



DIÁRIO DO GOVERNO

PREÇO DESTE NÚMERO — 2\$40

Toda a correspondência, quer oficial, quer relativa a anúncios e à assinatura do *Diário do Governo*, deve ser dirigida à Administração da Imprensa Nacional. As publicações literárias de que se recebem 2 exemplares anunciam-se gratuitamente.

ASSINATURAS	
As três séries . . . Ano 360\$	Semestre 200\$
A 1.ª série 140\$	„ 80\$
A 2.ª série 120\$	„ 70\$
A 3.ª série 120\$	„ 70\$

Para o estrangeiro e colónias acresce o porte do correio

O preço dos anúncios (pagamento adiantado) é de 4\$50 a linha, acrescido do respectivo imposto do selo. Os anúncios a que se refere o § único do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 37:701, de 30 de Dezembro de 1949, têm a redução de 40 por cento.

SUMÁRIO

Presidência do Conselho:

Decreto n.º 37:762 — Regula a concessão de subsídio pecuniário e assistência médica e medicamentosa aos beneficiários das caixas sindicais de previdência e das caixas de reforma ou de previdência — Revoga várias disposições dos Decretos n.ºs 25:935 e 28:321.

Ministério das Finanças:

Decreto n.º 37:763 — Promulga várias disposições relativas ao 9.º recenseamento geral da população do continente e ilhas adjacentes, mandado efectuar pelo Decreto-Lei n.º 37:608.

PRESIDÊNCIA DO CONSELHO

Subsecretariado de Estado das Corporações e Previdência Social

Decreto n.º 37:762

1. A Lei n.º 1:884, de 16 de Março de 1935, e os Decretos regulamentares n.ºs 25:935, de 12 de Outubro de 1935, e 28:321, de 27 de Dezembro de 1937, estabeleceram as bases da organização de previdência social destinada a proteger o trabalhador contra os riscos de doença, invalidez, velhice e morte.

No que se refere à doença, a legislação em vigor consigna o princípio de que o seguro do trabalhador contra aquele risco abrange «assistência médica e subsídio por motivo de incapacidade para o trabalho» (Decreto n.º 25:935, artigo 7.º, e Decreto n.º 28:321, artigo 6.º).

Quanto ao subsídio, a lei fixa algumas regras gerais sobre o respectivo montante e condições de atribuição, deixando para os regulamentos internos das caixas o estabelecimento de normas mais pormenorizadas sobre o assunto.

No tocante à assistência médica, a lei actual limita-se a afirmar o princípio de que «aos beneficiários no gozo dos seus direitos e quando doentes será prestada assistência do médico ou médicos da caixa, incluindo visita ao domicílio quando a doença lhes não permita sair» (Decreto n.º 25:935, artigo 34.º, e Decreto n.º 28:321, artigo 33.º). Os regulamentos das instituições incluem a este respeito normas divergentes, consoante os esquemas de assistência praticados, e nem sempre a regulamentação neles contida se afigura a mais conveniente.

Quer dizer: em matéria de prestações em espécie não há qualquer regulamentação legal que defina os limites e as condições gerais de atribuição desses benefícios aos trabalhadores inscritos nas caixas.

A experiência do caminho percorrido desde 1935 na organização e desenvolvimento da previdência social, e

sobretudo os resultados do extraordinário impulso que o sistema recebeu nestes últimos anos, demonstraram a necessidade de rever e completar as disposições vigentes no capítulo do seguro contra a doença. Nomeadamente, o progressivo alargamento do esquema de benefícios em espécie (assistência médica e medicamentos, elementos auxiliares do diagnóstico, etc.), cuja importância e custo ocupam actualmente posição de maior relevo do que o subsídio pecuniário, aconselhou a adopção de determinadas medidas, com o fim de manter o equilíbrio financeiro do seguro dentro das possibilidades actuais da economia nacional.

Por outro lado, a Lei n.º 2:036, de 9 de Agosto de 1949, previu, na sua base XXIV, a alteração do esquema actualmente em vigor na modalidade de doença, a fim de permitir a efectivação da responsabilidade das instituições de previdência pelos encargos com a luta contra as doenças contagiosas.

Estes os motivos fundamentais que determinaram a publicação das normas regulamentares constantes do presente diploma.

Na parte respeitante ao subsídio pecuniário, a regulamentação feita neste decreto foi precedida de parecer do Conselho Superior de Previdência Social, que desde Fevereiro de 1948 se vinha ocupando dos problemas suscitados pelo seguro na doença. As circunstâncias de ordem económica e financeira a que acima se alude levaram essa regulamentação a afastar-se nalguns pontos da proposta no aludido parecer.

As disposições relativas à assistência médica e medicamentosa tiveram em atenção, na medida que foi julgada conveniente, os resultados de diversos trabalhos realizados nos serviços competentes do Instituto Nacional do Trabalho e Previdência.

2. A primeira inovação introduzida no regime actual do seguro na doença diz respeito à introdução de um período de garantia para o direito à assistência médica e medicamentosa.

Designa-se por período de garantia o prazo inicial que em cada modalidade de previdência condiciona a abertura do direito às prestações respectivas.

A lei vigente fixa o período de um ano para haver direito ao subsídio pecuniário na doença — Decreto n.º 25:935, artigo 31.º, alínea a), e Decreto n.º 28:321, artigo 30.º, alínea a) —, mas quanto à assistência médica e medicamentosa não se prevê qualquer prazo de garantia.

«Não se afigura difícil — diz-se no parecer do Conselho Superior de Previdência Social — descobrir as razões que terão levado o legislador dos Decretos n.ºs 25:935 e 28:321 a não estabelecer período de garantia para a assistência clínica, contrariamente à atitude seguida quanto ao subsídio.

Em primeiro lugar, estava-se à data daqueles diplomas na mera fase de criação do sistema de previdência, e era natural que para os primeiros tempos da sua apli-

cação se previsse como muito dispendiosa, em confronto com o custo do subsídio, a assistência médica. E com efeito assim era: tratava-se de uma assistência que quase só comportava consulta médica, muito longe, pois, do grande desenvolvimento e eficiência, e consequente elevação de custo, que só mais recentemente começou a revestir...

Por outro lado, e aliás em correspondência lógica com a ideia anteriormente exposta, a essa fase inicial de instauração do sistema presidia o conceito do seguro-doença sob o aspecto fundamental da concessão do subsídio... A assistência médica funcionava então num plano marcadamente secundário, quase como simples meio de *contrôle* para a concessão do subsídio: era meramente subsidiária a função reparadora do seguro. E assim se compreende que esta quase irrelevância de objectivos consignados à assistência médica não pusesse ao legislador a necessidade duma regulamentação mais severa e rigorosa.

