



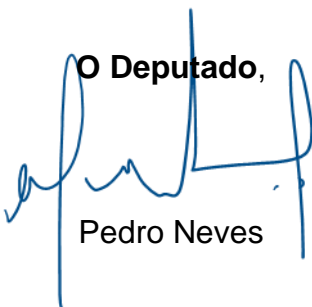
Exmo. Senhor
Presidente da Assembleia Legislativa
da Região Autónoma dos Açores

Ponta Delgada, 18 de novembro de 2021

Assunto: Projeto de Resolução - Revisão do regime da prestação do trabalho médico extraordinário nos serviços de urgência e de atendimento permanente das Unidades de Saúde de Ilha com serviço de urgência.

A Representação Parlamentar do PAN/Açores entrega à Mesa da Assembleia Legislativa da Região Autónoma dos Açores e a V. Exa, ao abrigo das disposições regimentais aplicáveis, o presente Projeto de Resolução, melhor identificado em epígrafe, para efeitos de admissão.

Com os melhores cumprimentos,

O Deputado,

Pedro Neves



Projeto de Resolução

Revisão do regime da prestação do trabalho médico extraordinário nos serviços de urgência e de atendimento permanente das Unidades de Saúde de Ilha com serviço de urgência

Exposição de motivos

Portugal e muitos países europeus debatem-se com crises sanitárias que, quer durante a pandemia, quer posteriormente, em pleno tempo de recuperação, vieram pôr de manifesto a incapacidade de resposta do sector público e também, inclusivamente, do privado. A desorçamentação, a falta de estratégia e planeamento, o deficit de pessoal e o envelhecimento de classes profissionais estão possivelmente entre as causas fundamentais dessa crise nos serviços nacionais de saúde (SNS).

A Região Autónoma dos Açores (RAA) não foge a esta regra, agravada pelas condições geográficas em que se insere. Urge, pois, com celeridade, investir nas infraestruturas e no parque tecnológico, na fixação de profissionais e apelar a mais um esforço suplementar, se é que tal ainda é possível, do pessoal no ativo para que, até à melhoria desta situação, continue a dar a melhor resposta possível à nossa comunidade em cuidados de saúde.

E ainda que as condições económicas e financeiras do Estado sejam desde há muito periclitantes, a ajuda europeia e as escolhas políticas devem centrar-se na melhoria deste panorama a médio prazo. A prioridade e conseqüentes opções políticas orçamentais só podem ser, pois, no sentido privilegiar a saúde da nossa população. É o que se exige a quem nos governa.

Os médicos fazem parte de uma carreira especial da administração pública.

Segundo a cláusula 34ª do ACT médico, publicado no Diário da República n.º 237/2012 7 de Dezembro, o período normal de trabalho médico é de oito horas diárias e quarenta horas semanais, organizadas

de segunda a sexta-feira, sendo o trabalho em serviços de urgência, externa e interna, unidades de cuidados intensivos, unidades de cuidados intermédios e prolongamentos de horário nos centros de saúde organizado de segunda-feira a domingo.

Segundo a sua cláusula 42ª, para os trabalhadores médicos integrados em serviços de urgência, externa e interna, unidades de cuidados intensivos, unidades de cuidados intermédios e prolongamentos de horário nos centros de saúde considera-se período de trabalho noturno o compreendido entre as vinte horas e as oito horas do dia seguinte.

Relativamente ao trabalho extraordinário, aquele que é feito para além do normal horário de trabalho, na cláusula 43ª pode ler-se que o trabalhador médico é obrigado a realizar a prestação de trabalho extraordinário, salvo quando, havendo motivos atendíveis e inadiáveis, expressamente solicite e obtenha a sua dispensa pelo tempo indispensável, sendo o limite anual da duração de trabalho extraordinário de duzentas horas.

Nas instituições de saúde, habitualmente, o trabalho extraordinário, de acordo com o DL 62/79 de 30 de Março, é efetuado em regime presencial ou em regime de prevenção, sendo este último remunerado a 50% do valor anterior.

