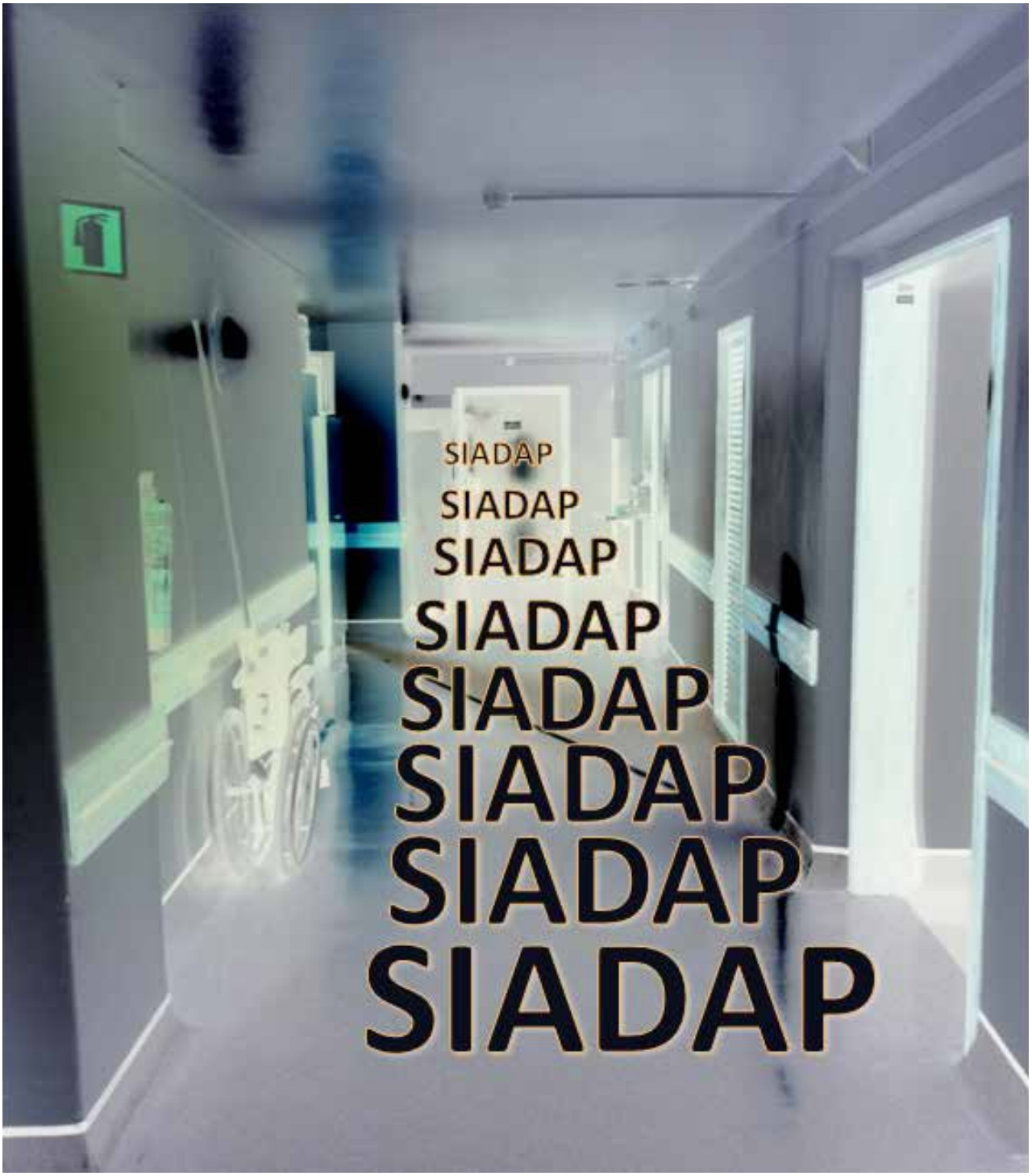
Boletim do sim

Janº/Março 2014
87

Sindicato Independente dos Médicos



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
geral@simedicos.pt
Das 10,30 às 19,00 H

DELEGAÇÕES

SIM/AÇORES
Tel. 912 500 974
acores.sim@gmail.com

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@simedicos.pt
simalgarve@netcabo.pt
Das 10,30 às 14,00h

SIM/MADEIRA
R. Nova de S. Pedro, 54 - 1º
9000 - 048 FUNCHAL
Tel. 912 991 995
sim.secretariadomadeira@gmail.com

SIM/ALENTEJO
jorgesantosmf@hotmail.com

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

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

GABINETE JURÍDICO

Advogados
Dr. Jorge Pires Miguel / Dr. António Luz / Dr. Guilherme Martins Franco

SEDE NACIONAL
Tel. 217 826 730 / Fax 217 826 739 - Às 3ªs / 4ªs / 5ªs das 17,00 às 19,00h

SIM/CENTRO
Tel. 239 484 137 / Fax 239 481 329

SIM/ NORTE
Tel. 226 001 266 / Fax 226 001 135

SIM/MADEIRA
Tel. 912 991 995

SUMÁRIO

Editorial 03

Actividade sindical
Janeiro a Abril …..... 04

SIADAP - Cronograma Avaliação desempenho médico ... 06

SIADAP/ FAQ
Doc. Versão 1.0 da ACSS 08

Notícias In Jornal Virtual 16

Action Day
15 Maio/2014…….…. 18

Educação Médica Contínua
Parte I ……..... 19

Apreciação jurídica
- Receituário continuado …... 20
- Dispensa de prestação de trabalho nocturno ……. 20
- Limites imperativos do tempo trabalho médico 21

Tabela Salarial ……...23

Legislação ……. 24

Ficha de Sócio ……...25

Direitos do Sócio ……...26

Isla Canela …….27

CARREIRA MÉDICA PILAR DO SNS

No momento que se celebram os **quarenta anos do 25 de Abril é altura para recordar os 30 anos do Serviço Nacional de Saúde, que só foram possíveis porque os médicos ainda nos anos sessenta, exigiram uma carreira, tendo para tal efectuado uma greve.**

Uma carreira médica em que aumenta o nível da exigência, exige formação qualificada realizada pelos seus pares, ombro a ombro, concursos públicos e uma forte hierarquia técnica em que o topo da carreira não é atingido por todos.

A par com a melhoria da qualidade de vida, essas exigências permanentes de qualidade na prestação e na formação foram decisivas para que os indicadores da saúde estejam no topo mundial, a um custo muito razoável e que os médicos portugueses sejam procurados pelos mais prestigiados centros mundiais.

É importante recordar isto, quando todos os dias, dirigentes, gestores e nomeados políticos, criam areia nesta engrenagem.

É essencial a solidificação da carreira médica com concursos em 2014, para Assistentes, Assistentes Graduados e Assistentes Graduado Sénior, ao mesmo tempo que se agilizam as centenas de concursos com milhares de candidatos, que estão a decorrer neste momento.

O trabalho monumental que isso exige com a recuperação de muitos anos em que os concursos estiveram fechados, obriga a maior agilidade e menor burocracia e que permitam minorar a calamidade da saída antecipada de centenas de médicos da função pública, fruto da alteração do sistema de reformas.

Sabendo-se das datas de final de internato não há qualquer justificação que demorem muitos meses a trabalhar realmente.

Igual exigência na aplicação do SIADAP – SEIS ANOS depois dos outros funcionários públicos, onde também aqui os "pequenos" poderes dos Conselhos de Administração e das ARS's se manifestam criando dificuldades e atrasos, que incompreensivelmente permanecem impunes, impedindo uma motivação dos médicos para a excelência e uma futura progressão na carreira.

Para além da crescente exigência em aumentar a actividade assistencial estes anos está a ser exigido um colossal trabalho aos médicos, em especial aos mais diferenciados: júris de concursos, avaliadores SIADAP e tutores… sem qualquer retribuição financeira… é bom recordar e, curiosamente num país onde existe uma INDÚSTRIA de formação.

Continuaremos a utilizar todas as formas para denunciar e propor medidas para a melhoria dos cuidados de saúde e do cumprimento do acordo assinado com o Governo.

As decisões resultantes das reuniões com o Governo, da comissão tripartida, das comissões paritárias têm de ser cumpridas pela máquina do Ministério da Saúde, que não pode continuar a ter vida própria. Não é admissível o atraso nos processos de transição para as 40h, ou o caos no sistema de informação da saúde.

Participar na discussão do Internato Médico de forma serena de modo a preservar a qualidade da formação em Portugal, com o papel insubstituível da Ordem dos Médicos na atribuição de idoneidades. Esse deve ser um processo transparente com um esforço adicional nas especialidades onde há reconhecidamente maior carência para aumentar as capacidades formativas.

Teremos de manter vigilância apertada em relação a ideias e projectos de grupos de trabalho, de políticos, de opinadores, que dissociados da realidade possam causar perturbações na prestação dos cuidados de saúde. A Portaria de Reorganização Hospitalar ou da articulação de cuidados, ou em eventuais alterações no conteúdo funcional do trabalho médico são alguns exemplos.

Para tal é essencial que reforcemos a nossa organização e implantação nos locais de trabalho, de forma a podermos responder adequadamente a todas as solicitações e ser proactivo na procura de soluções para reforçar a carreira médica e consolidar o SNS.

Jorge Roque da Cunha

Boletim do SIM

Ficha Técnica

Director
Paulo Simões

Conselho de Redacção
Ana Carvalho Marques, António Soure, Carlos Silva, Diana Graça, João Dias, João Pedro Deus, Jorge Roque da Cunha, Jorge Silva, José Pinto Almeida, Luísa Ferraz, Luís Santos Silva, Ricardo Mexia e Teresa Fonseca.

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
"Avaliação? Desempenho? Competência?"
Corel Painter Lite, Paulo Simões, 2014

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
GRAFISOL – Edições e Papelarias, Lda
Rua da Sagrada Família, 30
Pavilhão Grafisol Tabaqueira - Apartado 255
2636 – 903 RIO DE MOURO
Tel. 219 158 150 – Fax 219 158 158
E-mail: geral@grafisol.pt – www.grafisol.pt

Janeiro

Dia	Horas	Descrição
3	11 h	Comissão Nacional de Saúde Pública, reunião no SIM
7	16 h	Ordem dos Médicos – Tomada de Posse do Bastonário
8	14,30 h	Comissão Paritária – ACT Claúsula 52ª/A, reunião no SIM
8	12/15 h	SIADAP – ARS Algarve, Reunião com membros das Regiões do Algarve e Alentejo
8	21 h	Ordem dos Médicos – Secção Regional Centro –Tomada de Posse dos Órgãos Regionais e Distritais
10	17,30 h	Escala Braga – Mesa Negocial
10	21 h	Ordem dos Médicos – Secção Regional Norte – Tomada de Posse dos Órgãos Regionais e Distritais
13	11 h	DGERT – Reunião com Sindicatos Médicos/SAMS, sobre processo de mediação do AE
18	15,30 h	ANEM – UBI Covilhã – Tomada de Posse dos Órgãos Sociais
20	10/18h	SIADAP – ARS LVT (Sete Rios)
21	11 h	HPP Cascais – Reunião conjunta com SIM/SMZS, no Hospital
21	18 h	SIM – Reunião do Grupo de Acompanhamento Local de Apoio do SIADAP
21	19,30 h	SIM – Reunião com Delegados Sindicais da Região Lisboa e Vale do Tejo
22	11 h	CH Setúbal – Reunião com Sindicatos, sobre Controlo de Assiduidade e Regulamento Interno
23	13 h	H. Sta. Maria – Reunião de Esclarecimento Sindical
24	10 h	SIADAP – ARS Norte
27	10 h	SIADAP – ARS Alentejo, na Universidade de Évora
30	9 h	SRS RAAçores – Proposta Regional de Saúde/Revisão do Estatuto do SRS
31	8,30 h	H. S. José – Reunião conjunta SIM/SMZS, sobre Avaliação de Desempenho

Fevereiro

Dia	Horas	Descrição
1	9,15 h	PS – Caldas da Rainha – "Encontros na Saúde"
3	12 h	H. Nélio Mendonça – Reunião de Esclarecimento Sindical conjunta SIM/SMZS
3	15,30 h	C.S. Sto António – Reunião de Esclarecimento Sindical conjunta SIM/SMZS
3	18 h	Ordem dos Médicos do Funchal – Tomada de Posse dos Órgãos Regionais e Distritais
5	10 h	SIADAP – ARS Coimbra
7	8,30 h	SRS da RAAçores – Reunião com Sindicatos em Lisboa
10	19,30 h	CHUCoimbra – Reunião com Médicos Internos
11	15 h	Comissão Tripartida – Reunião com Sindicatos e Presidentes das ARS's, na ACSS
11	16 h	Reunião sobre Mapa de Vagas do Concurso IM 2014-B, no SIM
11	19,30 h	SIM – Reunião com Médicos Internos
12	13 h	H. Beja – Reunião de Esclarecimento Sindical, com Médicos Internos
12	15 h	CS Beja – Reunião de Esclarecimento Sindical, sobre o SIADAP
12	18 h	Reunião com Médicos Internos, em Évora
13	10,30 h	Reunião com a ANEM (Beira Interior), no SIM
13	11 h	CH Setúbal – Reunião com os Sindicatos, sobre o Regulamento Interno, no SIM
14	8,00 h	H. Sta. Maria – Reunião de Esclarecimento Sindical com Médicos do Serviço de Anestesia
14	12 h	H. Braga – Reunião de Esclarecimento Sindical, conjunta SIM/SMZN
14	19,30 h	Reunião com Médicos Internos, no Porto
19	11 h	Comissão Paritária – Reunião sobre ACT Claúsula 52ª/A, no SIM
19	14,30 h	Comissão Paritária – Reunião sobre ACT Claúsula 47ª/A, no SIM
26	10,30 h	SIADAP – Reunião na ACSS
28		OM Norte – Reunião com Médicos Internos com USF-NA, sobre Open Day

