Boletim do sim

Abril/Junho 2008
63

Sindicato Independente dos Médicos

No País do faz-de-conta

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
presidente@simedicos.pt
secretariogeral@simedicos.pt
secretaria@simedicos.pt
advogados@simedicos.pt
contabilidade@simedicos.pt
ferias@simedicos.pt
jornalvirtual@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
Urbanização Poente ao H.D. Faro,
Lote A - r/c Dtº
8005 - 270 FARO
Tel. 289 813 296 /221 - Fax 289 813 222
simalgarve@netcabo.pt
Das 18,30 às 20,30h

SIM/CENTRO
Qtª das Fonsecas, Lomba da Arregaça, Lt. 5 – Sala 5
3030 - 243 COIMBRA
Tel. 239 484 137 - Fax 239 481 329
simcentro@mail.telepac.pt / simcentro@simedicos.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 : Jorge Pires Miguel / António Luz

SEDE NACIONAL
Tel. 217 826 730 / Fax 217 826 739 - Às 3ªs e 5ªs das 17,00 às 19,00h

SIM/CENTRO
Tel. 239 484 137 / Fax 239 481 329
Às 5ªs das 16,00 às 18,00h

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

SUMÁRIO

Editorial 03

Remuneração dos Médicos
Que perspectivas entre nós? 04

Anteprojecto de Decreto-Lei
Autoridades de Saúde 09

Alerta! – CIT's 14

Apreciação jurídica:
Horários e Remunerações - CG 15
Folgas - Trabalho Extra - CH 16
Assistência a filhos menores 18
Passagem regime 35 h s/exclus. 18

Comunicado SIM/ FNAM 19

Notícias:
Greve Médica Europeia 19
Desabafos Médicos (vários) 20
Transcrições: Circular da ACSS ...21
Escalas do SUB de Estremoz
(e outras) 22

Tabela Remuneratória 23

Legislação 24

Ficha de Sócio 25

Direitos dos Sócios 26

Isla Canela – Apartamentos 27

E A FALTA DE ATENÇÃO PELOS PROFISSIONAIS, SENHORA MINISTRA?

O Governo diz pretender aumentar o número de médicos no sector público da Saúde através da abertura de mais vagas nas universidades, da identificação de estudantes portugueses no estrangeiro e da contratação de médicos de outros países.

Esta foi a resposta da Ministra da Saúde às críticas patentes no Relatório da Primavera 2008, do Observatório Português dos Sistemas de Saúde, que alertou publicamente para a saída de muitos profissionais para o sector privado e que chamou a atenção para que "daqui a poucos anos não haverá recursos humanos para manter o serviço público de saúde" pois verifica-se "falta de atenção pelos profissionais". Além disso, o Relatório não hesita em deixar bem expresso que "não são de certeza as formas contratuais que pouco a pouco se vão instalando nos hospitais públicos que vão criar condições para a fixação de profissionais necessários ao serviço público".

Em declarações públicas aquando da apresentação do Relatório e reproduzidas pela Comunicação Social, a Sr.ª Ministra reconheceu que se está a "sofrer as consequências do número diminuto de alunos que entrou para as faculdades de Medicina nos anos 80 e no início dos anos 90 [*numerus clausus* estes fixados, recorde-se, por sucessivos governos e atempadamente denunciados pelos sindicatos médicos], ao mesmo tempo que se faz sentir um número elevado de pedidos de reformas antecipadas, a que legitimamente os profissionais têm direito", e ainda que está a aumentar "o número de alternativas para o exercício privado da medicina, principalmente nos grandes centros urbanos, que se tornam financeiramente atractivas para os médicos, enquanto permanece a indefinição do seu futuro profissional no sistema público".

Mas com estas declarações a Sr.ª Ministra da Saúde parece estar a querer tapar o sol com uma peneira... O que a Sr.ª Ministra parece esquecer, o que tanto mais se estranha quanto é médica, é que as capacidades formativas são finitas quer em termos de instalações, equipamentos e formadores (com a agravante de actualmente haver formadores remunerados e outros não) e que a maior riqueza do SNS são os seus recursos humanos, os quais para se sentirem atraídos e se fixarem no SNS precisam de carinho e estímulo, estímulo esse que passa pelas condições de trabalho tanto ou mais do que pelas remunerações. Assim não fora e por certo que nem os médicos recorriam aos mecanismos legais de aposentação antecipada nem "fugiam" para o sector privado...

Que se chame e se tente fixar os portugueses licenciados em Medicina em Espanha, na República Checa, na Polónia, etc., óptimo. Que se tente contratar médicos estrangeiros de reconhecida idoneidade técnica e com um domínio suficiente da língua portuguesa, óptimo. Mas será demais esperar que os que já cá estão e que têm aguentado (e ainda querem aguentar o barco), não sejam esquecidos?

Que se reconheça a importância da revitalização do exercício da profissão nas instituições públicas, óptimo.

Mas o que pensar quando se ouve afirmar que tal espera conseguir-se "através da actualização das carreiras médicas, que se encontra em estudo"? Isto quando não existe, no início de Julho, qualquer proposta do Ministério da Saúde quer quanto às Carreiras Médicas quer quanto a Regulamentação e Acordos Colectivos de Trabalho que a regulamentação da Lei n.º 12-A/2008 exige e prevê que esteja concluída em Agosto...

Será que é pretensão do Governo que esta negociação, fundamental para o Serviço Nacional de Saúde e de cariz eminentemente sindical, se faça em plena época de férias propícia à desmobilização e sob pressão?

Jorge Silva
Secretariado Nacional do SIM

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, Porto, 2004 (Colecção particular)

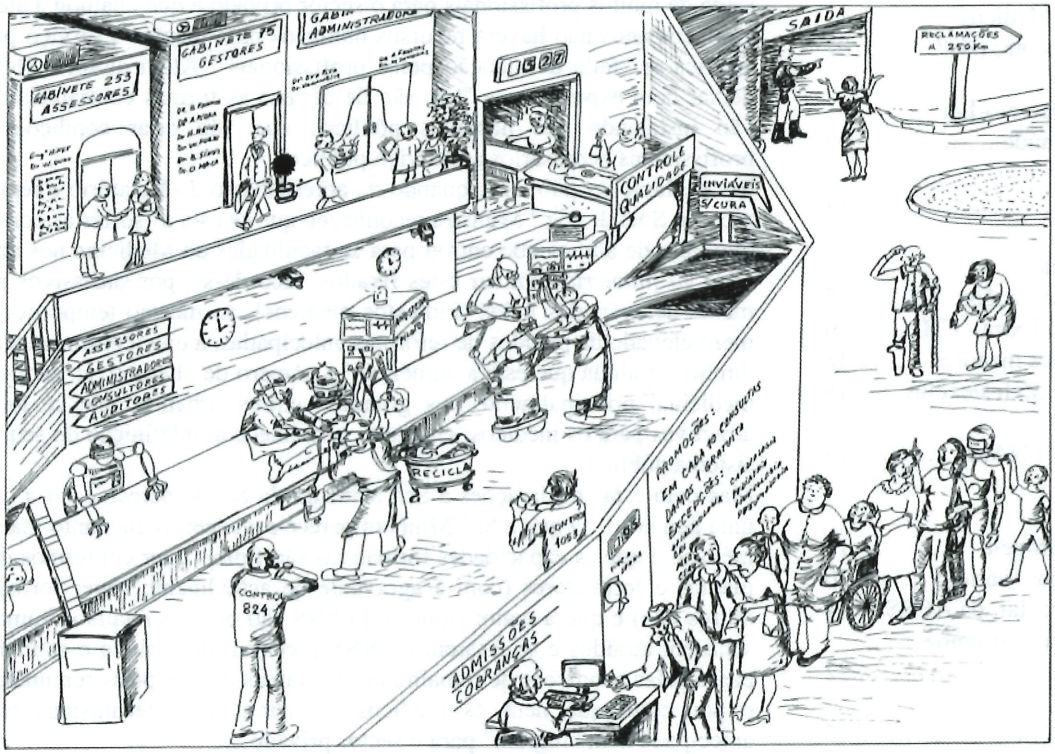
Edição, Publicidade e Propriedade
Sindicato Independente dos Médicos - SIM

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

REMUNERAÇÃO DOS MÉDICOS

Que perspectivas entre nós?



Faculdade de Ciências Médicas – UNL, Maio de 2008

Departamento de Saúde Pública - 4º Ano

Trabalho realizado pelos alunos da Turma 3 (grupo 8)

Ciro Oliveira, Cláudia Alves e João Fonseca

Todos os membros do grupo contribuíram igualmente para a realização deste trabalho

Introdução

Este trabalho versa sobre o tema da remuneração dos médicos. Tendo por base a pesquisa bibliográfica, começaremos por fazer uma breve contextualização histórica deste problema transversal à prática da medicina para, depois, também através de entrevistas a representantes de entidades sindicais médicas, possamos abordar aquele que é o subtema deste trabalho - as perspectivas dos médicos em relação às suas remunerações.

