



## PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS

### Decreto-Lei n.º 103/2023

de 7 de novembro

*Sumário:* Aprova o regime jurídico de dedicação plena no Serviço Nacional de Saúde e da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar.

A Lei de Bases da Saúde, aprovada em anexo à Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, prevê que o funcionamento do Serviço Nacional de Saúde (SNS) se sustenta numa força de trabalho planeada e organizada, de modo a satisfazer as necessidades assistenciais da população, em termos de disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade. Nesse contexto, o Estado deve promover uma política de recursos humanos que valorize a dedicação plena como regime de trabalho dos profissionais de saúde do SNS, no âmbito de uma organização interna dos seus estabelecimentos e serviços que se baseie em modelos que privilegiam a autonomia de gestão, os níveis intermédios de responsabilidade e o trabalho de equipa.

No desenvolvimento da Lei de Bases da Saúde e do Estatuto do SNS, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, na sua redação atual, o presente decreto-lei procede à definição do regime de dedicação plena, que tem por objetivo potenciar os ganhos de acessibilidade, qualidade e eficiência nos diversos níveis de cuidados em que se organiza o SNS.

O regime de dedicação plena corresponde a um modelo de organização do trabalho, assente, em regra, no trabalho desenvolvido por equipas multidisciplinares que integram as unidades de saúde familiar (USF), na área dos cuidados de saúde primários, e os centros de responsabilidade integrados (CRI), na área hospitalar, associando-se o cumprimento de objetivos previamente contratualizados a um sistema retributivo misto, composto pela remuneração base, por suplementos e por incentivos ao desempenho. Nas áreas dos cuidados de saúde primários e hospitalar, estabelece-se ainda a possibilidade de adesão individual, por parte dos trabalhadores médicos, ao regime de dedicação plena. Por fim, encontram-se ainda sujeitos ao regime de dedicação plena, na área hospitalar, os trabalhadores médicos designados, em regime de comissão de serviço, para o exercício de funções de direção de serviço ou de departamento dos estabelecimentos e serviços de saúde do SNS, bem como, na área de saúde pública, os trabalhadores médicos, salvo oposição expressa dos mesmos.

No que respeita à aprovação do novo regime jurídico da organização e do funcionamento das USF, importa ter presente que os cuidados de saúde primários (CSP) são a base central do sistema de saúde em Portugal, nomeadamente do SNS, desempenhando um papel essencial na garantia do acesso universal ao conjunto de cuidados.

Neste enquadramento, as USF representam um modelo de organização associado a maior motivação dos profissionais e satisfação dos utentes, razão pela qual, em linha com a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável e assente na sua tripla dimensão — económica, social e ambiental, o XXIII Governo Constitucional assumiu o compromisso de prosseguir o trabalho de revisão e generalização deste modelo de organização, garantindo que as USF cobrem, pelo menos, 80 % da população até ao final da corrente legislatura. Este compromisso contribui, assim, para a concretização dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), em particular do ODS 3 («Saúde de Qualidade»).

A área dos CSP experimentou uma profunda reforma nos últimos anos, sendo as USF a face mais visível dessa reforma. Considera-se agora necessário atualizar o regime atualmente em vigor, fazendo-o evoluir para responder às necessidades em saúde da população e para potenciar o investimento na promoção de cuidados equitativos e universais, que acompanhem todo o ciclo vital de cada pessoa e que, simultaneamente, possam contribuir para valorizar os profissionais do SNS. Neste contexto, é também especialmente relevante destacar que o modelo das USF permite o alargamento da cobertura populacional por equipa de saúde familiar. São múltiplos os desafios que impelem à valorização dos CSP. Em linha com o que sucede nos países mais desenvolvidos, assistimos em Portugal a uma profunda mudança demográfica, com aumento proporcional da popu-



lação idosa, também em resultado do aumento da esperança média de vida que se tem registado nas últimas décadas.

Adicionalmente, não podem ser ignorados os padrões de morbilidade e mortalidade existentes no país, face à alta incidência de doenças crónicas não transmissíveis, como a diabetes e a hipertensão arterial, entre outras.

A reforma dos cuidados de saúde primários que se iniciou em 2005 traduziu-se em enormes e inquestionáveis benefícios para a população, assentes no resultado do trabalho de equipas multidisciplinares, constituídas de forma voluntária, que se organizam com autonomia técnica e funcional e que asseguram resposta às necessidades em saúde de um conjunto de utentes pelos quais são solidariamente responsáveis facultando, em especial, cuidados médicos e de enfermagem personalizados.

Volvidas quase duas décadas, é premente a necessidade de alterar, ainda que pontualmente, o regime atualmente em vigor, destacando-se, nesse âmbito, como principais inovações, a forma de constituição da lista de utentes, a qual passará a ponderar, e a ser proporcionalmente ajustada, ao risco individual de cada utente, privilegiando, desse modo as populações vulneráveis, que, naturalmente, têm maiores e mais complexas necessidades em saúde.

Simultaneamente, procede-se ao alargamento do regime remuneratório e de incentivos, anteriormente previsto para as USF modelo B, a todos os profissionais que integram as USF, e a uma atualização, resultante da análise da experiência acumulada, na avaliação da componente da compensação pelo desempenho, nomeadamente a que está associada a atividades específicas, a qual continua a privilegiar a qualidade de cuidados, mas passa também a valorizar a melhoria do acesso, da qualidade, da eficiência e da integração de cuidados.

Por outro lado, cumpre ainda referir que até à aprovação do novo regime dos CRI, que serão integrados por equipas multiprofissionais sujeitas ao regime de dedicação plena, mantêm-se em funcionamento os CRI existentes à data da produção de efeitos do presente decreto-lei ou que venham a constituir-se nos termos do artigo 90.º do Estatuto do SNS.

Por último, procede-se à prorrogação da vigência do Decreto-Lei n.º 50-A/2022, de 25 de julho, na sua redação atual, que aprovou o regime remuneratório do trabalho suplementar realizado por médicos em serviços de urgência, até ao dia 10 de janeiro de 2024.

Foram observados os procedimentos de negociação coletiva, decorrentes da Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas, aprovada em anexo à Lei n.º 35/2014, de 20 de junho, na sua redação atual.

Assim:

No desenvolvimento do n.º 3 da base 29 da Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, e nos termos do artigo 16.º-A do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, na sua redação atual, e das alíneas a) e c) do n.º 1 do artigo 198.º da Constituição, o Governo decreta o seguinte:

## CAPÍTULO I

### Disposição geral

#### Artigo 1.º

##### Objeto

1 — O presente decreto-lei:

- a) Aprova o regime de dedicação plena;
- b) Aprova o regime jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar (USF), que consta do anexo I ao presente decreto-lei e do qual faz parte integrante.

2 — O presente decreto-lei procede ainda à terceira alteração ao Decreto-Lei n.º 50-A/2022, de 25 de julho, alterado pelos Decretos-Leis n.ºs 15/2023, de 24 de fevereiro, e 65/2023, de 7 de



agosto, que estabelece o regime remuneratório do trabalho suplementar realizado por médicos em serviços de urgência.

## CAPÍTULO II

### Regime de dedicação plena

#### Artigo 2.º

##### Âmbito de aplicação

1 — Encontram-se sujeitos ao regime de dedicação plena, independentemente do regime de vinculação:

a) Na área dos cuidados de saúde primários, as equipas multiprofissionais que integrem unidades de saúde familiar (USF);

b) Na área hospitalar:

i) As equipas multiprofissionais que integrem os centros de responsabilidade integrados (CRI); e

ii) Os trabalhadores médicos designados, em regime de comissão de serviço, para o exercício de funções de direção de serviço ou de departamento dos estabelecimentos e serviços de saúde do SNS;

c) Na área de saúde pública, os trabalhadores médicos.

2 — O regime de dedicação plena pode ainda ser aplicado aos trabalhadores médicos das áreas dos cuidados de saúde primários e hospitalar que manifestem interesse em aderir individualmente ao regime, designadamente nas situações em que não seja possível integrarem uma USF ou um CRI, nos termos do disposto no artigo seguinte.

#### Artigo 3.º

##### Adesão individual ao regime de dedicação plena

1 — A adesão individual ao regime de dedicação plena faz-se mediante declaração do trabalhador médico, a dirigir ao órgão máximo de gestão do estabelecimento ou serviço de saúde, e produz efeitos no primeiro dia do mês seguinte ao da sua apresentação.

2 — A adesão individual ao regime de dedicação plena não se aplica aos trabalhadores médicos em regime de trabalho a tempo parcial.

#### Artigo 4.º

##### Regime remuneratório associado ao regime de dedicação plena

1 — O regime remuneratório associado ao regime da dedicação plena nas áreas dos cuidados de saúde primários, hospitalar e de saúde pública é o previsto, respetivamente, nos capítulos III a V, com as especificidades constantes nos números seguintes.

2 — No caso dos trabalhadores médicos, os níveis remuneratórios correspondentes às posições remuneratórias das categorias das carreiras médica e especial médica constam do anexo II ao presente decreto-lei e do qual faz parte integrante.

3 — Sem prejuízo do regime aplicável à área dos cuidados de saúde primários, nas áreas hospitalar e de saúde pública, o valor da hora normal de trabalho é calculado através da fórmula:

$$[(Rb + S) \times 12] / (52 \times 40)$$

em que:

a) *Rb* é a remuneração base mensal; e

b) *S* é o suplemento associado à prestação das cinco horas complementares de atividade assistencial.



4 — A compensação horária que serve de base ao cálculo do trabalho suplementar é apurada segundo a fórmula prevista no número anterior.

#### Artigo 5.º

##### Suspensão dos regimes jurídicos de origem

1 — Na medida em que sejam incompatíveis com o previsto no presente decreto-lei, a aplicação do regime de dedicação plena determina a suspensão automática dos regimes jurídicos de origem.

2 — A suspensão prevista no número anterior não prejudica os efeitos decorrentes da avaliação de desempenho dos trabalhadores médicos nos regimes jurídicos de origem.

