

**VICE-PRESIDÊNCIA DO GOVERNO REGIONAL E
SECRETARIAS REGIONAIS DA SAÚDE E DA
INCLUSÃO E ASSUNTOS SOCIAIS**

Portaria n.º 234/2018

de 20 de julho

O Decreto Legislativo Regional n.º 9/2007/M, de 15 de março, procedeu à criação da rede de cuidados continuados integrados da Região Autónoma da Madeira (REDE), como um conjunto de respostas, que visam promover a autonomia dos seus utentes através da prestação integrada de cuidados de saúde e ou de apoio social, e contribuir para a melhoria do acesso, das pessoas com perda de funcionalidades, a cuidados técnica e humanamente adequados.

Por sua vez o Decreto Legislativo Regional n.º 30/2012/M, de 8 de novembro, introduziu alterações ao regime jurídico aplicável à constituição, organização e funcionamento da REDE, previsto no Decreto Legislativo Regional n.º 9/2007/M, de 15 de março, e procedeu à adaptação à Região Autónoma da Madeira do regime jurídico da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), aprovado pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho.

De harmonia com o citado enquadramento legal, a REDE é constituída por unidades e equipas de cuidados continuados de saúde e ou apoio social, e de cuidados e ações paliativas com origem nos serviços comunitários de proximidade, abrangendo os hospitais, os centros de saúde, os serviços de segurança social, e o seu funcionamento assenta numa ótica de interligação com a rede dos serviços integrados no Serviço Regional de Saúde e a rede de serviços e equipamentos sociais da segurança social, através da articulação de diferentes linhas e modalidades de intervenção nas áreas da saúde e da segurança social.

Por outro lado, o mesmo regime jurídico determina que o financiamento dos serviços a prestar pelas unidades e equipas da REDE deverá depender das condições de funcionamento das respostas, e obedecer ao princípio da diversificação das fontes de financiamento e da adequação seletiva, mediante modelo de financiamento próprio.

Encontra-se ainda consubstanciado no artigo 5.º do Decreto Legislativo Regional n.º 30/2012/M, de 8 de novembro, que o financiamento por parte da segurança social, no âmbito da REDE, tem aplicação progressiva, assim como se prevê no n.º 2 do seu artigo 6.º, a necessidade de implementação de uma nova estrutura da REDE, devendo para tanto o Governo Regional da Madeira, adotar as medidas regulamentares tidas por necessárias para efeito.

Neste contexto, e no sentido de dar concretização à implementação daqueles objetivos, e permitir o desenvolvimento contínuo e sustentado da REDE, a presente portaria define a sua composição e estrutura, as condições de instalação e funcionamento a que devem obedecer as unidades de internamento e de ambulatório, os procedimentos para adesão à REDE pelas instituições do setor social e solidário e demais entidades do setor privado, tendo por referência os requisitos ou condições fixadas a nível nacional, através da Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro, com as alterações introduzidas pelas Portarias n.ºs 289-A/2015, de 17 de setembro, e 50/2017, de 2 de fevereiro, assim como fixa os preços dos cuidados de saúde e de apoio social em harmonia com o instituído pela Portaria n.º 1087-A/2007, de 5 de setembro, na sua redação atual.

Acresce que a regulamentação objeto da presente portaria não só se torna indispensável e necessária para o bom e regular funcionamento da REDE, assim como reveste cará-

ter de urgência na medida que contribuirá para a prossecução adequada das correspondentes respostas e contribuirá para minimizar os problemas decorrentes das altas clínicas problemáticas com que atualmente se debate o Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, E.P.E..

Assim, ao abrigo do disposto na alínea d) do artigo 69.º do Estatuto Político Administrativo da Região Autónoma da Madeira, aprovado pela Lei n.º 13/91, de 5 de junho, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 130/99, de 21 de agosto, e pela Lei n.º 12/2000, de 21 de junho, conjugado com o disposto no artigo 3.º do Decreto Legislativo Regional n.º 30/2012/M, de 8 de novembro, no artigo 21.º do Estatuto do Sistema Regional de Saúde, aprovado pelo Decreto Legislativo Regional n.º 4/2003/M, de 7 de abril, alterado pelo Decreto Legislativo Regional n.º 23/2008/M, de 23 de junho, na alínea g) do artigo 5.º, e no artigo 18.º do Estatuto do Sistema de Ação Social da Área de Segurança Social na Região Autónoma da Madeira, aprovado pelo Decreto Legislativo Regional n.º 9/2006/M, de 18 de abril, manda o Governo Regional da Madeira, pela Vice-Presidência do Governo Regional e pelas Secretarias Regionais da Saúde e da Inclusão e Assuntos Sociais, o seguinte:

**CAPÍTULO I
Disposições Gerais**

**Artigo 1.º
Objeto e âmbito de aplicação**

1. A presente portaria define a estrutura e composição da Rede de Cuidados Continuados Integrados da Região Autónoma da Madeira, adiante designada abreviadamente por REDE, e estabelece as condições de instalação e funcionamento a que devem obedecer as unidades e equipas que a integram, bem como os vários níveis de coordenação.
2. A presente portaria define ainda o seu modelo de financiamento e fixa os preços dos cuidados prestados naquelas unidades.
3. São ainda regulados os procedimentos relativos às adesões dos serviços e estabelecimentos integrados no Sistema Regional de Saúde (SRS) e das instituições do sector social e do setor privado que adiram à REDE após a entrada em vigor da presente portaria.
4. A presente portaria aplica-se às entidades integradas na REDE.

**Artigo 2.º
Composição da rede**

1. A REDE é constituída por unidades e equipas de cuidados continuados de saúde, e ou apoio social, com origem nos serviços comunitários de proximidade, abrangendo as unidades hospitalares, os centros de saúde, os serviços da segurança social, e outras entidades locais.
2. Podem, ainda, integrar a REDE as instituições particulares de solidariedade social, misericórdias, pessoas coletivas de utilidade pública, e entidades privadas que prestem serviços de cuidados continuados de saúde e de apoio social, de harmonia com as regras legais aplicáveis.

3. As entidades públicas ou privadas referidas nos números anteriores, que sejam responsáveis pela gestão e o funcionamento das unidades e equipas prestadoras de cuidados previstas no artigo 8.º da presente portaria, são designadas por entidade gestora ou promotora.

CAPÍTULO II

Modelo, estrutura, coordenação e gestão da REDE

Artigo 3.º

Modelo de intervenção

1. A REDE baseia-se num modelo de intervenção articulada e integrada dos setores da saúde e da segurança social, visa a prestação de cuidados de saúde e de apoio social, e assenta num plano individual de intervenção, centrado na melhoria das condições de vida e bem-estar das pessoas em situação de dependência ou na sua recuperação global, onde os cuidados são entendidos como um processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, garantindo-se a flexibilidade e sequencialidade na articulação nas unidades e equipas de cuidados continuados integrados da REDE.
2. O plano individual de intervenção deverá integrar o diagnóstico das situações do utente, a natureza e periodicidade das intervenções multidisciplinares a desenvolver, de acordo com os objetivos estabelecidos para o utente, especificando as necessidades de intervenção e encaminhando aquele para a adequada unidade de cuidados integrados da REDE.

Artigo 4.º

Estrutura da REDE

1. A REDE organiza-se em dois níveis de coordenação, regional e local, nos termos previstos nos artigos 5.º a 7.º da presente portaria.
2. A estrutura operacional da REDE é constituída pelas unidades e equipas de cuidados continuados integrados, definidas no artigo 8.º da presente portaria.