Chegados, porém, na evolução do sistema, a uma altura em que as posições da assistência e do subsídio não só se equiparam, mas até se invertem, quer pelo reconhecimento da maior importância relativa da assistência nos objectivos do seguro, quer, correspondentemente, pelo seu maior custo, a consideração económica do problema requer que o tratamento da lei actual, exigindo período de garantia para o subsídio e dispensando-o para a assistência, não seja mantido...

Além disso, «o seguro necessita de se defender do acolhimento indevido de profissionais simulados, de indivíduos doentes, que se lhe acobertariam só para receberem os respectivos benefícios; e, dada a natureza do mesmo seguro, dispensadora de exames médicos prévios, só resta o recurso à exigência do período de garantia... A necessidade, igualmente relevante, da formação de um fundo de reserva adequado, essa liga-se directamente com o facto do custo do seguro».

Por estes fundamentos estabelece-se para a assistência médica e medicamentosa um período de garantia, que, por motivos óbvios, se faz coincidir com o do subsídio pecuniário.

Simultaneamente, simplifica-se a mecânica de contagem do referido período, exigindo-se apenas o decurso do tempo de inscrição, independentemente da entrada efectiva de contribuições durante esse espaço de tempo.

Mas, por outro lado, impõe-se (artigo 6.º) que, pelo menos no terceiro mês anterior ao da baixa por doença, tenham entrado contribuições correspondentes ao mínimo de oito dias. A alusão ao terceiro mês anterior justifica-se por motivos de ordem administrativa, em face de a impossibilidade de tal verificação ser referida ao mês corrente ou ao anterior, dados os prazos previstos para o depósito e para a contabilização das contribuições. O período de oito dias de trabalho foi considerado o mínimo indispensável para que se possa reconhecer a qualidade de trabalhador, atendendo a que, por circunstâncias várias, quase sempre independentes da sua vontade, muitos indivíduos estão em regime de trabalho reduzido.

Como o subsídio é função do salário médio auferido durante o ano civil anterior à declaração da doença (artigo 7.º do Decreto-Lei n.º 37:426, de 23 de Maio de 1949), o sistema adoptado não implica agravamento do custo financeiro do seguro.

3. Considere-se agora o montante do subsídio.

Como é sabido, a lei actual fixa o valor desse subsídio em dois terços do ordenado ou salário nos três primeiros meses de doença e em metade nos seis seguintes.

Uma das inovações de maior relevo que se introduzem com o presente diploma é a de substituir aquelas percentagens pelo subsídio uniforme de 60 por cento do

ordenado ou salário durante todo o tempo de duração do subsídio (artigo 3.º).

Várias são as razões que justificam a alteração. Em primeiro lugar, não se afigura socialmente muito razoável que se vá reduzir o benefício ao cabo de três meses de doença ininterrupta, precisamente quando é de supor que a economia do beneficiário se encontra com menor grau de resistência.

Em segundo lugar, são intuitivas as vantagens de ordem administrativa — simplificação de processos e consequente economia de despesas — que se obtêm com a unificação do subsídio.

Por último, da alteração introduzida não resulta qualquer aumento de encargos, antes se prevêem algumas economias resultantes do facto de o grande volume de doenças ser de duração não superior a três meses e neste período o subsídio baixar de dois terços para 60 por cento do salário.

Estabelece-se, além disso, o princípio de que, se o beneficiário receber da entidade patronal remuneração no decurso de doença que confira direito a subsídio, este só será atribuído se aquela remuneração for inferior ao ordenado ou salário de categoria e até à concorrência deste. Semelhante regra tem por fim evitar que o seguro possa transformar-se em fonte de lucros para os beneficiários, com todo o cortejo de fraudes a que incitaria.

4. O artigo 4.º ocupa-se do prazo de duração do subsídio de doença e do respectivo período de carência.

No regime actual o subsídio não pode ser pago por mais de nove meses na mesma doença, reputando-se como mesma doença, para esse efeito, além dos impedimentos temporários para o trabalho que os médicos considerarem derivados de uma só doença, aqueles que se verificarem com intervalos inferiores a doze meses, contados da alta de cada impedimento até à baixa do seguinte.

As modificações introduzidas neste regime são as seguintes:

a) O prazo de duração do subsídio é fixado em número certo de dias — duzentos e setenta —, em lugar de ser referido a meses;

b) Deixa de ser considerado o princípio da *mesma doença*.

A justificação destas alterações resume-se no seguinte:

a) Com a fixação expressa da duração do subsídio em número certo de dias procurou-se evitar as divergências de critério que se têm verificado na aplicação da lei e satisfazer a preferência actuarial;

b) Diz a lei actual que o subsídio não pode ser pago por mais de nove meses *na mesma doença*, considerando-se como tal os impedimentos temporários que os médicos considerarem derivados de uma só doença, bem como os que se verificarem com intervalos inferiores a doze meses, contados da alta de cada impedimento até à baixa seguinte.

Há que reconhecer, em primeiro lugar, a dificuldade, senão a impossibilidade, de diagnosticar sempre com segurança a doença posterior como sendo igual à antecedente: a falibilidade do diagnóstico poderá ser até, ao menos em parte, provocada por manifestações de sintomas subjectivos ou simulados que induzam os médicos em erro.

Por outro lado, se os impedimentos a considerar para o efeito da mesma doença se situam em intervalos inferiores a doze meses, não pode deixar de reputar-se, de certo modo artificial o critério que os faz englobar na mesma doença, não obstante constituírem manifestações mórbidas completamente distintas.

E, ainda, não se afigura inteiramente justo o negar-se subsídio ao beneficiário que, embora mais de um

ano depois de haver sofrido certa doença, seja atacado de outra que os médicos considerem derivada da anterior, pois isso não significa necessariamente presunção de invalidez.

Convém relacionar estas considerações com a alteração introduzida no chamado *período de carência* para a renovação do direito ao subsídio (n.º 2.º e 3.º do artigo 4.º).

Entende-se por período de carência o prazo que decorre desde o dia em que o beneficiário esgotou o direito à prestação até àquele em que de novo o adquire.

A lei actual estabelece o período de carência do subsídio de doença nos seguintes termos: «Atingido o limite de tempo fixado nos regulamentos privativos para a concessão do subsídio, o beneficiário só poderá receber de novo este subsídio em doença diversa e passados doze meses completos de contribuição efectiva para a caixa».