Perspectiva histórica

As remunerações dos médicos são um problema que sempre preocupou a sociedade ao longo da história.

Dele é exemplo, já por volta de 1000 a.C. na antiga Mesopotâmia, o código de Hamurabi que, através dos seus artigos 215 a 223, regulava os honorários dos médicos.[1]

O exercício da medicina nunca foi, ao longo da história, encarado como uma forma de adquirir riqueza, o que fica bem patente nos princípios éticos/deontológicos pelos quais se rege a sua prática, nomeadamente, a abnegação. Vejamos um dos conselhos de Esculápio que datam de

390-400 a.C.: "Não penses que essa profissão tão dura te tornará um homem rico.

Asseguro-te: é um sacerdócio, e não seria decente que tivesses os ganhos de um comerciante de azeite ou de um político".[2]

Estes preceitos não sofreram alterações de monta ao longo dos séculos, não acompanhando as muitas alterações sócio-económico-culturais e, consequentemente, não se adaptando à realidade actual.

Assim, a Ordem dos Médicos portuguesa elaborou um "Relatório sobre as Carreiras Médicas" em 1961, sendo que um dos objectivos era apresentar propostas que visassem a justa retribuição do trabalho médico uma vez que, à época, traduziam "concepções obsoletas", dado entender-se que a assistência médica institucional era gratuita e que as remunerações, quando as haviam, se limitavam a "recompensar simbolicamente um louvável proceder".[3]

Era considerada justa a desproporção entre o exercício da clínica livre e da hospitalar.
"O médico cumpria literalmente os preceitos morais da arte de curar. (...) A sociedade tomava sobre si o encargo de proteger os indigentes, garantindo-lhes tratamento, deixando aos médicos a liberdade de fixar os honorários na clínica livre. Restabelecia-se assim o equilíbrio".[3]

Mas houve uma mudança na forma como era encarada a assistência médica, passando do domínio do exercício livre para uma forma, essencialmente, institucionalizada, tendencialmente gratuita.

Daí a necessidade de criar carreiras médicas e de estabelecer uma remuneração justa que permitisse ao médico e à sua família uma vida desafogada e concordante com o seu estatuto social, propondo uma remuneração fixa e outra variável, bem como incentivos à prática médica em meios rurais.

Actualidade e Perspectivas Futuras

A reforma das carreiras médicas foi realizada e estas são hoje reguladas pelo Decreto-Lei n.º 73/90 de 6 de Março, que reconhece a existência das carreiras de clínica geral, hospitalar e de saúde pública, estando as remunerações fixadas por graus e escalões e indexadas ao índice 100 que determina as remunerações de toda a função pública, de acordo com o Decreto-Lei n.º 353-A/89 de 16 de Outubro (ver Anexo 1).[4,5]

A obtenção de novos graus é feita através de exames; a progressão nos escalões é feita através da antiguidade e com recurso a concursos, sendo que os graus são requisitos.

Também a Ordem dos Médicos regulamenta os honorários através dos artigos 81° a 89° do Código Deontológico.[6]

Foi encomendado um estudo à Comissão de Revisão do Sistema de Carreiras e Remunerações (CRSCR) [7], cujos resultados, divulgados em Setembro de 2006, revelam que a maioria dos médicos estão ligados à Função Pública, mas que há um aumento crescente - cerca de 23 vezes mais de 2001 a 2005 - de médicos com Contrato Individual de Trabalho.

Demonstram, ainda, não estar estabelecido, no nosso país, um método remuneratório que tenha por base a avaliação do desempenho, havendo, todavia, um regime experimental em vigor nas Unidades de Saúde Familiar (USF) e no Centro de Responsabilidade Integrado (CRI) de Cirurgia Cardiotorácica dos Hospitais da Universidade de Coimbra, que a CRSCR considera insuficiente.

Um CRI é um centro com gestão própria, com autonomia face à administração do hospital, com orçamento próprio, mas integrado no hospital, e que permite introduzir regimes de remuneração inovadores.[8]

O regime remuneratório experimental em vigor nas USF prevê, conforme estipulado no Decreto-Lei n.º 117/98 de 5 de Maio, que os médicos de família a trabalhar nestas unidades sejam remunerados de acordo com o número de unidades ponderadas que correspondem aos doentes que seguem, sendo que a diferentes doentes são atribuídas ponderações diferentes (consoante a faixa etária, por exemplo).

O relatório da CRSCR refere ainda, que o perfil salarial da carreira médica não promove o incentivo na fase final da vida activa, uma vez que em 14 anos de actividade o médico atinge 80% da remuneração máxima, o que se explica por uma rápida progressão nos anos iniciais e/ou uma entrada na carreira com um salário bastante elevado em termos relativos.

É de referir, no entanto, que as remunerações dos médicos são, dentro dos corpos especiais da função pública, aquelas que têm tido menores aumentos nos últimos anos em termos percentuais: entre 1989 e 2005 a remuneração mínima aumentou 3.5% e a máxima decresceu 4,5%.

Por outro lado, em outros corpos especiais verificam-se aumentos superiores a 10%, chegando perto dos 40% no caso dos magistrados.[7]

O debate relativo a esta matéria é, deste modo, crescente, já se traduzindo nalgumas notícias na comunicação social, como os casos dos hospitais S.A. e E.P.E., da saída dos médicos da função pública para instituições privadas, tendo cerca de 800 médicos abandonado o Serviço Nacional de Saúde entre 2006 e meados de 2007 com metade a aceitar contratos individuais de trabalho nestas instituições.

Esta situação tem contribuído para uma crescente instabilidade nos serviços de urgência [9,10].

Também os sindicatos têm proposto aos diversos governos novas alterações ao regime da carreira dos médicos, nomeadamente no que respeita às remunerações.

A FNAM, por exemplo, defende uma "progressão na vertical (categorias) e evolução na horizontal (escalões) e uma remuneração assente em competências (avaliação externa - graus), no desempenho (avaliação interna) e um terceiro eixo baseado na criação de um sistema de incentivos (contratualização e avaliação)" [11].

Em Janeiro de 2007 foram apresentadas orientações genericas sobre a reforma da administração pública onde, a nível de remunerações, salientamos um ajuste das posições remuneratórias de modo a que se atinja a remuneração máxima com o aproximar do fim da vida profissional e a possibilidade de sistemas específicos de recompensa pelo desempenho, em carreiras especiais e em função de resultados de equipas.
Não há ainda qualquer proposta específica para as carreiras médicas, devendo ser publicada brevemente.

De seguida, apresentamos as entrevistas realizadas ao Sindicato Independente dos Médicos e ao Sindicato dos Médicos do Norte.

Questionámos a vice-presidente da Comissão Executiva da Federação Nacional dos Médicos, a Dra. Maria Merlinde, relativamente à adequação da remuneração actual dos médicos, que referiu não ser justa: "O vencimento não é competitivo relativamente ao praticado nas instituições privadas.

Por outro lado, mesmo dentro dos hospitais públicos, actuais EPEs existem discrepâncias entre vencimentos dos diversos funcionários, chegando a ocorrer situações em que são pedidas licenças sem vencimento para depois se realizar paralelamente e com a mesma instituição, um contrato individual de trabalho. (..) os vencimentos têm de ser negociados de forma a que o trabalho extraordinário esteja já incluído, cotado de forma diferente mas dentro do mesmo vencimento.

A tendência actual é para uma contratualização de serviços e não uma contratação". Sobre a existência de diferenças nas remunerações auferidas nas instituições públicas e privadas comentou: "Sim existe.
No entanto esta diferença tenderá a esbater-se uma vez que os quadros das instituições privadas estejam preenchidos.
Defendemos a realização de um contrato colectivo de trabalho com a vista a estabelecer um limite abaixo do qual não poderá ser auferido nenhum vencimento, pensamos deste modo assegurar às gerações futuras um vencimento mais justo".

Inquirida sobre perspectivas futuras respondeu: "(...) a conjectura actual é pouco clara.
Existe uma desresponsabilização do Governo pelo sector público com aparente benefício para o sector privado.
Este só sobrevive com o apoio do Estado pois a população não tem capacidade para o sustentar e dentro da Europa, Portugal tem o sistema público mais barato e o privado mais caro".

Questionado sobre a adequação da remuneração dos médicos actualmente, o secretário-geral do Sindicato Independente dos Médicos, Dr. Carlos Arroz refere: "Os médicos nunca são remunerados de forma justa dada a responsabilidade que comporta o seu acto e a sua atitude clínica.

A responsabilidade médica é pessoal e intransmissível, não é protegida pelo Estado (bem pelo contrário) (...) os médicos (falo dos que estão em Carreiras Médicas após obter especialidade) são os profissionais com maior e mais longa formação e não são os que mais rendimentos subordinados auferem (comparação com juízes e professores universitários)".

Acerca da utilização simultânea de contratos colectivos e contratos individuais de trabalho nos hospitais, bem como da saída de médicos para instituições privadas, clarifica: "Os vários sistemas de contratação e de vínculo jurídico podem/devem estar sob o mesmo chapéu de chuva funcional.
Isto é, é imperioso estender aos médicos em contrato individual os conteúdos funcionais das carreiras médicas.