Os médicos acima dos 55 anos estão dispensados de realizar serviço de urgência e os que ultrapassem os 50 anos de idade de fazer trabalho noturno.

Por último, a legislação impede que os médicos prestem serviços, a título individual ou por empresa, nas mesmas instituições com as quais possuam uma relação jurídica de emprego.

A sustentação do nosso SRS sempre passou e passa, infelizmente, mas inevitavelmente, pelo recurso ao trabalho extraordinário, situação agravada pela falta de profissionais.

Genericamente, o trabalho extraordinário deve constituir apenas um regime de recurso, para situações excepcionais e imprevisíveis, justificável quando tal seja imprescindível para o normal

funcionamento de uma organização e não pode ser um *modus operandi* sistemático para evitar a contratação de pessoal.

No caso concreto dos médicos acaba por ocorrer de uma forma previsível e regular, habitualmente ao nível do serviço de urgência, quer por escassez involuntária de profissionais, quer por escassez deliberada desses mesmos profissionais, neste caso, entenda-se, possivelmente pelo facto de não ser eficiente uma dotação excessiva de clínicos em determinados serviços e em determinadas instituições de saúde, exclusivamente para completar escalas dos serviços de urgência.

Na verdade, se a *ratio* de uma determinada especialidade para uma determinada população for tecnicamente de 4 ou 5 elementos facilmente se entenderá que, ou se admitem 8 médicos, 4 ou 3 a mais do preconizado, o que é um número excessivo para desenvolver a atividade existente, mas que permite a cobertura dos dias de urgência em horário normal, ou se admitem somente os 4 ou 5 previstos e suficientes, mas então haverá necessidade de recurso ao trabalho suplementar para cobrir integralmente todos os 7 dias da semana.

A RAA é o paradigma desta crua realidade e haveria inúmeros exemplos a dar: seriam precisos 8 médicos na USI do Corvo, com cerca de 400 habitantes e para uma *ratio* recomendada de médico por habitante de 1 para 1.500, para evitar o trabalho extraordinário, tal como, sabendo que deve existir uma urgência psiquiátrica para 250.000 habitantes, deveria haver 8 psiquiatras no Hospital do Santo Espírito para apenas cerca de 60.000 habitantes de modo a possibilitar essa mesma cobertura integral, ou seriam necessários 8 gastroenterologistas no Hospital da Horta para este mesmo efeito, cobrindo uma população de apenas 35.000 habitantes, quando a *ratio* prevista nesta especialidade é de 1 para 30.000, etc.

Nestes múltiplos cenários, numa região arquipelágica de 240.00 habitantes, com três hospitais e várias USI com urgências básicas, a ineficiência e os custos para o erário público em salários seriam inclusivamente superiores aos despendidos em horas extraordinárias e os próprios médicos deixariam

de exercer a medicina de forma regular e eficaz, com consequências futuras no seu *curriculum* e desempenho técnico.

Isto constituiu sempre um problema de difícil solução, em geral, e é por isso que cada vez mais se advoga a existência de um *staff* próprio nos serviços de urgência, com formação especializada na área, com escalas organizadas de segunda a domingos e feriados, libertando, assim, o pessoal dos outros serviços para as atividades programadas, onde já cumprem praticamente todo o seu horário normal, de forma a reduzir ao mínimo o trabalho suplementar.

Apesar do horário médico normal ser cumprido apenas nos dias úteis, das 8h às 20h, como acima se mencionou, existem exceções, designadamente nos serviços de urgência, onde as escalas podem ser organizadas de segunda a domingo e feriados para as 24h. Neste caso, os médicos, que teriam que ser igualmente em número suficiente, cumprindo as horas semanais nesses períodos não auferiam horas extraordinárias em dias úteis nem durante os fins-de-semana e feriados, apenas suplementos pelas horas incómodas, mas, como contrapartida, *a priori*, não exerceriam mais tempo que o do seu horário habitual.