A exigência da diversidade de doença tinha em vista a eliminação dos inválidos, cuja cobertura cabe ao seguro de invalidez. Mas já atrás se notaram as dificuldades práticas da determinação da identidade de doença. E reputou-se que, em boa razão, uma doença, conquanto idêntica à anterior, se estiver situada para além do período de carência, não tem forçosamente de presumir-se como indicadora de invalidez.

A eliminação dos princípios da *mesma doença* e da *doença diversa* permite, além disso, que o diagnóstico feito pelo médico deixe de ser obrigatoriamente comunicado aos serviços administrativos das instituições, e seja apenas confiado aos serviços de estatística médica, conforme vem solicitando a Ordem dos Médicos.

5. Para a concessão do subsídio de doença exige a lei, além dos períodos de garantia e de carência, a observância de um *período de espera* no início de cada impedimento. A ele se refere o artigo 5.º do presente decreto: «O subsídio não será concedido pelo prazo que compreenda os primeiros seis dias úteis em cada impedimento por doença . . .».

O mesmo princípio, formulado embora por forma diferente e restrito a três dias, existia já na lei em vigor (Decreto n.º 25:935, artigo 39.º, e Decreto n.º 28:321, artigo 38.º).

A experiência aconselha a que o período de espera previsto na legislação actual seja alargado para seis dias, a fim de se alcançarem mais perfeitamente os seus objectivos:

a) Necessidade de evitar a simulação de doenças, cuja verificação imediata nem sempre é possível;

b) Conveniência de não favorecer um excessivo sentimento de segurança que aliviasses os beneficiários de toda a responsabilidade económica, sendo certo que a função própria do subsídio é a de compensar o trabalhador pela perda do salário quando a doença se prolongue para além daquele mínimo de tempo durante o qual se presume que a economia familiar possa suportar o prejuízo.

A regulamentação internacional, que inicialmente adoptara também o período de espera de três dias (recomendação n.º 29 da Conferência Internacional do Trabalho), modificou posteriormente essa regra para alguns dias na Conferência de Filadélfia de 1944 (recomendação n.º 67, base IX, alínea 2).

No mesmo sentido se pronunciou entre nós a Câmara Corporativa no seu parecer n.º 35, de 7 de Abril de 1949 — *Diário das Sessões*, 1949, suplemento ao n.º 188, p. 522-(8).

A redacção que se adoptou teve em vista evitar certas dúvidas de interpretação que até agora se verificavam e recusar o subsídio em relação a dias não úteis, isto é, em que não haja perda de salário por virtude de doença,

já que o mesmo subsídio tem como função a substituição daquele salário.

Resta acrescentar que o período de espera é restrito ao subsídio: não existe para a assistência médica e medicamentosa.

6. Os artigos 7.º a 14.º ocupam-se especialmente dos limites e das condições de atribuição da assistência médica e medicamentosa no seguro contra a doença.

Na fase actual da evolução do sistema reconhece-se a conveniência de definir certos princípios gerais sobre a matéria, pois a assistência médico-farmacêutica, como atrás se acentuou, ocupa hoje naquele seguro, já pela sua função, já pelo seu custo, um papel de maior relevo do que o próprio subsídio pecuniário.

O objectivo primacial do seguro na doença deixou de ser a indemnização pela perda de salário para passar a traduzir-se na recuperação da capacidade de trabalho do beneficiário doente e na defesa da saúde do seu agregado familiar. Alcançava-se assim, ao lado de maiores benefícios sociais, maior economia na concessão de subsídios, na medida em que, através da assistência médica e medicamentosa, se reduzia a duração da doença e se melhorava o estado sanitário do meio em que vivia o trabalhador.

Ao lado da acção curativa procura o seguro social, numa fase mais recente da sua evolução, utilizar os meios de prevenir as enfermidades através da difusão e aplicação dos métodos de profilaxia e sanidade individual e colectiva. A esta nova função do seguro se refere especialmente o artigo 17.º do presente diploma.

O princípio da racionalidade económica, que inspira toda a orgânica do seguro social, tem especial relevância na organização e funcionamento dos serviços médicos e farmacêuticos postos à disposição dos segurados. Importa determinar perfeitamente os objectivos e escolher os meios mais racionais para os alcançar, de forma a excluir todo o gasto supérfluo. Numa palavra: deve ser obtido o máximo de eficiência com o mínimo de dispêndio.

A legislação até agora vigente, como atrás se disse, limitava-se a reconhecer o direito do beneficiário doente a assistência médica, incluindo visitas domiciliárias. Não havia qualquer limitação legal das prestações em espécie. Resultou daí, na prática, a maior diversidade nos esquemas de assistência, de instituição para instituição, desde a simples clínica geral até à concessão de todos os medicamentos e aos serviços de internamento. Neste regime os trabalhadores teriam maiores ou menores possibilidades de tratamento quando doentes conforme a instituição em que fossem obrigados a inscrever-se.

Verificava-se assim, ao lado de uma disparidade flagrante nos meios de tratamento, uma multiplicidade de instalações, um acréscimo de burocracia e, sobretudo, uma diversidade de critérios nas soluções que não podiam deixar de viciar a administração económica e racional do seguro.

As exigências do princípio da economia e da racionalização dos serviços levaram a organização, em fase recente, a concentrar em serviço comum das instituições a prestação da assistência sanitária. Procurou-se deste modo obter, na medida do possível, a necessária uniformidade dos esquemas de assistência, uma melhor hierarquização dos quadros técnicos e a indispensável especialização dos administradores.

A normalização dos esquemas de prestações tinha um grande alcance social, na medida em que permitia eliminar as desigualdades de meios terapêuticos, dentro do mesmo núcleo profissional ou zona geográfica, que não parece ter justificação aceitável. Na verdade, se é de admitir que as prestações em dinheiro estejam relacio-

çadas e variem com o ordenado ou salário, que se destinam a substituir, já não é fácil encontrar fundamento para o facto de, por mudança de profissão ou de actividade económica, o mesmo indivíduo deixar de ter, por exemplo, direito a medicamentos ou a tratamento por especialistas para passar a ter apenas consultas de clínica geral. E não deve perder-se de vista que a inscrição dos beneficiários nas instituições é obrigatória e que, de uma maneira geral, todos descontam idêntica percentagem sobre os seus salários.

No presente diploma definem-se os princípios fundamentais que no futuro devem reger a organização e o funcionamento da assistência sanitária nas instituições de previdência, por forma a possibilitar o estabelecimento de bases para o cálculo financeiro do seu custo.

