

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**Decreto-Lei n.º 280/2003**

de 8 de Novembro

O Fundo de Garantia Financeira da Justiça foi criado pelo Decreto-Lei n.º 156/2001, de 11 de Maio, que aprovou os Estatutos do Instituto de Gestão Financeira e Patrimonial da Justiça, tendo o respectivo regime jurídico complementar sido aprovado pelo Decreto-Lei n.º 50/2002, de 2 de Março.

Com vista a prosseguir o cumprimento do programa do XV Governo Constitucional em matéria de acesso à justiça e ao direito, nomeadamente no que se refere ao equipamento do sistema de justiça, torna-se necessário desenvolver os meios adequados a uma gestão patrimonial mais moderna no contexto das medidas de racionalização da gestão patrimonial do Ministério da Justiça que têm vindo a ser introduzidas.

É neste contexto que se impõe alterar o regime legal atrás citado, uma vez que se encontram reunidas as condições para a constituição do Fundo de Garantia Financeira da Justiça e para a clarificação e regularização da titularidade dos bens adquiridos com receitas provenientes do Cofre Geral dos Tribunais ou do Cofre dos Conservadores, Notários e Funcionários de Justiça.

Assim:

Nos termos da alínea a) do n.º 1 do artigo 198.º da Constituição, o Governo decreta o seguinte:

Artigo 1.º

Aditamento ao Decreto-Lei n.º 156/2001, de 11 de Maio

É aditado um artigo ao Decreto-Lei n.º 156/2001, de 11 de Maio, com a seguinte redacção:

«Artigo 2.º-A

Successão no património

1 — Os imóveis de que sejam titulares os Serviços Sociais do Ministério da Justiça ou qualquer outro organismo do Ministério da Justiça, adquiridos com verbas do Cofre Geral dos Tribunais ou do Cofre dos Conservadores, Notários e Funcionários de Justiça passam para a esfera de titularidade do Instituto de Gestão Financeira e Patrimonial da Justiça (IGFPJ), precedido de despacho do Ministro da Justiça que aprove a listagem desses imóveis.

2 — O presente diploma constitui título bastante para efeitos registrais.

3 — Os rendimentos dos bens referidos no n.º 1 do presente artigo, bem como as compensações devidas pela cessão dos mesmos ou o produto da sua alienação, constituem receita do IGFPJ.»

Artigo 2.º

Alteração ao Decreto-Lei n.º 50/2002, de 2 de Março

A alínea a) do n.º 1 e o n.º 2 do artigo 4.º e o artigo 10.º do Decreto-Lei n.º 50/2002, de 2 de Março, passam a ter a seguinte redacção:

«Artigo 4.º

[...]

1 —

a) Dotação inicial constituída pelo montante de 100 milhões de euros do saldo de execução orça-

mental do ano de 2002 do Cofre Geral dos Tribunais e do Cofre dos Conservadores, Notários e Funcionários de Justiça;

- b)
- c)
- d)
- e)
- f)

2 — Os fundos próprios podem ser utilizados na prossecução do objecto do Fundo, conforme previsto no artigo 1.º e ainda na aquisição, permuta, edificação, remodelação e grande conservação de imóveis necessários ao bom funcionamento da justiça.

Artigo 10.º

[...]

1 — As aquisições, as permutas e os arrendamentos de imóveis celebrados com entes públicos ou privados, a que aludem o n.º 2 do artigo 4.º e a alínea e) do n.º 1 do artigo 5.º, ficam isentos de quaisquer formalidades, com excepção das estabelecidas nas normas de execução orçamental, não se subordinando às limitações legais aplicáveis à aquisição e arrendamento de imóveis, independentemente da sua natureza e valor, por parte do Estado, de empresas públicas ou de institutos públicos.

2 — Às operações mencionadas no número anterior é aplicável o regime disposto no n.º 13 do artigo 28.º do Decreto-Lei n.º 322-A/2001, de 14 de Dezembro, com a redacção que lhe foi dada pelo Decreto-Lei n.º 194/2003, de 23 de Agosto.»

Visto e aprovado em Conselho de Ministros de 18 de Setembro de 2003. — *José Manuel Durão Barroso* — *Maria Manuela Dias Ferreira Leite* — *Maria Celeste Ferreira Lopes Cardona*.

Promulgado em 23 de Outubro de 2003.

Publique-se.

O Presidente da República, JORGE SAMPAIO.

Referendado em 30 de Outubro de 2003.

