

## **ATUALIZAÇÃO - 09.02.2017**

### **Pág. 24**

- Correção:

Na anotação ao artigo 30.º, onde se lê *Portaria n.º 77/2012, de de 10 de julho*, deve ler-se *Portaria n.º 7/2013, de 29 de janeiro*.

### **Pág. 76**

- Incluir, como anotação ao artigo 1.º:

*O Decreto Legislativo Regional n.º 22/2015/A, de 18 de setembro, substituiu a designação de hospital EPE por hospital EPER e introduziu ligeiras alterações nos estatutos destes hospitais.*

### **Pág. 78**

- Substituir os n.ºs 2 e 3 do artigo 6.º pela seguinte redação:

2 - Os membros do conselho de administração são nomeados nos termos previstos no Estatuto do Gestor Público Regional, sendo o diretor clínico um médico e o enfermeiro-diretor um enfermeiro.

3 - O mandato dos membros do conselho de administração tem a duração de três anos, sendo renovável por iguais períodos, nos termos previstos no número anterior, permanecendo aqueles no exercício das suas funções até efetiva substituição.

### **Pág. 79**

- A expressão “funcionários e agentes” constante do n.º 2 do artigo 7.º foi substituída por “trabalhadores”, através do Decreto Legislativo Regional n.º 22/2015/A, de 18 de setembro.

### **Pág. 81**

- Substituir a redação do artigo 13.º pela seguinte:

1 - Aos membros do conselho de administração aplica-se o regime previsto no Estatuto do Gestor Público Regional, sem prejuízo do disposto no artigo 23.º do Estatuto do Serviço Regional de Saúde.

2 - A remuneração dos membros do conselho de administração do hospital EPER. é fixada nos termos previstos no Estatuto do Gestor Público Regional.

**Pág. 82**

- Nova redação do artigo 14.º:

**Artigo 14.º**

**Dissolução do conselho de administração**

1 - O Conselho de Administração pode ser dissolvido nos casos e nos termos previstos no Estatuto do Gestor Público Regional.

2 - *Revogado*

**Pág. 86**

- A referência a Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde constante do artigo 24.º foi substituída por Plano Oficial de Contabilidade do Setor da Saúde.

**Pág. 87**

- Incluir:

**Núcleos de Saúde Familiar - Unidades de Saúde de Ilha**

**Despacho n.º 1822/2015, de 17 de agosto**

Considerando que se pretende a reconfiguração do atual modelo de prestação de cuidados, em termos de organização e funcionamento, das Unidades de Saúde de Ilha (USI), orientado para a obtenção de ganhos em saúde e melhoria da acessibilidade, através da sua reestruturação em núcleos funcionais, designadamente em Núcleos de Saúde Familiar (NSF), que assentam na prestação de cuidados, individuais e familiares, por equipas transdisciplinares, constituídas por médicos, enfermeiros e pessoal administrativo.

Considerando que os Núcleos de Saúde Familiar, são equipas transdisciplinares, constituídas por médicos, enfermeiros e pessoal administrativo que visam a prestação de cuidados de saúde personalizados, individuais e familiares, e que se enquadram nas Unidades de Saúde Familiar e Comunitária das USI.

Considerando que a orgânica das Unidades de Saúde de Ilha prevê que a prestação de cuidados de saúde se organize em unidades funcionais, entre elas, as Unidades de Saúde Familiar e Comunitária e as Unidades de Diagnóstico e Tratamento.

Assim, ao abrigo do disposto nas alíneas a) e h) do n.º 1 do artigo 90.º do Estatuto Político-Administrativo da Região Autónoma dos Açores e na alínea a) do n.º 1 do artigo 3.º da orgânica da Secretaria Regional da Saúde, aprovada pelo Decreto Regulamentar Regional n.º 5/2013/A, de 21 de junho, determino o seguinte:

1. Todas as Unidades de Saúde de Ilha da Região devem agrupar os utentes da sua área de influência em núcleos de 1500 utentes, o que corresponde a um número aproximado de 300 a 400 famílias, devendo a lista ser organizada por agregados familiares e com base na geodemografia.

2. A cada núcleo de 1500 utentes será atribuído um médico especialista em medicina geral e familiar, um enfermeiro de família e um assistente técnico, o que constitui o Núcleo de Saúde Familiar.

3. Nas Unidades de Saúde de Ilha em que ainda não há médicos especialistas de medicina geral e familiar para uma cobertura total da população, os utentes sem médico de família serão agrupados em núcleos de saúde familiar, sendo atribuído a cada núcleo um enfermeiro e um assistente técnico, devendo a atribuição do médico de família ao Núcleo de Saúde Familiar ocorrer o mais rapidamente possível.

4. De forma transitória, nas unidades de saúde de ilha com núcleos de saúde familiar sem médico atribuído, os especialistas de medicina geral e familiar da unidade de saúde de ilha darão assistência aos utentes de um núcleo de saúde familiar sem médico atribuído, até ao número máximo de utentes legalmente previsto para o seu horário de trabalho.

5. A Direção Regional da Saúde, no período máximo de 15 dias, deve emitir uma circular normativa com as orientações técnicas para a organização dos núcleos de saúde familiar.

6. As Unidades de Saúde de Ilha têm 90 dias após a publicação da circular normativa da Direção Regional da Saúde, para alterarem o seu regulamento interno de forma a garantir a aplicação integral deste despacho.

7. O presente despacho entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação.

12 de agosto de 2015. - O Secretário Regional da Saúde, Luís Mendes Cabral.

#### **Pág. 180**

- Substituir o n.º 1 do artigo 10.º:

1 - O presidente do conselho de administração é nomeado para o exercício de mandato, nos termos legais, pelo período de três anos, renovável, de entre trabalhadores com funções públicas ou de entre outros profissionais, com habilitação académica não inferior a licenciatura, preferencialmente com currículo profissional que identifique experiência relacionada com a direção ou apoio à gestão de organizações com dimensão e complexidade semelhantes.

*Redação introduzida pelo Decreto Regulamentar Regional n.º 16/2015/A, de 21 de agosto*

- Eliminar o n.º 3 do artigo 10.º e colocar a anotação *Revogado*

- Substituir o artigo 11.º:

1 - Os vogais são nomeados para o exercício de mandatos, nos termos legais, pelo período de três anos, renovável, de entre trabalhadores com funções públicas ou de entre outros trabalhadores, preferencialmente com comprovada experiência relacionada com a direção ou apoio à gestão de organizações com dimensão e complexidade semelhantes.

2 - Os vogais com funções executivas e não executivas do conselho de administração exercem as funções correspondentes em acumulação, ou não, com as respeitantes às respetivas carreiras, quando as tenham, sendo as suas remunerações estabelecidas por despacho conjunto dos membros do Governo Regional com competência em matéria de finanças e de saúde.

3 - *Revogado*

**Pág. 205**

- Incluir:

**Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental**

**Decreto Legislativo Regional n.º 26/2016/A, de 28 de novembro**

O Decreto Legislativo Regional n.º 5/2007/A, de 9 de março, estabelece os princípios orientadores de organização, gestão e avaliação dos serviços de saúde mental da Região Autónoma dos Açores.

O diploma em apreço define o sistema regional de saúde mental que é constituído pelas instituições e serviços de saúde mental do Serviço Regional de Saúde da Região bem como por todas as entidades privadas, com quem sejam celebrados contratos, convenções, acordos de cooperação ou protocolos na área da saúde mental.

O Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 22/2011, de 10 de fevereiro cria um conjunto de unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental que inclui unidades residenciais, unidades sócio-ocupacionais e equipas de apoio domiciliário que se articula com os serviços de saúde mental e com a rede de cuidados continuados integrados.

O diploma citado define as diferentes tipologias de unidades e equipas de intervenção de cuidados continuados integrados de saúde mental de acordo com os critérios técnico-científicos que atualmente são considerados os mais adequados.

Considerando a necessidade de concretizar os cuidados na comunidade previstos no artigo 6.º do Decreto Legislativo Regional n.º 5/2007/A, de 9 de março, indo ao encontro das tipologias de unidades e equipas de intervenção recomendadas ao nível nacional e internacional.

Considerando que os cuidados na comunidade são a pedra basilar dos cuidados de saúde mental inclusivos, promovendo assim o tratamento contínuo em contexto familiar e social, promotor de uma maior integração do indivíduo na sociedade, um dos grandes objetivos do serviço regional de saúde.

Considerando que é importante regular a intervenção em contexto de cuidados continuados integrados de saúde mental de forma a salvaguardar a qualidade assistencial a esta população muitas vezes fragilizada.

Assim, a Assembleia Legislativa da Região Autónoma dos Açores, nos termos da alínea a) do n.º 1 do artigo 227.º da Constituição da República Portuguesa e do n.º 1 do artigo 37.º do Estatuto Político-Administrativo da Região Autónoma dos Açores, decreta o seguinte:

**CAPÍTULO I**

**Disposições gerais**

## Artigo 1.º

### Objeto

1 - O presente diploma cria a Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental (RRCCISM), destinada a indivíduos com doença mental de que resulte incapacidade psicossocial.

2 - O presente diploma determina, designadamente:

a) O alargamento das funções da Comissão Regional de Acompanhamento e Avaliação dos Serviços de Saúde Mental (CRAASSM);

b) A criação de uma Equipa de Coordenação Regional de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental (ECRCCISM);

c) A definição das diretrizes da Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental (RRCCISM);

d) A implementação de uma plataforma informática para referência;

e) A atualização das diretrizes de financiamento da RRCCISM por tipologia de unidade e equipa.

## Artigo 2.º

### Âmbito

O presente diploma aplica-se a todas as instituições e serviços de saúde mental do Serviço Regional de Saúde da Região Autónoma dos Açores, bem como a todas as instituições particulares e do setor social com quem sejam celebrados contratos, convenções, acordos de cooperação ou protocolos na área da saúde mental, constituindo-se uma rede regional de cuidados continuados integrados de saúde mental.

## Artigo 3.º

### Princípios gerais

Os cuidados continuados integrados de saúde mental na Região Autónoma dos Açores são desenvolvidos de acordo com os seguintes princípios:

a) Consideração das necessidades globais, que permita o desenvolvimento das capacidades pessoais e a promoção da vida independente e de um papel ativo na comunidade;

b) Respeito pela privacidade, confidencialidade e autodeterminação através do reconhecimento das decisões informadas acerca da própria vida;

c) Respeito pelos direitos civis, políticos, económicos, sociais e culturais, para o efetivo exercício da cidadania plena;

d) Respeito pela igualdade e proibição de discriminação com base no género, origem étnica ou social, idade, religião, ideologia ou outro qualquer estatuto;

- e) Promoção de relações interpessoais significativas, e das redes de suporte social informal;
- f) Envolvimento e participação dos familiares e de outros cuidadores e promoção de formas de participação ativa da comunidade no funcionamento dos serviços de saúde mental, designadamente através das suas associações;
- g) Integração das unidades em contextos comunitários inclusivos e não estigmatizantes;
- h) Equidade no acesso e mobilidade entre os diferentes tipos de unidades e equipas;
- i) Eficiência e qualidade na prestação dos serviços;
- j) Articulação com os diversos serviços e organismos públicos regionais, designadamente os que têm atribuições em matéria de solidariedade e ação social, educação, emprego e formação profissional, desporto e habitação.

## CAPÍTULO II

### Equipa de Coordenação Regional de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental

#### Artigo 4.º

##### Criação e competências

- 1 - É criada a Equipa de Coordenação Regional de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental (ECRCCISM).
- 2 - A ECRCCISM tem como missão, designadamente:
  - a) Garantir a equidade no acesso à RRCCISM e a adequação dos serviços prestados;
  - b) Promover e decidir os processos de referenciação para admissão e mobilidade nas unidades e equipas da RRCCISM, atribuindo a vaga de acordo com critérios de admissão e disponibilidade na área de residência;
  - c) Validar a informação decorrente da aplicação do instrumento único de avaliação do grau de incapacidade psicossocial e da dependência;
  - d) Realizar auditorias internas de qualidade, das quais resultem diretrizes de melhoria contínua;
  - e) Harmonizar e monitorizar os indicadores de qualidade dos programas de saúde mental de cada Unidade e Equipa da RRCCISM e redigir uma avaliação global anual.

#### Artigo 5.º

##### Composição e funcionamento

- 1 - A ECRCCISM é coordenada por um enfermeiro com especialização na área da saúde mental, com assessoria de um médico psiquiatra, de um psicólogo e de um técnico de serviço social em representação da direção regional com competência em matéria de solidariedade social.
- 2 - A nomeação dos membros da ECRCCISM compete aos membros do Governo Regional com competência em matéria de saúde e solidariedade social.

3 - A ECRCCISM deverá ainda elaborar um regulamento interno que apresente a sua organização e funcionamento.

#### Artigo 6.º

##### Cooperação

As entidades públicas e privadas e do setor social devem dispensar à ECRCCISM toda a colaboração necessária ao exercício das suas funções.

### CAPÍTULO III

#### Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental

#### Artigo 7.º

##### Admissão

1 - A admissão de utentes do Serviço Regional de Saúde nas unidades ou equipas da RRCCISM efetua-se por proposta dos hospitais, unidades de saúde de ilha e de instituições da Rede, em plataforma informática e sob a emissão de parecer da ECRCCISM, no prazo de dois dias.

2 - A proposta de referenciação deve incluir o resultado da observação realizada através do instrumento único de avaliação do grau de incapacidade psicossocial e de dependência constituído por um conjunto de escalas e procedimentos de avaliação.

3 - Compete à ECRCCISM atribuir vaga ao utente.

4 - Em casos de urgência, em que o utente não pode aguardar pelo parecer previsto no n.º 1, deste artigo, o mesmo poderá ser diretamente encaminhado para uma unidade ou equipa da rede, sem prejuízo do parecer ser emitido posteriormente pela ECRCCISM e o utente ser eventualmente mobilizado se o parecer for contrário à referenciação prévia.

5 - Após a atribuição da vaga na respetiva unidade ou equipa da RRCCISM, a equipa técnica da unidade deverá validar, no prazo de três dias úteis, a referenciação da ECRCCISM e esclarecer dúvidas ou requisitar informação adicional, se entender necessário.

6 - No momento da admissão, a unidade ou equipa prestadora de cuidados, deverá celebrar com o utente ou seu representante legal um contrato de prestação de serviços onde conste, nomeadamente, informação concernente a direitos e deveres, cuidados e serviços contratualizados, valor a pagar, se aplicável, período de vigência e condições de suspensão, cessação e rescisão.

#### Artigo 8.º

##### Processo individual do utente

1 - Aquando da admissão, o utente deverá fazer-se acompanhar pelo respetivo processo onde deverão constar, obrigatoriamente, os seguintes elementos:

a) Proposta de admissão efetuada pelo médico psiquiatra que tenha assistido o utente, da qual constará o relatório clínico e modalidade assistencial na qual deverá ser internado/integrado;

b) Meios complementares de diagnóstico e terapêutica realizados, terapêutica que deverá dar continuidade até nova avaliação médica e outros elementos relevantes à continuidade de cuidados.

2 - Assim que o utente integrar uma unidade ou equipa da rede, deverá ser criado um processo individual do utente, preferencialmente, em suporte informático que inclua, para além da informação clínica, os seguintes elementos:

a) História clínica;

b) Data da admissão;

c) Plano terapêutico;

d) Diagnóstico e necessidades de intervenção;

e) Plano individual de intervenção (PII);

f) Datas de transição entre modalidades de assistência, quando aplicável, e identificação do(s) motivo(s);

g) Registo e avaliação da situação clínica e das intervenções terapêuticas;

h) Informação da alta (nota de alta);

i) Consentimento Informado;

j) Exemplar do contrato de prestação de serviços entre o utente ou seu representante e a unidade/equipa prestadora de cuidados.

## Artigo 9.º

### Plano individual de intervenção

1 - A equipa técnica da unidade deverá elaborar o PII com a participação do utente e seu familiar, ou do seu cuidador informal, ou seu representante.

2 - O PII deverá explicitar os objetivos a atingir de acordo com as necessidades identificadas e das intervenções daí decorrentes, visando a recuperação global ou a manutenção dos indicadores psíquicos e sociais.

3 - Os elementos a incluir no PII são:

a) Identificação do utente e do familiar ou do cuidador informal, ou do representante legal;

b) Diagnóstico da situação social e psíquica;

c) Objetivos da intervenção e respetivos indicadores de avaliação;

d) Atividades a desenvolver;

e) Identificação dos responsáveis pela elaboração, implementação, monitorização, avaliação e revisão, com inerente registo das datas de todas as atividades.



## Artigo 10.º

### Alta

- 1 - A nota de alta deve ser remetida à unidade de saúde de ilha de referência, designadamente ao núcleo de saúde familiar onde o utente se encontra inscrito.
- 2 - Na impossibilidade de cumprimento do referido no número anterior, decorrente da ausência de inscrição num núcleo de saúde familiar ou inexistência de núcleo de saúde familiar para a área de referência do utente, a nota de alta deve ser dirigida ao diretor clínico da unidade de saúde de ilha.

## Artigo 11.º

### Transferências e mobilidades

- 1 - Qualquer mobilidade do utente deverá ser registada pela entidade que mobiliza, especificando o motivo e deverá ser aprovada pela ECRCCISM.
- 2 - A mobilidade deve ser realizada apenas com a salvaguarda de ser garantida a continuidade dos cuidados de saúde mental necessários e de acordo com o seu PII.
- 3 - A mobilidade deve, por fim, ser do conhecimento do familiar, ou do cuidador informal, ou do representante legal, sempre que necessário e de acordo com a condição da pessoa.
- 4 - No caso de uma transferência temporária de um utente internado numa estrutura de rede por intercorrência orgânica para o hospital ou centro de saúde ou por descompensação psiquiátrica para o serviço de psiquiatria e saúde mental, a vaga fica salvaguardada, salvo por indicação clínica contrária, validada pela ECRCCISM.

## Artigo 12.º

### Financiamento

- 1 - Os encargos decorrentes da prestação de cuidados continuados integrados de saúde mental são da responsabilidade do departamento governamental com competência em matéria de saúde, suportando o utente, mediante a comparticipação da segurança social a que houver lugar, os encargos decorrentes da prestação dos cuidados de apoio social.
- 2 - A comparticipação da segurança social referida anteriormente é determinada em função dos rendimentos do utente.
- 3 - Os preços para a prestação de cuidados continuados integrados de saúde mental e de apoio social são definidos por portaria conjunta dos membros do Governo Regional com competência em matéria de saúde e segurança social, que fixa o valor da diária, por utente, para cada uma das tipologias da rede, tendo em consideração a contribuição da área da saúde e da área social.

## CAPÍTULO IV

### Unidades e equipas da RRCCISM

#### SECÇÃO I

#### Disposições gerais

#### Artigo 13.º

#### Unidades e Equipas da RRCCISM

1 - A RRCCISM agrega as seguintes unidades e equipas:

- a) Unidades de internamento de curta, média e longa duração;
- b) Unidades residenciais;
- c) Unidades sócio-ocupacionais;
- d) Equipas de saúde mental de apoio domiciliário.

2 - As unidades de internamento de curta, média e longa duração possuem as seguintes valências:

- a) Valências de saúde mental;
- b) Valências de psicogeriatrica;
- c) Valências de deficiência mental;
- d) Valências de comportamentos aditivos e dependências.

3 - As unidades residenciais possuem as seguintes tipologias:

- a) Residências de treino de autonomia;
- b) Residências autónomas;
- c) Residências de apoio moderado;
- d) Residências de apoio máximo.

#### Artigo 14.º

#### Funcionamento

1 - Cada unidade ou equipa prestadora de cuidados continuados integrados de saúde mental deverá ser supervisionada por uma direção técnica à qual compete:

- a) Atribuir responsabilidades e definir equipa multidisciplinar;
- b) Elaborar regulamento interno;
- c) Planear, coordenar e monitorizar as atividades desenvolvidas;
- d) Gerir procedimentos de admissão e mobilidade;
- e) Promover trabalho interdisciplinar e assegurar as condições de supervisão de equipa;

- f) Promover a formação inicial e contínua dos profissionais;
- g) Promover a melhoria da qualidade dos serviços através da avaliação de processos, resultados e satisfação.

2 - Cada unidade ou equipa deve ser orientada por um regulamento interno no qual estejam explícitos os critérios e procedimentos de admissão, direitos e deveres, serviços que prestam, horário de funcionamento, procedimentos em situação de emergência, procedimentos de avaliação da unidade ou equipa que deve ser enviada à ECRCCISM.

3 - As entidades promotoras ou gestoras das unidades ou equipas que prestam cuidados de saúde mental devem ainda perante a ECRCCISM para além do definido contratualmente, cumprir o seguinte:

- a) Remeter o quadro de recursos humanos existentes em cada unidade ou equipa;
- b) Comunicar com a antecedência mínima de noventa dias, a cessação de atividade das unidades e equipas, sem prejuízo do tempo necessário ao adequado encaminhamento e mobilização dos utentes;
- c) Facultar o acesso a todas as instalações das unidades e equipas, assim como toda a documentação de suporte à avaliação e auditoria do seu funcionamento.

## SECÇÃO II

### Unidades de internamento de curta, média e longa duração

#### Artigo 15.º

##### Internamento de curta duração

1 - O internamento de curta duração faz-se tendencialmente no serviço de psiquiatria e saúde mental dos hospitais para utentes agudos psiquiátricos e na sua maioria provenientes do serviço de urgência.

2 - As instituições particulares protocoladas devem manter programas de intervenção em situações de doença mental aguda no sentido de assegurarem uma complementaridade aos serviços de psiquiatria e saúde mental dos hospitais, quando estes não conseguem efetivamente dar resposta ao internamento de doentes agudos.

3 - O internamento de curta duração tem o objetivo de estabilizar o quadro clínico do utente agudo, tratar a descompensação psiquiátrica numa perspetiva integral e reabilitar e intervir no contexto psicoterapêutico e psicossocial.

#### Artigo 16.º

##### Internamento de média duração

1 - As unidades de internamento de média duração destinam-se a acolher utentes no princípio do processo de reabilitação psicossocial, resultante de internamento hospitalar por situação clínica aguda, recorrência ou descompensação, em valências de saúde mental, psicogeriatrics, e de tratamento dos comportamentos aditivos e dependências.

2 - O internamento de média duração tem o objetivo de estabilizar clinicamente o utente, com vista à aquisição de competências pessoais e sociais e de forma a facilitar quando e quanto possível a alta para domicílio ou o encaminhamento para outras valências de reabilitação psicossocial.

#### Artigo 17.º

##### Internamento de longa duração

1 - Os internamentos de longa duração destinam-se a utentes com processos de continuidade de tratamento de reabilitação psicossocial, resultante de internamento hospitalar ou de internamento de média duração por situação clínica de recorrência ou descompensação, em valências de saúde mental, psicogeriatría e deficiência mental, nas instituições particulares.

2 - O internamento de longa duração tem o objetivo de o utente adquirir competências pessoais e sociais que facilitem quando e quanto possível a alta para domicílio ou o encaminhamento para outras valências de reabilitação psicossocial.

#### Artigo 18.º

##### Valências de saúde mental

1 - A valência de saúde mental diferencia os utentes de dependência moderada e dependência elevada.

2 - Os critérios comuns de admissão nas valências de saúde mental são:

- a) Grau de incapacidade psicossocial moderado ou elevado, respetivamente;
- b) Ausência de suporte familiar ou social adequado;
- c) Estabilização clínica da fase aguda da doença ou necessidade de consolidação da estabilidade clínica no caso de incapacidade psicossocial moderada;
- d) Necessidade de apoio regular nas atividades de vida diária e nas atividades instrumentais de vida diária, nomeadamente com a higiene e cuidados pessoais, alimentação e medicação;
- e) Funcionalidade instrumental conservada ou adquirida nas áreas de orientação espaço temporal, mobilidade física e relação interpessoal.

3 - Os utentes são encaminhados para estruturas de psiquiatria de apoio moderado se apresentarem alguma capacidade para reconhecer situações de perigo e desencadear procedimentos de segurança do próprio e de terceiros, caso contrário serão integrados numa valência de saúde mental de grau elevado de dependência psicossocial.

4 - Os serviços prestados pelas valências de saúde mental são:

- a) Acesso a cuidados médicos e de enfermagem gerais e da especialidade de psiquiatria, assim como a dispositivos médicos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica;
- b) Apoio de serviços de psicologia e serviços sociais, e terapia ocupacional;

c) Apoio ou supervisão diária de atividades de reabilitação psicossocial e de integração na comunidade;

d) Apoio a familiares e/ou cuidadores;

e) Treino e supervisão na gestão da medicação, alimentação, cuidados de higiene, tarefas domésticas e convívio e lazer.

#### Artigo 19.º

##### Valências de psicogeriatría

1 - As valências de psicogeriatría destinam-se a utentes com idade superior a sessenta e cinco anos ou utentes com idades inferiores, desde que apresentem um grau elevado de deterioração mental, e têm o objetivo de prevenir o agravamento da doença e competências do utente.

2 - A valência de psicogeriatría diferencia os utentes de dependência elevada e dependência moderada.