7. O artigo 7.º do diploma que estamos examinando define os locais onde é prestada a assistência médica aos beneficiários do seguro.

Merece referência especial a regra da alínea c) daquele artigo, que traduz a afirmação prática do princípio da coordenação entre os serviços da previdência e os da assistência social. Idênticas aplicações deste princípio se encontram no artigo 9.º, na alínea a) do artigo 10.º e no artigo 17.º

Observada a orientação definida nestes preceitos, não serão legítimos de futuro os receios de duplicação de esforços entre os dois referidos sectores. Recorrer-se-á aos serviços dos estabelecimentos de assistência sempre que daí advenham vantagens para as instituições de previdência ou para os seus beneficiários através de acordos a celebrar entre os dois sectores. Fora desses casos manter-se-á o princípio de que a assistência sanitária aos inscritos nas caixas compete aos serviços médicos-sociais das instituições ou à sua Federação (artigos 7.º, 9.º e 10.º).

Semelhante orientação é, de resto, a que resulta da própria lei em vigor. O Estatuto da Assistência Social (Lei n.º 1:998, de 15 de Maio de 1944) afirma na sua base III o princípio de que os serviços de assistência pública têm carácter *supletivo* e na base VI o de que «as actividades de assistência serão exercidas em coordenação com as de previdência, por forma a favorecer o desenvolvimento desta».

O Estado Corporativo Português definiu desde o início a sua orientação em tal sentido. A nossa previdência social assenta directamentem na organização do trabalho (Estatuto do Trabalho Nacional, artigo 48.º); os respectivos benefícios são proporcionados ao ordenado ou salário dos beneficiários; os recursos financeiros do seguro são obtidos exclusivamente à custa de contribuições dos trabalhadores e das empresas. A assistência médico-social à população trabalhadora ficou assim, entre nós, essencialmente ligada à organização da previdência e à regulamentação do trabalho (Lei n.º 1:884, artigos 4.º e 10.º), já porque se destina a controlar a concessão dos subsídios na doença e a diminuir a duração destes, já porque os referidos subsídios se prendem directamente com os ganhos do trabalhador, cuja perda visam a compensar.

8. Os artigos 8.º a 10.º definem o conteúdo genérico do esquema de assistência clínica a prestar aos beneficiários das instituições de previdência, dentro das variáveis condições de cada núcleo profissional ou zona geográfica e conforme as circunstâncias o forem permitindo.

Na base do esquema estão os serviços de medicina geral, compreendendo as consultas, as visitas domiciliárias, as intervenções de pequena cirurgia (cirurgia ambulatória), os partos e os tratamentos.

Nas zonas de reconhecida importância industrial ou comercial, e à medida que as circunstâncias o forem permitindo, está prevista a instalação de serviços especializados, designadamente os serviços dentários, a ginecologia e a obstetrícia, a pediatria, a enfermagem e outros que forem julgados convenientes.

Procura-se assegurar, além disso, dentro das possibilidades, a concessão dos elementos auxiliares do diagnóstico — análises clínicas, radiografias, radioscopia, electrocardiogramas e outros.

Os serviços de grande cirurgia e os de internamento serão normalmente prestados, de acordo com as normas de coordenação entre a previdência e a assistência social, pelos estabelecimentos de assistência pública e particular, nos termos que forem regulados em diploma especial.

A concessão de outras prestações em espécie (é o caso, por exemplo, dos aparelhos de prótese, óptica e semelhantes) ficará condicionada às possibilidades das instituições, dentro da orientação que for aprovada pelo Instituto Nacional do Trabalho e Previdência.

De uma maneira geral, este esquema corresponde ao que já é praticado pelos serviços médicos federados, que tendem a abranger a quase totalidade das instituições, embora deva sempre admitir-se a possibilidade de existência de serviços destacados da organização comum.

9. Os artigos 11.º e 12.º regulam as condições gerais de prestação da assistência medicamentosa.

É particularmente difícil o problema da concessão de medicamentos no seguro social.

Note-se em primeiro lugar que não há qualquer equivalência entre o custo da assistência medicamentosa e as contribuições em percentagem do salário.

Na distribuição de medicamentos corre-se o duplo risco de onerar demasiadamente a organização com o funcionamento de um sistema complicado de *contrôle* ou de estar a conceder medicamentos a pessoas estranhas ao seguro, agravando por forma incomportável os encargos do sistema.

Depois vem a dificuldade em levar os médicos a limitar-se dentro de um receituário simultaneamente eficiente e económico e em evitar as possibilidades de fraude na obtenção dos medicamentos.

A fim de superar, na medida do possível, estas dificuldades, os serviços federados das instituições de previdência foram conduzidos a restringir a concessão de medicamentos aos que teriam de ser aplicados nos postos ou no domicílio por pessoal dos mesmos serviços, isto é, aos injectáveis, às sulfamidas e às vacinas.

A experiência revelou, porém, que tal sistema, embora o mais simples sob o ponto de vista das possibilidades de fiscalização, apresenta vários inconvenientes. Exige, antes do mais, um grande volume de pessoal auxiliar encarregado de administrar esses medicamentos, o que onera sensivelmente a organização. Ao mesmo tempo, implica a deslocação do doente ambulatório aos serviços todas as vezes que deva ser feita a aplicação do medicamento, o que, além de se tornar incómodo para o beneficiário quando essa deslocação for longa ou difícil, provoca acréscimo sensível no movimento dos postos clínicos ou dos consultórios dos médicos. Por outro lado, verifica-se que, em certo número de enfermidades, pode obter-se o mesmo resultado terapêutico com medicamentos não injectáveis, normalmente administrados por via bucal (medicamentos *per os*), cujo custo é, em regra, sensivelmente inferior ao dos medicamentos injectáveis correspondentes. E, por último, deve dizer-se que há doenças em que não pode dispensar-se o tratamento *per os*.

No intuito de prevenir os inconvenientes apontados, estabelece-se no presente diploma o princípio de que a assistência medicamentosa será assegurada tendo em vista o máximo de eficiência e de economia, dentro das possibilidades das instituições. Não se restringe o tratamento a determinada categoria de medicamentos; quer dizer, permite-se a terapêutica *per os* além da de injectáveis. Mas prevê-se a limitação do receituário aos medicamentos (injectáveis ou não) constantes de lista ou formulário adequado, cuja elaboração e actualização se confiam a uma comissão especializada de nomeação governamental.

A experiência deste sistema, que tem sido feita com êxito em diversos países e, entre nós, nalgumas instituições de previdência, parece recomendá-lo como económica e tecnicamente preferível ao sistema actualmente praticado na generalidade dos casos, nomeadamente através dos serviços médicos federados.

