SIM aplicam-se a todos os elementos, que têm de dar resposta, como se todos estivessem em funções, sem problemas sobre o horário de cada um. Isto tem acontecido na prática, e é intenção que todos possam ir para modelo B, sem restrições, para só ficar em modelo A quem assim o entender.

O SIM mencionou que os enfermeiros só mantêm as trinta e cinco horas. As USF são voluntárias, podem permitir um acréscimo salarial, mas acarretam também mais trabalho e durante mais tempo. Quanto aos critérios para os incentivos financeiros, entende que muitos indicadores respeitam ao trabalho médicos, pelo que o SIM não percebe porque é que a atribuição destes incentivos é feito à custa de quem os realiza. Se o objectivo é os enfermeiros ganharem mais, então que sejam considerados os indicadores do seu trabalho.

Ao SIM foi explicado que há uma diferença de entendimento entre o que é a remuneração ou compensação aliada ao desempenho. Esta última é da equipa, para evitar clivagens entre grupos profissionais. Os indicadores conseguem-se com vários intervenientes. Há uma supremacia entre o trabalho em equipa e o trabalho individual. Compreende-se a posição do SIM, mas não se pode aceitar, nem sequer na possibilidade de poder ser para os médicos só no futuro. Não se acolhe a proposta, pelo que não faz sentido discutir o resto do diploma.

O SIM entende que este raciocínio não faz sentido, já que foi este Sindicato que alterou o artigo 1.º, e isso fez com que ficasse claro que o Governo tinha percebido a diferença. Houve, pois, um revés e uma mudança em relação ao que foi negociado.

Ao SIM foi dito que a portaria tem um âmbito pessoal e institucional muito concreto. Seguindo o articulado do Decreto-Lei, tem que se concluir que só estamos a regulamentar a alínea a) do n.º 4 dos artigos 31º e 33º. Estar a alargar, em termos de regulamentação, este âmbito, levaria a que se estivesse a ir para além do que o Decreto-Lei prevê, o que não pode acontecer. Os enfermeiros e assistentes administrativos precisam, para completar o seu modelo remuneratório, que esta alínea seja desenvolvida. As compensações pelo desempenho, na forma de prémios, estão previstas no regime jurídico dos vínculos, carreiras e remunerações, e é em todo este contexto legal que se insere a portaria.

Face à representação para efeitos negociais do Ministério das Finanças e da Administração Pública e da Secretaria de Estado da Administração Pública, o SIM entende que o Governo não pode ver nenhuma ilegalidade neste projecto de diploma. No entanto, e analisando o Decreto-Lei, defende que para além do objecto, constante do artigo 1.º, que diz que os incentivos são para todos, também o artigo 37.º, inserido no capítulo VIII, refere que são divididos por todos os profissionais. Assim, não compreende por que razão só os incentivos institucionais são considerados para todos os profissionais, o que leva a que defenda que o projecto de portaria vai contra o número 2 do artigo 37.º do Decreto-Lei.

Ao SIM foi explicado que não interessa questionar agora a técnica legislativa utilizada, pois o Decreto-Lei foi aprovado, publicado e está em vigor. Quando o Decreto-Lei estabelece que uma componente remuneratória dos enfermeiros se traduz na atribuição de incentivos financeiros, então é isto que é preciso regulamentar. O artigo 37.º do Decreto-Lei clarifica o que são incentivos, mas só os enfermeiros e administrativos têm direito a eles. A portaria não pode ir mais além do que isto. Já a aplicação dos incentivos institucionais se faz de modo diferente.

O SIM entende que esta posição demonstra uma posição de princípio. O SIM não põe em causa que os enfermeiros e administrativos devam receber os incentivos – a questão é os médicos também receberem. Se o diploma prevê que todos têm direito, nos termos do n.º 2 do artigo 37.º, então como se justifica que os médicos não recebam?

Ao SIM foi clarificado que o n.º 2 do artigo 37.º se insere no capítulo VIII, e é uma norma de carácter geral, como se verifica até pela sua epígrafe, denominada "princípios", pelo que não visa regular em concreto a aplicação dos incentivos. Daqui não se retira que a norma visa referenciar um tipo específico de incentivos, até porque todos têm direito a incentivos institucionais, mas se estes não forem atingidos, ninguém recebe incentivos financeiros. É uma norma que podemos considerar programática, relativa aos mais gerais dos incentivos. O que falta é regulamentar os incentivos financeiros, que só estão previstos para enfermeiros e administrativos, e não para os médicos, em que a norma que fixa as suas componentes remuneratórias não exige qualquer regulamentação.

O SIM não concorda com a análise feita, no sentido de se tratar de uma norma programática, tendo questionado sobre se a falta de uma alínea para os médicos impede a interpretação do n.º 2 do artigo 37º.

Ao SIM foi respondido que a questão não é a falta de uma alínea, mas sim uma construção diferente de modelos remuneratórios, tendo-se entendido que os médicos já tinham tudo previsto.

O SIM entende que incentivos não são remunerações, pelo que o erro de base está aí. As normas habilitantes estão mal colocadas no Decreto-Lei, não se podendo retirar as conclusões que o Governo daí retira. Considera, ainda, que os diplomas das USF foram saindo, primeiro em forma de despachos, depois em Decreto-Lei, numa péssima técnica legística.

Defende ainda que há dez anos que os médicos têm remunerações diferentes, em função do regime remuneratório experimental. O ponto de vista do SIM era, pois, só permitir que os enfermeiros e administrativos também tivessem uma maior componente financeira. Contudo, o que se fez foi manter o regime remuneratório experimental para os médicos e dar muito mais aos outros. Os enfermeiros passam a ganhar muitíssimo, existindo um acréscimo de sessenta e cinco por cento a administrativos, noventa por cento a enfermeiros e setenta e cinco por cento a médicos, em termos de compensações e suplementos. O artigo 1.º do Decreto-Lei, que determina os princípios e âmbito do diploma, aparentemente não é seguido ao longo do resto do diploma. Para o SIM, o sentido que foi dado à sua sugestão para o artigo 1.º era este, em termos inequívocos. Isto vai ter consequências gravíssimas nas USF, porque as pessoas têm de trabalhar todas juntas.

O SIM defende que toda a questão é de uma grande inabilidade política, ultrapassável pela solução por si proposta. O que está aqui em causa é o princípio. Era injusto que enfermeiros e administrativos integrados em equipas de regime remuneratório experimental não tivessem uma remuneração diferenciada. Foram os médicos que lutaram para alterar isto, pelo que custa muito ouvir os enfermeiros dizerem que ganharam estas conquistas, e que isso ainda é pouco. O Decreto-Lei tem uma arquitectura que aqui não está a ser seguida.

Ao SIM foi explicado que há uma remuneração pelo desempenho, em termos comuns, em função do volume de trabalho, e outra pela qualidade do trabalho. Não há experiência anterior para os outros grupos profissionais, pelo que não houve possibilidade de haver actividades específicas, como há para os médicos. Daí terem ficado previstos incentivos para aqueles. A experiência pode vir a ocorrer nos dois anos previstos para a revisão da portaria. Era isto que estava no espírito de quem idealizou o sistema.

O SIM referiu, por último, que nunca apresentou nenhum problema em relação às remunerações, mas fê-lo em relação ao capítulo VIII, para se aplicar a todos. Por isso fez uma sugestão para o artigo 1.º do Decreto-Lei, mas não leu sequer a parte relativa à remuneração de enfermeiros e administrativos, porque não tinha de o fazer. Os únicos pontos relativos a remunerações foram colocados em relação ao subsídio de férias e de Natal e à perda de vencimento por situação de doença. O Governo aceitou estas alterações, para agora dizer que o artigo 1.º não vale nada, coisa que o SIM não aceita.

Nada mais havendo a tratar, foi a reunião encerrada e dela lavrada a presente acta que, depois de lida e aprovada, foi assinada pelos presentes."

MÉDICOS NÃO PODEM FICAR DE FORA DO SISTEMA DE PROGRESSÕES NAS CARREIRAS

SIM ALERTA MINISTRA

Apesar de os médicos serem desde há muito alvo de avaliação e com provas públicas, ao longo da sua progressão nas Carreiras Médicas, as mudanças verificadas nos últimos tempos com a tendência crescente para a adopção do regime de Contrato Individual de Trabalho (ainda que sem Acordos Colectivos ou de Empresa), e a nova Lei dos Vínculos e Carreiras na Função Pública (na qual os médicos que trabalham no SNS se integram como corpo especial) tornam imperioso que o Governo rapidamente defina o que pretende fazer relativamente aos médicos... a menos que se pretenda afastá-los de qualquer possibilidade de progressão pela inexistência de um sistema de avaliação (o qual, dada a especificidade técnica da profissão médica, terá sempre de ser diferente dos demais).
A este propósito o SIM enviou à Sr.ª Ministra da Saúde, em 11 de Março de 2008, o ofício que se reproduz.

