

n.ºs 356/89, de 17 de outubro, 244/95, de 14 de setembro, e 323/2001, de 17 de dezembro.

7—A negligência é punível, sendo reduzido em metade o limite máximo da coima aplicável nos termos do presente artigo.

8—A Autoridade Tributária e Aduaneira (AT), através do serviço de finanças do domicílio fiscal do infrator, é a entidade competente para a instauração e instrução dos processos de contraordenação a que se refere o n.º 1, bem como para aplicação da coima.

9—Na falta de pagamento das taxas moderadoras devidas, é lavrado auto de notícia com os seguintes elementos:

- a) Nome;
- b) Domicílio fiscal;
- c) Número de identificação fiscal;
- d) Data de início e data de fim das prestações de saúde e valor das taxas moderadoras;
- e) Data da notificação para cumprir;
- f) Data da infração;
- g) Indicação das normas infringidas e punitivas;
- h) Assinatura e identificação da entidade autuante.

10—É competente para o levantamento do auto de notícia a ACSS, I.P.

11—Pela entidade referida no número anterior é extraída a certidão de dívida, composta pelas taxas moderadoras e custos administrativos associados, que são remetidos à entidade competente para proceder à cobrança coerciva.

12—A entidade competente procede à emissão, e envio à Autoridade Tributária e Aduaneira, da certidão de dívida a que se refere o número anterior sempre que o montante em dívida seja igual, ou superior, a € 10.

13—Compete à AT promover a cobrança coerciva dos créditos compostos pelas taxas moderadoras, coima e custos administrativos, nos termos do Código de Procedimento e de Processo Tributário, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 433/99, de 26 de outubro.

14—O produto da coima cobrado na sequência de processo de contraordenação ao abrigo da presente norma reverte:

- a) 40 % para o Estado;
- b) 35 % para a entidade que elabora o auto de notícia;
- c) 25 % para a AT.

15—Em caso de anulação do processo de contraordenação ou do processo de execução fiscal, os respetivos encargos serão suportados pela entidade que deu causa à respetiva instauração, sendo o acerto efetuado pela AT nas entregas dos quantitativos cobrados referentes ao mesmo período.

16—Às contraordenações previstas no presente decreto-lei, e em tudo o que nele não se encontre expressamente regulado, é aplicável o Regime Geral das Infrações Tributárias.

17—Para efeitos do disposto no n.º 3 e com observância do disposto na Lei da Proteção de Dados Pessoais, aprovada pela Lei n.º 67/98, de 26 de outubro:

- a) A ACSS, I.P., comunica à AT, por via eletrónica e automatizada, o número de identificação fiscal dos utentes a notificar;
- b) A AT fica autorizada a disponibilizar à ACSS, I.P., também por via eletrónica e automatizada, o domicílio fiscal associado ao número de identificação fiscal do utente a notificar, constante da sua base de dados fiscal

Artigo 9.º

Alteração ao Decreto-Lei n.º 70/2010, de 16 de junho

O artigo 1.º do Decreto-Lei n.º 70/2010, de 16 de junho, passa a ter a seguinte redação:

«Artigo 1.º

[...]

1—[...].

2—[...]:

- a) [...];
- b) Comparticipação de medicamentos;
- c) [...];
- d) [...];
- e) [...];
- f) [...].

3—[...].»

Artigo 10.º

Norma revogatória

São revogados:

- a) O Decreto-Lei n.º 173/2003, de 1 de agosto, alterado pelos Decretos-Leis n.ºs 201/2007, de 24 de maio, 79/2008, de 8 de maio, e 38/2010, de 20 de abril;
- b) O artigo 3.º da Portaria n.º 1319/2010, de 28 de dezembro;
- c) A Portaria n.º 349/96, de 8 de agosto.

Artigo 11.º

Norma transitória

[Revogado]

Artigo 12.º

Entrada em vigor

O presente diploma entra em vigor no dia 1 de janeiro de 2012.

Decreto-Lei n.º 118/2014

de 5 de agosto

O Programa do XIX Governo Constitucional tem como um dos seus objetivos estratégicos o reforço do papel das entidades integrantes da Rede de Cuidados Primários, visando não só contribuir para a melhoria da qualidade e do acesso efetivo dos cidadãos aos cuidados de saúde, como permitir a criação de mecanismos de reavaliação do papel dos enfermeiros.