3 — No caso de cessação da aplicação do regime da dedicação plena, os trabalhadores médicos têm direito a retomar a prestação de trabalho no regime jurídico aplicável à data da suspensão prevista no n.º 1.

#### Artigo 6.º

##### Duração do regime de dedicação plena

1 — O regime de dedicação plena não está sujeito a duração máxima, nem depende de renovação.

2 — Sem prejuízo do disposto no número anterior, no caso da adesão individual do trabalhador médico ao regime de dedicação plena, a que se refere o n.º 2 do artigo 2.º, a aplicação do regime pode cessar nas seguintes situações:

- a) Com fundamento no incumprimento reiterado dos compromissos assumidos pelo trabalhador médico;
- b) Mediante renúncia do trabalhador médico ao regime de dedicação plena.

3 — No caso da alínea a) do número anterior, da decisão do órgão máximo de gestão do estabelecimento ou serviço de saúde cabe recurso para o membro do Governo responsável pela área da saúde.

4 — No caso da alínea b) do número anterior, o trabalhador médico pode, a todo o tempo, renunciar ao regime de dedicação plena mediante um aviso prévio escrito de, pelo menos, 90 dias, dirigido ao órgão máximo de gestão do estabelecimento ou serviço de saúde ao qual se encontra vinculado.

#### Artigo 7.º

##### Incompatibilidades e impedimentos

1 — Aos trabalhadores em regime de dedicação plena é aplicável o regime de incompatibilidades e impedimentos constante nos artigos 19.º e seguintes da Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas aprovada em anexo à Lei n.º 35/2014, de 20 de junho, na sua redação atual (LTFP), na Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, e, sendo o caso, na respetiva carreira, com as especificidades constantes dos números seguintes.

2 — No que respeita aos trabalhadores médicos, são consideradas atividades privadas e condições incompatíveis, nomeadamente, o exercício de funções de direção técnica, coordenação e chefia de entidades da área da saúde no setor privado ou social, convencionadas ou não com o SNS, bem como a titularidade de participação superior a 10 % no capital social de entidades convencionadas, por si ou por cônjuge e pelos ascendentes ou descendentes de 1.º grau.

3 — Não estão abrangidos pelo número anterior os consultórios médicos de profissionais individuais.



4 — A acumulação de atividade assistencial, subordinada ou autónoma, em entidades privadas ou do setor social, por parte de trabalhadores médicos que se encontrem em regime de dedicação plena, depende de requerimento, com os elementos indicados no n.º 2 do artigo 23.º da LTFP e carece de prévia autorização pelo respetivo órgão máximo de gestão do estabelecimento ou serviço de saúde, não podendo dela resultar para o SNS qualquer responsabilidade pelos encargos resultantes dos cuidados por esta forma prestados aos seus beneficiários, nem afetar a satisfação de necessidades permanentes ou temporárias do serviço a que o médico se encontra vinculado.

### CAPÍTULO III

#### **Regime de dedicação plena na área dos cuidados de saúde primários**

##### SECÇÃO I

###### **Unidades de saúde familiar**

###### Artigo 8.º

###### **Regime**

O regime jurídico da organização e do funcionamento das USF, bem como o regime remuneratório de todos os elementos que as constituem, constam no anexo I ao presente decreto-lei.

##### SECÇÃO II

###### **Adesão individual dos médicos ao regime de dedicação plena**

###### Artigo 9.º

###### **Horário de trabalho e período normal de trabalho**

1 — O horário de trabalho tem como base um período normal de trabalho de 35 horas semanais com incrementos ajustados ao aumento de unidades ponderadas da lista de utentes.

2 — O horário de trabalho do trabalhador médico é aprovado pelo órgão máximo de gestão do estabelecimento ou serviço de saúde.

###### Artigo 10.º

###### **Suplemento associado ao aumento das unidades ponderadas**

1 — A adesão ao regime da dedicação plena pressupõe que o trabalhador médico preste cuidados a uma lista com uma dimensão mínima de 1750 utentes, correspondendo, em média, a 2164 unidades ponderadas.

2 — O cumprimento do disposto no número anterior confere direito a um suplemento associado ao aumento das unidades ponderadas da lista de utentes, nos termos do disposto na alínea a) do n.º 1 do artigo 29.º do anexo I ao presente decreto-lei.

3 — O aumento das unidades ponderadas da lista de utentes é contratualizado entre o trabalhador médico e o órgão máximo de gestão do estabelecimento ou serviço de saúde.

4 — Excepcionalmente, e apenas quando as características geodemográficas assim o justifiquem, os membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde podem autorizar a não sujeição do trabalhador médico à dimensão mínima da lista prevista no n.º 1, aplicando-se, nestes casos, o disposto na alínea a) do n.º 1 do artigo 29.º do anexo I ao presente decreto-lei.

## CAPÍTULO IV

**Regime de dedicação plena na área hospitalar**

## SECÇÃO I

**Centros de responsabilidade integrados**

## Artigo 11.º

**Regime**

Sem prejuízo do disposto na presente secção, o regime de incentivos a atribuir aos elementos que constituem os CRI consta de diploma próprio.

## Artigo 12.º

**Horário de trabalho e período normal de trabalho dos médicos**

1 — O horário de trabalho tem como base um período normal de trabalho semanal de 35 horas, às quais acrescem 5 horas complementares de atividade assistencial, num total de 40 horas semanais.

2 — Nos CRI dos serviços de urgência, as 5 horas complementares a que se refere o número anterior são prestadas nesses serviços.

3 — Sem prejuízo da prestação de trabalho em serviços de urgência, o período normal de trabalho diário tem um limite de 9 horas.

## Artigo 13.º

**Prestação de trabalho dos trabalhadores médicos que realizam serviço de urgência**

1 — No caso dos trabalhadores médicos que realizam serviço de urgência, o regime de dedicação plena implica:

a) A prestação de até 18 horas de trabalho semanal normal nos serviços de urgência, externa e interna, unidades de cuidados intensivos e unidades de cuidados intermédios, a prestar até duas jornadas de trabalho, de duração não superior a 12 horas;

b) A prestação, quando necessário, de um período semanal único de até 6 horas de trabalho suplementar no serviço de urgência, externa e interna, e em unidades de cuidados intensivos e em unidades de cuidados intermédios;

c) A prestação de trabalho suplementar a que se refere a alínea anterior não se encontra sujeita a limites máximos, quando seja necessária ao funcionamento de serviços de urgência, não podendo o médico realizar mais de 48 horas por semana, incluindo trabalho suplementar, num período de referência de seis meses, nem exceder 250 horas de trabalho suplementar por ano;

d) Que a prestação de trabalho noturno confere direito a descanso diário entre jornadas, sem direito a descanso compensatório que reduza o período normal de trabalho semanal;

e) A prestação de trabalho em estabelecimento ou serviço de saúde distinto daquele a cujo mapa de pessoal o trabalhador médico pertence e que se situe até 30 km deste, inclusive, nas seguintes situações:

i) Para assegurar o funcionamento da rede de urgências metropolitanas;

ii) Quando seja necessária a gestão integrada dos serviços de urgência de dois ou mais serviços e estabelecimentos de saúde.

2 — As condições previstas no número anterior são cumulativas e a sujeição ao regime de dedicação plena pressupõe o acordo do trabalhador médico a essas condições.

3 — Por conveniência de serviço e com o acordo do trabalhador médico, as 18 horas de trabalho normal e as 6 horas de trabalho suplementar previstas nas alíneas a) e b) do número anterior podem ser convertidas, respetivamente, em 36 e 12 horas de prevenção.



4 — O regime de prevenção a que se refere o número anterior é aquele em que o trabalhador médico, ausente do local de trabalho, é obrigado a permanecer contactável e a comparecer naquele local em tempo inferior a 45 minutos, para o desempenho de um ato médico assistencial de urgência.

5 — O regime de prevenção deve ser objeto de acordo escrito entre o órgão máximo de gestão do estabelecimento ou serviço de saúde e o trabalhador médico.

6 — O trabalhador médico pode fazer cessar o regime de prevenção, mediante declaração dirigida ao órgão máximo de gestão do estabelecimento ou serviço de saúde, a qual produz efeitos 30 dias após a data da sua apresentação.

#### Artigo 14.º

##### **Prestação do trabalho dos trabalhadores médicos que não realizam serviço de urgência**

1 — No caso dos trabalhadores médicos que não realizam serviço de urgência, por motivo de dispensa ou atenta a especialidade, as 5 horas complementares de atividade assistencial previstas no n.º 1 do artigo 12.º, em regime de dedicação plena, têm de ser prestadas cumulativamente:

- a) Após as 17 horas nos dias úteis;
- b) Pelo menos uma vez por mês ao sábado.

2 — Excecionalmente, e mediante decisão fundamentada da DE-SNS, I. P., pode ser dispensada a prestação das 5 horas complementares de atividade assistencial nas condições previstas na alínea b) do número anterior.

#### Artigo 15.º

##### **Suplemento remuneratório associado à prestação de trabalho complementar**

1 — A prestação das 5 horas complementares de atividade assistencial confere direito a um suplemento correspondente a 25 % da remuneração base mensal.

2 — O suplemento a que se refere o número anterior é considerado no cálculo dos subsídios de férias e de Natal.

### SECÇÃO II

#### **Adesão individual**

#### Artigo 16.º

##### **Regime**

O disposto nos artigos 12.º a 15.º aplica-se aos trabalhadores médicos que adiram individualmente ao regime de dedicação plena.

### SECÇÃO III

#### **Funções de direção de serviço ou de departamento**

#### Artigo 17.º

##### **Duração e organização do horário de trabalho**

1 — Os trabalhadores médicos que exerçam, em regime de comissão de serviço, funções de direção de serviço ou de departamento do SNS estão sujeitos a um horário de trabalho que tem como base um período normal de trabalho semanal de 35 horas, às quais acrescem 5 horas complementares de atividade assistencial, num total de 40 horas semanais.