"Assunto: Sistemas de gestão e avaliação do desempenho dos trabalhadores médicos

Excelência,

O Sindicato Independente dos Médicos – SIM, tem-se batido, desde sempre, pela instituição e desenvolvimento de sistemas de gestão e avaliação do desempenho dos trabalhadores médicos, cuja representação sócio-profissional, estatutária e legalmente, lhe cabe, designadamente no seio da Administração Pública.

Não obstante esta preocupação constante, só logrou vê-la contemplada até ao presente no âmbito do Acordo de Empresa que foi celebrado com a sociedade gestora do Hospital Prof. Fernando da Fonseca. Em sede dos serviços da administração directa e indirecta do Estado, nomeadamente dos dependentes do Ministério da Saúde, ainda não. Esta lacuna, aliás, relaciona-se com uma outra, outrossim de capital importância, que é a da deserção dos hospitais com o estatuto de empresas públicas empresariais, os EPE, da mesa negocial ou de se arrasta, de há anos, a negociação de um Acordo Colectivo de Trabalho com as respectivas administrações, da nomeação e da tutela desse mesmo ministério, em cujo seio o tema da gestão e de avaliação do desempenho deve também ser regulado. Este facto tem anomalamente impedido que aqueles hospitais conheçam os benefícios de uma sã gestão e avaliação do desempenho negociada com os representantes dos trabalhadores médicos.

Seja como for, e infelizmente é como se aqui descreve, aquilo que avulta é que, na imensa esmagadora maioria dos casos, os trabalhadores médicos não possuem esse instrumento de diferenciação positiva do reconhecimento do mérito funcional[1].

O SIM não pode aceitar este estado das coisas, agravado no presente e no futuro pela circunstância de ser imparavelmente crescente o número de trabalhadores médicos que exercem o seu múnus fora das carreiras médicas, justamente porque as respectivas admissões têm lugar sob o regime do contrato individual de trabalho e não à luz do DL 73/90, 6.III, aplicável apenas aos funcionários públicos e agentes administrativos, universo em constante declínio.

O SIM também não pode aceitar que se criem no seio do Estado português sistemas de gestão e avaliação do desempenho de outros importantes corpos especiais, sejam eles mais ou menos discutíveis, sem que se conheça, sequer um sinal, de que análoga iniciativa contemplará o grupo dos trabalhadores médicos.

E é disto que se trata: existe ou existirá, provindo do Ministério da Saúde, algum projecto de gestão e avaliação do desempenho dos trabalhadores médicos na Administração Pública? Se sim, como esperamos, quer o SIM conhecê-lo e negociá-lo, como é seu direito e seu dever. Mais se torna necessário definir se o SIADAP, estabelecido pela L 66-B/2007, 28.XII, será objecto de adaptação, e em que temos, por forma a incorporar o corpo especial dos médicos ou se, distintamente, se optará por erigir um sistema autónomo novo, e em que moldes.

Se os temas das carreiras (em crise de esvaziamento), da negociação colectiva (da qual fugiram os hospitais

EPE) e outros, são de relevância máxima, o tema da gestão e avaliação do desempenho, além de muito relevante, é urgente.

Na verdade, os médicos não querem – nem merecem – ser duplamente discriminados negativamente, por um lado, vendo-se paulativamente privados das carreiras públicas em cujo quadro Portugal ascendeu aos ganhos em Saúde de que o país se orgulha e, por outro, achando-se impedidos de dispor de um sistema de gestão e avaliação do desempenho em tempo e modo similar aos dos demais grupos sócio-profissionais e corpos especiais da Administração Pública.

Fica, portanto, o SIM na expectativa de que Vossa Excelência, Senhora Ministra, tendo presente as preocupações desta associação sindical, não frustre as legítimas aspirações de uma classe que, prima facie, se continua a bater por reunir as condições laborais indispensáveis à manutenção dos mais altos padrões na prestação dos cuidados de Saúde a que está obrigada, em prol das populações que estão a seu cargo.

Com os melhores cumprimentos.

O Secretário-Geral"

---

(1) *Não se ignora aqui o tão desastrado, e ilegal, recentíssimo projecto de Portaria que regulamenta os critérios e condições para a atribuição de incentivos institucionais e financeiros às USL e aos profissionais que as integram, excluindo embora, quanto aos incentivos financeiros, os médicos.*

POSIÇÃO DO SIM RELATIVAMENTE ÀS SUB'S

O Sindicato Independente dos Médicos tem sido questionado, nomeadamente pelos seus associados Médicos de Família do distrito de Bragança, relativamente aos Serviços de Urgência Básica (SUB's) que se espera comecem em breve a funcionar naquele distrito e de acordo com a proposta da Comissão Técnica de Apoio ao Processo de Requalificação das Urgências, na versão final do Despacho 5414/2008 de 28 de Fevereiro.

O SIM entende que:

1º A responsabilidade de assegurar, gerir e remunerar os recursos humanos médicos para as Urgências é dos Hospitais. E isso inclui as SUB.

2º Compreendemos as dificuldades que possam existir a nível de recursos humanos, pelo que admitimos, apoiando, que os Médicos de Família possam e devam dar o seu contributo nas Urgências, sejam elas Básicas ou Médico-Cirúrgicas. Aliás tal já se verifica actualmente em inúmeros SU hospitalares e inclusive a nível do INEM.

3º Devem no entanto fazê-lo exclusivamente em regime de trabalho extraordinário, no pressuposto do cumprimento do seu horário normal de trabalho no Centro de Saúde.

4º O pagamento das horas extraordinárias deve ser feito através do recibo mensal de vencimento no caso dos médicos em regime de trabalho de 42 horas semanais em exclusividade.

5º Já quanto aos médicos em regime de trabalho de 35 horas semanais sem exclusividade o pagamento das horas extraordinárias poderá ser feito em regime de prestação de serviços, com recibo e como medicina privada, autorizada que seja a acumulação, e ao preço de mercado praticado por ex: para empresas de prestação de cuidados médicos.

6º O SIM admite ainda que, em circunstâncias de carência de recursos humanos, que os Médicos Internos possam dar o seu contributo e prestar serviço nas Urgências, desde que tal não comprometa ou colida com o seu plano de formação, sempre prioritário. Entende o SIM ser preferível ter médicos já equiparados às Carreiras Médicas e com alguma diferenciação técnica a prestar atendimento a situações urgentes em vez de médicos indiferenciados e não integrados nessas Carreiras Médicas, as quais, recorde-se, são um garante da qualidade do exercício técnico da Medicina.

SIADAP

O SIM pediu a intervenção do Senhor Primeiro-Ministro através de ofício, enviado em 29 de Janeiro, no qual expressa as suas preocupações, quer na procura de soluções para o bem-estar dos doentes deste país, quer para a classe que representa, que se reproduz.

"Excelência,

O Sindicato Independente dos Médicos – SIM, é uma associação sindical, com mais de 30 anos de acção na defesa dos princípios do sindicalismo democrático, junto de todos os médicos que exerçam a sua actividade profissional por conta de outrem, como flúi dos arts. 5.º e 1.º/1, dos seus Estatutos.

Neste âmbito, tem sido parceiro dos sucessivos Governos da República no exercício deste múnus, enquanto legítimo titular do *direito de participação* e do *direito de negociação colectiva*, no seio da Administração Pública, nos termos da habilitação actual da Lei 23/98, 26.V. Tenha-se presente que, de entre os temas objecto de *negociação colectiva*, avultam os relativos à fixação ou alteração "*das carreiras... integradas em corpos especiais, incluindo as respectivas escalas salariais*", como determina o art. 6.º/7, e), do referido diploma legal.

Com crescente preocupação, regista o SIM que as plurais proclamações dos responsáveis pelo sector da Saúde do Governo de Vossa Excelência, que afiançam da vontade, e da premência, de se rever o regime jurídico das Carreiras Médicas – hoje vertido no DL 73/90, 6.III, e suas alterações parciais posteriores, as últimas das quais introduzidas pelo DL 44/2007, 23.II –, não tiveram qualquer concretização prática.