Artigo 5.º

Coordenação e gestão da REDE

1. A coordenação e gestão regional da REDE é assegurada pela Equipa de Coordenação Regional, adiante denominada abreviadamente por ECR, de constituição multidisciplinar, a designar por um período de três anos, renovável por iguais períodos, por despacho dos membros do Governo Regional competentes em matéria de saúde e segurança social, sendo constituída por:
 - a) Um representante do Instituto de Administração da Saúde, IP-RAM (IASAÚDE, IP-RAM);
 - b) Um representante do Instituto de Segurança Social da Madeira, IP-RAM (ISSM, IP-RAM);
 - c) Um profissional dos serviços de saúde ou da segurança social, de reconhecido mérito na área de gerontologia.
2. A coordenação e gestão local da REDE é assegurada por Equipas de Coordenação Local, adiante de-

signadas abreviadamente por ECL, de preferência de âmbito concelhio ou através da agregação de concelhos por áreas geográficas, de acordo com as necessidades e volume de processos, as quais devem integrar, no mínimo, da área da saúde, um médico e um enfermeiro, e da área social um assistente social, podendo ainda integrar outros profissionais sempre que o volume e a complexidade da atividade o justifiquem.

3. Os elementos que constituem as ECL são designados, mediante parecer da ECR e consoante as áreas de intervenção, pelo Presidente do Conselho Diretivo do IASAÚDE, IP-RAM, e pelo Presidente do Conselho Diretivo do ISSM, IP-RAM, por um período de três anos, renovável por iguais períodos.

Artigo 6.º

Competências e modo de funcionamento da Equipa de Coordenação Regional

1. Incumbe à ECR a coordenação a nível regional da REDE, assegurando o seu planeamento, a gestão, o controlo, e a sua avaliação, competindo-lhe, designadamente:
 - a) Assegurar o funcionamento adequado da REDE, promovendo para o efeito a articulação necessária das ECL;
 - b) Recolher e avaliar de forma permanente toda a informação relativa à oferta e procura das respostas integradas na REDE, nomeadamente no que se refere a admissões, demoras médias e altas em cada nível da mesma;
 - c) Consolidar as propostas de respostas necessárias e os planos de ação anuais para o desenvolvimento da REDE, a sua adequação periódica às necessidades e submetê-los à aprovação dos membros do Governo Regional competentes em matéria de saúde e de segurança social;
 - d) Orientar e verificar a consolidação dos planos orçamentados de ação anuais e respetivos relatórios de execução;
 - e) Propor aos membros do Governo Regional competentes em matéria de saúde e da segurança social a adoção das medidas normativas necessárias à prossecução dos objetivos da REDE;
 - f) Promover a celebração de acordos ou protocolos com entidades públicas ou privadas, com ou sem fins lucrativos, ao abrigo da legislação em vigor, para implementação e funcionamento das unidades e equipas que se propõem integrar a REDE;
 - g) Incentivar e promover a formação específica e permanente dos diversos profissionais envolvidos na prestação dos cuidados continuados integrados, bem como a formação de cuidados informais;
 - h) Propor a exclusão da REDE, aos membros do Governo Regional competentes em matéria de saúde e da segurança social, das entidades públicas ou privadas que não cumpram os requisitos previstos no presente diploma, na demais legislação aplicável ou nos acordos, ou protocolos celebrados com as mesmas;
 - i) Promover a avaliação da qualidade do funcionamento, dos processos e dos resultados das

- unidades e equipas da REDE, e propor as medidas corretivas consideradas convenientes para o bom funcionamento das mesmas;
- j) Gerir o sistema de informação que suporta a gestão da REDE;
 - k) Promover a divulgação da informação adequada à população sobre a natureza, número e localização das unidades e equipas da REDE.
2. O modo de funcionamento da ECR consta de regulamento interno, o qual é aprovado pelos membros do Governo Regional competentes em matéria de saúde e segurança social.

Artigo 7.º

Competências das Equipas de Coordenação Local

1. As ECL articulam-se com a ECR, e asseguram a nível local a gestão, o acompanhamento, e a avaliação da REDE, bem como a articulação e coordenação dos respetivos recursos e atividades, competindo-lhes, nomeadamente, o seguinte:
 - a) Promover a admissão e encaminhamento no âmbito da REDE, mediante a avaliação da situação de cada utente, em função das necessidades identificadas no plano individual de intervenção;
 - b) Elaborar, supervisionar e orientar o plano individual de intervenção para cada utente, em articulação com as equipas prestadoras;
 - c) Designar, de entre os elementos da equipa, um gestor de caso, que será o elemento de referência do utente admitido;
 - d) Organizar um processo individual de cuidados continuados, que corresponde ao conjunto de informação respeitante a cada utente em situação de dependência;
 - e) Proceder à alta do utente da unidade, sempre que estejam reunidos os requisitos necessários, e providenciar a admissão do utente noutra unidade de serviço ou a preparação do seu regresso, com mais autonomia, ao domicílio;
 - f) Manter atualizada a informação relativa ao número e características dos utentes, serviços e estabelecimentos existentes no âmbito da respetiva área de atuação;
 - g) Assegurar a divulgação da informação adequada à população sobre a natureza, o número e a localização das respostas existentes na respetiva área de atuação;
 - h) Manter os restantes níveis de coordenação informados sobre o acesso e o movimento na respetiva área de atuação;
 - i) Identificar as necessidades e propor à ECR ações para a cobertura das mesmas;
 - j) Elaborar os planos de ação e respetivos relatórios de execução e submetê-los à ECR;
 - k) Apoiar e acompanhar o cumprimento dos contratos de prestação de serviços relativos à REDE;
 - l) Acompanhar a programação da alta hospitalar, em articulação com a equipa de gestão de altas, identificando a necessidade de cuidados continuados integrados dos utentes, encaminhando-os para o respetivo nível da REDE;
 - m) Manter atualizado o sistema de informação que suporta a gestão da REDE.
 - n) Assegurar a atualização de toda a informação relativa aos respetivos utentes.

2. O modo de funcionamento das ECL consta de regulamento interno, o qual é submetido à apreciação e parecer da ECR, e é aprovado pelas entidades referidas no n.º 3 do artigo 5.º da presente portaria.

CAPÍTULO III
Tipologia da REDE

Artigo 8.º

Tipo de Serviços

1. A prestação de cuidados continuados integrados é assegurada por:
 - a) Unidades de internamento;
 - b) Unidades de ambulatório;
 - c) Equipas hospitalares;
 - d) Equipas domiciliárias.
2. Constituem unidades de internamento:
 - a) Unidades de convalescença (UC);
 - b) Unidades de média duração e reabilitação (UMDR);
 - c) Unidades de longa duração e manutenção (ULDM);
3. As unidades de internamento referidas no número anterior prestam cuidados de saúde e de apoio social, na sequência de doença aguda ou da necessidade de prevenção de agravamentos de doença crónica, centrados na reabilitação, readaptação, e manutenção, a pessoas que se encontram em situação de dependência, com vista à sua integração sócio familiar.
4. Constitui unidade de ambulatório, a unidade de dia e de promoção da autonomia (UDPA).
5. São equipas hospitalares as equipas de gestão de altas (EGA).
6. São equipas domiciliárias as equipas de cuidados continuados integrados (ECCI);

SECÇÃO I
Unidades de internamentoArtigo 9.º
Unidade de convalescença

1. A UC é uma unidade de internamento, independente, integrada num hospital, ou noutra instituição, articulada com um hospital, para prestar tratamento e supervisão clínica, continuada e intensiva e para cuidados clínicos de reabilitação, na sequência de internamento hospitalar originado por situação clínica aguda, recorrência ou descompensação de processo crónico.
2. A UC tem por finalidade a estabilização clínica e funcional, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável e que não necessita de cuidados hospitalares de agudos.
3. A UC destina-se a internamentos com previsibilidade até 30 dias consecutivos por cada admissão.
4. A UC pode coexistir simultaneamente com a unidade de média e longa duração e reabilitação.