10. É evidente que a obtenção do máximo de economia sem prejuízo da eficiência terapêutica, não apenas na concessão de medicamentos, mas em todo o restante esquema de assistência (consultas, visitas domiciliárias, elementos de diagnóstico, etc.), depende fundamentalmente da colaboração inteligente e conscienciosa dos médicos ao serviço das instituições.

Neste capítulo, como nos restantes, a obra de larga projecção social que se propõe a organização da previdência somente poderá alcançar os seus fins na medida em que dispuser de servidores inteiramente votados à realização do bem comum e conscientes dos elevados objectivos que inspiram essa tarefa grandiosa.

Nunca será demasiadamente encarecida a alta função social que cabe aos médicos das instituições de previdência. «O médico ao serviço das instituições — lê-se numa publicação notável da Repartição Internacional do Trabalho — não se limita a tratar as doenças dos segurados, mas cabe-lhe, além disso, aconselhar os doentes nos seus problemas morais e materiais, divulgar entre eles os conhecimentos de higiene e procurar prevenir as doenças mais do que curá-las . . . As instituições têm o direito de pedir aos médicos que conheçam a estrutura e a organização administrativa do seguro e apliquem o princípio de economia como regra geral da sua acção . . . As instituições esperam que o médico pondere devidamente a responsabilidade que assume quanto à atribuição conscienciosa das prestações do seguro e se recuse a proporcionar toda e qualquer utilização abusiva dessas prestações» (B. I. T., *L'organisation économique des prestations médicales et pharmaceutiques dans l'assurance-maladie*, Genève, 1938, pp. 22-23).

A posição do médico do seguro, que tem por dever funcional observar o princípio de economia na acção terapêutica que preconiza, é, afinal, essencialmente idêntica à do médico de clínica livre, que tem por norma deontológica adaptar os honorários e os meios de tratamento às possibilidades económicas do seu cliente. O médico do seguro não deve perder de vista que as instituições têm recursos limitados e que estes são constituídos exclusivamente por contribuições sobre os salários, cujo nível é na generalidade modesto. Essas contribuições não podem exceder certo limite sem pôr em risco a satisfação de necessidades vitais dos trabalhadores ou o equilíbrio financeiro das empresas, com prejuízo, em qualquer caso, dos interesses da economia nacional.

A prescrição de acção terapêutica por forma antieconómica compromete a boa administração dos dinheiros das instituições e pode colocar estas na impossibilidade de cumprir o esquema assistencial a que se tinham obrigado ou levá-las a restringir outros benefícios igual-

mente valiosos, com todo o cortejo de perturbações sociais daí resultantes.

11. O artigo 13.º introduz algumas regras que podem considerar-se inteiramente novas no regime actual de concessão da assistência médica e medicamentosa.

Trata-se da participação dos doentes nos encargos dessa assistência, através das seguintes modalidades:

a) Pagamento de «senhas de consulta» para a admissão aos serviços de consultas e visitas domiciliárias;

b) Participação no custo de medicamentos, elementos de diagnósticos, serviços de grande cirurgia, internamentos e outros meios de tratamento.

A experiência destes últimos anos, sobretudo depois que a organização alargou o seu campo de acção e ampliou o esquema de prestações médico-sociais, tem vindo a demonstrar a necessidade de reprimir a tendência do beneficiário menos escrupuloso para utilizar abusivamente os serviços postos gratuitamente à sua disposição. A inexistência de freios contra esses abusos repercute-se imediatamente sobre o movimento dos serviços, a dimensão das instalações, o volume de pessoal; numa palavra, sobre o custo da organização.

No tocante aos medicamentos e elementos auxiliares do diagnóstico a concessão gratuita conduz igualmente ao abuso, ao desperdício, ao desvio ilegal para estranhos à organização, à simulação e à fraude. Por isso os serviços médicos das instituições foram levados, como atrás vimos, a limitar a concessão de medicamentos a determinada categoria de produtos, a fim de possibilitar uma fiscalização eficiente. Reconhecida, porém, neste momento, a conveniência de alargar essa concessão a medicamentos aplicáveis directamente pelo beneficiário, torna-se indispensável tomar as medidas reputadas convenientes para garantir, dentro das possibilidades, a utilização económica de tais prestações.

Em face do exposto, não pode deixar de se estabelecer o princípio da participação do beneficiário no custo das consultas e dos meios de tratamento, com vista a obter, simultaneamente, um freio ao abuso e uma forma de diminuição dos encargos do seguro.

A este respeito podem citar-se, entre outros, os exemplos da França, da Bélgica, da Suécia e da Suíça.

Quanto ao nosso país, lê-se em recente relatório dos serviços do Instituto Nacional do Trabalho e Previdência: «A curta experiência da concessão gratuita de meios de tratamento não tem provado bem. Basta que lembremos os 576 contos de material abandonado em 1948: 25:000 caixas de ampolas, cerca de outros tantos doentes que menosprezaram o sacrifício que tal oferta comportava, que desdenharam a dádiva porque a não sabiam avaliar. A muitos desses, naturalmente, só interessava o atestado de baixa, garantia do direito ao subsídio. A medicamentação aplicada foi naturalmente improficua. A restante, recuperada, mas com certo trabalho administrativo, despesas de transporte, etc. Ao cabo, dinheiro perdido . . . Não há dúvida de que a «participação» do segurado corrigiria quase totalmente o abandono voluntário».

A determinação do modo e do quantitativo da participação do doente no custo dos serviços e dos meios de tratamento será fixada, para cada instituição, no seu regulamento interno. Assim se obterá, na medida do possível, a adaptação do sistema às variáveis condições de cada actividade ou núcleo profissional.

Na mesma orientação de pôr cobro a abusos e de adequar os benefícios às possibilidades económicas do seguro se filia o disposto no artigo 14.º, quanto aos limites de tempo para haver direito à assistência medicamentosa cujo custo só parcialmente seja suportado pelo doente. Fora de tais limites compreende-se que o doente deva pagar a totalidade desse custo, embora

benefício do preçário reduzido que a organização lhe proporcione.

12. As restantes disposições do diploma que se segue não carecem de justificação especial.

O artigo 15.º regulamenta a extensão da assistência médica e medicamentosa às pessoas de família a cargo do beneficiário, com a necessária prudência, tendo em atenção as possibilidades das instituições.

O artigo 17.º, a que noutro lugar já se aludiu, representa mais uma forma de coordenação entre os serviços da previdência e os serviços de saúde do Estado ou de outras entidades estranhas ao seguro social.