2 — A prestação das 5 horas complementares de atividade assistencial referida no número anterior confere direito a um suplemento correspondente a 25 % da remuneração base mensal.



3 — O suplemento a que se refere o número anterior é considerado no cálculo dos subsídios de férias e de Natal.

## CAPÍTULO V

### Regime de dedicação plena na área de saúde pública

#### Artigo 18.º

##### Regime

1 — Os trabalhadores médicos da área de saúde pública, consideram-se, salvo oposição expressa dos próprios, sujeitos ao regime de dedicação plena.

2 — O horário de trabalho dos trabalhadores médicos da área de saúde pública em dedicação plena tem por base um período normal de trabalho semanal de 35 horas, às quais acrescem 5 horas de atividade complementar, num total de 40 horas semanais.

3 — As 5 horas de atividade complementar referidas no número anterior são prestadas de modo a assegurar o normal funcionamento dos serviços ou estabelecimentos de saúde onde os trabalhadores médicos da área de saúde pública estão integrados, nos dias úteis das 8 horas às 20 horas.

4 — O horário de trabalho do médico da área de saúde pública é aprovado pelo órgão máximo de gestão do estabelecimento ou serviço de saúde.

5 — Para além do disposto nos números anteriores, os trabalhadores médicos da área de saúde pública em dedicação plena estão, quando escalados para o efeito, obrigados a permanecer contactáveis e a apresentar-se ao serviço fora do horário de funcionamento previsto no n.º 3, de modo a dar resposta a uma emergência de saúde pública ou a realizar atos de natureza inadiável ou imprescindível.

6 — Para os efeitos previstos no número anterior, as unidades de saúde pública, bem como os demais serviços e entidades, elaboram uma escala mensal, mediante consulta a todos os médicos da área de saúde pública abrangidos.

7 — O trabalho prestado ao abrigo do n.º 5 é remunerado pelo valor correspondente ao do trabalho suplementar.

8 — A prestação das 5 horas complementares de atividade referida nos n.ºs 2 e 3 confere direito a um suplemento correspondente a 25 % da remuneração base.

9 — O suplemento a que se refere o número anterior é considerado no cálculo dos subsídios de férias e de Natal.

10 — O disposto no presente artigo é compatível com o exercício de funções de autoridade de saúde.

## CAPÍTULO VI

### Alterações legislativas

#### Artigo 19.º

##### Alteração ao Decreto-Lei n.º 50-A/2022, de 25 de julho

O artigo 7.º do Decreto-Lei n.º 50-A/2022, de 25 de julho, na sua redação atual, passa a ter a seguinte redação:

«Artigo 7.º

[...]

O regime previsto no presente decreto-lei vigora até 10 de janeiro de 2024.»



## CAPÍTULO VII

### Disposições finais e transitórias

#### Artigo 20.º

##### Oção pelo regime de dedicação plena

1 — Os profissionais da equipa multiprofissional que se encontrem atualmente em USF dispõem de um prazo de 60 dias após a entrada em vigor do presente decreto-lei para se opor à aplicação do regime de dedicação plena.

2 — Nos casos em que exerçam a opção prevista no número anterior, os profissionais da equipa multiprofissional retomam as suas funções nas respetivas carreiras e categorias do serviço de origem.

3 — À substituição dos profissionais da equipa multiprofissional que se oponham à aplicação do regime de dedicação plena, nos termos do disposto no n.º 1, aplica-se o previsto no artigo 20.º do anexo I ao presente decreto-lei.

4 — O direito de oposição previsto no n.º 1, aplica-se igualmente:

a) Aos trabalhadores médicos designados até à data da entrada em vigor do presente decreto-lei, em regime de comissão de serviço, para o exercício de funções de direção de serviço ou de departamento;

b) Aos trabalhadores médicos da área de saúde pública, incluindo os que exerçam funções de autoridade de saúde.

5 — Os trabalhadores médicos referidos na alínea b) do número anterior que se oponham à aplicação do regime de dedicação plena, mantêm integralmente o regime a que se encontravam sujeitos antes da produção de efeitos do presente decreto-lei, incluindo os suplementos remuneratórios e deveres que lhes estavam associados.

6 — O exercício do direito de oposição previsto no n.º 4 não obsta a que os trabalhadores médicos em causa revertam, a todo o tempo, a opção exercida naqueles termos, declarando pretender aderir ao regime de dedicação plena.

#### Artigo 21.º

##### Disposição transitória

1 — O disposto no presente decreto-lei não obsta a que se mantenham em funcionamento os CRI existentes à data da produção de efeitos do presente decreto-lei ou que venham a constituir-se nos termos do artigo 90.º do Estatuto do SNS, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, na sua redação atual.

2 — Nas situações referidas no número anterior, o regime de dedicação plena é aplicável nos termos que venham a ser definidos no diploma previsto no artigo 11.º

#### Artigo 22.º

##### Monitorização e fiscalização

A monitorização da aplicação do presente decreto-lei compete à Administração Central do Sistema de Saúde, I. P., e à DE-SNS, I. P., cabendo à Inspeção-Geral das Atividades em Saúde, no âmbito das respetivas atribuições, desenvolver ações de auditoria, inspeção e fiscalização.



Artigo 23.º

**Norma revogatória**

São revogados:

a) O Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, sem prejuízo do disposto nos n.ºs 5 e 6 do artigo 36.º do regime jurídico da organização e do funcionamento USF, que consta do anexo I ao presente decreto-lei;

b) O artigo 21.º do Decreto-Lei n.º 177/2009, de 4 de agosto, na sua redação atual, sem prejuízo do disposto no n.º 5 do artigo 20.º

Artigo 24.º

**Entrada em vigor e produção de efeitos**

1 — O presente decreto-lei entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação.

2 — O presente decreto-lei produz efeitos a 1 de janeiro de 2024, com exceção do artigo 19.º, que produz efeitos a 1 de outubro de 2023.

Visto e aprovado em Conselho de Ministros de 14 de setembro de 2023. — *António Luís Santos da Costa* — *Mariana Guimarães Vieira da Silva* — *Fernando Medina Maciel Almeida Correia* — *Manuel Francisco Pizarro de Sampaio e Castro*.

Promulgado em 23 de outubro de 2023.

Publique-se.

O Presidente da República, MARCELO REBELO DE SOUSA.

Referendado em 24 de outubro de 2023.

O Primeiro-Ministro, *António Luís Santos da Costa*.

ANEXO I

[a que se referem a alínea b) do n.º 1 do artigo 1.º e o artigo 8.º]

**Regime jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar**

CAPÍTULO I

**Disposições gerais**

Artigo 1.º

**Objeto**

O presente regime jurídico estabelece a organização e o funcionamento das unidades de saúde familiar (USF), assim como o regime remuneratório e de incentivos a atribuir aos profissionais que integram as USF modelo B.

Artigo 2.º

**Âmbito**

1 — O presente regime jurídico aplica-se a todos os modelos de USF, com exceção do disposto no capítulo VII que apenas se aplica às USF modelo B.



2 — O presente regime jurídico é aplicável aos profissionais que integram as USF referidas no número anterior, independentemente do vínculo laboral estabelecido.

### Artigo 3.º

#### Unidade de saúde familiar

1 — As USF são unidades elementares de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, compostas por equipas multiprofissionais, voluntariamente constituídas por médicos, enfermeiros e assistentes técnicos.

2 — As USF podem ser organizadas de acordo com os seguintes modelos:

- a) USF B;
- b) USF C.

3 — A lista de critérios e a metodologia aplicáveis à constituição das USF C são aprovados por despacho dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde.

4 — A equipa multiprofissional deve potenciar as aptidões e competências de cada grupo profissional e contribuir para o estabelecimento de uma relação interpessoal e profissional estável.

5 — As USF dispõem de autonomia organizativa, funcional e técnica, integrando-se numa lógica de rede com outras unidades funcionais do agrupamento de centros de saúde (ACES) ou da unidade local de saúde (ULS).

6 — Sem prejuízo do disposto no número anterior, as USF são parte integrante do centro de saúde, nos termos do n.º 2 do artigo 38.º do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (SNS), aprovado pelo Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, na sua redação atual.

### Artigo 4.º

#### Missão

As USF têm por missão a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita numa determinada área geográfica, garantindo a centralidade no utente, a globalidade, a acessibilidade, a qualidade, a eficiência e a continuidade dos cuidados ao longo da vida.

### Artigo 5.º

#### Princípios

As USF devem orientar a sua atividade pelos seguintes princípios:

- a) Conciliação, que assegura a prestação de cuidados de saúde personalizados, assentes, designadamente, nos valores, nas necessidades e nas preferências do utente, sem descurar os objetivos de acesso, qualidade e eficiência;
- b) Cooperação, que se exige de todos os profissionais da equipa multiprofissional para a concretização dos objetivos da acessibilidade, da globalidade e da continuidade dos cuidados de saúde;
- c) Solidariedade, que assume cada profissional da equipa multiprofissional ao garantir o cumprimento das obrigações dos demais profissionais de cada grupo profissional;
- d) Autonomia, que assenta na auto-organização funcional e técnica, visando o cumprimento do plano de ação;
- e) Articulação, que estabelece a necessária ligação entre as USF e as outras unidades funcionais do ACES ou da ULS;
- f) Avaliação, que, sendo objetiva e permanente, visa a adoção de medidas corretivas dos desvios suscetíveis de pôr em causa os objetivos do plano de ação;
- g) Gestão participativa, a adotar por todos os profissionais da equipa multiprofissional como forma de melhorar o seu desempenho e aumentar a sua satisfação profissional, com salvaguarda

dos conteúdos funcionais de cada grupo profissional e das competências específicas atribuídas ao conselho técnico.