Artigo 10.º
Serviços da unidade de convalescença

A UC assegura, sob a direção de um médico, designadamente:

- a) Cuidados médicos permanentes;
- b) Cuidados de enfermagem permanentes;
- c) Exames complementares de diagnóstico, laboratoriais, e radiológicos próprios ou contratados;
- d) Prescrição e administração de fármacos;
- e) Cuidados de fisioterapia e reabilitação;
- f) Apoio psicossocial;
- g) Higiene, conforto e alimentação;
- h) Convívio e lazer.

Artigo 11.º
Unidade de média duração e reabilitação

1. A UMDR é uma unidade de internamento, de carácter temporário, com espaço físico próprio, articulada com o hospital de agudos para a prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e de apoio psicossocial, por situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo patológico crónico, a pessoas com perda transitória de autonomia preferencialmente recuperável.
2. A UMDR tem por finalidade a estabilização clínica, a avaliação, e a reabilitação integral da pessoa que se encontre na situação prevista no número anterior.
3. O período de internamento na UMDR tem uma previsibilidade superior a 30 dias e inferior 90 dias consecutivos por cada admissão.
4. A UMDR pode coexistir com a UC ou com a ULDM.
5. A UMDR pode diferenciar-se na prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e sociais a pessoas com patologias específicas.

Artigo 12.º
Serviços da unidade de média duração e reabilitação

A UMDR é gerida por um técnico da área da saúde ou da área psicossocial e assegura, designadamente:

- a) Cuidados médicos diários;
- b) Cuidados de enfermagem permanentes;
- c) Cuidados de fisioterapia, reabilitação e de terapia ocupacional;
- d) Prescrição e administração de fármacos;
- e) Apoio psicossocial;
- f) Higiene, conforto e alimentação;
- g) Convívio e lazer.

Artigo 13.º
Unidade de longa duração e manutenção

1. A ULDM é uma unidade de internamento, de carácter temporário, com espaço físico próprio, para prestar apoio social e cuidados de saúde de manutenção a pessoas com doenças ou processos crónicos, com diferentes níveis de dependência e que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio.
2. A ULDM tem por finalidade proporcionar cuidados que previnam e retardem o agravamento da si-

tução de dependência, favorecendo o conforto e a qualidade de vida, por um período de internamento superior a 90 dias consecutivos.

3. A ULDM pode proporcionar o internamento, por período inferior ao previsto no número anterior, em situações temporárias, decorrentes de dificuldades de apoio familiar ou necessidade de descanso do principal cuidador, até 90 dias por ano.

Artigo 14.º
Serviços da unidade de longa duração e manutenção

A ULDM é gerida por um técnico da área de saúde ou da área psicossocial e assegura, designadamente:

- a) Atividades de manutenção e de estimulação;
- b) Cuidados de enfermagem diários;
- c) Cuidados médicos;
- d) Prescrição e administração de fármacos;
- e) Apoio fisiátrico periódico;
- f) Cuidados de fisioterapia, reabilitação e de terapia ocupacional;
- g) Animação sociocultural;
- h) Higiene, conforto e alimentação;
- i) Apoio no desempenho das atividades da vida diária;
- j) Apoio psicossocial.

SECÇÃO II
Unidade de ambulatório

Artigo 15.º
Unidade de dia e de promoção da autonomia

1. A UDPA é uma unidade para a prestação de cuidados integrados de suporte, de promoção de autonomia e apoio social, em regime ambulatório, a pessoas com diferentes níveis de dependência que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio.
2. A UDPA deve articular-se com unidades da REDE, ou com respostas sociais já existentes, em termos a definir.
3. A UDPA funciona 8 horas por dia, no mínimo nos dias úteis.

Artigo 16.º
Serviços da unidade de dia e promoção da autonomia

A UDPA assegura, designadamente:

- a) Cuidados de manutenção e de estimulação;
- b) Cuidados médicos;
- c) Cuidados de reabilitação e de enfermagem;
- d) Controle fisiátrico periódico;
- e) Apoio psicossocial;
- f) Animação sociocultural;
- g) Alimentação;
- h) Higiene pessoal, quando necessária.

SECÇÃO III
Equipas hospitalares

Artigo 17.º
Equipa de gestão de altas

1. A EGA é uma equipa hospitalar multidisciplinar, sediada em hospital integrado no Sistema Regional

- de Saúde, que avalia e confirma a proposta de referência dos utentes para as unidades e equipas da REDE.
2. As equipas referidas no número anterior fazem o planeamento da alta relativamente a todos os doentes que necessitem de cuidados continuados integrados, imediatamente após um internamento hospitalar, bem como a todos os doentes que apresentem um grau de dependência que não lhes permita o regresso ao domicílio em condições de segurança ou aqueles em que seja necessária uma avaliação mais precisa do grau de dependência.
 3. As EGA integram, um médico, um enfermeiro, e um assistente social, podendo integrar outros profissionais, nomeadamente, para apoio administrativo, sempre que se justificar face ao volume e a complexidade das respetivas atividades.
 4. Os profissionais que integram as EGA são designados pelo conselho de administração do hospital e exercem as suas funções preferencialmente em regime de tempo inteiro.
 5. Quando, em função da dimensão da área de intervenção, não for possível ou adequado que todos os profissionais se encontrem a tempo inteiro, devem ser fixados horários ajustados que garantam o normal funcionamento da EGA, os quais devem constar do respetivo regulamento interno.
 6. À EGA devem ser sinalizados, pelo serviço onde se encontram internados, todos os doentes que necessitem de cuidados continuados integrados, para proceder a um planeamento articulado e atempado
 7. Em cada hospital integrado no Sistema Regional de Saúde deve existir uma EGA.

Artigo 18.º

Serviços da equipa de gestão de altas

A EGA assegura, designadamente:

- a) A articulação com as equipas terapêuticas hospitalares para programação de altas hospitalares;
- b) O encaminhamento dos pedidos de admissão para a REDE, através da ECL;
- c) O encaminhamento para outras respostas e serviços da comunidade que se revelem necessários e adequados à problemática de saúde e social dos utentes.

SECÇÃO IV Equipas domiciliárias

Artigo 19.º

Equipa de cuidados continuados integrados

1. A ECCI é uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social, vocacionada para a prestação de serviços domiciliários, com caráter transitório, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação, e apoio social ou outros a pessoas em situação de dependência funcional, ou em processo de convalescença, cuja situação não requer internamento mas que não podem deslocar-se de forma autónoma.

2. A ECCI apoia-se nos recursos locais disponíveis em cada centro de saúde, conjugados com a entidade que presta apoio social.
3. A ECCI organiza-se em equipas móveis e garante a prestação de cuidados multidisciplinares centrados na promoção do autocuidado, envolvendo os utentes e seus familiares, favorecendo a permanência no domicílio, por forma a retardar a progressão da doença, a hospitalização e a perda de autonomia.
4. As equipas de cuidados continuados integrados são constituídas no âmbito das unidades de cuidados na comunidade.

Artigo 20.º

Serviços da equipa comunitária de cuidados continuados integrados

A ECCI assegura, designadamente:

- a) Cuidados domiciliários de enfermagem e médicos de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e ações paliativas, devendo as visitas dos clínicos ser programadas, e regulares e ter por base as necessidades clínicas detetadas pela equipa;
- b) Cuidados de reabilitação e fisioterapia;
- c) Educação para a saúde aos doentes, familiares e cuidadores;
- d) Apoio psicossocial e ocupacional envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados;
- e) Apoio na satisfação das necessidades básicas;
- f) Apoio no desempenho das atividades instrumentais da vida diária.

