

do Acórdão do Supremo Tribunal Administrativo de 23 de Maio de 2007 proferido no recurso n.º 1004/06.

30 de Abril de 2008. — O Vogal do Conselho Directivo, *António Nogueira de Lemos*.

Despacho (extracto) n.º 14787/2008

Por despacho de 30 de Abril de 2008, do Vogal do Conselho Directivo, proferido por delegação, Maria Margarida Andrade Neves, Assistente Administrativa Principal, do quadro de pessoal do ex-Centro Regional de Segurança Social do Centro nomeada definitivamente na categoria de Técnica de 2.ª classe da carreira técnica, nos termos do Decreto-Lei n.º 497/99 de 19 de Novembro.

(Não carece fiscalização prévia do T.C.)

7 de Maio de 2008. — O Vogal do Conselho Directivo, *António Nogueira de Lemos*.

Rectificação n.º 1185/2008

Por ter saído com inexactidão, no *Diário da República* n.º 69, 2.ª série de 2008-04-08, página n.º 15567, despacho (extracto) n.º 10271/2008: Onde se lê:

“... Técnico de 1.ª classe da carreira de técnico de diagnóstico e terapêutica no quadro de pessoal do ex-Centro Regional de Segurança Social do Centro, a Técnica de 2.ª Classe de Diagnóstico e Terapêutica da área de fisioterapia, Catarina Isabel Cortez Ferreira, a Técnica de 2.ª Classe de Diagnóstico e Terapêutica da área de terapia ocupacional, Neusa Daniela Ferraz Festas Abrantes.”

deve ler-se:

“... Técnico Especialista de 1.ª Classe da carreira de técnico de diagnóstico e terapêutica no quadro de pessoal do ex-Centro Regional de Segurança Social do Centro, as Técnicas Especialistas de Diagnóstico e Terapêutica da área de fisioterapia, Natércia Noiva Leiras, Maria João Alfaia Mendes e Maria Aline Ferreira Lopes Pereira.”

7 de Abril de 2008. — O Vogal do Conselho Directivo, *António Nogueira de Lemos*.

Rectificação n.º 1186/2008

Por ter saído com inexactidão, no *Diário da República* n.º 69, 2.ª série de 2008-04-08, página 15567, despacho (extracto) n.º 10274/2008: Onde se lê:

“... técnico de 1.ª classe da carreira de técnico de diagnóstico e terapêutica no quadro de pessoal do ex-Centro Regional de Segurança Social de Lisboa e Vale do Tejo, as Técnicas de 2.ª Classe de Diagnóstico e Terapêutica da área de terapia ocupacional, Isabel Maria Macieira Condeixa Dias, Graça Maria Moreira da Madalena, Anabela Lourenço Paulino Rodrigues e Maria Julieta Rodrigues.

deve ler-se:

“... Técnico Especialista de 1.ª Classe da carreira de técnico de diagnóstico e terapêutica no quadro de pessoal do ex-Centro Regional de Segurança Social de Lisboa e Vale do Tejo, as Técnicas Especialistas de Diagnóstico e Terapêutica da área de fisioterapia, Alice Maria Beja Barata Ferreira e Josefa Parraga Gimenez, e a Técnica Especialista de Diagnóstico e Terapêutica da área terapia ocupacional Sofia Andresen de Sousa Tavares.

8 de Abril de 2008. — O Vogal do Conselho Directivo, *António Nogueira de Lemos*.

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Gabinete da Ministra

Despacho n.º 14788/2008

A infertilidade é, nos dias de hoje, reconhecida como uma doença que, nos países ocidentais, afecta entre 5 % a 15 % dos casais em idade fértil. As suas causas tanto se devem a factores masculinos como femininos e tende a agravar-se com o protelamento da primeira gravidez.

Trata-se de um problema social e de saúde que origina enorme sofrimento a muitas famílias portuguesas.

Neste sentido, os tratamentos para a infertilidade têm vindo a ganhar uma importância crescente. Os tratamentos médicos que envolvem a

indução da ovulação são, em alguns casos, recomendados como tratamentos de primeira linha. Os tratamentos de PMA [como a fecundação *in vitro* (FIV) e a micro injeção intracitoplasmática de espermatozóide (ICSI)] são considerados tratamentos de segunda linha, pese embora uma percentagem dos casais inférteis que procuram tratamento ter indicação directa para este tipo de técnicas.