Isto é, o SIM desconhece da existência de propostas ou projectos de diplomas que visem rever, no todo ou em parte, a normatização da actividade profissional dos médicos por conta de outrem na Administração Pública. O SIM também desconhece da existência de propostas ou projectos de diplomas que visem, ao menos, rever as condições remuneratórias do *corpo especial*, que os médicos constituem, segundo a regra do art. 3.º/1.º, DL 73/90. Não obstante, o grupo sócio-profissional que o SIM representa, vê-se confrontado com inovações legislativas, como é a da Lei 66-B/2007, 28.XII, que estabelece o SIADAP, que produz efeitos relevantíssimos, *v.g.*, em sede de "*diagnóstico de necessidades de formação*" e de "*alteração do posicionamento remuneratório na carreira...*", tal qual resulta do disposto no seu art. 52.º/1, b) e e). Sabido que inexiste um sistema especifico de avaliação no *corpo especial* dos médicos, e sabido que os médicos, em número sempre crescente, que laboram fora das Carreiras Médicas, porque o respectivo vínculo é o do contrato individual de trabalho, e, infelizmente, continuam desmunidos de instrumentos de regulação colectiva do trabalho – os estabelecimentos, designadamente os hospitalares, e as autoridades a quem cabe, do lado patronal, promover a respectiva negociação no Serviço Nacional de Saúde, têm-se furtado, aliás com escândalo público, a guarnecer com a sua presença as mesas negociais que o SIM teve a iniciativa de impor, subscrevendo, há mais de 4 anos, dezenas de propostas de Acordos de Empresa – também nenhum possuem, é fácil de concluir que, não só carecem, absolutamente, de que seja estruturado um regime próprio para si, tanto legal como contratual, como carecem de ver clarificada a questão de saber quais são as perspectivas que o Governo de Vossa Excelência lhes reserva.

Na verdade, face: (i) ao congelamento das progressões, vigente na Administração Pública, em geral, (aparentemente, agora confirmado pelo art. 119.º/1, Lei 67-A/2007, 31.XII); (ii) à falta de *negociação colectiva* do estatuto dos médicos trabalhadores da Administração Pública; (iii) à falta de *negociação colectiva* do trabalho, como sejam Acordos de Empresa ou Acordos Colectivos de Trabalho, nas demais situações, mormente no sector das entidades públicas empresariais (as famigeradas EPE); e (iv) à falta de criação de sistemas específicos de avaliação para o corpo especial dos médicos das Carreiras Médicas, na senda do SIADAP; há que reconhecer, Senhor Primeiro Ministro, que, mais uma vez, a classe sócio-profissional dos médicos portugueses, assiste ao persistente agravamento das suas condições estatutárias, para aqui não aludir também à persistente degradação das suas condições de exercício, particularmente nas vertentes da segurança e do risco profissionais.

Esta deterioração, resulta, portanto, em grande medida, da incompreensível e continuada inércia – entretanto, já de anos – do Governo.

Ao SIM, cabe alertar Vossa Excelência e, depois, a persistir o quadro que vai descrito, tomar no terreno todas as medidas reactivas, que se impõem.

Agora, ficamos na expectativa da muito urgente, porque indispensável, intervenção de Vossa Excelência, desencadeando e fazendo desencadear, os procedimentos legais apropriados, a bem da Saúde e da qualidades dos cuidados prestados em Portugal aos doentes, por cujo bem estar os médicos que este Sindicato representa, querem continuar a ser os primeiros defensores e os responsáveis últimos.

Apresentando as melhores Saudações Sindicais,

O Secretário-Geral"

PROGRESSÃO NAS CARREIRAS

ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA ART. 119.º/1, L 67-A/2007, 31.12
(LEI do ORÇAMENTO do ESTADO para 2008)

REGIME TRANSITÓRIO

Foi suscitada a ideia de que a art. 119.º/1, L 67-A/89, 10.X, (que contém o estatuto remuneratório dos funcionários e agentes), permite, a partir de 1.I.2008, que se obtenha, de novo, a progressão nas categorias por mudança de escalão. No caso das carreiras médicas, regidas pelo DL 73/90, 6.III, à luz do art. 12.º/1, a mudança depende da permanência de 3 anos no escalão imediatamente anterior.

Ora, a disposição em apreço, determina: "*A partir de 1 de Janeiro de 2008, a progressão nas categorias opera-se segundo as regras para alteração do posicionamento remuneratório previstas em lei que, na sequência da Resolução do Conselho de Ministros n.º 109/2005, de 30 de Junho, defina e regule os novos regimes de vinculação, de carreiras e de remuneração dos trabalhadores que exercem funções públicas, produzindo efeitos a partir daquela data*".

O que daqui resulta é que a progressão nas categorias, a partir de 1.I.2008, não segue o modelo do art. 19.º/1, DL 353-A/89, mas sim um outro, ainda por revelar. Ou seja, a lei por editar, à luz da referida Resolução governamental, quando publicada, há-de ter efeitos retroactivos a 1.I.2008 ("produzindo efeitos a partir daquela data") e há-de permitir a progressão, nos termos a definir.

Com isto, o legislador, claramente, visou retirar qualquer operacionalidade ao art. 19.º/1, DL 353-A/89, já que não tem sentido admitir que a lei a editar, visando produzir efeitos reportados ao período subsequente a 1.I.2008, seria sobreponível aos efeitos que resultariam da sua aplicação nesta data (anterior à lei nova que ainda se desconhece, sobre esta matéria). Entre o art. 119.º/1, transcrito supra, e o art. 19.º/1, do DL aludido, há, portanto, uma relação de prejudicialidade: a progressão, qualquer que venha a ser, não é, depois de 1.I.2008, a do DL 353-A/89, porque a lei nova, afasta a velha – cfr. art. 12.º, CódCivil.

Trata-se, assim, de uma revogação tácita, sob forma parcial.

Do exposto, resulta que o sentido interpretativo que defende que é possível a velha progressão, segundo a disciplina do DL 353-A/89, até que surja lei nova, esquece que a regra que habilitava a tal (do art. 19º/1), foi revogada, precisamente pela Lei do Orçamento para 2008 (no art. 119º/1).

Daqui resulta que o entendimento do SIM é o de que não há progressão.

TRABALHO A MEIO TEMPO NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA (funcionários e agentes),

EM CASO DE FILHOS MENORES DE 12 ANOS

O trabalho a *tempo parcial* ou sob regime de *horário flexível*, é admitido para os funcionários e agentes, com filhos menores de 12 anos de idade, à luz do disposto nos arts. 45.º/1, CódTrab, e 111.º/1, L 35/2004, 29.VII, devendo seguir as regras do DL 259/98, 18.VIII.

Assim, no caso de trabalho a *tempo parcial*, "tem a duração de metade do horário normal de trabalho e pode ser prestado diariamente, de manhã ou à tarde, ou três vezes por semana, conforme houver sido requerido" – cfr. art. 11.º/2, DL 259/98.

Esta modalidade de trabalho "conta, proporcionalmente, para efeitos de carreira e dos decorrentes da antiguidade, sendo a retribuição correspondente a 50% da remuneração base" – cfr. art. 11.º/7, e não impede a prestação de trabalho extraordinário – cfr. art. 11.º/8, ambos do mesmo diploma legal.

Há que requerer, por escrito, a alteração em causa, ao ca hospitalar.

Se for declarado por esta autoridade, que tal prática é "manifesta e comprovadamente comprometedora do normal funcionamento dos serviços" o funcionário ou agente "é dispensado por uma só vez ou interpoladamente em cada semana, em termos idênticos ao previsto na lei para a frequência de aulas no regime de trabalhador-estudante" – cfr. art. 111.º/4, L35/2004. (i.e., "até seis horas semanais" – cfr. art. 149.º/1, L35/2004).

CARREIRA MÉDICA HOSPITALAR

TRABALHO PRESTADO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA HORÁRIOS, DESCANSOS E FOLGAS

1. Afigura-se de interesse, quanto aos horários médicos desta carreira, com relação jurídica de emprego público, detentores da qualidade de *funcionários públicos* (por *nomeação*) ou de *agentes administrativos* (por *contrato administrativo de provimento*), ter presente, em síntese, o seguinte:

(i) Consoante se pratique o regime das 35 ou 42 horas semanais, o médico deve prestar, respectivamente, 7 ou 9 horas diárias máximas;

(ii) Aquelas 35 ou 42 horas são aferidas entre as 0 horas de segunda-feira e as 24 horas do domingo seguinte;

(iii) Poderá, uma vez por mês, ser prestado trabalho normal na manhã do dia de sábado, o que, a suceder, implicará o ajustamento pontual do horário da semana em causa;

(iv) A eventual prestação de trabalho no serviço de urgência, em cada semana por um período máximo de 12 horas, faz parte do horário normal.

2. Por seu turno, dispõe o art. 13°/1, DL 62/79, 30.III que "*A prestação de trabalho em domingos, dias feriados e dias de descanso semanal dá direito a um dia de descanso dentro dos oito dias seguintes*".

Sabe-se que o período normal de trabalho dos médicos da carreira médica hospitalar está compreendido entre as 8 e as 20 horas, de segunda a sexta-feira - ponto 5, Despacho MS 19/90, 21.VIII.

Ora, segundo o entendimento tradicional do SIM, um médico que trabalhe no serviço de urgência ao sábado, a partir das 13 horas (vidé ponto 7., referido Despacho), ao domingo – dia que, como todos os demais, não o esqueçamos, começa às 0 horas..., por isso que, habitualmente, na vida hospitalar, os médicos que prestam trabalho de sábado para domingo trabalham, efectivamente, pelo menos as oito primeiras horas já deste dia – ou em dia feriado, estará a prestar trabalho extraordinário, como adiante se explicará.