As instituições de previdência são directamente interessadas no desenvolvimento da medicina preventiva, em todas as suas modalidades de acção.

Aos médicos dessas instituições cabe um papel de primeiro plano na vulgarização e execução das medidas de profilaxia e sanidade individual e colectiva.

O artigo 18.º traz algumas regras que hão-de facilitar a execução prática da nova regulamentação e permitir assegurar o equilíbrio financeiro do seguro.

Simultaneamente, os fundos de assistência das caixas são reconduzidos à sua função própria, definida nas disposições legais em vigor (Lei n.º 1.884, artigo 6.º, § 2.º): concessão de prestações extraordinárias à margem de compromissos regulamentares, sendo as receitas constituídas por valores não provenientes das contribuições ordinárias.

Nestes termos:

Usando da faculdade conferida pelo n.º 3.º do artigo 109.º da Constituição, o Governo decreta e eu promulgo o seguinte:

Artigo 1.º Os beneficiários das caixas sindicais de previdência e das caixas de reforma ou de previdência têm direito, quando doentes, a subsídio pecuniário e a assistência médica e medicamentosa, nas condições reguladas pelo presente diploma.

Art. 2.º — 1. O subsídio pecuniário e a assistência médica e medicamentosa serão concedidos aos beneficiários que tenham, pelo menos, um ano de inscrição e se impossibilitarem temporariamente para o trabalho, em virtude de doença ou acidente que não estejam a coberto da legislação sobre acidentes de trabalho.

2. Se a doença ou o acidente resultarem de acto de terceiros e houver direito a indemnização, a caixa, por sub-rogação legal, terá regresso contra aqueles, ou o direito a ser reembolsada do subsídio pago à vítima e do custo da assistência que lhe for prestada, se por aquela tiver sido recebida a indemnização, e até ao limite do valor dos benefícios concedidos.

3. Se a doença ou acidente resultarem de acto ou omissão intencional do beneficiário, este não terá direito a subsídio nem a assistência médica ou medicamentosa e a caixa poderá reaver o valor dos benefícios eventualmente concedidos. O mesmo se observará em caso de simulação por parte do beneficiário.

Art. 3.º — 1. O subsídio diário por doença é igual a 60 por cento do ordenado ou salário, a que se refere o artigo 7.º do Decreto-Lei n.º 37.426, de 23 de Maio de 1949.

2. Se o beneficiário receber da entidade patronal remuneração no decurso de doença que confira direito a subsídio, este só será atribuído se aquela remuneração for inferior ao ordenado ou salário de categoria e até à concorrência deste.

Art. 4.º — 1. O subsídio não poderá ser pago por mais de duzentos e setenta dias seguidos ou interpolados em cada período de doença.

2. Atingido o limite de tempo fixado no n.º 1 deste artigo, o beneficiário só poderá receber de novo o subsídio decorridos doze meses.

3. Se, desde a data em que tiver terminado o último impedimento com direito a subsídio, houverem decorrido, pelo menos, doze meses, o beneficiário terá direito a receber de novo o subsídio até duzentos e setenta dias, ainda que anteriormente tenha esgotado este tempo.

Art. 5.º — 1. O subsídio não será concedido pelo prazo que compreenda os primeiros seis dias úteis em cada impedimento por doença verificada pelo médico da instituição.

2. O dia da baixa não será considerado para efeito deste artigo se em tal dia o beneficiário tiver recebido ordenado ou salário.

3. Os regulamentos internos das caixas estabelecerão os prazos e as condições em que, para efeito de pagamento de subsídio, deve ser feita a participação da doença.

Art. 6.º O beneficiário não terá, em qualquer caso, direito a subsídio nem a assistência médica e medicamentosa se em seu nome não tiverem entrado contribuições correspondentes a oito dias, pelo menos, no terceiro mês anterior ao da pretensa baixa.

Art. 7.º — 1. A assistência médica será prestada:

a) Em postos clínicos das instituições de previdência ou sua federação, sempre que o número de beneficiários em determinada área o justifique e não seja caso de recorrer aos serviços a que se refere a alínea c);

b) Nos consultórios dos médicos contratados pelas instituições ou sua federação, em áreas onde não existam postos privativos ou quando estes não assegurem determinados serviços, ressalvado o disposto na parte final da alínea anterior;

c) Em serviços de estabelecimentos ou instituições de assistência, quando daí advenham vantagens para as instituições ou para os beneficiários;

d) No domicílio, quando a doença impossibilite os beneficiários de sair.

2. No caso da alínea b) os consultórios dos médicos serão considerados como delegações dos serviços médicos das instituições para o efeito de se subordinarem às normas regulamentares desses serviços.

3. As regras de utilização dos estabelecimentos ou instituições de assistência nos termos da alínea c) e da parte final da alínea a) serão fixados por acordo entre os Subsecretários de Estado da Assistência Social e das Corporações e Previdência Social, ou entre as instituições e os estabelecimentos interessados, ficando neste caso o acordo sujeito à aprovação dos referidos Subsecretários de Estado.

4. Do acordo ou acordos celebrados nos termos do número anterior devem constar, entre outras regras, as relativas ao horário de consultas e tratamentos a observar pelos beneficiários, o qual atenderá às conveniências dos trabalhadores e das empresas, e bem assim a obrigatoriedade de os médicos e o pessoal auxiliar e administrativo dos referidos estabelecimentos ou instituições de assistência cumprirem as normas regulamentares a que alude o n.º 2 deste artigo.

Art. 8.º — 1. A assistência médica deverá assegurar os serviços de medicina geral, compreendendo consultas, visitas domiciliárias, cirurgia ambulatória, partos e tratamentos.

2. Nas zonas ou áreas de reconhecida importância industrial ou comercial, e à medida que as circunstâncias o forem permitindo, a assistência médica abrangerá, além da clínica médica, outros serviços especializados considerados convenientes, designadamente a estomatologia, a ginecologia e obstetrícia, a pediatria e a enfermagem, de harmonia com a orientação aprovada pelo Instituto Nacional do Trabalho e Previdência.

3. Fora dos casos previstos no número anterior, os médicos que prestem assistência aos beneficiários das caixas

deverão assegurar os serviços a que se refere o n.º 1 deste artigo.

Art. 9.º—1. Os serviços de grande cirurgia e os de internamento em estabelecimentos hospitalares ou análogos serão assegurados através da utilização de estabelecimentos ou instituições de assistência pública ou particular, sem prejuízo do disposto na primeira parte do artigo 31.º do Decreto-Lei n.º 32:674, de 20 de Fevereiro de 1943, e na base xxiv da Lei n.º 2:936, de 9 de Agosto de 1949.

