



Comissão de Saúde

Relatório

Petição n.º 177/XII/1.ª

Relatora:

Deputada Ana Oliveira

1.º peticionário: Arménio Carlos

N.º de assinaturas: 5012

Assunto: *“Contra as injustiças, contra o roubo dos subsídios de Férias e Natal contra o empobrecimento.”*



Comissão de Saúde

I – Nota Prévia

A presente Petição, à qual foi atribuído o n.º 177/XII/1.ª, deu entrada na Assembleia da República em 19 de setembro de 2012, tendo baixado à Comissão de Orçamento, Finanças e Administração Pública.

Entretanto, Comissão de Orçamento, Finanças e Administração Pública solicitou a esta Comissão de Saúde Parecer relativamente às matérias da competência desta.

Através da Petição n.º 177/XII/1.ª, subscrita por 5012 cidadãos e sendo primeiro peticionário o Sr. Arménio Carlos, pretende-se, no que ao sector da Saúde diz respeito, a *“abolição das taxas moderadoras, e transporte gratuito para doentes”* e *“médico e enfermeiro de família para todos”*.

A Petição n.º 177/XII/1.ª reúne os requisitos formais estatuídos no artigo 9.º da Lei n.º 43/90, de 10 de agosto, com as alterações introduzidas pelas Leis n.ºs. 6/93, de 1 de março, 15/2003, de 4 de junho, e 45/2007, de 24 de agosto.

O objeto da Petição n.º 177/XII/1.ª está devidamente especificado, os seus subscritores encontram-se corretamente identificados e estão presentes os demais requisitos formais e de tramitação constantes dos artigos 9.º e 17.º da Lei n.º 43/90, de 10 de agosto (na redação da Lei n.º 6/93, de 1 de março, da Lei n.º 15/2003, de 4 de junho e da Lei n.º 45/2007, de 24 de agosto) – Lei de Exercício do Direito de Petição, pelo que foi liminarmente admitida.



Comissão

Atento o facto de dispor de 5012 peticionários, a Petição n.º 177/XII/1.ª carece, de acordo com o disposto na alínea a) do n.º 1 do artigo 24.º da Lei n.º 43/90, de 10 de agosto, com as alterações introduzidas pelas Leis n.ºs. 6/93, de 1 de março, 15/2003, de 4 de junho, e 45/2007, de 24 de agosto, de ser apreciada em Plenário da Assembleia da República.

II – Objecto da Petição

A Petição n.º 177/XII/1.ª alega, no que ao sector da Saúde respeita, que, *“na saúde o acesso está a ser limitado por via da concentração de unidades de Saúde, congestionando as urgências e consultas de especialidade e o condicionalismo nos transportes de doentes”* e *“as taxas moderadoras aumentaram muito e as isenções diminuíram”*.

Consequentemente, os peticionários solicitam:

- A *“abolição das taxas moderadoras”*;
- O *“transporte gratuito para doentes”*; e
- A atribuição de *“médico e enfermeiro de família para todos”*.

III – Análise da Petição

Encontrando-se o enquadramento da Petição n.º 177/XII expandido na “*Nota de Admissibilidade*”, elaborada pelos serviços da Comissão de Orçamento, Finanças e Administração Pública, em 12 de outubro de 2012, remete-se para esse documento a densificação do presente Capítulo.

IV – Diligências efetuadas pela Comissão

Tendo presente que a Petição n.º 177/XII/1.ª baixou, a título principal, à Comissão de Orçamento, Finanças e Administração Pública, cumpre a essa Comissão efetuar as diligências legalmente previstas, designadamente no que se refere a pedidos de informação ao Governo e audição dos peticionários.

Nessa conformidade, a referida Comissão solicitou, entre outros, ao Ministério da Saúde que se pronunciasse acerca das matérias suscitadas na Petição n.º 177/XII/1.ª e que se contivessem na sua competência sectorial.