A realidade é que os médicos têm acedido realizar trabalho extraordinário, voluntariamente, por motivos éticos e deontológicos e também porque, devido aos seus baixos salários, sempre encontraram nesse trabalho extraordinário alguma forma de compensação, sobretudo quando não optam pela simultânea atividade privada. No entanto, a melhoria remuneratória da atividade privada, outrora os cortes nos cálculos das horas extraordinárias, o baixo valor hora aliado à não progressão nas carreiras e as más condições laborais levaram cada vez mais profissionais a efetuar estritamente o trabalho suplementar previsto na legislação, as 200 h anuais.

Aliás, mais que nunca nos dias de hoje, se fosse adoptado o cumprimento de horários normais durante as noites e fins-de-semana, em função das urgências, sem recurso ao trabalho extraordinário, haveria certamente uma disrupção grave nos serviços e nas suas atividades de rotina.



A situação atual é, pois, altamente preocupante, pois é uma classe envelhecida, os concursos públicos ficam desertos, os médicos abandonam o SNS e já muitos dos que se mantêm recusam prolongar os horários de trabalho no serviço de urgência, seja por idade, seja pelo limite legal atrás enunciado.

Portanto, se é certo que o trabalho extraordinário nunca deve prevalecer sobre a contratação de profissionais e não deve ultrapassar involuntariamente o limite plasmado na legislação, então, a ser de facto mesmo necessário e continuado, pelo menos acima daquele limite, pode e deve ter outra forma majorada na remuneração, como forma de recompensar o esforço acrescido a que os profissionais estão sujeitos.

Entretanto, convém realçar que esta escassez de pessoal no SNS abriu as portas aos prestadores médicos, a título individual ou através de empresas, médicos que ou não concorrem para as vagas existentes no SNS ou simplesmente as abandonam, criando um autêntico ciclo vicioso no sistema.

De facto, durante a última década vem-se assistindo a uma desnatação preocupante do SNS, tal como já alvitado, como consequência dos baixos salários médicos, congelamentos remuneratórios e estagnação das carreiras, más condições físicas e tecnológicas das instituições, excessiva carga de trabalho à medida que outros profissionais abandonam os serviços, inexistência de incentivos à fixação médica em determinadas áreas geográficas e à maior proliferação de unidades privadas no perímetro do Sistema Nacional de Saúde, mais atrativas em termos pecuniários e não pecuniários.

Por todos estes motivos os serviços ficaram cada vez mais dependentes desses prestadores, nem sempre com a qualidade desejável, com os riscos inerentes à irregularidade e rotatividade dessa prestação, que supostamente auferem um maior valor hora, por vezes inflacionado mas de acordo com as leis do mercado, apesar da tentativa governamental em estabelecer um limite remuneratório.

Estes prestadores têm outra liberdade, podem escolher os locais, horários e períodos mensais de trabalho, não estão fixos numa única instituição e, como tal, preferem este regime mesmo que sem uma proteção social mais robusta, como a proporcionada no serviço público. Até em alguns destes aspectos o sector público não teve a devida flexibilidade concorrencial.

Na RAA, que tem sido muito afetada pela sua realidade insular e ultraperiférica, está prevista uma nova legislação com vista a melhorar as condições de fixação de especialistas. Não podendo os hospitais e USI depender exclusivamente de prestadores, que nem sequer sempre estão disponíveis, é necessário aliciar os médicos residentes, sobretudo os mais jovens, a realizar trabalho suplementar, note-se bem, na medida do possível, de forma totalmente voluntária, salvaguardando sempre o direito às folgas e descansos compensatórios e, sobretudo, com uma recompensa justa.