Março

Dia	Horas	Descrição
5	15,30 h	H. Guimarães/CHAA – Reunião com o CA sobre Férias, Descansos e etc
6	12,30 h	H. Divino Espirito Santo de Ponta Delgada – Reunião de Esclarecimento Sindical
6	15,30 h	OM de Ponta Delgada – Reunião de Esclarecimento Sindical, com Médicos de MGF
6	21,30 h	Terceira/Angra – Reunião com Médicos, no Garden Hotel

7	12 h	H. Horta – Reunião Geral de Médicos
7	14,30 h	C.S. Horta – Reunião Geral de Médicos
11	18,30 h	H. Egas Moniz e H. Fernando Fonseca – Reunião com Médicos no SIM, sobre Urgência Metropolitana
11	20 h	H. Guimarães – Reunião com Delegados Sindicais
13	21 h	OM Norte – Reunião conjunta com Sindicatos e Médicos Internos, sobre Projecto DL Internato
19	10,30 h	C. H. Setúbal – Reunião conjunta SIM/SMZS, para assinatura do Regulamento Interno
22	14 h	Conferência "Um novo rumo para a Saúde", em Alfândega do Porto
26	11 h	DGERT – Reunião com os Sindicatos para conciliação com SAMS
28	11 h	SEAS – Reunião conjunta, SIM/FNAM, no MS
28	11 h	H. Braga – Reunião com o CA, sobre o AE, no SIM/Norte
28	15 h	SRS dos Açores – Reunião com Sindicatos, no SMZS
28	15,30 h	SIADAP – Reunião conjunta SIM/FNAM, na ACSS

Abril

Dia	Horas	Descrição
2	11 h	Comissão Paritária – Reunião conjunta - ACT Claúsula 52ª/A (EPE), no SIM
2	14,30 h	Comissão Paritária – Reunião conjunta - ACT Claúsula 47ª/A (SPA), no SIM
4	15 h	Comissão Tripartida – Reunião na ACSS
10	15 h	Secretários Estado Saúde, Presidente SPMS, Director Redes e Sindicatos – Reunião no MS, sobre PEM
16	11 h	H. Horta – Reunião de Esclarecimento Sindical
16	14,30 h	C.S. Madalena – Reunião de Esclarecimento Sindical
17	11,30 h	C.S. Ponta Delgada – Reunião de Esclarecimento Sindical
17	12,30 h	H. Div.Esp. Santo de Ponta Delgada – Reunião de Esclarecimento Sindical
17	17 h	Ponta Delgada – Tomada de posse do Secretariado Regional do SIM/Açores
23	18 h	OM CRSul – Sessão comemorativa 40 anos do 25 Abril e 35 anos do SNS
27	21 h	OM Centro – Reunião conjunta Sindicatos e OM, sobre Internato Médico
29	17 h	SEAS – Reunião conjunta SIM FNAM, sobre Portaria 377-A/2013, no MS
30	17 h	Comissão Parlamentar de Saúde – Reunião com MS

RELATÓRIO DE ACTIVIDADES SIM/CENTRO

Janeiro a Março

10/Fev	Reunião de Esclarecimento Sindical na Zona Centro – Médicos Internos, no Auditório do CHUC,EPE	Função dos Sindicatos; Apresentação do SIM; Responsabilidade profissional e laboral - riscos que o médico interno corre; Os problemas actuais dos médicos internos; Erro Médico; Situação laboral actual; Informações várias e Distribuição gratuita do livro do Médico Interno
27/03	Reunião Geral de Médicos – Iniciativa da Ordem dos Médicos, SIM e SMZC, na Sala da Ordem dos Médicos	Fim das competências da OM na formação médica; Fim do ano comum sem medidas alternativas; Alterações no acesso à especialidade; Criação de médicos indiferenciados; Qualidade da formação médica questionada; Posições a tomar; Secção regional do centro; Da ordem dos médicos; Médicos e estudantes de medicina e Medidas gravosas do período de transição

- Divulgação e distribuição do Livro do Médico Interno, a convite dos Médicos Internos do CHUC, EPE, numa reunião organizada pela Comissão dos Médicos Internos no CHUC, EPE, no dia 20/02/2014.

- Criação de um Grupo de Trabalho para estudar a Avaliação da Satisfação dos Médicos Internos do CHUC, EPE

SIADAP - CRONOGRAMA AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO MÉDICO 2013/2014

ATIVIDADES	MÊS	ANO	INTERVENIENTES
1. Constituição do CCA (e eventual constituição de secções autónomas)	dezembro	2013	CCA e Dirigente Máximo ou órgão máximo de gestão
2. Regulamento Interno do CCA	dezembro	2013	CCA e Dirigente Máximo ou órgão máximo de gestão
3. Deliberações do CCA: *a.* Diretrizes, princípios e critérios para a aplicação do SIADAP, incluindo a respetiva calendarização. *b.* Orientações gerais quanto à fixação dos parâmetros de avaliação. *c.* Orientações gerais quanto ao número (entre 3 e 7) de objetivos sua definição e respetivos indicadores de medida e critérios de superação, bem como a fonte de verificação dos resultados e a ponderação a atribuir a cada um dos âmbitos a avaliar e a forma de correspondência entre a avaliação dos indicadores e a classificação dos objetivos. *d.* Aprovação da lista de competências do desempenho. *e.* Orientação sobre o número de competências (mínimo 5) a considerar na avaliação do desempenho. *f.* Critérios relativos à aplicação das quotas para diferenciação dos desempenhos, fixadas por despacho do dirigente ou órgão máximo do estabelecimento ou serviço de saúde, tendo por base o número total de avaliados, designadamente no caso de baixar a classificação de Relevante. *g.* Aprovação do questionário para suporte de avaliação dos membros das equipas de avaliação. **(**Todas as deliberações devem ser divulgadas na página eletrónica do estabelecimento ou serviço de saúde bem como na respetiva intranet)	dezembro 15 janeiro	2013 2014	CCA
4. Planeamento e planificação *a.* Divulgação do contrato-programa, incluindo os objetivos anuais e plano de atividades para 2014 do Hospital/ULS/ACES, baseados em indicadores dos resultados a obter pelos mesmos; *b.* Reunião na qual são analisados e aprovados os objetivos da unidade orgânica/funcional/equipa médica em que o avaliado se integra e na qual devem participar todos os avaliados. Da presente reunião deve ser lavrada ata; *c.* Divulgação, junto de todos os médicos, dos objetivos anuais e planos de atividades para 2014 da unidade orgânica/funcional/equipa, fixados em função dos resultados a obter pelos Hospital/ULS/ACES.	Janeiro Janeiro/ fevereiro	2014	Dirigente Máximo ou órgão máximo de gestão Dirigente ou órgão máximo de gestão; Dirigentes intermédios ou equiparados; Coordenadores de unidades funcionais; Coordenadores de equipa
5. Equipas de Avaliação *a.* Constituição da(s) equipa(s) de avaliação; *b.* Constituição das equipas que avaliam a equipa de avaliação	dezembro a 30 janeiro	2013 2014	Dirigente ou órgão máximo de gestão (nomeação); Avaliados (eleição)
6. Contratualização parâmetros avaliação *a.* Reunião, entre a equipa de avaliação e cada um dos médicos a avaliar pela mesma, para a contratualização/negociação de objetivos individuais e competências de desempenho; *b.* Reunião entre os médicos da equipa de avaliação e a equipa que os avalia para contratualização/negociação de objetivos individuais e competências de desempenho.	março	2014	Equipa de avaliação; Avaliados
7. Constituição da Comissão Paritária de Avaliação (CPA)	janeiro	2014	Dirigente ou órgão máximo de gestão (nomeação); Avaliados (eleição)
8. Acompanhamento/Monitorização Definição do plano detalhado de como se processa o acompanhamento através do sistema de informação existente, a qual deverá ser divulgada	março	2014	Equipa de Avaliação; Avaliados

9. Reformulação de Objetivos e de resultados Quando ocorrerem circunstâncias supervenientes que determinem a necessidade de fazer essa reformulação, mas sempre de molde a que o avaliado disponha de tempo para dar cumprimento aos objetivos reformulados; Reformulação deve fazer-se em reunião entre avaliadores e avaliado e ficar registada na ficha de monitorização e na ficha de reformulação.	A qualquer momento		Equipa de Avaliação; Avaliados
10. Autoavaliação Preenchimento obrigatório, pelo avaliado, da ficha de auto-avaliação	Até 15 janeiro	2015	Avaliado e equipa de avaliação
11. Avaliação Preenchimento da ficha de avaliação pela equipa de avaliação no sistema informático existente. As propostas de desempenho inadequado e relevante têm de ser fundamentadas	Até 15 janeiro	2015	Equipa de Avaliação
12. Harmonização CCA reúne para analisar as propostas de avaliação e proceder à sua harmonização para assegurar o cumprimento das quotas fixadas com vista à diferenciação dos desempenhos, podendo transmitir novas orientações às equipas de avaliação para cumprimento das percentagens	De 15 a 31 de janeiro	2015	CCA
13. Reunião de avaliação *a.* Dar conhecimento formal ao avaliado da respetiva avaliação do desempenho (as propostas de desempenho inadequado e relevante têm de ser fundamentadas); *b.* Analisar conjuntamente o perfil de evolução e identificar as expetativas de evolução do avaliado; *c.* Contratualização dos parâmetros de avaliação para o biénio 2015/2016 e registo na respetiva ficha de avaliação. (É marcada pela equipa de avaliação) (Os avaliados cujo desempenho seja apresentado como relevante podem candidatar-se a desempenho excelente ou ser proposto pela equipa de avaliação)	fevereiro	2015	Equipa de avaliação e avaliado
14. Validação e reconhecimento Após as reuniões de avaliação, CCA valida os desempenhos inadequados, relevantes e reconhece o desempenho excelente, todos devidamente fundamentados	Até final de fevereiro	2015	CCA
15. Audição da Comissão Paritária da Avaliação *a.* Solicitada pelo avaliado ao dirigente ou órgão máximo do estabelecimento ou serviço de saúde, devidamente fundamentado e acompanhado dos documentos necessários à apreciação *b.* Parecer não é vinculativo.	No prazo de 10 dias úteis contados do conhecimento da avaliação do desempenho que será sujeita a homologação. CPA deve proferir parecer no prazo de dez dias úteis contados da recção do pedido		Avaliado; Dirigente ou órgão máximo de gestão; CPA
16. Homologação Pelo dirigente ou órgão máximo de gestão do estabelecimento ou serviço de saúde	Até 30 abril	2015	Dirigente ou órgão máximo de gestão; Equipa de avaliação
17. Conhecimento da homologação Equipa de avaliação dá conhecimento da homologação	No prazo de 5 dias úteis contados do conhecimento da homologação		Equipa de avaliação; Avaliado
18. Reclamação Do ato de homologação, pelo avaliado, dirigido à entidade que homologou	No prazo de 5 dias úteis contados do conhecimento da homologação		Avaliado; Dirigente ou órgão máximo de gestão
19. Decisão da Reclamação	No prazo de 15 dias úteis contados da receção da reclamação		Dirigente ou órgão máximo de gestão
20. Recursos Administrativos	Prazos do Código do Procedimento Administrativo		
21. Impugnação jurisdicional	Prazos do Código do Processo nos Tribunais Administrativos (suspende-se com a interposição dos meios de impugnação administrativos)		

SISTEMA DE AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DAS CARREIRAS MÉDICAS

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde (Versão 1.0 - 23/12/2013)

FAQ

INDÍCE

I – ENQUADRAMENTO

II - METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO
Periodicidade; Requisitos de Avaliação; Parâmetros de Avaliação; Objetivos Individuais; Competências de Desempenho; Avaliação Final; Diferenciação de Desempenhos;

III - INTERVENIENTES NO PROCESSO DE AVALIAÇÃO
Avaliado; Equipa de Avaliação; Equipa que avalia os médicos da Equipa de Avaliação; Avaliadores-outras situações; Conselho Coordenador de Avaliação; Comissão Paritária de Avaliação; Dirigente ou órgão máximo de gestão.

IV - PROCESSO DE AVALIAÇÃO
Confidencialidade; Planeamento; Autoavaliação; Avaliação; Harmonização; Reunião de Avaliação; Validação de desempenho relevante e reconhecimento de excelente; Apreciação da Comissão Paritária da Avaliação; Homologação; Meios Impugnatórios; Monitorização.

V - SITUAÇÕES ESPECIAIS
Especificidades da Área de Saúde Pública; Médicos em Mobilidade; Ponderação Curricular.

VI - CRITÉRIOS DE DESEMPATE

I – ENQUADRAMENTO

Quais os instrumentos legais e convencionais aplicáveis ao SIADAP 3 dos médicos?