Sabe-se que, em Portugal, a produção destes tratamentos situa-se em níveis bastante abaixo dos recomendados internacionalmente. Por exemplo, no caso de ciclos FIV/ICSI, a European Society for Human Reproduction and Embryology recomenda uma produção de 1500 ciclos por milhão de habitantes. Ora, os dados disponíveis em Portugal permitem estimar a realização anual de 2500 ciclos de FIV/ICSI, o que corresponde a apenas 250 ciclos por milhão de habitantes.

Reconhece-se, no entanto, que a recomendação daquela Sociedade acima referida é muito ambiciosa, uma vez que, em 2004, no conjunto de países europeus que têm registo nacional de PMA completo (o que exclui Portugal), a média de produção foi de 1166 ciclos de FIV/ICSI por milhão de habitantes/por ano. Países como a Alemanha e o Reino Unido produziram, naquele ano, respectivamente, 803 e 665 ciclos de FIV/ICSI por milhão de habitantes.

O contexto português actual caracteriza-se por fortes restrições ao acesso de tratamentos de PMA face às necessidades identificadas, traduzindo-se em significativas listas de espera no Serviço Nacional de Saúde. Verificam-se, portanto, iniquidades no acesso à PMA e também no seu financiamento, em virtude de a realização destes tratamentos no sector privado depender fortemente do estatuto sócio-económico dos casais, com os de maior rendimento a poderem suportar os custos elevados dos tratamentos. O facto de no sector privado se verificarem grandes assimetrias de preços para os mesmos tratamentos, dada a inexistência de regulação, agrava adicionalmente estas desigualdades. Outra fragilidade da situação actual decorre da inexistência de um sistema de informação completo que permita conhecer a realidade epidemiológica da infertilidade e da produção de PMA, incluindo os aspectos da regulação clínica dos tratamentos, ao contrário do que sucede em vários países europeus. Em 2006, a Assembleia da República, através da Lei n.º 32/2006, de 26 de Julho, criou o Conselho Nacional de Procriação Medicamentada Assistida, ao qual compete, genericamente, pronunciar-se sobre as questões éticas, sociais e legais da PMA. Por outro lado, e de acordo com o despacho n.º 15 304/2007, de 20 de Junho, ao Governo compete implementar o Programa Nacional de Saúde Reprodutiva, bem como autorizar o funcionamento da rede de centros públicos ou privados de PMA. Assim, o incentivo à PMA e a alteração do modelo subjacente ao seu financiamento público exige uma estreita articulação entre o Ministério da Saúde e aquele Conselho.

Face aos problemas acima identificados, o Governo decide criar um Projecto de Incentivos à PMA que, entre outros aspectos, amplia a responsabilidade do Estado no financiamento destes tratamentos.

A implementação deste Projecto de Incentivos envolve a participação de vários serviços deste Ministério, pelo que se torna imprescindível traçar as orientações necessárias para alcançar aquele desiderato.

Assim, determino o seguinte:

1 — Criar o Projecto de Incentivos à PMA, com os seguintes objectivos:

- Aproximar Portugal da produção média de tratamentos verificada na Europa;
- Favorecer a equidade no acesso e no financiamento da PMA;
- Melhorar a regulação clínica dos tratamentos para a infertilidade;
- Definir uma tabela homogénea de tratamentos da infertilidade;
- Gerar maior capacidade no sector público e organizar a oferta.

2 — Os objectivos do Projecto de Incentivos à PMA, previstos no número anterior, são alcançados através dos seguintes instrumentos:

- A médio prazo, passar dos actuais 2500 ciclos para 6250 ciclos FIV/ICSI por ano;
- Reduzir listas de espera e tornar a capacidade de acesso menos dependente do estatuto sócio-económico dos casais, através de uma responsabilização financeira do Estado proporcionalmente maior;
- Desenvolver protocolos de orientação clínica que normalizem a prática terapêutica em função das situações clínicas diagnosticadas, incentivando abordagens de tratamentos de primeira linha sempre que a boa prática o recomende;
- Estabelecer o regime de preços;
- Desenvolver circuitos de referência e implementar sistemas de informação fiáveis e abrangentes.

3 — O Projecto de Incentivos à PMA funciona no âmbito do Programa Nacional de Saúde Reprodutiva (PNSR) sediado na Direcção-Geral de Saúde (DGS).