Em Portugal, os cuidados de saúde primários (CSP) constituem-se como a base de acesso ao Serviço Nacional de Saúde, configurando parte integrante da arquitetura do sistema de saúde português, de que resulta maior equidade e melhores níveis de saúde e satisfação das populações.

A figura do enfermeiro de família tem vindo a ser criada nos sistemas de saúde de vários países da Região Europeia da Organização Mundial de Saúde (OMS), reforçando a importância dos contributos da enfermagem para a promoção da saúde e prevenção da doença, como é o caso de Espanha e Reino Unido, nos quais a figura do enfermeiro de família já foi estabelecida, trabalhando em cuidados

primários juntamente com os demais profissionais de saúde e baseando-se no conhecimento do paciente no contexto da família e da comunidade.

A inclusão da família como alvo dos cuidados de enfermagem nos CSP em Portugal tem, pois, enquadramento internacional e conceptual nas políticas de saúde da OMS — Região Europeia.

Neste contexto, colocam-se novos desafios aos enfermeiros dos CSP, pelo reconhecimento da sua contribuição na promoção da saúde individual, familiar e coletiva e pelo seu papel de referência como gestor de cuidados de enfermagem, potencializando a saúde do indivíduo no contexto familiar.

De acordo com o Plano Nacional de Saúde 2012/2016, a reorganização dos CSP enfatiza a intervenção local, em rede, com relevância nas Unidades de Saúde Familiar (USF) e com particular atenção para os cuidados centrados na família, ao longo das várias fases da vida. A compreensão da estrutura, processos de desenvolvimento e estilo de funcionamento das famílias permitirá a efetivação de uma prática de enfermagem direcionada para a sua capacitação funcional face às exigências e especificidades.

Esta reforma dos CSP, orientada para a obtenção de ganhos em saúde e melhoria da equidade e acessibilidade aos cuidados de saúde, consagra uma estrutura organizativa matricial, baseada em unidades funcionais e assentes em equipas multiprofissionais.

Neste contexto, torna-se agora possível evidenciar o papel do enfermeiro integrado nas diferentes unidades funcionais de CSP e direcionado para a prestação de cuidados de enfermagem globais a famílias, em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade.

O presente decreto-lei estabelece os princípios e o enquadramento da atividade do enfermeiro de família no âmbito das unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários, nomeadamente nas USF e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, cuja implementação decorrerá de experiências piloto.

Foi promovida a audição da Ordem dos Médicos, da Ordem dos Enfermeiros, do Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, do Sindicato Independente dos Profissionais de Enfermagem e do Sindicato dos Enfermeiros.

Assim:

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

Artigo 1.º

Objeto

O presente decreto-lei estabelece os princípios e o enquadramento da atividade do enfermeiro de família no âmbito das unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários, nomeadamente nas Unidades de Saúde Familiar (USF) e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP).

Artigo 2.º

Definição

Para efeitos do disposto no presente decreto-lei, o enfermeiro de família é o profissional de enfermagem que, integrado na equipa multiprofissional de saúde, assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a famílias, em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade.

Artigo 3.º

Âmbito

1 — O enfermeiro de família, na sua área de intervenção, cuida da família como unidade de cuidados e presta cuidados gerais e específicos nas diferentes fases da vida do indivíduo e da família, ao nível da prevenção primária, secundária e terciária, em articulação ou complementaridade com outros profissionais de saúde, nos termos legais aplicáveis.

2 — O enfermeiro de família contribui para a ligação entre a família, os outros profissionais e os recursos da comunidade, nomeadamente, grupos de voluntariado solidário, serviços de saúde e serviços de apoio social, garantindo maior equidade no acesso aos cuidados de saúde.

Artigo 4.º

Áreas de atividade

1 — Sendo um recurso de proximidade, o enfermeiro de família disponibiliza cuidados de enfermagem, efetuando, em articulação com a restante equipa de saúde, a avaliação da situação de saúde e das fases da vida, relativamente ao seu grupo de famílias, privilegiando as áreas da educação e promoção da saúde, prevenção da doença, da deteção precoce de doenças não transmissíveis, da gestão da doença crónica e da visitação domiciliária.

