



ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA	
Direção de Apoio às Comissões	
COFAP	
N.º Único	454488
Entrada/Sendo n.º	87
Data	17/1/2013

Exmo. Senhor
Presidente da Comissão de
Orçamento, Finanças e Administração Pública
Deputado Eduardo Cabrita

SUA REFERÊNCIA	SUA COMUNICAÇÃO DE	NOSSA REFERÊNCIA	DATA
365/COFAP/2012	30/10/2012	N.º: 302 ENT.: 297 PROC. N.º:	16/01/2013

ASSUNTO: Petição n.º 177/XII/2.ª - iniciativa da Inter-Reformados "Contra as injustiças, contra o roubo dos subsídios de férias e de Natal, contra o empobrecimento"

Encarrega-me a Secretária de Estado dos Assuntos Parlamentares e da Igualdade de junto enviar, para os devidos efeitos, cópia do ofício n.º 608, de 15 de janeiro, do Gabinete do Senhor Ministro da Saúde, relativo ao assunto mencionado em epígrafe.

Com os melhores cumprimentos,

A Chefe do Gabinete


Marina Resende



Gabinete da Secretária de Estado
dos Assuntos Parlamentares e da Igualdade

Entrada N.º 297

Data 16 / 01 / 2013

Exma. Senhora
Chefe do Gabinete da Secretária de
Estado dos Assuntos Parlamentares e
da Igualdade
Dra. Marina Resende

Sua referência
Nº 7241

Sua comunicação
02.11.2012

Nossa referência
Ent. 14740

ASSUNTO: Pedido de informação relativo à Petição n.º 177/XII/2.^a – Iniciativa da Inter-Reformados “Contra as injustiças, contra o roubo dos subsídios de férias e de natal, contra o empobrecimento.

Encarrega-me o Senhor Ministro da Saúde de, em resposta ao pedido de informação relativo à Petição n.º 177/XII/2.^a, transmitir a exposição que segue, sistematizada conforme a petição em apreço, a qual destaca, na área da saúde, solicitações à Assembleia da República no que respeita a i) abolição das taxas moderadoras, ii) transporte gratuito para doentes, iii) médico e enfermeiro de família para todos.

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 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 conseguinte, 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.

ii)

No que se refere ao regime aplicável ao transporte de doentes, cumpre esclarecer que, o Decreto-Lei nº 38/92, de 28 de Março, na sequência do disposto no nº 2 da base XXIII da Lei nº 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 salvaguardar, 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 nº 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).

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 heterogêneas 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 (...)”*.

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.

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 actividade 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 á 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.

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.

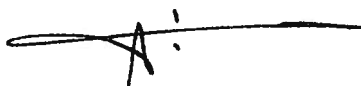
Estes profissionais podem, de facto, agir como o eixo entre a família e o médico de família, substituindo o médico quando as necessidades identificadas são mais relevantes para a especialidade de enfermagem.

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.

Com os melhores cumprimentos,

O Chefe do Gabinete,



Luís Vitório