O Primeiro-Ministro, *José Manuel Durão Barroso*.**MINISTÉRIO DA SAÚDE****Decreto-Lei n.º 281/2003**

de 8 de Novembro

As alterações legislativas promovidas pelo XV Governo Constitucional, na perspectiva de evolução do Serviço Nacional de Saúde (SNS) para um modelo mais justo e solidário, designado por rede de prestação de cuidados de saúde, tem como objectivo fundamental a preocupação de dar às pessoas e aos doentes mais e melhores cuidados de saúde, em tempo útil, com eficácia e com humanidade. Neste contexto se insere, entre outros diplomas, a legislação referente aos domínios dos cuidados de saúde primários e dos hospitais integrados na rede de prestação de cuidados de saúde.

Em regime de complementaridade e estreita articulação com as redes de cuidados de saúde nos sectores

primários e hospitalares, entendeu-se necessário quanto oportuno adequar o sector dos cuidados continuados de saúde com legislação própria.

O presente diploma, doravante designado por rede de cuidados continuados de saúde, visa este objectivo. Mais concretamente, visa a criação de uma rede de cuidados continuados de saúde, constituída para o efeito por todas as entidades públicas, sociais e privadas, habilitadas à prestação de cuidados de saúde destinados a promover, restaurar e manter a qualidade de vida, o bem-estar e o conforto dos cidadãos necessitados dos mesmos em consequência de doença crónica ou degenerativa, ou por qualquer outra razão física ou psicológica susceptível de causar a sua limitação funcional ou dependência de outrem, incluindo o recurso a todos os meios técnicos e humanos adequados ao alívio da dor e do sofrimento, a minorar a angústia e a dignificar o período terminal da vida.

De salientar que na prestação de cuidados de saúde em geral a família e a comunidade social têm constituído e deverão continuar a intervir como factores essenciais e indispensáveis no apoio aos seus concidadãos, nomeadamente aos mais frágeis e carenciados. A sua iniciativa e acção são fundamentais, não apenas para evitar o prolongamento de estadas em regime de internamento por razões alheias ao estado de saúde, como também para a reabilitação global e a independência funcional dos doentes, o apoio domiciliário e ocupacional de que necessitam e a reinserção social a que têm direito.

Neste sentido, se enaltece o contributo inestimável das entidades do sector social, tais como as instituições particulares de solidariedade social (IPSS), designadamente as misericórdias, bem como todas as entidades do sector privado, com ou sem fins lucrativos, que ao longo dos anos têm prestado cuidados de saúde complementares ou continuados a utentes do SNS. A par do seu empenho credenciado na continuidade dos cuidados de saúde, quer na recuperação global dos doentes quer na multidisciplinaridade dos serviços que dispõem, acresce uma relação de melhor custo-benefício para o Estado e uma maior proximidade do utilizador com a sua comunidade familiar e social.

Foi ouvida a Comissão Nacional de Protecção de Dados.

Assim:

No desenvolvimento do regime jurídico estabelecido pela Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro, e de acordo com o disposto nas alíneas a) e c) do n.º 1 do artigo 198.º da Constituição, o Governo decreta o seguinte:

CAPÍTULO I

Âmbito e natureza jurídica

Artigo 1.º

Âmbito

1 — O presente diploma aplica-se aos serviços e entidades integrados na rede de prestação de cuidados continuados, adiante designada apenas por rede, que prestam cuidados em interligação com a rede de prestação de cuidados primários e com os hospitais integrados na rede de prestação de cuidados de saúde, em cumprimento da sua missão específica de providenciar cuidados de saúde tendencialmente gratuitos abrangentes e continuados aos cidadãos.

2 — A rede é constituída pelos serviços integrados no Serviço Nacional de Saúde (SNS), por instituições particulares de solidariedade social (IPSS), misericórdias, pessoas colectivas de utilidade pública e entidades privadas que prestem cuidados de saúde complementares a utentes do SNS, nos termos de contratos celebrados ao abrigo da legislação em vigor, ou outras entidades com quem sejam celebrados contratos, ou acordos de cooperação, que podem ser traduzidos em protocolos.

Artigo 2.º

Natureza jurídica

1 — Os estabelecimentos que prestem cuidados de saúde continuados integrados na rede podem revestir uma das seguintes figuras jurídicas:

- a) Estabelecimentos públicos dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira, com ou sem autonomia patrimonial, ou de natureza empresarial;
- b) Instituições particulares de solidariedade social, misericórdias e pessoas colectivas de utilidade pública administrativa;
- c) Estabelecimentos privados, com ou sem fins lucrativos.

2 — O disposto no número anterior não prejudica a gestão de instituições do SNS, no seu todo ou em parte, por outras entidades, públicas ou privadas, mediante contrato de gestão ou em regime de convenção por grupos de profissionais, nos termos do Estatuto do SNS, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro, e de harmonia com o disposto no Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de Agosto.

CAPÍTULO II

Objectivos, definições e princípios gerais

Artigo 3.º

Objectivos

1 — A rede tem como objectivo contribuir para a melhoria de acesso da pessoa com perda de funcionalidade a cuidados técnica e humanamente adequados.