Ao SIADAP das carreiras médicas aplicam-se os seguintes instrumentos legais e convencionais:

- Portaria n.º 209/2011, de 25 de maio – médicos integrados na carreira não sindicalizados;
- ACT n.º 12/2011, DR, 2ª Série, de 12 de dezembro – médicos integrados na carreira especial médica, sindicalizados, em regime de contrato de trabalho em funções públicas;
- ACT publicado no BTE, n.º 48, de 29 de dezembro – médicos integrados na carreira médica, sindicalizados, em regime de contrato individual de trabalho;
- Aviso n.º 7161/2013, DR, 2ª Série, n.º 104, de 30 de maio – fichas de avaliação do desempenho dos médicos em regime de contrato de trabalho;
- Despacho n.º 8490/2013, DR, 2ª Série, nº 124, de 1 de julho -fichas de avaliação do desempenho dos médicos em regime de contrato de trabalho em funções públicas;
- Deliberações das Comissões Paritárias constituídas no âmbito dos ACT.

II – METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO

II.I. PERIODICIDADE

Qual a periodicidade da avaliação do desempenho dos trabalhadores médicos?

Na sequência de deliberação tomada pelas Comissões Paritárias dos ACT e face à alteração introduzida, nesta matéria, à Lei n.º 66-B/2007, de 28 de dezembro, pela Lei do Orçamento de Estado para 2013, a avaliação do desempenho tem caráter bienal e inicia-se no biénio 2013/2014.

No que respeita ao biénio 2013/2014, deve ser observado o cronograma de atividades recomendado pela ACSS e pelos sindicatos médicos.

II.II. REQUISITOS DE AVALIAÇÃO

1. Quais os requisitos de avaliação dos trabalhadores médicos para que os mesmos possam ser avaliados?

Os requisitos cumulativos para esse efeito são:

- Ter uma relação jurídica de emprego (Contrato de trabalho em funções públicas ou contrato individual de trabalho);
- Estar integrado nas carreiras médicas (na carreira especial médica ou na carreira médica);
- Ter, no biénio em avaliação, pelo menos, um ano de exercício efetivo de funções (requisito relativo ao exercício de funções) em contacto direto com o superior hierárquico (requisito relativo ao contacto funcional).

2. O que sucede quando não exista o contacto funcional de um ano de, pelo menos, um elemento da equipa de avaliação com o avaliado?

Uma, de duas situações, pode colocar-se:

- Ou o CCA admite, em função do caso, que, ainda assim, se avalia por objetivos e competências de desempenho;
- Ou, se o CCA não admitir essa possibilidade, o trabalhador médico poderá (i) fazer relevar a ultima avaliação atribuída nos termos do SIADAP 3 das carreiras médicas (ii) ou requer avaliação do biénio, feita pelo CCA, mediante proposta de avaliador especificamente nomeado pelo dirigente ou órgão máximo de gestão, a qual se traduz na ponderação do currículo do trabalhador médico, com os critérios definidos e publicitados pelo CCA, nos termos do Despacho Normativo n.º 4-A/2010, de 8 de fevereiro.

3. O que sucede quando não exista o requisito de tempo de exercício efetivo de serviço?

Não é realizada avaliação do desempenho por objetivos e competências de desempenho.

O trabalhador médico poderá (i) fazer relevar a ultima avaliação atribuída nos termos do SIADAP 3 das carreiras médicas (ii) ou requer avaliação do biénio, feita pelo CCA, mediante proposta de avaliador, especificamente nomeado

pelo dirigente ou órgão máximo de gestão, a qual se traduz na ponderação do currículo do trabalhador médico, com os critérios definidos e publicitados pelo CCA, nos termos do Despacho Normativo n.º 4-A/2010, de 8 de fevereiro.

4. Como proceder quando a relação jurídica de emprego tem início no ano civil anterior ao da avaliação e é inferior a 6 meses?

A avaliação do desempenho deste período, é avaliado conjuntamente com o do ciclo de avaliação posterior.

II.III. PARÂMETROS DA AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO

Quais os parâmetros da avaliação do desempenho dos trabalhadores médicos?

A avaliação do desempenho dos trabalhadores médicos faz-se com base nos seguintes parâmetros:

a. Objetivos individuais, os quais têm de estar articulados com os do departamento, serviço, unidade funcional e equipa médica, uma vez que os objetivos são definidos em cascata, a partir dos objetivos fixados àquelas unidades orgânicas. A articulação referida impõe que os objetivos das unidades orgânicas e das equipas médicas têm de ser previamente analisados em reunião com todos os avaliados que as integram;

b. Competências de desempenho, que avaliam a adequação da conduta às boas práticas médicas e comportamentais compatíveis com o exercício das funções. A lista de competências é aprovada pelo Conselho Coordenador de Avaliação.

II.IV. OBJETIVOS INDIVIDUAIS

1. Quais os âmbitos em que podem ser fixados objetivos individuais?

Podem ser fixados nos seguintes âmbitos:

a) Assistencial ou produtividade;
b) Formação;
c) Investigação;
d) Organização;
e) Atitude profissional e comunicação.

2. Há âmbitos que sejam de contratualização obrigatória?

Sim. Dos cinco âmbitos possíveis, dois são obrigatoriamente considerados:

- Âmbito assistencial ou produtividade;
- Âmbito de atitude profissional e de comunicação.

Nos âmbitos de contratualização obrigatórios devem ser fixados objetivos de qualidade da atividade desenvolvida e de quantificação de atos médicos.

3. Qual o número de objetivos individuais a contratualizar?

Mínimo de 3 e máximo de 7.

4. Quem define os objetivos individuais?

É uma competência conjunta da equipa de avaliação e do trabalhador médico, na sequência de proposta do superior hierárquico do mesmo, tendo em conta as orientações do Conselho Coordenador de Avaliação.

5. Em caso de discordância o que prevalece?

Prevalece a posição da equipa de avaliação, decisão devidamente fundamentada por escrito.

6. Quando são contratualizados os objetivos individuais?

6.1. Os objetivos individuais são contratualizados no início do ciclo de avaliação, podendo ser reformulados, aplicando-se, neste caso, a respetiva ficha de reformulação de objetivos.

6.2. A contratualização deve ser feita até ao final do mês de fevereiro do início do ciclo de avaliação.

7. Os objetivos têm de ser sempre contratualizados /acordados?

Não. Podem ser fixados objetivos sem o acordo do avaliado. Neste caso a fixação tem de ser fundamentada, reduzida a escrito e comunicada ao avaliado.

8. Como definir os objetivos individuais?

a. Em articulação com os da unidade orgânica e os da equipa médica, na sequência da reunião médica do serviço/departamento (hospital) ou unidade funcional (ACES), referida na alínea d) do n.º 3 da Clausula 10ª dos ACT e alínea d) do n.º 3 do art.º 9º da Portaria n.º 209/2011, de 25 de maio;

b. Redigidos de forma clara, tendo por base as atividades desenvolvidas em função dos resultados que se esperam alcançar, e amplamente divulgados aos trabalhadores médicos a avaliar. O mesmo se aplica aos critérios de superação;

c. Com indicadores de medida - no mínimo 2 e no máximo 5 - e critérios de superação fixados, uns e outros, por objetivo;

d. Os indicadores de medida devem permitir a superação do objetivo mas de forma a salvaguardar a diferenciação de desempenhos;

e. Cada objetivo deve estar quantificado com meta, superação e ponderação;

f. A definição da meta visa:
   i. Clarificar os níveis de exigência requeridos para o cumprimento do objetivo;
   ii. Tornar mais transparente o processo de avaliação;
   iii. Possibilitar o acompanhamento do avaliado ao longo do período em avaliação e, dessa forma, tomar as medidas corretivas necessárias.

9. Quem fixa a ponderação de objetivos? Existem percentagens de ponderação obrigatórias?

a. A ponderação é fixada pelo Conselho Coordenador de Avaliação;

b. A ponderação dos objetivos de âmbito assistencial ou produtividade não pode ser inferior a 60% nem superior a 85%;

c. A ponderação dos objetivos de quantificação de atos médicos não pode ser inferior a 50% da avaliação final deste parâmetro de avaliação.

10. Como é expressa a avaliação dos objetivos individuais?

a. A avaliação do grau de cumprimento de cada objetivo toma por base os correspondentes indicadores fixados e é pontuado em três níveis:

- Objetivo superado, a que corresponde a pontuação de 5;
- Objetivo atingido, a que corresponde a pontuação de 3;
- Objetivo não atingido, a que corresponde a pontuação de 1.

b. A pontuação final é a mediados objetivos individuais resulta da média ponderada da pontuação de todos os objetivos.

10. Os indicadores dos objetivos podem ser classificados?

Não. O que é classificado são só os objetivos e não os indi-

cadores de medida. Neste sentido, é necessário estabelecer, para cada objetivo, a correspondência entre essa classificação e a avaliação dos indicadores, ou seja. É necessário estabelecer uma fórmula para determinação da avaliação do objetivo.

Exemplo de fórmula de concretização de indicadores

Um objetivo deve ter, pelo menos, dois indicadores de medida.

- Exemplo com um peso de 40% e 60%;
- Os indicadores são avaliados em percentagens de concretização A e B (0 a 100%);
- Calcula-se a média ponderada de concretização em percentagem (0,4xA+0,6xB);
- Estabelece-se, por exemplo, a meta de 60% e a superação de 75%, o que traduz em resultado final:
  - o Objetivo superado, superior ou igual a 75%, a que corresponde a pontuação de 5;
  - o Objetivo atingido, entre 60% e menos que 75%, a que corresponde a pontuação de 3;
  - o Objetivo não atingido, menor que 60%, a que corresponde a pontuação de 1.

11. Podem ser fixados objetivos de responsabilidade partilhada?

Sim, podem, desde que implique trabalho de equipa ou esforço convergente para uma finalidade de determinado serviço ou unidade funcional.

12. Como são avaliados os objetivos de responsabilidade partilhada?

Em regra, a avaliação é a mesma para todos os trabalhadores neles envolvidos.

II.V. COMPETÊNCIAS DE DESEMPENHO

1. Quem aprova as competências de desempenho?

É o Conselho Coordenador de Avaliação (CCA) que deverá elaborar uma lista de "competências de desempenho", com os comportamentos exigidos para cada nível de avaliação, os quais deverão permitir a utilização de indicadores mensuráveis.

2. Como são escolhidas as competências de desempenho e em que número?

2.1. São escolhidas por acordo entre a equipa de avaliação e o trabalhador médico de entre as aprovadas pelo CCA.

2.2. São fixadas em número não inferior a 5.

3. Quando são escolhidas as competências de desempenho?

No início do período de avaliação, aquando da contratualização dos objetivos individuais.

4. Como são avaliadas as competências de desempenho?

As competências de desempenho são avaliadas em três níveis:

- Competência demonstrada a um nível elevado, a que corresponde a pontuação de 5;
- Competência demonstrada, a que corresponde a pontuação de 3;
- Competência não demonstrada ou inexistente, a que corresponde a pontuação de 1.

II.VI. AVALIAÇÃO FINAL

1. Como se efetua a avaliação final?

a. A avaliação final é o resultado da média ponderada das pontuações atribuídas nos dois parâmetros de avaliação (Objetivos individuais e Competências de desempenho).

b. Os objetivos individuais têm uma ponderação mínima de 60%;

c. As competências de desempenho têm uma ponderação máxima de 40%;

d. As pontuações, quer dos parâmetros de avaliação, quer da avaliação final são expressos até às milésimas.

2. Como se obtém a avaliação de cada parâmetro de avaliação?

Por votação da maioria dos elementos da equipa de avaliação, prevalecendo, em caso de empate, a avaliação do superior hierárquico direto que deve fundamentar, por escrito, a sua discordância quanto ao proposto pelos outros elementos da equipa com posição diferente da sua.

3. Como se expressa a avaliação final?

Em três menções qualitativas, em função das pontuações finais de cada parâmetro de avaliação, nos seguintes termos:

- Desempenho relevante, correspondente a uma avaliação entre 4 e 5;

  Neste caso, pode ser reconhecida, pelo CCA, a menção qualitativa de Desempenho excelente, desde que exista proposta fundamentada por parte, quer ou da equipa de avaliação, quer ou do avaliado a quem tenha sido atribuído o relevante e se evidencie os contributos relevantes para o serviço ou unidade funcional;
- Desempenho adequado, correspondente a uma avaliação entre 2 e 3,999;
- Desempenho inadequado, correspondente a uma avaliação entre 1 e 1,999.

4. Quais podem ser os efeitos da avaliação final?

- Poderá ocorrer alteração da posição remuneratória e atribuição de prémios de desempenho.
- Além disso, deve servir para identificar potencialidades, necessidades de formação e melhoria de competências.

II.VII. DIFERENCIAÇÃO DE DESEMPENHOS

1. Quem faz a harmonização das avaliações e o reconhecimento dos Desempenhos excelentes?

É o CCA que harmoniza e valida os Desempenhos relevantes, inadequados e reconhece os Desempenhos excelentes.

2. Como é feita a diferenciação de desempenhos para a atribuição de "Desempenho relevante" e "Desempenho excelente"?

2.1. O número de desempenhos relevantes resulta da aplicação da percentagem máxima de 25% aplicável sobre a totalidade dos trabalhadores médicos do estabelecimento ou serviço de saúde, com a aproximação, por excesso, à unidade.

2.2. O número de desempenhos excelentes corresponderá à percentagem de 5% do total dos trabalhadores médicos do estabelecimento ou serviço de saúde, mas a menção de Desempenho excelente só pode ser reconhecida a trabalhadores avaliados com Desempenho relevante.

3. A aplicação das percentagens é feita sobre todos os trabalhadores médicos do serviço ou estabelecimento de saúde?

Não. Não incidem sobre os trabalhadores médicos que não tendo reunido as condições para ser avaliados, optaram pelam última avaliação atribuída.