CAPÍTULO IV

Acesso e ingresso na REDE

Artigo 21.º

Referenciação para unidades e equipas da REDE

1. Sem prejuízo do disposto no artigo 31.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, com a redação que lhe foi dada pelo Decreto-lei n.º 136/2015, de 28 de julho, para as unidades e equipas da REDE podem ser referenciadas as pessoas com limitação funcional, em processo de doença crónica ou na sequência de doença aguda, em fase avançada ou terminal, ao longo do ciclo de vida e com necessidades de cuidados de saúde e de apoio social.
2. São ainda condições gerais de admissão em todas as tipologias da REDE as seguintes situações:
 - a) A alimentação entérica;
 - b) O tratamento de úlceras de pressão e ou feridas;
 - c) A manutenção e tratamento de estomas;
 - d) A terapêutica parentérica;
 - e) As medidas de suporte respiratório, designadamente, a oxigenoterapia ou a ventilação assistida não invasiva;
 - f) Ajuste terapêutico e ou de administração de terapêutica, com supervisão continuada.
3. Para a UC são também critérios de referenciação as situações que, na sequência de episódio de doença aguda, impliquem perda de funcionalidade transitória, e careçam de cuidados de saúde que, pela sua complexidade e duração não possam ser prestados

- no domicílio com previsibilidade de recuperação ou ganhos funcionais atingíveis até 30 dias consecutivos que requeiram:
- a) Cuidados médicos diários e de enfermagem permanentes;
 - b) Reabilitação funcional intensiva;
4. Para a UMDR, para além do disposto no n.º 2 da presente portaria, são critérios de referenciação as situações que na sequência de doença aguda ou re-agudização de doença crónica, impliquem perda de funcionalidade, careçam de continuidade de cuidados de saúde, reabilitação funcional e apoio social e pela sua complexidade ou duração não possam ser assegurados no domicílio com previsibilidade de ganhos funcionais atingíveis até 90 dias consecutivos, que requeiram:
 - a) Cuidados médicos diários, de enfermagem, permanentes;
 - b) Reabilitação funcional;
 5. Para além do disposto no n.º 2, são critérios de referenciação para a ULDM as situações que impliquem a prestação de cuidados de apoio social, continuação de cuidados de saúde e manutenção do estado funcional, que pela sua complexidade ou duração, não possam ser assegurados no domicílio e tenham necessidade de internamento num período superior a 90 dias consecutivos que requeiram:
 - a) Cuidados médicos regulares e cuidados de enfermagem permanentes;
 - b) Reabilitação funcional de manutenção;
 - c) Internamento em situações temporárias por dificuldade de apoio familiar e necessidade de descanso do principal cuidador, até 90 dias por ano, desde que satisfeitas as circunstâncias e critérios de referenciação enunciados no n.ºs 1 e 2 deste artigo.
 6. São critérios de referenciação para UDPA as situações que necessitam de prestação de cuidados de apoio social, saúde, promoção da autonomia ou manutenção do estado funcional de pessoas que podendo permanecer no domicílio não podem aí ver assegurados esses cuidados face à sua complexidade ou duração.
 7. As ECCI destinam-se a pessoas em situação de dependência funcional transitória ou prolongada, que não se podem deslocar de forma autónoma, cujo critério de referenciação assenta na fragilidade, limitação funcional grave condicionada por fatores ambientais, com doença severa, em fase avançada ou terminal, ao longo do ciclo de vida, que reúnam condições no domicílio que permitam a prestação de cuidados continuados integrados que requeiram:
 - a) Frequência de prestação de cuidados de saúde superiores a uma vez por dia, ou, a prestação de cuidados de saúde superior a 1 hora e trinta minutos por dia, no mínimo de três dias por semana;
 - b) Cuidados além do horário normal de funcionamento da equipa de saúde familiar, incluindo fins-de-semana e feriados;
 - c) Complexidade de cuidados que requeira um grau de diferenciação ao nível da reabilitação;
 - d) Necessidades de suporte e capacitação ao cuidador informal.
 8. Consideram-se critérios de não admissão em unidades e equipas da REDE, as pessoas:
 - a) Com episódio de doença em fase aguda;
 - b) Com necessidade exclusiva de apoio social;
 - c) Cujo objetivo de internamento seja o estudo de diagnóstico;
 - d) Cujo regime terapêutico inclua antibióticos de uso exclusivo hospitalar;
 - e) Com necessidades de cuidados paliativos.
- Artigo 22.º
Processo de referenciação
1. Os profissionais de saúde dos hospitais, designadamente, médicos, enfermeiros e assistentes sociais, referenciam as pessoas com critérios clínicos para potencial ingresso na REDE, de acordo com a seguinte informação:
 - a) Diagnóstico principal de acordo com a Classificação Internacional de Doença;
 - b) Registo de comorbilidades;
 - c) Classificação do grau de funcionalidade segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade, e Saúde;
 - d) Avaliação médica, de enfermagem, do serviço social e qualquer outra informação relevante;
 - e) Proposta da tipologia de cuidados da REDE.
 2. A referenciação pode ser realizada desde o início do internamento até quatro dias antes da data prevista da alta.
 3. A EGA receciona a proposta de referenciação e no prazo de dois dias úteis, avalia e confirma toda a informação até ao momento da alta, designadamente:
 - a) Informação da situação clínica e medicação;
 - b) Indicação das necessidades em cuidados;
 - c) Informação do serviço social;
 - d) Informação dos meios complementares de diagnóstico, e terapêutica realizados;
 - e) Anotações sobre o programa de seguimento do utente e de marcações de próximas consultas ou exames complementares com identificação do responsável pelo seguimento quando aplicável.
 4. Sempre que o utente seja proveniente da comunidade, nomeadamente, do domicílio a referenciação é efetuada, com as devidas adaptações, pelos profissionais das unidades de saúde familiar e das unidades de cuidados de saúde personalizados sendo aplicável o procedimento previsto no n.º 1 do presente artigo.
 5. Os profissionais de saúde que prestam cuidados na comunidade sinalizam às unidades de saúde referidas no número anterior, os doentes com potencial de referenciação.
 6. Os profissionais de saúde que integram as unidades de saúde familiar ou das unidades de cuidados de saúde primários enviam à ECL a proposta de referenciação no prazo máximo de cinco dias, após o início da referenciação.
 7. A ECL valida a proposta de referenciação e a tipologia adequada.

8. Na referenciação do utente para unidade ou equipa deve ter-se em conta a proximidade da área do domicílio do utente, relativamente à unidade ou equipa e sempre que possível ter em consideração a sua preferência.

Artigo 23.º

Processo de admissão nas unidades e equipas

1. A admissão de utentes nas unidades e equipas é precedida de proposta de referenciação dos profissionais de saúde dos hospitais e dos cuidados de saúde primários.
2. A ECR determina, no prazo máximo de dois dias úteis, a alocação de vaga do utente em unidade ou equipa da REDE, na medida dos recursos e vagas existentes.
3. A admissão do utente na unidade ou equipa da REDE efetiva-se no prazo de 48 horas.
4. Para efeitos de admissão nas unidades de internamento e equipas domiciliárias da REDE é necessário obter o prévio consentimento informado por parte do utente e ou dos seus familiares, ou do seu representante legal.
5. Para além do documento referido no número anterior, a admissão nas UMDR, ULDM e UDPA, carece ainda da assinatura do termo de aceitação das situações de comparticipação do utente e da tomada de conhecimento da necessidade de celebração de contrato de prestação de serviços com a entidade gestora ou promotora, no momento da admissão, em conformidade com a legislação aplicável.
6. As unidades e equipas prestadoras, após admissão do utente podem, sempre que necessário, solicitar à ECR a sua reavaliação.