### Artigo 6.º

#### **Plano de ação e compromisso assistencial das unidades de saúde familiar**

1 — O plano de ação das USF corresponde ao seu programa de atuação na prestação de cuidados de saúde de forma personalizada e contém:

- a) O compromisso assistencial, os seus objetivos, indicadores e resultados a atingir nas áreas de desempenho, serviços e qualidade;
- b) O plano de formação;
- c) O plano de aplicação dos incentivos institucionais.

2 — O compromisso assistencial é constituído pela prestação de cuidados incluídos na carteira de serviços definida para as USF, a qual engloba uma carteira básica de serviços e, quando aplicável, uma carteira adicional de serviços.

3 — A carteira básica de serviços e os princípios da carteira adicional de serviços das USF são fixados por despacho do membro do Governo responsável pela área da saúde, sob proposta da Direção Executiva do SNS, I. P. (DE-SNS, I. P.).

4 — O compromisso assistencial de cada USF é acordado para um período de três anos, renovável por iguais períodos, com possibilidade de ajustes anuais, mediante carta de compromisso acordada entre a USF e o ACES ou ULS.

5 — A carta de compromisso referida no número anterior é objeto de publicação na página eletrónica do ACES ou da ULS, bem como no portal do SNS, e inclui:

- a) A afetação dos recursos necessários ao cumprimento do plano de ação;
- b) O manual de articulação da USF com as outras unidades funcionais do ACES ou da ULS;
- c) As metas relativas à compensação pelo desempenho, nos termos previstos no artigo 34.º

6 — O compromisso assistencial deve indicar:

- a) A definição da oferta e a carteira básica de serviços;
- b) O horário de funcionamento da USF;
- c) O sistema de marcação, atendimento e orientação dos utentes;
- d) O sistema de renovação de prescrição médica;
- e) O sistema de intersubstituição dos profissionais;
- f) Os mecanismos de articulação com as outras unidades funcionais do ACES ou da ULS;
- g) A carteira de serviços adicionais, caso exista;
- h) A aceitação expressa das condições, dimensão e modos de colheita de informação que permita às entidades do Ministério da Saúde avaliar os resultados da equipa multiprofissional e dos profissionais que a integram.

7 — O compromisso assistencial varia em função:

- a) Das características da população abrangida;
- b) Dos períodos de funcionamento e cobertura assistencial;
- c) Das atividades da carteira adicional de serviços.

8 — Desde que não seja colocado em causa o compromisso assistencial da carteira básica, as USF podem, através da contratualização de uma carteira adicional de serviços, colaborar com outras unidades funcionais do ACES ou da ULS responsáveis pela intervenção:

- a) Em grupos da comunidade, no âmbito da saúde escolar, da saúde oral e da saúde ocupacional;
- b) Em projetos dirigidos a cidadãos em risco de exclusão social;



- c) Nos cuidados continuados integrados;
- d) No atendimento a adolescentes e jovens;
- e) Na prestação de outros cuidados que se mostrem pertinentes e previstos no Plano Nacional de Saúde.

9 — Sem prejuízo do disposto nos números anteriores, podem ainda ser contratualizadas, como carteira adicional de serviços, a resposta a utentes sem médico de família atribuído e a utentes esporádicos, assim como respostas de telessaúde dirigidas a grupos populacionais específicos.

10 — O montante global a alocar ao pagamento das carteiras adicionais de serviços é fixado, anualmente, no respetivo orçamento.

11 — A carteira adicional de serviços, a consequente compensação financeira global da equipa multiprofissional e a respetiva distribuição pelos profissionais devem estar discriminadas na carta de compromisso prevista no n.º 4.

12 — O plano de ação e o relatório de atividades são disponibilizados à população abrangida pelas USF, através dos meios adequados, designadamente na página eletrónica do ACES ou da ULS e no portal do SNS.

## CAPÍTULO II

### **Constituição, dimensão e organização das unidades de saúde familiar**

#### Artigo 7.º

##### **Constituição das unidades de saúde familiar**

1 — O procedimento de candidatura aplicável à constituição das USF é aprovado por portaria do membro do Governo responsável pela área da saúde.

2 — Na constituição das USF são integrados profissionais que têm de deter, pelo menos:

- a) O grau de especialista em medicina geral e familiar, no caso dos médicos;
- b) O título de especialista em enfermagem de saúde familiar, no caso dos enfermeiros.

3 — O número de USF modelo C a constituir é estabelecido por despacho dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde.

#### Artigo 8.º

##### **População abrangida pelas USF**

1 — A população abrangida por cada USF corresponde aos utentes inscritos nessa USF de acordo com o disposto nos números seguintes.

2 — O número de utentes inscritos em cada USF não deve ser inferior a 4000 nem superior a 18 000 utentes, devendo respeitar o disposto no artigo seguinte.

3 — Em casos devidamente justificados, e quando as características geodemográficas assim o aconselhem, podem ser constituídas USF com população inscrita fora do intervalo de variação definido no número anterior, mediante parecer favorável da DE-SNS, I. P., não devendo a redução ou o aumento exceder um quarto do valor referido no número anterior.

#### Artigo 9.º

##### **Listas de utentes e famílias**

1 — Os utentes inscritos em cada médico e enfermeiro de família são organizados em lista, privilegiando-se a estrutura familiar.



2 — A lista prevista no número anterior tem uma dimensão mínima de 1917 unidades ponderadas, obtidas pela aplicação dos seguintes fatores:

- a) O número de crianças dos 0 aos 6 anos de idade é multiplicado pelo fator 1,5;
- b) O número de adultos entre os 65 e os 74 anos de idade é multiplicado pelo fator 2;
- c) O número de adultos com idade igual ou superior a 75 anos é multiplicado pelo fator 2,5.

3 — A dimensão da lista de utentes inscritos na USF e da lista de utentes com inscrição ativa por médico e por enfermeiro de família são atualizadas semestralmente.

4 — Sem prejuízo do disposto no número anterior, o número de utentes inscritos nas listas é atualizado sempre que se verifique a alteração do número de profissionais da USF.

## Artigo 10.º

### Organização e funcionamento da unidade de saúde familiar

1 — A organização e o funcionamento da USF constam do seu regulamento interno e regem-se pelo disposto no presente regime jurídico.

2 — O regulamento interno da USF consagra, nomeadamente:

- a) A missão, valores e visão;
- b) A estrutura orgânica e respetivo funcionamento;
- c) As intervenções, áreas de atuação e formas de articulação dos diferentes grupos profissionais que integram a equipa multiprofissional;
- d) O horário de funcionamento e de cobertura assistencial;
- e) O sistema de marcação de consultas e de renovação das prescrições;
- f) O acolhimento, orientação e comunicação com os utentes;
- g) O sistema de intersubstituição dos profissionais da equipa multiprofissional;
- h) A forma de prestação de trabalho dos profissionais da equipa multiprofissional;
- i) A formação contínua dos profissionais da equipa multiprofissional;
- j) As inibições decorrentes da necessidade de cumprir o compromisso assistencial da USF;
- k) A carta da qualidade;
- l) A forma de articulação e auscultação da população abrangida pela USF ou dos seus representantes.

3 — Cada USF elabora o seu regulamento interno e submete-o ao ACES ou ULS, que aprecia a conformidade do mesmo com o plano de ação previsto no n.º 1 do artigo 6.º e procede à sua aprovação.

4 — O período de funcionamento das USF é das 8 às 20 horas, nos dias úteis.

5 — O período de funcionamento referido no número anterior pode ser objeto de redução ou de alargamento, de acordo com as características geodemográficas da área de cada USF, com o período do ano, com a dimensão das listas de utentes e com o número de profissionais que integram a equipa multiprofissional, nos termos seguintes:

- a) A redução deve ser adequada a cada situação e estabelecida em função do número de profissionais que constituem a equipa multiprofissional;
- b) O alargamento pode ser estabelecido até às 24 horas, nos dias úteis, e entre as 8 e as 20 horas aos sábados, domingos e feriados;
- c) Pode ainda ser aprovado outro alargamento de horário de funcionamento, de acordo com as necessidades da população devidamente fundamentadas e em caso de comprovada ausência de alternativas.

6 — O alargamento e a redução do período de funcionamento referidos no número anterior devem ser avaliados pelo ACES ou ULS, em articulação com a DE-SNS, I. P., pelo menos uma vez por ano, de molde a aferir a pertinência da sua manutenção.

7 — Sem prejuízo do disposto no número anterior, no caso de uma USF estar localizada num município em que tenha ocorrido descentralização de competências no âmbito da saúde, a Câmara Municipal deve ser ouvida quanto às modificações do período de funcionamento.

## CAPÍTULO III

**Estrutura orgânica das unidades de saúde familiar**

## Artigo 11.º

**Estrutura orgânica**

A estrutura orgânica da USF é composta pelo coordenador da USF, o conselho técnico e o conselho geral.

## Artigo 12.º

**Coordenador da unidade de saúde familiar**

1 — O coordenador da equipa multiprofissional é o médico identificado na candidatura de constituição da USF e designado no despacho que a aprova.

2 — Não é permitida a acumulação das funções de coordenador da USF e de presidente ou membro do conselho clínico e de saúde, diretor executivo ou de diretor do internato médico do ACES ou ULS.

3 — O coordenador da USF exerce as suas competências nos termos previstos no regulamento interno previsto no n.º 2 do artigo 10.º, competindo-lhe em especial:

a) Coordenar as atividades da equipa multiprofissional, de modo a garantir o cumprimento do plano de ação, em especial do compromisso assistencial, e os princípios orientadores da atividade da USF;

b) Gerir os processos, designadamente na vertente clínica, e determinar os atos necessários ao seu desenvolvimento;

c) Presidir ao conselho geral da USF;

d) Assegurar a representação externa da USF;

e) Assegurar a realização de pelo menos duas reuniões por ano com a população abrangida pela USF ou com os seus representantes, no sentido de dar a conhecer o plano de ação, o relatório de atividades, bem como quaisquer outras informações consideradas relevantes;

f) Autorizar a participação em cursos, seminários, encontros, jornadas ou outras ações de formação de idêntica natureza, realizadas no país, nos termos dos critérios definidos pelo conselho geral;

g) Submeter ao ACES ou ULS os atos que careçam de aprovação ou autorização.