Os profissionais saem para onde os tratam melhor e com mais respeito e não por carreira ou remuneração".

Ainda sobre as remunerações dos médicos a trabalhar em instituições privadas refere: "Nem sempre [são melhor remunerados].
Têm é maior protecção (seguros de responsabilidade civil e profissional), melhor trato e maior liberdade organizativa embora, geralmente, com muito mais exigência.

De notar que as recentes contratações em privado correspondem sempre a exigência de exclusividade.
De notar, importantemente, que os privados têm geralmente boas bolsas de formação(...)".

Indagado sobre as perspectivas para as remunerações dos médicos nos sectores público e privado foi breve: "Enquanto a relação de forças do mercado se mantiver do lado dos médicos só destes depende a evolução positiva.".

Sobre os regimes remuneratórios experimentais já mencionados e se o futuro passa pela sua utilização de forma mais abrangente comentou: "Achamos positivo.
(...) Penso que o futuro passa pela contratualização.".

Conclusões

1. **A remuneração dos médicos é um problema transversal à história e prática da medicina. Na opinião dos sindicatos entrevistados os médicos são ainda hoje mal remunerados, havendo alguma discrepância entre sectores público e privado não só no que toca às remunerações mas também aos benefícios que as complementam.**

2. **Actualmente, discutem-se alterações à carreira dos médicos de modo a que acompanhe e reflicta o evoluir dos tempos e o conceito de assistência médica e papel do médico.**

3. **O relatório da Comissão de Revisão do Sistema de Carreiras e Remunerações da Administração Pública confirma a necessidade de uma reforma do sistema de carreiras e remunerações médicos.**

4. **Caberá ao governo, juntamente com os sindicatos, aplicar as reformas que permitam a construção de um sistema mais justo e motivante, com condições para a prática médica e todas as suas exigências actuais.**

Bibliografia

(1) Pina, JAE. A Responsabilidade dos Médicos - Revista, ampliada e actualizada. 3ª Edição. Lisboa: LIDEL; 2003.

(2) Castro, ML. Os Conselhos de Esculápio [documento na Internet].
Disponível em: www.psiconica.com/psimed/files/conselhos.pdf

(3) Vários. Relatório sobre as Carreiras Médicas. Reedição. Lisboa: Ordem dos Médicos/CELOM; 2007.

(4) Portaria n.º 30-A/2008 de 10 de Janeiro. Diário da República, n.º 7, Série I de 2008-01-10.

(5) Regime Legal das Carreiras Médicas.
Decreto-Lei n.º 73/90 de 6 de Março. Diário da República, n.º 54, Série I de 1990-03-06.

(6) Código Deontológico. Ordem dos Médicos [documento na Internet]. Disponível em:
http://www.ordemdosmedicos.pt/?lop=conteudo&op=24b16fede9a67c9251d3
e7c7161c83ac?lop=conteudo&op=24b16fede9a67c9251d3e7c7161c83ac&id =67c6a1e7ce56d3d6fa748ab6d9af3fd7

(7) Comissão para a Revisão do Sistema de Carreiras e Remunerações da Função Pública. Vínculos, Carreiras e Remunerações na Administração Pública — Diagnóstico e Perspectivas de Evolução. Relatório da CRSCR. Lisboa: CRSCR; 2006.

(8) Regime remuneratório experimental dos médicos da carreira de clínica geral.
Decreto-Lei n.º 117/98. Diário da República, n.º 103, Série I-A de 199805-05.

(9) Galope F. Adeus ao SNS. Visão. 24 de Abril de 2008; 790: 36.

(10) Gomes C. Centenas de médicos pedem licenças sem vencimento. O Público. 24 de Abril de 2007. Disponível em URL:
http://ultimahora.publico.clix.pt/noticia.aspx?id=1292038&idCanal=

(11) Programa de acção (Triénio 2007-2010) [documento na Internet].
Disponível em: http://www.fnam.pt/afnam/afnam_files/programa.htm

(12) As Carreiras Médicas como garantia da qualidade dos Serviços de Saúde [documento na Internet].
Disponível em: http://www.fnam.pt/informacao/infromacao_files/20080305crt.htm

(13) http://www.simedicos.pt/

(14) http://www.sindicatomedicosnorte.pt/smn/splash/normal/index.htm

(15) Júnior, JP. O 'euromilhões' dos transplantes. Visão. 7 de Fevereiro de 2008; 779: 86-89.

(16) Lusa. Para diminuir listas de espera: Hospital de Santa Maria cria centro autónomo para oftalmologia. O Público. 19 de Março de 2008. Disponível em URL: http://ultimahora.publico.clix.pt/noticia.aspx?id=1323096

(17) Regras sobre o estatuto remuneratório dos funcionários e agentes da Administração Pública e a estrutura das remunerações base das carreiras e categorias nele contempladas. Decreto-Lei n.º 353-A/89. Diário da República, n.º 238, Série I, Suplemento de 1989-10-16.

(18) Regulamento de Laudos e Honorários. Ordem dos Médicos [documento na Internet]. Disponível em:
http://www.ordemdosmedicos.pt/index.php?lop=conteudo&op=5f93f983524de f3dca464469d2cf9f3e

(19) Vários. Boletim dos Médicos, Janeiro - Abril 2007, nº1. Sindicato dos Médicos da Zona Sul.

Anexo 1.

Tabela com os vencimentos dos médicos a exercer por conta do estado em 2008

VENCIMENTOS 2008

Índice 100 = € 2 085,31

Carreiras Médicas	Escalão	Índice	REGIMES DE TRABALHO: Tempo Completo 35 horas V	Tempo Completo 35 horas H	Dedicação Exclusiva 35 horas V	Dedicação Exclusiva 35 horas H	Dedicação Exclusiva 42 horas V	Dedicação Exclusiva 42 horas H
Chefe de Serviço	4	200	3 002,85	19,80	4 170,62	27,50	5 505,22	30,25
	3	195	2 927,77	19,30	4 066,35	26,81	5 367,58	29,49
	2	185	2 777,64	18,31	3 857,83	25,44	5 092,34	27,98
	1	175	2 627,49	17,32	3 649,29	24,06	4 817,06	26,47
Assistente Graduado	6	185	2 777,64	18,31	3 857,83	25,44	5 092,34	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	4 817,06	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	4 404,18	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	2 102,99	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	4	105	1 576,50	10,39	2 189,58	14,44	2 890,25	15,88
	3	100	1 501,42	9,90	2 085,31	13,75	2 752,61	15,12
	2	95	1 426,35	9,41	1 981,04	13,06	2 614,97	14,37
	1	90	1 351,28	8,91	1 876,78	12,37	2 477,34	13,61

Internatos Médicos	Escalão	Índice	42 Horas S/Ded. Exclusiva V	42 Horas S/Ded. Exclusiva H	42 Horas S/ Ded. Exclusiva V	42 Horas S/ Ded. Exclusiva H	42 Horas C/ Ded. Exclusiva V	42 Horas C/ Ded. Exclusiva H
Complementar	2	95			1 882,78	10,34	2 614,97	14,37
	1	90			1 783,69	9,80	2 477,34	13,61
Ano Comum	—	73	1 522,28	8,36				

Segundo portaria nº 30-A/2008 de 10 de Janeiro

ANTEPROJECTO DE DECRETO-LEI AUTORIDADES DE SAÚDE

Em Abril de 2008, o Ministério da Saúde enviou ao SIM, o pedido de análise e emissão de parecer do anteprojecto de decreto-lei sobre autoridades de saúde, elaborado pela Direcção-Geral de Saúde. O SIM em Maio de 2008, enviou à Senhora Ministra da Saúde o ofício que abaixo se transcreve com o respectivo parecer.

ANTEPROJECTO DE DECRETO-LEI

No âmbito dos princípios consagrados na Base XIX da Lei nº. 48/90, de 24 de Agosto, foi publicado o Decreto-Lei nº. 336/93, de 29 de Setembro, que visou estabelecer as regras de nomeação, competência e funcionamento das entidades, que exercem o poder de autoridade de saúde.

A experiência adquirida durante a vigência do referido diploma, bem como as recentes alterações legislativas que modificaram a organização e o funcionamento dos serviços de saúde, dependentes do Ministério da Saúde, nomeadamente o novo estatuto jurídico das administrações regionais de saúde, a progressiva extinção das sub-regiões de saúde, bem assim a criação dos agrupamentos de centros de saúde, impõem a necessidade de proceder à alteração do Decreto-Lei nº. 336/93 de 29 de Setembro.

Nesta conformidade, é criado o presente diploma, que se destina a desenvolver os aludidos normativos, por forma a conferir-lhes a adequada exequibilidade, na consagração do estabelecimento de um exercício do poder de autoridade de saúde, funcionando em rede, numa perspectiva actual, incorporando novos conceitos de saúde pública preconizados pelas Organização Mundial de Saúde e União Europeia.

Todos os progressos científicos ou tecnológicos que originaram transformações na vida das populações criaram um desafio ainda maior à saúde pública, pondo em causa conceitos ancestrais.