Não obstante, é conhecido um outro entendimento, segundo o qual, em se tratando de trabalho prestado em serviço de urgência, os médicos gozam apenas do direito de auferir, tanto no período nocturno como nos dias de domingos, sábados e feriados, os acréscimos remuneratórios horários próprios do trabalho normal (as chamadas *horas incómodas*), mas não gozam do direito de auferir os acréscimos remuneratórios horários próprios do trabalho extraordinário.

Seja como for, o trabalho médico que *não tenha lugar em ambiente de serviço de urgência*, esse, nunca poderia ser qualificado como trabalho normal, à luz do disposto no n.° 5, Desp. MS 19/90, 21.VIII.

De todo o modo, em ambas as hipóteses de trabalho *em ambiente de serviço de urgência* ou *em ambiente de não serviço de urgência*, segundo o entendimento tradicional do SIM, deverá o trabalho prestado, além dos acréscimos remuneratórios, em certas circunstâncias, abaixo indicadas, conferir ainda direito a descanso compensatório.

Todavia, em se tratando de trabalho prestado ao sábado, das 13 horas às 24 horas, não haverá descanso compensatório, apenas acréscimos.

Na verdade, quanto ao trabalho prestado ao domingo e dia feriado:

(i) desde logo, o art. 13°/1 não distingue na sua formulação o trabalho normal do extraordinário;

(ii) depois, há que reconhecer que o fito do preceito é compensar o trabalhador hospitalar que trabalhe "*em domingos, dias feriados e dias de descanso semanal*" da acrescida penosidade do trabalho realizado em dias em que a generalidade da população activa, seja ou não da função pública, e, *maxime*, a sua família, não trabalhou;

(iii) finalmente, não é de impressionar o argumento, tantas vezes aduzido, de que, tratando-se de trabalho extraordinário, o acréscimo remuneratório já cobriria a compensação a que o trabalhador hospitalar teria direito, uma vez que a compensação remuneratória apenas visa cobrir o *plus* quantitativo de mais trabalho efectuado, mas não cobre o *plus* qualitativo, acima referido, de um trabalho socialmente mais penoso.

Sublinhe-se que o gozo da folga é feito com prejuízo do horário de trabalho semanal a prestar na semana seguinte, quando não o médico não veria garantido o direito ao descanso semanal que lhe assiste.
O gozo da folga por parte do médico impõe que este a solicite ao director do serviço.

O trabalho do médico da carreira médica hospitalar prestado no serviço de urgência em dia feriado, como aquele que preste em um sábado por mês a partir das 13 horas ou ao domingo, como se referiu acima, segundo o entendimento tradicional do SIM, deve ser considerado como extraordinário, visto que "*Entende-se por trabalho extraordinário o que ultrapassa o número de horas de trabalho semanal a que o pessoal hospitalar está obrigado*" - art. 7º/2, DL 62/79, 30.III, mas também é trabalho extraordinário aquele "*que é prestado fora do horário de trabalho*", como hoje a lei matriz das relações jus-laborais, o CódTrab, estatui no seu art. 197º/1.

Ora, entende-se por "*período normal de trabalho diário*" ou "*trabalho normal diário dos médicos*", "*Sem prejuízo da eventual necessidade de colaboração no serviço de urgência*" o que "*deve ser prestado entre as 8 e as 20 horas, de segunda a sexta-feira, com um máximo diário de sete horas e de nove horas, respectivamente, para os médicos com horário de 35 ou 42 horas semanais*" – n.º 5, Desp. MS 19/90, 21.VIII.

Sem esquecer que, "*Por conveniência dos serviços hospitalares, pode ser programado trabalho normal, uma vez por mês para cada médico, entre as 8 e as 13 horas dos sábados, podendo nessa semana os médicos prestar serviço em cinco dias e meio*" – n.º 7, *ibidem*.

Assim, seguindo a posição sindical tradicional, o trabalho do médico da carreira médica hospitalar prestado entre as 8 e as 20 horas de um dia de semana (de 2.ª a 6.ª feira), é havido como trabalho normal diurno, ainda que caia em dia feriado, caso por isso não seja ultrapassado o limite das 35 ou 42 horas nessa semana.

Deverá:

(i) ser remunerado com acréscimo de 50% - cfr. art. 6º/1, DL 62/79, 30.III; e (ii) dar lugar "*a um dia de descanso dentro dos oito dias seguintes*" – cfr. art. 13º/1, *ibidem*.

O trabalho nocturno prestado entre as 20 horas do dia feriado e as 8 horas do dia seguinte deverá ser remunerado:

(i) entre as 20 e as 24 horas, como trabalho extraordinário nocturno, prestado em dia feriado, a que cabe a remuneração acrescida de 125%, na primeira hora e de 150% nas seguintes – cfr. art. 7º/6, *ibidem*;

(ii) entre as 0 horas e as 7 horas do dia seguinte, não feriado, como trabalho extraordinário nocturno efectuado em dias úteis, a retribuir "*com base no valor calculado da hora de trabalho normal diurno, acrescido de 25% na primeira hora e de 50% nas horas seguintes*" – cfr. art. 7º/3, *ibidem*.

Nos termos do art. 31º/5, DL 73/90, 6.III, na redacção que foi introduzida pelo DL 44/2007, 23.II, "*Os médicos desta carreira deverão prestar, quando necessário, um período semanal máximo de 12 horas em serviço de urgência...*".

Acrescenta o n.º 6 que "*Os médicos desta carreira devem prestar, quando necessário, um período semanal máximo de doze horas de trabalho extraordinário no serviço de urgência, sem prejuízo de os médicos com horário semanal de trinta e cinco horas serem, a seu pedido, e por um período mínimo de um ano, dispensados desta prestação* ".

É de referir que não se afigura de todo aconselhável que o médico falte ao trabalho na semana seguinte – por forma a garantir o gozo da folga a que tem direito – se não lhe for designado o dia em que tal pode acontecer.

Ou seja, não cabe ao médico escolher a jornada de trabalho compensatória; inversamente, deverá requerer, ao director do seu serviço e, depois, sistematicamente, se for caso disso, ao conselho de administração, e sempre por escrito, que lhe seja designada a primeira oportunidade para usufruir da sua folga – cfr. art. 22º/2,m), e art. 6º/1, j), ambos DL 188/2003, 20.VIII.

De outro modo, incorrerá em faltas que serão necessariamente havidas como injustificadas, o que pode relevar como infracção disciplinar.

Finalmente, na carreira médica hospitalar, o trabalho prestado no serviço de urgência tanto pode ocorrer segundo os regimes da *presença* ou da *prevenção*, tal qual se prevê no art. 31º/5, DL 73/90, 6.III.

Evidentemente que, porque se trata de trabalho num e noutro caso, a sua prestação confere, entre outros direitos, não só o direito à remuneração como também o direito ao descanso, quando se trata de trabalho prestado "*em domingos, dias feriados e dias de descanso semanal*", art. 13º/1, DL 62/79, 30.III.

Não há, portanto, nenhuma razão, bem pelo contrário, para que o trabalho prestado em *regime de prevenção* receba um tratamento diferente do trabalho prestado em *regime de presença* no serviço de urgência, por isso que a lei os não distingue.

LICENÇAS SEM VENCIMENTO TRABALHO A MEIO TEMPO ASSIDUIDADE E FÉRIAS

Existem na lei, D.L. 100/99, de 31.III, com as alterações constantes pelo D.L. 117/99, de 11.VIII, diversas licenças sem vencimento, assim:

A) Licença de vencimento até 90 dias - que deverá ser requerida ao Conselho de Administração do hospital e poderá ser gozada seguida ou interpoladamente, implica a perda total das remunerações e o desconto na antiguidade para efeitos de carreira, aposentação e sobrevivência. Pode também o regresso ser antecipado pelo funcionário mediante requerimento.
A concessão da licença está sempre dependente da prévia ponderação do interesse de serviço;

B) Licença sem vencimento por um ano - carece de despacho do dirigente máximo do serviço, no caso o Conselho de Administração do hospital, comunicado ao respectivo membro do Governo, sendo que o membro do Governo previsto no número anterior pode, no prazo de 10 dias e por motivos e conveniência de serviço, obstar a que sejam concedidas as referidas licenças.
Para a sua concessão é necessária, para além da ponderação do interesse de serviço, a ponderação do interesse público, sendo motivo especialmente atendível a valorização profissional do funcionário ou agente, e quando as circunstâncias de interesse público que determinaram a concessão da licença cessarem, o funcionário pode requerer o regresso antecipado ao serviço.
A licença sem vencimento de um ano implica igualmente a perda das remunerações e o desconto na antiguidade para efeitos de carreira, aposentação e sobrevivência, podendo, contudo, contar para efeitos de aposentação e ADSE se o interessado mantiver os correspondentes descontos com base na remuneração auferida à data da sua concessão;