2 — A rede assenta num conjunto de serviços prestadores de cuidados de recuperação em interligação com a rede de prestação de cuidados primários e com os hospitais integrados na rede de prestação de cuidados de saúde, visando prevenir situações de dependência, mediante um plano individual de intervenção complementar de recuperação global, tradicionalmente não contemplada na oferta de cuidados de saúde.

Artigo 4.º

Princípios

A rede baseia-se no respeito pelos seguintes princípios:

- a) A família como elemento determinante da relação humanizada, constituindo o suporte e lugar privilegiado para a pessoa carenciada;
- b) A humanidade e respeito pelos utentes na prestação de cuidados de saúde;

- c) A continuidade de cuidados, da recuperação global e da multidisciplinaridade;
- d) A proximidade de cuidados, de forma a manter o seu utilizador, sempre que possível, dentro do seu enquadramento comunitário;
- e) A qualidade e eficácia na prestação de cuidados de saúde;
- f) O cumprimento dos princípios éticos de defesa da integridade, identidade e privacidade da pessoa.

Artigo 5.º

Definições

Para efeitos do presente diploma, entende-se por:

- a) «Cuidados continuados de saúde» os cuidados de saúde prestados a cidadãos com perda de funcionalidade ou em situação de dependência, em qualquer idade, que se encontrem afectados na estrutura anatómica ou nas funções psicológica ou fisiológica, com limitação acentuada na possibilidade de tratamento curativo de curta duração, susceptível de correcção, compensação ou manutenção e que necessite de cuidados complementares e interdisciplinares de saúde, de longa duração;
- b) «Unidade de internamento» a unidade da rede destinada aos utilizadores, aos quais sejam prescritos cuidados em regime de internamento, devendo funcionar em estreita articulação com uma unidade de recuperação global ou com uma unidade móvel de apoio domiciliário, ou com ambas, de forma a reduzir a estada do utilizador naquele tipo de cuidados, por razões alheias ao seu estado de saúde;
- c) «Unidade de recuperação global» o serviço que visa a recuperação e a reabilitação global do utilizador da rede em regime de dia;
- d) «Unidade móvel domiciliária» o serviço que presta cuidados de saúde pluridisciplinares no domicílio do utilizador da rede;
- e) «Utilizador» todo o cidadão com perda de funcionalidade ou em situação de dependência, em qualquer idade, que se encontre afectado na estrutura anatómica ou nas funções psicológica ou fisiológica, com limitação acentuada na possibilidade de tratamento curativo de curta duração, susceptível de correcção, compensação ou manutenção e que necessite de cuidados interdisciplinares de saúde;
- f) «Domicílio do utilizador» a residência particular ou o estabelecimento ou unidade prestador de cuidados de saúde, propriedade de uma das entidades previstas no n.º 1 do artigo 2.º;
- g) «Actos e serviços prestados» os constantes das nomenclaturas referidas na tabela de actos do Ministério da Saúde.

CAPÍTULO III

Modelo

Artigo 6.º

Modelo de intervenção

A rede baseia-se num modelo de intervenção complementar, que prevê diferentes tipos de serviços para

a prestação simultânea de cuidados de saúde adequados às necessidades dos seus utilizadores, devendo garantir:

- a) Uma correcta articulação entre os diferentes tipos de serviços;
- b) A continuidade entre as acções terapêuticas e de recuperação global, de acordo com um plano individual de intervenção que integre a caracterização multidisciplinar da situação do utilizador, das suas necessidades e dos cuidados a prestar;
- c) Uma actuação multidisciplinar;
- d) Prioridade na manutenção do utente, sempre que possível, no domicílio.

Artigo 7.º

Tipologia de serviços

1 — O modelo de intervenção prevê os seguintes tipos de serviços, que asseguram a continuidade da prestação de cuidados:

- a) Unidade de internamento;
- b) Unidade de recuperação global;
- c) Unidade móvel domiciliária.

2 — A tipologia de serviços integrados no âmbito da rede descritos no número anterior deve desenvolver-se seguindo normas emanadas pela Direcção-Geral da Saúde (DGS):

- a) A partir de estruturas já existentes ou a criar que reúnam condições de instalação nos termos definidos no presente diploma;
- b) Podem ser vocacionados para fazerem face a necessidades específicas, designadamente as que decorram de doenças crónicas ou de situações do foro neurodegenerativo.

Artigo 8.º

Acesso à rede de cuidados continuados

1 — O acesso à rede é determinado pelo hospital onde o utilizador se encontra internado ou pelo centro de saúde da sua área geográfica, estando condicionado à prescrição da necessidade de cuidados prestados pelos diferentes tipos de serviços previstos no n.º 1 do artigo anterior.