4 — O coordenador da USF detém as competências para, no âmbito da USF, confirmar e validar os documentos que sejam exigidos por força de lei ou regulamento.

5 — O coordenador da USF exerce, também, as competências legalmente atribuídas aos titulares do cargo de direção intermédia do 1.º grau e outras que lhe forem delegadas ou subdelegadas, com faculdade de subdelegação.

6 — Com exceção das competências previstas nas alíneas a) e c) do n.º 3, o coordenador da USF pode delegar, com faculdade de subdelegação, as suas competências noutro ou noutros profissionais da equipa multiprofissional.

7 — Em caso de impossibilidade permanente ou de ausência do coordenador da USF, por período igual ou superior a 120 dias seguidos ou, se no mesmo ano civil, interpolados, o conselho geral reúne, sob presidência do médico do conselho técnico, para propor a designação de novo coordenador, a qual está dependente de homologação do ACES ou ULS.

## Artigo 13.º

**Conselho geral**

1 — O conselho geral é constituído por todos os profissionais da equipa multiprofissional, constando o seu funcionamento do regulamento interno da USF.



2 — São competências do conselho geral:

- a) Aprovar o regulamento interno, a carta da qualidade, o plano de ação, o relatório de atividades e o regulamento de distribuição dos incentivos institucionais;
- b) Aprovar a proposta de carta de compromisso prevista no n.º 4 do artigo 6.º;
- c) Zelar pelo cumprimento do regulamento interno, da carta de qualidade e do plano de ação;
- d) Propor a designação de novo coordenador;
- e) Aprovar a substituição de qualquer profissional da equipa multiprofissional;
- f) Aprovar a substituição temporária de qualquer profissional da equipa multiprofissional em caso de ausência por motivo de exercício de funções em outro serviço ou organismo devidamente autorizado;
- g) Pronunciar-se sobre os instrumentos de articulação, gestão e controlo dos recursos afetos e disponibilizados à USF;
- h) Aprovar os critérios de participação em cursos, encontros, jornadas, ou outras ações de idêntica natureza, por grupo de pessoal, observando o regime jurídico em vigor;
- i) Deliberar sobre a extinção da USF em harmonia com o disposto na alínea a) do n.º 1 do artigo 19.º

3 — As deliberações relativas às competências referidas no número anterior são tomadas por maioria de dois terços.

4 — O conselho geral pronuncia-se ainda nas seguintes situações:

- a) Sempre que seja necessário substituir temporariamente algum profissional da equipa multiprofissional devido a ausência superior a duas semanas;
- b) Quando está em causa o alargamento do horário ou da cobertura assistencial;
- c) Quando está em causa outra questão relevante para o normal funcionamento da USF.

5 — O conselho geral reúne, pelo menos, de quatro em quatro meses, ou mediante convocatória do coordenador da equipa multiprofissional ou a pedido de metade dos profissionais que integram a equipa multiprofissional.

6 — Nas decisões tomadas por votação, todos os profissionais do conselho geral têm paridade de voto.

#### Artigo 14.º

##### Conselho técnico

1 — O conselho técnico é constituído por um médico, um enfermeiro e um assistente técnico, preferencialmente detentores de qualificação profissional mais elevada e de maior experiência profissional nos cuidados de saúde primários, escolhidos pelos profissionais de cada grupo profissional.

2 — Compete ao conselho técnico, em articulação com o conselho clínico e de saúde do ACES ou ULS, a orientação necessária à observância das normas técnicas emitidas pelas entidades competentes e a promoção de procedimentos que garantam a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde, tendo por referência a carta da qualidade.

3 — Compete também ao conselho técnico, em cooperação e complementaridade com o conselho clínico e de saúde:

- a) Orientar a equipa multiprofissional da USF, por forma a serem observadas as normas técnicas emitidas pelas entidades competentes e promovidos procedimentos que garantam a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde, tendo por referência a carta da qualidade;
- b) Avaliar o grau de satisfação dos utentes da USF e dos profissionais da equipa multiprofissional;
- c) Propor áreas de melhoria funcional no âmbito da atividade da equipa;
- d) Elaborar e manter atualizado o manual de boas práticas;
- e) Organizar e supervisionar as atividades de formação contínua e de investigação;
- f) Contribuir para o desenvolvimento de uma cultura organizacional de formação, qualidade, humanização, espírito crítico e rigor científico.



4 — O conselho técnico reúne, pelo menos, uma vez por mês ou a pedido de um dos profissionais que integram a equipa multiprofissional.

5 — O funcionamento do conselho técnico consta do regulamento interno da USF.

#### CAPÍTULO IV

### Recursos físicos, técnicos e financeiros

#### Artigo 15.º

##### Disposição geral

1 — O ACES ou ULS afeta à USF os recursos físicos, técnicos e financeiros necessários ao cumprimento do plano de ação e procede à partilha de recursos que, segundo o princípio da economia de meios, devem ser comuns e estar afetos às diversas unidades funcionais do ACES ou ULS.

2 — Tendo em vista a utilização eficiente dos recursos comuns, sem prejuízo do manual de articulação previsto na alínea b) do n.º 5 do artigo 6.º, o ACES ou ULS podem aprovar outros instrumentos que favoreçam e assegurem a articulação das atividades da USF com as demais unidades funcionais.

#### Artigo 16.º

##### Recursos físicos e técnicos

1 — As instalações e equipamentos que o ACES ou ULS afetam às USF devem reunir as condições necessárias ao tipo de cuidados de saúde a prestar, com vista a garantir a respetiva qualidade.

2 — O ACES ou ULS organiza serviços de apoio técnico comuns que respondam às solicitações da USF, no âmbito da partilha de recursos e com vista ao cumprimento do plano de ação da unidade.

3 — Aos serviços de apoio técnico comuns compete, designadamente:

- a) Emitir pareceres e elaborar estudos, relatórios e outros atos preparatórios, solicitados pela USF;
- b) Prestar apoio administrativo nas áreas de gestão de recursos humanos, contabilidade, aprovisionamento e outras que se mostrem necessárias ao normal funcionamento da USF.

#### Artigo 17.º

##### Recursos financeiros

1 — Os recursos financeiros são negociados anualmente entre a USF e o ACES ou ULS e constam da carta de compromisso prevista no n.º 4 do artigo 6.º

2 — O ACES ou ULS coloca à disposição da USF os recursos financeiros constantes da carta de compromisso a que se refere o número anterior.

3 — Podem ser afetos à USF um fundo de maneiio, de montante a contratualizar, bem como as receitas provenientes de outras fontes de financiamento a definir pelo ACES ou ULS, destinadas a projetos específicos acordados ou de acordo com o estabelecido na carta de compromisso a que se refere o n.º 1.

4 — A USF não pode ser responsabilizada pelo incumprimento do plano de ação quando os recursos financeiros previstos na carta de compromisso a que se refere o n.º 1 não forem disponibilizados nos termos acordados.

#### Artigo 18.º

##### Instrumentos de articulação

1 — O apoio do ACES ou ULS à USF, através da afetação de recursos para o seu funcionamento, bem como a colaboração nas atividades comuns, é regulado pelo manual de articulação da USF com o ACES ou ULS que faz parte integrante da carta de compromisso prevista no n.º 4 do artigo 6.º

2 — O ACES ou ULS e a USF devem respeitar e fazer cumprir o manual de articulação, sendo os respetivos termos acordados nos casos omissos.

## CAPÍTULO V

**Extinção das unidades de saúde familiar e alterações na equipa multiprofissional**

## Artigo 19.º

**Extinção da unidade de saúde familiar**

1 — A extinção da USF ocorre nos seguintes casos:

- a) Por deliberação do conselho geral, por maioria de dois terços da equipa multiprofissional;
- b) Pela demissão do coordenador da USF se nenhum outro profissional da equipa médica estiver disposto a assumir o cargo;
- c) Pela saída de mais de 50 % dos profissionais da equipa multiprofissional em qualquer um dos subgrupos profissionais ou, no total da equipa multiprofissional, em número superior a um terço do total dos profissionais da USF, se a sua substituição não for efetuada no período de 12 meses;
- d) Por falsificação de registos no sistema de informação no âmbito da equipa multiprofissional;
- e) Por incumprimento sucessivo e reiterado da carta de compromisso prevista no n.º 4 do artigo 6.º, salvaguardando o respeito pelo princípio do contraditório.

2 — Para os efeitos previstos no número anterior, considera-se incumprimento sucessivo e reiterado da carta de compromisso a apresentação, em dois anos consecutivos, de um índice de desempenho da equipa (IDE), fixado na portaria a que se refere o n.º 4 do artigo 34.º, inferior a 65 % ou, em três anos consecutivos, inferior a 70 %.

3 — No caso previsto na alínea c) do n.º 1, pode não ocorrer a extinção da USF caso se mostre possível proceder à substituição dos profissionais em falta num prazo que não comprometa a dinâmica assistencial e o desempenho da equipa multiprofissional.

4 — Nas situações referidas no n.º 2, verificando-se os valores percentuais de IDE aí referidos, a Equipa Nacional de Apoio (ENA), criada nos termos do n.º 2 do artigo 40.º, em conjunto com a equipa multiprofissional, analisa as causas subjacentes à insuficiência de desempenho, bem como implementa um plano de desenvolvimento organizacional.

5 — Terminado o processo referido no número anterior, e mediante parecer da ENA, o ACES ou ULS apresenta à DE-SNS, I. P., sendo o caso, uma proposta de extinção da USF.

6 — A decisão de extinção cabe à DE-SNS, I. P., e é precedida de contraditório apresentado pela equipa multiprofissional.

7 — Independentemente do procedimento referido nos n.ºs 4 a 6, a extinção da USF opera automaticamente quando se verifique, em cinco anos consecutivos, um valor percentual de IDE inferior a 70 %.