3 - Os critérios comuns de admissão na valência de psicogeriatría são:

a) Incapacidade psicossocial elevada;

b) Ausência de suporte familiar ou social adequado;

c) Necessidade de apoio regular nas atividades de vida diária e nas atividades instrumentais de vida diária, nomeadamente com higiene e cuidados pessoais, alimentação e medicação.

4 - Os utentes são encaminhados para a psicogeriatría de dependência moderada se apresentarem alguma funcionalidade instrumental na área da mobilidade física, caso contrário serão integrados numa valência de saúde mental de grau elevado de dependência psicossocial.

5 - Os serviços prestados pelas valências de psicogeriatría são os seguintes:

a) Acesso a cuidados médicos e de enfermagem gerais e da especialidade de psiquiatria, assim como a dispositivos médicos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica;

b) Apoio de serviços de psicologia e serviços sociais, e terapia ocupacional;

c) Apoio diário de atividades de reabilitação psicossocial e de integração na comunidade;

d) Apoio a familiares e/ou cuidadores;

e) Treino e supervisão na gestão da medicação, alimentação, cuidados de higiene, tarefas domésticas e convívio e lazer.

#### Artigo 20.º

##### Valências de deficiência mental

1 - As valências de deficiência mental destinam-se, por norma, a internamentos de longa duração de utentes com idade inferior a sessenta e cinco anos e têm o objetivo da aquisição pelo utente de competências que facilitem quando e quanto possível a alta para domicílio ou o encaminhamento para outras valências de reabilitação psicossocial.

2 - Os critérios de admissão às valências de deficiência mental são os seguintes:

- a) Grau de incapacidade psicossocial elevado por deficiência mental e/ou em situações de duplo diagnóstico;
- b) Ausência de suporte familiar ou social adequado;
- c) Estabilização clínica da fase aguda da doença;
- d) Necessidade de apoio regular nas atividades de vida diária e nas atividades instrumentais de vida diária (higiene e cuidados pessoais, alimentação e medicação).

3 - As valências de deficiência mental prestam os seguintes serviços:

- a) Acesso a cuidados médicos e de enfermagem gerais e da especialidade de psiquiatria, assim como a dispositivos médicos e a meios complementares de diagnóstico e terapêutica;
- b) Apoio de serviços de psicologia e serviços sociais e terapia ocupacional;
- c) Apoio em atividades de reabilitação psicossocial e de integração na comunidade;
- d) Apoio a familiares e/ou cuidadores;
- e) Treino e supervisão na gestão da medicação, alimentação, cuidados de higiene, tarefas domésticas, convívio e lazer.

#### Artigo 21.º

##### Valências de comportamentos aditivos e dependências

1 - As valências de comportamentos aditivos e dependências destinam-se a internamentos de curta ou média duração, e visam a desintoxicação física, a abstinência orgânica, e a reabilitação psicológica, familiar e social, disponibilizando, para o efeito, cuidados médicos, de enfermagem, apoio psicológico, sessões pedagógicas, treinos de assertividade, relaxamento e integração sensorial, assim como apoio social e familiar.

2 - Os critérios de admissão às valências de desabitação de comportamentos aditivos e dependências são os seguintes:

- a) Diagnóstico de síndrome de dependência, com ou sem (co)morbilidade, ou consumo nocivo não tratável em ambulatório;
- b) Consentimento do utente para internamento;
- c) Na valência de alcoologia, a doença alcoólica como diagnóstico predominante;
- d) Nas situações de polidependência o internamento dar-se-á na valência de tratamento da doença/patologia predominante;
- e) Tratamento clínico do quadro de privação ou da sua consolidação;
- f) Treino de competências, nomeadamente como agir perante situações de risco, resolução de problemas e como manter a abstinência;
- g) Outros que venham a ser definidos pelos serviços competentes.

3 - As valências de desabitação de comportamentos aditivos e dependências prestam os seguintes serviços:

- a) Acesso a cuidados médicos e de enfermagem gerais e da especialidade de psiquiatria, assim como a dispositivos médicos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica;
- b) Apoio de serviços de psicologia, serviços sociais e terapia ocupacional;
- c) Apoio em atividades de reabilitação psicossocial e de integração na comunidade;
- d) Apoio a familiares e/ou cuidadores;
- e) Treino e supervisão na gestão da medicação, alimentação, cuidados de higiene, tarefas domésticas e manutenção do espaço pessoal e espaços comuns, atividades físicas e convívio e lazer;
- f) Reunião de grupo para ex-utentes e respetivos familiares, de autoajuda.

### SECÇÃO III

#### Unidades residenciais

#### Artigo 22.º

#### Unidades residenciais

1 - Sem prejuízo dos diferentes níveis de complexidade de acordo com grau de incapacidade psicossocial do utente que acolhem, as unidades residenciais asseguram, na generalidade, os seguintes serviços:

- a) Acesso a cuidados médicos e de enfermagem gerais e da especialidade de psiquiatria, assim como a dispositivos médicos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica, com respetiva garantia de transporte a utentes residentes;
- b) Apoio psicossocial, de reabilitação e de integração na comunidade;
- c) Apoio a familiares e/ou cuidadores;
- d) Atividades de vida diária e lazer.

2 - As unidades residenciais devem dispor de uma equipa multidisciplinar, dimensionada à sua complexidade e capacidade máxima.

#### Artigo 23.º

#### Residências de treino de autonomia

1 - As residências de treino de autonomia destinam-se a pessoas com reduzido ou moderado grau de incapacidade psicossocial por doença mental grave, que se encontram clinicamente estabilizadas e conservam alguma funcionalidade, e localizam-se, preferencialmente, na comunidade.

2 - As residências de treino de autonomia prestam os seguintes serviços:

- a) Atividades diárias de reabilitação psicossocial;
- b) Apoio psicossocial, incluindo a familiares e a outros cuidadores informais;
- c) Sensibilização e treino de familiares e de outros cuidadores informais;

- d) Acesso a cuidados médicos gerais e da especialidade de psiquiatria;
- e) Cuidados de enfermagem gerais e da especialidade de saúde mental e psiquiatria;
- f) Treino e supervisão na gestão da medicação;
- g) Alimentação;
- h) Cuidados de higiene e conforto;
- i) Tratamento de roupa.

3 - As residências podem funcionar em complementaridade com as unidades sócio-ocupacionais, desde que autorizadas pela ECRCCISM.

4 - São admitidos nas residências de treino de autonomia os utentes que cumpram os seguintes critérios:

- a) Apresentem grau reduzido ou moderado de incapacidade psicossocial por doença mental grave, de acordo com os resultados da avaliação pelo instrumento único de avaliação aplicado no momento da referenciação;
- b) Ausência de suporte familiar ou social adequado;
- c) Estabilização clínica da fase aguda da doença;
- d) Funcionalidades básicas e instrumentais conservadas ou adquiridas em processos de reabilitação anteriores, nas áreas da orientação espaço-temporal, cuidados pessoais, mobilidade física e relação interpessoal, que viabilize a convivência em grupo e a autonomia na comunidade;
- e) Necessidade de supervisão regular nas atividades instrumentais da vida diária.

5 - A capacidade da residência é fixada por portaria dos membros do Governo Regional com competência em matéria de saúde e de solidariedade social e funciona ininterruptamente todos os dias do ano.

#### Artigo 24.º

##### Residências autónomas

1 - As residências autónomas destinam-se a pessoas com grau de incapacidade reduzido por doença mental grave, clinicamente estabilizados, sem suporte familiar ou social adequado, e localizam-se, preferencialmente, na comunidade.

2 - As residências autónomas prestam os seguintes serviços:

- a) Atividades diárias de reabilitação psicossocial;
- b) Apoio na integração nas atividades profissionais ou sócio-ocupacionais;
- c) Apoio na gestão da medicação, alimentação e convívio e lazer.

3 - São admitidos a residências autónomas os utentes que cumpram os seguintes critérios:



a) Apresentem grau reduzido de incapacidade psicossocial por doença mental grave, de acordo com os resultados da avaliação pelo instrumento único de avaliação aplicado no momento da referenciação;

b) Ausência de suporte familiar ou social adequado;

c) Estabilização clínica da fase aguda da doença;

d) Funcionalidades básicas e instrumentais conservadas ou adquiridas em processos de reabilitação anteriores, nas áreas da orientação espaço-temporal, cuidados pessoais, mobilidade física e relação interpessoal, que viabilize a convivência em grupo e a autonomia na comunidade;

e) Necessidade de supervisão regular nas atividades instrumentais da vida diária.

4 - A capacidade da residência é fixada por portaria dos membros do Governo Regional com competência em matéria de saúde e de solidariedade social e funciona ininterruptamente todos os dias do ano.

#### Artigo 25.º

##### Residência de apoio moderado

1 - As residências de apoio moderado destinam-se a utentes com grau de incapacidade psicossocial moderado por doença mental grave, mas que se encontrem clinicamente estabilizados, sem suporte familiar ou social adequado.

2 - Estas residências podem funcionar em complementaridade com as unidades sócio-ocupacionais, com o aval da ECRCCISM.

3 - As residências de apoio moderado prestam os seguintes serviços:

a) Atividades diárias de reabilitação psicossocial;

b) Apoio e sensibilização de familiares e/ou cuidadores na integração do utente na comunidade;

c) Apoio, orientação e supervisão na gestão da medicação, alimentação, cuidados de higiene, tarefas domésticas e convívio e lazer.

4 - Os critérios de admissão dos utentes nas residências de apoio moderado são os seguintes:

a) Apresentem grau moderado de incapacidade psicossocial por doença mental grave, de acordo com os resultados da avaliação pelo instrumento único de avaliação aplicado no momento da referenciação;

b) Ausência de suporte familiar ou social adequado;

c) Estabilização clínica da fase aguda da doença;

d) Funcionalidades instrumentais conservadas ou adquiridas em processos de reabilitação anteriores, nas áreas da orientação espaço-temporal, cuidados pessoais, mobilidade física e relação interpessoal, que viabilize a convivência em grupo e a autonomia na comunidade;

e) Dificuldades relacionais significativas, reduzida mobilidade na comunidade, alguma capacidade para reconhecer situações de perigo e desencadear procedimentos preventivos de segurança do próprio e de terceiros;

f) Necessidade de supervisão nas atividades básicas e instrumentais de vida diária.

5 - Podem excepcionalmente ser admitidos utentes com suporte familiar ou social adequado por um período máximo de quarenta e cinco dias por ano, por necessidade do cuidador e desde que se verifiquem os restantes critérios de admissão.

6 - A capacidade da residência é fixada por portaria dos membros do Governo Regional com competência em matéria de saúde e de solidariedade social, terá estrutura modular e funciona ininterruptamente todos os dias do ano.

## Artigo 26.º

### Residência de apoio máximo

1 - As residências de apoio máximo destinam-se a utentes com grau de incapacidade psicossocial elevado por doença mental grave, que se encontrem clinicamente estabilizados, sem suporte familiar ou social adequado.

2 - As residências de apoio máximo prestam os seguintes serviços:

a) Apoio no desempenho de atividades da vida diária e atividades diárias de reabilitação psicossocial;

b) Apoio e sensibilização de familiares e/ou cuidadores na integração do utente na comunidade;

c) Apoio e administração de medicação;

d) Apoio e supervisão na alimentação, cuidados de higiene, tratamento de roupa e atividades de convívio e lazer;

e) Cuidados médicos gerais e da especialidade de psiquiatria;

f) Cuidados de enfermagem diários, gerais e da especialidade de saúde mental e psiquiatria.

3 - Os critérios de admissão dos utentes nas residências de apoio máximo são os seguintes:

a) Apresentem grau elevado de incapacidade psicossocial por doença mental grave, de acordo com os resultados da avaliação pelo instrumento único de avaliação aplicado no momento da referenciação;

b) Ausência de suporte familiar ou social adequado;

c) Estabilização clínica da fase aguda da doença;

d) Graves limitações funcionais ou cognitivas, dificuldades relacionais acentuadas, reduzida mobilidade na comunidade e incapacidade para reconhecer situações de perigo e desencadear procedimentos preventivos de segurança do próprio e de terceiros;

e) Necessidade de apoio nas atividades de higiene e cuidados pessoais, alimentação, entre outras.

4 - Podem, excecionalmente ser admitidos utentes com suporte familiar ou social adequado por um período máximo de quarenta e cinco dias por ano, por necessidade do cuidador e desde que se verifiquem os restantes critérios de admissão.

5 - A capacidade da residência é fixada por portaria dos membros do Governo Regional com competência em matéria de saúde e de solidariedade social, com estrutura modular e funciona ininterruptamente todos os dias do ano.

#### SECÇÃO IV

##### Unidades sócio-ocupacionais

##### Artigo 27.º

##### Unidades sócio-ocupacionais

1 - As unidades sócio-ocupacionais localizam-se em contexto comunitário, em espaço físico próprio, e são destinadas a pessoas com grau de incapacidade psicossocial moderada e reduzida, clinicamente estabilizadas, mas com disfuncionalidades na área relacional, ocupacional e de integração social e procuram promover a autonomia, estabilidade emocional e a participação social, com o objetivo de integrar o utente na sociedade, na família e na sua atividade profissional.

2 - As unidades sócio-ocupacionais têm uma direção técnica desempenhada por um técnico da área da saúde mental ou da área social e devem ser constituídas por uma equipa multidisciplinar.

3 - As unidades sócio-ocupacionais englobam as seguintes áreas de intervenção:

- a) Apoio e monitorização nas atividades da vida diária;
- b) Acompanhamento sócio ocupacional, incluído convívio e lazer;
- c) Gestão da medicação e alimentação;
- d) Apoio aos familiares, cuidadores informais e a grupos de autoajuda com vista a reintegração familiar;
- e) Apoio e encaminhamento para serviços de formação e de integração profissionais;
- f) Promoção de atividades socioculturais e desportivas em articulação com as autarquias, associações culturais, desportivas e recreativas e outras estruturas da comunidade;
- g) Acompanhamento clínico, quando necessário;
- h) Obrigatoriedade de existência de um processo individual à semelhança do definido para as unidades residenciais.

4 - Os critérios de admissão a uma unidade sócio-ocupacional são os seguintes:

- a) Incapacidade psicossocial de grau reduzido ou moderado por doença mental grave, de acordo com instrumento único de avaliação aplicado no momento da referênciação;
- b) Estabilização clínica, tendo ultrapassado a fase aguda da doença;

c) Funcionalidade básica conservada ou adquirida em processo de reabilitação anterior, nomeadamente nas áreas da orientação espaço-temporal, mobilidade física e cuidados pessoais.

5 - As unidades deverão funcionar, no mínimo, oito horas por dia útil, no entanto, o horário de permanência de cada utente é variável e de acordo com o definido no seu PII.

## SECÇÃO V

### Equipas de saúde mental de apoio domiciliário

#### Artigo 28.º

### Equipas de saúde mental de apoio domiciliário

1 - As equipas de apoio domiciliário prestam cuidados de saúde a pessoas com doença mental grave, estabilizadas clinicamente e que tenham sido referenciadas para programa adaptado ao grau de incapacidade psicossocial, para reabilitação de competências relacionais, de organização pessoal e doméstica e de acesso aos recursos da comunidade, em domicílio próprio, familiar ou equiparado.

2 - As equipas de apoio domiciliário devem desenvolver as suas atividades com os seguintes objetivos:

- a) Maximizar a autonomia da pessoa com incapacidade psicossocial;
- b) Reforçar a sua rede de suporte social através da promoção de relações interpessoais significativas;
- c) Melhorar a integração social e o acesso a recursos comunitários;
- d) Prevenir internamentos hospitalares e admissões em unidades residenciais;
- e) Sinalizar e encaminhar situações de descompensação para os serviços de psiquiatria e saúde mental;
- f) Promover a participação das famílias e outros cuidadores na prestação de cuidados no domicílio.

3 - As equipas de apoio domiciliário deverão assegurar:

- a) A promoção da autonomia da pessoa com incapacidade psicossocial nas atividades da vida diária, como a gestão doméstica e financeira, compras, confeção de alimentos, tratamento de roupas, manutenção da habitação, utilização de transportes e outros recursos comunitários;
- b) A integração social e o acesso aos recursos comunitários, de convívio ou de lazer;
- c) O envolvimento dos familiares e/ou outros cuidadores na prestação de cuidados no domicílio;
- d) A supervisão e a gestão da medicação;
- e) A prevenção de internamentos.

4 - Os critérios de admissão ao apoio domiciliário em saúde mental são os seguintes:

- a) Qualquer grau de incapacidade psicossocial;

- b) Estabilização clínica, ultrapassada a fase aguda da doença;
  - c) Necessidade de programa adaptado ao grau de incapacidade psicossocial para reabilitação de competências relacionais, de organização pessoal e de acesso aos recursos da comunidade;
  - d) O utente encontra-se a viver na comunidade em domicílio próprio, familiar ou equiparado e consente a sua participação no programa de reabilitação psicossocial.
- 5 - As equipas multidisciplinares prestam cuidados através de visitação domiciliária com a deslocação em simultâneo, no máximo, de dois técnicos, que se realizarão diariamente, sete dias por semana.
- 6 - As equipas de apoio domiciliário estão vinculadas e são coordenadas tecnicamente por uma unidade de saúde de ilha.

## CAPÍTULO V

### Disposições transitórias e finais

#### Artigo 29.º

##### Regulamentação

- 1 - O presente diploma será objeto de regulamentação nas matérias que se revelem necessárias, através de portaria conjunta dos membros do Governo Regional com competência em matérias de saúde e segurança social, no prazo de noventa dias após a sua entrada em vigor.
- 2 - As tipologias de intervenção na saúde mental da infância e adolescência devem ser objeto de legislação própria.

#### Artigo 30.º

##### Implementação da Rede

A rede é implementada progressivamente, no período de doze meses a contar da sua entrada em vigor, e concretiza-se, entre outras formas, no âmbito de acordos celebrados pelos departamentos do Governo Regional com competência em matérias de saúde e segurança social com várias entidades previstas no artigo 2.º

#### Artigo 31.º

##### Entrada em vigor

O presente diploma entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação.

Aprovado pela Assembleia Legislativa da Região Autónoma dos Açores, na Horta, em 6 de setembro de 2016.

A Presidente da Assembleia Legislativa, Ana Luísa Luís.

- Incluir:

**Isenção do uso de cinto de segurança - atestado médico**

**Despacho n.º 667/2016, de 6 de abril**

Considerando que o Decreto - Lei n.º 170-A/2014, de 7 de novembro, prevê no seu artigo 9.º a isenção do uso de cinto de segurança a quem possuir atestado médico de isenção por motivos de saúde graves, emitido pela autoridade de saúde da sua área de residência;

Considerando que, por força do disposto no mencionado artigo 9.º, conjugado com o artigo 16.º do Estatuto Político-Administrativo da Região Autónoma dos Açores, na Região o modelo do atestado médico em questão é aprovado por despacho do membro do Governo Regional com competência em matéria de saúde;

Assim, nos termos do n.º 1 do artigo 3.º da Orgânica da Secretaria Regional da Saúde aprovada pelo Decreto Regulamentar Regional n.º 5/2013/A, de 21 de junho, determino o seguinte:

1 - É aprovado o modelo de atestado médico de isenção de uso de cinto de segurança, o qual consta do anexo ao presente despacho, do qual faz parte integrante.

2 - O presente despacho entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação.

1 de abril de 2016 - O Secretário Regional da Saúde, Luís Mendes Cabral

- Incluir:

**Tempos máximos de resposta garantidos (TMRG) no acesso a cuidados de saúde**

**Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do Serviço Regional de Saúde**

**Portaria n.º 166/2015, de 31 de dezembro**

A redução de listas de espera cirúrgicas, de consultas e de meios complementares de diagnóstico e terapêutica para tempos de espera clinicamente aceitáveis é uma das medidas inseridas no Programa do XI Governo Regional para promover a universalidade e acessibilidade de todos os cidadãos aos cuidados de saúde.

De acordo com a Lei n.º 15/2014, de 21 de março, o membro do governo com competência em matéria de saúde estabelece, por portaria, os tempos máximos de resposta garantidos, doravante TMRG, para todo o tipo de prestações de saúde sem carácter de urgência, nomeadamente ambulatório dos centros de saúde, cuidados domiciliários, consultas externas hospitalares, meios complementares de diagnóstico e terapêutica e cirurgia programada.

A Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do Serviço Regional de Saúde contém os tempos máximos de resposta garantidos e o direito do utente à informação sobre esses tempos, sendo a mesma publicada anualmente em anexo à portaria que fixa os tempos máximos garantidos, divulgada no site do Governo e e obrigatoriamente afixada em

locais de fácil acesso e visibilidade em todos os estabelecimentos do Serviço Regional de Saúde ou convenccionados.

A definição dos tempos máximos de resposta garantidos não prejudica o cumprimento de tempos de resposta mais rigorosos que venham a ser estabelecidos em algumas áreas e programas de saúde de âmbito regional, nomeadamente na área oncológica.

Para a definição dos TMRG foram ouvidas as estruturas e entidades competentes na matéria, designadamente, a Direção Regional da Saúde, a Saudaçor, S.A. e as Unidades Públicas do Serviço Regional da Saúde.

Assim, ao abrigo do disposto na alínea d) do n.º 1 do artigo 90º do Estatuto Político-Administrativo da Região Autónoma dos Açores e no n.º 2 do artigo 1.º e nos artigos 25.º a 27.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março, manda o Governo Regional, pelo Secretário Regional da Saúde, o seguinte:

1 - Fixam-se os tempos máximos de resposta garantidos (TMRG) no acesso a cuidados de saúde para os vários tipos de prestações e que constam do anexo I deste diploma, do qual faz parte integrante.

2 - O cumprimento dos TMRG fixados é alvo de monitorização pela Saudaçor SA, no âmbito do processo de acompanhamento da execução do Contrato-Programa e pela Direção Regional da Saúde.

3 - O serviço deste departamento governamental com competência em planeamento e estatística deve publicar - no Portal do Governo dos Açores – sítio da Secretaria Regional da Saúde, informação atualizada sobre os tempos máximos de resposta garantidos nas diversas modalidades de prestação de cuidados, por cada unidade saúde da região.

4 - É publicada a Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do Serviço Regional de Saúde e que constitui o anexo II ao presente diploma, do qual faz parte integrante.

5 - É revogada a Portaria n.º 58/2015, de 6 de maio.

6 - O presente diploma produz efeitos à data de 1 de janeiro de 2016.

Secretaria Regional da Saúde, 30 de dezembro de 2015.

O Secretário Regional da Saúde, Luis Mendes Cabral.