Assim, torna-se necessário criar uma rede de autoridades de saúde que desenvolva a vigilância epidemiológica, identifique factores sociais e ambientais -*determinantes sociais de saúde*- que afectam a saúde das populações e concomitantemente promova, através dos serviços de saúde, a monitorização de programas de saúde, fomente acções de prevenção e controlo de doenças transmissíveis e não transmissíveis.

Pretende-se, pois, que as autoridades de saúde assumam papel catalisador na protecção da saúde das populações.
Mantém-se a estruturação de autoridades de saúde a nível nacional, regional e concelhio, contemplando-se a possibilidade das entidades que o exercem poderem assumir competências numa área geográfica mais alargada.

Procede-se à criação de um órgão consultivo e de apoio, designado Conselho de Autoridades de Saúde.

Introduz-se, ainda, a protecção jurídica a todas as entidades que exercem o poder de autoridade de saúde, de forma a salvaguardar uma eficaz intervenção centrada na protecção da saúde pública.

Assim:
No desenvolvimento do regime jurídico estabelecido pela base XIX da Lei nº. 48/90, de 24 de Agosto, e nos termos da alínea a) do nº. 1 do artigo 198º da Constituição, o Governo decreta o seguinte:

Artigo 1º
Âmbito

O presente diploma estabelece as regras de nomeação, competência e funcionamento das entidades que exercem o poder de autoridade de saúde.

Artigo 2º
Definição

1. Para efeitos do presente diploma entende-se por autoridade de saúde o poder de intervenção do Estado na defesa da saúde pública, na prevenção da doença e na promoção e protecção da saúde, pelo controlo dos factores de risco e das situações susceptíveis de causarem ou acentuarem prejuízos graves à saúde dos cidadãos ou dos aglomerados populacionais.

2. A autoridade de saúde compreende ainda os poderes relativos à sanidade internacional.

Artigo 3º
Autoridades de saúde

1. As autoridades de saúde situam-se a nível nacional, regional e concelhio, funcionando em sistema de rede.

2. As autoridades de saúde dependem hierarquicamente do membro do Governo responsável pela área da saúde, através do director-geral da saúde.

3. A autoridade de saúde de âmbito nacional é o director-geral da saúde.

4. As autoridades de saúde de âmbito regional são denominadas delegados de saúde regionais e delegados de saúde regionais adjuntos.

5. As autoridades de saúde de âmbito concelhio são denominadas delegados de saúde e delegados de saúde adjuntos.

6. O exercício do poder de autoridade de saúde articula-se vertical e hierarquicamente entre os diferentes níveis das autoridades de saúde.

Artigo 4º
Nomeação

1. Os delegados de saúde regionais e delegados de saúde regionais adjuntos são nomeados por despacho do membro do Governo responsável pela área da saúde, sob proposta do conselho directivo da administração regional saúde territorialmente competente e parecer do director-geral da saúde.

2. Os delegados de saúde regionais e os delegados de saúde regionais adjuntos são nomeados, de entre médicos da carreira de saúde pública com o grau de consultor.

3. Os delegados de saúde e os delegados de saúde adjuntos são nomeados pelo director-geral da saúde sob proposta do conselho directivo da administração regional saúde territorialmente competente e parecer do delegado de saúde regional, ouvido também o director executivo do agrupamento de centro de saúde a que estes fiquem afectos.

4. A nomeação dos delegados de saúde prevista no número anterior é efectuada entre médicos da carreira médica de saúde pública.

5. A nomeação de delegados de saúde adjunto, referida no número três, é efectuada de entre médicos da carreira médica de saúde pública ou, não sendo possível, de entre médicos de outras carreiras.

6. As nomeações referidas nos números anteriores são efectuadas pelo período de três anos, renováveis por iguais períodos.

Artigo 5º
Competência

1. As autoridades de saúde garantem a intervenção oportuna e discricionária do Estado em situações de grave risco para a saúde pública, competindo-lhes, ainda, a vigilância das decisões dos órgãos e serviços executivos do Estado em materia de saúde pública, podendo suspendê-las quando as considerem prejudiciais à saúde dos cidadãos ou dos aglomerados populacionais.

2. Às autoridades de saúde compete, em especial, de acordo com o nível hierárquico e com a área geográfica de responsabilidade, designadamente:

a) Coordenar, através dos serviços de saúde, a investigação e a vigilância epidemiológica;

b) Promover a monitorização da saúde das populações e a investigação e avaliação dos seus determinantes e respectivos factores de risco;

c) Promover medidas de prevenção e controlo das doenças transmissíveis, incluindo a vacinação e doenças não transmissíveis;

d) Promover a vigilância epidemiológica e desencadear acções de prevenção da doença relacionadas com o trabalho, em particular das doenças profissionais e dos acidentes de trabalho/ acidentes em serviço;

e) Promover a saúde a nível individual e comunitário, nomeadamente em contexto escolar e ocupacional, com especial atenção aos grupos mais desfavorecidos ou em risco de exclusão, capacitando as pessoas face à saúde, numa perspectiva de cidadania;

f) Exercer a vigilância sanitária das fronteiras;

g) Vigiar o nível sanitário dos aglomerados populacionais, dos serviços, estabelecimentos e locais de utilização pública e determinar as medidas correctivas necessárias à defesa da saúde pública;

h) Ordenar a suspensão de actividade ou o encerramento dos serviços, estabelecimentos e locais referidos na alínea anterior, quando funcionem em condições de grave risco para a saúde pública;

i) Promover a suspensão da comercialização de produtos que coloquem em causa a saúde pública;

j) Proceder à requisição de serviços, estabelecimentos e profissionais de saúde em caso de epidemias graves e outras situações semelhantes;

k) Desencadear o internamento ou a prestação compulsiva de cuidados de saúde, nos termos definidos na lei.

3. Quando ocorram situações de catástrofe ou de outra grave emergência em saúde pública, o membro do Governo responsável pela área da saúde, toma as medidas necessárias de excepção que forem indispensáveis, coordenando a actuação dos serviços centrais do Ministério com os órgãos do Serviço Nacional de Saúde e os vários níveis de autoridades de saúde.

Artigo 6º
Director-geral da saúde

1. Ao director-geral da saúde, enquanto autoridade de saúde nacional, compete:

a) Dirigir e supervisionar a actividade das autoridades de saúde;

b) Coordenar o funcionamento global da rede de autoridades de saúde;

c) Exercer em situações de grave emergência de saúde pública, designadamente em casos de epidemias graves, mediante simples declaração pública do membro do Governo responsável pela área da saúde, as competências de requisição de serviços, estabelecimentos e profissionais de saúde.

2. O director-geral da saúde no exercício das suas funções de autoridade de saúde nacional dispõe do apoio dos serviços competentes da Direcção-Geral da Saúde.

Artigo 7º
Delegados de Saúde Regionais e Delegados de Saúde Regionais Adjuntos

1. Os serviços dos delegados de saúde regionais estão sedeados nas administrações regionais de saúde.

2. Ao delegado de saúde regional compete:

a) Dirigir, coordenar e supervisionar o exercício de autoridade de saúde na respectiva região;

b) Fazer cumprir as normas que tenham por objecto a protecção da saúde pública, requerendo, quando necessário, o apoio das autoridades administrativas e policiais;

c) Levantar autos relativos às infracções e instruir os respectivos processos, solicitando, quando necessário, o concurso das autoridades administrativas e policiais, para o bom desempenho das suas funções;

d) Exercer os demais poderes que lhe sejam atribuídos por lei ou que lhes hajam sido superiormente delegados ou subdelegados;

e) Prestar a colaboração que lhes seja solicitada pelos serviços da administração regional de saúde dentro da sua competência.

3. Os delegados de saúde regionais são coadjuvados por um adjunto, designado delegado de saúde regional adjunto.

4. Os delegados de saúde regionais são substituídos nas suas ausências e impedimentos pelo delegado de saúde regional adjunto, ou quando tal não seja possível por um delegado de saúde, nomeado pelo director-geral da saúde.

5. No desempenho das suas funções de autoridade de saúde, o delegado de saúde regional e delegado de saúde regional adjunto têm o apoio logístico e técnico dos serviços e departamentos da administração regional de saúde.

Artigo 8º
Delegados de Saúde e Delegados de Saúde Adjuntos

1. Os delegados de saúde e delegados de saúde adjuntos estão sedeados nas unidades de saúde pública dos agrupamentos de centros de saúde e exercem as suas competências no âmbito geográfico respectivo.

2. Para cada agrupamento de centros de saúde é nomeado um delegado de saúde e delegados de saúde adjuntos em número a definir por despacho do membro do Governo responsável pela área da saúde em função dos centros de saúde e das características geodemográficas da respectiva área de jurisdição, sob proposta do delegado de saúde regional.