CAPÍTULO V

Continuidade de cuidados integrados, prorrogação, mobilidade e alta

Artigo 24.º

Continuidade da prestação de cuidados

1. Para a concretização dos objetivos terapêuticos, a continuidade da prestação de cuidados a cada utente deve ser reavaliada quinzenal ou mensalmente pela unidade, conforme se trate de UC ou de UMDR, e trimestralmente, de ULDM, e mensalmente na UDPA e nas equipas domiciliárias, salvaguardando-se sempre nas diferentes tipologias as eventuais avaliações intercalares que sejam necessárias.
2. Nas situações em que os utentes internados em unidades ou integrados em equipas de cuidados continuados integrados da REDE careçam de cuidados em hospital integrado no Sistema Regional de Saúde, por período superior a 24 horas, pode ocorrer reserva de lugar, por um período de oito dias, contando os dias de reserva para a determinação da taxa de ocupação da unidade.
3. Sem prejuízo do disposto no número anterior, em situações excecionais devidamente comprovadas e

justificadas do ponto de vista clínico, o período de oito dias de reserva de lugar pode ser alargado até ao máximo de doze dias, com autorização da respetiva ECL.

Artigo 25.º

Procedimentos de prorrogação, mobilidade e alta

1. Sempre que esgotados os prazos de internamento ou de integração nas ECCI, fixados no artigo 21.º da presente portaria, e se não atingidos os objetivos terapêuticos, pode haver lugar a pedido de prorrogação do internamento do utente ou pode haver necessidade de mobilidade do utente para outra unidade de internamento ou equipa mais adequada à melhoria ou recuperação da sua situação clínica e social.
2. Para efeitos de prorrogação do internamento nas circunstâncias enunciadas no número anterior, a unidade elabora proposta fundamentada, até 5 dias antes do período máximo previsto, a qual submete a autorização da ECR.
3. A ECL assegura, sob prévia autorização da ECR, sempre que excedidos os períodos de tempo máximo previstos para a unidade da REDE e após reavaliação da situação a continuidade do utente na respetiva unidade.
4. Sempre que considerada a necessidade de mobilidade por transferência do utente, deve a unidade ou equipa elaborar proposta fundamentada à ECL da área de influência da unidade para respetiva validação.
5. A mobilidade por transferência do utente deve ter em consideração o critério de proximidade ao domicílio deste, sendo prioritária em relação aos utentes em lista de espera para admissão na REDE.
6. Para efeitos do disposto no número anterior, e caso não haja coincidência entre o domicílio do utente e a área geográfica da unidade ou equipa, compete a ECL da área da unidade articular-se com a ECR com vista à observância do critério de proximidade.
7. Os utentes internados em unidade, quando agudizam e carecem de cuidados em hospital integrado no Sistema Regional de Saúde, por período temporal superior ao determinado nos n.ºs 2 e 3 do artigo anterior, beneficiam de prioridade na readmissão na REDE.
8. A preparação da alta é da responsabilidade da unidade em colaboração com a ECL, devendo ser iniciada com uma antecedência que permita a continuidade de cuidados.

CAPÍTULO VI

Organização da REDE

Artigo 26.º

Organização

1. As unidades ou equipas da REDE, previstas no artigo 8.º da presente portaria, são criadas por despacho dos membros do Governo Regional competen-

tes em matéria de saúde e segurança social, mediante proposta da ECR, a partir da adaptação ou reconversão das estruturas já existentes, ou a criar, e vocacionadas para dar resposta aos objetivos da REDE.

2. Em função das necessidades e com vista ao aproveitamento integral dos recursos locais, as unidades e equipas da REDE podem ser organizadas e combinadas de forma mista, desde que assegurem os respetivos espaços, equipamentos, e outros recursos específicos de cada resposta, sem prejuízo da eficaz e eficiente prestação contínua e integrada de cuidados.
3. As unidades e equipas da REDE, segundo as características e o volume de necessidades, podem diferenciar-se de acordo com diferentes patologias e organizar-se internamente conforme os graus de dependência das pessoas.

Artigo 27.º

Instrumentos de utilização comum

1. A gestão da REDE assenta num sistema de informação a criar nos termos legais.
2. É obrigatória a existência, em cada unidade ou equipa, de um processo individual de cuidados continuados da pessoa em situação de dependência, nos termos do artigo 36.º da presente portaria.
3. Os instrumentos de utilização comum devem permitir a gestão uniforme dos diferentes níveis de coordenação da REDE.

Artigo 28.º

Funcionamento das unidades

1. As unidades referidas nos artigos 9.º a 16.º da presente portaria dispõem de um regulamento interno de funcionamento que contém, designadamente, os seguintes elementos:
 - a) Direção técnica, direção clínica e mapa de pessoal, no qual seja indicado o número de profissionais por categoria, bem como o correspondente número de horas a afetar à unidade;
 - b) Direitos e deveres dos utentes e seus familiares ou cuidadores informais;
 - c) Serviços e cuidados disponíveis;
 - d) Condições de pagamento do valor/dia dos respetivos encargos, por parte do utente.
 - e) Condições do depósito de bens do utente;
 - f) Condições de admissão, mobilidade, alta e reserva de lugar;
 - g) Horários de funcionamento, nomeadamente, horário das refeições;
 - h) Gestão de reclamações;
 - i) Demais regras de funcionamento.
2. O regulamento interno é elaborado pela entidade promotora ou gestora da unidade, e antes da entrada em funcionamento da unidade, é enviado à ECR para aprovação, a efetuar no prazo de 30 dias úteis, contados da data de receção do mesmo.

Artigo 29.º

Funcionamento das equipas domiciliárias

1. A prestação de cuidados pelas equipas domiciliárias exige uma avaliação multidisciplinar das necessidades do utente e implica a elaboração de um plano individual de intervenção.
2. As condições de funcionamento das equipas domiciliárias constam de carta de compromisso a celebrar entre os centros de saúde e os competentes serviços do ISSM, IP-RAM, sem prejuízo da existência de regulamentos internos respetivos.

Artigo 30.º

Processo individual do utente

1. As unidades e equipas que integram a REDE devem organizar o processo individual de cuidados continuados (PICC) em suporte informático ou em papel, que inclui, designadamente:
 - a) Identificação do utente;
 - b) Data de admissão;
 - c) Identificação e contacto do médico assistente;
 - d) Identificação e contacto do “Gestor de Caso” da unidade ou da equipa da REDE;
 - e) Identificação e contactos dos familiares, cuidadores informais e representante legal quando exista;
 - f) Cópia do Consentimento Informado e do Termo de Aceitação, quando aplicável;
 - g) Contrato de prestação de serviços;
 - h) Plano individual de intervenção;
 - i) Registos relativos à evolução do estado de saúde do utente no âmbito dos respetivos planos individuais de cuidados;
 - j) Nota de alta.
2. O PICC do utente deve ser permanente atualizado, e no que respeita a registo de observações, prescrições, administração de terapêutica, e a prestação de serviços e cuidados, deve ser anotada a data e a hora em que foram realizados, bem como a identificação do seu autor.
3. O PICC é de acesso restrito nos termos da legislação aplicável.
4. As unidades e equipas que integram a REDE asseguram o arquivo do PICC, em conformidade com a legislação vigente.

Artigo 31.º

Acesso à informação

1. As unidades que integram a REDE devem ter disponível e em local bem visível e de fácil acesso a seguinte informação e documentos:
 - a) Licença ou autorização de funcionamento;
 - b) Horário de atendimento;
 - c) Identificação do diretor técnico;
 - d) Identificação do diretor clínico e do enfermeiro coordenador;
 - e) Horário de funcionamento, incluindo o horário das visitas;
 - f) Plano e horário das atividades;

- g) Mapa semanal das ementas;
- h) Referência à existência de regulamento interno e de livro de reclamações.