2 — No âmbito do exercício das suas funções, o enfermeiro de família, considerando a família como unidade de cuidados, promove a capacitação da mesma, face às exigências e especificidades do seu desenvolvimento, designadamente:

a) Desenvolvendo o processo de cuidados em colaboração com a família e estimulando a participação significativa dos seus membros em todas as fases daquele processo;

b) Focalizando-se na família como um todo e nos seus membros individualmente e prestando cuidados nas diferentes fases da vida da família;

c) Avaliando e promovendo as intervenções que se mostram mais adequadas a promover e a facilitar as mudanças no funcionamento familiar, de acordo com as decisões estabelecidas no âmbito da coordenação da equipa multiprofissional.

Artigo 5.º

Responsabilidade e coordenação

Sem prejuízo da autonomia técnica garantida aos enfermeiros nos termos legais aplicáveis, o enfermeiro de família desenvolve a sua atividade sob a coordenação do coordenador da equipa multiprofissional constituída na respetiva USF e UCSP, com respeito pelas competências previstas no artigo 12.º do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, aplicável por força do disposto nos artigos 9.º e 10.º do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro.

Artigo 6.º

Áreas de partilha

A identificação das áreas de partilha de responsabilidade na prestação de cuidados de saúde em articulação com outros profissionais de saúde, nomeadamente com os médicos, é elaborada pela Direção-Geral da Saúde (DGS), em colaboração com a Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS, I.P.), no respeito pelas competências

e organização da equipa multiprofissional e da carteira de serviços de USF e UCSP e ouvidas as ordens profissionais respetivas, sendo implementada mediante:

a) A definição das intervenções de enfermagem, segundo uma carteira de serviços específica de cuidados de enfermagem;

b) A produção de um portfólio de normas e orientações de enfermagem, com particular enfoque nas intervenções do enfermeiro de família nas áreas da gestão da doença crónica e nos programas de saúde;

c) A elaboração de uma norma organizacional sobre a articulação e complementaridade na organização dos cuidados de saúde;

d) A criação de protocolos de atuação que harmonizem e respeitem as áreas de intervenção partilhada;

e) A elaboração de um quadro de monitorização de cuidados preventivos e a avaliação do risco no âmbito dos programas prioritários de saúde.

Artigo 7.º

Monitorização da qualidade do modelo assistencial

1 — A avaliação da qualidade dos cuidados prestados pelo enfermeiro de família rege-se por normas e orientações em enfermagem, emitidas pela DGS, ouvida a Ordem dos Enfermeiros.

2 — O processo de monitorização da qualidade dos cuidados prestados pelo enfermeiro de família é efetuado periodicamente e tem em conta indicadores de desempenho decorrentes da carteira de serviços, indicadores de impacte assistencial relativos, nomeadamente, à metodologia de

trabalho, ao desempenho (produtividade, efetividade, eficiência, valor dos cuidados), ao acesso aos cuidados e à articulação com outros serviços.

3 — A monitorização do modelo assistencial é realizada em estreita colaboração entre a DGS e a ACSS, I.P., ouvidas a Ordem dos Médicos e a Ordem dos Enfermeiros.

Artigo 8.º

Implementação da atividade do enfermeiro de família

A atividade do enfermeiro de família é implementada através de experiências piloto a realizar em cada Administração Regional de Saúde, I.P., no segundo semestre de 2014, de acordo com um plano de ação que define os requisitos e diretrizes, bem como o modelo de governação, locais de implementação e o período temporal de execução, fixados por portaria do membro do Governo responsável pela área da saúde, aprovada no prazo de 90 dias após a publicação do presente decreto-lei.

Visto e aprovado em Conselho de Ministros de 19 de junho de 2014. — *Pedro Passos Coelho* — *Hélder Manuel Gomes dos Reis* — *Paulo José de Ribeiro Moita de Macedo*.

Promulgado em 28 de julho de 2014.

Publique-se.

O Presidente da República, ANÍBAL CAVACO SILVA.

Referendado em 31 de julho de 2014.

O Primeiro-Ministro, *Pedro Passos Coelho*.