3. Aos delegados de saúde e delegados de saúde adjuntos compete, na sua área de influência:

a) Coordenar a vigilância epidemiológica;

b) Avaliar, gerir e comunicar riscos para a saúde pública;

c) Acompanhar a evolução de programas de saúde pública, nomeadamente de prevenção e controlo de doenças transmissíveis e não transmissíveis;

d) Acompanhar a evolução de programas que visam a promoção da saúde;

e) Fazer cumprir as normas que tenham por objecto a promoção e protecção da saúde pública, solicitando, quando necessário, o concurso das autoridades administrativas, policiais e judiciais;

f) Assegurar a articulação com entidades públicas ou privadas, nomeadamente com departamentos do Estado nas áreas da Educação, Ambiente, Agricultura e Economia e com as Autarquias, na perspectiva de incluir a Saúde em todas as políticas, visando a obtenção de ganhos em saúde;

g) Determinar a suspensão da laboração ou o encerramento dos locais e estabelecimentos de utilização pública e ainda de equipamentos no todo ou em parte, perante a existência de factores de risco para a saúde dos trabalhadores ou dos aglomerados populacionais;

h) Exercer a vigilância sanitária da água destinada ao consumo humano, das águas minerais, naturais e de nascente, e das águas para utilização recreativa, de acordo com a legislação em vigor, determinando as medidas correctivas ou a cessação da sua utilização face à identificação de factores de risco para a população;

i) Exercer a vigilância sanitária dos géneros alimentícios, incluindo a investigação epidemiológica das doenças de origem alimentar em colaboração com outras entidades competentes;

j) Verificar as condições de higiene e saúde dos estabelecimentos escolares e dos equipamentos sociais destinados às crianças e idosos, determinando as medidas correctivas ou a cessação da sua

utilização ou o encerramento, no todo ou em parte, face à verificação de factores de risco para os utilizadores e respectivos profissionais;

k) Fazer cumprir as disposições legais de protecção e prevenção dos riscos ambientais, nomeadamente a segurança contra as radiações e outros riscos físicos, químicos e biológicos;

l) Levantar autos relativos às infracções, instruir os respectivos processos, solicitando, quando necessário, o concurso das autoridades administrativas e policiais, para o adequado desempenho das suas funções.

4. O delegado de saúde é substituído nas suas ausências e impedimentos por um dos delegados de saúde adjuntos designado para o efeito pelo delegado de saúde regional.

Artigo 9º
Funcionamento

1. As funções inerentes ao exercício do poder de autoridade de saúde são autónomas das de natureza operativa dos serviços de saúde.

2. As autoridades de saúde, no exercício do seu poder, funcionam nos serviços de saúde pública, nomeadamente nos departamentos de saúde pública das administrações regionais de saúde, nas unidades de saúde pública dos agrupamentos de centros de saúde ou nos centros de saúde, sempre que se justifique.

3. Às autoridades de saúde deve ser disponibilizado recursos humanos, entre outros, enfermeiros de saúde pública ou de saúde comunitária, nutricionistas, engenheiros sanitaristas e do ambiente, técnicos de saúde ambiental, pessoal administrativo e auxiliar, e ainda de equipamento, apoio logístico, bem como o apoio dos laboratórios de saúde pública, necessários ao desempenho das suas funções.

4. Das decisões das autoridades de saúde cabe sempre recurso hierárquico e contencioso, nos termos da lei.

Artigo 10º
Conselho de Autoridades de Saúde

1. O Conselho de Autoridades de Saúde, adiante designado CAS, é um órgão de natureza consultiva, com a composição seguinte:

a) director-geral da saúde, que preside;

b) directores regionais de saúde das Regiões Autónomas;

c) os delegados de saúde regionais;

d) antigos directores-gerais da saúde;

e) cinco delegados de saúde representando cada uma das regiões;

f) o chefe da unidade de apoio à autoridade de saúde nacional da Direcção-Geral da Saúde.

2. Ao CAS compete:

a) Emitir pareceres em matérias que lhe forem solicitadas;

b) Propor medidas legislativas adequadas ao bom funcionamento da rede de autoridades de saúde;

c) Propor a realização de estudos para harmonização de procedimentos das autoridades de saúde, com o objectivo de garantir soluções adequadas ao funcionamento integrado e coerente da rede.

d) Elaborar regulamento interno.

3. O CAS reúne ordinariamente duas vezes por ano e sempre que for convocado pelo Presidente.

Artigo 11º
Colaboração das instituições públicas e privadas

1. É reconhecido às autoridades de saúde o direito de acesso à informação necessária ao exercício das suas funções, relevante para a salvaguarda da saúde pública, devendo as instituições públicas e privadas fornecer os elementos por aquelas considerados indispensáveis.

2. É, ainda, reconhecido às autoridades de saúde o direito de acesso a serviços, instituições ou locais públicos, no exercício das suas funções.

Artigo 12
Apoio jurídico e patrocínio judiciário

1. A protecção jurídica àqueles que exercem o poder de autoridade de saúde reveste as modalidades de apoio jurídico e patrocínio judiciário que serão assegurados pela administração regional de saúde territorialmente competente.

2. Aqueles que exercem o poder de autoridade de saúde estão dispensados do pagamento de custas, em todos os tribunais, qualquer que seja a forma do processo, quando pessoalmente demandados em exercício das suas funções.

3. Haverá lugar a pagamento de custas judiciais quando a decisão final transitada em julgado conclua pela não verificação do requisito previsto na parte final do número anterior.

Artigo 13º
Remissão

As referências à autoridade sanitária, autoridade regional de saúde e seus adjuntos e autoridades concelhias de saúde e seus adjuntos, constantes de outros diplomas, consideram-se feitas às autoridades de saúde criadas nos termos do presente diploma.

Artigo 14º
Sanções

A desobediência a ordem ou a mandado legítimos, regularmente comunicados e emanados da autoridade de saúde, é punido nos termos da lei.

Artigo 15º
Disposição transitória

As autoridades de saúde nomeadas ao abrigo do Decreto-Lei nº. 336/93, de 29 de Setembro, mantêm-se no exercício das suas funções até que se procedam às nomeações, nos termos do artigo 4º do presente diploma.

Artigo 16º
Norma revogatória

É revogado o Decreto-Lei nº. 336/93, de 29 de Setembro e o artigo 4º do Decreto-Lei nº. 286/99, de 27 de Julho.

Artigo 17º
Entrada em vigor

O presente diploma entra em vigor no primeiro dia do mês seguinte à sua publicação.

Visto e aprovado em Conselho de Ministros de...

O Primeiro-Ministro / A Ministra da Saúde

"Lisboa, 5/5/08

Senhora Ministra da Saúde

Assunto: Anteprojecto de decreto-lei sobre autoridades de saúde elaborado pela Direcção--Geral de Saúde. V. Ofício nº 2780, de 11 de Abril de 2008.

Excelência,

Dando cumprimento ao solicitado pelo Gabinete de Vossa Excelência, remetemos, para apreciação, o parecer deste Sindicato sobre o anteprojecto de decreto-lei acima referido.

Consideramos:

1 – O anteprojecto vem fixar as regras da nomeação, competência e funcionamento das entidades que, na dependência hierárquica do Ministro da Saúde e através do Director-Geral de Saúde, exercem poderes de autoridade de saúde.

2 – Propõe-se a revogação do DL 336/93, de 29 de Novembro, cujo âmbito abarca.

3 – Introduz (cfr. art. 13º) uma terminologia sensivelmente distinta da vigente, designadamente da que consta dos arts. 33º a 39º, DL 73/90, de 6 de Março, no que respeita às figuras da carreira médica da saúde pública (as autoridades sanitárias passam a ser denominadas genericamente por autoridades de saúde). Somos a favor da compatibilização de denominações entre os vários textos legais, ganhando especial relevo a necessidade de harmonia entre o que pretende regular o funcionamento com o que regula a estrutura funcional de carreira. Mas, se a alteração aqui invocada se inserir exclusivamente num âmbito de modernidade semântica... nada a opor.

4 – Em linhas gerais, o anteprojecto afigura-se equilibrado nas soluções que apresenta, decorrentes das alterações e inovações que ao nível das estruturas da administração do Ministério da Saúde mais recentemente têm sido introduzidas, como seja a extinção das sub-regiões e a criação dos agrupamentos de Centros de Saúde.

5 – No particular:

i) No preâmbulo, parágrafo 5º, não nos parece que factores sociais e ambientais sejam determinantes sociais de saúde mas sim determinantes de saúde. Aqueles correspondem a factores relacionados com o tecido e organização social – incluindo categoria socioeconómica.

ii) No texto proposto, a autoridade de saúde deixa de ter participação expressa na observação do cumprimento dos requisitos de vários estabelecimentos industriais, hoteleiros, de restauração, de lazer e outros equipamentos sociais, em fase de apreciação de projecto e de vistoria. Idêntico reparo quanto à vigilância sanitária das águas do mar. Não se alcança se constitui lapso ou vontade expressa em que a autoridade de saúde deixe de ter aquelas participações.

iii) Importa salvaguardar outras competências da autoridade de saúde nomeadamente na saúde escolar, na saúde dos adolescentes, na cessação tabágica e em equipas multidisciplinares de cuidados comunitários.

iv) Com grande interesse no anteprojecto – e merecedora de aplauso – há que referir a consagração do princípio de protecção jurídica àqueles, médicos de carreira, que exerçam poderes de autoridade de saúde – cfr. art. 12º, compreendendo o apoio jurídico, o patrocínio judiciário e a dispensa do pagamento de custas.

v) Registe-se a inovação da criação de um Conselho de Autoridades de Saúde, embora, sendo pertinente, nos pareça pouco funcional, porque não explicitado, o modo de designação/escolha dos cinco delegados de saúde representando cada uma das regiões. Eleição?