8 — A decisão sobre a extinção da USF é comunicada à USF e ao ACES ou ULS, com a antecedência mínima de 60 dias, atenta a data da produção de efeitos.

9 — Caso ocorra a extinção da USF, os profissionais ali integrados mantêm-se em funções na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados que sucede à USF, sem prejuízo de poder haver lugar à constituição de uma nova equipa e candidatura a USF, nos termos da legislação em vigor.

## Artigo 20.º

**Substituição e integração de profissionais da equipa multiprofissional**

1 — Qualquer profissional da equipa multiprofissional da USF pode deixar de a integrar se, 60 dias antes da data prevista de saída:

- a) Apresentar um pedido nesse sentido ao conselho geral e comunicar tal intenção ao diretor executivo do ACES, bem como, sendo o caso, ao serviço de origem;
- b) For aprovada proposta do coordenador da USF por maioria de dois terços, no conselho geral, e comunicada ao próprio, ao ACES ou ULS e ao serviço de origem.

2 — Nas situações de ausência de um profissional da equipa multiprofissional por período superior a 120 dias, salvaguardadas as situações devidamente fundamentadas, nomeadamente no âmbito da proteção na parentalidade, deve a USF, no prazo máximo de 30 dias, a contar do termo daqueles 120 dias, propor ao ACES ou ULS a substituição do profissional ausente.

3 — Nos casos em que, nos termos previstos no número anterior, não seja apresentada proposta de substituição no prazo estabelecido, pode o ACES ou ULS proceder àquela substituição, designadamente nos termos previstos no artigo 17.º do Estatuto do SNS.

4 — Verificando-se o aumento do número de utentes inscritos, ou existência de utentes inscritos sem médico de família atribuído no mesmo centro de saúde e em local geograficamente próximo da área de prestação de cuidados, a USF pode propor ao ACES ou ULS a integração de novos profissionais na equipa multiprofissional, em aditamento ao processo de candidatura.

5 — A substituição e a integração de um novo profissional na equipa multiprofissional implicam a atualização do anexo da carta de compromisso prevista no n.º 4 do artigo 6.º

6 — Os profissionais que deixam de integrar a equipa multiprofissional da USF retomam as suas funções nas respetivas carreiras e categorias no serviço de origem.

## CAPÍTULO VI

### **Regime de prestação de trabalho da equipa multiprofissional**

#### Artigo 21.º

##### **Disposição geral**

O regime de trabalho da equipa multiprofissional é o previsto no regime jurídico das respetivas carreiras profissionais, no regime jurídico do contrato de trabalho e no presente regime jurídico, sem prejuízo das regras adotadas por acordo expresso dos profissionais da equipa multiprofissional nos casos legalmente possíveis.

#### Artigo 22.º

##### **Prestação de trabalho**

1 — A forma de prestação de trabalho dos elementos da equipa multiprofissional consta do regulamento interno da USF e é estabelecida para toda a equipa multiprofissional, tendo em conta o plano de ação, o período de funcionamento, a cobertura assistencial e as modalidades de regime de trabalho previstas na lei.

2 — Excecionalmente, quando não se justifique a contratação em regime de tempo completo, é admissível a integração na equipa multiprofissional de profissionais em regime de trabalho a tempo parcial, até ao limite máximo de um terço dos profissionais de cada grupo profissional que integram a USF.

3 — A remuneração do trabalho prestado em regime de tempo parcial tem por base a do trabalho prestado no regime de tempo completo em situação comparável, na proporção do respetivo período normal de trabalho semanal.

#### Artigo 23.º

##### **Horário de trabalho**

1 — O horário de trabalho a praticar por cada profissional da equipa multiprofissional, assim como o início e o termo do período normal de trabalho, devem ser definidos em articulação e por acordo entre todos os profissionais, nos termos previstos no n.º 1 do artigo anterior.

2 — O horário de trabalho tem como base as 35 horas semanais com incrementos ajustados ao suplemento associado ao aumento de unidades ponderadas (UP) da lista de utentes, previsto na alínea a) do n.º 1 do artigo 28.º, no n.º 1 do artigo 29.º, no n.º 1 do artigo 30.º, no n.º 1 do artigo 31.º, no n.º 1 do artigo 32.º e no n.º 1 do artigo 33.º

3 — Os horários dos profissionais são aprovados em conselho geral e submetidos pelo coordenador a homologação do ACES ou ULS.

## Artigo 24.º

**Responsabilidade dos profissionais da equipa multiprofissional**

1 — Os profissionais que integram a equipa multiprofissional da USF são responsáveis, solidariamente e dentro de cada grupo profissional, por garantir o cumprimento das obrigações dos demais profissionais da equipa multiprofissional durante os períodos de férias e durante qualquer ausência de duração igual ou inferior a duas semanas.

2 — Em caso de ausência superior a duas semanas, as obrigações do profissional da equipa multiprofissional ausente são garantidas pelos restantes profissionais da equipa, através do recurso a trabalho suplementar.

3 — Para além do disposto no número anterior, a prestação de trabalho suplementar a realizar pelos profissionais que integram a USF pode ainda ser autorizada pelo ACES ou ULS, em caso de necessidade de prestação de serviço fora do respetivo compromisso assistencial.

4 — A compensação devida pela prestação de trabalho suplementar referida nos números anteriores é calculada por referência à respetiva categoria e posição remuneratória.

5 — Os profissionais da equipa multiprofissional ausentes, por faltas justificadas, mantêm o direito à forma de remuneração prevista no presente regime jurídico, desde que a ausência não exceda as duas semanas.

## Artigo 25.º

**Relações hierárquicas e interprofissionais dos profissionais da equipa multiprofissional**

1 — Sem prejuízo da autonomia técnica garantida aos médicos e enfermeiros, os profissionais da equipa multiprofissional desenvolvem a sua atividade sob a coordenação e a orientação do coordenador da USF.

2 — A avaliação de desempenho dos profissionais que integram a USF observa o regime jurídico fixado sobre a matéria no estatuto legal da respetiva carreira, com a especificidade prevista no número seguinte.

3 — No caso dos enfermeiros, a avaliação é realizada, como único avaliador, pelo enfermeiro que integra o conselho técnico da USF.

4 — A elaboração dos planos de trabalho e de férias, compete ao profissional que, para o correspondente grupo de pessoal, integra o conselho técnico, e é aprovado pelo coordenador da USF.

## Artigo 26.º

**Mobilidade**

1 — Quando um elemento da equipa multiprofissional da USF não pertencer ao mapa de pessoal do ACES ou da ULS, cabe ao respetivo órgão de gestão desencadear o procedimento conducente à necessária mobilidade.

2 — Nos casos em que a constituição de uma USF determine ganhos globais acrescidos de cobertura assistencial, o procedimento de mobilidade é prioritário.

## CAPÍTULO VII

**Regime de carreiras, suplementos e incentivos**

## Artigo 27.º

**Remuneração dos profissionais que integram a equipa multiprofissional**

1 — A remuneração mensal dos profissionais da USF integra uma remuneração base, suplementos e compensações pelo desempenho.

2 — A remuneração base corresponde à remuneração da respetiva categoria e posição remuneratória, em regime de tempo completo, considerando-se no caso do pessoal médico o disposto no artigo 4.º do presente decreto-lei.

3 — Para efeitos do n.º 1, os suplementos e as compensações pelo desempenho são estabelecidos, para cada grupo profissional, nos termos do disposto nos artigos seguintes.

### Artigo 28.º

#### Suplementos e compensações pelo desempenho dos médicos

1 — Para efeitos do n.º 1 do artigo anterior são considerados, para os médicos, os seguintes suplementos:

- a) O suplemento associado ao aumento das UP da dimensão mínima da lista de utentes prevista no n.º 2 do artigo 9.º;
- b) O suplemento pela realização de cuidados domiciliários;
- c) O suplemento associado à atividade de orientador de formação do internato da especialidade de medicina geral e familiar;
- d) O suplemento associado ao desempenho da função de coordenador da equipa.

2 — Para além do disposto no número anterior, é ainda considerado como suplemento, quando contratualizado, o associado ao alargamento do período de funcionamento, nos termos do disposto nas alíneas b) e c) do n.º 5 do artigo 10.º

3 — Para efeitos do n.º 1 do artigo anterior, as compensações pelo desempenho dos médicos integram:

- a) A compensação associada ao IDE previsto no artigo 34.º;
- b) A compensação associada à carteira adicional de serviços, nos termos do disposto nos n.ºs 8 a 11 do artigo 6.º, quando contratualizada.

4 — Do conjunto dos pagamentos associados ao suplemento previsto na alínea a) do n.º 1 e à compensação pelo desempenho prevista na alínea a) do número anterior não pode resultar, para o médico, pagamento em montante superior a € 3484,00.

5 — As componentes previstas no n.º 1 e na alínea a) do n.º 3 são devidas e pagas integral e mensalmente ao médico.

6 — O suplemento previsto no n.º 2 é devido ao grupo de médicos que integra a USF, dividida igualmente por todos, sendo paga, mensalmente, a cada médico, a respetiva quota-parte.

7 — As componentes previstas na alínea a) do n.º 1 e na alínea a) do n.º 3 são consideradas para efeitos de aposentação ou reforma.

8 — A remuneração referida no presente artigo, com exceção dos suplementos previstos nas alíneas b), c) e d) do n.º 1, implica o pagamento de subsídios de férias e de Natal.

### Artigo 29.º

#### Cálculo dos suplementos e compensações pelo desempenho dos médicos

1 — O suplemento remuneratório previsto na alínea a) do n.º 1 do artigo anterior é calculado nos seguintes termos:

- a) Se a dimensão mínima da lista de utentes do médico for superior ou igual a 1550 utentes, é pago um valor de € 130,00, por cada aumento de 55 UP acima de 1917 UP;
- b) Os aumentos da dimensão mínima da lista de utentes do médico são valorizados até a lista atingir 2412 UP;
- c) Sem prejuízo do disposto na alínea anterior, o valor a pagar é majorado com o fator de 1,8, para os primeiros seis aumentos de 55 UP.