2. As unidades devem ser identificadas mediante afixação de placa identificativa com logótipo da REDE e respetiva tipologia, em conformidade com as regras definidas pelas entidades competentes.

CAPÍTULO VII Qualidade e avaliação

Artigo 32.º Promoção e garantia da qualidade

Os modelos de promoção e gestão da qualidade são fixados por despacho dos membros do Governo Regional competentes em matéria de saúde e segurança social e assentam em métodos de medição, análise e melhoria contínua, sendo de aplicação obrigatória em cada uma das unidades ou equipas da REDE.

Artigo 33.º Avaliação

As unidades e equipas que integram a REDE estão sujeitas a um processo periódico de avaliação da iniciativa da ECR, nos termos a regulamentar por despacho dos membros do Governo Regional competentes em matéria de saúde e segurança social.

CAPÍTULO VIII Recursos

Artigo 34.º Recursos Humanos

1. A política de recursos humanos para as unidades e equipas da REDE rege-se por padrões de qualidade, consubstanciada através de formação inicial e contínua.
2. A prestação de cuidados nas unidades e equipas da REDE é garantida por equipas multidisciplinares com dotações adequadas à garantia de uma prestação de cuidados seguros e de qualidade.
3. De forma a assegurar níveis adequados de qualidade na prestação dos cuidados, e enquanto não forem estabelecidos rácios padrão adequados à complexidade de cuidados, as unidades e equipas da REDE poderão seguir, consoante as suas dimensões, as recomendações mencionadas no Anexo IV da Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro, com as alterações introduzidas pelas Portarias n.ºs 289-A/2015, de 17 de setembro, e 50/2017, de 2 de fevereiro, sem prejuízo das especificidades que venham a ser aprovadas pelas entidades regionais competentes.
4. As unidades e equipas da REDE podem, ainda, contar com a colaboração de voluntários devidamente selecionados, formados e enquadrados como prestadores de cuidados informais.

CAPÍTULO IX

Instalações, licenciamento, fiscalização e funcionamento das unidades da REDE

Artigo 35.º

Licenciamento, fiscalização e funcionamento

1. As instalações das unidades da REDE devem estar em conformidade com a legislação comunitária, nacional e regional vigente.
2. O regime jurídico do licenciamento e fiscalização das unidades que integram a REDE é estabelecido em diploma próprio.
3. A definição e caracterização dos espaços necessários ao desenvolvimento das atividades das unidades da REDE, assim como as condições de funcionamento são as fixadas pela Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro, assim como as instalações devem estar dotadas com os requisitos técnicos definidos nos Anexos I, II, e III daquela portaria, com as alterações introduzidas pela Portaria n.º 50/2017, de 2 de fevereiro, sem prejuízo das especificidades que venham a ser aprovadas pelas entidades regionais competentes.
4. Para efeitos do disposto nos números anteriores mantêm-se válidas as licenças das unidades emitidas ao abrigo da legislação vigente antes da entrada em vigor da presente portaria.

CAPÍTULO X Adesão à REDE

Artigo 36.º Pedido de Adesão

1. O pedido de adesão, por parte das entidades promotoras e gestoras referidas no n.º 2 do artigo 2.º da presente portaria, que ainda não integrem a REDE, formaliza-se mediante o preenchimento de formulário a aprovar por despacho dos membros do Governo Regional competentes em matéria de saúde e segurança social, e que será disponibilizado no sítio da Internet do ISSM, IP-RAM e do IA-SAÚDE IP-RAM.
2. O formulário a que se refere o número anterior deve ser devidamente preenchido e assinado por quem tenha competência para o ato, nos termos legais, e entregue na ECR.

Artigo 37.º Processo de Adesão

1. Instruído o pedido de adesão, a ECR aprecia e emite parecer sobre a admissão da candidatura, no prazo de trinta dias úteis contados da data de receção do pedido, tendo em conta o seguinte:
 - a) Cobertura territorial de acordo com os rácios definidos, pelos organismos competentes, para cada uma das tipologias da REDE;
 - b) Adequabilidade da intervenção proposta face ao disposto no presente diploma.

2. Para efeitos do disposto no número anterior, a ECR deve obrigatoriamente promover a participação dos competentes serviços do ISSM IP-RAM, e do IASAÚDE, IP-RAM, nas decisões a tomar.
3. Na sequência da emissão de parecer favorável, deve a entidade promotora ou gestora proceder à entrega dos seguintes documentos:
 - a) Planta de localização;
 - b) Planta de implantação do/s edifício/s;
 - c) Planta de todos os pisos onde se localiza a unidade, incluindo os espaços partilhados, com indicação dos equipamentos;
 - d) Estudo prévio de arquitetura e das especialidades de engenharia com escala tecnicamente adequada, nos termos da legislação em vigor.

Artigo 38.º
Instrução do processo

Na sequência da emissão do parecer favorável referido no artigo anterior, a entidade promotora procede à entrega dos documentos instrutórios junto do IASAÚDE, IP-RAM e do ISSM, IP-RAM, consoante a tipologia das unidades e em conformidade com a legislação em vigor.

Artigo 39.º
Decisão

A decisão sobre a adesão à REDE compete aos membros do Governo Regional competentes em matéria de saúde e segurança social, sob proposta da ECR e fundamentada nos pareceres favoráveis do ISSM IP-RAM, e do IASAÚDE, IP-RAM.

Artigo 40.º
Celebração de contrato

1. A adesão formaliza-se com a celebração de contrato, em modelo próprio a aprovar pelos membros do Governo Regional competentes em matéria de saúde e segurança social, entre a entidade gestora ou promotora e o IASAÚDE, IP-RAM, salvo o disposto no número seguinte.
2. Quando se trate de unidades de internamento de média duração e reabilitação, longa duração e manutenção e de ambulatório, o contrato referido no número anterior é celebrado entre a entidade gestora ou promotora, o IASAÚDE, IP-RAM e o ISSM, IP-RAM.

CAPÍTULO XI
Financiamento da REDE

Artigo 41.º
Financiamento

O financiamento da REDE depende das condições de funcionamento das respetivas respostas e obedece ao princípio da diversificação das fontes de financiamento e da adequação seletiva, mediante modelo de financiamento próprio nos termos previstos nos artigos seguintes da presente portaria.

Artigo 42.º
Modelo de Financiamento

1. Os encargos decorrentes do funcionamento das respostas da REDE são repartidos pelos setores da

saúde e da segurança social em função da tipologia dos cuidados prestados, nos seguintes termos:

- a) As unidades de convalescença são integralmente da responsabilidade do IASAÚDE, IP-RAM;
 - b) As unidades, de média duração e reabilitação, de longa duração e manutenção, de dia e promoção da autonomia, e as equipas prestadoras de cuidados continuados integrados, são da responsabilidade dos dois setores em função da natureza dos cuidados prestados.
2. O financiamento de cada tipo de serviços é específico, com preços adequados, para assegurar a sustentabilidade e a prestação de cuidados com qualidade.
 3. O financiamento das diferentes unidades e serviços da REDE deve ser diferenciado através de um centro de custo próprio para cada tipo de serviço.
 4. Os encargos com a prestação de cuidados continuados de saúde são da responsabilidade do IASAÚDE, IP-RAM e os encargos com a prestação de cuidados de apoio social são da responsabilidade do ISSM, IP-RAM.
 5. A utilização das unidades de internamento, de média duração e reabilitação, de longa duração e manutenção, da REDE, é participada pela pessoa na situação de dependência em função do seu rendimento nos termos dos artigos 47.º e 48.º da presente portaria.
 6. A utilização das unidades de dia e promoção de autonomia e equipas de cuidados continuados integrados da REDE poderá ser participada pela pessoa na situação de dependência, nos termos a regulamentar por portaria conjunta dos membros do Governo Regional competentes em matéria de saúde, segurança social e finanças.