4. Como é feita a distribuição dos valores resultantes da aplicação das percentagens de 25% e 5%?

Por todos os trabalhadores médicos avaliados, pertencentes ao mapa de pessoal da instituição, sendo os respetivos valores fixados por despacho do dirigente ou órgão máximo de gestão, a publicitar no início do período de avaliação.

As quotas fixadas poderão ser distribuídas, de forma proporcional, nas situações em que tenham sido constituídas secções autónomas do CCA.

III - INTERVENIENTES NO PROCESSO DE AVALIAÇÃO

III.I. AVALIADO

1. Quais são (entre outros) os deveres do avaliado?

a. Participar na reunião geral de médicos para analisar os objetivos do serviço ou unidade funcional;

b. Negociar e contratualizar, com a equipa de avaliação, os objetivos individuais e as competências de desempenho bem como os resultados a atingir;

c. Efetuar a autoavaliação.

2. Quais são os direitos de avaliado?

a. Conhecer os critérios de avaliação dos respetivos parâmetros e as suas ponderações;

b. Solicitar a intervenção de médicos de outros serviços dotados de especiais conhecimentos técnicos e experiência no exercício de funções análogas às do avaliado, por período não inferior a um ano, para emitir parecer sobre a sua atividade;

c. Solicitar a intervenção da Comissão paritária de avaliação;

d. Fazer uso dos meios impugnatórios ao seu dispor: reclamação, recurso e impugnação jurisdicional;

e. Confidencialidade dos resultados da avaliação do desempenho.

f. Aos meios e condições para cumprimento dos objetivos e à avaliação de desempenho.

III.II. EQUIPA DE AVALIAÇÃO

1. No SIADAP 3 dos trabalhadores médicos integrados nas carreiras médicas existe algum princípio básico a observar em termos de "avaliador"?

No tocante ao interveniente "avaliador", o SIADAP 3 das carreiras médicas está subordinado ao princípio de que a avaliação deve ser feita por uma equipa. No que respeita à sua constituição, quer do artigo 15º da Portaria n.º 209/2011, de 25 de maio, quer a Cláusula 16ª dos ACT, face à sistematização do articulado do artigo e das Cláusulas citados, decorre que obedece às seguintes regras, aplicáveis por ordem decrescente:

1º. A avaliação do desempenho deverá ser feita pela equipa de avaliação constituída por 4 médicos:

- O superior hierárquico direto do avaliado, que preside;
- Dois trabalhadores médicos com o grau de consultor da carreira especial médica, designados pelo dirigente ou órgão máximo de gestão do estabelecimento ou serviço de saúde;
- Um trabalhador médico eleito, por votação secreta, de entre e pelos trabalhadores médicos da mesma equipa ou, sendo esta reduzida, sucessivamente, da unidade orgânica, serviço ou estabelecimento.

2.º No caso de ser inviável a eleição, por votação secreta, de entre e pelos trabalhadores médicos da mesma equipa ou, sendo esta reduzida, sucessivamente, da unidade orgânica, serviço ou estabelecimento, a equipa deve ser constituída:

- Superior hierárquico direto do avaliado, que preside;
- Um trabalhador médico com o grau de consultor da carreira especial médica, designados pelo dirigente ou órgão máximo de gestão do estabelecimento ou serviço de saúde.

3.º Caso não seja possível constituir a equipa nos termos referidos no ponto anterior, a avaliação do desempenho deverá ser feita por uma equipa de 2 médicos, o superior hierárquico direto do avaliado, que continua a presidir e por mais outro trabalhador médico designado pelo dirigente ou órgão máximo de gestão do estabelecimento ou serviço de saúde;

4.º Não sendo de todo possível avaliar com pelo menos dois médicos é que se poderá recorrer à última estatuição prevista: a avaliação ser feita pelo superior hierárquico, podendo o médico avaliado chamar a intervir no processo de avaliação, outro médicos dotado de especiais conhecimentos técnicos e experiência no exercício de funções análogas às suas por período não inferior a um ano.

2. Como devem ser constituídas, na generalidade, as Equipa de avaliação?

Como decorre da resposta á pergunta anterior, as Equipas de avaliação são, na generalidade, constituídas por quatro (4) médicos:

a. Superior hierárquico direto do avaliado, que preside;

b. Dois (2) médicos, com o grau de consultor, designados pelo dirigente máximo ou órgão máximo de gestão do Hospital ou do ACES;

c. Um médico (1) eleito pelos médicos da equipa onde o avaliado está integrado:

i. Quando esta equipa seja reduzida, o médico será eleito, sucessivamente, pela unidade orgânica, serviço ou estabelecimento de saúde, com eventuais agrupamentos por aproximação geográfica.

ii. Considera-se equipa reduzida a que integre um número de trabalhadores inferiores a 20. Por consequência, nestas situações, fazendo aplicar o ponto i. anterior, terá de se ir subindo sucessivamente na estrutura da organização, até se atingir esse número, número que, salvo raríssimas exceções (estabelecimento de saúde com menos de vinte médicos), será com certeza atingido quando se alcança o nível máximo, ou seja, o correspondente ao estabelecimento.

3. Quando é que não é possível a escolha ou a votação do trabalhador médico que integra a equipa de avaliação?

Esta situação só ocorrerá quando, seguindo a ordem sucessiva da alínea c) do n.º 2 do art.º 15º da Portaria n.º 209/2011 e da alínea c) do n.º 2 da Clausula 16ª dos ACT - da mesma equipa, da unidade orgânica, serviço ou estabelecimento – não existir ao nível do estabelecimento (Hospital, ULS ou ACES) um número igual ou superior a 20 trabalhadores médicos a avaliar.

4. O médico eleito tem de ter a mesma especialidade do trabalhador médico a avaliar?

4.1. Se na equipa onde o trabalhador médico a avaliar se integra existirem, pelo menos, 20 trabalhadores médicos, todos da mesma especialidade, o médico será eleito de entre profissionais da mesma especialidade.

4.2. Se, a equipa integrar várias especialidades, ou o universo de médicos a eleger resultar da agregação com outra(s) equipa(s) – no sentido de garantir o número mínimo de 20 trabalhadores médicos – a qual(ais) integre(m) especialidades diversas, o médico eleito poderá ser de qualquer das especialidades existentes.

5. Quem é o superior hierárquico direto? (regra)

a. Nos ACES, o coordenador da USF, UCSP ou USP;
   i. Em relação a médicos colocados nas URAP, o superior hierárquico é o Presidente do Conselho Clínico e de Saúde do ACES.
b. Nos Hospitais, diretor de serviços ou o diretor de departamento ou cargos equivalentes;
c. Nas ULS, o médico que corresponder ao disposto nas alíneas anteriores nas áreas de, respetivamente, MGF e Saúde Pública e hospitalar.

6. Quando o diretor de serviços ou Coordenador de unidade funcional detém categoria inferior à do trabalhador médico avaliado pode, ainda assim, avaliar esses trabalhadores?

Quando a função de superior hierárquico decorre do cargo dirigente exercido, o seu titular avalia os médicos que integram a respetiva unidade orgânica.

7. Quais as funções do superior hierárquico direto?

a. Propor aos demais elementos da equipa de avaliação a os objetivos, os seus indicadores de medida e os respetivos critérios de superação a contratualizar com cada avaliado, tendo em consideração (i) as orientações do conselho coordenador da avaliação; (ii) os objetivos da respetiva unidade orgânica e da equipa médica em que o avaliado se integre, previamente analisados em reunião com todos os avaliados que integram essa unidade orgânica ou equipa;
b. Elaborar a proposta de avaliação final, devendo, para tanto:
   i. Recolher e registar por escrito os contributos dos demais membros da equipa de avaliação;
   ii. Reunir os demais elementos que permitam formular uma apreciação objetiva e justa. As informações que venha a dar são da sua exclusiva responsabilidade.
c. Em caso de empate, e em função do voto de qualidade, desempatar, fundamentando.

8. Existe algum limite recomendado quanto ao número máximo de trabalhadores médicos a avaliar pela equipa de avaliação?

Sim, mas apenas quanto aos médicos designados pelo dirigente ou órgão máximo de gestão. Neste caso, entende-se que, em regra, estes médicos não devem avaliar mais de 40 avaliados.

9. Quantas equipas de avaliação poderão existir?

Tantas quantas o número de superiores hierárquicos existentes, podendo manter-se os dois médicos, com o grau de consultor, designados pelo dirigente ou órgão máximo de gestão do Hospital, da ULS ou do ACES que, como decorre da pergunta anterior, poderão avaliar, em regra, até 40 trabalhadores médicos.

10. Como é feita a avaliação do desempenho quando não seja de todo possível constituir equipa de avaliação?

A avaliação do trabalhador médico é feita pelo superior hierárquico, podendo o avaliado solicitar a emissão de parecer a médicos, de outros serviços, dotados de especiais conhecimentos técnicos e experiência no exercício de funções análogas às suas, por período não inferior a um ano.

III.III. EQUIPA QUE AVALIA OS MÉDICOS DA EQUIPA DE AVALIAÇÃO

1. Como é constituída a equipa que avalia os médicos que integram a equipa de avaliação?

Por três médicos do serviço, equipa ou unidade, sendo:

a. Dois (2), escolhidos pelo respetivo corpo clínico ou eleitos;
b. Um (1), designado pelo dirigente ou órgão máximo de gestão.

2. Qual o universo em que se realiza a eleição dos dois médicos referidos na alínea a) da pergunta anterior?

Devem ser eleitos de entre os médicos que integram o serviço, a equipa ou unidade.

3. Podem existir casos em que a equipa que avalia os médicos que integram a equipa de avaliação não observe a regra mencionada na resposta à pergunta 1 do presente subcapítulo (III.III. EQUIPA QUE AVALIA OS MÉDICOS DA EQUIPA DE AVALIAÇÃO)?

Sim, mas apenas no caso de ser inviável a escolha ou a votação dos dois médicos referidos na alínea a) da resposta à pergunta 1 do presente subcapítulo.

4. Quando é que se considera inviável a escolha ou a votação dos dois médicos referidos na resposta à pergunta anterior?

Apenas no caso de, ao nível do estabelecimento, não existir um número igual ou superior a 20 trabalhadores médicos a avaliar (excluídos os que integram a equipa de avaliação).

5. Como é constituída a equipa que avalia os médicos que integram a equipa de avaliação na situação referida na pergunta anterior?

Todos os avaliadores são designados pelo dirigente ou órgão máximo de gestão que designa o responsável pela proposta de avaliação final, o qual assume as funções de superior hierárquico direto.

6. Como decorre o processo de avaliação do desempenho dos médicos da equipa de avaliação?

Nos mesmos termos em que são avaliados os demais trabalhadores médicos, ou seja, e, nomeadamente:

a. Os avaliadores fixam e contratualizam os objetivos individuais e as competências de desempenho;
b. Os avaliadores devem recolher informação qualitativa complementar relativamente à avaliação da equipa de avaliação efetuada pelos demais médicos do corpo clínico, através de questionário padronizado, aprovado pelo conselho coordenador de avaliação;
c. A avaliação de cada parâmetro resultará da votação da maioria dos elementos da equipa.

7. Que dados deverão ser solicitados no questionário padronizado?

Aqueles que resultarem do modelo de questionário padronizado, aprovado pelo conselho coordenador da avaliação, admitindo-se, a título meramente exemplificativo, que possam corresponder à aplicação do processo de avaliação, designadamente monitorização e acompanhamento do processo e relacionamento interpessoal.

8. Como deve ser avaliada a informação recolhida através do questionário padronizado?

A informação a obter deve ser qualitativa e complementar.

9. Como é avaliada, na avaliação final, a informação qualitativa obtida?

Uma vez que a avaliação final tem de ter uma expressão quantitativa, a informação complementar recolhida deve enquadrar no âmbito de uma competência de desempenho, nos termos que venham a ser definidos pelo CCA.

III.IV. AVALIADORES – OUTRAS SITUAÇÕES

1. Como são avaliados os trabalhadores médicos que exercem funções de coordenação de unidades funcionais ou chefes de equipa?

Nos mesmos termos em que são avaliados os membros da equipa de avaliação.

2. Como são avaliados os trabalhadores médicos que exercem funções de diretor de serviços ou diretor de departamento?

Nos termos do SIADAP dos dirigentes intermédios da Administração Pública – SIADAP 2.

3. Como são avaliados os Diretores Clínicos Hospitalares e os Presidentes do Conselho Clínico e de Saúde dos ACES?

São avaliados em sede de SIADAP 2.

III.V. CONSELHO COORDENADOR DE AVALIAÇÃO (CCA)

1. Qual a constituição do CCA?

i. Presidente, o diretor clínico ou o presidente do conselho clínico e de saúde (PCCS) nos ACES;

ii. 3 a 5 dirigentes - diretores de serviço ou de departamento - ou coordenadores de unidades funcionais dos ACES, integrados na carreira, com categoria igual ou superior a assistente graduado, designados, respectivamente, pelo diretor clínico ou pelo PCCS.

Nos ACES e na medida em que os médicos das área de especialização de Saúde Pública podem ser avaliados a este nível e consoante o número de médicos seja três ou cinco, devem integrar o CCA, 2 ou 3 coordenadores da área de exercício profissional da Medicina Geral e Familiar e 1 ou 2 da área de exercício profissional de Saúde Pública;

i. O responsável pela gestão dos recursos humanos.

2. Como se operacionaliza a constituição dos CCA?

2.1. Na área hospitalar, existirá um CCA;

2.2. Nas ULS, o CCA será constituído ao nível da ULS (ver Deliberações das Comissões Paritárias dos ACT, de Julho de 2013);

2.3. Nos ACES, o CCA será constituído por ACES (ver Deliberações das Comissões Paritárias dos ACT, de Julho de 2013).

Sem prejuízo do que antecede, em função da dimensão e/ou dispersão geográfica dos serviços ou estabelecimentos de saúde, seja nos ACES ou nos Centros Hospitalares, podem ser constituídas secções autónomas.