Do Ministério da Saúde foi obtida nesta data a seguinte resposta:

i)

No que respeita à questão suscitada no âmbito das taxas moderadoras, importa clarificar o seguinte:

O Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de Novembro, com a redação introduzida pelo Decreto-Lei n.º 128/2012, de 21 de Junho, veio regular as condições especiais de acesso às prestações do SNS e a aplicação de regimes especiais de benefícios, bem como atualizar o valor das taxas moderadoras, mantendo o princípio da limitação a

Comissão

um terço dos preços do SNS. Consagrou, ainda, a respetiva revisão anual, através da indexação automática à taxa inflação.

É facto notório que as taxas moderadoras têm como objetivo complementar as medidas reguladoras da utilização e acesso aos serviços de saúde e constituem um instrumento moderador, racionalizador e regulador do acesso à prestação de cuidados de saúde. Simultaneamente são também o garante do reforço efetivo do princípio de justiça social no sistema de saúde.

Em bom rigor, quando da aprovação da Lei de Bases da Saúde, a expressão “tendencialmente gratuito” foi, então, entendida pelo Tribunal Constitucional (Acórdão n.º 731/95, de 14 de Dezembro) como a possibilidade de existirem exceções ao princípio da gratuitidade, nomeadamente, quando o objetivo passe por dissuadir o recurso abusivo por parte do utente aos cuidados de saúde, aplicando taxas moderadoras a título de moderação do acesso, i. é, desde que as mesmas não representem uma contrapartida financeira em correlação com os serviços de saúde prestados e, bem assim, não sejam aplicadas por forma a criar qualquer impedimento ou restrição do acesso aos cidadãos economicamente mais desfavorecidos.

Ora, a revisão das categorias de isenção de pagamento das taxas moderadoras assentou em critérios de racionalidade e de discriminação positiva dos mais carenciados e desfavorecidos, ao nível do risco de saúde ponderado e ao nível da insuficiência económica comprovada. Por outro lado, e sem prejuízo da garantia de acesso efetivo dos cidadãos com elevada qualidade aos cuidados de saúde que os seus estados clínicos exigem, a revisão do regime de taxas moderadoras foi, igualmente, perspetivada como uma medida catalisadora da racionalização de recursos e de controlo da despesa, ao invés de uma medida de incremento de receita. Do ponto de vista jurídico-constitucional, o regime vigente pugnou por não permitir qualquer impedimento no acesso em razão de insuficiência económica, tendo, aliás, possibilitado alargar a isenção por esta via, bem como alcançar uma moderação efetiva de procura de cuidados de saúde e, nessa medida, ser apropriado a esse fim.

Neste sentido, salienta-se que a disciplina das «taxas moderadoras» consagrada no Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de Novembro, com a redação introduzida pelo Decreto-Lei n.º 128/2012, de 21 de Junho, preceitua no artigo 2.º que «as prestações de saúde, cujos encargos sejam suportados pelo Serviço Nacional de Saúde implicam o pagamento de taxas moderadoras [...] — as quais são aprovadas por portaria do Ministro da Saúde, sendo revistas e atualizadas anualmente, em função do índice da inflação — que não podem exceder um terço dos valores constantes da tabela de preços do Serviço Nacional de Saúde (n.ºs 1 e 2 do artigo 3.º do referido decreto-lei). Assim, garantido o acesso aos serviços de qualidade na área da saúde para aqueles que têm verdadeiras necessidades económicas, o objetivo subjacente à atualização das taxas moderadoras passa, portanto, por reforçar o seu efeito moderador. Por

Comissão

consequente, o artigo 4.º do mesmo decreto-lei contém o elenco de isenções, justificadas por razões de ordem clínica ou económica, com o objetivo de não restringir o acesso dos cidadãos mais carenciados aos cuidados de saúde, e consagrando, ainda, a dispensa de cobrança de taxas moderadoras, no âmbito de prestações de cuidados de saúde que são inerentes aos tratamentos de determinadas situações clínicas ou que decorrem da implementação de programas ou medidas de prevenção e promoção de cuidados de saúde (cfr. Preâmbulo Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de Novembro).