C) Licença sem vencimento de longa duração - carece de despacho do dirigente máximo do serviço, no caso o Conselho de Administração, comunicado ao respectivo membro do Governo, sendo que o membro do Governo previsto no número anterior pode, no prazo de 10 dias e por motivos e conveniência de serviço, obstar a que sejam concedidas as referidas licenças.
Tem duração obrigatoriamente superior a 1 ano, depende, por um lado, de prévia ponderação da conveniência de serviço, não sendo, por isso, certo que seja obtida em todos os casos, e, por outro lado, de os funcionários terem provimento definitivo e pelo menos 5 anos de serviço efectivo prestado à Administração.
Implica a suspensão do vínculo e a abertura de vaga, a perda total da remuneração e o desconto na antiguidade para efeitos de carreira, aposentação e sobrevivência. O funcionário pode, contudo, requerer que lhe continue a ser contado o tempo para afeitos de aposentação e sobrevivência, mediante o pagamento das respectivas quotas.
O funcionário pode regressar, desde que depois de 1 ano, mediante requerimento, cabendo-lhe uma das vagas existentes ou a primeira da sua categoria que venha a ocorrer no serviço de origem, podendo, no entanto, candidatar-se a concurso interno geral para a essa categoria, ou categoria superior, se preencher os requisitos legais, desde que o faça depois de ter manifestado vontade de regressar ao serviço efectivo.

Por seu lado, o regime de trabalho a meio tempo está previsto no art. 11º do DL n.º 259/98, de 18.08, nos termos do qual os funcionários com mais de 3 anos de serviço efectivo podem requerer a redução a meio tempo da duração de trabalho, por um período de 30 dias a 2 anos, podendo a mesma ser autorizada desde que não implique prejuízo para o serviço e as características da actividade desenvolvida o permitam.

Esse regime tem a duração de metade do horário normal de trabalho e poder ser prestado diariamente, de manhã ou à tarde, ou 3 vezes por semana, conforme seja requerido.

O trabalho a meio tempo conta, proporcionalmente, para efeitos de carreira e dos decorrentes da antiguidade, sendo a retribuição correspondente a 50 % da remuneração base que o funcionário tem direito no exercício de funções em tempo completo, o que se reflectirá nos subsídios de Natal e de Férias e na remuneração destas últimas, mas não no n.º de dias de férias.

Assim, a contagem de tempo é proporcional, pelo que, na ausência de norma especial e estando a retribuição reduzida em 50%, também será reduzido o montante de desconto para a CGA.
No que se refere ao retorno, convém ter em consideração o previsto no 6º do art. acima indicado, nos termos do qual "o funcionário a quem tenha sido autorizada a redução de trabalho a meio tempo superior a 3 meses não pode requerer o regresso antecipado ao regime de duração de trabalho a tempo inteiro quando se tenha verificado a sua substituição" por trabalhador a termo certo, com vista ao desempenho de funções no restante tempo.

CARREIRA MÉDICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

HORÁRIOS E HORAS NÃO ASSISTENCIAIS

No Decreto Lei 73/90, 6.III, o Capítulo II, que tem por epígrafe "Carreira médica de Clínica Geral", desenvolve, a partir do art. 16.º, as regras principais por que se norteiam estes profissionais, designadamente, traçando o respectivo *perfil*, *funções* e definindo a relação *personalizada* que deve ser estabelecida, com os seus utentes.

Ora, destas disposições decorre directamente que aos médicos desta especialidade incubem tarefas *assistenciais* e outras, *não assistenciais*.

As primeiras, são as que compreendem "o atendimento e tratamento dos utentes a seu cargo" – cfr. art. 18.º/1, a), do mesmo diploma legal.

As segundas, dirigem-se a vastas áreas de actividade diversa, comportando, designadamente, as elencadas no n.º 2, do supra referido preceito, que vão do "cooperar em programas de formação", a "colaborar em reuniões clínicas, científicas e de programação", a "participar em programas de investigação", e a "participar em júris de concursos".

Tudo sem olvidar, ainda, as tarefas do médico desta carreira quanto à obtenção de informação, que centraliza" – cfr. art. 20.º/2, do mesmo diploma legal.

Sendo assim, veio a ser editado o Despacho MS 18/90, 21.VIII, cujo n.º 3, determina que "*As horas destinadas a actividades de natureza não assistenciais devem ser, no máximo, de 5 e 6 horas semanais, respectivamente para os médicos de 35 e de 42 horas semanais, e devem ser distribuídas ao longo da semana de trabalho*".

Este mesmo despacho, no seu n.º 6, procede à definição do que são actividades *não assistenciais*, e no n.º 7, estatui que "As actividades não assistenciais exercidas fora das instalações dos centros de saúde devem, de preferência, ser desempenhadas por médicos com um horário de 42 horas semanais".

Deste modo, temos que, quanto às actividades *não assistenciais*, parte delas, pode e deve (até pela sua própria natureza) ter lugar dentro das instalações, e parte delas, não.

Este ponto assume importância prática, se se pensar que, respectivamente:

(i) em sede de organização do horário individual destes médicos e (ii) em sede da *verificação dos deveres de assiduidade e de pontualidade*,

(i) há que contemplar *expressis verbis* aquele período "máximo de 5 e 6 horas semanais" e (ii) há que adequar os meios de verificação em uso no centro de saúde.

Isto é,

(i) o horário semanal individual de cada médico tem de mencionar o período para as tarefas *não assistenciais* e (ii) os médicos desta carreira, quando, pela natureza das actividades que são chamados a desempenhar, as não exerçam nas instalações do seu centro de saúde, estão não só correspondentemente dispensados de aí comparecer antes ou depois, como também de proporcionarem a verificação do respectivo cumprimento, seja pelos registos em sistemas "automáticos, mecânicos ou de outra natureza", de que fala o art. 14.º/2, do Decreto Lei nº 259/98, de 18.VIII.

TERTÚLIA DE ESTUDANTES DE MEDICINA

Em resposta ao honroso e expresso convite da Associação de Estudantes do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Porto, o SIM fez-se representar pelo seu Secretário-Geral numa animada tertúlia organizada pela AE e tendo como tema *Ao Sabor da Medicina - Carreiras Médicas*.

Perante os nossos jovens e futuro(a)s colegas ficou bem saliente a importância que o SIM dá às Carreiras Médicas, a qualidade e actualidade dessas Carreiras tal como existem, e sendo tão só necessário adaptá-las de modo transversal às instituições privadas e aos novos regimes jurídicos de trabalho.

Na sessão participaram ainda o presidente do CA do Centro Hospitalar do Porto, que reconheceu a imprescindibilidade e urgência da negociação de acordos de empresa e de negociação colectiva, e um representante do Conselho Nacional do Médico Interno, o qual reforçou a necessária e indispensável participação da Ordem dos Médicos, enquanto garante do aspecto técnico, em qualquer processo de ajustamento das Carreiras Médicas.

REDUÇÃO DO HORÁRIO SEMANAL DE TRABALHO DEPOIS DOS 55 ANOS DE IDADE

CARREIRA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Relativamente à redução do horário semanal de trabalho, depois dos 55 anos de idade, devemos informar que a redução é solicitada todos os anos à Direcção do seu Centro de Saúde.
Esta situação pode repetir-se até ao máximo de 7 requerimentos/ anos, sendo que por cada um vai ser retirada uma hora do horário semanal.
Deste modo aqui se reproduz uma minuta para o requerimento a apresentar em duplicado, para o médico fica um exemplar, depois de carimbado, datado e rubricado pelo funcionário que o receber.

Exmo. Senhor Director
do Centro de Saúde de ____

F_____ [*identificação pessoal e profissional completas*], nos termos e para os efeitos do disposto no art. 24.º/13, DL 73/90, 6.III, na redacção que lhe foi conferida pelo DL 44/2007, 23.II, vem requerer que lhe seja concedida a redução de uma hora no seu horário de trabalho semanal de 42 horas, sem perda de regalias, com efeito a partir da data de _____ *[indicar uma data com, pelo menos, a antecedência de 1 mês completo de calendário]* porquanto: a) perfez a idade de 55 anos; e b) trabalha em regime de dedicação exclusiva há mais de 5 anos.

Pede Deferimento
O Médico,

PERDA DO VENCIMENTO DE EXERCÍCIO

O regime de faltas por doença, está, na parte que aqui interessa, contido no art. 29.º, DL 100/99, 31.III.
O desconto de 1/6, o denominado vencimento de exercício, tem lugar nos primeiros 30 dias, seguidos ou interpolados, em cada ano civil; mas não tem lugar nos casos de internamento hospitalar. Sendo assim, pode ocorrer no ano de 2007 o desconto de 1/6 a partir de 26.XI.2007 (excluindo, portanto, os 3 dias de internamento), se antes não se verificou situação análoga. O mesmo, em 2008, para o mês de Janeiro.
Não obstante, pode dirigir o requerimento, cuja minuta anexo, para que o abono seja reposto. Deve o mesmo ser apresentado em duplicado, guardando para si um exemplar, depois de carimbado, datado e rubricado pelo funcionário que o receber.