#### ANEXO I

#### **Tempos máximos de resposta garantidos (TMRG) no acesso a cuidados de saúde no Serviço Regional de Saúde**

| Unidade de Saúde de Ilha |      |             |
|--------------------------|------|-------------|
| Grupo                    | Tipo | TMRG (dias) |

|                           |                                     |    |
|---------------------------|-------------------------------------|----|
| Medicina Geral e Familiar | Consulta prioritária (doença aguda) | 1  |
|                           | Consulta programada                 | 15 |
|                           | Domicílio                           | 15 |
|                           | Receituário                         | 3  |
|                           | Relatórios                          | 5  |
| Medicina Dentária         | Consulta prioritária                | 15 |
|                           | Consulta programada                 | 60 |
| Enfermagem                | Consulta prioritária (doença aguda) | 1  |
|                           | Consulta programada                 | 15 |
|                           | Domicílio                           | 15 |
| Nutrição                  | Consulta prioritária                | 30 |
|                           | Consulta programada                 | 60 |
| Psicologia                | Consulta prioritária                | 30 |
|                           | Consulta programada                 | 60 |
| Fisioterapia              | Tratamento prioritário              | 7  |
|                           | Tratamento programado               | 30 |
| Terapia da fala           | Tratamento prioritário              | 10 |
|                           | Tratamento programado               | 30 |
| Terapia ocupacional       | Tratamento prioritário              | 10 |
|                           | Tratamento programado               | 30 |
| Serviço Social            | Avaliação social                    | 5  |
|                           | Deslocação de doentes               | 1  |



| <b>Hospitais EPER</b>             |                            |                    |
|-----------------------------------|----------------------------|--------------------|
| <b>Grupo</b>                      | <b>Tipo</b>                | <b>TMRG (dias)</b> |
| Enfermagem                        | Consulta prioritária       | 10                 |
|                                   | Consulta não prioritária   | 30                 |
| Nutrição                          | Consulta prioritária       | 10                 |
|                                   | Consulta não prioritária   | 30                 |
| Psicologia                        | Consulta prioritária       | 10                 |
|                                   | Consulta não prioritária   | 30                 |
| Fisioterapia                      | Tratamento prioritário     | 7                  |
|                                   | Tratamento não prioritário | 15                 |
| Terapia da fala                   | Tratamento prioritário     | 10                 |
|                                   | Tratamento não prioritário | 30                 |
| Terapia ocupacional               | Tratamento prioritário     | 10                 |
|                                   | Tratamento não prioritário | 30                 |
| Serviço Social                    | Avaliação social           | 5                  |
|                                   | Deslocação de doentes      | 1                  |
| Anestesiologia                    | Consulta muito prioritária | 30                 |
|                                   | Consulta prioritária       | 60                 |
|                                   | Consulta não prioritária   | 150                |
| Angiologia e<br>Cirurgia Vascular | Consulta muito prioritária | 30                 |
|                                   | Consulta prioritária       | 60                 |
|                                   | Consulta não prioritária   | 150                |
|                                   | Cirurgia urgente           | 3                  |
|                                   | Cirurgia urgente deferida  | 15                 |
|                                   | Cirurgia prioritária       | 60                 |
|                                   | Cirurgia não prioritária   | 270                |
| Cardiologia                       | Consulta muito prioritária | 30                 |
|                                   | Consulta prioritária       | 60                 |
|                                   | Consulta não prioritária   | 150                |
| Cardiologia de<br>Intervenção     | Angiografia cardíaca       | 15                 |
| Cardiologia<br>Pediátrica         | Consulta muito prioritária | 30                 |
|                                   | Consulta prioritária       | 60                 |
|                                   | Consulta não prioritária   | 150                |

|   |                              |     |
|---|------------------------------|-----|
| Cirurgia<br>Cardiorácica                          | Consulta muito prioritária   | 30  |
|   | Consulta prioritária         | 60  |
|   | Consulta não prioritária     | 150 |
|   | Cirurgia - Urgência Diferida | 3   |
|   | Cirurgia - Muito Prioritária | 15  |
|   | Cirurgia - Prioritária       | 60  |
|   | Cirurgia - Prioridade Normal | 270 |
| Cirurgia Geral                                    | Consulta muito prioritária   | 30  |
|   | Consulta prioritária         | 60  |
|   | Consulta não prioritária     | 150 |
|   | Cirurgia - Urgência Diferida | 3   |
|   | Cirurgia - Muito Prioritária | 15  |
|   | Cirurgia - Prioritária       | 60  |
|   | Cirurgia - Prioridade Normal | 270 |
| Cirurgia Maxilo-<br>Facial                        | Consulta muito prioritária   | 30  |
|   | Consulta prioritária         | 60  |
|   | Consulta não prioritária     | 150 |
|   | Cirurgia - Urgência Diferida | 3   |
|   | Cirurgia - Muito Prioritária | 15  |
|   | Cirurgia - Prioritária       | 60  |
|   | Cirurgia - Prioridade Normal | 270 |
| Cirurgia Pediátrica                               | Consulta muito prioritária   | 30  |
|   | Consulta prioritária         | 60  |
|   | Consulta não prioritária     | 150 |
|   | Cirurgia - Urgência Diferida | 3   |
|   | Cirurgia - Muito Prioritária | 15  |
|   | Cirurgia - Prioritária       | 60  |
|   | Cirurgia - Prioridade Normal | 270 |
| Cirurgia Plástica,<br>Reconstrutiva e<br>Estética | Consulta muito prioritária   | 30  |
|   | Consulta prioritária         | 60  |
|   | Consulta não prioritária     | 150 |
|   | Cirurgia - Urgência Diferida | 3   |
|   | Cirurgia - Muito Prioritária | 15  |
|   | Cirurgia - Prioritária       | 60  |

|                                 |                              |     |
|---------------------------------|------------------------------|-----|
|                                 | Cirurgia - Prioridade Normal | 270 |
| Dermato-<br>Venereologia        | Consulta muito prioritária   | 30  |
|                                 | Consulta prioritária         | 60  |
|                                 | Consulta não prioritária     | 150 |
|                                 | Cirurgia - Urgência Diferida | 3   |
|                                 | Cirurgia - Muito Prioritária | 15  |
|                                 | Cirurgia - Prioritária       | 60  |
|                                 | Cirurgia - Prioridade Normal | 270 |
| Doenças Infecciosas             | Consulta muito prioritária   | 30  |
|                                 | Consulta prioritária         | 60  |
|                                 | Consulta não prioritária     | 150 |
| Electrofisiologia<br>cardíaca   | Colocação de pacemaker       | 5   |
| Endocrinologia e<br>Nutrição    | Consulta muito prioritária   | 30  |
|                                 | Consulta prioritária         | 60  |
|                                 | Consulta não prioritária     | 150 |
| Estomatologia                   | Consulta muito prioritária   | 30  |
|                                 | Consulta prioritária         | 60  |
|                                 | Consulta não prioritária     | 150 |
|                                 | Cirurgia - Urgência Diferida | 3   |
|                                 | Cirurgia - Muito Prioritária | 15  |
|                                 | Cirurgia - Prioritária       | 60  |
|                                 | Cirurgia - Prioridade Normal | 270 |
| Gastroenterologia               | Consulta muito prioritária   | 30  |
|                                 | Consulta prioritária         | 60  |
|                                 | Consulta não prioritária     | 150 |
|                                 | Colonoscopia                 | 60  |
|                                 | Endoscopia digestiva alta    | 60  |
| Gastroenterologia<br>Pediátrica | Consulta muito prioritária   | 30  |
|                                 | Consulta prioritária         | 60  |
|                                 | Consulta não prioritária     | 150 |
| Genética Médica                 | Consulta muito prioritária   | 30  |
|                                 | Consulta prioritária         | 60  |
|                                 | Consulta não prioritária     | 150 |
| Ginecologia                     | Consulta muito prioritária   | 30  |

|                                |                              |     |
|--------------------------------|------------------------------|-----|
|                                | Consulta prioritária         | 60  |
|                                | Consulta não prioritária     | 150 |
|                                | Cirurgia - Urgência Diferida | 3   |
|                                | Cirurgia - Muito Prioritária | 15  |
|                                | Cirurgia - Prioritária       | 60  |
|                                | Cirurgia - Prioridade Normal | 270 |
| Obstetrícia                    | Consulta muito prioritária   | 30  |
|                                | Consulta prioritária         | 60  |
|                                | Consulta não prioritária     | 150 |
|                                | Cirurgia - Urgência Diferida | 3   |
|                                | Cirurgia - Muito Prioritária | 15  |
| Hematologia clínica            | Consulta muito prioritária   | 30  |
|                                | Consulta prioritária         | 60  |
|                                | Consulta não prioritária     | 150 |
| Imunoalergologia               | Consulta muito prioritária   | 30  |
|                                | Consulta prioritária         | 60  |
|                                | Consulta não prioritária     | 150 |
| Medicina da Dor                | Consulta muito prioritária   | 30  |
|                                | Consulta prioritária         | 60  |
|                                | Consulta não prioritária     | 150 |
| Medicina da Reprodução         | Consulta muito prioritária   | 30  |
|                                | Consulta prioritária         | 60  |
|                                | Consulta não prioritária     | 150 |
| Medicina Física e Reabilitação | Consulta muito prioritária   | 30  |
|                                | Consulta prioritária         | 60  |
|                                | Consulta não prioritária     | 150 |
| Medicina Hiperbárica           | Consulta muito prioritária   | 30  |
|                                | Consulta prioritária         | 60  |
|                                | Consulta não prioritária     | 150 |
| Medicina Interna               | Consulta muito prioritária   | 30  |
|                                | Consulta prioritária         | 60  |
|                                | Consulta não prioritária     | 150 |
| Nefrologia                     | Consulta muito prioritária   | 30  |
|                                | Consulta prioritária         | 60  |

|                      |                              |     |
|----------------------|------------------------------|-----|
|                      | Consulta não prioritária     | 150 |
| Neurocirurgia        | Consulta muito prioritária   | 30  |
|                      | Consulta prioritária         | 60  |
|                      | Consulta não prioritária     | 150 |
|                      | Cirurgia - Urgência Diferida | 3   |
|                      | Cirurgia - Muito Prioritária | 15  |
|                      | Cirurgia - Prioritária       | 60  |
|                      | Cirurgia - Prioridade Normal | 270 |
| Neurologia           | Consulta muito prioritária   | 30  |
|                      | Consulta prioritária         | 60  |
|                      | Consulta não prioritária     | 150 |
| Oftalmologia         | Consulta muito prioritária   | 30  |
|                      | Consulta prioritária         | 60  |
|                      | Consulta não prioritária     | 150 |
|                      | Cirurgia - Urgência Diferida | 3   |
|                      | Cirurgia - Muito Prioritária | 15  |
|                      | Cirurgia - Prioritária       | 60  |
|                      | Cirurgia - Prioridade Normal | 270 |
| Oncologia médica     | Consulta muito prioritária   | 30  |
|                      | Consulta prioritária         | 60  |
|                      | Consulta não prioritária     | 150 |
| Ortopedia            | Consulta muito prioritária   | 30  |
|                      | Consulta prioritária         | 60  |
|                      | Consulta não prioritária     | 150 |
|                      | Cirurgia - Urgência Diferida | 3   |
|                      | Cirurgia - Muito Prioritária | 15  |
|                      | Cirurgia - Prioritária       | 60  |
|                      | Cirurgia - Prioridade Normal | 270 |
| Otorrinolaringologia | Consulta muito prioritária   | 30  |
|                      | Consulta prioritária         | 60  |
|                      | Consulta não prioritária     | 150 |
|                      | Cirurgia - Urgência Diferida | 3   |
|                      | Cirurgia - Muito Prioritária | 15  |
|                      | Cirurgia - Prioritária       | 60  |

|  |                              |     |
|--|------------------------------|-----|
|  | Cirurgia - Prioridade Normal | 270 |
| Pediatria                              | Consulta muito prioritária   | 30  |
|  | Consulta prioritária         | 60  |
|  | Consulta não prioritária     | 150 |
| Pneumologia                            | Consulta muito prioritária   | 30  |
|  | Consulta prioritária         | 60  |
|  | Consulta não prioritária     | 150 |
| Psiquiatria                            | Consulta muito prioritária   | 30  |
|  | Consulta prioritária         | 60  |
|  | Consulta não prioritária     | 150 |
| Psiquiatria da Infância e Adolescência | Consulta muito prioritária   | 30  |
|  | Consulta prioritária         | 60  |
|  | Consulta não prioritária     | 150 |
| Reumatologia                           | Consulta muito prioritária   | 30  |
|  | Consulta prioritária         | 60  |
|  | Consulta não prioritária     | 150 |
| Urologia                               | Consulta muito prioritária   | 30  |
|  | Consulta prioritária         | 60  |
|  | Consulta não prioritária     | 150 |
|  | Cirurgia - Urgência Diferida | 3   |
|  | Cirurgia - Muito Prioritária | 15  |
|  | Cirurgia - Prioritária       | 60  |
|  | Cirurgia - Prioridade Normal | 270 |

## ANEXO II

### Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do Serviço Regional de Saúde

#### Artigo 1.º

(Direitos dos utentes no acesso aos cuidados de saúde)

O utente do Serviço Regional de Saúde tem direito:

- a) À prestação de cuidados em tempo considerado clinicamente aceitável para a sua condição de saúde;
- b) Ao registo imediato em sistema de informação do seu pedido de consulta, exame médico ou tratamento e a posterior agendamento da prestação de cuidados de acordo com a prioridade da sua situação;
- c) Ao cumprimento dos tempos máximos de resposta garantidos (TMRG) definidos anualmente por portaria do Secretário Regional da Saúde para todo o tipo de prestação de cuidados sem carácter de urgência;
- d) A reclamar para a Direção Regional da Saúde ou para o Provedor do Utente caso os TMRG não sejam cumpridos.

## Artigo 2.º

### (Direitos dos utentes à informação)

O utente do Serviço Regional de Saúde tem direito a:

- a) Ser informado em cada momento sobre a sua posição relativa na lista de inscritos para os cuidados de saúde que aguarda;
- b) Ser informado, através da afixação em locais de fácil acesso e consulta, pela Internet ou outros meios, sobre os tempos máximos de resposta garantidos ao nível regional e sobre os tempos de resposta garantidos de cada instituição prestadora de cuidados de saúde;
- c) Ser informado pela instituição prestadora de cuidados quando esta não tenha capacidade para dar resposta dentro do TMRG aplicável à sua situação clínica e de que lhe é assegurado serviço alternativo de qualidade comparável e no prazo adequado, através da referenciação para outra entidade do Serviço Regional de Saúde ou para uma entidade do sector privado convencionado;
- d) Conhecer o relatório circunstanciado sobre o acesso aos cuidados de saúde, que todos os estabelecimentos do Serviço Regional de Saúde estão obrigados a publicar e divulgar até 31 de março de cada ano.

## Pág. 311

- Substituir o Decreto Legislativo Regional n.º 19/2009/A, de 30 de novembro e o Decreto Regulamentar Regional n.º 7/2010/A, de 7 de abril (págs. 311 a 316) por:

**Altera o Vale Saúde e aprova o Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia da Região Autónoma dos Açores**

**Decreto Legislativo Regional 23/2016/A, de 11 de outubro**

O Vale Saúde, criado pelo Decreto Legislativo Regional 19/2009/A, de 30 de novembro, alterado e republicado pelo Decreto Legislativo Regional 4/2011/A, de 3 de março, visou contribuir para a redução das listas de espera cirúrgicas na Região Autónoma dos Açores, através da fixação de uma resposta célere e eficaz.

Nos últimos anos verificou-se, contudo, um aumento de casos clínicos diagnosticados e encaminhados para cirurgia. Na verdade, quer os avanços científicos e tecnológicos de meios e equipamentos de saúde, quer o aumento da oferta de especialidades nas unidades de saúde da Região Autónoma, contribuindo embora para a melhoria dos cuidados de saúde prestados no âmbito do Serviço Regional de Saúde, vieram avolumar as situações em lista de espera de determinadas especialidades cirúrgicas nos hospitais regionais.

Decorridos cerca de seis anos da criação do Vale Saúde, importa pois rever o respetivo regime, criando novas condições de otimização com vista à prossecução dos objetivos de eficiência, eficácia e qualidade que norteiam o Serviço Regional de Saúde, sob a égide de que a saúde dos cidadãos é um dos pilares de uma sociedade moderna, desenvolvida e estruturada.

Neste sentido, é tempo de alterar a forma de acesso à cirurgia programada por parte dos utentes da Região Autónoma, assumindo que o Vale Saúde não é um fim em si mesmo, mas um meio integrado num processo com uma abrangência maior, o agora denominado Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia da Região Autónoma dos Açores.

Este Sistema pretende garantir o acesso equitativo aos cuidados de saúde num tempo de espera clinicamente aceitável, sempre em cumprimento dos princípios gerais que constam da Base I da Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei 48/90, de 24 de agosto, alterada e republicada pela Lei 27/2002, de 8 de novembro.

Consequentemente, aproveita-se o ensejo para remover algumas limitações identificadas no Vale Saúde, ampliando o seu âmbito às necessidades que agora se verificam no Serviço Regional de Saúde.

Assim, a Assembleia Legislativa da Região Autónoma dos Açores, nos termos da alínea a) do n.º 1 do artigo 227.º da Constituição da República Portuguesa e do n.º 1 do artigo 37.º do Estatuto Político-Administrativo da Região Autónoma dos Açores, decreta o seguinte:

#### Artigo 1.º

##### Objeto

O presente diploma aprova o Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia da Região Autónoma dos Açores, adiante designado por SIGICA e o regime do Vale Saúde na Região Autónoma dos Açores que se destina, exclusivamente, ao pagamento de cirurgias aos utentes do Serviço Regional de Saúde (SRS).

#### Artigo 2.º

##### Definições gerais



Para efeitos do presente diploma, entende-se por:

- a) «Lista de inscritos para cirurgia», o conjunto de inscrições dos utentes do SRS que aguardam a realização de uma intervenção cirúrgica, independentemente da necessidade de internamento ou do tipo de anestesia utilizada, proposta por médicos especialistas num hospital do Serviço Regional de Saúde;
- b) «Cirurgia programada», a que é efetuada no bloco operatório com data de realização previamente marcada;
- c) «Vale Saúde», um documento pré-numerado, pessoal e intransmissível, que permite aos utentes do SRS a realização da intervenção cirúrgica numa entidade prestadora, sendo garantia para esta do respetivo pagamento e que só pode ser utilizado para a realização da cirurgia proposta ou equivalente, dentro do prazo de validade aposto;
- d) «Entidade prestadora» a unidade de saúde pública, privada, ou pertencente ao setor social, designadamente Misericórdias, outras instituições particulares de solidariedade social e entidades de natureza mutualista, pertencente ao serviço regional de saúde, protocolada, contratada ou convencionada para a realização de cirurgias aos utentes do SRS;
- e) «Entidade gestora» o departamento governamental com competência em matéria de saúde ou outra entidade com delegação de competências, nos termos da regulamentação prevista no artigo 9.º.

### Artigo 3.º

#### Objetivos do SIGICA

São objetivos do SIGICA:

- a) Identificar prioridades e garantir um tempo máximo de espera para a realização de qualquer cirurgia no Serviço Regional de Saúde, otimizando a capacidade instalada;
- b) Envolver o utente de uma forma ativa no processo de formalização do consentimento para realização da cirurgia;
- c) Introduzir maior controlo e maior transparência no processo de inscrição para cirurgia;
- d) d) Garantir ao utente a realização da cirurgia num prazo adequado à sua situação clínica.

### Artigo 4.º

#### Funcionamento do SIGICA

1 - O SIGICA é constituído por uma unidade central, a funcionar na entidade gestora e por unidades periféricas responsáveis pela gestão da lista de inscritos para cirurgia, junto de cada hospital do Serviço Regional de Saúde.

2 - O SIGICA é suportado por uma aplicação informática que funcionará na unidade central, com recurso obrigatório às aplicações informáticas de suporte aos Sistemas de Informação do Bloco Operatório de cada Hospital.

3 - A composição e a definição das responsabilidades de cada uma das unidades referidas no n.º 1, bem como os procedimentos a cumprir ao longo do processo e circuitos de comunicação entre os diversos intervenientes são objeto de regulamentação nos termos do artigo 9.º

#### Artigo 5.º

##### Lista de inscritos para cirurgia

1 - A lista de inscritos para cirurgia é o conjunto de inscrições dos utentes que aguardam a realização de uma intervenção cirúrgica, independentemente da necessidade de internamento ou do tipo de anestesia utilizada, proposta por médicos especialistas num hospital do Serviço Regional de Saúde.

2 - São inscritos na lista para cirurgia os utentes que aguardam a realização de um procedimento cirúrgico para o qual o hospital prevê utilizar recursos adstritos à cirurgia programada, que é aquela que é efetuada no bloco operatório com data de realização previamente marcada, independentemente do tipo de bloco operatório a utilizar.

3 - Cada hospital deve, obrigatoriamente, inserir a proposta cirúrgica do utente no Sistema de Informação Hospitalar no dia em que é identificada a indicação para cirurgia, devendo definir a prioridade clínica do utente, de acordo com os níveis de prioridade constantes da portaria que define o Tempo Máximo de Resposta Garantido (TMRG).

#### Artigo 6.º

##### Marcação das cirurgias

1 - Os hospitais da Região devem definir a programação operatória com um mínimo de sete dias de antecedência, sendo os utentes convocados de acordo com a prioridade e antiguidade na lista de inscritos para cirurgia, em conformidade com a ordenação da aplicação informática.

2 - Até esgotar 50 % do TMRG os utentes são convocados exclusivamente pelo hospital que procedeu à inscrição.

3 - Entre os 50 % e os 100 % do TMRG, os utentes podem ser convocados por qualquer hospital público do Serviço Regional de Saúde, podendo o utente recusar a cirurgia, sem que isso condicione a sua inscrição na lista de inscritos para cirurgia.

4 - A entidade gestora encaminha os utentes para uma entidade prestadora, no mais curto espaço de tempo possível. 5 - A entidade gestora atribui prioridade aos utentes com maior antiguidade na lista de espera.

#### Artigo 7.º

##### Vale Saúde

1 - Nos casos em que o Serviço Regional de Saúde não consiga dar resposta dentro do TMRG, é emitido pela unidade central, ou pelo Hospital em que o utente se encontra em lista de espera, um Vale Saúde que garante ao utente a realização da cirurgia numa entidade prestadora nos termos da alínea d) do artigo 2.º, de acordo com a regulamentação prevista no artigo 9.º

2 - A emissão de vales saúde está limitada à verba inscrita no Plano de Investimentos anual aprovado na Assembleia Legislativa da Região Autónoma dos Açores.

3 - O procedimento supra referido, bem como a respetiva regulamentação, não prejudicam a aplicação do Regulamento de Deslocação de Doentes na Região Autónoma dos Açores.

#### Artigo 8.º

##### Avaliação e monitorização

1 - Anualmente, até 15 de janeiro, o membro do Governo Regional competente em matéria de saúde deve remeter à Assembleia Legislativa da Região Autónoma dos Açores um relatório circunstanciado de execução do SIGICA e do Vale Saúde, reportado ao ano civil anterior, para efeitos da avaliação do impacto da aplicação do presente diploma.

2 - Para efeitos de monitorização do cumprimento do disposto no presente diploma e respetiva regulamentação, nomeadamente do TMRG, a entidade competente pela gestão do SIGICA deve divulgar no respetivo sítio oficial da Internet a lista de inscritos para cirurgia, salvaguardando sempre a identidade dos beneficiários, atualizada mensalmente e um relatório trimestral sujeito a homologação do membro do Governo Regional com competência em matéria de saúde.

#### Artigo 9.º

##### Regulamentação

1 - O presente diploma é objeto de regulamentação por portaria do membro do Governo Regional com competência em matéria de saúde, no prazo de dez dias a contar da respetiva entrada em vigor.

2 - Para efeitos do número anterior, são objeto de regulamentação, designadamente, a emissão e modelo do Vale Saúde, os tempos máximos de resposta garantidos, incluindo níveis de prioridade e o Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia da Região Autónoma dos Açores, SIGICA.

#### Artigo 10.º

##### Norma revogatória

É revogado o Decreto Legislativo Regional 19/2009/A, de 30 de novembro, alterado pelo Decreto Legislativo Regional 4/2011/A, de 3 de março.

#### Artigo 11.º

##### Entrada em vigor

O presente diploma entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação.

Aprovado pela Assembleia Legislativa da Região Autónoma dos Açores, na Horta, em 7 de setembro de 2016. A Presidente da Assembleia Legislativa, Ana Luísa Luís.

## **Regulamento do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia dos Açores e Vale Saúde**

### **Portaria n.º 111/2016, de 14 de dezembro**

Considerando que o Decreto Legislativo Regional n.º 23/2016/A, de 10 de Novembro, que altera o Vale Saúde e aprova o Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia da Região Autónoma dos Açores (SIGICA), prevê a sua regulamentação através de portaria do membro do Governo Regional com competência na área da Saúde;

Sendo o SIGICA um sistema de regulação dos utentes propostos para cirurgia, assente em princípios de equidade no acesso ao tratamento cirúrgico, de transparência dos processos de gestão e de responsabilização dos utentes, dos hospitais do Serviço Regional de Saúde e dos estabelecimentos de saúde que contratam e convencionam com aquele a prestação de cuidados de saúde aos seus beneficiários, que visa a gestão continuada e integrada do universo dos doentes inscritos para cirurgia nos estabelecimentos do Serviço Regional de Saúde;

Atendendo a que a informação necessária à regulação da lista de inscritos para cirurgia, à avaliação da atividade dos serviços cirúrgicos e blocos operatórios, à transferência dos utentes entre hospitais e à sua abordagem nos hospitais de destino será transferida diariamente dos sistemas de informação hospitalares para o Sistema Informático de Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia dos Açores (SIGLICA), o que, numa primeira fase implica adaptar aqueles sistemas;

Considerando que a integração das listas de inscritos para cirurgia dos hospitais regionais no Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia da Região Autónoma dos Açores, pressupõem a sua atualização, através da introdução nos sistemas de informação hospitalar das cirurgias já realizadas e do cancelamento da inscrição dos utentes que tenham falecido ou que declararam a desistência da inscrição;

Tendo em consideração que a gestão das listas de espera cirúrgicas implica, não só, uma maior complementaridade entre os hospitais regionais e o restante sistema de saúde, mas também um melhor aproveitamento dos tempos cirúrgicos, mediante uma melhor gestão dos blocos operatórios;

Assim, nos termos da alínea d) do n.º 1 do artigo 227.º da Constituição da República Portuguesa e da alínea b) do n.º 1 do artigo 89.º do Estatuto Político-Administrativo da Região Autónoma dos Açores, e em cumprimento do disposto no n.º 1, do artigo 9.º, do Decreto Legislativo Regional n.º 23/2016/A, de 10 de Novembro, manda o Governo Regional dos Açores, pelo Secretário Regional da Saúde, o seguinte:

- 1 - É aprovado o Regulamento do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia dos Açores e Vale Saúde, constante do anexo I que faz parte integrante desta Portaria.
- 2 - É aprovado o modelo do Vale Saúde, constante do anexo II, que faz parte integrante desta Portaria.
- 3 - É encarregue a Sudaçor - Sociedade Gestora de Recursos e Equipamentos da Saúde dos Açores, S. A., de proceder a uma análise de mercado com o objetivo de determinar quais os tipos de atos cirúrgicos que, tendo em consideração as atuais listas de espera cirúrgicas dos hospitais,

bem como a oferta disponibilizada pelos agentes públicos e privados, devem ser objeto de convenções, de modo a implementar o Vale Saúde.