Aliás, no âmbito da garantia de proteção dos grupos populacionais financeiramente mais desprotegidos, prevê-se que o modelo de isenção em vigor englobe, aproximadamente, 5,2 milhões de utentes por via do reconhecimento da condição de insuficiência económica, o que representa um acréscimo de cerca de 800.000 utentes, face ao anterior modelo.

Adicionalmente, nos casos em que a isenção não se encontra reconhecida, em tempo, por via dos critérios de verificação da condição de insuficiência económica legalmente estabelecidos, consagrou-se também a isenção nas situações de desemprego involuntário.

Para além disso, importa, igualmente, reforçar que o atual regime de taxas moderadoras prevê limites ao pagamento de taxas moderadoras no atendimento em urgência e em sessões de hospital de dia, consubstanciando princípios absolutamente inovadores face ao anterior modelo, e acautelou que a aplicação da tabela de valores de taxas moderadoras aos meios complementares de diagnóstico e terapêutica não pode implicar uma variação superior a 100%, em relação aos valores anteriormente em vigor, nem um valor superior a €50, por procedimento realizado. O modelo adotado permite, igualmente, fortalecer o acesso via cuidados de saúde primários, através da aplicação de taxas moderadoras inferiores às praticadas na atividade hospitalar.

Atento o exposto, assinala-se que o modelo de taxas moderadoras, na sua atual configuração, constitui um mecanismo de sensibilização do utente para a escolha e adequação do serviço a utilizar e de valorização dos serviços prestados, possibilitando ainda o reforço das medidas reguladoras de utilização e acesso aos serviços de saúde. Simultaneamente, permite controlar o aumento da despesa pública, promover uma melhor gestão e obter ganhos de eficiência, libertando mais recursos para os que mais necessitam.

Comissão

No que se refere ao regime aplicável ao transporte de doentes, cumpre esclarecer que, o Decreto-Lei n.º 38/92, de 28 de Março, na sequência do disposto no n.º 2 da base XXIII da Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, estabeleceu as normas básicas de enquadramento da atividade de transporte de doentes efetuado por via terrestre, como atividade complementar da prestação de cuidados de saúde.

O transporte por via terrestre de doentes no âmbito do Serviço Nacional de Saúde (SNS) pode configurar duas tipologias, consoante o tipo de necessidade que importa salvar, o transporte urgente/emergente ou o transporte não urgente.

Relativamente ao transporte urgente/emergente de doentes, cabe ao Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P. (INEM) "(...) assegurar a prestação de cuidados de emergência médica em ambiente pré-hospitalar e providenciar o transporte para as unidades de saúde adequadas (...)".

Para garantia desta atribuição, o INEM é dotado de receitas próprias, provenientes do Orçamento do Estado não sendo imputado quaisquer encargos aos doentes transportados com estes recursos.

No que respeita ao transporte não urgente de doentes, o Decreto-Lei n.º 113/2011, de 20 de novembro, com a redação dada pelo Decreto-Lei n.º 128/2012, de 21 de junho, estabelece que o transporte não urgente de doentes no âmbito do SNS "(...) é isento de encargos para o utente quando a situação clínica o justifique, nas condições a aprovar por portaria do membro do Governo responsável pela área da saúde, e desde que seja comprovada a respetiva insuficiência económica (...)", definindo ainda que "(...) é ainda assegurado pelo SNS o pagamento de encargos com o transporte não urgente dos doentes que não se encontrem nas situações previstas no número anterior mas necessitem, impreterivelmente, da prestação de cuidados de saúde de forma prolongada e continuada (...) cabendo neste caso ao doente "(...)uma participação no pagamento do transporte (...)".