2 — O regime de acesso dos utilizadores da rede de cuidados de saúde primários mencionado no número anterior aplica-se apenas aos centros de saúde que sejam financiados segundo a capitação prevista no n.º 1 do artigo 18.º do Decreto-Lei n.º 60/2003, de 1 de Abril.

3 — Até ser introduzida a capitação referida no número anterior, cabe à administração regional de saúde (ARS) respectiva decidir do acesso dos utilizadores dos centros de saúde aos serviços da rede.

Artigo 9.º

Estruturação

1 — Em função das necessidades e com vista à racionalização e coordenação dos recursos locais, os tipos de serviços enumerados no artigo 7.º podem ser estruturados e combinados de forma mista, desde que assegurem os espaços, equipamentos e outros recursos específicos de cada serviço, sem renunciar à eficaz prestação de cuidados de saúde.

2 — É obrigatória a existência de um processo individual por utilizador de cada tipo de serviço, do qual deve constar:

- a) O diagnóstico das necessidades do utilizador;
- b) O plano individual de intervenção de acordo com os objectivos a atingir, com registo da natureza e periodicidade dos cuidados a prestar, as datas previstas e efectivas relativas à troca de informação sobre a evolução do processo clínico, entre o médico responsável pela transferência do utilizador e o médico responsável pela sua admissão em novo estabelecimento, e a identificação dos prestadores e dos cuidados prestados, datados e rubricados pelos prestadores;
- c) O registo de avaliação semanal e eventual aferição do plano individual de intervenção;
- d) O registo de alta.

3 — Os estabelecimentos previstos no artigo 2.º garantem a continuidade entre as acções preventivas, terapêuticas e reabilitadoras, de acordo com um plano individual de cuidados para cada utilizador da rede, que deve incluir a caracterização multidisciplinar da situação da pessoa com perda de funcionalidade ou em situação de dependência e a identificação das suas necessidades e dos cuidados a prestar.

4 — Os estabelecimentos referidos no número anterior prestam, ainda, acções paliativas em sentido genérico, desde que não requeiram uma prática organizada de prestação específica de cuidados a doentes em fase terminal de vida com sofrimento intolerável, que exige organização e abordagem específica por equipas técnicas especialmente formadas para o efeito.

5 — Entre o médico responsável pela transferência de um utilizador de um estabelecimento da rede de cuidados de saúde primários ou dos hospitais integrados na rede de prestação de cuidados de saúde e o médico responsável pela sua admissão numa das unidades da rede deve existir uma troca de informação regular e sistemática sobre a situação clínica do utilizador, que garanta a continuidade dos cuidados prestados e o cumprimento estrito do período de internamento e da terapia acordados entre ambos.

Artigo 10.º

Promoção e garantia da qualidade da prestação de cuidados de saúde

A prestação de cuidados de saúde deve obedecer a normas de qualidade que se centrem na pessoa, garantam a autonomia e bem-estar dos utilizadores, garantam a participação dos familiares ou conviventes directos do utilizador, sempre que seja da vontade deste, e garantam a realização de trabalho voluntário nos termos da lei.

Artigo 11.º

Modelo de gestão da qualidade

1 — Os prestadores integrados na rede podem optar por um dos seguintes modelos de gestão da qualidade:

- a) Um modelo de qualificação proposto pelo Instituto da Qualidade em Saúde (IQS);
- b) Um modelo certificado por uma entidade certificadora devidamente reconhecida para o

efeito, de acordo com a norma NP EN 9001:2000 ou a que lhe vier a suceder.

2 — Ambos os processos de qualificação ou certificação devem obedecer a um conjunto integrado de normas emanadas pela DGS, sob proposta do IQS, a aprovar por despacho do Ministro da Saúde.

3 — À entidade gestora do estabelecimento é concedido o prazo de três anos para atingir o nível de qualificação exigido pelas normas definidas pela DGS, após o início da actividade.

4 — Findo o prazo acima referido, a ARS respectiva, solicita a comprovação prevista no n.º 1 e, caso esta não tenha sido obtida por razões imputáveis ao próprio estabelecimento, o mesmo é excluído da rede.

Artigo 12.º

Avaliação

1 — Os estabelecimentos que integram os diferentes tipos de serviços estão sujeitos a um processo periódico de avaliação resultante de auto-avaliação interna e avaliação externa, anuais, da iniciativa da entidade gestora do mesmo estabelecimento.

2 — As auditorias externas são efectuadas por entidade independente reconhecida pelo Sistema Português da Qualidade.

3 — Os relatórios das auditorias referidas nos números anteriores devem ser remetidas à ARS no prazo de 30 dias após a sua conclusão, condicionando os seus resultados a manutenção do contrato ou protocolo com o Estado.

4 — A avaliação externa culmina com a elaboração, pela equipa auditora, do relatório de auditoria, o qual é apresentado aos representantes do estabelecimento, e no qual devem constar, entre outros elementos, as irregularidades detectadas.