Em conclusão: o presente anteprojecto de decreto-lei das autoridades de saúde parece-nos equilibrado, clarificador de aspectos anteriormente dúbios (hierarquia), actual (enquadramento nos ACES) e inovador (institui o Conselho de Autoridades de Saúde).

Como sempre, deve Vossa Excelência considerar-nos ao dispor para os esclarecimentos que julgue pertinentes.

Com as nossas melhores saudações sindicais,

O Secretário-Geral
Carlos Arroz"

ALERTA!

CONTRATOS INDIVIDUAIS DE TRABALHO

RECOMENDAÇÕES AOS COLEGAS QUE VÃO ASSINAR UM CIT

Ao ser celebrado um Contrato Individual de Trabalho (CIT), que deve assumir sempre a *forma escrita*, interessa acautelar os seguintes aspectos:

- Deve existir uma fase negocial pré-contratual, anterior à assinatura.
- O médico deve obter, do seu interlocutor negocial, uma minuta do modelo de CIT que costume servir de base para a contratação em situações análogas no estabelecimento de saúde.
- O CIT não deve ser subscrito sem que se elabore um texto preparatório completo e um exemplar dele seja entregue ao médico para que este reflicta e, em tempo razoável, obtenha aconselhamento jurídico especializado.
- No CIT deve estar claramente identificado o *local de trabalho*, correspondente a uma certa morada, que pode ser, ou não, a da sede da entidade empregadora.
- A *categoria profissional* e os títulos do médico, devem constar do contrato sendo conveniente, em certos casos, restringir a actividade devida, por exemplo, a certa sub-especialidade ou eximi-lo de certas funções, como seja o SU.
- Nos casos em que o médico já está a trabalhar no serviço ou estabelecimento, deve constar uma cláusula a dispensar, expressamente, a existência de *período experimental.*
- No CIT há que referir a *data* da respectiva celebração e a do início dos seus efeitos.
- Há que consignar no CIT as condições e os períodos garantidos anualmente de acesso do médico à *formação profissional*, por sua iniciativa própria.
- No CIT, define-se o *período normal de trabalho* diário e semanal, por exemplo de 7 e 35 horas, respectivamente.
- Se do CIT não constar o próprio *horário de trabalho*, com indicação concreta das horas de entrada e de saída, bem como dos intervalos de descanso, o que seria o ideal, importa garantir que o médico não fique sujeito a nenhum regime de *escalas* que não controle, ou que os seus dias de descanso e de descanso complementar sejam aleatórios.
- Dados os altíssimos riscos que a actividade clínica envolve, é de prever no CIT a salvaguarda de um *seguro de responsabilidade civil*, a cargo da entidade empregadora.
- Estando o médico fora das *carreiras médicas* e não existindo *contratação colectiva* no sector da saúde, até ao presente, no CIT também é de clausular a forma de *progressão* remuneratória.

Contacte o Sindicato para mais esclarecimentos

HORÁRIOS E REMUNERAÇÕES NA CARREIRA MÉDICA DE CLÍNICA GERAL

As regras sobre o horário individual de trabalho dos médicos da Carreira de Clínica Geral (adiante, horário) estão legalmente contidas, no essencial, nos DL 73/90, de 6 de Março, Despacho MS 18/90, de 21 de Agosto, Despacho MS 17/90, de 22 de Agosto, DL 259/98, de 18 de Agosto e DL 60/2003, de 1 de Abril.

I.
Do conjunto dos preceitos com interesse nestas matérias, resulta o seguinte:

(i) o horário deve ser proposto pelo director do centro de saúde, submetido à discussão e ao acordo dos médicos, entrando "*em vigor após aprovação pelos órgãos dirigentes da administração de saúde... a quem cabe a decisão final*", caso não se obtenha aquele acordo – Despacho 18/90, n.ºs. 1 e 8;

(ii) qualquer alteração ao horário assim aprovado, vale como um ***novo*** horário;

(iii) quer se trate do horário inicial, quer de um novo horário, cabendo recurso para os tribunais, caso se detecte qualquer ilegalidade;

(iv) segundo o previsto no Despacho 18/90, nºs. 3 e 4, do horário devem sempre constar "*horas destinadas a actividades de natureza não assistencial... no máximo, de 5 e 6 horas semanais, respectivamente para os médicos com horário de 35 e 42 horas semanais*" – cfr. n.º 3.

II.
1. Quando o trabalho é realizado em dia feriado, deve ser "*compensado por um acréscimo de remuneração calculado através da multiplicação do valor da hora normal de trabalho pelo coeficiente 2*"; caso "*o feriado recaia em dia de descanso semanal*", [em regra, por enquanto, o domingo...], "*confere ainda direito a um dia completo de descanso na semana de trabalho seguinte* – art. 33º/1 e 4, DL 259/98.

2. "*O trabalho prestado em dia de descanso semanal* [repete-se, para os médicos desta carreira ainda vai sendo, em regra, o domingo...] *é compensado por um acréscimo de remuneração calculado através da multiplicação do valor da hora normal de trabalho pelo coeficiente 2 e* <u>*confere ainda direito a um dia completo de descanso na semana de trabalho seguinte*</u> [sublinhado nosso]" – art. 33º/2, ainda do DL 259/98.

3. "*A prestação de trabalho em dia de descanso complementar* [por regra, o sábado] *ou feriado* [que não coincida com o domingo] *é compensado apenas pelo acréscimo de remuneração*", calculado através da multiplicação do valor da hora normal de trabalho pelo coeficiente 2 – art. 33º/3, do mesmo diploma.

III.
Por último, as horas extraordinárias são compensadas, de acordo com a opção do médico, em alternativa, por:

(i) dedução posterior, nesse ano, no período normal de trabalho, conforme as disponibilidades do serviço, acrescida de 25% ou de 50%, respectivamente, nos casos de trabalho diurno ou nocturno; ou por

(ii) acréscimo de retribuição, a processar pela forma seguinte:

(a) trabalho extraordinário diurno, acréscimo de 25% para a primeira hora e de 50% para as horas subsequentes;

(b) trabalho extraordinário nocturno, acréscimo de 60% para a primeira hora e de 90% para as restantes.

De notar que se considera trabalho nocturno o prestado entre as 20 horas de um dia e as 7 horas do dia seguinte.

A remuneração horária é calculada através da fórmula (Rx12) (52xN), sendo R o vencimento mensal auferido e N o número de horas correspondente à normal duração semanal do trabalho (35 ou 42 horas).

FOLGAS NA CARREIRA MÉDICA HOSPITALAR POR TRABALHO EXTRAORDINÁRIO

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. 13º/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*".

Esclareça-se que esta *prestação de trabalho*, é relevante qualquer que seja o número de horas em que se traduza. Isto é, o *direito a um dia de descanso*, surge tanto se haja prestado 2 horas, 5 horas, ou outra diferente quantidade de trabalho.

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 domingo, sábados e feriados, os acréscimos remuneratórios 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.º 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, aliás na senda do constante do ponto 3.2 da CirNorm. n.º 6, DMRS, 2.IV.2002.

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. 13º/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.

ASSISTÊNCIA A FILHO MENOR DE 12 ANOS

1. A lei em vigor, quanto à protecção da maternidade e da paternidade, com respeito a filhos menores de 12 anos, prevê que o gozo da licença parental possa ser seguido de licença especial, até ao limite de 2 anos (e até aos 6 anos de idade da criança). Depois do filho atingir os 6 anos de idade, e até perfazer 12, a lei confere ainda a qualquer dos progenitores o direito a trabalhar a tempo parcial ou com flexibilidade de horário.

Depende do pedido do trabalhador, nos termos do art. 78º/2, da L 35/2004, 29.VII, determinar se o período normal de trabalho a tempo parcial corresponderá:

(i) diariamente, de manhã ou de tarde, a metade do tempo completo numa situação comparável; ou
(ii) a 3 dias por semana.
Nestas hipóteses de prestação do trabalho a tempo parcial, à luz do disposto no art. 45º, CódTrab, e no art. 80º, L 35/2004, 29.VII, há que requerer, por escrito, com a antecedência de 30 dias:

a) indicando o prazo previsto para o novo regime, até 2 anos;
b) declarando que o menor faz parte do seu agregado, que o outro progenitor não está a praticar o regime de trabalho a meio tempo e que não está esgotado o período máximo de duração deste regime de trabalho;
c) mencionando a repartição semanal do período de trabalho pretendida.