2. As condições de admissão e os prazos de internamento serão estabelecidos em diploma especial, de harmonia com as possibilidades das instituições de previdência.

Art. 10.º Na assistência médica consideram-se incluídos, à medida que as circunstâncias o permitam, os elementos auxiliares do diagnóstico, que serão fornecidos:

a) Por serviços próprios das instituições ou sua federação, quando não seja caso de utilizar os dos estabelecimentos ou instituições de assistência, nos termos previstos na alínea c) e nos n.ºs 3 e 4 do artigo 7.º;

b) Por meio de contratos com médicos das respectivas especialidades, quando não seja possível ou conveniente recorrer aos serviços previstos na alínea anterior.

Art. 11.º—1. A assistência medicamentosa será concedida tendo em vista o máximo de eficiência terapêutica e de economia, dentro das possibilidades das instituições.

2. O receituário será limitado aos medicamentos constantes de lista ou formulário elaborados e actualizados por uma comissão nomeada pelo Subsecretário de Estado das Corporações e Previdência Social.

3. As instituições de previdência que já possuam lista ou formulário de medicamentos deverão submetê-los a revisão pela comissão mencionada no número anterior.

4. Em cada prescrição de medicamentos não poderá ser receitada mais do que uma unidade ou embalagem de cada fórmula ou produto, de harmonia com as normas regulamentares sobre o assunto.

Art. 12.º—1. O fornecimento de medicamentos será assegurado por uma ou mais das seguintes formas:

a) Instalação de serviços próprios das instituições ou da sua federação, encarregados da preparação de medicamentos e da sua distribuição pelos beneficiários;

b) Armazenagem e distribuição de medicamentos pelas instituições ou sua federação, sendo o abastecimento feito directamente em fornecedores existentes, nos termos do n.º 2 deste artigo;

c) Distribuição de medicamentos através de farmácias abertas ao público, observado o disposto no n.º 3.

2. O fornecimento de medicamentos pela forma prevista na alínea b) poderá fazer-se nas condições que forem reguladas por acordo entre as instituições ou sua federação e o organismo ou organismos corporativos interessados, ouvido o Ministério da Economia, e sujeito o referido acordo à aprovação do Subsecretariado de Estado das Corporações e Previdência Social. Na falta de acordo, ou se este não merecer aprovação, será o fornecimento realizado mediante concurso aberto pelas instituições ou sua federação entre fabricantes ou importadores de produtos farmacêuticos, podendo prever-se para esse efeito a criação de embalagens especiais, não transaccionáveis em relação ao público, e sendo o resultado do concurso submetido igualmente à aprovação daquele Subsecretariado.

3. O fornecimento de medicamentos pela forma prevista na alínea c) poderá também ser feito mediante acordo entre as entidades referidas no número anterior. Na falta de acordo ou se este não merecer aprovação, será o fornecimento posto a concurso entre fornecedores existentes, nos mesmos termos do n.º 2. A distribuição dos medicamentos pelas farmácias será concedida

àqueles que declarem aceitar as condições postas pelas instituições ou sua federação para a venda aos beneficiários.

Art. 13.º—1. A utilização dos serviços de consulta e visitas domiciliárias será feita mediante o pagamento de «senhas de consulta» pelos doentes que recorrerem a esses serviços.

2. O custo dos elementos auxiliares do diagnóstico e dos medicamentos, bem como os serviços de cirurgia e de internamento e dos restantes meios de tratamento, quando os haja, será, em parte ou na totalidade, suportado pelo doente.

3. O quantitativo e a forma do pagamento das senhas de consulta e da participação prevista no número anterior constarão dos regulamentos internos a que se refere o artigo 19.º, observado o disposto no artigo seguinte.

Art. 14.º—1. A participação das instituições ou sua federação no custo da assistência medicamentosa aos beneficiários com baixa por doença não poderá ser concedida por prazos superiores aos estabelecidos no artigo 4.º

2. Aos beneficiários fora dos casos a que respeita o número anterior, a participação ali mencionada não poderá prolongar-se por mais de cento e oitenta dias, seguidos ou interpolados, em cada período de tratamento. Atendido este limite, o beneficiário só terá, de novo, direito à participação passados doze meses. Se entre dois períodos de tratamento houverem decorrido, pelo menos, doze meses, o beneficiário renovará igualmente o direito à participação durante cento e oitenta dias, ainda que anteriormente tenha esgotado este tempo.

3. Para além dos prazos fixados neste artigo, os beneficiários que não tenham sido abrangidos pelo disposto no artigo 6.º deverão suportar a totalidade do custo dos medicamentos que lhes sejam prescritos pelos médicos das instituições ou sua federação.

Art. 15.º A assistência médica e medicamentosa à família dos beneficiários só poderá ser concedida quando regularmente incluída nos esquemas de benefícios das instituições ou sua federação, em harmonia com as possibilidades averiguadas de umas ou da outra, e deverá obedecer às seguintes regras:

a) Considera-se família, para os efeitos dessa assistência, somente o cônjuge que não exerça profissão remunerada e os restantes familiares por virtude dos quais o beneficiário tenha direito a abono de família;

b) Os familiares a que se refere a alínea anterior ficam sujeitos às disposições dos n.ºs 2 e 3 do artigo 2.º do presente diploma, na parte relativa à assistência médica e medicamentosa, e ao estabelecido nos artigos 13.º e 14.º, devendo os respectivos chefes de família beneficiários ter completado o período de garantia estabelecido no referido artigo 2.º e não estar abrangidos pelo disposto no artigo 6.º

Art. 16.º A concessão de prestações em espécie não previstas nos artigos precedentes fica condicionada às possibilidades das instituições, através dos seus fundos de assistência, e sujeita à orientação que for aprovada pelo Instituto Nacional do Trabalho e Previdência.

Art. 17.º Aos serviços médicos das instituições de previdência e sua federação compete, dentro das respectivas possibilidades, promover, difundir e aplicar as medidas de prevenção das doenças e de higiene individual e colectiva, colaborando activamente com os serviços do Estado ou outros especialmente encarregados dessas funções. Aos médicos daqueles serviços incumbe cooperar, por todos os meios ao seu alcance, na vulgarização e execução de tais medidas.

Art. 18.º—1. Na distribuição da taxa global de contribuição para as caixas, a percentagem correspondente à modalidade «doença» incluirá os encargos com

o subsídio pecuniário e com a assistência médica e medicamentosa.