5 — Na sequência das irregularidades detectadas, o estabelecimento tem o prazo de 60 dias para entregar à ARS respectiva um plano de acção do qual constarão as medidas a desenvolver pelo estabelecimento para superação das irregularidades detectadas indicadas no mesmo relatório, bem como o prazo para a sua aplicação.

6 — O estabelecimento é obrigado a afixar, em local visível pelos utilizadores, cópia autenticada do resultado da última auditoria efectuada.

7 — A não realização da auditoria externa anual, pode implicar a rescisão do contrato ou protocolo estabelecido com o Estado e determinar a impossibilidade de, durante três anos, o estabelecimento não poder candidatar-se à celebração de novo contrato ou protocolo.

CAPÍTULO IV

Recursos humanos e financeiros

Artigo 13.º

Recursos humanos

1 — A política de recursos humanos para os estabelecimentos integrados na rede rege-se por padrões de qualidade e formação correspondentes aos que se encontram em vigor para os profissionais que prestam serviço no SNS.

2 — A prestação de cuidados pelas unidades integradas na rede é garantida por equipas multidisciplinares, das áreas da saúde e da acção social.

3 — As unidades integradas na rede podem contar, ainda, com a colaboração de voluntários organizados, nos termos da lei, e formados, como prestadores de cuidados informais, cuja actuação se desenvolve sob supervisão dos elementos responsáveis pelas equipas referidas no número anterior.

Artigo 14.º

Fontes de financiamento dos estabelecimentos públicos

São receitas dos estabelecimentos públicos referidos na alínea a) do n.º 1 do artigo 2.º integrados na rede:

- a) O pagamento de cuidados prestados pelos estabelecimentos das redes de cuidados primários e pelos hospitais integrados na rede de prestação de cuidados de saúde, com os quais tenha sido estabelecido um contrato;
- b) O pagamento de cuidados por parte de terceiros responsáveis, legal ou contratualmente, nomeadamente subsistemas de saúde ou entidades seguradoras;
- c) O pagamento de serviços prestados, por parte de uma ARS, de acordo com um contrato-programa definido previamente;
- d) Outras receitas legalmente previstas.

Artigo 15.º

Tabela de preços

De harmonia com o n.º 1 da base III da Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, na redacção que lhe foi dada pelo artigo 1.º da Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro, os estabelecimentos integrados na rede são financiadas através do pagamento dos actos e serviços efectivamente prestados, segundo uma tabela de preços que consagra uma classificação dos mesmos, a aprovar por portaria conjunta dos Ministros das Finanças e da Saúde.

Artigo 16.º

Contratos, protocolos e forma de pagamento

1 — Os serviços referidos no artigo 8.º negociarão, no âmbito das respectivas competências, com cada estabelecimento integrado na rede um protocolo ou um contrato, que terá por objecto a definição de objectivos e metas quantitativas do plano de actividade da unidade no âmbito da prestação dos mesmos serviços e cuidados de saúde.

2 — O referido protocolo ou contrato disporá ainda sobre as prioridades e modalidades da prestação de cuidados, padrões de qualidade, níveis de serviço e sistema de monitorização e avaliação de resultados.

3 — O pagamento a efectuar pelos serviços individualizados referidos no n.º 1, tem como base a tabela de preços discriminada para a globalidade das prestações e volumes de produção acordados para o período de vigência do protocolo ou do contrato.

4 — Cada estabelecimento deve emitir e enviar mensalmente à entidade responsável uma factura com a descrição dos actos, serviços e cuidados prestados, identificados por utilizador, relativa à actividade do mês anterior.

5 — Cada unidade pode receber, mensalmente, por adiantamento, as importâncias correspondentes aos volumes de produção estabelecidos no protocolo ou contrato, que serão objecto de acerto de contas trimestrais, face à facturação emitida e conferida pela entidade responsável.

CAPÍTULO V

Unidade de internamento

Artigo 17.º

Definição

1 — A unidade de internamento destina-se ao utilizador da rede de cuidados de saúde continuados a quem sejam prescritos cuidados em regime de internamento.

2 — Acoplada à unidade de internamento pode, como unidade autónoma, existir uma unidade de recuperação global ou uma unidade móvel domiciliária, ou ambas, de forma a evitar o prolongamento da estada do utilizador em regime de internamento por razões alheias ao seu estado de saúde.

3 — Nos casos em que não se verifique o estipulado no número anterior, a unidade de internamento deve obrigatoriamente funcionar em articulação protocolada com uma unidade de recuperação global, com uma unidade móvel domiciliária ou com ambas.

Artigo 18.º

Utilizadores

Têm acesso à unidade de internamento os cidadãos que, na sequência de internamento hospitalar ou por situação de doença que não careça de elevada tecnologia diagnóstica ou terapêutica hospitalar, se encontrem em situação de perda de funcionalidade ou em situação de dependência, e que necessitem da prestação de cuidados de recuperação em regime de internamento.