4 - São encarregues os Hospitais do Serviço Regional de Saúde, de procederem à atualização das listas de espera cirúrgica, até dia 31 de janeiro de 2017 e de, até dia 31 de março de 2017, apresentarem um plano de otimização dos tempos cirúrgicos nos blocos operatórios que permita diminuir os tempos de espera das listas de inscritos para cirurgia.

5 - A presente Portaria entra em vigor no dia 1 de janeiro de 2017, à exceção dos pontos 3 e 4 que produzem efeitos no dia seguinte ao da sua publicação.

Secretaria Regional da Saúde.

Assinada em 12 de dezembro de 2016.

O Secretário Regional da Saúde, Rui Duarte Gonçalves Luís.

## Anexo I

### Regulamento do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia dos Açores e Vale Saúde

#### Título I

#### Disposições gerais

#### Artigo 1.º

#### Objeto

O presente regulamento estabelece as regras de funcionamento do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia dos Açores (SIGICA) e de emissão do Vale Saúde, nos termos do artigo 9.º do Decreto Legislativo Regional n.º 23/2016/A, de 10 de Novembro.

#### Artigo 2.º

#### Definições

Para efeitos do disposto no presente Regulamento:

a) Dá-se o nome de «lista de inscritos para cirurgia» (LIC) ao conjunto das inscrições dos utentes que aguardam a realização de uma intervenção cirúrgica, independentemente da necessidade de internamento ou do tipo de anestesia utilizada, proposta por médicos especialistas num hospital do SRS;

b) Entende-se por «nota de consentimento informado» o documento que recolhe a concordância do utente com a proposta de intervenção cirúrgica e com a sua inscrição na LIC e a aceitação do conjunto de normas do Regulamento do SIGICA que servirão de base para a gestão da proposta cirúrgica;

c) Por «proposta cirúrgica» entende-se a proposta terapêutica na qual está prevista a realização de uma intervenção cirúrgica com os recursos da cirurgia programada;

- d) Dá-se o nome de «intervenção cirúrgica» ao ato ou mais atos operatórios realizados por um ou mais cirurgiões no bloco operatório na mesma sessão;
- e) Uma «cirurgia programada» é aquela que é efetuada no bloco operatório com data de realização previamente marcada;
- f) Uma «cirurgia de ambulatório» é uma intervenção cirúrgica programada, realizada sob anestesia geral, loco-regional ou local que, sendo habitualmente efetuada em regime de internamento, pode ser realizada em instalações próprias, com segurança e de acordo com a atual legis artis, em regime de admissão e alta no período máximo de vinte e quatro horas e não inclui a pequena cirurgia;
- g) Uma «pequena cirurgia» consiste na intervenção cirúrgica realizada sem recurso a anesthesiologista;
- h) Por «urgência diferida» entende-se a situação em que um utente que se encontra em crise aguda é proposto para uma intervenção cirúrgica com os recursos da cirurgia programada;
- i) Por «cirurgia urgente» entende-se aquela que é efetuada no bloco operatório, sem data de realização previamente marcada, por equipas afetas ao serviço de urgência;
- j) Por «processo do utente» entende-se o conjunto de documentos em suporte físico ou eletrónico com informação relevante e suficiente para a gestão da proposta cirúrgica;
- k) Um «diagnóstico pré-operatório» descreve o problema ou condição patológica que determina uma dada proposta terapêutica;
- l) Um «diagnóstico principal» descreve o problema ou condição patológica observada após conclusão do estudo completo do utente e das terapêuticas instituídas;
- m) Um «diagnóstico secundário» descreve o problema ou condição patológica concomitante com o diagnóstico pré-operatório ou com o diagnóstico principal;
- n) Um «diagnóstico associado» descreve o problema ou condição patológica que enquadra ou ajuda a explicar o diagnóstico pré-operatório, principal ou secundário;
- o) Denominam-se «intercorrências» todas as situações passíveis de causar limitações à normal função de órgãos e sistemas do utente, como acidentes ou eclosão de patologias independentes;
- p) Consideram-se «complicações» todas as situações novas de doença ou limitação funcional não esperada que surjam na sequência da instituição das terapêuticas e não sejam imputáveis a situações independentes dos procedimentos instituídos;
- q) Dá-se o nome de «registo provisório» ou «pré-inscrição» ao registo de um utente na LIC que aguarda o seu consentimento informado escrito;
- r) Dá-se o nome de «registo ativo» ao registo de um utente na LIC, provisoriamente inscrito, após obtenção do seu consentimento informado escrito, que não se encontra suspenso;
- s) Entende-se por «registo cancelado» a anulação do registo de um utente na LIC determinado por motivos supervenientes à inscrição, clínicos ou outros, que impedem a realização da cirurgia;
- t) Entende-se por «registo suspenso» uma alteração temporária do registo de um utente na LIC que, a seu pedido, fundado em motivo plausível, ou a pedido do médico proponente da cirurgia,

decorrente de uma situação clínica que o impede temporariamente de ser operado, fica suspenso por um período definido de tempo, findo o qual é novamente ativado, mantendo-se o interesse do utente em submeter-se a uma intervenção cirúrgica no hospital. Este estado também pode ser utilizado em situações em que haja problemas técnicos ou de insuficiência de informação e que impede o registo de ser movimentado; durante o tempo em que a inscrição é suspensa, a contagem do tempo de espera é interrompida;

u) Uma «readmissão» consiste na reincorporação em LIC de um utente indevidamente cancelado, relevando o tempo já decorrido para efeito de contagem de tempo de espera;

v) Uma «reinscrição» consiste no recomeço, a partir de zero, da contagem do tempo de espera para um dado utente que a seu pedido, mantendo-se a indicação cirúrgica, é inscrito de novo na LIC;

w) Entende-se por «tempo de espera» o número de dias de calendário que medeia entre o momento em que é efetivado um registo ativo na LIC e a observação ou o cancelamento desse registo;

x) Dá-se o nome de «tempo médio de espera» ao tempo de espera que resulta do somatório dos tempos de espera dos utentes inscritos na LIC dividido pelo número total de doentes inscritos;

y) Dá-se o nome de «mediana do tempo de espera» ao tempo de espera situado no centro da distribuição dos tempos de espera dos utentes inscritos na LIC, 50 % dos quais aguarda acima e os restantes 50% abaixo daquele valor central;

z) Entende-se por «nível de prioridade» a classe em que um determinado utente é integrado, avaliado em função da doença e problemas associados, patologia de base, gravidade, impacto na esperança de vida, na autonomia e na qualidade de vida do utente, velocidade de progressão da doença e tempo de exposição à doença;

aa) Dá-se o nome de «tempo de espera no destino» ao número de dias de calendário que medeia entre o momento em que o vale saúde é utilizado no hospital de destino e a observação, a devolução ou a saída do utente da LIC;

ab) Um «vale saúde» é um documento pré-numerado, pessoal e intransmissível, que permite aos utentes do SRS a realização da intervenção cirúrgica numa entidade prestadora, sendo garantia para esta do respetivo pagamento e que só pode ser utilizado para a realização da cirurgia proposta ou equivalente, dentro do prazo de validade aposto;

ac) Por «hospital de origem» entende-se a unidade hospitalar do SRS onde é efetuado pela primeira vez o registo do utente na LIC para um determinado tratamento cirúrgico;

ad) A expressão «hospital de destino» refere-se à unidade hospitalar do SRS ou entidade convencionada no âmbito do SIGICA, onde é realizada a intervenção cirúrgica que foi identificada como necessária no hospital de origem do utente, aquando do seu registo na LIC;

ae) Por «transferência» entende-se a deslocação do utente do seu hospital de origem para outra unidade hospitalar do SRS ou entidade convencionada, designado hospital de destino;

af) Entende-se por «produção base» a produção contratualizada no início do ano, considerando o histórico de produção do hospital, a melhoria da eficiência e a evolução da sua procura;

ag) Entende-se por «produção adicional» a produção que excede a produção base contratualizada com os hospitais do SRS, bem como a efetuada pelas entidades convencionadas no âmbito do SIGICA.

### Artigo 3.º

#### Direitos dos utentes

1. Para efeitos do disposto no presente Regulamento, são reconhecidos aos utentes os seguintes direitos:

- a) Obter um certificado comprovativo da sua inscrição em LIC;
- b) Invocar motivo plausível para a não comparência à cirurgia ou às consultas, exames e tratamentos associados ao procedimento cirúrgico proposto, para os quais tenha sido convocado;
- c) Dispor de uma garantia de tratamento dentro do tempo máximo de espera garantido por nível de prioridade;
- d) Aceder a todo o tempo junto das unidades periféricas de gestão de inscritos para cirurgia (UPGIC) do seu hospital, a seu pedido, aos dados que lhe respeitem registados na LIC, nomeadamente o nível de prioridade que lhe foi atribuído e o seu posicionamento relativo na prioridade atribuída;
- e) Escolher, quando haja lugar a transferência, de entre os hospitais indicados para a realização daquela cirurgia;
- f) Recusar a transferência do seu hospital para outros hospitais para realização da cirurgia de que carece;
- g) Requerer até ao máximo de três vezes a pendência da sua inscrição na LIC, invocando motivo plausível, por um período total de tempo inferior ao tempo máximo de espera garantido;
- h) Requerer por escrito a sua saída da LIC;
- i) Apresentar reclamação escrita sempre que se verifique alguma irregularidade em alguma das fases do processo;
- j) Obter um Vale Saúde assim que a sua inscrição ultrapassar o tempo máximo de resposta garantido;
- k) Ter acesso à lista de entidades prestadoras e respetivos atos cirúrgicos com as quais o SRS tem protocolo, contrato ou convenção;
- l) A garantia da realização do ato cirúrgico e demais serviços médicos pré e pós cirúrgicos, numa entidade convencionada nas mesmas condições técnicas e de segurança, que o mesmo teria, se realizado no SRS.

2. A reclamação prevista na alínea i) deve conter a identificação completa do utente e do seu processo, bem como a exposição clara da situação verificada e ser entregue, no prazo de vinte dias úteis sobre a ocorrência ou o seu conhecimento, à unidade central de gestão de inscritos para cirurgia ou à unidade periférica de gestão de inscritos para cirurgia que remeterá cópia à primeira.



## Artigo 4.º

### Deveres dos utentes

Os utentes, para efeito do disposto no presente Regulamento, estão obrigados ao cumprimento dos seguintes deveres:

- a) Formalizar o seu consentimento informado por escrito para a inscrição em LIC, de acordo com uma proposta cirúrgica e aceitar as normas do presente Regulamento;
- b) Manter atualizados os dados constantes do seu registo na LIC, informando o seu hospital das alterações de quaisquer elementos que constam do seu processo, designadamente dos contactos pessoais (residência, telefone, correio eletrónico);
- c) Comparecer na data marcada para a realização da cirurgia e aos atos que lhe estão associados e para os quais seja convocado, nomeadamente consultas, exames e tratamentos;
- d) Informar o seu hospital, se possível antecipadamente, de qualquer situação que impossibilite ou determine o adiamento da realização da intervenção cirúrgica ou dos atos referidos na alínea anterior e justificar a sua ausência, nos termos deste Regulamento;
- e) Formalizar a aceitação do vale saúde, caso dele queira beneficiar.

## Artigo 5.º

### Financiamento

1. O financiamento da produção base consta dos contratos-programa dos hospitais.
2. O financiamento da produção adicional é negociado em sede de contrato-programa.
3. A emissão de Vales Saúde está limitada à verba inscrita no Plano de investimentos anual aprovado na Assembleia Legislativa da Região Autónoma dos Açores.
4. Caso seja solicitada à entidade gestora a emissão de vales saúde que ultrapassem o cabimento inicialmente previsto, deve esta notificar, de imediato, o departamento do governo com competência em matéria da saúde.

## Artigo 6.º

### Não conformidades

Consideram-se não conformidades as situações de incumprimento das regras previstas no presente Regulamento e no Manual de Gestão de Inscritos para Cirurgia dos Açores (MGICA).

## Título II

### Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia dos Açores

## Capítulo I

### Composição e definição das responsabilidades das unidades de apoio ao SIGICA

#### Artigo 7.º

##### Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia dos Açores

1. A Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia dos Açores (UCGICA) fica integrada na Saudaço - Sociedade Gestora de Recursos e Equipamentos da Saúde dos Açores, S.A.
2. O responsável pela UCGICA é nomeado pelo Conselho de Administração da Saudaço, por um período de três anos, após parecer prévio favorável do membro do Governo Regional responsável pela área da saúde.

#### Artigo 8.º

##### Responsabilidades da UCGICA

##### 1. À UCGICA compete:

- a) Garantir a atualização permanente do registo dos utentes na lista de inscritos, assegurando a coerência dos dados transferidos pelos hospitais para o SIGLICA e a sua correta integração;
- b) Elaborar e manter atualizado o MGICA e propor a sua aprovação, bem como a sua divulgação;
- c) Definir um conjunto mínimo de dados de natureza clínica, administrativa e outra a registar nos sistemas de informação dos hospitais e a transferir para o SIGLICA;
- d) Definir e colaborar na análise funcional dos circuitos de informação do SIGICA;
- e) Prever o impacto das medidas instituídas no âmbito do SIGICA e propor metas relativas nomeadamente a produção, qualidade e tempos de espera;
- f) Selecionar os utentes a transferir;
- g) Emitir e enviar os vales saúde às UPGIC ou centros de saúde;
- h) Definir e zelar pelo cumprimento das regras de confidencialidade dos dados dos utentes inscritos na LIC;
- i) Preparar e divulgar nos termos que vierem a ser definidos, a informação relevante relacionada com a atividade dos diferentes hospitais do SRS e entidades convencionadas;
- j) Realizar auditorias aos hospitais para determinar se o registo de informação, os processos estabelecidos e as demais obrigações decorrentes do SIGICA estão a ser cumpridas;
- k) Reportar às entidades competentes as situações detetadas em sede de auditoria, nomeadamente à Inspeção Regional de Saúde dos Açores, quando se justifique;
- l) Celebrar convenções com entidades privadas com vista à prestação de cuidados de saúde no âmbito da gestão integrada de inscritos para cirurgia, através do vale saúde;
- m) Assegura o controlo de qualidade do circuito estabelecido.

2. No âmbito da gestão das transferências, a UCGICA:

- a) Adota as ações necessárias para fomentar a adequação da oferta dos serviços das unidades convencionadas com a procura de procedimentos cirúrgicos dos hospitais da rede do SRS;
- b) Monitoriza e controla os processos de transferência e garante o cumprimento dos protocolos de transferência definidos, designadamente no que respeita aos circuitos, acompanhamento e comunicação entre os intervenientes;
- c) Supervisiona a atividade dos hospitais da rede do SRS e das entidades convencionadas no que concerne a transferências de utentes e produção cirúrgica contratada;
- d) Garante a correta e fluida comunicação entre as diferentes partes implicadas;
- e) Monitoriza o tempo de resposta para realização dos procedimentos cirúrgicos por parte dos hospitais do SRS e das entidades convencionadas;
- f) Audita as unidades hospitalares para verificação da veracidade e atualidade dos dados contidos nos SIH e no SIGLICA.

#### Artigo 9.º

##### Responsabilidades dos Conselhos de Administração dos Hospitais

O cumprimento do presente regulamento pressupõe que os conselhos de administração dos hospitais assegurem a realização das seguintes atividades:

- a) Divulgar e garantir o cumprimento das normas do SIGICA e das regras incluídas no MGICA, bem como das orientações emitidas pela UCGICA;
- b) Zelar e assegurar a gestão otimizada do bloco operatório em função da procura e da lista de procedimentos de cada uma das especialidades cirúrgicas, de forma a diminuir os tempos de espera da respetiva LIC;
- c) Garantir a fiabilidade da informação e normalização dos fluxos de informação relativos à lista de inscritos para cirurgia;
- d) Zelar e garantir a correta atribuição dos níveis de prioridade definidos no MGICA, de acordo com as boas práticas clínicas e proceder à sua divulgação junto dos profissionais de saúde;
- e) Garantir a existência de suportes informáticos adequados às necessidades de gestão da informação referente ao SIGICA e com conexão ao SIGLICA, observando as indicações sobre segurança, proteção e confidencialidade de dados.

#### Artigo 10.º

##### Unidades Periféricas de Gestão de Inscritos para Cirurgia

1. As unidades periféricas de gestão de inscritos para cirurgia (UPGIC) ficam integradas nos hospitais.
2. A composição das UPGIC e respetiva direção são definidas pelo conselho de administração do respetivo hospital.

3. A direção das IPGIC é nomeada por um período de três anos.

#### Artigo 11.º

##### Responsabilidades das UPGIC

Às UPGIC compete:

- a) Centralizar a gestão de inscritos para cirurgia do hospital;
- b) Controlar e supervisionar o registo dos utentes na LIC do hospital;
- c) Zelar pelo cumprimento das normas aplicáveis à LIC e respetivo Regulamento;
- d) Zelar pela atualização permanente da informação administrativa e clínica respeitante a cada utente registado na LIC;
- e) Informar e acompanhar os utentes para esclarecimento de todos os aspetos administrativos relacionados com a sua situação na LIC, incluindo a resposta a sugestões e o encaminhamento das reclamações para a UCGICA;
- f) Realizar ou assegurar o contacto com os utentes para marcação de consultas ou exames, designadamente no âmbito dos cuidados pré-operatórios, da avaliação pré-anestésica e da programação cirúrgica;
- g) Preparar a informação necessária para o planeamento, a gestão e a tomada de decisões relativos à LIC e à atividade cirúrgica, para distribuição às diversas unidades orgânicas do hospital e para posterior relatório às entidades supervisoras;
- h) Promover a realização de reuniões de acompanhamento da atividade cirúrgica do hospital com todos os serviços envolvidos no processo;
- i) Avaliar e reportar à UCGICA toda a informação que seja por estas considerada pertinente, designadamente sobre a produção cirúrgica base e adicional, contratualizada e realizada, a evolução da LIC, a capacidade técnica do hospital, a capacidade instalada, os recursos e a utilização do bloco operatório;
- j) Garantir o registo e a transferência para o SIGLICA, no prazo máximo de dez dias úteis a contar da respetiva ocorrência, dos dados relativos nomeadamente à gestão da LIC, produção prevista e produção realizada;
- k) Informar mensalmente a UCGICA a respeito da gestão do SIGICA, de acordo com os indicadores que venham a ser definidos para a prática de monitorização.

#### Artigo 12.º

##### Responsabilidades dos diretores de serviço

Aos responsáveis pelas unidades ou serviços dos hospitais envolvidos nos procedimentos cirúrgicos compete:

- a) Validar a situação do utente face aos critérios clínicos definidos para inscrição do utente na LIC do hospital;

- b) Zelar pela atualização permanente da lista de procedimentos cirúrgicos suscetíveis de serem realizados pelos seus serviços;
- c) Garantir a seleção dos utentes inscritos em LIC para efeito de programação cirúrgica de acordo com os critérios de antiguidade e prioridade estabelecidos no MGICA e neste Regulamento;
- d) Informar imediatamente a UPGIC de qualquer modificação referente ao utente que determine a sua substituição ou a alteração da sua posição na LIC;
- e) Zelar e assegurar o registo no sistema de informação do hospital das propostas cirúrgicas, dos agendamentos, dos relatórios cirúrgicos e clínicos, das altas de internamento em que tenha ocorrido um ato cirúrgico com utilização de bloco operatório, da conclusão dos processos e demais movimentos na LIC, de acordo com os requisitos do MGICA.

## Capítulo II

### Procedimento de Gestão de Inscritos para Cirurgia

#### Artigo 13.º

##### Inscrição no sistema de informação hospitalar

Todos os atos relacionados com a inscrição do utente em LIC, desde a efetivação da primeira consulta em serviço hospitalar relacionada com a proposta cirúrgica até à realização da intervenção cirúrgica e respetiva alta, deverão ser registados no sistema de informação hospitalar (SIH), sendo posteriormente integrados no SIGLICA.

#### Artigo 14.º

##### Inscrições na LIC

###### 1. São inscritos na LIC:

- a) Os utentes que aguardam a realização de um procedimento cirúrgico para o qual o hospital prevê utilizar os recursos adstritos à cirurgia programada;
- b) Os utentes em situação de urgência diferida, dispensando-se as formalidades que não puderem ser efetuadas previamente por motivos clínicos.

###### 2. Não se incluem em LIC os utentes:

- a) Propostos para pequenas cirurgias;
- b) Propostos para procedimentos cirúrgicos a realizar fora do bloco operatório de cirurgia convencional ou ambulatória.

#### Artigo 15.º

##### Proposta de cirurgia

1. A proposta de cirurgia é preenchida pelo médico proponente da cirurgia e deve conter pelo menos a seguinte informação:

- a) Identificação completa do utente - nome completo; filiação; número do processo; número de B.I ou Cartão de Cidadão; número nacional de utente; número de beneficiário (subsistemas); data de nascimento; sexo; morada completa com código postal, freguesia e concelho; contactos telefónicos;
  - b) Data da proposta - tem de corresponder à data da realização do evento consulta que deu origem à proposta cirúrgica;
  - c) Identificação de acordo com a classificação de diagnósticos, em vigor, dos diagnósticos pré-operatórios, principal e, quando aplicável, secundário e associado e respetiva nomenclatura;
  - d) Identificação de acordo com a classificação de diagnósticos, em vigor, dos procedimentos propostos e respetiva nomenclatura;
  - e) Lateralidade;
  - f) Indicação do nível de prioridade fundamentado;
  - g) Regime da Cirurgia – ambulatório/internamento;
  - h) Tipo de anestesia prevista;
  - i) Identificação das necessidades de suporte peri-operatório e equipamento peri-operatório específico.
2. Depois de devidamente preenchida, a proposta de cirurgia é entregue ao diretor do respetivo serviço cirúrgico pelo médico que realizou o atendimento.

#### Artigo 16.º

##### Consentimento informado

1. A nota de consentimento informado visa esclarecer o utente sobre o procedimento, o resultado esperado e potenciais complicações, bem como dos seus direitos e deveres e recolher a sua aprovação relativamente ao registo informático da proposta de intervenção cirúrgica.
2. A nota de consentimento informado é obrigatoriamente assinada pelo utente podendo fazer-se substituir por representante legal, se não puder assinar.
3. Sempre que se considerar necessário, o responsável pelo serviço cirúrgico poderá rever a proposta, avaliando se esta se encontra de acordo com a orientação do serviço. Caso o responsável do serviço cirúrgico conclua que a cirurgia proposta não está conforme, deverá fazer constar essa indicação no campo do documento destinado para o efeito e comunicar essa decisão ao médico proponente que, no prazo de quatro dias úteis, convoca o utente para consulta para redefinição de orientação terapêutica.
4. A falta de entrega da nota do consentimento informado determina o cancelamento do registo provisório do utente na LIC, ao fim de quatro meses.

#### Artigo 17.º

##### Certificado de inscrição

1. O registo do utente na LIC é ativado quando é emitido o certificado de inscrição que é enviado/entregue ao utente.
2. O certificado de inscrição é o documento comprovativo da inscrição do utente na LIC.

#### Artigo 18.º

##### Níveis de prioridade clínica

Os utentes são classificados num dos seguintes níveis de prioridade clínica, em função da doença e problemas associados, patologia de base, gravidade, impacto na esperança de vida, na autonomia e na qualidade de vida do utente, velocidade de progressão da doença e tempo de exposição à doença:

- a) Nível 4 - Urgência Diferida - se a intervenção tiver que ocorrer assim que estejam reunidas as condições necessárias à sua realização e em prazo não superior a setenta e duas horas;
- b) Nível 3 - Muito Urgente - se não for admissível que o utente possa esperar mais do que quinze dias;
- c) Nível 2 - Urgente - se não for admissível que o utente possa esperar mais do que dois meses;
- d) Nível 1 - Normal - se for admissível que o utente possa esperar até nove meses.

#### Artigo 19.º

##### Programação cirúrgica

1. A programação cirúrgica dos utentes deve ser registada nos SIH e deve obedecer aos critérios que se seguem, por ordem de importância:
  - a) Prioridade clínica estabelecida pelo médico especialista em função da doença e problemas associados, patologia de base, gravidade, impacto na esperança de vida, na autonomia e na qualidade de vida do utente, velocidade de progressão da doença e tempo de exposição à doença;
  - b) Antiguidade na LIC, sendo, em caso de igual prioridade clínica, selecionado em primeiro lugar o utente que se encontra inscrito na lista há mais tempo.
2. Os utentes classificados nos níveis 3 e 4 devem ser imediatamente informados da data da marcação da cirurgia.
3. Os utentes classificados nos níveis 1 e 2 devem ser informados da data da marcação da cirurgia com pelo menos sete dias úteis de antecedência.
4. Sempre que haja agendamento da cirurgia e tendo passado mais de seis meses da inscrição da LIC, os utentes deverão ser convocados para uma consulta de avaliação pré-operatória.
5. Os utentes podem recusar a data da realização da cirurgia quando notificados num prazo inferior ao previsto no presente regulamento.
6. Os utentes classificados nos níveis 1 e 2 podem ainda solicitar o adiamento da cirurgia, aplicando-se o disposto no artigo 25.º.