2. Os fundos de assistência das caixas destinam-se a conceder prestações extraordinárias, à margem dos compromissos regulamentares, e serão constituídos por receitas independentes das contribuições ordinárias.

3. O Subsecretário de Estado das Corporações e Previdência Social fixará, para cada caixa, por despacho publicado no *Boletim do Instituto Nacional do Trabalho e Previdência*, a distribuição da taxa global a que se refere o n.º 1 deste artigo e determinará, em cada ano, o modo de repartição dos saldos de gerência pelos diversos fundos e contas das instituições.

Art. 19.º As normas indispensáveis à execução do presente diploma, na parte relativa à organização e funcionamento dos serviços de assistência médica e medicamentosa das instituições e sua federação, serão definidas em regulamentos internos dessas instituições, aprovados pelo Subsecretário de Estado das Corporações e Previdência Social.

Art. 20.º Ficam revogados: a alínea a) e a primeira parte do § único do artigo 31.º e a alínea a) do artigo 32.º do Decreto n.º 25:935, de 12 de Outubro de 1935; a alínea a) e a primeira parte do § único do artigo 30.º, e a alínea a) do artigo 31.º do Decreto n.º 28:321, de 27 de Dezembro de 1937, e os artigos contidos nas secções I dos capítulos V de ambos os decretos mencionados neste artigo.

Publique-se e cumpra-se como nele se contém.

Paços do Governo da República, 24 de Fevereiro de 1950. — ANTÓNIO ÓSCAR DE FRAGOSO CARMONA — *António de Oliveira Salazar*.

MINISTÉRIO DAS FINANÇAS

Instituto Nacional de Estatística

Decreto n.º 37:763

Em cumprimento do disposto no artigo 5.º do Decreto-Lei n.º 37:608 e para execução do que nele se dispõe quanto ao recenseamento da população do continente e ilhas adjacentes em 1950;

Usando da faculdade conferida pelo n.º 3.º do artigo 109.º da Constituição, o Governo decreta e eu promulgo o seguinte:

Artigo 1.º O recenseamento geral da população mandado efectuar pelo Decreto-Lei n.º 37:608, de 14 de Novembro de 1949, terá lugar no continente e ilhas adjacentes às 0 horas do dia 15 de Dezembro de 1950.

Art. 2.º O recenseamento será precedido de um reconhecimento do território, feito por meio de um inventário dos prédios e fogos, que se efectuará em todos os concelhos no mês de Julho de 1950.

Art. 3.º O recenseamento deverá ser nominal, simultâneo e feito por meio de boletins de família ou de convivência, abrangendo a população presente e a que se encontra temporariamente ausente da sua residência habitual.

Art. 4.º O inventário dos prédios e fogos, assim como a distribuição e a recolha dos boletins do recenseamento, será feito por agentes escolhidos e nomeados pelos presidentes das câmaras municipais ou pelos administradores dos bairros.

Art. 5.º A preparação, organização e direcção superior de todos os trabalhos do recenseamento no continente e ilhas adjacentes são competência do Instituto Nacional de Estatística, que para tal fim deverá oportunamente estabelecer as directivas, elaborar as instruções e fornecer os impressos respectivos.

§ único. Também compete ao Instituto Nacional de Estatística a realização da propaganda do recenseamento, destinada à elucidação da opinião pública sobre os objectivos, importância e interesse nacional do recenseamento e a necessidade de todos cumprirem as obrigações impostas por este decreto e especialmente responderem com exactidão aos questionários dos boletins.

Art. 6.º Incumbe aos governadores civis a fiscalização das operações do recenseamento nos distritos e prover a tudo quanto seja necessário para a sua regular execução.

Art. 7.º A direcção das operações locais compete aos presidentes das câmaras municipais.

§ único. Nas cidades de Lisboa e Porto as operações locais serão dirigidas em cada bairro pelo respectivo administrador, sob a directa orientação do Instituto Nacional de Estatística.

Art. 8.º Os presidentes das câmaras e os administradores dos bairros devem escolher um dos funcionários das secretarias respectivas para os auxiliar nos trabalhos do recenseamento, aos quais ficará exclusivamente adstrito.

§ único. Esse funcionário deve ser designado até 15 de Maio e conservar-se em funções desde 1 de Junho de 1950 até 31 de Janeiro de 1951.

Art. 9.º Aos regedores compete a fiscalização das operações do recenseamento na freguesia e prestar toda a colaboração que lhes venha a ser requerida em ordem ao bom andamento dos trabalhos.

Art. 10.º A direcção e a responsabilidade do recenseamento das pessoas que às 0 horas do dia 15 de Dezembro de 1950 se encontrem a bordo de embarcações portuguesas ancoradas nos portos do continente e ilhas adjacentes ou neles tenham a sua base de armamento, excluindo os navios de guerra, competem:

a) Às autoridades marítimas a cuja jurisdição pertencerem os portos em que estiverem ancorados;

b) Aos capitães dos portos de armamento das embarcações que estiverem em viagem.

Art. 11.º O recenseamento das guarnições dos navios de guerra que se encontrem a bordo às 0 horas do dia 15 de Dezembro de 1950 incumbe à Superintendência dos Serviços da Armada, que para esse efeito se entenderá directamente com o Instituto Nacional de Estatística.

Art. 12.º O recenseamento das pessoas que às 0 horas do dia 15 de Dezembro de 1950 se encontrem a bordo de embarcações portuguesas fundeadas ou a navegar na área molhada interior do continente não sujeita à jurisdição marítima compete aos presidentes das câmaras municipais.

Art. 13.º Em todos os fogos deverá ser entregue, conforme os casos, um boletim de família ou de convivência, mas, se por qualquer circunstância essa entrega não se verificar, o chefe da família ou da convivência terá obrigação de o requisitar ao regedor da freguesia.

Art. 14.º Todo o serviço central de expediente, revisão, preparação, elaboração e publicação do recenseamento no continente e ilhas adjacentes correrá pela 1.ª Repartição e 4.ª Secção (serviço do censo) do Instituto Nacional de Estatística.

Art. 15.º Fica o Instituto Nacional de Estatística autorizado a recrutar os individuos julgados indispensáveis à execução dos trabalhos do censo.

§ único. Tanto a admissão como o despedimento dos mesmos individuos serão feitos mediante simples despacho ministerial e com dispensa de quaisquer formalidades legais.

Art. 16.º Durante os trabalhos do recenseamento o director do Instituto Nacional de Estatística poderá organizar turnos diários de trabalho.