Artigo 19.º

Critérios de admissão

1 — Os critérios de admissão na unidade de internamento são definidos por despacho do Ministro da Saúde.

2 — A admissão do utilizador é condicionada à identificação da necessidade e à prescrição deste tipo de cuidados nos termos do artigo 8.º e no n.º 3 do artigo 9.º

Artigo 20.º

Critérios de alta

1 — Os critérios de alta do utilizador da unidade de internamento são definidos por despacho do Ministro da Saúde.

2 — A alta obriga a comunicação da mesma às entidades envolvidas na sua admissão, nos termos definidos no artigo 8.º e no n.º 3 do artigo 9.º

Artigo 21.º

Tipo de cuidados

1 — O tipo de cuidados prestados pela unidade de internamento, de natureza curativa, paliativa e de rea-

bilitação global, decorre da prestação de cuidados de saúde iniciada em internamento hospitalar ou necessários por virtude da agudização ou intercorrência de episódio de doença crónica ocorrido no domicílio do utente.

2 — O tipo de cuidados prestados pela unidade de internamento visa a rápida reabilitação e reintegração do utilizador no seu meio habitual de vida, em condições da máxima autonomia possível.

Artigo 22.º

Competências

Compete à unidade de internamento:

- a) Proceder à avaliação interdisciplinar e contínua das necessidades do utilizador;
- b) Elaborar planos individuais de intervenção integrada;
- c) Proceder a revisão médica presencial de cada plano terapêutico individual e de cada plano individual de reabilitação;
- d) Assegurar disponibilidade médica em regime de chamada;
- e) Assegurar cuidados de enfermagem;
- f) Assegurar cuidados de fisioterapia e terapia ocupacional.

CAPÍTULO VI

Unidade de recuperação global

Artigo 23.º

Definição

A unidade de recuperação global é um serviço que presta cuidados de saúde visando a recuperação e a reabilitação global de saúde do utilizador da rede, em regime de dia.

Artigo 24.º

Utilizadores

São utilizadores desta unidade os cidadãos em situação de perda de funcionalidade ou em situação de dependência que necessitem da prestação dos cuidados referidos no artigo anterior e que não necessitem de internamento ou de cuidados domiciliários e que reúnam condições que lhes permitam deslocarem-se, ou serem deslocados, à unidade de dia.

Artigo 25.º

Crítérios de admissão

1 — Os critérios de admissão do utilizador na unidade de recuperação global são definidos por despacho do Ministro da Saúde.

2 — A admissão do utilizador está condicionada à identificação da necessidade e à prescrição deste tipo de cuidados de acordo com o estipulado no artigo 8.º e no n.º 3 do artigo 9.º

Artigo 26.º

Crítérios de alta

1 — Os critérios de alta do utilizador na unidade de recuperação global são definidos por despacho do Ministro da Saúde.

2 — A alta obriga à comunicação da mesma aos médicos responsáveis pela admissão dos utentes nesta unidade conforme estipulado no artigo 8.º e no n.º 3 do artigo 9.º

Artigo 27.º

Tipo de cuidados

A unidade de recuperação global presta os seguintes cuidados:

- a) Treino cognitivo e de reabilitação global;
- b) Desenvolvimento de actividades terapêuticas e ocupacionais;
- c) Apoio de natureza informativa e educativa para o autocuidado;
- d) Ensino e formação dos familiares e outros conviventes directos do utilizador na prestação de cuidados informais.

Artigo 28.º

Competências

Compete à unidade de recuperação global:

- a) Proceder à avaliação interdisciplinar e contínua das necessidades do utilizador;
- b) Elaborar planos individuais de intervenção multidisciplinar;
- c) Proceder à revisão médica presencial de cada plano individual de reabilitação ou manutenção;
- d) Assegurar a disponibilidade médica e de enfermagem em regime de chamada.

CAPÍTULO VII

Unidade móvel domiciliária

Artigo 29.º

Definição

A unidade móvel domiciliária é um serviço que presta cuidados de saúde multidisciplinares no domicílio do utilizador da rede.

Artigo 30.º

Utilizadores

São utilizadores da unidade móvel os cidadãos em situação de perda de funcionalidade ou em situação de dependência, que necessitem da prestação dos cuidados referidos no número anterior e que reúnam condições que lhes permitam permanecer no domicílio próprio, em lar ou residência colectiva.

Artigo 31.º

Utilização da unidade móvel domiciliária

1 — São critérios de utilização dos serviços da unidade móvel domiciliária a existência de perda de funcionalidade ou de situação de dependência, que exijam cuidados de saúde que possam ser prestados no domicílio, em lar ou residência colectiva.