7. Só em caso de justificação plausível, os utentes classificados nos níveis 3 e 4 podem requerer o adiamento da cirurgia.
8. Caso o adiamento da data da marcação da cirurgia se dê por causa imputável ao hospital, o agendamento deve ser comunicado ao utente no prazo de sete dias úteis antes da data da cirurgia
9. Depois de comunicada ao utente, a antecipação da data da cirurgia só pode ocorrer com a sua concordância.
10. À data do agendamento da cirurgia ou da transferência do utente, a informação relativa à existência de patologias ou problemas associados e necessidades peri-operatórias específicas do utente deve estar atualizada no SIH e constar do seu processo.

#### Artigo 20.º

##### Transferência de inscritos entre hospitais do SRS

1. Quando o hospital de origem do utente não tiver capacidade para dar resposta à situação do utente, nos termos do n.º 3 do artigo 6.º do DLR n.º 23/2016/A, a UCGICA seleciona outro hospital do SRS com capacidade para realizar a cirurgia, de acordo com os seguintes critérios, por ordem de preferência:
  - a) Disponibilidade de capacidade;
  - b) Menor tempo de espera para os procedimentos propostos;
  - c) Custos de deslocação inferiores;
  - d) Preferência do utente, com base na existência de suporte familiar ou social na ilha do hospital de destino.
2. A obrigação de transferência do utente cessa quando se verificar uma das seguintes circunstâncias:
  - a) Oponibilidade do utente à transferência;
  - b) Classificação do utente no SIGLICA como intransferível;
  - c) Inexistência de oferta para a realização do procedimento proposto.
3. A carteira de serviços e a capacidade instalada disponibilizadas pelos hospitais são atualizadas no SIGLICA.
4. Caso o hospital de origem perca a competência para a realização de um determinado procedimento cirúrgico deve comunicar à UCGICA e, com a colaboração dessa entidade, assegurar a transferência das propostas dos utentes ainda inscritos em LIC para esse procedimento, devendo o hospital atualizar, posteriormente, essa informação no SIGLICA.
5. Se o hospital de origem considerar que a transferência pode ser, clínica ou socialmente, prejudicial para o utente e este der o seu consentimento expresso, o utente deve ser classificado como intransferível, devendo os motivos que determinam essa classificação ser registados no SIGLICA.



6. A UCGICA avalia a disponibilidade para a realização do procedimento em causa junto dos hospitais do SRS.
7. Após a confirmação da disponibilidade referida no ponto anterior, a UCGICA emite uma nota de transferência a favor do utente, selecionando um dos hospitais públicos do SRS com capacidade para a realização da cirurgia.
8. No caso de existirem dois hospitais do SRS disponíveis para a realização da cirurgia, é proposto aquele que apresenta menor tempo de espera para o procedimento em causa.
9. Iniciada a fase de transferência, o hospital de origem fica impedido de realizar a intervenção cirúrgica proposta.
10. Consoante se encontre classificado no nível 2 ou 1, o utente pode recusar ou aceitar a transferência para outra unidade hospitalar. Caso recuse, deve comunicar a sua decisão através de qualquer meio escrito a enviar para a UCGICA, no prazo de dez dias úteis a contar da notificação da transferência, presumindo-se a sua aceitação caso nada seja informado.
11. O registo do utente na LIC fica suspenso desde a emissão da nota de transferência até que o utente comunique à UCGICA a sua decisão sobre a transferência.
12. Caso o hospital de origem não consiga dar resposta à situação do utente dentro do TMRG e não existindo hospital de destino do SRS disponível nos termos do presente Regulamento, a UCGICA emite um Vale Saúde a favor do utente, dentro dos limites fixados no nº 2, do artigo 7.º, do Decreto Legislativo regional n.º 23/2016/A, de 10 de novembro de 2016.
13. Quer nas situações de emissão de nota de transferência, como nas de vale saúde, o hospital de origem é responsável financeira e processualmente pela deslocação do utente.

### Capítulo III

#### Procedimentos inerentes à transferência

##### Artigo 21.º

##### Transferência

1. Aceite a transferência, a UCGICA comunica ao hospital de origem a decisão do utente, bem como a necessidade desta encaminhar para o hospital de destino os dados do processo do utente no prazo máximo de cinco dias úteis.
2. O hospital de destino deverá convocar o utente num prazo não superior a quinze dias úteis, para avaliar a proposta cirúrgica e desencadear os mecanismos conducentes à cirurgia, podendo, caso entenda que os procedimentos não são os mais indicados, solicitar ao hospital de origem a sua alteração, a qual, vindo a ocorrer, valida a realização de um ou mais procedimentos distintos dos constantes na proposta original.
3. Antes de proceder à marcação da cirurgia, o hospital de destino efetua a avaliação da situação clínica do utente e realiza os exames complementares de diagnóstico, os tratamentos pré-operatórios e as consultas pré-anestésicas necessárias.
4. Se o hospital de destino entender que são necessárias outras consultas ou meios complementares de diagnóstico e terapêutica para realizar a cirurgia, deverá solicitar o parecer do hospital de origem para providenciar a sua execução.

5. Após a marcação da cirurgia o hospital de destino comunica à UCGICA, num prazo de cinco dias úteis a data da sua realização.
6. Se durante o ato operatório se detetarem situações que determinem a realização de procedimentos diferentes dos constantes da proposta, essa alteração deverá ser devidamente fundamentada pelo hospital de destino.
7. Se no ato operatório não puderem ser realizados todos os procedimentos constantes da proposta cirúrgica, deve ser criada uma nova proposta cirúrgica com os procedimentos em falta, com data da criação da proposta original.
8. À data da alta o hospital de destino tem de enviar um relatório circunstanciado do episódio de internamento e cirúrgico ao hospital de origem e, no prazo máximo de dez dias uteis, devolver o processo do utente completado com toda a informação pessoal e clínica recolhida sobre o utente.
9. O hospital de destino deverá ficar com cópia dos elementos do processo necessários ao acompanhamento do doente até à sua completa recuperação num mínimo de dois meses após a alta hospitalar.
10. O hospital de destino, após a realização da alta e de todos os procedimentos pós-operatórios, conclui o processo, no prazo máximo de trinta dias uteis emitindo dois certificados de alta: um destinado ao utente e outro destinado ao hospital de origem; se a intervenção não tiver sido realizada, deve igualmente proceder à comunicação desse facto e respetiva justificação à UCGICA.

#### Artigo 22.º

##### Acompanhamento pós-operatório

1. Após a alta hospitalar, o hospital de origem convoca o utente para uma consulta de reavaliação destinada a avaliar o utente, a concluir sobre a prestação no hospital de destino e a verificar se há necessidade de outras ações.
2. O hospital de destino é responsável pelos tratamentos e intercorrências até à alta hospitalar e, após esta, pela cedência até quinze dias uteis das ajudas técnicas necessárias ao adequado tratamento e segurança do utente, pelo tratamento da ferida operatória, pela continuidade dos tratamentos de todas as intercorrências da sua responsabilidade ocorridas durante o internamento, assim como de quaisquer complicações dos tratamentos instituídos, identificadas no período de dois meses após a alta.
3. Salvo o disposto no número anterior, todos os tratamentos ou consultas posteriores são realizados no hospital de origem.

#### Capítulo IV

##### Movimentos na LIC

#### Artigo 23.º

##### Gestão dos movimentos na LIC

A gestão dos movimentos na LIC é efetuada pelo do hospital de origem, sendo supervisionada pela UCGICA.

#### Artigo 24.º

##### Tipologia dos movimentos na LIC

Os movimentos na LIC revestem as seguintes modalidades:

- a) Suspensão da inscrição;
- b) Cancelamento da inscrição;
- c) Readmissão;
- d) Reinscrição.

#### Artigo 25.º

##### Suspensão da inscrição

1. Enquanto não for transferido, o utente pode requerer por três vezes a suspensão da sua inscrição na LIC, invocando motivo fundamentado, por um período total de quatro meses.
2. A suspensão pode também ser efetuada a pedido do médico e desde que o utente consinta, por um período máximo acumulado de quatro meses, quando se verifique uma situação clínica que impossibilite temporariamente o utente de ser operado.
3. Durante o período de tempo em que o registo está suspenso, o utente não pode ser transferido nem contactado para efeitos de marcação da cirurgia ou de consultas ou tratamentos pré-operatórios, mas a sua inscrição na LIC permanece válida, interrompendo-se a contagem do tempo de espera.
4. A suspensão, por motivos exclusivamente técnicos ou por falta de informação, pode ser determinada pelo hospital ou pela UCGICA não podendo ultrapassar cinco dias consecutivos ou dez dias interpolados.

#### Artigo 26.º

##### Cancelamento da inscrição

1. Os motivos de cancelamento da inscrição na LIC são os seguintes:
  - a) Perda de indicação para cirurgia;
  - b) Desistência;
  - c) Incumprimento dos deveres previstos no artigo 4.º;
  - d) Suspensão da inscrição, a pedido do utente, por um período total de tempo superior a 4 meses;
  - e) Não utilização da nota de transferência e do vale saúde dentro dos prazos estabelecidos;
  - f) Óbito.

2. Quando a cirurgia é realizada no hospital de origem ou no hospital de destino, a data da saída da LIC coincide com a data da intervenção cirúrgica, se for realizada noutra unidade hospitalar, a data da saída da LIC coincide com a data em que o hospital de origem é informado.

3. Quando motivos clínicos determinam perda de indicação para cirurgia, o médico especialista formaliza essa decisão através de documento escrito que é anexo ao processo clínico do utente.

4. Os dados do utente deverão ser atualizados e o utente deverá ser notificado do cancelamento da sua inscrição por escrito no prazo máximo de cinco dias uteis.

5. O utente pode desistir do procedimento de inscrição efetuado na sequência da emissão da proposta de cirurgia, devendo comunicar a sua decisão ao seu hospital por qualquer meio escrito.

6. O incumprimento das normas deste Regulamento determina o cancelamento da inscrição na LIC, quando o utente:

a) Recusa, pela terceira vez, uma data para a realização da cirurgia sem apresentar motivo considerado plausível;

b) Falta aos episódios pré-operatórios ou à intervenção cirúrgica proposta sem apresentar motivo considerado plausível;

c) Falta, por três vezes, aos episódios pré-operatórios ou à intervenção proposta, mesmo apresentando motivos considerados plausíveis;

d) Recusa a intervenção cirúrgica no hospital de destino, após aceitação da transferência para um hospital de destino do SRS ou utilização do vale saúde, se o motivo invocado para a recusa não for considerado plausível;

e) Fica incontactável pelos meios de contacto que indicou, inscritos no SIH.

7. Os motivos de cancelamento de um episódio são obrigatoriamente registados no SIH, devendo o utente ser deles informado através de carta registada, no prazo máximo de cinco dias através de documento emitido pelo seu hospital. Este documento deverá conter a seguinte informação:

a) Data do cancelamento da inscrição;

b) Motivo de cancelamento.

#### Artigo 27.º

##### Readmissão

O utente pode solicitar readmissão na LIC se a sua inscrição tiver sido indevidamente cancelada.

#### Artigo 28.º

##### Reinscrição

Desde que se mantenha a indicação cirúrgica, o utente pode solicitar reinscrição na LIC se a sua inscrição tiver sido cancelada nos casos previstos neste Regulamento.

### Título III

#### Vale Saúde

#### Capítulo Único

#### Artigo 29.º

##### Documento

1. O Vale Saúde é um documento pré-numerado, pessoal e intransmissível que permite aos utentes do SRS a realização da intervenção cirúrgica numa entidade prestadora, sendo garantia para esta, do respetivo pagamento e que só pode ser utilizado para a realização da cirurgia proposta ou equivalente, dentro do prazo de validade aposto.

2. O montante do Vale Saúde corresponde ao valor do ato cirúrgico a realizar, acordado na convenção celebrada com as entidades prestadoras.

#### Artigo 30.º

##### Beneficiários de subsistemas e outras entidades financeiramente responsáveis

1. Todos os utentes do SRS têm direito à emissão do Vale Saúde, nos termos do presente diploma.

2. No caso de a entidade financeira responsável pelo utente não ser o SRS, as despesas associadas ao Vale Saúde, nomeadamente os custos com a cirurgia, exames e tratamentos com ela relacionados, deslocações e estadas, são faturadas pelo hospital à respetiva entidade financeira responsável.

#### Artigo 31.º

##### Gestão

A entidade gestora do Vale Saúde é a Sudaçor, por delegação do membro do Governo Regional com competência em matéria de saúde.

#### Artigo 32.º

##### Emissão

1. A Entidade Gestora deve emitir o vale saúde nos casos que ultrapassaram os TMRG, de acordo com a prioridade clínica e antiguidade na lista e após a verificação da cabimentação.

2. A Entidade Gestora procede ao envio dos vales saúde emitidos para as UPGIC ou, no caso dos de ilha sem hospital, para a unidade de saúde de ilha (USI) da área da residência, sendo simultaneamente notificado o hospital de inscrição do utente na LIC e suspendendo-se a contagem do tempo de espera até ser utilizado ou recusado.

3. O vale saúde é entregue, pelas UPGIC ou pela USI ao utente ou representante legal.

4. A Entidade Gestora deve emitir e enviar o vale saúde no prazo máximo de vinte e cinco dias úteis a contar da data em que os TMRG foi ultrapassado.

#### Artigo 33.º

##### Cancelamento do vale saúde

Caso se verifiquem situações gravosas para os utentes com vales saúde já emitidos, após avaliação das circunstâncias que o determinaram, pode a Saudaçor cancelar seletiva ou totalmente os Vales Saúde já emitidos e emitir novos Vales a favor de outras entidades.

#### Artigo 34.º

##### Aceitação

1. Para efeitos de aceitação do Vale Saúde, o utente ou representante legal deve deslocar-se à UPGIC ou, no caso de ilha sem hospital, à USI da área da sua residência no prazo de cinco dias úteis a contar da notificação do hospital.

2. A UPGIC ou, no caso de ilha sem hospital, a USI da área da sua residência, deve entregar ao utente o vale saúde e esclarece-lo sobre os procedimentos a adotar e os apoios a que tem direito.

#### Artigo 35.º

##### Recusa

1. Consoante se encontre classificado no nível 2 ou 1, o utente pode recusar o vale saúde, devendo comunicá-lo através de qualquer meio escrito a enviar para a UCGICA e para a entidade que remeteu o vale saúde, no prazo de dez dias uteis a contar da receção daquele, presumindo-se a sua aceitação caso nada seja informado.

2. No caso de recusa do vale saúde, o utente mantém a sua inscrição e posição na LIC do seu hospital, só voltando a ser emitido novo vale saúde, a seu pedido, uma vez decorridos, no mínimo, noventa dias úteis, sobre a data de expiração do prazo de validade do vale recusado.

#### Artigo 36.º

##### Cancelamento do registo na LIC

1. Quando o vale saúde não é utilizado dentro do prazo fixado e a recusa do vale não tiver sido comunicada nos termos do artigo anterior, o registo do utente na LIC do hospital de origem é cancelado.

2. O utente pode justificar a não utilização do vale saúde no prazo fixado, sendo readmitido na LIC e emitido novo vale saúde no caso do motivo invocado ser aceite pela UCGICA.

3. O cancelamento do registo do utente na LIC tem de ser justificado no SIH.

Artigo 37.º

Impossibilidade de utilização

1. Caso um utente manifeste a impossibilidade de utilização de um vale saúde à UPGIC, ou à USI, esta deve informar, de imediato, a entidade gestora.
2. Se por razões alheias à vontade do utente a intervenção não tiver sido realizada, este pode requerer a emissão de novo vale saúde ou ser readmitido na LIC do hospital de origem sem perda de antiguidade.

Artigo 38.º

Deslocações inter-lhas ou para o continente

No caso de necessidade de deslocação inter-ilhas ou para o continente do utente para efeitos de realização da intervenção cirúrgica e atos com ela relacionados, o pagamento das despesas com deslocações e estadas do utente e respetivo acompanhante é realizado ao abrigo do regulamento de deslocações de doentes em vigor na Região Autónoma dos Açores, sendo da responsabilidade financeira do hospital onde o utente estava registado em lista de espera cirúrgica.

Anexo II

Frente

(N.º)

NOME: \_\_\_\_\_

Nº de Utente: \_\_\_\_\_

Tipo de Cirurgia: \_\_\_\_\_ Valor: \_\_\_\_\_ €

Entidade que realiza a cirurgia: \_\_\_\_\_

Data da realização dos exames: \_\_\_\_\_

Data para a realização da Cirurgia: \_\_\_\_\_

Validade: \_\_\_\_\_

Angra do Heroísmo,

O Secretário Regional da Saúde

Este documento é pessoal e intransmissível e só pode ser utilizado para a realização da cirurgia na entidade e data indicadas.

Verso

Aceitação

Para efeitos de aceitação do Vale Saúde, o beneficiário deve deslocar -se à UPGIC ou, no caso de ilha sem hospital, à Unidade de Saúde de Ilha da sua residência no prazo de cinco dias úteis a contar da receção do Vale Saúde.

O consentimento do beneficiário é prestado por escrito e entregue à UPGIC ou USI, no caso de ilha sem hospital.

O beneficiário deve comparecer na data marcada para a realização da cirurgia e na data para os atos que lhe estão associados e para os quais seja convocado, nomeadamente consultas, exames e tratamentos.

#### Impossibilidade de utilização

No caso de ocorrer alguma situação, por motivo plausível, que impossibilite ou adie a realização da intervenção cirúrgica ou dos exames e tratamentos, o beneficiário deve informar a UPGIC ou, no caso de ilha sem hospital, a USI onde se encontra inscrito com a antecedência mínima de cinco dias úteis relativamente à data da realização daqueles atos.

Se se comprovar a impossibilidade de realização do ato cirúrgico ou dos exames e tratamentos com ele relacionados, de imediato deve ser agendada nova cirurgia e ser emitido novo Vale Saúde

Aprovado pela Assembleia Legislativa da Região Autónoma dos Açores, na Horta, em 17 de junho de 2015.

A Presidente da Assembleia Legislativa, Ana Luísa Luís.

#### Pág. 319

- Incluir:

#### **Cria o Complemento Especial para o Doente Oncológico - CEDO**

#### **Decreto Legislativo Regional n.º 16/2015/A, de 17 de junho**

A saúde constitui um dos pilares fundamentais de uma sociedade moderna. Os serviços e unidades de saúde, a que a generalidade dos cidadãos têm acesso, constituem um indicador essencial de civilização e desenvolvimento. Porém, a saúde é um setor difícil, sensível e de gestão complexa, ademais, numa região insular e arquipelágica como os Açores.

Não obstante o esforço de modernização dos serviços de saúde, quer ao nível de instalações e equipamentos, bem como ao nível dos profissionais de saúde, continuam a ser necessárias deslocações de doentes a outras ilhas da Região, ao Continente e ao estrangeiro, sejam para consultas da especialidade, tratamentos, cirurgias ou exames complementares de diagnóstico.

Para fazer face à necessidade e, muitas vezes, urgência destas deslocações, vigora na Região, desde meados da década de 90 do século passado, um regime de apoio aos doentes deslocados e seus acompanhantes que tem vindo a ser alterado ao longo dos anos.



Recentemente, o Parlamento dos Açores aprovou, no âmbito do Plano e Orçamento da Região Autónoma dos Açores para o ano 2015, uma proposta que visou a criação do CEDO - Complemento Especial para o Doente Oncológico - que, pela sua importância social e pelo seu espírito de ajuda a quem mais precisa, é agora melhor regulamentado no quadro jurídico regional.

Na prática, propõe-se a aprovação de um complemento que será dado aos doentes açorianos deslocados da sua ilha de residência, para efeitos de tratamentos oncológicos. Entende-se que as diárias dos doentes deslocados sejam majoradas especificamente para os doentes oncológicos.

Assim, a Assembleia Legislativa da Região Autónoma dos Açores decreta, nos termos da alínea a) do n.º 1 do artigo 227.º da Constituição da República Portuguesa e do n.º 1 do artigo 37.º do Estatuto Político-Administrativo da Região Autónoma dos Açores, o seguinte:

#### Artigo 1.º

##### Objeto

O presente diploma cria o Complemento Especial para o Doente Oncológico, adiante designado por CEDO.

#### Artigo 2.º

##### Beneficiários

Beneficiam do CEDO os utentes do Serviço Regional de Saúde com doença oncológica ativa até à sua remissão, encaminhados ao abrigo do programa de deslocação de doentes, para unidades de saúde fora da sua ilha de residência, para a realização de exames complementares de diagnóstico, tratamentos e consultas.

#### Artigo 3.º

##### Montantes

- 1 - Os beneficiários têm sempre direito a receber, por dia de deslocação, um CEDO no valor de vinte euros.
- 2 - Os beneficiários têm sempre direito a deslocarem-se com acompanhante, tendo este direito a uma diária a atribuir nos termos do Regulamento de Deslocação de Doentes do Serviço Regional de Saúde.
- 3 - Os montantes do CEDO referidos no n.º 1 são abonados ao beneficiário.
- 4 - À partida da sua ilha de residência o beneficiário receberá um montante do CEDO correspondente a um terço do tempo estimado para a sua deslocação.

#### Artigo 4.º

##### Encargos

Os encargos decorrentes da aplicação deste diploma enquadram-se no disposto no artigo 37.º do Decreto Legislativo Regional n.º 1/2015/A, de 7 de janeiro, alterado pelo Decreto Legislativo Regional n.º 7/2015/A, de 26 de março, que aprova o Orçamento da Região Autónoma dos Açores para o ano 2015.

## Artigo 5.º

### Competência

A atribuição do CEDO compete ao departamento do Governo Regional com competência em matéria de Segurança Social, em termos a regulamentar.

## Artigo 6.º

### Regulamentação

O presente decreto legislativo regional deve ser regulamentado no prazo de trinta dias a contar da data da sua publicação.

*A regulamentação consta da Portaria n.º 110/2015, de 4 de agosto:*

*O Decreto Legislativo Regional n.º 16/2015/A, de 17 de junho, criou o Complemento Especial para Doentes Oncológicos (CEDO), que é atribuído aos utentes do Serviço Regional de Saúde com doença oncológica, deslocados da sua ilha de residência para realização de exames complementares de diagnóstico, tratamentos e consultas.*

*Nessa sequência, torna-se necessário proceder à regulamentação do Decreto Legislativo Regional n.º 16/2015/A, de 17 de junho, nomeadamente no que se refere à responsabilidade pelos encargos;*

*Assim, nos termos do disposto na alínea b) do n.º 1 do artigo 89.º do Estatuto Político-Administrativo da Região Autónoma dos Açores e em execução do disposto nos artigos 5.º e 6.º do Decreto Legislativo Regional n.º 16/2015/A, de 17 de junho, manda o Governo Regional dos Açores, pela Secretária Regional da Solidariedade Social, o seguinte:*

## Artigo 1.º

### Objeto

*O presente diploma regulamenta o Decreto Legislativo Regional n.º 16/2015/A, de 17 de junho, que cria o Complemento Especial para Doentes Oncológicos (CEDO).*

## Artigo 2.º

### Beneficiários

*São beneficiários do CEDO os utentes do Serviço Regional de Saúde com doença oncológica ativa até à sua remissão, encaminhados ao abrigo do Regulamento de Deslocação de Doentes do Serviço Regional de Saúde, para unidades de saúde fora da sua ilha de residência, para a realização de exames complementares de diagnóstico, tratamento e consultas.*

## Artigo 3.º

### Pagamento ao beneficiário

*1 – O adiantamento de um terço do valor do CEDO, previsto no n.º 4 do artigo 3.º do Decreto Legislativo Regional n.º 16/2015/A, de 17 de junho, é requerido pelo beneficiário antes da data de partida para a deslocação, nos serviços da segurança social da sua área de residência.*

*2 – Após o primeiro terço do período estimado para a deslocação, pode o beneficiário requerer o reembolso do valor do CEDO aos serviços da segurança social da área de destino ou ao Serviço de Apoio ao Doente Deslocado (SADD) conforme esteja deslocado, respetivamente, na Região Autónoma dos Açores ou fora dela.*

*3 – Em caso de deslocação urgente ou imprevista, os serviços da segurança social do local de destino ou o SADD podem efetuar o adiantamento previsto no número 1.*

4 – Os montantes do CEDO que não foram pagos ao abrigo dos números anteriores podem ser requeridos pelo beneficiário, após o seu regresso, junto dos serviços da segurança social da sua área de residência.

#### Artigo 4.º

##### Documentação

Para efeitos do artigo anterior, o beneficiário deve entregar:

- a) Número de identificação civil;
- b) Número de identificação da segurança social;
- c) Cópia da credencial de deslocação;
- d) Cópia dos talões de embarque das viagens de ida e de regresso, apenas no caso do número 4 do artigo anterior.