O Hospital apenas pode recusar o pedido, mediante prévio parecer nesse sentido da Comissão para a Igualdade, invocando exigências imperiosas para o funcionamento do Serviço ou a impossibilidade de o substituir.

2. O Desp MS 19/90, 22.VIII, nos pontos 10 e 11, prevê a modalidade de horário de trabalho de jornada contínua, na carreira médica hospitalar, havendo justificação e interesse dos serviços para tal.

Sem embargo, o art. 19.º/1, Lei 4/84, 5.IV, republicada pelo DL 70/2000, 4.V, e o art. 20.º, DL 194/96, 16.X, conferem aos trabalhadores com filhos que tenham idade inferior a 12 anos, a requerimento do interessado, "*horários com a necessária flexibilidade e ajustados, na medida do possível, ao acompanhamento daqueles*", na expressão do último.

A jornada contínua, pode, pois, constituir o ajustamento aconselhável.

3. Sobre o trabalho extraordinário, diz o art. 26º/2, DL 259/98, 18.VIII, que "*Não são obrigados à prestação de trabalho extraordinário os funcionários ou agentes que tenham à sua guarda descendentes ou afins na linha recta, adoptandos ou adoptados de idade inferior a 12 anos ou que, sendo portadores de deficiência, careçam de acompanhamento dos progenitores*".

Neste caso, impõe-se que o médico interessado declare, por escrito dirigido ao director do CS ou ao Conselho de Administração Hospitalar, consoante os casos, com a antecedência correspondente à que é normal no estabelecimento para a designação por escala do trabalho extraordinário, em todo o caso nunca menos de 30 dias, a sua indisponibilidade para continuar a prestar trabalho extraordinário, invocando a transcrita disposição legal e a necessidade de acompanhamento do menor a seu cargo.

4. Consoante for a sua opção, poderemos preparar a minuta mais adequada.

PASSAGEM AO REGIME DAS 35H S/EXCLUSIVIDADE

Para cessar a prática do regime de trabalho de dedicação exclusiva de 42 horas de trabalho semanal, aqui fica a minuta para a declaração a entregar em duplicado, ficando na posse do interessado um exemplar depois de carimbado, datado e rubricado pelo funcionário que o recebeu.

(MINUTA)

Exmº. Sr. Presidente
do Conselho de Administração
do _____

F_____ (identificação pessoal e profissional completa), nos termos e para o disposto nos termos do art. 31.º/4 DL 73/90, 6.III, vem declarar que pretende cessar a prática do regime de dedicação exclusiva com horário de 42 horas de trabalho semanal, a partir da data de _____ [indicar uma data de, pelo menos, 6 meses completos], passando a praticar o regime do tempo completo de 35 horas de trabalho semanal, sem exclusividade.

Local e data *A Médica,*

COMUNICADO CONJUNTO

O Secretário-Geral do Sindicato Independente dos Médicos (SIM) e o Presidente da Federação Nacional dos Médicos (FNAM), reflectindo sobre o actual momento político sindical e as envolventes sobre legislação laboral, contratação colectiva, formação médica e carreiras médicas, acordam propor às estruturas que lideram, a realização próxima de encontros bilaterais sobre aqueles temas de que resulte inequívoco acordo estratégico.

O SIM e a FNAM não prescindem da negociação de matérias que lhes estão legal e exclusivamente adstritas e reafirmam o seu propósito de demonstrar inequívoca unidade na defesa daqueles princípios negociais, não tolerando interferências despropositadas e ilegítimas de estruturas, quaisquer que sejam e por mais bem intencionadas que se declarem.

De igual modo, reafirmam que a contratação colectiva, a estabilidade laboral e as carreiras médicas são pilares do Serviço Nacional de Saúde e, em consequência, da qualidade do exercício da Medicina e da saúde dos Portugueses.

Lisboa, 16 de Julho de 2008

GREVE MÉDICA EUROPEIA EM PERSPECTIVA

De há 3 anos a esta parte que alguns Estados europeus, nomeadamente o Reino Unido e a Alemanha, têm tentado alterar a Directiva Europeia 2003/88 regulamentadora da duração do trabalho e aplicável aos médicos, quer directamente quer indirectamente através de novos conceitos como a "flexisegurança" (com a pretensão de fugir, através de negociação individual, às negociações laborais colectivas).

Sendo postas em causa garantias e conquistas do direito laboral médico como os limites ao opting out (possibilidade do assalariado exceder voluntariamente em horas extraordinárias as 48 horas de trabalho semanal), o período de referência (actualmente nos 4 meses) ou o descanso compensatório (actualmente imediatamente após o trabalho extraordinário efectuado em dia de descanso), é contudo na pretensão de criar os chamados períodos de inactividade não remunerados (períodos em que o médico escalado para um serviço de urgência e em presença física não está a exercer a sua actividade) que está a pôr em pé de guerra os sindicatos médicos europeus e ao ponto de os vários Governos e a Comissão Europeia terem já sido publicamente avisados que a resposta dos médicos será firme, dura e generalizada.

A VERDADE ESCONDIDA DAS USF

Simédicos recebe frequentes queixas e desabafos de colegas ora inconformados, ora descrentes, ora revoltados, muitos deles nem sequer nossos associados, que não se sentem à vontade para fazer a denúncia pública, ou por temperamento ou por receio de represálias. É o caso do desabafo que aqui se reproduz, assegurando a total protecção da fonte informativa:

"Meu caro amigo:

Tenho lido os seus artigos com interesse.
É claro para mim que o Modelo B vai provocar o colapso das USF atendendo à situação de crise que o país atravessa e haverá decerto coisas mais importantes em termos de propaganda para mostrar. Porquê? Pelas razões que invoca, a burocracia e o facto das pessoas não viverem do ar.
Mas há mais.
Há USFs já muito disfuncionais. Provocaram a saída de colegas dos CS depois de concurso, por transferência e agora verifica-se que se perdem elementos, por faltas, porque desistem, os recursos humanos vão buscar pessoas que estavam colocadas por concurso em CS que chamo de 2ª.
Dou-lhe um exemplo:
USF Amato Lusitano na Venda Nova, perdeu 2 elementos um porque faltava muito e outro porque desistiu. Será que o JMF publica estes casos de sucesso? Estou convencido que o véu de silêncio promovido é causado pelo fracasso e pelo facto de se ter vendido aos médicos, essencialmente gato por lebre, como diz no artigo.
O dia a seguir como vai ser? Os CS afastados foram os que mais foram sangrados. Os culpados são os do costume e ficaram de pedra e cal.
Seria interessante saber se há muitos casos semelhantes, porque USFs com poucos elementos não são viáveis, para mim o número ideal seria sempre de 9, nunca inferior. Mas há casos e são a maioria em que não há possibilidade de aplicar o modelo, este ou outro, não há pessoal suficiente, existem muitas extensões sem médicos e agora então ficaram ainda mais às moscas.
Infelizmente peço-lhe que apenas tente saber, se é que já não sabe.
Peço-lhe mais uma vez paciência por me ouvir, é que cada vez estamos mais sobrecarregados de trabalho, porque quando substituem colegas por outros, os que aparecem já estão direccionados para USFs já disfuncionais e outras ainda por abrir. São prejudicados os doentes por terem médico sempre a mudar, quando não ficam sem médico e os colegas que estão são cada vez mais sobrecarregados.
Esta é a verdade escondida."

*****

AO LADO DO OÁSIS

Os médicos dos Centros de Saúde continuam atentos às notícias do nosso site e, por interesse particular, às que se debruçam sobre a propaganda da reforma dos cuidados de saúde primários. Agora é uma colega de um Centro de Saúde da periferia da capital que resolve desabafar. Aqui fica o desabafo:

Também não sou membro do seu sindicato nem de nenhum. Questão de opção pessoal.
Mas ao ler este pequeno artigo (n.d.r. A Verdade Escondida das USF, de 20 de Maio), com o qual me identifico, digo-lhe que já começa a estar na altura de gritar "o Rei está nu!!"
As USF's podem ser boas em muito lado, mas no caso do meu Centro de saúde, não sentimos isso.
Os restantes médicos como eu, embora com boas instalações (e a Directora tem feito tudo ao seu alcance para melhorar ainda mais), ficámos com pouco pessoal administrativo e de enfermagem, mais cerca de 20000 utentes sem médico em nº sempre crescente, fora evidentemente os utentes da nossa própria lista.
Pior... se arranjamos alguma enfermeira ou administrativa nova que se mostra cooperante e eficaz, é assediada pelos das USF's para se mudar para lá, na tentativa de melhorarem os seus quadros.
Passa-se no Centro de Saúde da Parede.
Solicito-lhe igualmente o anonimato. Melhor ser uma atitude institucional do que pessoal.

Simédicos está totalmente disponível para continuar a publicação dos desabafos, mantendo, neste País de plasticina, espectáculo e power point, o anonimato de quem se nos dirige.

TRANSCRIÇÕES: SAÚDA-SE CIRCULAR DA ACSS

Simédicos não se deve enganar muito se atribuir a mãozinha da Senhora Ministra da Saúde à aparição da Circular Informativa da ACSS de 18 de Junho de 2008, a propósito da prescrição de meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) pelos hospitais do SNS. Por tal motivo, e desde já, os agradecimentos do Sindicato Independente dos Médicos.

