

ANEXO

Tabela Nacional de Funcionalidade Adulto em idade ativa com doença crónica

ACTIVIDADES e PARTICIPAÇÃO	DESEMPENHO					FACTOR AMBIENTAL		
	0	1	2	3	4	Total	Facilitador	Barreira
Mobilidade e Autocuidados								
d230 Realizar a rotina diária								
d410 Mudar a posição básica do corpo								
d415 Manter a posição do corpo								
d430 Levantar e transportar objetos								
d450 Andar								
d460 Deslocar-se por diferentes locais								
d470 Utilizar transportes (carro, autocarro, comboio)								
d520 Cuidar de partes do corpo (lavar os dentes, pentear)								
d540 Vestir-se								
d620 Adquirir bens e serviços (fazer compras, etc.)								
d640 Fazer trabalhos domésticos (limpar a casa, etc.)								
d660 Ajudar os outros								
d920 Recreação e lazer								
Competência Gerais								
d220 Realizar múltiplas tarefas								
d360 Utilização de dispositivos e técnicas de comunicação								
d475 Conduzir (bicicleta, moto, automóvel, animais, etc.)								
d510 Lavar-se (lavar as mãos e o corpo, secar-se, etc.)								
d630 Preparar refeições (cozinhar, etc.)								
d825 Formação profissional								
d845 Obter, manter e sair do emprego								
d850 Emprego remunerado								
Competência Específicas								
d166 Ler								
d175 Resolver problemas								
d330 Falar								
d345 Escrever Mensagens								
d530 Cuidados relacionados com o processo de excreção								
d550 Comer +d560 Beber - alimentar-se								
d570 Cuidar da saúde								
d860 Transações económicas básicas								
Sociabilidade								
d240 Lidar com o stress e outras exigências psicológicas								
d350 Conversação								
d710 Interações interpessoais básicas								
d760 Relações familiares								
d770 Relacionamento íntimos								
d910 Vida em comunidade								
Manipulação e Minuto								
d440 Motricidade fina								
d445 Utilização da mão e do braço								
d465 Deslocar-se utilizando equipamentos								
TOTAL								

208014612

Gabinete do Secretário de Estado da Saúde

Despacho n.º 10219/2014

O Decreto-Lei n.º 139/2013, de 9 de outubro, veio estabelecer o novo regime jurídico das convenções que tenham por objeto a realização de prestações de cuidados de saúde aos utentes do Serviço Nacional de Saúde (SNS), no âmbito da rede nacional de prestação de cuidados de saúde, nos termos previstos na Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, alterada pela Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro — Lei de Bases da Saúde.

O referido normativo veio definir um novo modelo de convenções mais consonante com a atual realidade de prestação de cuidados de saúde que permita, com respeito pelos princípios da complementaridade, da liberdade de escolha, da transparência, da igualdade e da concorrência, assegurar a realização de prestações de serviços de saúde aos utentes do SNS, no âmbito da rede nacional de prestação de cuidados de saúde.

A implementação efetiva do disposto no referido diploma legal tem vindo a ser conduzida através de uma equipa multidisciplinar e que envolve as entidades do Ministério da Saúde diretamente relacionadas com a sua implementação. Adicionalmente, foi efetuado um esforço de auscultação das principais entidades privadas e profissionais relacionadas com a sua implementação, por forma a que a celebração das novas convenções corresponda às efetivas necessidades dos utentes e das especificidades sentidas pelas entidades públicas, privadas e sociais diretamente relacionadas com esta matéria.

Atenta a complexidade, o grau de inovação e a necessidade de auscultação dos intervenientes em cada uma das áreas abrangidas por convenções, foi considerado prudente a implementação gradual e faseada do novo regime às diferentes áreas abrangidas por convenções, com o objetivo de ser efetuado em, primeiro lugar, um projeto-piloto em uma das áreas e, após avaliação do processo de celebração desta convenção, proceder à implementação do novo regime nas restantes áreas. Nesta primeira fase, a endoscopia gastroenterológica será a primeira área a beneficiar do novo regime das convenções.

De forma a assegurar a continuidade da prestação de cuidados de saúde enquanto decorrem os procedimentos relativos à implementação do novo regime das convenções, e com base na proposta da Administração

Central do Sistema de Saúde, I.P. entende-se necessário dilatar o prazo de prorrogação dos contratos.