#### Artigo 5.º

##### Encargos

O financiamento dos encargos com o pagamento do CEDO é da responsabilidade do Instituto da Segurança Social dos Açores, IPRA, mediante transferências efetuadas do Plano de Investimentos da Secretaria Regional da Solidariedade Social/Direção Regional da Solidariedade Social.

#### Artigo 6.º

##### Entrada em vigor

A presente portaria entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação.

#### Artigo 7.º

##### Entrada em vigor

O presente decreto legislativo regional entra em vigor com o Orçamento da Região Autónoma dos Açores para o ano 2015.

Aprovado pela Assembleia Legislativa da Região Autónoma dos Açores, na Horta, em 15 de abril de 2015.

A Presidente da Assembleia Legislativa, Ana Luísa Luís.

### **Responsabilidade financeira da Região na prestação de cuidados de saúde aos utentes do Serviço Nacional de Saúde (SNS), pelo Serviço Regional de Saúde (SRS) - princípio da reciprocidade**

#### **Decreto Legislativo Regional n.º 7/2016/A, de 8 de abril**

Por decisão do XIX Governo da República, foram inscritas nos Orçamentos de Estado de 2013, 2014 e 2015 normas que discriminam os Açorianos no acesso a cuidados médicos prestados em Portugal Continental, exigindo o pagamento destes por parte do Serviço Regional de Saúde (SRS).

A Região sempre manifestou profunda discordância com essas normas, por considerar que as mesmas violavam, entre outros, os princípios constitucionais da universalidade, da igualdade e do livre acesso aos cuidados de saúde.

A esses princípios, acresce aquela que foi sempre a orientação e prática da Região no sentido de não cobrar ao Serviço Nacional de Saúde (SNS) os cuidados de saúde prestados a cidadãos residentes em Portugal Continental, que recorressem aos hospitais ou outras unidades de saúde açorianas.

O presente decreto legislativo regional, ao surgir ao mesmo tempo que uma proposta de lei de idêntico teor para o SNS, constitui, assim, a consagração por via legal do princípio da reciprocidade, afastada desse relacionamento entre serviços de saúde por exclusiva imposição do XIX Governo da República.

O Governo Regional dos Açores entende estarem reunidas as condições para que essa matéria possa ser novamente apreciada pela Assembleia da República, no sentido de ser consagrada em letra de lei a solução respeitadora da complementaridade entre o SRS e o SNS e, bem assim, respeitadora dos princípios constitucionais e estatutários vigentes e a defesa dos direitos, liberdades e garantias dos residentes na Região Autónoma dos Açores.

De igual modo, o presente decreto legislativo regional, consagra, em letra de lei, para os cidadãos residentes em Portugal Continental que recorram a cuidados médicos em entidades do SRS, o mesmo regime de complementaridade, dando, assim, existência prática ao referido princípio da reciprocidade.

Assim, a Assembleia Legislativa da Região Autónoma dos Açores, nos termos das disposições conjugadas do n.º 4 do artigo 112.º e da alínea a) do n.º 1 do artigo 227.º da Constituição da República Portuguesa e dos artigos 37.º e 59.º do Estatuto Político-Administrativo da Região Autónoma dos Açores, decreta o seguinte:

#### Artigo 1.º

##### Objeto

O presente decreto legislativo regional estabelece o regime que enquadra a responsabilidade financeira da Região na prestação de cuidados de saúde aos utentes do Serviço Nacional de Saúde (SNS), pelo Serviço Regional de Saúde (SRS), e consagra, nesse domínio, o princípio da reciprocidade.

#### Artigo 2.º

##### Princípio da reciprocidade na prestação de cuidados de saúde

1 - No cumprimento do princípio da reciprocidade quanto à gratuitidade da prestação de cuidados de saúde, não são cobrados, pelo SRS, ou entidades nele integradas, aos utentes ou às unidades de saúde do SNS, os cuidados de saúde prestados aos utentes do SNS.

2 - O disposto no número anterior faz-se sem prejuízo do regime aplicável aos subsistemas existentes.

#### Artigo 3.º

##### Processamento

Os termos em que se efetua o processamento à Região, pelas unidades de saúde do SRS, dos custos derivados da prestação de cuidados de saúde aos utentes do SNS, são regulados por portaria do membro do Governo Regional com competência em matéria de saúde.

#### Artigo 4.º

## Situações pendentes

As situações de custos derivados da prestação de cuidados de saúde aos utentes do SRS, que, à data da entrada em vigor do presente decreto legislativo regional, configurem uma situação de dívida perante as entidades integradas no SNS, serão resolvidos por um grupo de trabalho conjunto constituído entre o Governo da República e o Governo Regional dos Açores.

### Artigo 5.º

#### Produção de efeitos

O presente diploma produz efeitos a 1 de janeiro de 2016.

*Redação dada pelo Decreto Legislativo Regional n.º 16/2016/A, de 26 de julho*

Aprovado pela Assembleia Legislativa da Região Autónoma dos Açores, na Horta, em 19 de fevereiro de 2016.

A Presidente da Assembleia Legislativa, Ana Luísa Luís

### **Pág. 324**

- Incluir:

#### **Suplemento de iodo para grávidas**

##### **Despacho n.º 359/2016, de 1 de Março**

Considerando que o iodo é um oligoelemento essencial à vida, que não é sintetizado pelo organismo humano, sendo obtido a partir de fontes exteriores;

Considerando que o iodo tem como função a biossíntese das hormonas da tiroide, que são responsáveis pela regulação do metabolismo celular, nomeadamente pela taxa de metabolismo basal e temperatura corporal, e que desempenham um papel determinante no crescimento e desenvolvimento dos órgãos, especialmente do cérebro;

Considerando que durante a preconceção, gravidez e amamentação impõe-se uma adequada ingestão de iodo necessária para completar as necessidades da grávida, para a maturação do sistema nervoso central do feto e para o seu adequado desenvolvimento;

Considerando que a Dose Diária Recomendada (DDR) de iodo para as grávidas e lactantes é de 250 µg/dia;

Considerando que as grávidas e as lactantes são um grupo de risco para a carência de iodo;

Considerando que, em 2012, um estudo do Grupo de Estudos da Tiroide da Sociedade Portuguesa de Endocrinologia revelou que a carência de iodo nas grávidas açorianas era substancialmente superior à encontrada nas grávidas de Portugal Continental e Madeira;

Considerando que estudos demonstram que a suplementação com iodeto de potássio permite atingir os valores recomendados de 250 µg/dia;

Considerando as orientações do Plano Regional de Saúde 2014-2016 (Extensão 2020) na Área de Intervenção na Saúde da Mulher;

Assim, nos termos da alínea a) do n.º 1 do artigo 90.º do Estatuto Político-Administrativo da Região Autónoma dos Açores, das alíneas a) a d) do n.º 1 do artigo 3.º do Decreto Regulamentar Regional n.º 5/2013/A, de 21 de junho e do n.º 2 do artigo 1.º do Decreto Legislativo Regional n.º 28/99/A, de 31 de julho, na redação dada pelo Decreto Legislativo Regional n.º 1/2010/A, de 4 de janeiro, determino:

1 - As Unidades de Saúde de Ilha (USI), da Região Autónoma dos Açores (RAA), ficam responsáveis pela aquisição e entrega, a título gratuito, de um suplemento de iodo sob a forma de iodeto de potássio (150 a 200 µg/dia), na dose devidamente ajustada, às mulheres em preconceção, grávidas ou a amamentar (enquanto durar o aleitamento materno exclusivo), mediante prescrição médica, no âmbito das consultas de saúde materna/saúde infantil.

2 - As grávidas vigiadas em consulta hospitalar ou em consultórios privados beneficiam do previsto no número anterior, quando portadoras de receita médica identificada.

3 - Nas mulheres com patologia da tiroide, o iodeto de potássio pode estar contraindicado, devendo a decisão médica ser tomada caso a caso.

4 - O presente despacho produz efeitos à data da sua assinatura.

23 de fevereiro de 2016

O Secretário Regional da Saúde, Luís Mendes Cabral

## **Pág. 325**

**- Incluir:**

### **Estatuto do Dador de Sangue no Serviço Regional de Saúde**

#### **Decreto Legislativo Regional n.º 20/2015/A, de 17 de agosto**

A Lei n.º 37/2012, de 27 de agosto, veio aprovar o Estatuto do Dador de Sangue.

Na Região vigoram, até à data, o Decreto Legislativo Regional n.º 14/89/A, de 10 de agosto, na redação dada pelo Decreto Legislativo Regional n.º 3/2003/A, de 27 de fevereiro e a Portaria n.º 64/1990, de 26 de dezembro, regulando o estatuto e os benefícios dos dadores de sangue.

Interessa, portanto, adequar o regime regional dos dadores de sangue aos princípios orientadores nacionais e europeus sobre a matéria, não deixando de atender-se à especificidade arquipelágica da Região no que respeita às necessidades de sangue do Serviço Regional de Saúde.

Assim, a Assembleia Legislativa da Região Autónoma dos Açores decreta, nos termos da alínea a) do n.º 1 do artigo 227.º da Constituição da República Portuguesa e do n.º 1 do artigo 37.º do Estatuto Político-Administrativo da Região Autónoma dos Açores, o seguinte:

#### **Artigo 1.º**

##### **Objeto**

O presente diploma estabelece o estatuto do dador de sangue no Serviço Regional de Saúde (SRS) da Região Autónoma dos Açores.

## Artigo 2.º

### Princípios gerais

- 1 - Compete à Região assegurar a todos os cidadãos o acesso à utilização terapêutica do sangue, seus componentes e derivados, bem como garantir os meios necessários à sua correta obtenção, preparação, conservação, fracionamento, distribuição e utilização.
- 2 - É dever cívico de todo o cidadão saudável contribuir para a satisfação das necessidades de sangue da comunidade, nomeadamente através da dádiva.
- 3 - É proibida toda e qualquer comercialização do sangue humano.

## Artigo 3.º

### Registo

As unidades de saúde do SRS devem proceder ao registo atualizado dos dadores de sangue que residam na respetiva área de influência, na base de dados do Instituto Português do Sangue e da Transplantação, IP.

## Artigo 4.º

### Cartão de identificação

O dador de sangue é portador de cartão de identificação, emitido pela unidade de saúde responsável pelo respetivo registo.

## Artigo 5.º

### Exames dos dadores de sangue

- 1 - Antes da dádiva de sangue ou componentes, deve ser efetuado um exame ao dador que inclua um questionário e a sua história clínica, a fim de avaliar a sua admissibilidade como dador, de acordo com a legislação em vigor sobre a qualidade e segurança do sangue.
- 2 - O dador de sangue pode ser sujeito a exame médico anual, da iniciativa e a cargo da unidade de saúde responsável pelo respetivo registo.
- 3 - A unidade de saúde elabora, para cada dador de sangue registado, uma ficha médica, que atualizará após cada exame.

## Artigo 6.º

### Deveres do dador de sangue

- 1 - O dador de sangue deve observar as normas técnicas e científicas previamente estabelecidas, tendo em vista a defesa da sua saúde e a do doente recetor.
- 2 - O dador de sangue deve colaborar com as unidades de saúde, em particular através do cumprimento dos seguintes pressupostos, de acordo com a legislação sobre a qualidade e segurança do sangue:
  - a) O consentimento para a dádiva de sangue deve ser formalizado por escrito;
  - b) O dador de sangue deve prestar às unidades de saúde as informações solicitadas, respondendo com verdade, consciência e responsabilidade;

c) O dador de sangue encontra-se subordinado a rigorosos critérios de elegibilidade, tendo em vista a preservação da sua saúde e a proteção do recetor de quaisquer riscos de infeção ou contágio.

#### Artigo 7.º

##### Direitos do dador de sangue

1 - O dador de sangue ou candidato a dador de sangue tem direito:

- a) Ao respeito e salvaguarda da sua integridade física e mental;
- b) A receber informação precisa, compreensível e completa sobre todos os aspetos relevantes relacionados com a dádiva de sangue;
- c) A não ser discriminado em razão da sua ascendência, sexo, origem étnica, religião, instrução, situação económica, condição social ou orientação sexual;
- d) À confidencialidade e à proteção dos seus dados pessoais, nos termos da Constituição da República Portuguesa e da legislação em vigor;
- e) Ao reconhecimento público;
- f) À isenção das taxas moderadoras em vigor;
- g) A ausentar-se das suas atividades profissionais, de formação ou em programas ocupacionais, a fim de dar sangue, pelo tempo necessário para a dádiva e para a sua recuperação física, sem quaisquer perdas de direitos ou regalias;
- h) Ao seguro do dador;
- i) À acessibilidade gratuita ao estacionamento dos estabelecimentos do SRS, aquando da dádiva de sangue;
- j) À dispensa de medicamentos gratuita, pelos hospitais do SRS, das prescrições feitas ao próprio, no ambulatório dos serviços de saúde públicos, a partir da décima doação de sangue.

2 - Não perde os direitos consagrados no número anterior o dador que:

- a) Esteja impedido definitivamente, por razões clínicas, ou por limite de idade e tenha efetuado o mínimo de dez dádivas, nos últimos cinco anos;
- b) Por razões clínicas devidamente comprovadas, ou por motivos que lhe não sejam imputáveis, venha a encontrar-se temporariamente impedido da dádiva, e desde que tenha efetuado o mínimo de dez dádivas, nos últimos cinco anos.

3 - Para a avaliação da elegibilidade do dador, as unidades de saúde dispõem de local que garanta a privacidade da entrevista.

4 - Perde o direito aos benefícios o dador que interrompa, sem motivo justificado e por mais de vinte e quatro meses, a dádiva de sangue.

#### Artigo 8.º

##### Ausência da atividade profissional

1 - O dador de sangue está autorizado a ausentar-se da sua atividade profissional a fim de efetuar a dádiva de sangue, por solicitação das unidades de saúde do SRS ou por iniciativa



própria, salvo quando haja motivo urgente e inadiável de serviço que naquele momento impossibilite o seu afastamento do local de trabalho.

2 - No caso previsto no número anterior, não se comprovando a apresentação do trabalhador no local da colheita de sangue, a falta ao trabalho é considerada, nos termos da lei, como injustificada, sem prejuízo do procedimento disciplinar a que haja lugar.

3 - As ausências ao trabalho a que se refere o n.º 1 não determinam a perda de quaisquer direitos ou regalias e, designadamente, não são descontadas nas licenças, não reduzem prémios de assiduidade, nem determinam a perda do subsídio de refeição.

#### Artigo 9.º

##### Reposição do estado de saúde

Ocorrendo na sequência de dádiva de sangue uma situação de doença, com ela diretamente correlacionada, são assegurados, gratuitamente, ao dador de sangue todos os cuidados indispensáveis à reposição do seu estado de saúde.

#### Artigo 10.º

##### Reconhecimento público

1 - O Governo Regional pode, como recompensa ética, fazer reconhecer publicamente o valor dos atos praticados pelos dadores de sangue.

2 - O reconhecimento público efetiva-se através da concessão de medalha de dador de sangue, de diploma e de distintivo.

#### Artigo 11.º

##### Medalha de dador

1 - A medalha de dador de sangue compreende os graus de medalha platinada, medalha dourada, medalha prateada e de medalha cobreada.

2 - A medalha platinada é concedida aos dadores que tenham completado cem dádivas de sangue, a medalha dourada aos que tenham completado sessenta, a medalha prateada aos que tenham completado quarenta e a medalha cobreada aos dadores que hajam completado vinte dádivas.

3 - A medalha de dador de sangue é concedida por despacho do membro do Governo Regional competente em matéria de saúde, mediante proposta do serviço de saúde responsável pelo registo do dador.

#### Artigo 12.º

##### Diploma de dador

1 - O diploma de dador de sangue é concedido aos indivíduos que tenham completado dez dádivas de sangue.

2 - O diploma de dador de sangue é concedido pelo membro do Governo Regional competente em matéria de saúde, por proposta do serviço de saúde responsável pelo registo do dador, devendo a sua atribuição ser publicitada nos órgãos de comunicação social.

#### Artigo 13.º

#### Distintivo de dador

1 - O distintivo de dador de sangue destina-se a galardoar os dadores que se tenham evidenciado por atividades que estimulem a doação de sangue.

2 - O distintivo de dador de sangue é concedido pelo diretor regional da Saúde, mediante proposta do serviço de saúde responsável pelo registo do dador.

#### Artigo 14.º

##### Modelos

Os modelos das medalhas, diplomas e distintivos são definidos por portaria do membro do Governo Regional competente em matéria de saúde.

#### Artigo 15.º

##### Processo de atribuição de galardões

1 - A organização dos processos de atribuição das medalhas, diplomas ou distintivos, é da competência do serviço de saúde em que o dador está registado, por iniciativa do serviço ou a pedido do dador.

2 - Do processo devem constar o número de doações efetivadas, as datas das colheitas, bem como informações necessárias à decisão a tomar.

#### Artigo 16.º

##### Registo dos galardões

O departamento do Governo Regional competente em matéria de saúde, através dos seus serviços competentes, organiza e mantém atualizado um registo das medalhas, diplomas e distintivos concedidos nos termos deste diploma.

#### Artigo 17.º

##### Encargos

Os encargos resultantes da concessão dos galardões referidos neste diploma são suportados pelo Orçamento da Região Autónoma dos Açores.

#### Artigo 18.º

##### Seguro do dador

O seguro do dador de sangue no SRS é atribuído de acordo com a legislação em vigor sobre esta matéria.

#### Artigo 19.º

##### Associações de dadores de sangue

A Região reconhece a importância das associações de dadores de sangue como entidades privilegiadas na defesa dos dadores, na dinamização da dádiva de sangue, e no esclarecimento das questões, com ela, relacionadas, pelo que o departamento do Governo Regional competente em matéria de saúde incentiva a sua criação e apoia o seu funcionamento.

#### Artigo 20.º

Visitas a doentes internados

1 - Ao dador de sangue é assegurada a livre visita a doentes internados nas unidades de saúde do SRS, durante o período estabelecido para o efeito.

2 - Excecionalmente, a visita pode ser autorizada fora do horário estabelecido e pelo período de tempo definido pela unidade de saúde.

Artigo 21.º

Norma revogatória

São revogados o Decreto Legislativo Regional n.º 14/89/A, de 10 de agosto, com a alteração introduzida pelo Decreto Legislativo Regional n.º 3/2003/A, de 27 de fevereiro e a Portaria n.º 64/1990, de 26 de dezembro.

Artigo 22.º

Entrada em vigor

O presente diploma entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação.

### **Págs. 369 e 370**

- Substituir os artigos 2.º, 4.º, 6.º e 9.º, por força da Portaria n.º 114/2015, de 21 de agosto:

Artigo 2.º

Preços

1 - .....

2 - Sem prejuízo do disposto nos números seguintes, os preços, fixados por dia e por utente, compreendem todos os cuidados e serviços contratualizados, bem como aqueles decorrentes da utilização de fraldas.

3 - Os contratos a celebrar com as unidades de cuidados continuados podem prever reservas de lugares acima de uma taxa de ocupação de referência a definir pelas partes, mediante o pagamento dos encargos com cuidados de saúde e de apoio social previstos no anexo à presente portaria.

4 - A taxa referida no ponto anterior aplica-se mensalmente para cada tipologia ao produto de número de camas protocoladas pelo número de dias do mês em questão.

5 - Durante os oito meses iniciais de atividade efetiva da unidade de cuidados continuados são asseguradas, por cama protocolada e não ocupada, as comparticipações dos cuidados de saúde e de apoio social previstas no anexo à presente portaria.

6 - Para efeitos do número anterior, entende-se por atividade efetiva o mês a partir do qual se inicia a admissão dos utentes.

Artigo 4.º

Comparticipação do utente

1 - A modalidade de comparticipação do utente na prestação de cuidados continuados, no âmbito das unidades de internamento de média duração e reabilitação e de longa duração e manutenção, integradas na rede, incluindo as unidades de saúde do serviço regional de saúde é de 1/30 de 80% do rendimento mensal líquido do respetivo agregado familiar per capita calculado nos termos estabelecidos no despacho previsto no artigo seguinte, não podendo exceder, em caso algum, o valor estabelecido na tabela referida no artigo 2.º, para os cuidados de apoio social por utente e por dia.

2 - No caso de utentes que previamente ao internamento na unidade de cuidados continuados residiam num lar de idosos, integrados em vagas abrangidas por contratos de cooperação valor-cliente celebrados com a Segurança Social, o valor da comparticipação é idêntico ao valor pago no lar de idosos.

#### Artigo 6.º

##### Responsabilidade de terceiros

1 - O valor correspondente aos cuidados prestados no âmbito das unidades da rede a beneficiários do Serviço Regional de Saúde quando haja um terceiro responsável, legal ou contratualmente, ou a não beneficiários do Serviço Regional de Saúde, deve ser cobrado pelas unidades de cuidados continuados diretamente à Unidade de Saúde de Ilha nos termos da tabela de preços referida no artigo 2.º.

2 - As Unidades de Saúde de Ilha por sua vez efetuam a cobrança aos terceiros legal ou contratualmente responsáveis.

#### Artigo 9.º

##### Entrada em vigor

A presente portaria entra em vigor a 1 de janeiro de 2015, com exceção para o n.º 2 do artigo 4.º, que entra em vigor no dia 1 de setembro de 2015.

#### Pág. 392

### **Licenciamento e fiscalização de unidades de internamento e de equipas de apoio da rede de cuidados continuados integrados**

#### **Decreto Legislativo Regional n.º 3/2016/A de 1 de Fevereiro**

O Decreto Legislativo Regional n.º 16/2008/A, de 12 de junho, que cria a rede de cuidados continuados integrados da Região Autónoma dos Açores, estabelece, no seu artigo 34.º, que o regime jurídico do licenciamento e fiscalização é estabelecido por decreto legislativo regional.

Com o presente diploma, visa-se proceder à criação do referido regime jurídico, estabelecendo para tal os procedimentos tendentes ao licenciamento e fiscalização de unidades de internamento e de equipas de apoio integrado domiciliário que permita, efetivamente, garantir que se verificam os requisitos definidos, quer nas condições de instalação, quer nas condições de funcionamento, para que seja assegurada a qualidade dos serviços prestados.

Assim, a Assembleia Legislativa da Região Autónoma dos Açores decreta, nos termos da alínea a) do n.º 1 do artigo 227.º da Constituição da República Portuguesa e do n.º 1 do artigo 37.º do Estatuto Político-Administrativo da Região Autónoma dos Açores, o seguinte:

## CAPÍTULO I

### Disposições gerais

#### Artigo 1.º

##### Objeto

O presente diploma estabelece o regime jurídico do licenciamento e fiscalização das unidades de internamento e das equipas de apoio integrado domiciliário constituídas pelas Instituições Particulares de Solidariedade Social (doravante IPSS), Misericórdias, Pessoas Coletivas de Utilidade Pública e Entidades Privadas que prestem ou venham a prestar serviços de cuidados continuados e de apoio social no âmbito da rede, ao abrigo do disposto no n.º 2 do artigo 7.º do Decreto Legislativo Regional n.º 16/2008/A, de 12 de junho.

#### Artigo 2.º

##### Integração na rede

1 - As entidades referidas no artigo anterior que pretendam vir a integrar a rede devem apresentar proposta junto da direção regional competente em matéria de saúde, que por sua vez remete à Equipa de Coordenação Regional da Rede de Cuidados Continuados Integrados da Região Autónoma dos Açores para emissão de parecer, em articulação com os serviços ou organismos competentes em matéria de saúde e solidariedade social.

2 - Após a emissão de parecer, a Equipa de Coordenação Regional devolve a proposta apresentada à direção regional competente em matéria de saúde, para efeitos de submissão da mesma à aprovação dos membros do Governo Regional competentes em matéria de saúde e solidariedade social, nos termos da alínea f) do artigo 10.º do Decreto Legislativo Regional n.º 16/2008/A, de 12 de junho.

3 - A proposta referida no n.º 1 deve ser instruída com todos os elementos necessários à sua avaliação, designadamente, quanto:

- a) Ao cumprimento da legislação aplicável às condições de instalação e funcionamento;
- b) À identificação da área geográfica de intervenção da unidade ou da equipa;
- c) À adequação ao contexto local, segundo critérios de dispersão geográfica e características demográficas, sociais e epidemiológicas da população.

4 - Uma vez obtida a aprovação referida no n.º 2, a integração na rede depende ainda da obtenção do necessário licenciamento, nos termos do presente diploma.

#### Artigo 3.º

##### Abertura e funcionamento

1 - A abertura ou funcionamento de unidades de internamento e de equipas de apoio integrado domiciliário depende da obtenção, por cada um dos tipos de unidade e por equipa, de licença emitida pela direção regional competente em matéria de saúde.

2 - Para efeitos do disposto no número anterior, as unidades de internamento e as equipas de apoio integrado domiciliário devem respeitar as correspondentes condições de instalação e funcionamento, estabelecidas nas portarias dos membros do Governo Regional competentes em matéria de saúde e solidariedade social, previstas nos artigos 35.º e 36.º do Decreto Legislativo Regional n.º 16/2008/A, de 12 de junho.