Excelentíssimo
Conselho de Administração do Centro Hospitalar ____

F_____ [*identificação pessoal e profissional completas]*, vem nos termos e para os efeitos do disposto no art. 29.º, DL 100/99, 31.III, expor e requerer o seguinte:

1. O signatário é habitualmente assíduo na prestação do trabalho, como atesta o seu registo individual;
2. Infelizmente, por graves motivos de saúde, a partir de _____ [*indicar data*], viu-se compelido a faltar ao serviço, por mais de 30 dias, incluindo um período de internamento hospitalar de 3 dias em que não deveria ocorrer a perda do vencimento de exercício – cfr. art. 29.º/2;
3. Acresce que o ora requerente também é merecedor de reconhecimento de mérito, evidenciado no desempenho das funções próprias da sua categoria na carreira médica hospitalar.

Nestes termos se requer que:

(i) Seja autorizado o abono do vencimento de exercício perdido no período de internamento hospitalar de 3 dias, de 2.XII.2007 a 4.XII.2007, à luz do que prevê o referido art. 29.º/2;
(ii) (ii) Seja autorizado o abono do vencimento de exercício perdido nos restantes períodos, anterior e posterior ao internamento, desde 26.XI.2007, de harmonia com o previsto no mesmo art. 29.º, no seu n.º 6.

Pede Deferimento
O Médico,

APELO À SENHORA MINISTRA DA SAÚDE

Os sinais de desconforto e de desânimo parecem começar a vir ao de cima entre os médicos que, há longos meses, aguardam pela melhoria remuneratória possibilitada pelo Modelo B das USF's, cansados que estão de promessas e sucessivas declarações de intenções.
Notícias do I Encontro das USF's do Norte reportam esse mesmo sentir, aí proclamado alto e bom som, inclusive com vozes a equacionarem o risco de desistência de equipas que optaram por este modelo organizativo das USF's na perspectiva de o serem no modelo B.
Aqueles que, desde o inicio, se candidataram a modelo B e viram a sua candidatura aprovada nesses termos, os que estão em modelo A e perspectivam a passagem ao modelo B e mesmo os ex-RRE's (que, continuando embora com os aspectos remuneratórios diferenciados que detinham, poderão também ter acréscimos remuneratórios) esperam e desesperam por aquilo que a publicação do Decreto-Lei 298/2007, de 22 de Agosto, possibilitaria.
Não é por culpa dos médicos, e muito menos por culpa das suas organizações sindicais, que as coisas não andam. Por isso Senhora Ministra, aqui deixamos o apelo público do Sindicato Independente dos Médicos para que ultrapasse as delongas e incompetências das estruturas do seu Ministério (ARS, DGS, ACSS, MCSP e muitos outros poderes) e tome uma decisão política: pagamento, a partir de 2 de Abril de 2008, aos médicos das USF's Modelo B e ex-RRE's pelo modelo remuneratório consignado no DL 298/2007 e imediata abertura de candidaturas para modelo B das equipas actualmente em modelo A, com um prazo limitado e curto para a efectivação dessa transição.
De contrário Senhora Ministra, muito dificilmente verá crescer, voluntariamente, o número de equipas que abraçaram o modelo organizativo em questão e estão no terreno dando o seu melhor ao País e aos doentes sem qualquer compensação financeira.

O pagamento das remunerações aos médicos das USF's, modelo B, segundo a Lei, carece de decisão política urgente: a decisão da Senhora Ministra da Saúde.

Ousar imaginar o adiamento do início desta remuneração para além do mês de Abril é politicamente inaceitável.

*****

RETORNO ÀS ORIGENS NA ULS DE MATOSINHOS

Foi anunciado que as Administrações Hospitalares, EPE irão ser alvo de avaliação do seu desempenho. Em declarações ao Tempo Medicina, Nuno Morujão, médico e presidente do CA da ULS de Matosinhos "acautela que os resultados das unidades de saúde *não dependem exclusivamente, nem principalmente, da qualidade do desempenho dos CA*, mas *fundamentalmente dos profissionais da instituição"*.
É por isso que defende que a implementação de um sistema de avaliação dos hospitais tem de ser precedida pela definição de um estatuto para os directores de serviço e outras chefias intermédias que permita *avaliar e premiar o seu desempenho de forma transparente, coerente e consistente*.
Nas suas declarações Nuno Morujão diz ainda que "julga ainda ser necessário assegurar um *acordo colectivo de trabalho* que defina claramente de que forma se aplicam os princípios de *segurança e saúde ocupacional, sistema de organização de trabalho, sistema remuneratório e de incentivos*, e ainda as *carreiras profissionais*. O presidente do CA da ULS considera que "sem estes dois pontos assegurados, *é como querer começar uma casa pelo telhado*".
Escusado será dizer que o Sindicato Independente dos Médicos está plenamente de acordo com o ponto de vista enunciado, sempre tendo defendido que a maior riqueza de uma instituição está na qualidade, empenho e motivação dos seus recursos humanos.
Simedicos regista e aplaude esta chamada de atenção do actual presidente do CA de uma entidade que, no Decreto-Lei que a trouxe à luz do dia, o DL 207/99 de 9 de Junho, já consagrava (e impunha inclusive prazos) para a negociação colectiva de trabalho e as normas orientadoras dos CIT's a celebrar com médicos e demais profissionais de saúde. Estamos assim perante um retorno às origens… a vários níveis…
Relembre-se ainda que o SIM fez propostas de Acordo de Empresa aos Hospitais e estes, todos, mandataram num único homem (agora de saída), Pedroso de Lima, essa responsabilidade. Mas a responsabilidade primeira - a dos Conselhos de Administração - mantém-se e, no mínimo, deveriam pedir conta ao mandatado.

CONSULTAS MÉDICAS DOMICILIÁRIAS E A DESMISTIFICAÇÃO NECESSÁRIA

Alguns responsáveis e alguma comunicação social de hoje embandeiram em arco de a propósito de um esperado incremento da visitação domiciliária pelos médicos dos Centros de Saúde, relacionando tal facto com as Unidades de Saúde Familiar e o pagamento à peça das consultas domiciliárias aos médicos dessas unidades funcionais.

Andou muito bem a Senhora Ministra da Saúde ao contrapôr em declarações radiofónicas que muitos e muitos Médicos de Família as fazem desde há muitos anos e em muitos locais do país, e sem qualquer contrapartida financeira.

O Sindicato Independente dos Médicos não pode deixar de lembrar que a visitação e consulta domiciliária pelo Médico de Família fazem parte, desde sempre, do conteúdo funcional da Carreira Médica de Clínica Geral. O que acontece é que essa actividade, única nas carreiras médicas, comporta riscos acrescidos.

Desde os acidentes em serviço, relutantemente aceites e reparados pelas administrações quando ocorrem, aos bairros sociais problemáticos em que pessoas e bens ficam em risco, a tudo muitos médicos se sujeitam. Sem qualquer compensação acessória. Merecida e justa, mas que a não ser generalizada implica um tratamento e reconhecimento discricionários para profissionais com o mesmo conteúdo funcional e responsabilidade...

*****

NOVIDADES DO SIADAP NO MINISTÉRIO DA SAÚDE

A Circular Informativa nº. 08 da Secretaria-Geral do Ministério da Saúde transcreve um despacho de 13 de Março da Senhora Ministra da Saúde em que se afirma caber ao Alto Comissariado da Saúde o acompanhamento e coordenação do SIADAP 1 no âmbito do Ministério da Saúde, e à Administração Central do Sistema de Saúde, IP a aplicação desse mesmo SIADAP 1 aos serviços e estabelecimentos do SNS.

Recorde-se que o Sindicato Independente dos Médicos instou em 11 de Março a Senhora Ministra da Saúde a pronunciar-se sobre a existência de algum projecto de gestão e avaliação do desempenho dos trabalhadores médicos na Administração Pública, já que e se sim, quereria o SIM conhecê-lo e negociá-lo, como é seu direito e seu dever. Mais se alertou a Senhora Ministra da Saúde sobre a necessidade de definir se o SIADAP, estabelecido pela Lei 66-B/2007, 28.XII, e nomeadamente o seu subsistema SIADAP 3 será objecto de adaptação, e em que termos, por forma a incorporar o corpo especial dos médicos ou se, distintamente, se optará por erigir um sistema autónomo novo, e em que moldes.