Calcular uma recompensa justa pelo trabalho extraordinário não é fácil, por múltiplas *nuances*, entre elas o referencial do valor variável recebido pelos prestadores. A este propósito, desde logo há uma desmistificação que é necessário efetuar: o prestador está longe de acarretar para as instituições, numa grande parte dos casos, um valor bruto muito superior ao do médico do mapa de pessoal, como habitualmente é suposto, para além de não ter direito a subsídios de férias e Natal, férias, folgas, descansos compensatórios, licenças, apoio na formação ou na doença. E, como uma grande parte faz trabalho pontual ou através de empresas, a instituição não contribui para a sua segurança social, como compete à entidade empregadora (23,75% sobre o valor total a pagar), cabendo-lhe liquidar, *a posteriori*, esta contribuição e o IRS.

Apesar de tudo isto, a percepção do pessoal do mapa de que, pelo mesmo período de tempo e o mesmo tipo de trabalho, recebe menos que um prestador é em muitas situações verdade, quer em termos líquidos devido aos impostos e contribuições retidos na fonte, quer em termos brutos, sobretudo quando em causa estão médicos especialistas em início de carreira.

Nos Açores acrescem quase sempre a este custo as despesas de deslocação, alojamento e muitas vezes viatura, pagos pela instituição, cujos valores são variáveis, e quando divididos pelas horas totais trabalhadas, se o volume de tempo não for elevado, agravam o valor hora final. Por exemplo, considerando uma viagem de 250 E e 280 E por 7 dias de alojamento, para uma prestação de 96 horas o valor hora agrava-se em 5,5 Euros. São, pois, valores relevantes que devem ser considerados.

Assim, qualquer aumento remuneratório das horas extraordinárias do pessoal do mapa deve ter em conta a capacidade orçamental, equiparar-se pelo menos em termos brutos com o valor dos prestadores oferecido pelos concorrentes, públicos e privados, a logística associada, bem como o montante final não deve contribuir para inflacionar este mercado de trabalho, se for demasiado elevado. É este o exercício a efetuar.

Na Madeira a opção de estabelecer um valor fixo de 50 E para todas as horas pode ser simplista, mas traz à colação algumas questões pertinentes. Desde logo estabelece um referencial inflacionado para os próprios prestadores, aplicado nos Açores acarreta um esforço financeiro governamental maior por haver mais profissionais envolvidos em três hospitais e múltiplas unidades de saúde de ilha (USI) com urgência básica, fruto da maior descontinuidade territorial, agrava os custos institucionais com o acréscimo nas prestações sociais e não discrimina positivamente as noites e os fins-de-semana.

Fazendo algumas comparações com base nos índices remuneratórios acuais das horas extraordinárias presenciais com outras hipóteses é possível alcançar um ponto de equilíbrio. O salário de um especialista na primeira posição remuneratória da carreira médica é de 2.754,48 E, correspondente a 15,89 E/h ilíquidos, mas na realidade o custo efetivo para a instituição, considerando 14 salários e a segurança social, é de 22,94 E/h. Para um médico institucional o seu referencial é o seu valor base e daí, uma importante causa na preferência pela prestação de serviços.

Quanto ao trabalho extraordinário, considerando esse valor base de 15,89 E/h, atualmente uma noite de 12h em dia útil, um sábado de 24h e um domingo ou feriado de 24h corresponde a um valor total ilíquido, respectivamente, de 377,42 E, 814,43 E e 790,59 E. Porém, se consideramos a despesa da instituição com a segurança social aqueles valores são, respectivamente, 467,05 E, 1007,85 E e 978,35 E.

Ora um prestador auferindo 40 E/h custa à instituição pelos mesmos períodos, respectivamente, 480 E, 960 E e 960 E. Ou seja, neste exemplo concreto, para efeitos práticos, um prestador cobra mais que

um médico hospitalar à instituição, mas pontualmente sai mais barato quando considerados os custos da segurança social.

Daqui se infere igualmente que poderia ser tentador majorar somente as horas extraordinárias semanais do pessoal do mapa hospitalar com salários menores, pois a diferença com o prestador é mais notória, mas esta medida parcial poderia ser nociva para completar escalas de fim-de-semana ou feriados, mesmo que estes últimos dias confirmem direito à folga.