2 — A admissão do utilizador é condicionada à identificação da necessidade e à prescrição deste tipo de serviço de acordo com o estipulado no artigo 8.º

3 — A obtenção dos objectivos clínicos e de reabilitação global definidos para o utilizador ou a neces-

sidade de cuidados noutro tipo de serviço da rede ou noutro nível de cuidados de saúde são critérios que determinam o fim da prestação deste tipo de cuidados.

4 — O fim da prestação deste tipo de cuidados obriga a comunicação aos responsáveis pela prescrição, de acordo com o artigo 8.º e o n.º 3 do artigo 9.º

Artigo 32.º

Tipologia de cuidados

A unidade móvel domiciliária presta os seguintes cuidados:

- a) Reabilitação global;
- b) Cuidados de natureza curativa e paliativa;
- c) Informação e educação para o autocuidado;
- d) Ensino e formação dos directos conviventes do utilizador na prestação de cuidados informais.

Artigo 33.º

Competências

Compete à unidade móvel domiciliária:

- a) Proceder à avaliação interdisciplinar e contínua das necessidades do utilizador;
- b) Elaborar planos individuais de intervenção integrada;
- c) Proceder à revisão, pelo menos semanal, de cada plano terapêutico individual e rever mensalmente o plano individual de reabilitação ou manutenção;
- d) Assegurar disponibilidade médica e de enfermagem em regime de chamada;
- e) Assegurar disponibilidade de meios para deslocação ao domicílio dos elementos que integram as equipas prestadoras de cuidados.

CAPÍTULO VIII

Condições de instalação e licenciamento

Artigo 34.º

Instalações, circuitos, equipamento e licenciamento

1 — As normas de construção relativas a acessos, circulação, instalações técnicas e equipamentos e tratamento de resíduos das unidades de internamento, unidades de recuperação global e unidades móveis domiciliárias constam de decreto-lei que aprovará o preenchimento dos requisitos necessários ao licenciamento.

2 — Na construção de raiz dos edifícios deve considerar-se uma área não construída, envolvente ao edifício, para possibilitar o resguardo do edifício em relação à via pública.

3 — Em remodelações e adaptações para instalação das unidades, caso não haja área prevista para estacionamento, devem ser reservados espaços da via pública, que sirvam a ambulâncias e veículos de transporte adaptado.

4 — As unidades devem, preferencialmente, estar instaladas em edifícios destinados a esse fim.

5 — As unidades de internamento e de recuperação global devem estar instaladas em estabelecimentos situados em meios físicos salubres e bem arejados, de fácil

acessibilidade e que disponham de infra-estruturas viárias, de abastecimento de água, de saneamento, de recolha de lixos, de energia eléctrica e de telecomunicações adequadas ao fim a que se destinam.

CAPÍTULO IX

Acompanhamento, fiscalização e obrigações das entidades gestoras das unidades

Artigo 35.º

Acompanhamento técnico

Compete às ARS acompanhar o funcionamento dos estabelecimentos, verificando, designadamente:

- a) A conformidade das actividades prosseguidas com as autorizadas no alvará de licenciamento;
- b) A qualidade dos serviços prestados aos utilizadores, nomeadamente através da análise do resultado da auditoria externa ou da emissão do certificado referidos nos artigos 10.º, 11.º e 12.º;
- c) Se os volumes de produção estabelecidos no contrato ou protocolo e os pagamentos e adiantamentos efectuados se encontram adequadamente reflectidos nos registos contabilísticos.

Artigo 36.º

Obrigações das entidades proprietárias e gestoras das unidades

São obrigações dos proprietários e gestores dos estabelecimentos perante as ARS:

- a) Facultar o acesso a todas as dependências do estabelecimento e às informações indispensáveis à avaliação e fiscalização do seu funcionamento;
- b) Remeter, no prazo de 30 dias, os mapas estatísticos dos utilizadores e a relação do pessoal existente no estabelecimento;
- c) Remeter o regulamento interno e suas alterações, para aprovação até 30 dias antes da sua entrada em vigor;
- d) Comunicar, no prazo de 30 dias, a cessação de actividades, por sua iniciativa, sem prejuízo do tempo necessário para encontrar solução para os utilizadores da unidade encerrada.

Artigo 37.º

Ações de inspecção das unidades

Sem prejuízo das competências legalmente atribuídas à Inspecção-Geral de Finanças em matéria de controlo financeiro, compete à Direcção-Geral da Saúde e à Inspecção-Geral da Saúde inspecionarem o cumprimento das normas legais relativas ao licenciamento e às condições de funcionamento das unidades integradas nos estabelecimentos, bem como promover e acompanhar a execução dos respectivos processos.