3. Quem exerce as funções do CCA quando não for possível constituí-lo?

A Comissão de avaliação, que é constituída por despacho do dirigente ou órgão máximo de gestão do estabelecimento ou serviço de saúde.

4. Quem pode colaborar com o CCA?

4.1. O CCA pode ser assessorado por médicos, com o grau de consultor, e experiência na área de avaliação do pessoal e dos cuidados médicos, sem direito a voto;

4.2. O CCA pode solicitar a participação, sem direito a voto, de dirigentes ou chefias ou pessoal equiparado;

4.3. O CCA pode requerer aos serviços competentes os pareceres e elementos que entender necessários.

4.4. A participação dos elementos do CCA deve assegurar a não existência de conflitos de interesse, registada por escrito.

5. Quais as competências do CCA?

Nomeadamente:

a. Estabelecer diretrizes para uma aplicação objetiva e harmónica do sistema de avaliação de desempenho, em linha com os objetivos e metas traçados para o estabelecimento ou serviço de saúde;

b. Estabelecer orientações gerais quanto à fixação dos parâmetros de avaliação e escolha de indicadores de medida, em especial os relativos à superação dos objetivos individuais, bem como a forma de correspondência entre a avaliação dos indicadores e a classificação dos objetivos;

c. Aprovar a lista de "competências de desempenho";

d. Fixar a ponderação a atribuir aos objetivos individuais, cf. alíneas h) e i) do n.º 3 do art.º 9º da Portaria n.º 209/2011 e alíneas h) e i) do n.º 3 da Clausula 9ª dos ACT;

e. Promover a elaboração dos formulários necessários ao desenvolvimento do processo avaliativo;

f. Aprovar o questionário padronizado a aplicar, pela equipa que avalia a equipa de avaliação, aos médicos do corpo clínico que integra a unidade orgânica/unidade funcional/equipa de avaliação conforme o caso;

g. Garantir a diferenciação de desempenhos, cabendo-lhe validar as avaliações de desempenho relevante e inadequado e reconhecer o desempenho excelente;

h. Emitir pareceres, quando solicitados;

i. Elabora e publicita o seu regulamento interno;

j. Elabora e publicita o relatório do processo de avaliação.

III.VI. COMISSÃO PARITÁRIA DA AVALIAÇÃO (CPA)

1. Qual a natureza da CPA?

Este órgão tem natureza consultiva para apreciar as propostas de avaliação do desempenho, antes da homologação, podendo solicitar a colaboração e elementos à equipa de avaliação, ao avaliado e ao CCA e funciona junto do dirigente máximo.

2. O que deve fazer o dirigente ou órgão máximo de gestão do estabelecimento ou serviço de saúde a quem cabe a homologação quando não concordar com o parecer da CPA?

Deve fundamentar o despacho de homologação, indicando, expressamente, as razões da divergência.

3. Qual a composição da CPA?

É composta por quatro vogais, dois designados pelo dirigente ou órgão máximo de gestão do estabelecimento ou serviço de saúde, sendo um do CCA, e dois eleitos pelos trabalhadores médicos.

4. Quando se procede à constituição da CPA?

A CPA deve ser constituída durante o mês de dezembro do ano anterior àquele em que se inicia o ciclo de avaliação.

O mandato dos seus membros é de quatro anos.

III.VII. DIRIGENTE OU ÓRGÃO MÁXIMO DE GESTÃO

1. Quem é?

1.1. Nos hospitais e Unidades Locais de Saúde (ULS), é o presidente do conselho de administração;

1.2. Nos ACES, é o diretor executivo (ver Deliberação das Comissões Paritárias dos ACT de julho de 2013).

2. Quais as competências do dirigente ou órgão máximo de gestão?

Nomeadamente:

a. Garantir a adequação do sistema de avaliação do desempenho à realidade do estabelecimento ou serviço de saúde;

b. Coordenar e controlar o processo de avaliação do desempenho;

c. Homologar as avaliações do desempenho, assegurando o cumprimento das percentagens relativas à diferenciação do desempenho;

d. Atribuir nova menção qualitativa e respetiva quantificação, caso não concorde com a proposta de avaliação do desempenho que lhe é apresentada para homologação, devendo fundamentar a decisão tomada;

e. Decidir as reclamações.

IV – PROCESSO DE AVALIAÇÃO

IV.I. CONFIDENCIALIDADE

Em que se traduz?

Significa que, à exceção dos casos de publicitação da avaliação do desempenho, como é o caso das menções qualitativas e respetiva quantificação quando fundamentam, no ano em que são atribuídas, a mudança de posição remuneratória na carreira ou a atribuição de prémio de desempenho, bem como as menções qualitativas anteriores que tenham sido atribuídas e que contribuam para tal fundamentação, os procedimentos relativos ao SIADAP 3 da carreira especial médica e da carreira médica, têm carácter confidencial, devendo os instrumentos de avaliação de cada trabalhador médico ser arquivados no respetivo processo individual.

O avaliado não está sujeito ao dever de confidencialidade.

IV.II. PLANEAMENTO

Em que se traduz?

O sistema de avaliação do desempenho dos trabalhadores médicos integra-se no ciclo de gestão dos estabelecimentos e serviços de saúde e, nessa medida, a definição de objetivos individuais é um processo articulado com os objetivos e plano de atividades das instituições (hospitais, ULS ou ACES) das suas unidades funcionais (departamentos, direções de serviço, UCSP, USF, USP ou URAP).

É aquilo que se chama a definição de objetivos em cascata: os objetivos plurianuais, fixados nos respetivos instrumento de gestão de cada estabelecimento ou serviço de saúde - QUAR, contrato programa, etc - determinam os objetivos e o plano de atividades de cada unidade orgânica ou funcional e, de entre estes, os objetivos individuais fixados aos trabalhadores médicos avaliados.

IV.III. AUTOAVALIAÇÃO

1. O que é a autoavaliação?

É a apreciação que o trabalhador médico avaliado faz do seu desempenho tendo por base os mesmos critérios que serão objeto de avaliação: objetivos individuais, competências de desempenho, indicadores de medida, metas, etc. A autoavaliação constitui um elemento essencial a considerar na avaliação, devendo ser elaborada de forma clara e sucinta.

2. Quais os princípios a que está sujeita a autoavaliação?

a. É obrigatória e concretiza-se com o preenchimento da respetiva ficha de avaliação, a qual deverá ser entregue à equipa de avaliação;

b. Tem caráter preparatório da avaliação, sendo (um) elemento essencial mas não vincula a equipa de avaliação;

c. Tem como objetivo envolver o avaliado no processo de avaliação, promovendo a reflexão sobre a prática médica, desenvolvimento profissional e melhoria do desempenho e facilitar a comunicação/relacionamento entre o avaliado e a equipa de avaliação;

d. A equipa de avaliação aprecia a ficha de autoavaliação, ponderando o respetivo conteúdo no sentido de uma avaliação objetiva do desempenho do avaliado no ciclo de avaliação e considerando os parâmetros de avaliação contratualizados, com vista à determinação do respetivo grau de cumprimento.

IV.IV. AVALIAÇÃO

O que é a avaliação?

a. É a avaliação realizada pela equipa de avaliação, sob proposta do superior hierárquico imediato do avaliado.

b. Consiste na avaliação de cada parâmetro de avaliação e consequente avaliação final.

IV.V. HARMONIZAÇÃO

O que é?

É a fase em que o CCA reúne para analisar as propostas de avaliação do desempenho com vista a verificar do cumprimento das quotas previamente fixadas (harmonização) e das quais foi dada a devida publicidade. Desta análise podem resultar novas orientações às equipas de avaliação no sentido de reequacionarem as avaliações de desempenho relevantes de molde a puderem ser cumpridas aquelas quotas. Inicia-se assim o processo que vai conduzir à validação das avaliações do desempenho.

IV.VI. REUNIÃO DE AVALIAÇÃO

Em que se traduz esta fase?

Na reunião realizada pela equipa de avaliação com cada um dos trabalhadores médicos avaliados pela mesma, a ter lugar após a harmonização, e que visa:

a. Dar conhecimento da avaliação final que foi fixada após a harmonização levada a efeito pelo CCA;

b. Analisar, em conjunto, o perfil de evolução do avaliado, identificar as expetativas de desenvolvimento;

c. Contratualizar os parâmetros de avaliação para o novo ciclo de avaliação.

A contratualização é refletida na ficha de avaliação a qual deve ser, no campo assinalado para o efeito, datada e assinada.

IV.VII. VALIDAÇÃO DA AVALIAÇÃO DO DESEM-PENHO E RECONHECIMENTO DE EXCELÊNCIA

O que acontece nesta fase do processo avaliativo?

O CCA, depois da harmonização, procede à validação dos desempenhos de inadequado, relevante e reconhecimento dos desempenhos excelentes os quais podem ser atribuídos

por proposta da equipa de avaliação ou do próprio avaliado a quem foi atribuída a menção de desempenho relevante.

IV.VIII. APRECIAÇÃO DA COMISSÃO PARITÁRIA DA AVALIAÇÃO

1. Em que consiste?

No pedido, devidamente fundamentado e acompanhado dos documentos que suportam o mesmo, formulado pelo trabalhador médico avaliado, ao dirigente ou órgão máximo de gestão, no sentido de o seu processo de avaliação ser submetido a parecer da comissão paritária, antes de ser homologado. O pedido não pode ser recusado.

2. Qual a natureza do parecer?

O parecer não é vinculativo. A entidade a quem compete homologar pode seguir ou não o parecer dado. Se não concordar deve, no entanto, fundamentar a sua decisão.

IV.IX. HOMOLOGAÇÃO

Quem homologa as avaliações do desempenho?

O dirigente ou órgão máximo de gestão do estabelecimento ou serviço de saúde, sendo dado conhecimento ao avaliado no prazo máximo de cinco dias úteis.

IV.X. MEIOS IMPUGNATÓRIOS

1. O avaliado pode apresentar reclamação do ato de homologação da avaliação do desempenho?

Sim. Do ato de homologação da avaliação do desempenho, quando o avaliado não concorde, quer com algum aspeto do procedimento de avaliação, quer com a menção qualitativa e/ou quantitativa atribuídas pode ser apresentada reclamação.

2. Qual o prazo para reclamar?

Cinco dias úteis, a contar da data do conhecimento do ato de homologação.

3. O avaliado pode impugnar ato de homologação e a decisão sobre reclamação que tenha apresentado?

Sim. Do ato de homologação e da decisão sobre reclamação cabe impugnação administrativa, por recurso hierárquico ou tutelar, ou impugnação jurisdicional, nos termos gerais.

IV.XI. MONITORIZAÇÃO

1. O que é?

A utilização de meios adequados a acompanhar, monitorizando, o desempenho dos trabalhadores médicos avaliados.

2. Para que serve?

Deve ser objeto de análise conjunta entre avaliadores e avaliados ou na unidade orgânica/unidade funcional/equipa de avaliação de forma a permitir, designadamente, a reformulação dos objetivos individuais e dos resultados a alcançar, no caso de ocorrerem alterações supervenientes das circunstâncias que afetem o normal desenvolvimento da atividade.

V – SITUAÇÕES ESPECIAIS

V.I. ESPECIFICIDADES DA ÁREA DE SAÚDE PÚBLICA

Quais as especificidades da área profissional de especialização de Saúde Pública?

a. O processo de avaliação deve ocorrer, preferencialmente, a nível de cada ACES.
b. Sem prejuízo do que antecede, a avaliação pode ser feita a nível regional, caso em que, por solicitação da avaliado, pode ser chamado a intervir no processo, outro médico, de outros serviços, dotado de especiais conhecimentos técnicos e experiência no exercício de funções análogas às do avaliado, por período não inferior a um ano, para emitir parecer sobre a sua atividade.

Neste caso, a equipa de avaliação deverá ser constituída pelo superior hierárquico direto e por um outro trabalhador médico designado pelo dirigente ou órgão máximo de gestão e, sendo o caso, aquele que o médico avaliado solicite que, nos termos anteriormente referidos, intervenha também no processo.

V.II. MÉDICOS EM MOBILIDADE

Como são avaliados?

Os trabalhadores médicos que se encontrem a exercer, em órgãos e serviços da Administração Pública, funções não incluídas no âmbito da prestação de cuidados de saúde e não estejam a exercer funções dirigentes, são avaliados nos termos do SIADAP3 da carreira técnica superior com as adaptações que forem necessárias.

V.III. PONDERAÇÃO CURRICULAR

1. O que é a avaliação por ponderação curricular?

É uma avaliação feita com base nos elementos a seguir enunciados, e que tem lugar quando não pode fazer-se uma avaliação do desempenho por objetivos individuais e competências:

a. Habilitações académicas e profissionais;
b. Experiência profissional e a Valorização curricular;
c. Exercício de cargos dirigentes ou de interesse público ou relevante interesse social, designadamente de dirigente sindical.

2. Quando há lugar à avaliação por ponderação curricular?

Quando o trabalhador médico avaliado permaneça em situação que inviabilize a sua avaliação, designadamente, por:

a. Não ter, no biénio a avaliar, um ano de serviço efetivo;
b. Ter, no biénio, um ano de serviço efetivo mas sem contato funcional com o superior hierárquico;
c. Não tiver uma última avaliação efetuada por objetivos e competências ou não quiser fazer relevar a mesma.