Nos termos expostos, e no que respeita ao transporte não urgente de doentes, a Portaria n.º 142-B/2012, de 15 de maio, prevê a coexistência de dois regimes de acesso ao transporte no âmbito do SNS, o regime de isenção de encargos para o doente, aplicado às situações em que se verifica cumulativamente a situação de insuficiência económica do doente e situação clínica que justifica a necessidade de utilização de transporte para a realização de prestações de saúde (artigo 3.º), bem como, o regime de pagamento parcial dos encargos pelo SNS, cabendo ao doente o pagamento de uma participação, aplicado às situações em que o doente não se encontra em situação de insuficiência económica, mas apresenta uma situação clínica que exige, impreterivelmente, a prestação de cuidados de saúde de forma prolongada e continuada (artigo 4.º).

Comissão

Ainda a este respeito, relembre-se o anterior regime de transporte não urgente de doentes, instituído pelo Despacho nº 19264/2010, de 20 de dezembro, que apenas concedia o acesso ao transporte nas situações em que os doentes comprovassem a condição de insuficiência económica e apresentassem uma situação clínica que justificasse a necessidade de transporte.

Nesta conformidade, conclui-se que o regime vigente é significativamente mais abrangente, comparativamente ao regime sucedido, uma vez que assegura também parcialmente os encargos com o transporte não urgente dos doentes que careçam de cuidados de saúde de forma prolongada e continuada e que não se encontrem na condição de insuficiência económica.

Importa também referir que o atual regime do transporte não urgente de doentes, ao definir com rigor e objetividade o acesso ao transporte em termos nacionais, está a garantir a igualdade de acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde e, bem assim, a equidade na distribuição de recursos, interrompendo um ciclo de práticas heterogéneas e puramente subjetivas no seio do SNS e lesiva dos direitos dos doentes.

Assim, para além da salvaguarda dos direitos e interesses dos doentes, o atual quadro legislativo permite, ainda, alcançar os seguintes objetivos:

- i) Clara autonomização do transporte urgente de doentes, sob alçada do Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P., do transporte não urgente de doentes;*
- ii) Utilização de preços máximos pagos pelo transporte não urgente de doentes;*
- iii) Gestão centralizada ao nível das regiões de saúde do transporte não urgente de doentes;*
- iv) Disponibilização de um sistema informático que suporta todo o processo, desde a requisição do transporte até à sua faturação;*
- v) Responsabilização de terceiros pagadores, sempre que se verifique a existência de terceiro legal ou contratualmente responsável pelos cuidados de saúde que justificam a necessidade do transporte.*

iii)

Conforme decorre do respetivo programa, o XIX Governo Constitucional pretende, durante a legislatura em curso, “Garantir a cobertura dos cuidados primários, assegurando o acesso a um médico de família à generalidade dos cidadãos (...)”.



Comissão

Neste sentido, tem desenvolvido um conjunto de ações que, de modo significativo, têm procurado materializar essa intenção.

Desde logo, a abertura de um procedimento de recrutamento simplificado, desenvolvido, nos termos e ao abrigo do n.º 2 do artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 45/2009, de 13 de fevereiro, em conjugação com os n.ºs 5 a 7 do artigo 12.º-A do Decreto-Lei n.º 203/2004, de 18 de agosto, que permitiu a contratação, desde julho, p.p., de 63 novos médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar, número este que se estima poder, a curto prazo (logo que concluído o procedimento de recrutamento, ainda em curso, no âmbito da Administração Regional de Saúde do Norte, IP), aumentar para 97 especialistas.

Paralelamente a este procedimento de contratação, importa realçar o recente acordo com os Sindicatos representativos do pessoal médico que, precisamente no âmbito dos cuidados de saúde primários, permitiu que o número de utentes inscritos por médicos de família, aumentasse dos atuais 1.550 utentes para 1.900 utentes.

Decorrente deste aumento do número de utentes por médico de família – mais 350 utentes por cada um dos médicos que adira ao novo regime de trabalho, que passa agora a corresponder a 40 horas semanais –, estima-se que 750.000 utentes dos que hoje não têm médico de família passem a tê-lo.