À medida que subimos na diferenciação e, logicamente, no salário base médico, o custo do prestador vai-se tornando, em termos comparativos, menos oneroso para a instituição. Por exemplo, de acordo ainda com a nova tabela, para um salário base de um assistente graduado na primeira posição correspondente a 3.219,30 E, ou seja, 18,57 E/h, o valor bruto daqueles mesmos períodos são 441,11 E (545,87 E com segurança social), 951,86 E (1.117,92 E com segurança social) e 924,00 E (1.143,45 E com segurança social).

Um médico externo auferindo 40 E/h, como acima mencionado, continuará a custar à instituição pelos mesmos períodos, respectivamente, 480 E, 960 E e 960 E. O diferencial fica mais reduzido, mesmo sem as prestações sociais. No entanto, se este valor hora alcançar os 50 E, será de 600 E, 1.200 E e 1.200 E, ou seja, os custos finais institucionais com esta contratação já serão ligeiramente superiores, mesmo considerando o efeito das prestações sociais e não incluindo sequer a logística do prestador. No entanto, repita-se, a percepção do médico público é bastante diferente.

Ora, eliminando do diferencial entre a primeira hora extraordinária e seguintes, que é inexplicavelmente menor que as sucessivas, majorando os sábados entre as 8h e as 13h, cujo índice passaria de 1,5 para 2, tendo o mesmo valor de que o das 13h às 20h pois o sábado não faz parte do normal horário médico, majorando as noites de semana, cujo índice passaria de 2 para 2,125 das 20h de segunda até às 8h de sábado e para 2,25 às segundas das 00 às 8h, pois na prática apesar de ser já dia útil não deixa de ser a continuação de um domingo, bem como, finalmente, calculando a hora base sobre a remuneração atribuída ao primeiro escalão de assistente graduado da nova tabela, passando

de 2.754,48 E para 3.219,30 E, um médico nestas condições e nos períodos atrás mencionados teria um aumento de 377,42 E, 814,43 E e 790,59 E para 473,71 E (o que em 12h seria de 39,5 E/h), 991,33 E (o que nas 24h seria de 41,30 E/h) e 965,79 E (o que em 24h seria de 40,20 E/h), respectivamente.

Estes valores são idênticos aos exemplificados para os prestadores, pagos a 40 E/hora, que eram de 480 E, 960 E e 960 E, e são inclusivamente maiores quando consideradas as prestações sociais (586,21 E, 1.226,77 E e 1.195,17 E, respectivamente, o que neste caso equivale a 48,9 E/h, 51,11 E/h e 49,80 E/h, também respectivamente).

Esta majoração das horas extraordinárias, por uma questão de igualdade, deveria afetar todas as categorias médicas existentes, uma vez que também estas realizam trabalho suplementar, mas com base de cálculo nos seus atuais valores salariais, pois os profissionais mais diferenciados já têm valores hora superiores pela tabela antiga.

Como exemplo, o valor atual de um assistente graduado na primeira posição é de 3.219,30 E, como acima referido, enquanto pela tabela antiga é de 4.119,35 E, tornando as horas extraordinárias mais caras e superiores à hora do prestador. Mais ainda, é discutível se deve haver tanta disparidade no pagamento de horas extraordinárias entre médicos, cuja diferenciação já está refletida no salário base.

Concluindo, o pagamento das horas extraordinárias com base no primeiro escalão de assistente graduado aos médicos com salários base menores e a alteração nos índices de cálculo para todos eles poderiam ser comportável, mais aliciente e introduzir alguma justiça remuneratória, pelo menos face aos prestadores pagos a 45 ou 50 E/h.

Por outro lado, além desta eventual reformulação do cálculo das horas extraordinárias, poderia encontrar-se também um outro caminho neste processo, como seja uma progressão mais rápida nas posições remuneratórias da carreira, na RAA. Atualmente essa progressão, na ausência de um sistema de avaliação de desempenho, é feita quando o médico atinge 10 P, somando 1 P por ano trabalhado, ainda que esteja previsto que este valor passe para 1,5 P.