*****

MINISTRA DENTRO DA RAZÃO

A recente falta de resposta da VMER de Beja a solicitação urgente por estar inoperacional por falta de médico vem confirmar aquilo para que o Sindicato Independente dos Médicos tem alertado: apesar dos meios próprios de financiamento próprios que lhe advém por ex: dos seguros automóveis, o INEM não tem um quadro de pessoal médico próprio. Com efeito, no actual estado de coisas, o INEM apenas disponibiliza a viatura e o equipamento, cabendo aos hospitais garantir as escalas médicas com pessoal do seu quadro ou contratado para o efeito.

A anunciada intenção da Senhora Ministra da Saúde em responsabilizar as administrações hospitalares relapsas não pode deixar de merecer o reconhecimento e aplauso público do Sindicato Independente dos Médicos.

TEMPOS DE ESPERA PARA PRIMEIRAS CONSULTAS HOSPITALARES

Na sequência de uma acção temática da Inspecção-Geral das Actividades em Saúde que apurou a existência de cerca de 475.000 pedidos de uma primeira consulta hospitalar em fins de 2007, o Governo, através do Sr. Secretário de Estado da Saúde, Dr. Manuel Pizarro, e numa iniciativa que se saúda, anunciou a criação de níveis de prioridade para o atendimento desses pedidos no SNS: pedidos muito prioritários (a serem respondidos, idealmente, num período de um mês); pedidos prioritários (a serem respondidos em três meses); pedidos com prioridade normal (para os quais é aceitável a marcação até seis meses). Por outro lado entende o Sr. Secretário de Estado que haverá que diminuir a percentagem de referenciações indevidas pelos Médicos de Família, para o que pretende que seja criado um manual de boas práticas para a referenciação.

Essa tarefa caberia à Missão para os Cuidados de Saúde Primários, funcionando como uma ferramenta de orientação técnica e jamais, segundo o Sr. Secretário de Estado, com carácter de imposição e respeitando sempre a liberdade de referenciação.

Haverá aqui que ter em conta se a MCSP tem competência para, sem o contributo e intervenção directa da Ordem dos Médicos e dos seus Colégios de Especialidade, emitir tais orientações técnicas.

E igualmente haverá que acautelar a inevitável tentação de alguns serviços hospitalares para usarem a existência desse tal manual como filtro de malha apertada e como justificativo de recusa de atendimento, e bem assim a necessidade de, por sua vez, existir para os serviços hospitalares um manual de boas práticas de retorno.

Igualmente se saúda a intenção manifestada de, nalgumas áreas, fazer especialistas hospitalares irem até aos centros de saúde e aí, em conjunto com o médico de família e o doente, fazerem um aconselhamento diagnóstico e terapêutico, e uma triagem das situações que podem ser resolvidas fora do contexto hospitalar.

*****

DEMISSÃO DAS CHEFIAS DA EQUIPA DE URGÊNCIA DO H. S. FRANCISCO XAVIER CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL

A 15 de Abril de 2008, os chefes de equipa de urgência do Centro Hospitalar de Lisboa, Zona Oriental, EPE, a funcionar no antigo Hospital de S. Francisco Xavier, em Lisboa, pertencentes aos quadros desta Unidade de Saúde e responsáveis pelas Urgências de 3ª feira, 5ª feira e Sábados, apresentaram a sua demissão.

Como razão primeira para esta atitude, a incapacidade de calar por mais tempo a intolerável degradação qualitativa das equipas de urgência de Medicina Interna, não pactuando com escalas de um ou dois médicos especialistas por turno de trabalho de 12 horas.

Tratando-se de um Serviço de Urgência Polivalente, num Hospital Central, a recomendação técnica da OM de ter um mínimo de 5 médicos especialistas de Medicina Interna presentes em escala há muito que não é cumprida, colocando em insuportável risco o atendimento dos doentes e a níveis insustentáveis a responsabilidade médica.

O SIM, como lhe compete, fez nesta data a denúncia da situação à Ordem dos Médicos, garante da qualidade da formação médica e do Exercício Técnico da Medicina, aqui gravemente comprometida, e à Inspecção-Geral das Actividades em Saúde.

TABELA REMUNERATÓRA DA CARREIRA MÉDICA 2008

Índice 100 - 2.085,31€			REGIMES DE TRABALHO					
			Tempo Completo		Dedicação Exclusiva			
Categoria	Escalão	Índice	35 HORAS		35 HORAS		42 HORAS	
			Valor/Mês	V.Hora	Valor/Mês	V.Hora	Valor/Mês	V.Hora
Chefe de Serviço	4	200	3.002,85	19,80	4.170,62	27,50	5.505,22	30,25
	3	195	2.927,78	19,30	4.066,35	26,81	5.367,59	29,49
	2	185	2.777,63	18,31	3.857,82	25,44	5.092,33	27,98
	1	175	2.627,49	17,32	3.649,29	24,06	4.817,07	26,47
Assistente Graduado	6	185	2.777,63	18,31	3.857,82	25,44	5.092,33	27,98
	5	180	2.702,56	17,82	3.753,56	24,75	4.954,70	27,22
	4	175	2.627,49	17,32	3.649,29	24,06	4.817,07	26,47
	3	170	2.552,42	16,83	3.545,03	23,37	4.679,44	25,71
	2	160	2.402,28	15,84	3.336,50	22,00	4.404,17	24,20
	1	145	2.177,06	14,35	3.023,70	19,94	3.991,28	21,93
Assistente	5	145	2.177,06	14,35	3.023,70	19,94	3.991,28	21,93
	4	140	2.101,99	13,86	2.919,43	19,25	3.853,65	21,17
	3	135	2.026,92	13,36	2.815,17	18,56	3.716,02	20,42
	2	130	1.951,85	12,87	2.710,90	17,87	3.578,39	19,66
	1	120	1.801,71	11,88	2.502,37	16,50	3.303,13	18,15
Clínico Geral (Não Especialista)	4	105	1.576,49	10,39	2.189,58	14,44	2.890,24	15,88
	3	100	1.501,42	9,90	2.085,31	13,75	2.752,61	15,12
	2	95	1.426,35	9,40	1.981,04	13,06	2.614,98	14,37
	1	90	1.351,28	8,91	1.876,78	12,37	2.477,35	13,61

Internato Médico

Escalão	Índice	Tempo Completo 42 H	V. Hora	Dedicação Exclusiva 42 H	V. Hora
2	95	1.882,78	10,34	2.614,98	14,37
1	90	1.783,69	9,80	2.477,35	13,61
Ano Comum	73	1.522,28 (Valor Hora = 8,36)			

Tempo Completo 35 horas s/exclusividade (Recebe 72% do valor do respectivo Índice)
Dedicação Exclusiva 42 horas (Recebe + 32% do valor do respectivo Índice)
Internato Médico com 42 horas s/exclusividade (Recebe + 32% de 72% do Índice respectivo)

SUBSÍDIO ADICIONAL MENSAL CLÍNICA GERAL - 2005

(Portaria nº. 410/2005, de 11 de Abril)

Nº de Inscritos	Grupo A	Grupo B	Grupo C	Grupo D
Até 1750	326,85	228,38	181,24	104,76
De 1751 a 2000	353,04	254,04	205,86	129,90
Mais de 2000	375,57	278,13	229,42	156,10

Valores congelados desde 2005

ESTEJA DEVIDAMENTE ESCLARECIDO E SEM DÚVIDAS

AO CONHECER A LEGISLAÇÃO QUE REGULAMENTA A SUA CARREIRA OU AS SUAS FUNÇÕES TEM MELHORES CONDIÇÕES DE SE DEFENDER E RECLAMAR OS SEUS DIREITOS.

LEGISLAÇÃO

ENTIDADE	DIPLOMA/ DATA	ASSUNTO
D. R. Nº 251 1ª Série	Lei 67/2007 31/12/2007	Aprova o regime da Responsabilidade civil extracontratual do Estado e demais entidades públicas.
D. R. Nº 26 1ª Série	Portaria 117/2008 06/02/2008	Reclassificação do Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE, do Hospital Distrital de Faro e do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE passando a ser classificados como hospitais centrais.
D. R. Nº 28 1ª Série	Decreto-Lei 23/2008 08/02/2008	Criação do Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE sendo constituído pelo Hospital de Santa Maria, EPE e o Hospital Pulido Valente, EPE.
D. R. Nº 29 2ª Série	Deliberação 308/2008 11/02/2008	Informação dos estabelecimentos de saúde e as especialidades a considerar carenciados para vagas para os médicos que tenham concluído o internato complementar na 2ª época de 2007.
D. R. Nº 36 2ª Série	Deliberação 447/2008 20/02/2008	Informação dos estabelecimentos de saúde e as especialidades a considerar carenciados para vagas para os médicos que tenham concluído o internato complementar na 2ª época de 2007.
D. R. Nº 36 1ª Série	Lei 11/2008 20/02/2008	Altera a Lei nº 53/2006, de 7 de Dezembro, tornando extensivo o regime de mobilidade especial aos trabalhadores com contrato individual de trabalho; Altera o Estatuto da Aposentação; Criação da protecção de desemprego de trabalhadores da Administração Pública.
D. R. Nº 38 1ª Série	Decreto-Lei 28/2008 22/02/2008	Criação dos agrupamentos de Centros de Saúde do SNS e estabelece o seu regime de organização e funcionamento.
D. R. Nº 41 1ª Série	Lei 12-A/2008 27/02/2008	Estabelece os regimes de vinculação, de carreiras e de remunerações que exercem funções públicas.
D. R. Nº 42 2ª Série	Despacho 5414/2008 28/02/2008	Definição e classificação dos serviços de urgência que constituem os pontos da Rede de Referenciação de Urgência/ Emergência.
D. R. Nº 42 2ª Série	Aviso 5499/2008 28/02/2008	Alteração ao mapa de vagas do concurso IM 2008-B, para ingresso na área profissional de especialização do internato médico, em 2008, aberto pelo Aviso 22042-A/2007.
D. R. Nº 64 1ª Série	Resolução C. Ministros 59/2008 01/04/2008	Aprovação da Estratégia Nacional para a Segurança e Saúde no Trabalho.