De igual modo, foi recentemente publicado o Despacho n.º 13795/2012, de 17 de outubro, do Senhor Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, no sentido de instituir um mecanismo de atualização dos dados da inscrição dos utentes no Serviço Nacional de Saúde (SNS) e reordenação das listas de utentes de médicos de família nas Unidades de Saúde Familiares e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, atendendo, nomeadamente, a situações de não utilização dos serviços pelos utentes na unidade onde se encontram inscritos, sempre que tenha decorrido um período igual ou superior a três anos.

É, assim, inequívoca a intenção do Governo e, em particular, do Ministério da Saúde, em garantir uma maior acessibilidade dos utentes do SNS aos cuidados de saúde primários, sublinhando-se, a título de consideração final, que – do conjunto de medidas já tomadas, bem como daquelas que irão ser desenvolvidas, designadamente, o recrutamento de novos médicos que, entretanto, adquiram o respetivo grau de especialista em Medicina Geral e Familiar – se prevê que no prazo de 2 anos esteja solucionada a situação de utentes sem médico de família (app. 1,6 milhões) o que terá como consequência muito positiva normalizar a ‘entrada’ do utente no sistema, através dos cuidados de saúde primários e, conseqüentemente, reduzir o acesso ao sistema através dos serviços de urgência dos hospitais.

Comissão

Acresce notar o reforço das Unidades de Saúde Familiar, potenciado pelo Despacho n.º 9999/2012, publicado no D.R. n.º 143, Série II de 25 de julho, relativo às unidades de saúde familiar (USF) a constituir no ano de 2012 e às USF que podem transitar do modelo A para modelo B.

Note-se que a diferenciação entre os modelos de USF resulta de três dimensões estruturantes, como o grau de autonomia organizacional, a diferenciação do modelo retributivo e de incentivos dos profissionais e o modelo de financiamento e respectivo estatuto jurídico.

Os três modelos assumem diferentes patamares de autonomia, a que correspondem distintos graus de partilha de risco e de compensação retributiva.

O Modelo A compreende as USF do sector público administrativo com regras e remunerações definidas pela Administração Pública, aplicáveis ao sector e às respectivas carreiras dos profissionais que as integram.

O Modelo B abrange as USF do sector público administrativo com um regime retributivo especial para todos os profissionais, integrando remuneração base, suplementos e compensações pelo desempenho.

O Modelo C é um modelo experimental que abrange as USF dos sectores social, cooperativo e privado, articuladas com o centro de saúde, mas sem qualquer dependência hierárquica deste, baseando a sua atividade num contrato-programa estabelecido com a ARS respectiva e sujeitas a controlo e avaliação externa

Efetivamente, apesar das fortes restrições orçamentais a que o País está sujeito, entendeu o Governo que o reforço das USF é um elemento imprescindível, em geral, da política de saúde e, em especial da política de organização dos cuidados de saúde primários. Este modelo de organização deve ser reforçado e aprofundado como uma experiência de organização dos cuidados de saúde que tem demonstrado contribuir para a melhoria da acessibilidade, da cobertura assistencial, da eficiência económica e, sobretudo, da qualidade efetiva dos cuidados de saúde prestados à população.

*No caso dos **enfermeiros**, reconhecendo-se igualmente a necessidade de contratação destes profissionais, têm sido encetadas diligências nesse sentido, nomeadamente através da atribuição de quotas de descongelamento que permitam aos serviços a sua contratação.*

Salienta-se a este propósito foi proferido o despacho do Senhor Secretário de Estado da Administração Pública n.º 2921/2012/SEAP, de 24 de agosto p.p., nos termos do qual foi emitido parecer favorável à abertura de procedimento concursal com vista ao recrutamento de 750 (setecentos e cinquenta) profissionais destinados à carreira especial de enfermagem para os serviços e estabelecimentos do SNS.

Comissão

Também neste contexto importa reconhecer a importância dos profissionais de enfermagem nos cuidados de saúde primários, uma vez que estes podem assumir um papel de dimensão compatível com as suas atuais competências e conhecimentos, quer na promoção da saúde e na prevenção da doença, quer na gestão da doença crónica.