Artigo 43.º
Preços dos cuidados de saúde e de apoio social

1. Os preços para a prestação dos cuidados de saúde e de apoio social nas unidades de internamento e de ambulatório no âmbito da REDE são fixados, sem prejuízo do disposto no n.º 4 do presente artigo, na tabela de preços prevista no anexo à presente portaria que dela faz parte integrante.
2. Os preços são fixados por dia e por utente, e compreendem todos os cuidados e serviços contratualizados, com exceção dos encargos referidos no n.º 4.
3. Os encargos decorrentes da prestação de cuidados de saúde são da responsabilidade do IASAÚDE, IP-RAM, e os encargos decorrentes da prestação dos cuidados de apoio social são da responsabilidade do utente, havendo o direito à comparticipação da segurança social, nos termos do artigo 45.º da presente portaria.
4. 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 é co-

brado diretamente aos respetivos responsáveis, nos termos da tabela de preços referida no n.º 1 do presente artigo.

5. Para efeitos do disposto no número anterior, os subsistemas de saúde devem acordar com as entidades prestadoras integradas na REDE, nomeadamente com as instituições do setor privado e do setor social, os procedimentos a observar no âmbito da identificação dos beneficiários e da elaboração, processamento e pagamento da faturação.

Artigo 44.º Encargos com fraldas

1. Os encargos decorrentes da utilização de fraldas nas ULDM integradas na REDE são objeto de comparticipação do ISSM, IP-RAM, fixado por dia efetivo de internamento e por utente, nos termos da tabela que constitui o anexo à presente portaria que dela faz parte integrante.
2. Ao utente não pode ser exigido pela ULDM qualquer quantia pelos encargos decorrentes da utilização de fraldas.

Artigo 45.º Comparticipação da segurança social

1. A comparticipação da segurança social tem lugar sempre que o valor a pagar pelo utente, determinado nos termos do artigo 48.º da presente portaria, não assegure a totalidade dos encargos com a prestação dos cuidados de apoio social nas unidades de média duração e reabilitação e unidades de longa duração e manutenção, fixados na tabela de preços, referida no artigo 43.º da presente portaria.
2. O valor da comparticipação da segurança social corresponde ao diferencial entre os encargos com a prestação dos cuidados de apoio social e o valor a pagar pelo utente, nos termos referidos no número anterior.
3. A comparticipação da segurança social devida ao utente é transferida diretamente para entidade gestora ou promotora da respetiva unidade, pelos serviços competentes do ISSM, IP-RAM.

Artigo 46.º Rendimentos a considerar

1. Os rendimentos a considerar na determinação do valor a pagar pelo utente, para efeitos do disposto no artigo 45.º da presente portaria, são os seguintes:
 - a) Rendimentos do trabalho dependente;
 - b) Rendimentos empresariais e profissionais;
 - c) Rendimentos de capitais;
 - d) Rendimentos prediais;
 - e) Incrementos patrimoniais;
 - f) Pensões;
 - g) Subsídio mensal vitalício;
 - h) Prestações sociais substitutivas dos rendimentos do trabalho, designadamente, subsídios de desemprego, doença, maternidade e paternidade;

- i) Outras prestações sociais atribuídas, complementarmente, a pessoas idosas ou em situação de dependência, nomeadamente:
 - i. Complemento solidário para idosos;
 - ii. Complemento por cônjuge a cargo;
 - iii. Complemento por dependência;
 - iv. Complemento extraordinário de solidariedade.

2. Para efeitos do disposto no número anterior, consideram-se os rendimentos anuais do agregado familiar do utente.
3. O agregado familiar do utente, para efeitos da presente portaria, corresponde ao agregado fiscal definido no artigo 13.º do Código do Imposto sobre o Rendimento de Pessoas Singulares (CIRS) à data da instrução do processo para a sua admissão numa das unidades de internamento da REDE.

Artigo 47.º Apuramento dos rendimentos

1. O apuramento dos rendimentos do utente, a que reportam as alíneas a) a f) do artigo anterior, é efetuado através da última nota de liquidação do imposto sobre o rendimento das pessoas singulares (IRS) disponível nos termos do CIRS.
2. Os rendimentos resultantes das prestações referidas nas alíneas g), h) e i) do artigo anterior processadas pelas instituições de segurança social são apurados oficiosamente.
3. Nos casos em que não exista nota de liquidação do imposto sobre o rendimento das pessoas singulares, o apuramento dos rendimentos referidos no n.º 1 do presente artigo é efetuado através de:
 - a) Documentos comprovativos dos rendimentos, a que se referem as alíneas a) a e) do n.º 1 do artigo anterior, auferidos nos últimos três meses;
 - b) Documentos comprovativos dos rendimentos, a que se refere a alínea f) do n.º 1 do artigo anterior, respeitantes ao último ano civil, emitidos pela entidade processadora das pensões ou apurados oficiosamente quando a respetiva entidade for uma instituição de segurança social.
4. Para efeitos de apuramento do rendimento anual do utente deverá considerar-se o seguinte:
 - a) Os rendimentos reportados ao ano civil anterior à data de instrução do processo, desde que os meios de prova se encontrem disponíveis e, quando tal não se verificar, reportados ao ano imediatamente anterior àquele, sem prejuízo do disposto na alínea seguinte;
 - b) Os rendimentos apurados nos termos da alínea a) do número anterior são anualizados.
5. Os rendimentos previstos no artigo 46.º são atualizados ao ano civil anterior ao da instrução do processo, sempre que tal se demonstre necessário, sendo esta atualização realizada mediante aplicação de um coeficiente resultante da variação média do índice de preços no consumidor, correspondente aos últimos 12 meses para os quais existam valores

disponíveis à data de 30 de novembro do ano a que se reporta a atualização.

6. Sempre que se verifique uma degradação dos rendimentos do agregado familiar superior a 25%, o utente pode requerer, mediante pedido devidamente fundamentado, que lhe sejam considerados os rendimentos dos últimos três meses para efeitos do apuramento dos rendimentos, aplicando-se o disposto na alínea b) do n.º 4 do presente artigo.

Artigo 48.º

Determinação do valor a pagar pelo utente nas unidades

1. Na unidade de média duração e reabilitação o valor a pagar pelo utente é determinado pela aplicação da percentagem de 60% sobre a parte remanescente do seu rendimento *per capita* (RC) que ultrapasse 150% do valor fixado do indexante de apoios sociais (IAS).
2. Na unidade de longa duração e manutenção, o valor a pagar pelo utente corresponde a 85% do seu rendimento *per capita*.
3. O valor a pagar pelo utente, determinado nos termos dos números anteriores, não pode ultrapassar, em qualquer circunstância, os valores fixados na tabela de preços, referida no n.º 1 do artigo 43.º da presente portaria.
4. O valor a pagar pelo utente pode ser inferior ao valor apurado (VA) nos termos dos números 1 e 2, quando: $RC - VA < € 50$.
5. Na situação prevista no número anterior, o valor a pagar pelo utente corresponde a: $RC - € 50$.
6. O valor determinado nos termos dos números anteriores, corresponde ao montante a pagar pelos cuidados prestados durante um mês completo de calendário.
7. No caso de entradas e saídas não coincidentes, respetivamente, com o início e o fim de cada mês, o valor a pagar será o correspondente ao número de dias de cuidados prestados, multiplicado pelo valor diário a dividir por trinta dias.
8. O valor de comparticipação apurado, nos termos dos números anteriores do presente artigo, é pago pelo utente diretamente à entidade gestora ou promotora da respetiva unidade, nos termos do termo de aceitação e do contrato de prestação de serviços, previstos no n.º 5 do artigo 23.º da presente portaria.
9. A cobrança do valor da comparticipação devida pelo utente é da exclusiva responsabilidade da entidade gestora ou promotora.