Ainda assim, à razão de 1,5 P anual, só ao fim de 7 anos é que um médico sobe na mesma tabela remuneratória. Se é verdade que como assistente pode aceder ao grau de consultor ao fim de 5 anos, passando a auferir um salário maior, mas onde aí certamente permanecerá uma vez que as vagas de assistente graduado sénior são muito limitadas, como assistente graduado demorará 24 anos a alcançar o último escalão daquela categoria (3.632,46 E mensais líquidos), ou seja, se contabilizarmos também cerca de 5 anos até àquele exame e 5 anos da especialidade, estamos a falar de 35 anos de serviço, o mesmo que dizer no final da carreira.

Logo, a disponibilidade para realizar horas extraordinárias além do limite legal podia ser recompensada com uma mais rápida progressão nas posições remuneratórias, para todos os médicos sem excepção, havendo várias opções para este efeito: contabilizar o trabalho extraordinário realizado e fazê-lo equivaler a anos de serviço, onde eventualmente a prevenção seria valorizada 50%, ou simplesmente atribuir uma pontuação anual diferente a quem se disponibilizasse a fazer este regime.

Assim, uma forma seria atribuir diretamente mais pontos anuais a quem realize trabalho extraordinário, ainda que esta opção corra o risco de tratar de forma desigual quem mais horas efetua, e a outra forma, mais racional, é contabilizar todo o trabalho suplementar realizado para efeitos de contagem de tempo na progressão.

Note-se que, nesta última hipótese, para esta equiparação é fácil admitir, retirando os fins-de-semana (104 dias), feriados em dias úteis (média de 9 dias) e férias (22 dias), que um médico exerce funções, em média, 230 dias por ano à razão de 8h diárias, o que corresponde a um valor padrão de 1.840 h.

A título exemplificativo, para um médico que realize um banco extraordinário semanal presencial de 12 horas noturnas, num total de 4 ao mês, e 1 dia de fim-de-semana de 24 h também ao mês, ao fim de 10 meses ser-lhe-iam contabilizadas cerca de 720 h. Logo, ao fim de 5 anos teria 7,5 P (5 anos x 1,5 P) pelos anos normais de serviço e mais 3 P ((720h x 5 anos) / 1.840h) pelo equivalente a mais 2 anos

de trabalho pelas horas extraordinárias efetivas, ou seja, 10,5 P, o que significa que subiria na posição remuneratória não ao fim de 7 anos mas em 5 anos.

Por último, poder-se-ia considerar uma majoração dos dias de férias anuais, eventualmente até 5 dias, em função do trabalho extraordinário efetivado acima das 200h.

A proposta no seu conjunto, majoração das horas extraordinárias, contabilização dessas horas para a progressão na carreira e a atribuição proporcional de mais dias de férias, seria sempre uma opção médica consciente, esclarecida e voluntária, é perfeitamente exequível pela Tutela, deve ser bem explicada aos profissionais, Ordem dos Médicos e aos sindicatos e pode ser uma boa solução, pois melhora o valor hora em termos líquidos, principalmente dos médicos mais jovens, sendo competitiva em relação aos prestadores, sempre e quando o custo destes últimos não exceda, como mencionado, os 45 ou 50 E/h.

Sem dispor de dados oficiais para calcular o impacto orçamental exato destas medidas, não considerando eventuais aumentos salariais da função pública, não incluindo as futuras progressões mais céleres e mantendo igual o número de elementos escalados habitualmente nos serviços de urgência, estima-se que a eliminação do diferencial entre a primeira hora e sucessivas, a majoração do período das 8h às 13h de sábado e das noites semanais em dia útil e das segundas-feiras, envolvendo todos os médicos, tenham, no imediato, um acréscimo anual entre 5-6% na despesa com todas as atuais horas extraordinárias, enquanto o pagamento do trabalho extraordinário com base no primeiro escalão de assistente graduado, isoladamente, terá um aumento entre 16-17% mas, note-se bem, exclusivamente em relação à minoria de médicos posicionados nos primeiros escalões de assistente da nova tabela remuneratória, ou seja, os médicos mais jovens até alcançarem o grau.