2 — A realização de cuidados domiciliários médicos confere o direito, por cada consulta e até ao limite máximo de 20 domicílios por mês, a um abono de € 30,00, considerando-se incluídas as despesas desembolsadas pelo médico para prestação de cuidados domiciliários aos seus utentes ou aos de outro médico da equipa.

3 — À função de coordenador da equipa é atribuído um suplemento remuneratório de € 910,00.

4 — Pela atividade de orientador de formação, que pode ser assumida por qualquer médico da USF, incluindo o respetivo coordenador, é atribuído um suplemento remuneratório correspondente a € 520.

5 — Quando for contratualizado o alargamento do período de funcionamento, o valor do suplemento previsto no n.º 2 do artigo 28.º é de:

- a) €180,00 para o alargamento nos dias úteis;
- b) € 235,00 para o alargamento aos sábados, domingos e feriados.

6 — O valor obtido nos termos do previsto no número anterior é multiplicado pelo número de horas de alargamento semanal contratualizado.

7 — A compensação associada ao IDE previsto no artigo 34.º é calculada nos seguintes termos:

- a) O valor máximo mensal a pagar por médico corresponde a € 2860,00;
- b) O valor a auferir por cada médico é calculado considerando o valor máximo mensal previsto na alínea anterior e o resultado obtido nos termos do artigo 34.º, conforme fixado na tabela I ao presente regime.

8 — A compensação pelo desempenho associada à carteira adicional de serviços é operacionalizada nos termos do n.º 10 do artigo 6.º

#### Artigo 30.º

##### Suplementos e compensações pelo desempenho dos enfermeiros

1 — Para efeitos do n.º 1 do artigo 26.º é considerado, para os enfermeiros, o suplemento associado ao aumento das UP da dimensão mínima da lista de utentes, prevista no n.º 2 do artigo 9.º

2 — Para além do disposto no número anterior, é ainda considerado como suplemento, quando contratualizado, o associado ao alargamento do período de funcionamento, nos termos do disposto nas alíneas b) e c) do n.º 5 do artigo 10.º

3 — Para efeitos do n.º 1 do artigo 27.º, a compensação pelo desempenho dos enfermeiros integra:

- a) A compensação associada ao IDE previsto no artigo 34.º;
- b) A compensação associada à carteira adicional de serviços nos termos dos n.ºs 8 a 11 do artigo 6.º, quando contratualizada.

4 — As componentes previstas nos n.ºs 1 e 2 são devidas ao grupo de enfermeiros, divididas igualmente por todos, sendo paga, mensalmente, a cada enfermeiro a respetiva quota-parte.

5 — A componente prevista na alínea a) do n.º 3 é devida e paga integral e mensalmente ao enfermeiro.

6 — Do conjunto dos pagamentos associados ao suplemento previsto no n.º 1 e à compensação pelo desempenho prevista na alínea a) do n.º 3 não pode resultar, para o enfermeiro, pagamento em montante superior a € 1360,00.

7 — As componentes previstas no n.º 1 e na alínea a) do n.º 3 são consideradas para efeitos de aposentação ou reforma.

8 — A remuneração prevista no presente artigo implica o pagamento de subsídios de férias e de Natal.

## Artigo 31.º

**Cálculo dos suplementos e compensações pelo desempenho dos enfermeiros**

1 — O suplemento associado ao aumento das UP da dimensão mínima da lista de utentes é calculado nos seguintes termos:

- a) Se a lista de utentes do enfermeiro for superior ou igual a 1550 utentes, é pago um valor de € 100, por cada aumento de 55 UP acima de 1917 UP;
- b) Os aumentos da dimensão mínima da lista de utentes do enfermeiro são valorizados até a lista atingir 2412 UP.

2 — Quando for contratualizado o alargamento do funcionamento, o valor do suplemento previsto no n.º 2 do artigo 30.º é de:

- a) € 89,00 para o alargamento nos dias úteis;
- b) € 115,00 para o alargamento aos sábados, domingos e feriados.

3 — O valor obtido nos termos do previsto no número anterior é multiplicado pelo número de horas de alargamento semanal contratualizado.

4 — A compensação associada ao IDE, previsto no artigo 34.º, é calculada nos seguintes termos:

- a) O valor máximo mensal a pagar por enfermeiro corresponde € 460,00;
- b) O valor a auferir por cada enfermeiro é calculado considerando o valor máximo mensal previsto na alínea anterior e o resultado obtido nos termos do artigo 34.º, conforme fixado na tabela I ao presente regime.

5 — A compensação pelo desempenho associada à carteira adicional de serviços é operacionalizada nos termos do n.º 10 do artigo 6.º

## Artigo 32.º

**Remuneração dos assistentes técnicos**

1 — Para efeitos da remuneração dos assistentes técnicos, é considerado o suplemento associado ao aumento das UP face ao número de utentes abrangidos pela USF, em conformidade com o disposto no artigo 8.º desde que a média por assistente técnico seja igual ou superior a 2000 utentes.

2 — Para além do disposto no número anterior, é ainda considerado como suplemento, quando contratualizado, o associado ao alargamento do período de funcionamento, nos termos do disposto nas alíneas b) e c) do n.º 5 do artigo 10.º

3 — A compensação pelo desempenho dos assistentes técnicos integra:

- a) A compensação associada ao IDE previsto no artigo 34.º;
- b) A compensação associada à carteira adicional de serviços nos termos dos n.ºs 8 a 11 do artigo 6.º, quando contratualizada.

4 — As componentes previstas nos n.ºs 1 e 2 são devidas aos assistentes técnicos divididas igualmente por todos, sendo paga, mensalmente, a cada um, a respetiva quota-parte.

5 — A componente prevista na alínea a) do n.º 3 é devida e paga integral e mensalmente ao assistente técnico.

6 — Do conjunto dos pagamentos associados ao suplemento previsto no n.º 1 e à compensação pelo desempenho prevista na alínea a) do n.º 3 não pode resultar, para o assistente técnico, pagamento em montante superior a € 687,00.

7 — As componentes previstas no n.º 1 e na alínea a) do n.º 3 são consideradas para efeitos de aposentação ou reforma.

8 — A remuneração referida no presente artigo implica o pagamento de subsídios de férias e de Natal.

#### Artigo 33.º

##### **Cálculo dos suplementos e compensações pelo desempenho dos assistentes técnicos**

1 — O suplemento associado ao aumento das UP, referentes ao número médio de utentes por assistente técnico, é calculado nos seguintes termos:

a) Por cada aumento de 71 UP acima de 2474 UP, por referência ao número médio UP por assistente técnico, é pago um valor de € 60,00;

b) Só há lugar ao pagamento referido na alínea anterior, quando o número médio de utentes, por assistente técnico, atinja o mínimo de 2000 utentes;

c) Os aumentos da dimensão mínima referidos nas alíneas anteriores, são valorizados até ao máximo de 639 UP.

2 — Quando for contratualizado o alargamento do funcionamento, o valor do suplemento previsto no n.º 2 do artigo 28.º é de:

a) € 50,00 para o alargamento nos dias úteis;

b) € 65,00 para o alargamento aos sábados, domingos e feriados.

3 — O valor obtido nos termos do previsto no número anterior é multiplicado pelo número de horas de alargamento semanal contratualizado.

4 — A compensação pelo IDE, previsto no artigo 34.º, é calculada nos seguintes termos:

a) O valor máximo mensal a pagar por assistente técnico, corresponde a € 147,00;

b) O valor a auferir por cada assistente técnico é calculado considerando o valor máximo mensal previsto na alínea anterior e o resultado obtido nos termos do artigo 34.º, conforme fixado na tabela I ao presente regime.

5 — A compensação pelo desempenho associada à carteira adicional de serviços é operacionalizada nos termos do n.º 10 do artigo 6.º

#### Artigo 34.º

##### **Índice de desempenho da equipa multiprofissional**

1 — A compensação pelo desempenho prevista na alínea a) do n.º 3 do artigo 28.º, na alínea a) do n.º 3 do artigo 30.º e na alínea a) do n.º 3 do artigo 32.º depende do desempenho global da equipa multiprofissional.

2 — Para efeitos do disposto no número anterior, o IDE considera as dimensões e os indicadores identificados na tabela II ao presente regime.

3 — Os indicadores e respetiva metas, referidas no número anterior, são fixados para o triénio e assentam em intervalos de valor esperado e variação aceitável.

4 — O modo de apuramento do desempenho da equipa multiprofissional, designadamente o peso relativo de cada indicador e a forma de determinação dos intervalos do valor esperado são fixados por portaria dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e saúde.

#### Artigo 35.º

##### **Incentivos institucionais**

1 — A atribuição de incentivos institucionais aplica-se nos termos a definir na portaria prevista no n.º 4 do artigo anterior.

2 — Os incentivos institucionais traduzem-se, nomeadamente, no acesso a informação técnica, na participação em conferências, simpósios, colóquios, cursos de formação e seminários

sobre matérias de diferentes atividades da carteira de serviços da unidade funcional, desde que inseridos no plano de formação dos seus profissionais, no apoio à investigação, na atualização, manutenção e aquisição de equipamentos para o funcionamento da unidade funcional, na melhoria das amenidades de exercício de funções da equipa multiprofissional e acolhimento dos utentes ou no desenvolvimento de processos de melhoria da qualidade e de acreditação.

3 — O valor máximo dos incentivos institucionais é estabelecido, anualmente, no respetivo orçamento.

## CAPÍTULO VIII

### Disposições finais e transitórias

#### Artigo 36.º

##### Transição das unidades de saúde familiar

1 — Todas as USF criadas nos termos do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, na sua redação atual, e existentes à data de entrada em vigor do presente regime jurídico, ficam sujeitas, automaticamente e com dispensa de quaisquer formalidades, ao regime previsto no presente regime jurídico, com as especificidades constantes dos números seguintes.