## CAPÍTULO II

### Procedimento de licença

#### Artigo 4.º

##### Pedido de licença

1 - O pedido de licenciamento da atividade das unidades de internamento, e respetivas infraestruturas, e das equipas de apoio integrado domiciliário, deve ser efetuado mediante a apresentação de requerimento dirigido ao diretor regional competente em matéria de saúde, conforme modelo disponível no Portal do Governo Regional.

2 - No requerimento devem constar:

- a) A denominação social ou o nome e demais elementos identificativos do requerente;
- b) Declaração comprovativa do registo como IPSS, emitida pelas entidades competentes, se aplicável;
- c) A indicação da sede;
- d) O número de identificação fiscal;
- e) A indicação do tipo de serviço, no âmbito da prestação de cuidados continuados integrados, a licenciar nos termos das alíneas a) e c) do n.º 1 do artigo 12.º do Decreto Legislativo Regional n.º 16/2008/A, de 12 de junho;
- f) A localização da unidade ou das instalações onde está sediada a equipa de apoio integrado domiciliário e respetiva designação;
- g) A identificação do tipo de unidade de internamento, para efeitos do disposto no n.º 2 do artigo 12.º do Decreto Legislativo Regional n.º 16/2008/A, de 12 de junho;
- h) A identificação do diretor clínico, diretor de enfermagem ou enfermeiro coordenador e, quando legalmente exigido, do diretor técnico.

3 - Os pedidos de licenciamento da atividade e das infraestruturas das unidades de internamento devem ser instruídos com os seguintes documentos:

- a) Cópia autenticada do cartão de identificação de pessoa coletiva ou, no caso de pessoa singular, do bilhete de identidade do requerente e do respetivo cartão de contribuinte ou, em alternativa, do cartão de cidadão;
- b) Declaração comprovativa do registo como IPSS, emitida pelas entidades competentes, se aplicável;

c) Declaração de compromisso de entrega da relação nominal do pessoal e respetivo mapa com a distribuição pelos diferentes grupos profissionais, no prazo máximo de sessenta dias a contar da data da licença de funcionamento;

d) Memória descritiva e justificativa e telas finais dos projetos de arquitetura, instalações e equipamentos elétricos, instalações e equipamentos mecânicos, e instalações e equipamentos de águas e esgotos relativos às instalações em que a unidade deverá funcionar, assinados por técnicos devidamente habilitados;

e) Autorização de utilização adequada ao fim pretendido, emitida pela câmara municipal competente;

f) Certificado da autoridade regional competente em matéria de proteção civil, ou equivalente, que comprove o cumprimento do regime jurídico de segurança contra incêndio em edifícios na Região Autónoma dos Açores, aprovado pelo Decreto Legislativo Regional n.º 6/2015/A, de 5 de março;

g) Certidão atualizada do registo comercial, se aplicável.

4 - Os pedidos de licenciamento da atividade das equipas de apoio integrado domiciliário devem ser instruídos com os seguintes documentos:

a) Cópia autenticada do cartão de identificação de pessoa coletiva ou, no caso de pessoa singular, do bilhete de identidade do requerente e do respetivo cartão de contribuinte ou, em alternativa, do cartão de cidadão;

b) Declaração de compromisso de entrega da relação nominal do pessoal e respetivo mapa com a distribuição pelos diferentes grupos profissionais, no prazo máximo de sessenta dias a contar da data da licença de funcionamento;

c) Certidão atualizada do registo comercial, se aplicável.

5 - No caso de o pedido de licença não estar instruído com todos os elementos cuja junção é obrigatória, o requerente, após a notificação de tal facto pela direção regional competente em matéria de saúde, dispõe do prazo de dez dias para corrigir o pedido ou juntar os elementos em falta.

#### Artigo 5.º

##### Vistoria

1 - Para efeitos do licenciamento previsto no presente diploma, as instalações onde estão sediadas as unidades de internamento devem dar prévio cumprimento aos procedimentos previstos no Regime Jurídico de Urbanização e Edificação.

2 - As unidades de internamento são sujeitas a vistoria, que deve ter lugar dentro dos trinta dias subsequentes à data de apresentação do pedido de licença, ou da emissão do parecer referido no n.º 1 do artigo 2.º

3 - A data da realização da vistoria é notificada ao requerente, com a antecedência mínima de dez dias.

4 - Os resultados da vistoria são registados em relatório, em formato eletrónico ou em papel, do qual devem constar os seguintes elementos:

a) A conformidade ou desconformidade da unidade de internamento com os condicionamentos legais e regulamentares, com o projeto aprovado e com as pretensões constantes do pedido de licença;

b) As medidas de correção necessárias;

c) A posição sobre a procedência ou improcedência de reclamações apresentadas na vistoria.

5 - O relatório de vistoria é comunicado ao requerente no prazo máximo de dez dias a contar da data de realização da vistoria.

## Artigo 6.º

### Decisão de licença

1 - A direção regional competente em matéria de saúde decide o pedido de licença no prazo de trinta dias contados a partir da data da realização da vistoria ou, no caso das equipas de apoio integrado domiciliário, da data de entrega do pedido.

2 - O pedido de licença é indeferido com fundamento na existência de desconformidade das unidades de internamento ou das equipas de apoio integrado domiciliário face aos condicionamentos legais e regulamentares respetivamente aplicáveis, pela direção regional competente em matéria de saúde, com base no relatório de vistoria devidamente fundamentado.

3 - Decorrido o prazo para decisão sem que esta seja proferida, considera-se tacitamente deferida a pretensão do requerente, sendo esta informação automaticamente disponibilizada no Portal do Governo Regional.

4 - A licença ou a informação referida no número anterior constituem título bastante e suficiente para efeitos de identificação da entidade requerente e da legitimidade de funcionamento.

5 - Sendo o requerimento a que se refere o n.º 1 do artigo 4.º, instruído com cópia do pedido de autorização de utilização, nos termos da alínea e) do n.º 3 do referido artigo, o efetivo funcionamento das unidades de internamento só pode ter lugar após a obtenção daquela autorização.

## Artigo 7.º

### Informação relativamente às unidades de internamento e às equipas de apoio integrado domiciliário

A direção regional competente em matéria de saúde disponibiliza, no Portal do Governo Regional, informação atualizada sobre a entidade ou a denominação social e o nome das unidades de internamento ou das equipas de apoio integrado domiciliário, o respetivo endereço, contatos, serviços prestados e data de abertura.

## CAPÍTULO III

### Funcionamento das unidades de internamento e das equipas de apoio integrado domiciliário



## Artigo 8.º

### Requisitos de funcionamento

1 - As unidades de internamento e as equipas de apoio integrado domiciliário devem cumprir os requisitos de higiene, segurança e salvaguarda da saúde pública, fixados em legislação específica sobre esta matéria.

2 - As unidades de internamento e as equipas de apoio integrado domiciliário devem funcionar de acordo com as regras de qualidade e segurança definidas pelos códigos científicos e técnicos aplicáveis.

3 - No desenvolvimento da sua atividade, devem os profissionais das unidades de internamento e das equipas de apoio integrado domiciliário observar o cumprimento das regras deontológicas aplicáveis.

## Artigo 9.º

### Obrigações

As unidades de internamento devem afixar nas suas instalações, em local bem visível, para os utentes e visitantes, a identificação dos serviços prestados e a licença de funcionamento de que são titulares.

## Artigo 10.º

### Modificações à licença

1 - Sempre que se verificarem modificações aos elementos constantes da licença, incluindo a ampliação ou alteração das unidades, a modificação da entidade titular da exploração, bem como a modificação de qualquer dos elementos essenciais à licença, devem as mesmas ser comunicadas à direção regional competente em matéria de saúde no prazo de trinta dias.

2 - Na sequência da comunicação referida no número anterior, a direção regional competente em matéria de saúde pode decidir proceder a uma vistoria à unidade, nos termos do artigo 12.º, aplicando-se o disposto nos n.os 3 e 4 do artigo 5.º, com as necessárias adaptações.

## CAPÍTULO IV

### Taxas

## Artigo 11.º

### Pagamento de taxas

1 - A vistoria às instalações prevista no artigo 5.º, a emissão de licença e o averbamento de modificações à licença são atos sujeitos ao pagamento de taxa.

2 - A fixação dos montantes previstos no número anterior é efetuada por despacho conjunto dos membros do Governo Regional competentes em matéria de finanças e de saúde.

3 - As IPSS e as Misericórdias estão isentas do pagamento das taxas estabelecidas neste artigo.

4 - O produto das taxas constitui receita própria da Região.

## CAPÍTULO V

## Vistoria, monitorização e regime sancionatório

### Artigo 12.º

#### Vistoria e monitorização

Sem prejuízo das competências e poderes inspetivos e sancionatórios da Inspeção Regional da Saúde, compete à direção regional competente em matéria de saúde, em articulação com a Equipa de Coordenação Regional da Rede de Cuidados Continuados Integrados da Região Autónoma dos Açores, com a direção regional competente em matéria de solidariedade social e com as autoridades de saúde de âmbito concelhio, vistoriar as unidades de internamento e proceder à monitorização e avaliação periódicas da observância dos requisitos de funcionamento e de qualidade dos serviços prestados pelas unidades de internamento e equipas de apoio integrado domiciliário.

### Artigo 13.º

#### Suspensão e revogação de licença

A direção regional competente em matéria de saúde pode determinar a suspensão ou a revogação da licença de funcionamento sempre que deixem de se verificar os requisitos exigidos para a sua obtenção ou mediante requerimento do interessado.

### Artigo 14.º

#### Contraordenações

1 - Sem prejuízo da responsabilidade criminal, disciplinar, civil e das sanções ou medidas administrativas a cuja aplicação houver lugar, constituem contraordenação:

a) As infrações ao disposto no artigo 3.º, puníveis com coima de (euro) 1 000 a (euro) 3 500 no caso de se tratar de pessoa singular e de (euro) 4 000 a (euro) 44 000 no caso de se tratar de pessoa coletiva;

b) As infrações ao disposto nos artigos 9.º e 10.º, puníveis com coima de (euro) 500 a (euro) 2 500 no caso de se tratar de pessoa singular e de (euro) 2 000 a (euro) 20 000 no caso de se tratar de pessoa coletiva.

2 - A negligência e a tentativa são puníveis, sendo reduzidos a metade os montantes mínimos e máximos da coima fixados no número anterior.

3 - O processamento das contraordenações e a aplicação das coimas competem à direção regional competente em matéria de saúde e à Inspeção Regional da Saúde.

4 - O valor das coimas aplicadas às contraordenações previstas no presente artigo constitui receita própria da Região.

5 - Pode ser determinada a publicidade da aplicação da sanção por contraordenação mediante, nomeadamente, a afixação de cópia da decisão no próprio estabelecimento, em lugar bem visível, por um período de trinta dias.

6 - Em função da gravidade das infrações e da culpa do agente, as contraordenações previstas na alínea b) do n.º 1 podem ainda determinar a suspensão da atividade da unidade de internamento ou da equipa de apoio integrado domiciliário, pelo período máximo de dois anos.

7 - A unidade de internamento é encerrada e a equipa de apoio integrado domiciliário extingue-se se, decorrido o período de suspensão a que se refere o número anterior, se mantiverem as infrações que determinaram aquela suspensão.

8 - A competência para determinar a suspensão e o encerramento da unidade de internamento e a suspensão da atividade e extinção da equipa de apoio integrado domiciliário, referida nos números anteriores, cabe à direção regional competente em matéria de saúde.

9 - As contraordenações previstas no presente artigo prevalecem sobre quaisquer outras que sancionem as mesmas condutas.

## CAPÍTULO VI

### Disposições transitórias e finais

#### Artigo 15.º

##### Unidades de internamento e equipas de apoio integrado domiciliário existentes

1 - As IPSS, Misericórdias, Pessoas Coletivas de Utilidade Pública e Entidades Privadas que prestam cuidados continuados integrados dispõem de dois anos desde a entrada em vigor do presente diploma para se adequarem ao que nele está disposto.

2 - No caso de serem objeto de vistoria ou avaliação durante o período referido no número anterior, a direção regional competente em matéria de saúde, após análise, e caso se verifiquem desconformidades, notifica a entidade responsável do prazo concedido, nunca inferior a cento e oitenta dias, para se adaptar aos requisitos exigíveis.

3 - No prazo de trinta dias a contar da notificação, pode o requerente recorrer da decisão para o membro do Governo Regional competente em matéria de saúde, apresentando todos os meios de prova que entender, sendo a decisão emitida no prazo de trinta dias, após parecer da Equipa de Coordenação Regional da Rede de Cuidados Continuados Integrados da Região Autónoma dos Açores, emitido em articulação com os serviços ou organismos competentes em matéria de saúde e solidariedade social.

4 - No mesmo prazo previsto no número anterior, pode o interessado solicitar à direção regional competente em matéria de saúde a dispensa do cumprimento de requisitos de funcionamento nos termos do artigo 16.º

5 - Os prazos estabelecidos nos números anteriores podem ser prorrogados por uma vez pela direção regional competente em matéria de saúde, através de requerimento devidamente fundamentado do interessado, sempre que se verifiquem circunstâncias supervenientes e indetermináveis na data da sua fixação.

#### Artigo 16.º

##### Dispensa de requisitos

1 - As IPSS, Misericórdias, Pessoas Coletivas de Utilidade Pública e Entidades Privadas que prestam cuidados continuados integrados, através de unidades de internamento ou equipas domiciliárias já existentes, podem solicitar a dispensa dos requisitos de funcionamento, no prazo de trinta dias a contar da notificação prevista no n.º 2 do artigo 15.º, quando, por questões estruturais ou técnicas, a sua estrita observância seja impossível ou possa inviabilizar a

continuidade da atividade, desde que a dispensa não ponha em causa a segurança, a saúde, o bem-estar e a dignidade dos utentes ou de terceiros.

2 - Para efeitos do número anterior, consideram-se suscetíveis de criar condicionantes estruturais ou técnicas, nomeadamente, o funcionamento das unidades de internamento em zonas classificadas, em edifícios classificados a nível nacional, regional ou local, bem como em edifícios de reconhecido valor histórico, arquitetónico, artístico ou cultural.

3 - Compete à direção regional competente em matéria de saúde decidir, no prazo de trinta dias a contar da apresentação do requerimento, sobre a dispensa do cumprimento dos requisitos, após parecer da Equipa de Coordenação Regional da Rede de Cuidados Continuados Integrados da Região Autónoma dos Açores emitido em articulação com os serviços ou organismos competentes em matéria de saúde e solidariedade social.

#### Artigo 17.º

#### Entrada em vigor

O presente diploma entra em vigor no primeiro dia do mês seguinte ao da sua publicação.

Aprovado pela Assembleia Legislativa da Região Autónoma dos Açores, na Horta, em 10 de dezembro de 2015

A Presidente da Assembleia Legislativa, Ana Luísa Luís

#### **Págs. 442 a 451**

- Substituir por:

#### **18.3 - Prescrição eletrónica de medicamentos**

##### **Portaria n.º 128/2015, de 5 de outubro**

A Portaria n.º 70/2011, de 4 de agosto, veio estabelecer o regime jurídico a que obedecem as regras de prescrição eletrónica na Região Autónoma dos Açores, bem como o regime transitório da receita manual de medicamentos.

Por sua vez a Portaria n.º 128/2015 de 5 de Outubro de 2015, alterada pela Portaria n.º 71/2013 de 30 de Setembro de 2013 veio atualizar e uniformizar os procedimentos relativos à emissão e dispensa de receituário.

A implementação da prescrição eletrónica de medicamentos, seguida da posterior desmaterialização da receita médica, permite uma maior eficiência na gestão do medicamento, que é um objetivo constante do Programa do XI Governo dos Açores, que irá facilitar o acesso dos cidadãos ao medicamento, diminuir o risco de erro ou confusão na prescrição e proporcionar muito maior informação sobre todo o circuito do medicamento, desencorajando e combatendo a fraude.

Para que a prescrição eletrónica possa ser completamente desmaterializada em todo o circuito de prescrição, dispensa em farmácia comunitária e conferência de medicamentos, ou seja, enviada por meios eletrónicos do prescritor à farmácia, importa, importa adaptar o processo de prescrição, dispensa e faturação numa ótica desmaterializada, para que de forma progressiva se possa eliminar os procedimentos que pressupõem o suporte de papel da receita e estabelecer os requisitos a que deve obedecer essa receita eletrónica, bem como os requisitos para o seu controlo através de meios informáticos.

Assim, torna-se necessário adaptar a legislação regional vigente às necessidades da prescrição eletrónica com desmaterialização da receita, e respetivo alargamento e adaptação das regras do procedimento de prescrição de medicamentos, modelos de receita médica e as condições de dispensa de medicamentos atualmente em vigor para a prescrição eletrónica.

Assim, manda o Governo Regional, pelo Secretário Regional da Saúde, de acordo com o estabelecido nas alíneas a) e d) do n.º 1 do artigo 90.º do Estatuto Político-Administrativo da Região Autónoma dos Açores, o seguinte:

#### Artigo 1.º

##### Objeto

A presente portaria estabelece o regime jurídico a que obedecem as regras de prescrição e dispensa de medicamentos e produtos de saúde e define as obrigações de informação a prestar aos utentes.

#### Artigo 2.º

##### Âmbito

1 - A presente portaria aplica-se a todos os medicamentos de uso humano, incluindo medicamentos manipulados e medicamentos contendo estupefacientes ou substâncias psicotrópicas, a prescrever em local de prescrição integrado no território da Região Autónoma dos Açores.

2 - A presente portaria aplica-se ainda, com as necessárias adaptações, a outras tecnologias de saúde participadas pelo Governo Regional.

#### Artigo 3.º

##### Definições

Para efeitos do disposto na presente portaria, entende-se por:

- 1) «Prescrição por via eletrónica» a prescrição de medicamentos resultante da utilização de soluções ou equipamentos informáticos;
- 2) «Prescrição por via manual» a prescrição de medicamentos efetuada em documento pré - impresso;
- 3) «Materialização» a impressão da receita médica resultante da prescrição efetuada por meios eletrónicos;
- 4) «Desmaterialização» a prescrição por via eletrónica, de receita sem papel, acessível e interpretável por meio de equipamento eletrónico e que inclui atributos que comprovam a sua autoria e integridade;

- 5) «Código de acesso e dispensa» código gerado pelo sistema central, comunicado ao software de prescrição a utilizar apenas pelo utente para acesso à prescrição no momento de dispensa, e para validação da dispensa;
- 6) «Código matriz» código gerado pelo sistema central, que permite à farmácia aceder à prescrição, bem como verificar a autenticidade e integridade da receita, em modo offline;
- 7) «Código do direito de opção» código gerado pelo sistema central, comunicado ao software de prescrição, a utilizar apenas pelo utente no momento de dispensa, quando exerce o direito de opção por linha de prescrição;
- 8) «Linha de prescrição» é o item de prescrição que, quando aplicável, tem uma correspondência unívoca com um Código Nacional para a Prescrição Eletrónica de Medicamentos (CNPEM), ou um número de registo de um medicamento ou outro código oficial identificador do produto prescrito;
- 9) «Tipo de linha» corresponde ao tipo de produto constante em cada linha de prescrição.

#### Artigo 4.º

##### Modelos de receita médica

Os modelos de materialização e pré-impresso da receita médica resultante da prescrição por via eletrónica e manual são aprovados por despacho do membro do Governo Regional com competência em matéria de saúde.

#### Artigo 5.º

##### Regras de prescrição

- 1 - A prescrição de medicamentos efetua-se mediante receita médica, devendo obedecer às disposições legais em vigor e, quando aplicável, atender ao Formulário Nacional de Medicamentos e às normas de orientação clínica que venham a ser emitidas.
- 2 - A prescrição de um medicamento inclui obrigatoriamente a respetiva denominação comum internacional (DCI) da substância ativa, a forma farmacêutica, a dosagem, a apresentação, a quantidade e a posologia.
- 3 - A prescrição de medicamentos é feita por via eletrónica, sem prejuízo de, excepcionalmente e nos casos previstos no artigo 8.º da presente portaria, poder ser feita por via manual.
- 4 - Salvo o disposto nos n.os 5 a 8, em cada receita médica, podem ser prescritos:
  - a) No caso de receita materializada ou por via manual, até quatro medicamentos ou produtos de saúde distintos, em receitas distintas não podendo, em caso algum, o número total de embalagens prescritas ultrapassar o limite de duas por medicamento ou produto, nem o total de quatro embalagens;
  - b) No caso de receita desmaterializada, mas em linhas de prescrição distintas, produtos de saúde e medicamentos distintos, sendo que cada linha de prescrição só pode incluir um produto de saúde ou um medicamento, até um máximo de duas embalagens de cada.
- 5 - Excetua-se do disposto no número anterior a prescrição de medicamentos para dispensa ao público em quantidade individualizada, sujeita a regulamentação própria.

6 - Podem ser prescritas numa receita até quatro embalagens do mesmo medicamento no caso de os medicamentos prescritos se apresentarem sob a forma de embalagem unitária, entendendo -se como tal aquela que contém uma unidade de forma farmacêutica na dosagem média usual para uma administração.

7 - A prescrição de medicamentos contendo uma substância classificada como estupefaciente ou psicotrópica, compreendida nas tabelas I a II anexas ao Decreto –Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, ou qualquer das substâncias referidas no n.º 1 do artigo 86.º do Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de outubro, não pode constar de receita materializada ou por via manual, onde sejam prescritos outros medicamentos ou produtos de saúde.

8 - Os medicamentos a que se refere a tabela n.º 2 aprovada em anexo à Portaria n.º 1471/2004, de 21 de dezembro, na sua redação atual, podem:

a) No caso de receita materializada, ser prescritos em receita eletrónica renovável, sem prejuízo das adaptações e especificações que venham a justificar -se, a aprovar por despacho do membro do Governo responsável pela área da saúde;

b) No caso de receita desmaterializada, coexistir com outros medicamentos, com um limite máximo de seis embalagens por receita.

9 - A Direção Regional da Saúde e a Saudaçor S.A., em articulação com a SPMS — Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E. P. E. e o INFARMED Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I. P., devem disponibilizar ao prescriptor informação relativa a interações medicamentosas, por meios eletrónicos.

#### Artigo 6.º

##### Prescrição de medicamentos comparticipados

1 - À prescrição de medicamentos comparticipados aplicam-se as regras previstas no artigo anterior e as definidas nos números seguintes.

2 - A prescrição pode, excecionalmente, incluir a denominação comercial do medicamento, por marca ou indicação do nome do titular da autorização de introdução no mercado, nas situações de:

a) Prescrição de medicamento com substância ativa para a qual não exista medicamento genérico comparticipado ou para a qual só exista original de marca e licenças;

b) Justificação técnica do prescriptor quanto à insusceptibilidade de substituição do medicamento prescrito.

3 - Para efeitos do disposto no número anterior, são apenas admissíveis justificações técnicas nos seguintes casos:

a) Prescrição de medicamento com margem ou índice terapêutico estreito, conforme informação prestada pelo INFARMED, I. P.;

b) Fundada suspeita, previamente reportada ao INFARMED, I. P., de intolerância ou reação adversa a um medicamento com a mesma substância ativa, mas identificado por outra denominação comercial;

c) Prescrição de medicamento destinado a assegurar a continuidade de um tratamento com duração estimada superior a 28 dias.

4 - As exceções previstas no número anterior são assinaladas pelo prescriptor em local próprio da receita e incluem obrigatoriamente ainda as seguintes menções:

a) «Reação adversa prévia» em relação à alínea b) do número anterior;

b) «Continuidade de tratamento superior a 28 dias» em relação à alínea c) do número anterior.

5 - Considera-se não verificada a exceção prevista na alínea b) do n.º 2 nas seguintes situações:

a) A prescrição de medicamentos ao abrigo da alínea a) do n.º 3 não conforme com a informação disponibilizada pelo INFARMED, I. P.;

b) A omissão da informação prevista no n.º 4.

6 - A prescrição de medicamentos nos termos das alíneas b) e c) do n.º 3 deve ainda ser adequadamente registada, nomeadamente no processo clínico do doente, para efeitos de monitorização e controlo.

7 - Para efeitos da monitorização e controlo da prescrição de medicamentos a Saudaço S.A. envia, em formato digital, à entidade da Região Autónoma dos Açores com competência para proceder ao acompanhamento regular da prescrição, dispensa e conferência de medicamentos a informação anonimizada, relativa às prescrições previstas no n.º 3.

8 - Sempre que a prescrição se destine a um pensionista abrangido pelo regime especial de comparticipação, deve constar na receita a sigla «R» junto dos dados do utente.

9 - Sempre que a prescrição se destine a um utente abrangido por um regime especial de comparticipação de medicamentos em função de patologia, deve constar na receita a sigla «O» junto dos dados do utente, sendo ainda obrigatória, no campo da receita relativo à designação do medicamento, a menção ao despacho que consagra o respetivo regime.

#### Artigo 7.º

##### Prescrição de medicamentos não comparticipados

1 - À prescrição de medicamentos não comparticipados aplicam-se as regras previstas no artigo 5.º e as definidas nos números seguintes.

2 - A prescrição de medicamentos não comparticipados pode incluir a denominação comercial do medicamento, por marca ou indicação do nome do titular da autorização de introdução no mercado.