Artigo 38.º

Publicidade dos actos

1 — Compete às ARS promover a publicação no *Diário da República* e no órgão da imprensa de maior expan-

são na localidade da sede do estabelecimento dos seguintes actos:

- a) Concessão do alvará, sua suspensão, substituição, cassação ou caducidade;
- b) Decisão do encerramento do estabelecimento.

2 — No caso de encerramento do estabelecimento, deve a ARS promover a afixação de aviso na porta principal de acesso ao estabelecimento, que se manterá pelo prazo de 30 dias, bem como indicar o estabelecimento substitutivo.

Artigo 39.º

Adaptação das unidades existentes

1 — As unidades que se encontrem em funcionamento à data da entrada em vigor do presente diploma, ainda que detentores de alvará, devem adequar-se às condições estabelecidas neste diploma e demais legislação aplicável, no prazo de 180 dias, nomeadamente a prevista no n.º 1 do artigo 34.º

2 — As unidades referidas no número anterior devem apresentar um plano de adaptação, cuja aprovação pelos serviços regionais do Ministério da Saúde implica a emissão de novo alvará.

3 — As unidades que não cumpram o disposto nos números anteriores ficam sujeitas à sanção constante do n.º 4 do artigo 11.º

4 — O disposto no número anterior é igualmente aplicável às unidades cujo plano de adaptação não seja aprovado ou não seja executado nas condições e prazos estabelecidos.

CAPÍTULO X

Normas transitória e final

Artigo 40.º

Legislação revogada

A Resolução do Conselho de Ministros n.º 59/2002, de 22 de Março, e o despacho conjunto n.º 407/98, de 18 de Junho, mantêm-se em vigor até à substituição dos respectivos regimes.

Artigo 41.º

Entrada em vigor

O presente diploma entra em vigor 30 dias após a data da sua publicação.

Visto e aprovado em Conselho de Ministros de 4 de Setembro de 2003. — *José Manuel Durão Barroso* — *Maria Manuela Dias Ferreira Leite* — *Luís Filipe Pereira* — *António José de Castro Bagão Félix*.

Promulgado em 27 de Outubro de 2003.

Publique-se.

O Presidente da República, JORGE SAMPAIO.

Referendado em 30 de Outubro de 2003.

O Primeiro-Ministro, *José Manuel Durão Barroso*.

MINISTÉRIO DA SEGURANÇA SOCIAL E DO TRABALHO

Decreto-Lei n.º 282/2003

de 8 de Novembro

O presente diploma visa disciplinar o registo de apostas nos jogos sociais do Estado, cuja exploração foi concedida à Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, nomeadamente pelo Decreto-Lei n.º 84/85, de 28 de Março, republicado em anexo ao Decreto-Lei n.º 317/2002, de 27 de Dezembro, e alterado pelo Decreto-Lei n.º 37/2003, de 6 de Março, ou daqueles cuja exploração lhe venha a ser atribuída através da plataforma de acesso multicanal.

A plataforma de acesso multicanal permite que as apostas possam ser efectuadas por via electrónica, através da Internet, telemóvel, multibanco, telefone fixo, televisão, televisão interactiva e por cabo, entre outros meios.

O apostador tem agora ao seu dispor uma panóplia de meios que lhe permitem de uma forma mais cómoda, expedita e rápida efectuar as apostas nos diversos jogos sociais.

Assim:

Nos termos da alínea a) do n.º 1 do artigo 198.º da Constituição, o Governo decreta o seguinte:

Artigo 1.º

Objecto

O presente diploma estabelece a disciplina normativa da exploração, em suporte electrónico, dos jogos sociais do Estado, nomeadamente lotarias e apostas mútuas, ou quaisquer outros jogos cuja exploração venha a ser atribuída à Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, nos termos do disposto no artigo 1.º do anexo II do Decreto-Lei n.º 322/91, de 26 de Agosto, através de uma plataforma de acesso multicanal que inclui a utilização integrada do sistema informático do Departamento de Jogos da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, dos terminais da rede informática interbancária denominada «multibanco», da Internet, telemóvel, telefone, televisão, incluindo por satélite e por cabo e televisão interactiva, entre outros meios.

Artigo 2.º

Âmbito

A exploração referida no artigo anterior é efectuada em regime de exclusivo, para todo o território nacional, incluindo o espaço radioeléctrico, o espectro herzteziano terrestre analógico e digital, a Internet, bem como quaisquer outras redes públicas de telecomunicações, pela Santa Casa da Misericórdia de Lisboa através do seu Departamento de Jogos, nos termos dos diplomas que regulam cada um dos jogos e do Decreto-Lei n.º 322/91, de 26 de Agosto.

Artigo 3.º

Contrato de jogo

1 — O contrato de jogo é celebrado directamente entre o jogador e o Departamento de Jogos da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa com ou sem intervenção dos mediadores.

2 — O contrato de jogo é aquele através do qual uma das partes, mediante o pagamento de uma quantia certa,