De acordo com a OMS, os enfermeiros de família podem ajudar indivíduos e famílias a lidar com a doença e incapacidade crónica, ou períodos de stress ou de maior vulnerabilidade, dedicando grande parte do seu tempo ao acompanhamento dos doentes e suas famílias nas suas habitações. Estes enfermeiros prestam aconselhamento em áreas tão diversas como estilos de vida e fatores de risco comportamentais, bem como assistem as famílias em questões relativas à sua saúde. Através da rápida deteção, estes profissionais podem assegurar que os problemas de saúde das famílias são tratados numa fase precoce.

Estes profissionais podem, de facto, agir como o eixo entre a família e o médico de família, substituindo o médico quando as necessidades identificadas são mais relevantes para a especialidade de enfermagem.

Nestes termos foi constituído um grupo de trabalho para preparação da legislação sobre a metodologia de ação do enfermeiro de família por Despacho nº 10321/2012.

Compete, especialmente, ao grupo de trabalho a definição de competência, atividades e âmbito de ação do enfermeiro de família. A identificação de áreas de partilha de responsabilidade na prestação de cuidados de saúde primários com outros profissionais de saúde, nomeadamente na área da gestão da doença crónica e programas de saúde; A elaboração de um plano de ação para a implementação do conceito de enfermeiro de família.

V – Opinião do Relator

Como se referiu *supra*, no que concerne à Saúde, os peticionários solicitam:

- i) A “abolição das taxas moderadoras”;
- ii) O “transporte gratuito para doentes”; e
- iii) A atribuição de “médico e enfermeiro de família para todos”.

Vejamos, então, cada uma das pretensões apresentadas pelos peticionários.

i) “Abolição das taxas moderadoras”

Os peticionários pretendem a “*abolição das taxas moderadoras*” no acesso aos serviços e prestações de saúde assegurados pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Significa isto que, para os peticionários, os utentes do SNS simplesmente não deveriam pagar taxas moderadoras.

Trata-se de uma posição não sufragada pela Constituição da República Portuguesa, já que, nos termos da Lei Fundamental, o SNS deve ser, “...*tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito*” (cfr. al. a) do n.º 2 do art.º 64.º) – e, por conseguinte, não integralmente gratuito.

Este carácter “*tendencialmente gratuito*” do SNS é concretizado, designadamente através do pagamento de taxas moderadoras, as quais visam, como o próprio nome indica, moderar o acesso aos serviços públicos de saúde, disciplinando a oferta e a procura desses serviços e dissuadindo a procura desnecessária e não referenciada de cuidados de saúde.

Acresce que, nos termos do *Memorando de Entendimento* (MdE) firmado pelo anterior Governo com o Fundo Monetário Internacional (FMI), a Comissão Europeia (CE) e o Banco Central Europeu (BCE), Portugal comprometeu-se a rever o regime das taxas moderadoras do SNS.

Com efeito, já na sua versão inicial, o MdE determinava, nesta matéria, o seguinte:

3.50. Rever e aumentar as taxas moderadoras do SNS através de:

Comissão

- i. uma revisão substancial das categorias de isenção actuais, incluindo uma aplicação mais rígida da condição de recursos, em colaboração com o Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social; [em Setembro de 2011]*
- ii. aumento das taxas moderadoras em determinados serviços, assegurando que as taxas moderadoras nos cuidados de saúde primários são menores do que as aplicáveis a consultas de especialidade e episódios de urgência; [em Setembro de 2011]*
- iii. legislar a indexação automática das taxas moderadoras do SNS à inflação. [T4-2011]*

Apesar disso, importa, no entanto, realçar que, em razão do alargamento da condição de insuficiência económica, operado por força do disposto no n.º 2 do artigo 6.º do Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro, passaram a estar isentos do pagamento de taxas moderadoras “os utentes que integrem agregado familiar cujo rendimento médio mensal seja igual ou inferior a uma vez e meia o valor do indexante de apoios sociais”.

Assim, as taxas moderadoras aplicam-se aos utentes do SNS, embora uma parte significativa da população esteja isenta do seu pagamento.