3 - Para os efeitos do disposto no n.º 3 do artigo 120.º do Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto, na redação dada pela Lei n.º 11/2012, de 8 de março, o prescriptor indica na receita, as justificações técnicas que impedem o direito de opção do doente em relação ao medicamento prescrito nos seguintes casos:

a) Prescrição de medicamento com margem ou índice terapêutico estreito, de acordo com informação prestada pelo INFARMED, I. P.;

b) Fundada suspeita, previamente reportada ao INFARMED, I. P., de intolerância ou reação adversa a um medicamento com a mesma substância ativa, mas identificado por outra denominação comercial;

c) Prescrição de medicamento destinado a assegurar a continuidade de um tratamento com duração estimada superior a 28 dias.



4 - As justificações referidas no número anterior são assinaladas pelo prescriptor em local próprio da receita e incluem obrigatoriamente ainda as seguintes menções:

- a) «Reação adversa prévia» em relação à alínea b) do número anterior;
- b) «Continuidade de tratamento superior a 28 dias» em relação à alínea c) do número anterior.

#### Artigo 8.º

##### Prescrição excecional por via manual

1 - A prescrição de medicamentos pode, excecionalmente, realizar-se por via manual nas seguintes situações:

- a) Falência do sistema informático;
- b) Inadaptação fundamentada do prescriptor, previamente confirmada e validada anualmente pela respetiva Ordem profissional;
- c) Prescrição ao domicílio;
- d) Outras situações até um máximo de 40 receitas médicas por mês.

2 - A exceção prevista na alínea c) do número anterior não é aplicável a locais de prescrição em lares de idosos.

3 - Para efeitos do n.º 1, o prescriptor deve assinalar, em local próprio da receita médica, a alínea aplicável.

4 - A Ordem profissional do prescriptor será notificada das irregularidades de prescrição sempre que sejam detetadas prescrições por via manual realizadas ao abrigo da alínea b) do n.º 1 sem a confirmação ali prevista.

5 - A não verificação da situação de exceção não constitui motivo de recusa de pagamento da comparticipação do Estado à farmácia.

#### Artigo 9.º

##### Validação da prescrição

1 - Sem prejuízo do disposto nos números seguintes, a receita só é válida se incluir os seguintes elementos:

- a) Número da receita;
- b) Local de prescrição ou respetivo código;
- c) Identificação do médico prescriptor, incluindo o número de cédula profissional e, se for o caso, a especialidade;
- d) Nome e número de utente;
- e) Entidade financeira responsável e número de beneficiário, acordo internacional e sigla do país, quando aplicável;
- f) Se aplicável, referência ao regime especial de comparticipação de medicamentos, nos termos previstos nos n.os 8 e 9 do artigo 6.º;

2 - No caso de receita materializada, além do disposto no número anterior, a sua validade depende ainda da inclusão dos elementos seguintes:

- a) Denominação comum internacional da substância ativa;
- b) Dosagem, forma farmacêutica, dimensão da embalagem, número de embalagens;
- c) Se aplicável, denominação comercial do medicamento;
- d) Se, e consoante aplicável, a informação nos termos previstos do n.º 4 do artigo 6.º ou n.º 4 do artigo 7.º;
- e) Código nacional de prescrição eletrónica de medicamentos (CNPEM) ou outro código oficial identificador do produto, se aplicável;
- f) Data de prescrição;
- g) Assinatura autógrafa do prescriptor.

3 - No caso de receita desmaterializada, além do disposto no n.º 1, a sua validade depende ainda da inclusão dos elementos seguintes:

- a) Hora da prescrição;
- b) As linhas de prescrição, que incluem:
  - i) Menção do tipo de linha;
  - ii) Número da linha, identificada univocamente e constituída pelo número da prescrição e pelo número de ordem da linha de prescrição;
  - iii) Tipo de medicamento ou produto de saúde prescrito;
  - iv) Data do termo da vigência da linha de prescrição;
  - v) Os elementos previstos nas alíneas a) a f) do número anterior.

4 - Por opção do utente, a receita desmaterializada pode incluir o seu número de contacto telefónico móvel, para efeitos de comunicação do código de dispensa e dos direitos de opção.

#### Artigo 10.º

##### Autenticação eletrónica do prescriptor

A prescrição desmaterializada é obrigatoriamente realizada mediante autenticação forte, através de um certificado digital qualificado, que garanta a identidade e qualidade do prescriptor, ou chave móvel digital.

#### Artigo 11.º

##### Vinhetas

1 - A prescrição de medicamentos por via manual implica a aposição na receita médica de vinheta identificativa do prescriptor.

2 - A prescrição de medicamentos por via manual no âmbito das instituições do Serviço Regional de Saúde e instituições com acordos, convenções ou protocolos celebrados com a Secretaria Regional da Saúde, ou entidades por si tuteladas, implica também a aposição de vinheta identificativa do local de prescrição.

3 - Sempre que a prescrição referida no número anterior seja dirigida a um pensionista abrangido pelo regime especial de comparticipação, a identificação a que se refere o número anterior é efetuada através de vinheta de cor verde conforme modelo constante da regulamentação do presente diploma.

4 - As especificações e os modelos de vinheta de identificação do prescriptor e do local de prescrição são aprovados por despacho do membro do Governo Regional com competência em matéria de saúde.

5 - Os modelos de vinhetas são de edição exclusiva da Imprensa Nacional -Casa da Moeda, S. A.

6 - Cabe à Sudaçor S.A., em articulação com a Direção Regional da Saúde e Ordens profissionais dos prescritores, assegurar a gestão do processo de emissão de vinhetas.

#### Artigo 12.º

##### Validação da prescrição por via manual

1 - A receita manual só é válida se incluir os seguintes elementos:

- a) Se aplicável, vinheta identificativa do local de prescrição;
- b) Vinheta identificativa do médico prescriptor;
- c) Identificação da especialidade médica, se aplicável, e contacto telefónico do prescriptor;
- d) Identificação da exceção nos termos do n.º 1 do artigo 8.º;
- e) Os elementos previstos nas alíneas d) a f) do n.º 1 e nas alíneas a) a d) e g) do n.º 2 do artigo 9.º

2 - Não é admitida mais do que uma via da receita manual.

#### Artigo 13.º

##### Vigência da prescrição

1 - As receitas materializadas e manual, bem como cada linha de prescrição da receita desmaterializada, vigoram, em regra, por 30 dias, sem prejuízo do disposto nos números seguintes.

2 - A receita materializada pode ser renovável, contendo até três vias, com a indicação «1.ª via», «2.ª via» ou «3.ª via», que vigoram por seis meses.

3 - Cada linha da receita desmaterializada vigora por seis meses, no caso dos medicamentos a que se refere a alínea b) do n.º 8 do artigo 5.º

4 - Os prazos de vigência previstos nos números anteriores contam-se da data da respetiva prescrição.

#### Artigo 14.º

##### Informação ao utente no momento da prescrição

1 - Sem prejuízo do disposto nos números seguintes, no momento da prescrição por via eletrónica é disponibilizada ao utente o guia de tratamento.

2 - O guia de tratamento é um documento pessoal e intransmissível.

3 - O prescriptor deve informar o utente que o guia de tratamento lhe é destinado, pelo que não deve ser deixado na farmácia.

4 - O guia de tratamento, para além dos elementos constantes do n.º 2 do artigo 5.º, contém informação sobre os preços de medicamentos comercializados que cumpram os critérios da prescrição.

5 - No caso da receita desmaterializada, o guia de tratamento contém, para além da informação referida no número anterior, o número da prescrição, o código matriz, o código de acesso e dispensa e o código do direito de opção.

6 - Os modelos de guia de tratamento são aprovados por despacho do membro do Governo Regional com competência em matéria de saúde.

7 - Nos casos de receita desmaterializada, o guia de tratamento e os códigos previstos no n.º 5 podem ser remetidos, no momento da prescrição, para o endereço de correio eletrónico do utente ou por SMS, mantendo -se a possibilidade de, a pedido do utente, serem fornecidos em suporte papel.

#### Artigo 15.º

##### Opção do utente

1 - O utente tem direito de escolha de entre os medicamentos que cumpram a prescrição médica, exceto:

a) Nas situações previstas pelas alíneas a) e b) do n.º 3 do artigo 6.º e pelas alíneas a) e b) do n.º 3 do artigo 7.º;

b) Em medicamentos comparticipados, na situação em que o medicamento prescrito contém uma substância ativa para a qual não exista medicamento genérico comparticipado ou para a qual só exista original de marca e licenças.

2 - Nas situações previstas pela alínea c) do n.º 3 do artigo 6.º e pela alínea c) do n.º 3 do artigo 7.º, o direito de opção do utente está limitado a medicamentos com preço inferior ao do medicamento prescrito.

3 - O exercício, ou não, do direito de opção do utente, nos termos permitidos pela lei, é, consoante o caso, demonstrado através da respetiva assinatura, ou de quem o represente, em local próprio da receita médica, ou mediante a utilização do código do direito de opção, no momento da dispensa.

#### Artigo 16.º

##### Acesso à prescrição para efeitos de dispensa

1 - A farmácia acede à prescrição do utente mediante a apresentação por este, ou pelo seu representante, do cartão do cidadão ou do número da prescrição, e do código de acesso e dispensa constante do guia de tratamento.

2 - É vedado à farmácia o acesso à prescrição de modos diversos dos previstos no número anterior.

#### Artigo 17.º

##### Dispensa em geral

1 - No momento de dispensa, o farmacêutico, ou seu colaborador devidamente habilitado, deve informar o doente sobre o medicamento comercializado que, cumprindo a prescrição, apresente o preço mais baixo.

2 - As farmácias devem ter disponíveis para venda, no mínimo, três medicamentos com a mesma substância ativa, forma farmacêutica e dosagem, de entre os que correspondam aos cinco preços mais baixos de cada grupo homogêneo.

3 - As farmácias devem dispensar o medicamento de menor preço de entre os referidos no número anterior, salvo se for outra a opção do utente.

4 - Nas situações previstas pela alínea c) do n.º 3 do artigo 6.º e pela alínea c) do n.º 3 do artigo 7.º é vedada às farmácias a dispensa de medicamento com preço superior ao do medicamento prescrito.

#### Artigo 18.º

##### Procedimento

1 - No ato de dispensa de medicamentos prescritos em receita materializada ou em via manual, o farmacêutico, ou quem o coadjuve, deve datar, assinar e carimbar a receita médica, devendo ser impressos informaticamente os respetivos códigos identificadores, sem prejuízo de outras exigências aplicáveis, como é o caso da assinatura do utente.

2 - No ato de dispensa de medicamentos prescritos em receita desmaterializada, independentemente da forma de acesso à prescrição, a farmácia apenas pode efetivar a dispensa após indicação, pelo utente, do respetivo código de acesso e dispensa.

3 - Caso o utente, ou seu representante, no caso do número anterior, exerça o direito de opção relativamente a alguma das linhas de prescrição, deve indicar o respetivo código do direito de opção.

4 - Se se tratar de uma receita manual, o utente ou o seu representante, deve assinar o verso da receita de forma legível para comprovar a dispensa efetuada, salvo se não souber ou não puder assinar, caso em que o farmacêutico consigna essa menção na receita.

5 - Os dados do cartão de cidadão, bem como os códigos de acesso e dispensa e de direito de opção inseridos pelo utente não podem ser utilizados para finalidades diferentes das previstas no presente diploma, nem podem ser arquivados pelo sistema da farmácia.

6 - O utente pode adquirir medicamentos ou produtos prescritos em diferentes linhas de prescrição da mesma receita desmaterializada em farmácias diferentes ou em momentos diferentes, exceto em situações de falência do sistema em que aplica o disposto no artigo 23.º.

#### Artigo 19.º

##### Dispensa de substâncias estupefacientes ou psicotrópicas

1 - No ato de dispensa de medicamentos contendo substâncias classificadas como estupefacientes ou psicotrópicas, compreendidas nas tabelas I a II anexas ao Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, ou qualquer das substâncias referidas no n.º 1 do artigo 86.º do Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de outubro, a farmácia procede ao registo informático da seguinte informação:

- a) Identidade do utente ou do seu representante, nomeadamente o nome, data de nascimento, número e data do bilhete de identidade ou da carta de condução, ou o nome e número do cartão de cidadão, ou, no caso de estrangeiros, do passaporte;
- b) Identificação da prescrição através do número de prescrição;
- c) Identificação da farmácia, nomeadamente o nome e número de conferência de faturas;
- d) Identificação do medicamento, nomeadamente o número de registo e a quantidade dispensada;
- e) Data de dispensa.

2 - Se a aquisição for efetuada pelo utente e no caso de dispensa de medicamentos prescritos por via eletrónica, o farmacêutico solicita ao utente a introdução do cartão de cidadão no dispositivo apropriado, bem como a autorização para acesso, exclusivo ao nome, número de identificação e data de nascimento, bem como para arquivo e comunicação desses dados, nos termos da presente portaria.

3 - Se se tratar de uma receita manual ou materializada, o utente ou o seu representante deve assinar o verso da receita de forma legível para comprovar a dispensa efetuada, salvo se não souber ou não puder assinar, caso em que o farmacêutico consigna essa menção na receita.

#### Artigo 20.º

##### Controlo do receituário

1 - A Sudaçor S.A. disponibiliza à Direção Regional da Saúde a listagem dos dados de prescrição e de dispensa das prescrições por via eletrónica que incluam medicamentos dispensados contendo uma substância classificada como estupefaciente ou psicotrópica, compreendidas nas tabelas I a II anexas ao Decreto -Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, ou qualquer das substâncias referidas no n.º 1 do artigo 86.º do Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de outubro.

2 - Para os casos previstos no n.º 1 do artigo 8.º, as farmácias e os serviços de saúde públicos e privados enviam à Direção Regional da Saúde, até ao dia 8 do mês seguinte àquele a que respeite, fotocópia da receita manual com medicamentos dispensados contendo uma substância classificada como estupefaciente ou psicotrópica, compreendidas nas tabelas I a II anexas ao Decreto -Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, ou qualquer das substâncias referidas no n.º 1 do artigo 86.º do Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de outubro.

3 - As farmácias conservam em arquivo adequado, pelo período de três anos, uma reprodução em papel ou em suporte informático das receitas manuais ou materializadas que incluam medicamentos estupefacientes ou psicotrópicos, organizadas por data de dispensa, onde conste, o código do medicamento e a quantidade dispensada e os dados do utente ou do seu representante, recolhidos nos termos da alínea a) do n.º 1 do artigo 19.º

4 - A Direção Regional da Saúde, transmite ao serviço de saúde competente e à Ordem dos Médicos ou à Ordem dos Médicos Dentistas, consoante a prescrição tenha sido efetuada no exercício de funções públicas ou privadas, as situações, que registe no controlo de receituário, de consumo individual anormal de medicamentos contendo uma substância classificada como estupefaciente ou psicotrópica.

#### Artigo 21.º

##### Normas técnicas

1 - A Sudaçor S.A., em articulação com a Direção Regional da Saúde, definem e aprovam conjuntamente e publicam nas respetivas páginas eletrnicas, as normas técnicas relativas à prescrição e dispensa e a calendarização da publicação das especificações técnicas, tendo em conta as normas técnicas emitidas a nível nacional pelo INFARMED, I. P. e a ACSS, I. P.

2 - Salvo regime especial aprovado por despacho do membro do Governo Regional com competência em matéria de saúde, as especificações dos sistemas informáticos de prescrição por via eletrnica de medicamentos, incluindo prazos de implementação, prazos de adaptação e procedimentos relativos à declaração de conformidade são definidos pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, SPMS, E.P.E., e publicados no seu site.

3 - Para efeitos da dispensa eletrnica, a Sudaçor S.A., em articulação com a Direção Regional da Saúde, e tendo em conta as normas técnicas emitidas a nível nacional pelo INFARMED, I. P. e a ACSS, I. P., no âmbito das respetivas competências:

a) Definem as especificações técnicas dos sistemas informáticos de dispensa eletrnica;

b) Definem os procedimentos a adotar no caso de falência do sistema informático, de modo a garantir o acesso ao medicamento por parte do utente;

c) Definem as especificações e requisitos técnicos dos sistemas informáticos, bem como os processos de adesão à dispensa eletrnica e faturação eletrnica pelas farmácias e as ferramentas para a sua operacionalização.

4 - A Sudaçor S.A., tendo em conta as normas técnicas emitidas a nível nacional pela SPMS, E. P. E., emite as especificações técnicas e os requisitos de segurança necessários para produção da receita desmaterializada, incluindo os mecanismos a utilizar para esse efeito e a respetiva estrutura de dados.

#### Artigo 22.

##### Programas informáticos de prescrição por via eletrnica

1 - As normas, requisitos e especificações dos sistemas informáticos de prescrição por via eletrnica de medicamentos têm em atenção a adoção as medidas técnicas e organizativas adequadas à segurança e proteção dos dados, e são precedidas de parecer da Comissão Nacional de Proteção de Dados.

2 - Os sistemas informáticos referidos no número anterior não devem, em caso algum, publicitar ou, por qualquer modo, veicular publicidade a medicamentos ou produtos de saúde.

3 - A utilização dos sistemas informáticos está dependente da apresentação de declaração de conformidade do respetivo fornecedor junto da SPMS, E. P. E.

4 - Para efeitos do disposto no número anterior a SPMS, E. P. E., regista e publica as declarações de conformidade dos sistemas informáticos.

5 - No caso de serem detetadas desconformidades nos sistemas informáticos, as mesmas deverão ser comunicadas à SPMS, E. P. E., devendo esta entidade determinar as medidas necessárias à sua correção e proceder, sempre que aplicável,  comunicação às entidades competentes, designadamente  Comissão Nacional de Proteção de Dados quando esteja em causa matéria relativa a proteção de dados.

#### Artigo 23.

### Falência do sistema no momento da dispensa

- 1 - Caso se mostre impossível a consulta da receita desmaterializada, por falência do sistema, a farmácia deve proceder à dispensa, de acordo com os procedimentos definidos na alínea b) do n.º 3 do artigo 21.º.
- 2 - No caso previsto no número anterior, a dispensa só é possível numa única farmácia e de uma única vez.
- 3 - Sempre que haja falência do sistema a farmácia não pode dispensar os medicamentos contendo substâncias classificadas como estupefacientes ou psicotrópicas, compreendidas nas tabelas I a II anexas ao Decreto – Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, ou qualquer das substâncias referidas no n.º 1 do artigo 86.º do Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de outubro.

### Artigo 24.º

#### Prova da prescrição e dispensa

A prova, pelo utente, da prescrição desmaterializada e da dispensa, nomeadamente para efeito de comparticipação de medicamentos por entidades terceiras, pode fazer -se:

- a) Mediante apresentação do guia de tratamento, conjuntamente com as respetivas faturas - recibo;
- b) Através de outros meios eletrónicos a definir por despacho do membro do governo responsável pela área da saúde.

### Artigo 25.º

#### Acompanhamento

A Saudaçor S.A., em articulação com a Direção Regional da Saúde, devem assegurar o acompanhamento da implementação de todo o processo de desmaterialização da receita, zelando pela participação nos grupos de trabalho criados a nível nacional para o efeito.

### Artigo 26.º

#### Disposições transitórias

- 1 - Mantêm-se em vigor os modelos de vinhetas e receitas em vigor até à sua substituição por novos modelos aprovados ao abrigo da presente portaria.
- 2 - As normas técnicas previstas no artigo 21.º são publicadas no prazo de 30 dias após a entrada em vigor da presente portaria, mantendo-se vigentes até à sua aprovação as normas técnicas emitidas ao abrigo da legislação em vigor.
- 3 - A adaptação dos sistemas de prescrição, de dispensa e de conferência ao disposto na presente portaria ocorre no prazo máximo de 90 dias após a publicação das normas técnicas previstas no artigo 21.º
- 4 - Todas as remissões legais ou regulamentares efetuadas para a Portaria n.º 79/2012, de 12 de julho, retificada pela Declaração de Retificação n.º 16/2012, de 17 de julho e alterada pela Portaria n.º 71/2013 de 30 de Setembro de 2013, em tudo o que não contrarie, consideram -se efetuadas para o regime estabelecido na presente portaria.

### Artigo 27.º



## Norma revogatória

É revogada a Portaria n.º 79/2012, de 12 de julho, retificada pela Declaração de Retificação n.º 16/2012, de 17 de julho e alterada pela Portaria n.º 71/2013 de 30 de Setembro de 2013.

### Artigo 28.º

#### Entrada em vigor

A presente portaria entra em vigor no primeiro dia do mês seguinte ao da sua publicação.

Secretaria Regional da Saúde.

Assinada em 17 de setembro de 2015.

O Secretário Regional da Saúde, Luís Mendes Cabral.

## Pág. 451

### **Regime do procedimento de pagamento da comparticipação do Estado no preço de venda ao público (PVP) dos medicamentos dispensados nas farmácias da Região Autónoma dos Açores**

#### **Portaria n.º 151/2015, de 13 de novembro**

A implementação da prescrição eletrónica de medicamentos, seguida da posterior desmaterialização da receita médica, permite uma maior eficiência na gestão do medicamento, que é um objetivo constante do Programa do XI Governo dos Açores, que irá facilitar o acesso dos cidadãos ao medicamento, diminuir o risco de erro ou confusão na prescrição e proporcionar muito maior informação sobre todo o circuito do medicamento, desencorajando e combatendo a fraude.

A Portaria n.º 128/2015 de 5 de Outubro de 2015, veio adaptar a legislação regional vigente às necessidades da prescrição eletrónica com desmaterialização da receita, e respetivo alargamento e adaptação das regras do procedimento de prescrição de medicamentos, modelos de receita médica e as condições de dispensa de medicamentos atualmente em vigor para a prescrição eletrónica.

Em complemento a essas medidas, cumpre introduzir processos de uniformização e melhoria no procedimento de pagamento da comparticipação do Estado às farmácias, com a finalidade de atingir os objetivos de reduzir custos de operação, de atingir elevados níveis de eficiência e controlo no ciclo de prescrição-prestação-conferência, de minimizar a ocorrência de fraude, de potenciar a generalização da prescrição eletrónica no sentido da desmaterialização de todo o

ciclo de prescrição prestação-conferência e de produzir informação de gestão que permita o controlo rigoroso da despesa do SRS.

Assim, manda o Governo Regional, pelo Secretário Regional da Saúde, de acordo com o estabelecido nas alíneas a) e d) do n.º 1 do artigo 90.º do Estatuto Político-Administrativo da Região Autónoma dos Açores, o seguinte:

#### Artigo 1.º

##### Objeto

1 - A presente portaria estabelece o regime do procedimento de pagamento da comparticipação do Estado no preço de venda ao público (PVP) dos medicamentos dispensados nas farmácias da Região Autónoma dos Açores.

2 - O pagamento, às farmácias, da comparticipação do Estado no PVP dos medicamentos dispensados cuja responsabilidade seja do Serviço Regional de Saúde depende da observância das regras previstas na presente portaria.

3 - O procedimento previsto na presente portaria pode ser adotado para pagamento de comparticipações de outras prestações de saúde.

#### Artigo 2.º

##### Conferência

1 - A conferência de faturas é efetuada por intermédio do Centro de Conferência de Faturas dos Açores, da responsabilidade da Sudaçor S.A.

2 - As farmácias, ou as entidades por elas designadas, enviarão para o Centro de Conferência de Faturas dos Açores as faturas da responsabilidade do Serviço Regional de Saúde.

#### Artigo 3.º

##### Instruções gerais

1 - O relacionamento entre as diversas entidades deve ser assegurado pela Sudaçor S.A., em articulação com as entidades representativas das farmácias, no âmbito dos acordos em vigor com aquelas entidades.

2 - As regras inerentes ao circuito da conferência e à aplicação das regras da presente portaria podem ser alvo de instruções a emitir pela Sudaçor S.A.

3 - No âmbito das obrigações previstas no número anterior é definido um Manual de Relacionamento de Farmácias, a aprovar pela Sudaçor S.A., em articulação com as entidades representativas das farmácias.

4 - O relacionamento entre as diferentes entidades pode igualmente ser realizado através do portal eletrónico do Centro de Conferência de Faturas dos Açores disponibilizado e gerido pela Sudaçor S.A., o qual contém os documentos eletrónicos referentes ao processo de conferência., ou por outros meios eletrónicos a definir pela Sudaçor S.A..

#### Artigo 4.º

##### Comissão de Acompanhamento

O acompanhamento de questões que se suscitem no âmbito do processo de faturação previsto na presente portaria, é efetuado pelas comissões paritárias criadas no âmbito dos acordos existentes entre o Serviço Regional de Saúde e as entidades representativas das farmácias.

#### Artigo 5.º

##### Entrada em vigor

1 - A presente portaria entra em vigor no dia 1 de dezembro de 2015.

2 - É instituído um regime transitório até 31 de março de 2016, findo o qual deverá ser obrigatoriamente revisto o Manual de Relacionamento de Farmácias.

Secretaria Regional da Saúde, 5 de novembro de 2015.

O Secretário Regional da Saúde, Luís Mendes Cabral.