3. Quem fixa os critérios para a avaliação por ponderação curricular?

O CCA, que deve publicitá-los.

4. Quem faz a proposta de avaliação por ponderação curricular?

Uma equipa constituída, no mínimo, por dois (2) trabalhadores médicos, com o grau de consultor designados pelo dirigente ou órgão máximo de gestão do estabelecimento ou serviço de saúde

VI – CRITÉRIOS DE DESEMPATE

Nos casos em que for necessário proceder ao desempate entre trabalhadores médicos que possuam a mesma avaliação do desempenho (qualitativa e quantitativa), releva, consecutivamente:

a. A avaliação obtida no parâmetro Objetivos Individuais;
b. A última avaliação de desempenho anterior;
c. O tempo de serviço relevante na carreira;
d. O tempo de exercício de funções públicas.

in Jornal Virtual
18/04/2014

Na sequência da tomada de posse do novo Secretariado Regional do SIM/Açores, e da sua Secretária Regional, Maria Luiza Ferraz, acto que contou com a presença do Secretário-Geral do SIM, Jorge Roque da Cunha e feita a avaliação dos problemas actuais dos médicos Açoreanos, foi emitido o Comunicado que se transcreve.

COMUNICADO SIM/AÇORES

Na sequência da tomada de posse do secretariado regional dos Açores do Sindicato Independente dos Médicos e da secretária regional Luísa Ferraz, acto que contou com a presença do Secretário-Geral Jorge Roque da Cunha, o SIM declara:

1. Reafirmar o empenho no diálogo e negociação com o Governo Regional para o encontro de soluções para os sérios problemas na saúde na RAA, e que tudo irá continuar a fazer para que o ambiente de crispação e de autoritarismo possam diminuir e de forma serena se discutam as questões.

2. Lembrar que o significado da palavra negociação é muito diferente da palavra imposição e que o autoritarismo e o confronto público num momento negocial é uma falta de respeito e de espírito democrático para com os sindicatos a que o 25 de Abril permitiu desenvolvimento e intervenção.

3. Manifestar preocupação quanto ao nível de desânimo e desmotivação dos EXTRAORDINÁRIOS médicos Açorianos que, apesar do seu reduzido número, idade cada vez mais avançada e débeis condições de trabalho, tem contribuído para os bons indicadores de saúde, prestando cuidados de saúde de qualidade aos Açorianos.

4. Tudo deverá ser feito na valorização e respeito pelo trabalho médico na RAA, evitando reformas antecipadas ou saídas, depauperando ainda mais o escasso número de médicos que trabalham na região. A solução não é a contratação de empresas de serviços médicos. É apostar na carreira médica e nos médicos açorianos.

5. Contribuir para encontrar uma solução para que os Açorianos, independentemente da ilha de residência, não percam o acesso às especialidades médicas garantidas por anteriores governos e que sempre contaram com a disponibilidade e interesse dos médicos em as realizar.

6. Salientar como positiva a disponibilidade do governo em finalmente negociar com os Sindicatos a Portaria das deslocações, estando-se a aguardar a resposta as questões colocadas pelos SIM e SMZS em ofício de 14 de Abril para que, antes da reunião prevista no final do mês, seja possível avançar significativamente no processo negocial. Onde é essencial o acordo com os médicos quanto as regras e a compensação pela penosidade desse trabalho.

7. Lamentar que o processo de transição para as 40h, meses após a autorização de Sua Exª o Sr Secretário da Saúde, continue sem ser cumprido em pelo menos um Hospital.

8. Exigir o cumprimento do conteúdo funcional do trabalho dos Médicos de Família, que ultrapassam a responsabilidade dos 1900 utentes.

9. Exigir o cumprimento do decreto legislativo regional referente ao pagamento das horas extraordinárias.

10. Exigir que se encarem seriamente os problemas do Internato médico na RAA, de forma a que se criem as condições para que os Tutores tenham condições para realizar o seu importantíssimo trabalho de formação (feita forma gratuita e altruísta).

11. Chamar à atenção para continuam por cumprir compromissos pela secretaria Regional nomeadamente:
    - Aplicação da avaliação da carreira especial médica do SIADAP
    - Abertura de concursos para recém-especialistas e Assistentes Graduado Sénior
    - Falta de regulamentos de disciplina e trabalho médico nos Hospitais e Centros de Saúde.

12. Manifestar preocupação quanto as politicas economicistas cegas que poderão fragilizar o já débil Serviço Regional de Saúde.

13. Disponibilizar-se para contribuir para a criação de condições para fixação e atracção de médicos, respeitando os médicos que cá trabalham valorizando-os, e criando um grupo de trabalho para apresentar propostas.

14. Saudar o 40º aniversário do 25 de Abril e a todos os que o tornaram possível e esperar que esta celebração possa inspirar a atitude negocial dos Governantes nas relações com os sindicatos DEMOCRATICOS e INDEPENDENTES DO PODER POLÍTICO, RELIGIOSO OU ECONÓMICO ou de quaisquer outras organizações.

15. O SIM reforça o compromisso de apoio aos médicos (e aos Açorianos) garantindo-lhes a vigilância de autoritarismos inconsequentes, apelando para que se sindicalizem e organizem nos locais de trabalho.

O Secretário-Geral
Jorge Roque da Cunha

PEM (Prescrição Electrónica Médica)
NOTAS SOBRE REUNIÃO COM TUTELA

in Jornal Virtual
14/04/2014

A 10 de Abril os Sindicatos Médicos reuniram com os Secretários de Estado da Saúde e com a SPMS, representada pelo seu Presidente e pelo Director de Redes.
O tema principal da reunião foi a PEM e as vicissitudes da sua aplicação.
No enquadramento inicial da reunião o Senhor Secretário de Estado, Manuel Teixeira, salientou a importância estratégica da PEM no que se refere à clarificação da prescrição, do seu controlo e no combate à fraude.
Mais salientou a consciência da razão dos médicos no processo atribulado de implementação do sistema.
Por parte dos Sindicatos Médicos foi feita uma resenha exaustiva dos problemas que os médicos nos remeteram.
Numa reunião em que se salientou o papel dos Sindicatos Médicos na gestão dos conflitos foi acordado:
1 - Melhoria imediata no hardware disponível para os médicos com funções assistenciais - o Governo admite o carácter obsoleto de muito do material disponível.
Assegurada a renovação imediata de 5.000 computadores.
2 - Melhoria imediata da RIS (Rede Informática da Saúde) de modo a que as Unidades de Saúde e suas extensões disponham de mínimos de velocidade de acesso à rede de 1MB.
3 - Suspensão imediata de todas as actualizações de software em horas de funcionamento normal das Unidades de Saúde.
4 - Integração plena de todos os programas com a PEM, nomeadamente o Alert e o Medicine One.
5 - Dotar a aplicação PEM das funcionalidades, rapidez e estabilidade que o funcionamento das Unidades de Saúde do SNS exigem.
6 - Dado o papel decisivo que a PEM adquire no combate à fraude, os Sindicatos Médicos, institucionalmente vinculados no combate à fraude na Saúde, aceitam a manutenção da PEM, convictos que as melhorias propostas são efectivas.
Neste sentido, os Senhores Secretários de Estado, Manuel Teixeira e Leal da Costa, informaram da mudança recente na Direcção da SPMS como resposta à necessidade de correcção de erros e de melhoria na resposta do aplicativo.
7 - Foi decidido e imediatamente implementado um canal directo de troca informativa entre os Sindicatos Médicos e a Direcção da SPMS.
Neste sentido, devem todos os médicos fazer chegar ao seu Sindicato todos os reparos que entenderem pertinentes.
8 - Por último, foi reafirmado bilateralmente a necessidade de vigilância sobre a implementação de colocação de novos computadores, da responsabilidade das ARS's, por se temerem "desvios" para quem não está directamente ligado à actividade assistencial.
Neste sentido se realça que os novos computadores são para serviço dos médicos e dos doentes e todos os supostos desvios devem ser denunciados aos Sindicatos.

VAMOS TRAVÁ-LOS EM DEFESA DO DIREITO À SAÚDE

DIA DE AÇÃO DOS MÉDICOS EUROPEUS
15 MAIO, 2014

GARANTIR O DINHEIRO PARA ASSEGURAR A QUALIDADE DOS CUIDADOS DE SAÚDE PARA TODOS OS CIDADÃOS EUROPEUS!

EM PERÍODOS DE DIFICULDADES ECONÓMICAS E SOCIAIS, É FUNDAMENTAL GARANTIR E REFORÇAR A DISPONIBILIDADE DE CUIDADOS MÉDICOS ADEQUADOS PARA TODOS OS DOENTES NA EUROPA, SOBRETUDO NOS CASOS DE DESEMPREGO E PRECARIEDADE LABORAL. E QUE SE TORNA PARTICULARMENTE RELEVANTE COM O AUMENTO SIMULTÂNEO DAS TAXAS MODERADORAS E DAS COMPARTICIPAÇÕES. CERTOS GRUPOS, COMO OS TRABALHADORES EM IDADE DE REFORMA QUE VÊEM A APOSENTAÇÃO SER PROTELADA, MERECEM UMA ATENÇÃO ESPECIAL. A SALVAGUARDA DO ACESSO AOS CUIDADOS MÉDICOS É MUITO IMPORTANTE PARA GARANTIR A MANUTENÇÃO DA PRODUTIVIDADE DA SOCIEDADE EM GERAL. APELAMOS PARA QUE A SAÚDE SE TORNE UMA PRIORIDADE ABSOLUTA PARA OS GOVERNOS EUROPEUS PORQUE O FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE TEM UM PAPEL INSUBSTITUÍVEL NO DESENVOLVIMENTO E NA ESTABILIDADE DA SOCIEDADE.

FIM À CORRUPÇÃO!

AS PRÁTICAS CORRUPTAS ENVOLVENDO GESTORES HOSPITALARES, POLITICOS E INDÚSTRIA SÃO UMA DAS MAIORES AMEAÇAS NA SAÚDE. MESMO QUE SEJA GARANTIDO DINHEIRO SUFICIENTE PARA ASSEGURAR OS CUIDADOS DE SAÚDE, TAL NÃO PERMITIRÁ MELHORAR A SITUAÇÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE SE O DINHEIRO FOR GASTO PARA OUTROS FINS. É FUNDAMENTAL QUE OS GOVERNOS ESTABELEÇAM REGRAS E PRÁTICAS TRANSPARENTES SEGUINDO O PRINCÍPIO DE "TOLERÂNCIA ZERO PARA A CORRUPÇÃO".

FIM À REPRESSÃO SOBRE OS MÉDICOS!

O PAPEL DOS PROFISSIONAIS E DOS SINDICATOS TEM SIDO MARGINALIZADO. OS PROFISSIONAIS DA SAÚDE QUE TRABALHAM DIRETAMENTE NO SISTEMA E CONHECEM O SEU FUNCIONAMENTO E AS POSSIBILIDADES DE MELHORIA, NÃO TÊM MEIOS REAIS PARA ALTERAR O SISTEMA. MAIS, EM ALGUNS PAÍSES EUROPEUS, OS MÉDICOS ESTÃO SUJEITOS A DIFERENTES TIPOS DE REPRESSÃO, INCLUÍNDO A PERSEGUIÇÃO CRIMINAL.

CONDIÇÕES DE TRABALHO E SALÁRIOS DECENTES PARA TODOS OS MÉDICOS EUROPEUS!

O NÚMERO DE TRABALHADORES NOS CUIDADOS DE SAÚDE É INADEQUADO EM MUITAS REGIÕES DOS DIFERENTES PAÍSES EUROPEUS. FREQUENTEMENTE AS NECESSIDADES DE PESSOAL NÃO SÃO RESPEITADAS. OS SALÁRIOS DOS TRABALHADORES DOS CUIDADOS DE SAÚDE NÃO SÃO ADEQUADOS PARA AS SUAS FUNÇÕES, EM ESPECIAL NA REGIÃO LESTE DA EUROPA, UMA DAS MAIS AFETADAS PELA CRISE. TEM HAVIDO UM ÊXODO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM BUSCA DE MELHORES CONDIÇÕES DE TRABALHO. NA EUROPA, A FALTA DE MÉDICOS JÁ É SENTIDA EM MUITOS PAÍSES E TENDE A PIORAR NO FUTURO PRÓXIMO. AS MÁS CONDIÇÕES DE TRABALHO IRÃO ORIGINAR UMA FORTE MIGRAÇÃO PARA REGIÕES COM MELHORES CONDIÇÕES DE TRABALHO, PENALIZANDO OS CIDADÃOS DAS ÁREAS MAIS AFETADAS.

Fems
Fédération Européenne des Médecins Salariés
European Federation of Salaried Doctors

EDUCAÇÃO MÉDICA CONTÍNUA
DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL CONTÍNUO

PARTE I

por João de Deus
Presidente da AEMH (Associação Europeia dos Médicos Hospitalares)
Membro do Secretariado Nacional do SIM

A estruturação da profissão médica nos países Europeus é genericamente semelhante e reflete uma aprendizagem ao longo da vida em diferentes patamares de formação.
Em primeiro lugar a formação pré-graduada nas Faculdades de Medicina, regulada por legislação interna de cada País mas também por Diretivas Europeias (6 anos e/ou 5.500 horas de formação teórica e prática).

Em segundo lugar a formação pós-graduada subdividida, por sua vez, em especialização (Internato Médico) e Educação Médica Contínua (EMC). Nestas duas áreas existe ainda uma profunda diferença organizativa entre os vários Países.