Com efeito, refere-se na própria informação do Ministério da Saúde, integralmente transcrita *supra*, que, “no âmbito da garantia de proteção dos grupos populacionais financeiramente mais desprotegidos, prevê-se que o modelo de isenção em vigor englobe, aproximadamente, 5,2 milhões de utentes por via do reconhecimento da condição de insuficiência económica, o que representa um acréscimo de cerca de 800.000 utentes, face ao anterior modelo.”

Atento o teor da Petição n.º 177/XII/1.ª, merece ainda a pena elencar as categorias de pessoas que, nos termos do já referido Decreto-Lei n.º 113/2011, estão diretamente isentas do pagamento de taxas moderadoras:

- Utes em situação de comprovada insuficiência económica, bem como os membros dependentes do respectivo agregado familiar (a relevância da

Comissão

insuficiência económica, para efeitos de isenção, foi elevada de € 485 para 1,5 IAS (Indexante de Apoio Social), ou seja, € 628,83 (= € 419,22 + € 209,61);

- Grávidas e parturientes;
- Crianças até aos 12 anos de idade, inclusive;
- Utentes com grau de incapacidade igual ou superior a 60%;
- Os doentes transplantados;
- Os militares e ex-militares das Forças Armadas que, em virtude da prestação do serviço militar, se encontrem incapacitados de forma permanente.

Além disso, as isenções do pagamento de taxas moderadoras nos cuidados de saúde primários contemplam, ainda, as seguintes situações:

- Dadores benévolos de sangue;
- Dadores vivos de células, tecidos e órgãos;
- Bombeiros.

Ao que se acaba de referir acresce que, num significativo conjunto de procedimentos assegurados pelo SNS, também não há lugar ao pagamento de taxas moderadoras. São os casos, designadamente:

- De consultas de *Planeamento Familiar* e actos complementares prescritos no decurso destas;
- De consultas, sessões de *Hospital de Dia*, bem como actos complementares prescritos no decurso destas, no âmbito de doenças neurológicas degenerativas e desmielinizantes, distrofias musculares, tratamento da dor crónica, quimioterapia de doenças oncológicas, radioterapia, saúde mental e no âmbito das seguintes condições: deficiências de factores de coagulação, infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana /SIDA e diabetes;
- De cuidados de Saúde Respiratórios no domicílio;
- De cuidados de Saúde na área da Diálise;



Comissão

- De consultas/actos complementares necessários para dádiva de células, sangue, tecidos e órgãos;
- De atos complementares de diagnóstico realizados no decurso de rastreios oncológicos organizados de base populacional e de diagnóstico neonatal, promovidos no âmbito dos programas de prevenção da Direcção-Geral da Saúde;
- De consultas no domicílio realizadas por iniciativa dos serviços públicos de saúde;
- De atendimentos urgentes e atos complementares decorrentes de atendimentos a vítimas de violência doméstica;
- De programas de tratamento de alcoólicos crónicos e toxicodependentes;
- De programas de Tomas de Observação Directa;
- De vacinação prevista no Programa Nacional de Vacinação e vacinação contra a gripe sazonal.

De referir, finalmente, que o Orçamento do Estado para 2013 prevê o congelamento de taxas moderadoras nos cuidados de saúde primários.

ii) ***“Transporte gratuito para doentes”***

No que se refere ao transporte de doentes, importa recordar, novamente, que o MdE, já desde a sua versão inicial, prevê a redução dos custos com o transporte de doentes não urgentes em *“um terço”*.

Apesar disso, o regime aprovado pelo atual Governo é bem mais favorável aos utentes do que o outrora previsto no Despacho n.º 19 264/2010, de 29 de dezembro, que exigia a verificação de dois requisitos cumulativos, a saber:

- A situação clínica que justificasse a necessidade de transporte; e

Comissão

- A insuficiência económica do doente.

Com efeito, concretizando o disposto no artigo 5.º do Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro, a Portaria n.º 142-B/2012, de 15 de maio, prescreve, no n.º 1 do seu artigo 3.º, que os doentes que se encontrem em situação de “*insuficiência económica*”, ou seja, caso auferirem rendimentos mensais inferiores a € 628 (contra os anteriores € 485), não pagam o transporte não urgente.