Sendo que alguns dos contratos existentes celebrados com as Instituições Particulares de Solidariedade Social, designados como acordos de cooperação celebrados, ao abrigo da portaria da Ministra da Saúde, de 7 de julho de 1998, publicada no Diário da República, 2.ª série, n.º 172, de 27 de julho de 1998, para a realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica, são análogos, tanto nos termos e condições de prestação do serviço de saúde como no seu pagamento e faturação ao modelo de contrato no regime convencionado, entende-se que por analogia se aplica a estes contratos o regime previsto no n.º 4 do artigo 6.º Decreto-Lei n.º 139/2013, de 9 de outubro.

Assim e ao abrigo do n.º 4 do artigo 16.º, do Decreto-Lei n.º 139/2013, de 9 de outubro, determino o seguinte:

1 — É prorrogado até 31 de outubro de 2015 o prazo de vigência dos contratos a que se refere o n.º 3 do artigo 16.º do Decreto-Lei n.º 139/2013, de 9 de outubro.

2 — O regime previsto no número anterior aplica-se aos contratos análogos celebrados com as Instituições Particulares de Solidariedade Social, designados como acordos de cooperação celebrados, ao abrigo da portaria da Ministra da Saúde, de 7 de julho de 1998, publicada no Diário da República, 2.ª série, n.º 172, de 27 de julho de 1998, para a realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica e cujo âmbito e objeto não se integra no disposto nas alíneas a) e b) do n.º 1 do art.º 2.º do Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro.

3 — O disposto nos números anteriores não prejudica a aplicação do regime previsto nos n.ºs 5 e 6 do artigo 16.º do Decreto-Lei n.º 139/2013, de 9 de outubro.

29 de julho de 2014. — O Secretário de Estado da Saúde, *Manuel Ferreira Teixeira*.

208002981

Despacho n.º 10220/2014

A necessidade de otimizar a gestão dos recursos financeiros, num contexto de consolidação orçamental, e a necessidade de prevenir a acumulação de novos pagamentos em atraso obriga a que seja efetuado um planeamento integrado dos investimentos do SNS, mas que, em simultâneo, seja reforçada a autonomia e responsabilização dos órgãos de gestão que cumprem critérios de equilíbrio económico-financeiro.

Assim, o orçamento de investimentos das instituições do SNS deve ser devidamente enquadrado no âmbito do planeamento estratégico e operacional, de acordo com o despacho n.º 2508/2012 de 10 de dezembro, sendo esses investimentos sujeitos à avaliação prévia de custo benefício.

Assim, determino:

1. Os investimentos que, isolados ou conjuntamente com outros que aparentem estar relacionados entre si, tenham valor inferior a €1.000.000 podem ser autorizados pelo conselho de administração das entidades do SNS, quando as entidades não tenham acumulado pagamentos em atraso no ano anterior ao da realização do investimento.

2. O valor referido no número anterior é reduzido para €100.000, quando as entidades acumularam pagamentos em atraso no ano anterior ao da realização do investimento.

3. Todos os restantes investimentos que não preencham as condições referidas nos n.ºs 1 e 2 do presente despacho têm que ser previamente submetidos à autorização da tutela.

4. A capacidade de autorização conferida nos números 1 e 2 é condicionada ao cumprimento do previsto na alínea d) do n.º 2 do artigo 6.º-A do Decreto-Lei n.º 233/2005 de 29 de dezembro, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 244/2012 de 9 de novembro.

5. Os investimentos a realizar pelas entidades do SNS não podem em nenhum momento da sua implementação conduzir a um aumento dos pagamentos em atraso, sendo aplicável o previsto no artigo 11.º da Lei n.º 8/2012 de 21 de fevereiro.

6. O pedido de autorização a que se refere o n.º 3 do presente despacho é submetido à Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS) através do formulário anexo ao presente despacho, devidamente preenchido e acompanhado de memória justificativa da decisão de investimento com a avaliação das alternativas que satisfaçam as necessidades de investimento identificadas, através da quantificação e qualificação dos respetivos custos e benefícios.

7. No caso das entidades públicas empresariais e dos hospitais do setor público administrativo, o formulário é acompanhado do parecer prévio da Administração Regional de Saúde (ARS), o qual deve ser emitido no prazo máximo de 15 dias a contar da data de entrada do pedido da entidade.

8. O parecer da ARS contém uma análise crítica da informação fornecida pela entidade e avalia o investimento no contexto da oferta/procura de cuidados de saúde na região e na rede hospitalar.