Esta oportuna Circular Informativa não faz mais que recordar a todos os intervenientes que a transcrição de MCDT pelos médicos de família em funções nos centros de saúde é ilegal. E ilegal desde o Despacho Ministerial n.º 4/89 de 13 de Janeiro, nunca revogado e antes reafirmado por pareceres e circulares de variadas instituições e organismos, quer a nível local quer nacional.

Mesmo a recente preocupação com a comodidade dos doentes apenas vem chamar a atenção para a necessidade de as administrações hospitalares colocarem à disposição dos médicos da sua instituição os impressos necessários para que os doentes possam efectuar os MCDT perto da sua residência ou mais rapidamente, uma vez que a capacidade instalada do hospital não permite maior rapidez de marcação e/ou de postos de colheita/execução móveis, não fazendo pois qualquer sentido obrigar os doentes a uma deslocação ao centro de saúde.

Dado persistirem focos de desconhecimento um pouco por todo o país, o SIM coloca à disposição de todos os médicos de família um modelo de resposta aos eventuais pedidos de transcrição:

Caro(a) Colega

Recebemos o seu pedido para ECD/MCT (xxxxxxxxxxxx) para o(a) nosso(a) doente Sr. (Sr.ª) xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx seguido(a) na V. Consulta Externa.

Os pedidos de transcrição de Exames Complementares de Diagnóstico e Terapêutica ou Meios Complementares de Terapêutica para doentes seguidos em consulta externa hospitalar, para além dos aspectos deontológicos envolvidos, são contrários à Lei (Despacho Ministerial n.º 4/89 de 13 de Janeiro) , ilegalidade essa reforçada por parecer do Conselho de Ética e Deontologia da Ordem dos Médicos de Dezembro de 2001 e por Circular Informativa de 17 de Janeiro de 2002 da Direcção Geral de Saúde. Se dúvida ainda houvera, vem a Circular Informativa n.º 2 de 18 de Junho de 2008 da ACSS, relembrar que tal é da integral competência e responsabilidade hospitalar.

Se os serviços desse Hospital não têm capacidade de resposta em tempo útil e/ou não dispõem dos meios necessários para o efeito, ou se é considerado mais cómodo para o doente que tais ECD/MCT sejam efectuados na sua área de residência, deverá a Administração do Hospital onde o(a) Colega exerce funções disponibilizar-lhe - e instruir no sentido de serem utilizados – os meios de suporte necessários para requisição de ECD/ prescrição de MCT, a executar em entidades convencionadas que os debitarão ao Hospital.

Vemo-nos pois na obrigação de comunicar que não podemos dar o tipo de "colaboração" que solicita, desde já declinando qualquer responsabilidade nas consequências que daí decorram.

Local e data

O Colega ao dispor,

_____

MÉDICOS DE FAMÍLIA AFASTADOS DAS ESCALAS DE SERVIÇO DO SUB DE ESTREMOZ

Dois meses após a abertura solene do SUB de Estremoz e após múltiplos requerimentos dirigidos ao Director do CS, finalmente os Médicos de Família daquele CS foram retirados das escalas de serviço, podendo destinar a totalidade do seu horário semanal às suas listas de utentes.

Podemos dizer que quem fica a ganhar são os utentes desses mesmos médicos, já que vêm o horário assistencial do seu médico de família aplicado em consultas para eles.
São estes pequenos pormenores, como a defesa dos direitos dos seus utentes, que fazem a grande diferença entre os Médicos de Família e os executores de actos médicos a granel dentro dos CS.

Simédicos congratula-se com a sábia avaliação e decisão da Sr.ª Presidente do CD da ARS Alentejo, que deste modo soube promover a qualidade do exercício da Medicina Geral e Familiar e a pacificação laboral a nível local e não só...

*****

DADOS PESSOAIS – C. H. DE VILA NOVA DE GAIA VÊ O MUNDO ÀS AVESSAS

Por deliberação do douto Conselho de Administração (CA) do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE (CHVNG/E), datada de 8 de Maio de 2008, no âmbito de um estudo de avaliação de imagem, os profissionais daquela Unidade são convidados a pronunciar-se sobre autorização da comunicação dos seus dados pessoais, "considerando-se a falta de pronúncia como consentimento para a comunicação dos seus dados".

Ora neste mundo às avessas, do vale tudo, convém esclarecer que o CA do Centro Hospitalar do Vila Nova de Gaia/ Espinho está totalmente à margem da lei.

Não vá a moda pegar, distraídos que são os médicos com as prerrogativas legais, aqui ficam alguns acertos jurídicos sobre esta matéria:

(i) Sem discutir, aqui, da finalidade da pretendida "comunicação de dados pessoais" a uma inidentificada "entidade externa", sempre é de observar que o segredo quanto àquela entidade, por si, determina a ilicitude da operação de fornecimento de informações de índole pessoal;

(ii) Não saber o quando, o como, nem o para quê, nem o para quem, releva da falta dos mínimos fundamentos fácticos, caracterizadores e justificativos de qualquer quebra de protecção de dados pessoais;

(iii) Acresce que a pergunta em apreço – se contivesse todos os pontos pertinentes – deveria ter sido formulada em termos de se esperar uma resposta expressa positiva por parte dos destinatários, e não de se atribuir ao silêncio o valor de aquiescência;

(iiii) Isto porque não há obrigação de responder a perguntas ilegalmente formuladas, sendo também contrário ao direito entender o silêncio como concordância, excepto se a lei previr o inverso, o que não é manifestamente o caso.

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

LEGISLAÇÃO

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

CASO NECESSITE DESTA OU DE OUTRA LEGISLAÇÃO, CONTACTE-NOS, TEREMOS DISPONÍVEL PARA CONSULTA, ENVIO VIA CTT, FAX OU E-MAIL.

ENTIDADE	DIPLOMA/ DATA	ASSUNTO
D. R. Nº 112 1ª Série	D.Leg.Reg.16/2008/A 12/06/2008	Criação da rede de cuidados continuados integrados da Região Autónoma dos Açores, fazendo parte integrante dos sistema regional de saúde e do sistema de protecção social.
D. R. Nº 133 1ª Série	Portaria 615/2008 11/07/2008	Aprova o Regulamento do Sistema Integrado de Referenciação e de Gestão do Acesso à Primeira Consulta de Especialidade Hospitalar nas Instituições do Serviço Nacional de Saúde (SNS), designado por Consulta a Tempo e Horas (CTH).
D. R. Nº 133 1ª Série	Portaria 616/2008 11/07/2008	Aprova o Regulamento de Programas de Apoio Financeiro a Atribuir pela Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP, a pessoas colectivas privadas sem fins lucrativos (Instituições Particulares de Solidariedade Social).

ESTEJA DEVIDAMENTE ESCLARECIDO E SEM DÚVIDAS

RELATÓRIO DO GABINETE JURÍDICO

Janeiro a Abril/2008

I. Consultas a associados	265
II. Informações escritas e pareceres destinados a associados e órgãos directivos do SIM	198
III. Processos administrativos e judiciais em curso (dos quais foram abertos durante o presente quadrimestre 16 e fechados 12)	378
IV. Participações em reuniões sindicais, em diligências e Audiências em Juízo, no Ministério da Saúde e noutros órgãos e autoridades	46

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.

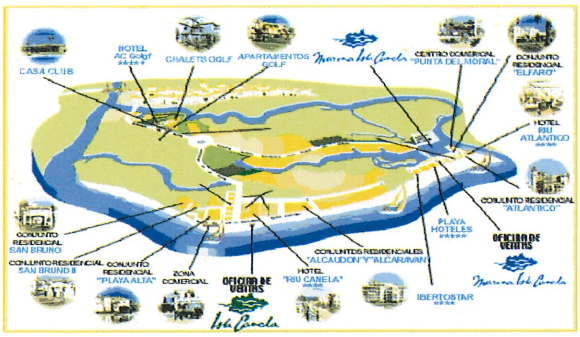
14 – Acesso ao Fundo para Formação dos Médicos Internos e dos Assistentes Eventuais para bolsas de estudo, conforme regulamento do Fundo Social do SIM.

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



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.

2008
CRITÉRIOS DE MARCAÇÃO

1 – As reservas para a época alta, Junho a Setembro, serão aceites por ordem de entrada na Sede Nacional do SIM.
O preçário mantém-se igual ao da época anterior.
2 – Na época alta, Junho a Setembro, o aluguer é feito à semana, de Sábado a Sábado, sendo às 12 h e as entradas, às 17 horas.
3 – Os novos sócios e os seus proponentes podem usufruir gratuitamente dos apartamentos que estejam disponíveis sempre 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 mais informações, não hesite em contactar os nossos serviços, esclarecer as suas dúvidas, fazer reservas e/ou marcações. Contacte-nos através:

Tel. 217 826 730, Fax. 217 826 739 ou E-mail secretaria@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