Artigo 49.º

Documentos comprovativos a apresentar pelo utente

1. Para efeitos do disposto no artigo 45.º e seguintes o utente deve apresentar os seguintes documentos:

- a) Cópia do documento de identificação de beneficiário da segurança social ou de outros sistemas de proteção social;
- b) Cópia do cartão de identificação fiscal do utente;
- c) Cópia dos documentos comprovativos dos rendimentos, nos termos previstos no presente diploma;
- d) Declaração da composição do agregado familiar com identificação das pessoas que o constituem à data da instrução do processo.

2. Os utentes ficam dispensados da apresentação dos meios de prova dos rendimentos apurados oficialmente pelas instituições de segurança social.

Artigo 50.º

Instrução do processo

1. A instrução do processo do utente, para apuramento dos seus rendimentos, é feita de forma individualizada pelo representante da segurança social na ECL da REDE.
2. Para efeitos do disposto no número anterior, o representante da segurança social, após a referenciação do utente para admissão na unidade, procede, no prazo de quarenta e oito horas, à instrução do processo com base nos documentos referidos no artigo 49.º da presente portaria e determina o valor diário a pagar pelo utente, nos termos dos artigos anteriores e, em consequência, o valor da comparticipação da segurança social, se a ela houver lugar.
3. Concluída a instrução do processo, o utente é informado da unidade para a qual está referenciado, do valor diário que lhe compete pagar pelos cuidados de apoio social e da eventual comparticipação da segurança social, bem como da necessidade de prestar o seu consentimento para a respetiva admissão.
4. O consentimento para admissão na unidade é prestado mediante termo de aceitação do internamento, em modelo a aprovar pelo conselho diretivo do ISSM, IP-RAM, assinado pelo próprio ou por representante, no qual se responsabiliza pelo internamento nas condições constantes do respetivo termo de aceitação.

Artigo 51.º

Revisão do valor a pagar

1. O valor a pagar pelo utente nas unidades é revisto sempre que ocorra a renovação da prova de rendimentos nos termos previstos no artigo seguinte.
2. Quando ocorra uma revisão do valor a pagar pelo utente, é renovado o consentimento previsto no n.º 4 do artigo anterior.

Artigo 52.º

Renovação da prova de rendimentos do utente

1. A renovação da prova de rendimentos ocorre no início de cada ano civil.
3. Para aplicação do disposto no número anterior, o utente é obrigado à renovação anual da prova de

rendimentos até final do ano civil anterior, salvo quando se tratar de rendimentos apurados oficialmente pelo ISSM, IP-RAM.

3. Quando a data de admissão na unidade ocorre no último trimestre do ano civil, o utente fica isento, nesse ano, da renovação prevista no número anterior, procedendo-se, quando necessário, à atualização dos rendimentos nos termos previstos no n.º 5 do artigo 47.º da presente portaria.
4. Sem prejuízo do disposto no n.º 1 do presente artigo, a renovação da prova de rendimentos ocorre sempre que se registre uma alteração da composição do agregado familiar, da qual resulte alteração dos respetivos rendimentos.

Artigo 53.º

Cessaçãõ da comparticipaçãõ da segurança social

A comparticipaçãõ da segurança social cessa quando:

- a) Deixarem de se verificar as condições que deram lugar ao seu pagamento;
- b) Nãõ for renovada a prova de rendimentos nos termos previstos no artigo anterior.

CAPÍTULO XII

Disposições finais e transitórias

Artigo 54.º

Autorizaçãõ de funcionamento das unidades

Até à entrada em vigor do regime jurídicõ de licenciamento para as unidades da REDE, nos termos previstos no n.º 2 do artigo 35.º da presente portaria, a competência para a emissãõ da autorizaçãõ de funcionamento incumbe ao IASAÚDE, IP-RAM, mediante parecer prévio da ECR e do ISSM, IP-RAM.

Artigo 55.º

Adequaçãõ

1. As unidades que, até à data de entrada em vigor da presente portaria, integram a REDE, devem adequar-se às condições referidas no n.º 3 do artigo 35.º da presente portaria, desde que os espaçõs físicos existentes permitam as adaptações necessárias.

2. Apõs as vistorias, as entidades competentes devem elaborar relatõrio final sobre a adequaçãõ das instalações aos requisitos técnicos aplicáveis, bem como identificar as alterações necessárias a realizar, se tal for possível e financeiramente razoável.

Artigo 56.º

Comparticipaçãõ nos encargos da segurança social pelo orçamento da Regiãõ Autõnõma da Madeira

1. Nas situações em que os encargos financeiros devam ser assumidos pelo orçamento do ISSM, IP-RAM, em harmonia com o previsto no artigo 45.º da presente portaria, e que tal nãõ possa ser legalmente exequível por inexistência de dotaçãõ orçamental, os mesmos sãõ suportados pela Secretaria Regional da Inclusãõ e Assuntos Sociais, através das dotações que lhe forem anualmente atribuídas pelo orçamento da Regiãõ Autõnõma da Madeira.
2. Nas situações previstas no número anterior, o contrato de adesãõ a que se refere o artigo 40.º da presente portaria, é formalizado entre a entidade gestora ou promotora e a Secretaria Regional da Inclusãõ e Assuntos Sociais, o ISSM, IP-RAM e o IASAÚDE, IP-RAM.

Artigo 57.º

Vigência

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

Vice-Presidência do Governo Regional, Secretaria Regional da Saúde e Secretaria Regional da Inclusãõ e Assuntos Sociais, no Funchal, aos 17 dias do mês de Julho de 2018.

O VICE-PRESIDENTE DO GOVERNO REGIONAL, Pedro Miguel Amaro de Bettencourt Calado

O SECRETÁRIO REGIONAL DA SAÚDE, Pedro Miguel de Câmara Ramos

A SECRETÁRIA REGIONAL DA INCLUSÃO E ASSUNTOS SOCIAIS, Maria Rita Sabino Martins Gomes de Andrade

Anexo da Portaria n.º 234/2018, de 20 de julho
(a que se refere o n.º 1 do artigo 43.º)

Tabela de Preços da REDE

Tipologia de Unidade	Encargos com cuidados de saúde (utente/ dia)	Encargos com medicamentos, realizaçãõ de exames auxiliares de diagnõstico, apósitos e material de penso para tratamento de úlceras de pressãõ (utente/dia)	Encargos com cuidados de apoio social (utente/dia)	Encargos com utilizaçãõ de fraldas (utente/dia)	Total em euros (utente/dia)
I — Diárias de internamento por utente					
1 – Unidade de convalescência	91,00	15,09			106,09

Tipologia de Unidade	Encargos com cuidados de saúde (utente/ dia)	Encargos com medicamentos, realização de exames auxiliares de diagnóstico, apósitos e material de penso para tratamento de úlceras de pressão (utente/dia)	Encargos com cuidados de apoio social (utente/dia)	Encargos com utilização de fraldas (utente/dia)	Total em euros (utente/dia)
2 – Unidade de média duração e reabilitação	56,08	12,07	19,93		88,08
3 – Unidade de longa duração e manutenção	18,72	10,06	30,52	1,25	60,55
II — Diárias de ambulatório por utente					
Unidade de dia e promoção da autonomia	9,64				9,64