2 — Às USF de modelo A cujo valor percentual de Índice de Desempenho Global (IDG), apurado nos termos da Portaria n.º 212/2017, de 19 de julho, seja superior ou igual a 60 %, aplica-se integralmente, o regime previsto no presente decreto-lei.

3 — Às USF de modelo A cujo valor percentual de IDG seja inferior ao definido no número anterior, aplica-se o disposto no presente decreto-lei, com exceção do regime remuneratório previsto no capítulo VII.

4 — O disposto no n.º 2 aplica-se também às unidades de cuidados de saúde personalizados que, à data de entrada em vigor do presente regime jurídico, tenham apresentado candidatura a USF e preencham os pressupostos ali estabelecidos.

5 — Sem prejuízo do disposto no n.º 1, e de modo a garantir que os profissionais da equipa multiprofissional que integrem uma USF modelo B, existente à data de entrada em vigor do presente decreto-lei, dispõem do tempo necessário para adequar o seu desempenho ao IDE, é aplicável, até 31 de dezembro de 2024, o regime remuneratório definido no capítulo VII do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, na sua redação atual, com exceção da remuneração base dos trabalhadores médicos que segue o regime previsto para o período normal de trabalho estabelecido no n.º 1 do artigo 15.º-A do Decreto-Lei n.º 176/2009, de 4 de agosto, na sua redação atual, ou no n.º 1 do artigo 20.º do Decreto-Lei n.º 177/2009, de 4 de agosto na sua redação atual, consoante o caso.

6 — Sem prejuízo do disposto no número anterior, aos profissionais da equipa multiprofissional que integrem uma USF modelo B, existente à data de entrada em vigor do presente decreto-lei, aplica-se automaticamente o previsto no n.º 1 quando atinjam um IDE igual ou superior a 76,5 %.

#### Artigo 37.º

##### Constituição das listas de acordo com a complexidade dos utentes

1 — O disposto nos n.ºs 2 a 4 do artigo 9.º, relativo ao cálculo das UP tendo em conta a idade do utente, é substituído pelo índice de complexidade do utente (ICU), incluindo para efeitos de aplicação do disposto na alínea a) do n.º 1 do artigo 29.º, na alínea a) do n.º 1 do artigo 31.º e no n.º 1 do artigo 32.º, a partir de 1 de janeiro de 2025.

2 — A definição da substituição das UP pelos utentes e pelo ICU, bem como a conversão e implementação dos procedimentos necessários será definido em diploma próprio.

3 — A partir de 1 janeiro de 2024 é disponibilizada informação que permita aos profissionais que integram a equipa multiprofissional acompanhar a constituição da lista tendo por base a complexidade dos utentes.

4 — Até ao final do primeiro semestre de 2024, a área governativa da saúde, promove a elaboração de um estudo comparativo, que avalie a constituição das listas nos termos do n.º 2 do artigo 9.º e a constituição das listas tendo por base a complexidade dos utentes.

5 — A complexidade dos utentes obtém-se pela aplicação de um algoritmo de ajustamento e ponderação do risco individual de cada utente com capacidade preditiva sobre a carga de trabalho assistencial necessária para garantir a qualidades dos cuidados em que são considerados, a idade, o género, as condições socioeconómicas, o ciclo de vida, a morbilidade e o contexto de exercício da equipa multiprofissional.

6 — A definição do algoritmo referido no número anterior é fixada por portaria.

### Artigo 38.º

#### **Regime transitório**

Transitoriamente, até à existência em número suficiente de enfermeiros detentores do título de enfermeiro especialista em saúde familiar, as USF integram enfermeiros detentores dos títulos de enfermeiro e de enfermeiro especialista nos vários domínios de especialização, em particular, especialistas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica e enfermagem de saúde materna e obstétrica.

### Artigo 39.º

#### **Monitorização, avaliação e acreditação**

1 — A monitorização e avaliação das USF incumbem aos ACES ou ULS, em articulação com a DE-SNS, I. P.

2 — A monitorização e avaliação das USF devem incidir sobre as áreas da disponibilidade, acessibilidade, produtividade, qualidade técnico-científica, efetividade, eficiência e satisfação e podem contemplar especificidades e características de carácter regional ou local, quando estas se apresentem como fatores corretivos e niveladores da matriz nacional.

3 — A monitorização e avaliação das USF têm por base um modelo de matriz nacional que aplica a metodologia de autoavaliação, avaliações interpares e avaliações cruzadas entre USF.

4 — Para efeitos do disposto no presente artigo, a ACSS, I. P., disponibiliza plataformas de informação de suporte, o Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários e o E-Qualidade.

5 — As USF podem submeter-se a um sistema de acreditação, a cargo da entidade competente integrada na estrutura da área governativa da saúde.

### Artigo 40.º

#### **Acompanhamento**

1 — No prazo de três anos após a entrada em vigor do presente regime jurídico, as áreas governativas das finanças e da saúde, promovem a elaboração de um relatório de monitorização e avaliação do modelo de organização e funcionamento em USF, com o objetivo de avaliar os impactos decorrentes da universalização das USF de modelo B e ponderar medidas que contribuam para aperfeiçoamento do regime, em especial, potenciadoras de maior acesso, eficiência e qualidade.

2 — É criada uma equipa nacional de apoio à implementação e desenvolvimento das USF B, abreviadamente designada como ENA, que tem por missão apoiar as equipas e os ACES ou ULS na criação e acompanhamento das USF a nível nacional.

### Artigo 41.º

#### **Regulamentação**

A regulamentação prevista no presente regime jurídico é aprovada no prazo de 90 dias a contar da data da sua entrada em vigor.



TABELA I

[a que se referem a alínea b) do n.º 7 do artigo 29.º, a alínea b) do n.º 4 do artigo 31.º e a alínea b) do n.º 4 do artigo 33.º]

Intervalo de resultados do IDE (%)	Apuramento
[0; 50[ . . . . .	—
[50; 90[ . . . . .	$VMM \times (IDE - 50) / 40$
[90; 100] . . . . .	VMM

VMM — Corresponde ao valor máximo mensal fixado para o correspondente grupo de pessoal, fixado, consoante o caso, no n.º 4 do artigo 28.º, no n.º 6 do artigo 30.º e na alínea a) do n.º 4 do artigo 33.º, respetivamente, médicos, enfermeiros e assistentes técnicos

TABELA II

(a que se refere o n.º 2 do artigo 34.º)

### Índice de Desempenho da Equipa — IDE

Dimensão	Designação do indicador
Acesso . . . . .	Utilização de consultas médicas. Utilização de consultas de enfermagem. Renovação do receituário crónico em 3 dias úteis. Utilização de consultas de planeamento familiar. Domicílios de enfermagem.
Gestão da Saúde . . . . .	Consulta de vigilância da gravidez no 1.º trimestre. Realização de consulta em utentes com obesidade. Rastreio do cancro colo do útero. Rastreio do cancro do cólon e reto. Realização de consulta em utentes com alcoolismo. Plano Nacional de Vacinação e consulta de vigilância aos 7 anos. Plano Nacional de Vacinação e consulta de vigilância aos 14 anos. Proporção utentes com vacina tétano. Vigilância saúde infantil 1.º ano de vida. Realização de consultas de enfermagem durante a gravidez e puerpério. Vigilância saúde infantil 2.º ano de vida. Ecografia morfológica na gravidez. Exames laboratoriais no 1.º trimestre gravidez. Exames laboratoriais no 2.º trimestre gravidez. Exames laboratoriais no 3.º trimestre gravidez. Recém-nascidos cuja mãe tem registo gravidez. Fumadores com intervenções breves ou muito breves. Pessoas com abstinência tabágica. Utentes sem prescrição prolongada de ansiolíticos, sedativos e hipnóticos ajustada à pop. Padrão.
Gestão da Doença . . . . .	Utentes com vacina gripe. Utentes com hipertensão com pressão arterial controlada. Utentes com hipertensão com registo de risco cardiovascular. Utentes com diabetes com registo de Gestão de Regime Terapêutico. Utentes com diabetes com consulta de enfermagem de vigilância. Utentes diabetes com última HbA1c controlada. Utentes com doença pulmonar crónica obstrutiva com espirometria. Utentes com diabetes com avaliação do risco de úlcera de pé. Utentes com diabetes tipo 2 e indicação para insulino terapia, a fazer terapêutica adequada. Novos utentes com diabete tipo 2 em terapêutica com metformina em monoterapia. Utentes com diabetes com pressão arterial controlada.



Dimensão	Designação do indicador
Qualificação da prescrição .....	Utentes com diabetes com valores controlados de Colesterol LDL. Utentes adultos com evidência de asma ou DPOC ou bronquite crónica, com o diagnóstico registado. Utentes com DPOC com consulta de vigilância. Utentes com asma, com consulta vigilância. Prescrição de medicamentos por utente padrão.
Integração de Cuidados .....	Prescrição de MCDT por utente padrão. Internamentos evitáveis. Resolutividade da unidade funcional para a doença aguda.

## ANEXO II

(a que se refere o n.º 2 do artigo 4.º)

**Dedicação plena**

<b>Assistente graduado sénior</b>	p)	1. <sup>a</sup>	2. <sup>a</sup>	3. <sup>a</sup>	4. <sup>a</sup>				
	n)	71	74	83	93				
<b>Assistente graduado</b>	p)	1. <sup>a</sup>	2. <sup>a</sup>	3. <sup>a</sup>	4. <sup>a</sup>	5. <sup>a</sup>	6. <sup>a</sup>		
	n)	60	62	64	66	68	70		
<b>Assistente</b>	p)	1. <sup>a</sup>	2. <sup>a</sup>	3. <sup>a</sup>	4. <sup>a</sup>	5. <sup>a</sup>	6. <sup>a</sup>	7. <sup>a</sup>	8. <sup>a</sup>
	n)	48	50	52	54	55	56	57	58

116992808