CASO NECESSITE DESTA OU DE OUTRA LEGISLAÇÃO, CONTACTE-NOS, TEREMOS DISPONÍVEL PARA A SUA CONSULTA, ENVIO POR CORREIO, FAX OU E-MAIL.

SINDICATO INDEPENDENTE dos MÉDICOS

www.simedicos.pt E-mail: secretaria@simedicos.pt; advogados@simedicos.pt

Sede Nacional: Av. 5 de Outubro, 151 - 9º 1050 - 053 LISBOA – Tel. 217 826 730 Fax 217 826 739

Membro da FEMS – Federação Europeia dos Médicos Assalariados *** Membro Fundador da AMSLB – Associação Médica Sindical Luso-Brasileira *** Membro Fundador da AMSLE – Associação Médica Sindical Luso-Espanhola

FICHA DE SÓCIO

INSCRIÇÃO ☐ ACTUALIZAÇÃO DE FICHEIRO ☐

Sócio Nº.

Data de Inscrição

Sexo M ☐ F ☐

Nome

Morada

Localidade

Código Postal -

Telfs. de contacto

E.mail:

Data de Nascimento

Nacionalidade

B.I. nº. de Arquivo de

Cédula Profissional nº.

Contribuinte nº.

Grau

Especialidade

Local de Trabalho

Localidade

Entidade Pagadora

Nº. Mecanográfico

2º Local de Trabalho

DECLARAÇÃO

Declaro que autorizo o desconto de 1% no vencimento mensal (incluindo Subsídio de Férias e Natal), referente à quotização do Sindicato Independente dos Médicos – SIM.

Data, ... /..... /.....

Assinatura

DIREITOS dos SÓCIOS do SIM

Os sócios com quotização regularizada têm direito a:

1 – Eleger e ser eleito para os órgãos do SIM, nos termos dos Estatutos e Regulamento Eleitoral.

2 – Participar livremente em todas as actividades do Sindicato, segundo os princípios e normas dos Estatutos do SIM.

3 – Beneficiar de todos os serviços organizados pelo Sindicato na defesa dos seus interesses profissionais, económicos, sociais e culturais.

4 – Beneficiar da quotização sindical e nomeadamente dos fundos de solidariedade nos termos estabelecidos pelo Conselho Nacional.

5 – Ser informado regularmente de toda a actividade do Sindicato.

6 – Recorrer para o Conselho Nacional das decisões dos órgãos directivos que contrariem os Estatutos do SIM ou lesem algum dos seus direitos.

7 – Acesso a comparticipação em caso de decisão judicial condenatória por responsabilidade civil ou profissional, por erro ou negligência, dos médicos Internos do Internato Médico/ Ano Comum e Especialistas, conforme regulamento do Fundo Social.

8 – Acesso a comparticipação destinada a minimizar as despesas e encargos que o sócio haja de suportar com a assistência médica hospitalar própria e do seu agregado familiar, conforme regulamento do Fundo Social do SIM.

9 – Acesso a comparticipação por redução de vencimento em caso de doença e na parte não comparticipada pelo Cofre de Previdência dos Funcionários e Agentes do Estado, Seguro Integral do Médico ou qualquer outra entidade conforme regulamento do Fundo Social do SIM.

10 – Apoio jurídico gratuito em casos sindicais e profissionais.

11 – Acesso a apoio financeiro a conceder ao sócio para fazer face a despesas em processos judiciais, conforme regulamento do Fundo Social do SIM.

12 – Acesso a apoio financeiro em situação de emergência, conforme regulamento do Fundo Social do SIM.

13 – Acesso ao fundo complemento de reforma/apoio social, desde que o Sócio esteja reformado e tenha pelo menos 15 anos de sindicalização no SIM, conforme regulamento do Fundo Social do SIM.

14 – Acesso ao Fundo para Formação dos Médicos Internos e dos Assistentes Eventuais para bolsas de estudo, conforme regulamento do Fundo Social do SIM.

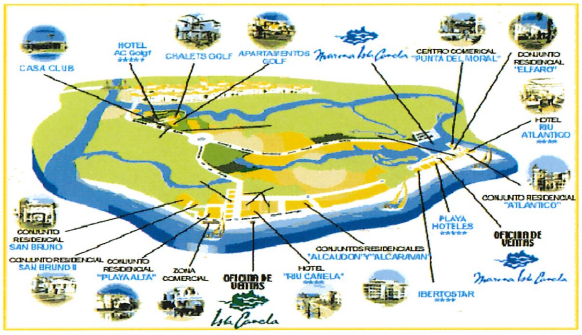
15 – Acesso a passar férias e fins-de-semana na Isla Canela (Espanha), por baixo preço, num dos 12 apartamentos (T1 e T2) adquiridos pelo SIM, sendo 10 junto à praia e Marina e 2 junto ao Campo de Golf, mediante as normas estabelecidas anualmente pelo Secretariado Nacional.

O Secretariado Nacional

2007

Isla Canela

TEMPORADA 2008



Isla Canela fica situada na província de Andaluzia, no Sul de Espanha, junto à fronteira de Portugal/Espanha, banhada pelo Rio Guadiana e pelo Oceano Atlântico.
É uma ilha natural que ocupa uma extensão de 1.760 hectares, com 7 km de praia, canais de navegação, um clima temperado e um encanto natural.
Zona turística por excelência que gira em torno de três motivações para férias: Praia, Golf e Porto Desportivo.
Para informações mais detalhadas, sobre Isla Canela, consulte o nosso Site, www.simedicos.pt, no link Férias.

CRITÉRIOS DE MARCAÇÃO

1 – As reservas para a época alta (Junho a Setembro), serão aceites por ordem de entrada na Sede Nacional do SIM, **a partir do dia 1 de Fevereiro, mediante o pagamento de 30% do valor total, sendo os restantes 70% liquidados até 15 dias antes da entrada no apartamento.**
O preçário mantém-se igual ao da época anterior.
2 – Na época alta (Junho a Setembro), o aluguer é feito à semana (Sábado a Sábado, com as saídas e entradas, entre as 12 h e as 17 horas).
3 – Os novos sócios e os seus proponentes podem usufruir gratuitamente dos apartamentos que estejam, disponíveis e fora da época alta.

NORMAS

1 – A limpeza do apartamento fica a cargo do próprio.
2 – A roupa de cama, banho e cozinha será da responsabilidade do próprio.
3 – A entrega e devolução das chaves é feita na Sede do SIM, via CTT ou PMP.
4 – A reposição do equipamento do apartamento e a reparação dos electrodomésticos deverá ser feita de imediato directamente pelo próprio ou mediante contacto com o responsável indicado pelo SIM.
5 – A declaração e assinatura dos manifestos de equipamento à entrada e saída do período de utilização é obrigatória, sempre que se detectem anomalias, havendo também afixado em cada apartamento, um manifesto do equipamento existente.
6 – Não são permitidos animais domésticos.
7 – Os utilizadores terão de respeitar as normas de utilização do condomínio.

Para quaisquer informações, não hesite em contactar os nossos serviços para esclarecer as suas dúvidas, fazer reservas e/ou marcações. Contacte-nos através do tel. 217 826 730, do fax. 217 826 739 ou do e-mail secretaria@simedicos.pt / seguros@simedicos.pt / ferias@simedicos.pt

NOVOS SÓCIOS

Aos Sócios que se inscreverem durante o ano de 2008, oferecemos 3 dias gratuitos nos apartamentos do SIM, em Isla Canela.
Também o Sócio proponente tem direito, por cada novo sócio, a 1 dia gratuito.
Em ambos os casos, estes dias poderão ser usufruídos APENAS FORA DA ÉPOCA ALTA.

POR UM SINDICALISMO MÉDICO

INDEPENDENTE E DEMOCRÁTICO

ADERE AO SIM