Porém, em termos reais é necessário ter em conta que existem importantes efeitos atenuantes nesta despesa, pelo que será inclusivamente menor: os cálculos apresentados não tiveram em conta as primeiras 200h remuneradas a um valor inferior; parte da verba agora paga a prestadores (despesas com fornecimento de serviços externos) é desviada para os médicos do SRS (despesas com pessoal)

com custos menores; são reduzidos os custos na logística da deslocação de prestadores; e há um aumento na receita do Estado por via das subidas dos escalões do IRS e das prestações sociais dos profissionais envolvidos, prestações que no entanto terão um agravamento para as instituições e, portanto, para efeitos práticos, o balanço final acabará por ser nulo.

Na tabela seguinte apresenta-se um comparativo entre os índices de cálculo das horas extraordinárias atuais e os novos índices sugeridos nesta proposta legislativa.

Índices para cálculo das horas extraordinárias

Períodos de trabalho	Índices atuais (ACSS)	Índices propostos
Trabalho diurno em dias úteis	1ª hora – 1,25 Horas seguintes – 1,5	Todas as horas – 1,5
Trabalho diurno ao sábado até às 13h	1ª hora – 1,25 Horas seguintes – 1,5	Todas as horas - 2
Trabalho noturno em dias úteis	1ª hora – 1,75 Horas seguintes – 2	2ª a 6ª feira 20-24h - 2,125 3ª a sábado 00-08h - 2,125
Trabalho diurno aos sábados depois das 13h, domingos, feriados e descansos semanais	1ª hora – 1,75 Horas seguintes – 2	Todas as horas – 2
Trabalho noturno aos sábados, domingos, feriados e descansos semanais	1ª hora – 2,25 Horas seguintes – 2,5	Todas as horas – 2,5

Assim, a representação parlamentar do PAN, ao abrigo das disposições estatutárias e regimentais aplicáveis, apresenta o seguinte Projeto de Resolução:

A Assembleia Legislativa da Região Autónoma dos Açores, recomenda ao Governo Regional o seguinte:

1. Aplicar uma majoração do trabalho extraordinário após as 200 horas em presença física e 400 horas de prevenção;
2. Acabar para todos os médicos com a desconexa distinção vigente no pagamento da primeira hora extraordinária e as sucessivas, qualquer que seja o período considerado;
3. Remunerar a todos os médicos as horas extraordinárias no período noturno a 2,125% das 20h de segunda às 8h de sábado e a 2,25% das 00h à 8h de segunda-feira ou após um feriado;
4. Majorar o sábado das 8h às 13h a todos os médicos de modo a fazer equivaler o valor hora ao das 13h às 20h, isto é, passar o índice de 1,5 para 2;
5. Manter os restantes índices para os demais períodos para todos os médicos;
6. Ter como base no cálculo do trabalho suplementar médico o valor da primeira posição remuneratória de assistente graduado da nova tabela (3.219,30 E), exceto quando o seu salário base auferido seja logicamente superior;
7. Contabilizar para todos os médicos em cada ano civil as horas extraordinárias realizadas acima das 200 horas e fazer equivalê-las ao horário normal desse período, de modo a atribuir uma pontuação suplementar à já prevista por cada ano laboral (1,5 P), para fins de progressão na carreira, seja, na atual ou na anterior tabela remuneratória;
8. Considerar para todos os médicos uma majoração nos dias de férias anuais, até 5 dias, em função da realização do trabalho extraordinário acima do limite legal;
9. Aplicar este sistema aos hospitais e USI com serviço de urgência, onde seja praticado trabalho extraordinário.



Ponta Delgada, 18 de novembro de 2021

O Deputado,

Pedro Neves