Além disso, a citada Portaria n.º 142-B/2012 responsabiliza o SNS pelos encargos com o transporte não urgente quando a situação clínica dos utentes o justifique, designadamente por incapacidade igual ou superior a 60%, ou por condição clínica incapacitante, resultante de:

- Sequelas motoras de doenças vasculares;
- Transplantados, quando houver indicação da entidade hospitalar responsável pela transplantação;
- Insuficiência cardíaca e respiratória grave;
- Perturbações visuais graves;
- Doença do foro ortopédico;
- Doença neuromuscular de origem genética ou adquirida;
- Patologia do foro psiquiátrico;
- Doenças do foro oncológico;
- Queimaduras;
- Gravidez de risco;
- Doença infetocontagiosa que implique risco para a saúde pública;
- Insuficiência renal crónica.

De referir, ainda, que, nos termos do artigo 4.º da mesma Portaria, o SNS assegura, parcialmente, os encargos com o transporte não urgente dos doentes que, não se encontrando em situação de insuficiência económica ou nas situações clínicas



Comissão

elencadas *supra*, necessitem, impreterivelmente, da prestação de cuidados de saúde de forma prolongada e continuada que impliquem, pelo menos, oito deslocações num período de 30 dias, o que sucede nos seguintes casos:

- Insuficiência renal crónica;
- Reabilitação em fase aguda decorrente das situações clínicas elencadas *supra*, durante um período máximo de 120 dias;
- Noutras situações clínicas devidamente justificadas pelo médico assistente, previamente avaliadas e autorizadas, caso a caso, pelas entidades do SNS responsáveis pelo pagamento dos encargos.

Finalmente, o atual regime prevê que, no caso de doenças oncológicas, o SNS assegure, também parcialmente, os encargos com o transporte não urgente dos doentes para realização de atos clínicos inerentes à respetiva patologia, independentemente do número de deslocações mensais.

Nos casos em que o SNS assegura parcialmente os encargos com o transporte não urgente dos doentes que necessitem impreterivelmente da prestação de cuidados de saúde de forma prolongada e continuada que impliquem, pelo menos, oito deslocações num período de 30 dias, ou no caso de doenças oncológicas, cabe aos utentes o pagamento de um valor único por trajeto e até ao limite máximo de € 30 por mês, nos seguintes termos:

- Transporte em ambulância:
 - € 3 até 50 km, contados do início da deslocação do local de origem do utente até ao local de prestação dos cuidados de saúde bem como a deslocação de regresso ao local de origem do utente;
 - € 0,15, por cada quilómetro adicional;
- Transporte em veículo de transporte simples de doentes (VTSD, a partir de junho de 2015):

Comissão

-
- € 2 até 50 km, contados do início da deslocação do local de origem do utente até ao local de prestação dos cuidados de saúde bem como a deslocação de regresso ao local de origem do utente;
 - € 0,10, por cada quilómetro adicional.

iii) Atribuição de “médico e enfermeiro de família para todos”

Neste último ponto, e sendo cabalmente esclarecedora a informação prestada pelo Ministério da Saúde, a que já se aludiu *supra*, não deixa de se dever realçar que o Governo tem, efetivamente, atribuído a maior prioridade à contratação de profissionais de saúde para o SNS, especialmente no caso de médicos e enfermeiros, como bem o ilustra o recente acordo celebrado com os sindicatos médicos e a abertura de novos concursos de contratação de enfermeiros e médicos, em especial na área dos cuidados primários.

VI - Parecer

Assim, a Comissão de Saúde é de parecer que o presente Relatório seja enviado à Comissão de Orçamento, Finanças e Administração Pública.

Palácio de S. Bento, 15 de janeiro de 2013

A Deputada Relatora,



(Ana Oliveira)

A Presidente da Comissão,



(Maria Antónia Almeida Santos)