Temos tentado, nas Organizações Médicas Europeias (OME), fomentar uma convergência de posições que possa conduzir a uma harmonização quer na especialização quer na Educação Médica Contínua.

Em relação à primeira, entre nós designado Internato Médico, a UEMS (União Europeia dos Médicos Especialistas) tem liderado o processo com o objetivo de padronizar os programas e tempos de formação das diferentes especialidades tendo iniciado esse trabalho pelas especialidades existentes em todos os países, sendo que a primeira dificuldade é precisamente o facto de nem todas existirem em todos os países, terem muitas vezes designações diferentes e/ou áreas de competência também diversas.

Curiosamente, mas só para os menos atentos a estas questões, os referidos programas de formação baseiam-se muito nos existentes em Portugal, regulamentados em Portaria e publicados em Diário da República e que representam uma das razões da qualidade do nosso Internato e dos nossos médicos especialistas.

Temos, reconhecidamente, a melhor estrutura de Internato a nível da Europa e não somos nós que o afirmamos antes recebemos esse reconhecimento dos nossos colegas europeus, quer individualmente quer representando estruturas médicas dos seus países ou ainda enquanto representantes de organizações médicas europeias.

Após conclusão da fase de especialização os médicos não deixam de estudar, de aprender, de se atualizar. Pelo contrário, os médicos têm uma prática milenar de aprendizagem ao longo da sua vida profissional mas na maior parte dos casos de forma individual. É essencial que a organização dos Serviços de Saúde permita que o façam de modo estruturado e integrado.

Foi neste contexto que nasceu o conceito de Educação Médica Contínua reforçando que a aprendizagem ao longo da vida é um imperativo ético e uma responsabilidade individual de cada médico sendo fundamental para garantir a qualidade dos sistemas de saúde e a segurança dos doentes.

Houve, no entanto, organizações que tentaram restringir a EMC a um simples sistema de créditos que cada médico "colecionaria" e lhe permitiria manter a sua atividade profissional.

Já em 2004 a AEMH (Associação Europeia dos Médicos Hospitalares), à qual tenho a honra de presidir atualmente, publicava uma declaração onde claramente expressava a sua discordância à implementação de um sistema de créditos e que aqui retomo pela sua atualidade:

- O sistema de créditos é um instrumento insuficiente para aferir a qualidade da prática clínica.
- Acumular muitos créditos dá uma falsa impressão de alta qualidade.
- Os créditos adquiridos são um indicador das horas de formação representando somente uma medida do tempo dispendido.
- Em consequência não mostra ser um método útil para a detecção de médicos sub-qualificados.

Este posicionamento da AEMH, em conjunto com outras organizações médicas europeias, fez nascer um novo conceito, o de Desenvolvimento Profissional Contínuo (DPC), definido como o conjunto dos meios de educação pelos quais os médicos asseguram a manutenção e aperfeiçoamento da sua competência técnico-profissional e, como tal, incorporando e indo muito mais além da Educação Médica Contínua enquanto sistema de acumulação de créditos.

No próximo número debateremos se o Desenvolvimento Profissional Contínuo deverá ou não ser obrigatório e porque entendemos que a nossa estruturação de carreiras médicas se constitui como a espinha dorsal do Serviço Nacional de Saúde e porque contem em si virtudes que não encontramos noutros sistemas de outros países europeus.

RECEITUÁRIO CONTINUADO

O mais consistente, e já consolidado no tempo, elenco das funções atribuídas, na área de medicina geral e familiar, aos trabalhadores médicos desta especialidade, é o que consta da Cláusula 11.ª/1 a /3, do Acordo Coletivo de Trabalho n.º 2/2009, publicado em 13 de Outubro, no Diário da República, 2.ª série, n.º 198, com as alterações que lhe foram introduzidas pelo Aviso n.º 17239/2012, publicado em 27 de Dezembro, no Diário da República 2.ª série, n.º 250, parte J3.

Logo na alínea a) do n.º 1, diz-se que estes especialistas devem "Prestar cuidados de saúde globais e continuados aos inscritos em lista nominativa…".

Como é sabido, aqui estão compreendidos, entre muitíssimos outros, precisamente os atos de emissão de receituários médico destinado a consumo continuado dos seus inscritos.

Ora, no exercício desta função, tantas vezes os trabalhadores médicos da área da medicina geral e familiar, praticam-na sem necessidade de contacto presencial graças ao perfeito conhecimento adquirido com o doente, a sua patologia e necessidades de saúde.

Não obstante isto, para a prática destes atos médicos, deve estar previsto dentro do período normal de trabalho semanal, um período de tempo, como tal identificado e contabilizado no contexto do respetivo horário individual de trabalho discriminado, com a duração que as características do concreto ficheiro em causa reclamar.

Em suma, a tarefa em apreço deve ser reconhecida e gozar das mesmas garantias, designadamente de previsão e afetação horária que as demais elencadas no complexo funcional do trabalhador médico desta área profissional.

DISPENSA DA PRESTAÇÃO DE TRABALHO NOCTURNO

Para solicitar a dispensa de prestação de trabalho nocturno, transcreve-se a minuta para a declaração a preparar em duplicado, ficando para o trabalhador médico(a) um exemplar depois de carimbado, datado e rubricado pelo funcionário que o receber.
Porque se trata de uma simples declaração, não carece de resposta.

Minuta

Exmo. Senhor Presidente
do Conselho de Administração
do _____ [1]

F_____ (*identificação pessoal e profissional completa*), na qualidade de *trabalhador(a) médico(a)*, em regime de contrato de trabalho em funções públicas, associado(a) do Sindicato Independente dos Médicos, a quem se aplica o do Acordo Coletivo da Carreira Especial Médica, publicado como Acordo Coletivo de Trabalho n.º 2/2009, em 13 de Outubro de 2009, no Diário da República, 2.ª série, n.º 198, com as alterações que lhe foram introduzidas pelo Aviso n.º 17239/2012, publicado em 27 de Dezembro, no Diário da República 2.ª série, n.º 250, parte J3, vem, nos termos e para os efeitos do disposto na respectiva cl.ª 41.ª/5, declarar que, tendo perfeito a idade de 50 anos em _____/_____/_____ (*indicar data*), deve ser dispensado(a) da prestação de trabalho no período compreendido entre as 20 horas e as oito horas do dia seguinte, a partir do dia _____ (*indicar data não inferior a 30 dias de calendário*).

Local e data A *trabalhadora médica*,

[1] Em se tratando de trabalhador médico a exercer funções em ACES, dirigir ao Exmo. Senhor Diretor Executivo do ACES de _____

LIMITES IMPERATIVOS DO TEMPO DE TRABALHO MÉDICO

Memorandum sobre a questão dos tempos de trabalho, à luz do novo quadro jurídico da carreira, para os trabalhadores que mantêm um pnt semanal de 35 ou 42 horas.

MEMORANDUM

Existem no presente dois quadros legais em vigor no que toca à matéria da *duração e organização do tempo de trabalho*.

Um, é aplicável aos médicos da denominada Carreira Especial Médica[1], outro, é aplicável aos médicos da designada Carreira Médica[2].

Como se sabe, esta bifurcação foi imposta por razões de (in)coerência jurídica do sistema que passou a reger a Administração Pública, no que respeita à vinculação dos seus trabalhadores, após a reforma trazida pela Lei 12-A/2008, 27 de Fevereiro[3], cruzada com as alterações generalizadas da natureza jurídica das entidades públicas prestadoras de cuidados de saúde dependentes do Ministério da Saúde, após a adopção política, por parte do Governo, do figurino jurídico da *entidade pública empresarial*, em cujo seio se quis privilegiar a modalidade do *contrato individual de trabalho*[4].

Foi a Lei 27/2002, 8 de Novembro, que gizou a passagem da gestão hospitalar para aqueles novos moldes de cariz empresarial, aliás então directamente provenientes da experiência da figura jurídica da *sociedade anónima de capitais exclusivamente públicos*, sendo certo que o acolhimento da figura jurídica da *entidade pública empresarial*, por si, determinaria a passagem aos regimes privatísticos do direito privado especial que o Direito do Trabalho é[5].

Vejamos, assim, algumas das regras da *duração e organização do tempo de trabalho*, particularmente no que aos *limites à duração do trabalho* concerne, na carreira, tendo presente que esta exposição se destina exclusivamente aos trabalhadores médicos em regime de contrato de trabalho em funções públicas associados das associações sindicais, neste caso do SIM, que outorgaram os instrumentos de regulamentação colectiva do trabalho aqui pertinentes[6], os quais adiante se identificam.

Os diplomas de natureza legal e convencional principais a ter aqui presentes, com respeito aos trabalhadores médicos que mantêm os períodos normais de trabalho semanal de 35 ou de 42 horas, são:

a) O Regime do Contrato de Trabalho em Funções Públicas (RCTFP), contido na Lei 59/2008, 11 de Setembro, art. 117.º e seguintes, em especial os arts. 126.º, 136.º, 137.º, 138.º e 158.º a 161.º;
b) O Decreto-Lei 177/2009, 4 de Agosto, em especial o art. 32.º, na remissão que faz para regras que provêm do Decreto-Lei 73/90, 6 de Março, e diplomas e despachos seus sucedâneos[7];
c) O Acordo Coletivo da Carreira Especial Médica (ACT), publicado como Acordo Coletivo de Trabalho n.º 2/2009, em 13 de Outubro de 2009, no Diário da República, 2.ª série, n.º 198, com as alterações que lhe foram introduzidas nos termos do Aviso n.º 17239/2012, publicado em 27 de Dezembro, no Diário da República, 2.ª série, n.º 250, parte J3, instrumentos outorgados pelos Ministros da Saúde e Secretários de Estado da Administração Pública nas respectivas datas em funções governativas, e pelos representantes sindicais credenciados, em especial as cláusulas 33.ª e 42.ª, sendo que este ACT se aplica no território do continente português, designadamente nas entidades empregadoras públicas do SNS.

Em síntese, os trabalhadores médicos já vinculados no SNS antes do início da vigência do Decret-Lei 177/2009, 4 de Agosto, podem manter o respectivo regime de horário de trabalho, 35 horas semanais, com ou sem dedicação exclusiva, e disponibilidade permanente na área de especialidade da saúde pública, ou 42 horas semanais, não transitando para o recentíssimo novo modelo que institui o período normal de trabalho de 40 horas semanais, introduzido pelo Decreto-Lei 266-D/2012, 31 de Dezembro. Quanto às matérias de *tempo de trabalho*, relevam as cláusulas 33.ª a 44.ª, do ACT. Os trabalhadores médicos integrados na carreira especial médica do Decreto-Lei 177/2009, 4 de Agosto, que são oriundos da carreira médica hospitalar, criada pelo Decreto-Lei 73/90, 6 de Março, querendo, mantêm pois o "respectivo regime de trabalho", como dispõe o art. 28.º/2, Decreto-Lei 177/2009:

Assim para este grupo, constituem limites à duração do trabalho semanal, os seguintes:

a) 35 horas semanais, sem dedicação exclusiva;

b) 35 horas semanais , com dedicação exclusiva; ou

c) 42 horas semanais",

tudo isto de acordo com a previsão do art. 32.º/3, do diploma referido em último lugar.

Por esta razão – a manutenção de parte do regime do DL 73/90 – expressamente ficou consignado que, entre outros

aspectos, se mantém em vigor, se não propriamente o disposto no art. 31.º/5 a /16, deste Decreto-Lei 73/90, como se diz no art. 36.º, a), Decreto-Lei 177/2009, pelo menos "os direitos inerentes". Ora, os n.os 5 a 16, do art. 31.º, Decreto-Lei 73/90, contém disciplina muito relevante, quanto aos horários dos trabalhadores médicos da área hospitalar, assim:

> " 5 – Os médicos desta carreira devem prestar, quando necessário, um período semanal máximo de doze horas de trabalho normal no serviço de urgência, ou vinte e quatro horas de prevenção, com o acordo do médico.
>
> 6 – Os médicos desta carreira devem prestar, quando necessário, um período semanal máximo de doze horas ou 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."

Por outro lado, e na medida em que se constituem como um sucedâneo regulatório do Decreto-Lei 73/90, as matérias versadas no Despacho 19/90, 22 de Agosto, MS, daquele tributário, subsistem igualmente para os fins aqui em apreço, razão por que o máximo diário de tempo de trabalho é de 7 horas para o regime das 35 horas e de 9 horas para o regime das 42 horas semanais.

Assim, para todos os trabalhadores médicos da carreira especial médica, sindicalizados no SIM, cujo vínculo seja o contrato de trabalho em funções públicas, em linhas gerais, há que observar:

(i) o trabalho em SU e UC Intermédios e Intensivos, é organizado de 2.ª feira a domingo;
(ii) a semana de trabalho tem início as 0 horas de 2.ª feira e termina às 24 horas do domingo seguinte;
(iii) podem ser adotadas as modalidades de horário fixo, flexível, desfasado, em jornada contínua, com isenção e a tempo parcial;
(iv) o trabalho nocturno, em SU e nas UCI, inicia-se às 20 horas e vai até às 8 horas do dia seguinte;
(v) no caso de trabalhadores médicos com funções assistenciais, sempre que devam exercer a sua actividade por mais de oito horas num período de 24 horas em que executem trabalho nocturno durante todo o período compreendido entre as 22 horas de um dia e as 7 horas do dia seguinte, fica garantido, no período diário de trabalho seguinte, um descanso compensatório correspondente ao tempo de trabalho que, nas 24 horas anteriores, tiver excedido as 8 horas;
(vi) a partir da data em que perfaçam 50 anos de idade, os trabalhadores médicos, se o declararem, ficam dispensados da prestação de trabalho no período compreendido entre as 20 horas e as 8 horas do dia seguinte;
(vii) o limite anual da duração do trabalho extraordinário é de 200 horas;
(viii) pode haver um período único semanal de até 12 horas em SU ou UCI, dentro do horário normal;
(ix) em SU ou UCI, o trabalho extraordinário pode ser exigido num único período semanal de até 12 horas;
(x) a partir dos 55 anos, por simples declaração, podem os trabalhadores médicos ser dispensados do SU ou do trabalho nas UCI;
(xi) a prevenção e a chamada, dependem do prévio acordo escrito do trabalhador médico, retirável por este.

---

[1] A Carreira Especial Médica, é a carreira em que se integram os médicos cuja relação jurídica de emprego público seja constituída por contrato de trabalho em funções públicas – art. 2.º, DL 177/2009, 4.VIII.

[2] A Carreira Médica, é a carreira em que se integram os médicos cuja relação jurídica de emprego público seja constituída por contrato individual de trabalho, nos termos do Código do Trabalho, nas entidades públicas empresariais e nas parcerias em saúde do Serviço Nacional de Saúde – art. 2.º/1, DL 176/2009, 4.VIII.

[3] Trata-se da lei que define e regula os regimes de vinculação, de carreiras e de remunerações dos trabalhadores que exercem funções públicas – art. 1.º/1.

[4] É a solução imposta pelo art. 3.º/5, L 12-A/2008, que expressamente exclui os trabalhadores das entidades públicas empresariais do seu âmbito de aplicação objectivo, remetendo-os, portanto, para o regime laboral do Código do Trabalho, como sucede, em regra, naquelas entidades.

[5] Tal qual resulta, por exemplo, do comando do art. 14.º/1, DL 233/2005, 29.XII.

[6] Aos demais médicos, aplicam-se as normas gerais de direito público ou privado, consoante a respectiva carreira ou, porventura rectior,modalidade vinculística .

[7] Constitui uma deficiência legislativa, a circunstância de o art. 36.º/ a), DL 177/2009, que revoga o DL 73/90, após o início de vigência do, no caso, ACT 2/2009, e ao mesmo tempo, consignar no art. 32.º/3, que subsistem os "direitos inerentes", inscritos no mesmo decreto-lei que revoga. De todo o modo, a solução defendida em texto, afigura-se indispensável à melhor salvaguarda das finalidades em presença, visto que compatibiliza os interesses dos médicos que pretendem manter o estatuto que possuem com a necessidade de expressamente se ter revogado o diploma legal que importava substituir. Ou seja, ao intérprete cabe distinguir, identificando-os, quais os "direitos inerentes", e, já agora, os correspondentes deveres, que na esfera jurídica de cada trabalhador médico devem permanecer, com os traços que lhes foram objectivamente conferidos pelo DL 73/90.

TABELA SALARIAL - 2014

			REGIMES DE TRABALHO									
			Acordo 2012		Índice	Tempo Completo		Dedicação Exclusiva			
Categoria	Posição	TRU	40h			35h		35h		42h	
			v/mês	v/hora		v/mês	v/hora	v/mês	v/hora	v/mês	v/hora
Assistente Graduado Sénior (Chefe de Serviço)	3	90	5.063,38 €	29,21 €	200	3.089,93 €	20,37 €	4.291,57 €	28,30 €	5.664,87 €	31,13 €
	2	80	4.548,46 €	26,24 €	195	3.012,68 €	19,86 €	4.184,28 €	27,59 €	5.523,25 €	30,35 €
	1	70	4.033,54 €	23,27 €	185	2.858,18 €	18,85 €	3.969,70 €	26,17 €	5.240,00 €	28,79 €
					175	2.703,69 €	17,83 €	3.755,12 €	24,76 €	4.956,76 €	27,23 €
Assistente Graduado	5	62	3.621,60 €	20,89 €	185	2.858,18 €	18,85 €	3.969,70 €	26,17 €	5.240,00 €	28,79 €
	4	60	3.518,62 €	20,30 €	180	2.780,94 €	18,34 €	3.862,41 €	25,47 €	5.098,38 €	28,01 €
	3	58	3.415,64 €	19,71 €	175	2.703,69 €	17,83 €	3.755,12 €	24,76 €	4.956,76 €	27,23 €
	2	56	3.312,65 €	19,11 €	170	2.626,44 €	17,32 €	3.647,83 €	24,05 €	4.815,14 €	26,46 €
	1	54	3.209,67 €	18,52 €	160	2.471,94 €	16,30 €	3.433,25 €	22,64 €	4.531,90 €	24,90 €
					145	2.240,20 €	14,77 €	3.111,39 €	20,51 €	4.107,03 €	22,57 €
Assistente	8	53	3.158,18 €	18,22 €							
	7	52	3.106,68 €	17,92 €							
	6	51	3.055,19 €	17,63 €							
	5	50	3.003,70 €	17,33 €	145	2.240,20 €	14,77 €	3.111,39 €	20,51 €	4.107,03 €	22,57 €
	4	49	2.952,21 €	17,03 €	140	2.162,95 €	14,26 €	3.004,10 €	19,81 €	3.965,41 €	21,79 €
	3	48	2.900,72 €	16,73 €	135	2.085,70 €	13,75 €	2.896,81 €	19,10 €	3.823,79 €	21,01 €
	2	47	2.849,22 €	16,44 €	130	2.008,45 €	13,24 €	2.789,52 €	18,39 €	3.682,17 €	20,23 €
	1	45	2.746,24 €	15,84 €	120	1.853,96 €	12,22 €	2.574,94 €	16,98 €	3.398,92 €	18,68 €
Clínico Geral Não especialista)	4				105	1.622,21 €	10,70 €	2.253,07 €	14,86 €	2.974,06 €	16,34 €
	3				100	1.544,96 €	10,19 €	2.145,78 €	14,15 €	2.832,43 €	15,56 €
	2				95	1.467,72 €	9,68 €	2.038,49 €	13,44 €	2.690,81 €	14,78 €
	1				90	1.390,47 €	9,17 €	1.931,21 €	12,73 €	2.549,19 €	14,01 €

Tempo completo 35 horas s/exclusividade (recebe 72% do valor do respectivo índice)
Dedicação Exclusiva 40 horas (recebe +32% do valor do respectivo índice)

INTERNATO MÉDICO	Escalão	Índice	Tempo Completo		Dedicação Exclusiva	
			40 h		40 h	
			v/mês	v/hora	v/mês	v/hora
	2	95	1.937,39 €	11,18 €	2.690,81 €	15,52 €
	1	90	1.835,42 €	10,59 €	2.549,19 €	14,71 €
	Ano Comum	73	1.566,42 €	9,04 €		

Internato Médico com 40 horas (Recebe + 32% do valor do respectivo índice)

SUBSÍDIO ADICIONAL MENSAL CLÍNICA GERAL - 2005				
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 €

(Portaria nº 410/2005, de 11 de Abril) - Valores congelados desde 2005

LEGISLAÇÃO

D. R.	DIPLOMA/ /DATA	ASSUNTO
Nº 15 1ª Série	Decreto Lei 14/2014 22/01/2014	Estabelece o regime jurídico das incompatibilidades dos membros das comissões, de grupos de trabalho, de júris de procedimentos pré-contratuais, e consultores que apoiam os respectivos júris, ou que participam na escolha, avaliação, emissão de normas e orientações de carácter clínico, elaboração de formulários, nas áreas do medicamento e do dispositivo médico no âmbito dos estabelecimentos e serviços do SNS.
Nº 33 1ª Série	Decreto Regulamentar Regional 5/2014/A 17/02/2014	Estabelece o regime de atribuição de incentivos e apoios à fixação aplicável ao pessoal médico na Região Autónoma dos Açores.
Nº 41 2ª Série	Despacho 3250/2014 27/02/2014	Constitui um grupo de trabalho com o objectivo de avaliar a situação da prestação de cuidados de saúde mental e das necessidades na área da saúde mental.
Nº 46 1ª Série	Lei 11/2014 06/03/2014	Estabelece mecanismos de convergência do regime de protecção social da função pública com o regime geral da segurança social, procedendo à quarta alteração à Lei 60/2005, de 29/12, à terceira alteração ao Decreto-Lei 503/99, de 20/11, e à alteração do Estatuto da Aposentação, aprovado pelo Decreto-Lei 498/72, de 9/12, e revogando normas que estabelecem acréscimos de tempo de serviço para efeitos de aposentação no âmbito da CGA.
Nº 51 1ª Série	Despacho 3926/2014 13/03/2014	Fixa o número de médicos internos a quem pode ser reconhecido o estatuto de interno doutorando e define as áreas prioritárias a considerar em 2014.
Nº 46 2ª Série	Despacho 4085-A/2014 17/03/2014	Estabelece o cronograma e disposições adicionais para a implementação da avaliação do desempenho dos trabalhadores da Administração Pública (SIADAP 3) a trabalhadores integrados na carreira especial médica no biénio 2013/20142
Nº 57 2ª Série	Aviso 3982-A/2014 21/03/2014	Mapa de vagas por área profissional de especialização e instituição de formação, referente ao Concurso IM2014-B, com vista ao ingresso na formação específica em 1 de Abril de 2014.
Nº 71 1ª Série	Portaria 82/2014 10/04/2014	Estabelece os critérios que permitem categorizar os serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde (SNS), de acordo com a natureza das suas responsabilidades e quadro de valências exercidas, e o seu posicionamento da rede hospitalar e procede à sua classificação

CONHECENDO 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, VIA TELEFONE, FAX OU EMAIL

SINDICATO INDEPENDENTE dos MÉDICOS

www.simedicos.pt E-mail: secretaria@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 ☐

Sócio Nº.

Data Inscrição

Sexo M ☐ F ☐

Nome

Morada

Localidade

Código Postal -

Telfs. de contacto

E.mail:

Data de Nascimento

Nacionalidade

BI/CC de - - Arq.

Cédula Profissional nº.

Contribuinte nº.

Grau

Especialidade

Local de Trabalho

Localidade

Entidade Pagadora

Nº. Mecanográfico

Regime Contrato Trabalho em: CIT (Contrato Individual Trabalho) ☐ ou CTRFP (Funções Públicas) ☐

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 (ADSE) ou qualquer outra entidade conforme regulamento do Fundo Social do SIM.

10 – Apoio jurídico gratuito em casos sindicais e profissionais.

11 – Acesso às disposições e benefícios laborais obtidos com o Acordo Colectivo de Trabalho, ACCEM e ACT publicados no DL 177/2009 de 4/08/09 e no BTE 41 de 8/11/09.

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

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

14 – Acesso ao fundo complemento de reforma/ apoio social familiar (ASF), desde que o Sócio esteja aposentado e tenha pelo menos 15 anos de sindicalização no SIM, conforme regulamento do Fundo Social do SIM.

15 – Acesso ao Fundo para Formação dos Médicos Internos na sua formação pós-graduada, nomeadamente a participação em Congressos, Cursos, Workshops e Estágios, conforme regulamento do Fundo de Formação do SIM.

16 – 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, mediante as normas estabelecidas anualmente pelo Secretariado Nacional.

O Secretariado Nacional
2013

ISLA CANELA

Temporada 2014

Isla Canela fica situada na província de Andaluzia/ Huelva, designada por Costa de la Luz, pertencente ao município de Ayamonte, no Sul de Espanha, junto à fronteira de Portugal e Espanha, banhada pelo Rio Guadiana e o 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 desenvolver actividades em fins-de-semana ou férias: Praia, Golf e Porto Desportivo.

CRITÉRIOS DE MARCAÇÃO

1 – As reservas para a época alta (Junho a Setembro), serão aceites por ordem de entrada na Sede Nacional do SIM, a partir do dia 15 de Abril de 2014, por email, telefone, fax ou CTT, conforme estipulado pelo Secretariado Nacional.

2 – Na época alta (Junho a Setembro), a ocupação é feita à semana (sábado a sábado, sendo as saídas até às 12 horas e as entradas após as 17 horas).

3 – Os novos sócios e os seus proponentes podem usufruir gratuitamente dos apartamentos que estejam disponíveis, apenas fora da época alta.

NORMAS

1 – A limpeza do apartamento fica a cargo do sócio.

2 – A roupa de cama, banho e cozinha será da responsabilidade do sócio.

3 – A entrega e devolução das chaves é feita na Sede do SIM ou via CTT.

4 – A reposição do equipamento do apartamento e a reparação dos electrodomésticos deverá ser feita de imediato directamente pelo sócio ou mediante contacto com o responsável indicado pelo SIM.

5 – A declaração e assinatura dos manifestos do equipamento à entrada e saída do período de utilização é obrigatória sempre que se detectem anomalias.

Está afixado em cada apartamento, um manifesto do equipamento existente.

6 – Não são permitidos animais domésticos.

7 – Os sócios terão de respeitar as normas de utilização do respectivo condomínio.

NOVOS SÓCIOS

Aos Sócios que se inscreverem durante o ano de 2014, oferecemos 3 dias, nos apartamentos do SIM.

Também o Sócio proponente tem direito, a 1 dia, por cada novo sócio.

Em ambos os casos, estes dias só poderão ser usufruídos fora da época alta.

Para mais informações e esclarecimentos, fazer reservas e/ou marcações, contactar os nossos serviços, através do Tel. 217826730, Fax 217826739 ou para ferias@simedicos.pt

POR UM SINDICALISMO MÉDICO

INDEPENDENTE E DEMOCRÁTICO

ADERE AO SIM