

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

Artigo 1.º

Alteração ao Decreto-Lei n.º 119-B/99, de 14 de Abril

Os artigos 2.º e 3.º do Decreto-Lei n.º 119-B/99, de 14 de Abril, na redacção introduzida pelos Decretos-Leis n.ºs 220-A/99, de 16 de Junho, 541/99, de 13 de Dezembro, 306/2002, de 13 de Dezembro, e 196/2004, de 17 de Agosto, passam a ter a seguinte redacção:

«Artigo 2.º

[...]

São objecto do presente diploma as seguintes concessões:

- a)
- b)
- c)
- d)
- e)
- f)
- g)
- h)
- i) Concessão a designar por concessão do túnel do Marão, para concepção, construção, financiamento, exploração e manutenção, com cobrança de portagem aos utentes:
A 4/IP 4 — Amarante-Vila Real;
- j)
- l) Concessão a designar por concessão auto-estrada transmontana, para concepção, construção, financiamento, exploração e manutenção, sem cobrança de portagem aos utentes:
A 4-IP 4 — Vila Real-Bragança (Quintanilha).

Artigo 3.º

[...]

Sem prejuízo do previsto no n.º 2 do artigo 1.º do presente decreto-lei, às concessões previstas nas alíneas a), b) e d) a j) do artigo anterior aplicam-se os artigos 3.º a 14.º do Decreto-Lei n.º 9/97, de 10 de Janeiro, e às referidas nas alíneas c) e l), os artigos 3.º a 14.º do Decreto-Lei n.º 267/97, de 2 de Outubro.»

Artigo 2.º

Entrada em vigor

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

Visto e aprovado em Conselho de Ministros de 20 de Abril de 2006. — *José Sócrates Carvalho Pinto de Sousa* — *Fernando Teixeira dos Santos* — *Francisco Carlos da Graça Nunes Correia* — *Mário Lino Soares Correia*.

Promulgado em 18 de Maio de 2006.

Publique-se.

O Presidente da República, ANÍBAL CAVACO SILVA.

Referendado em 19 de Maio de 2006.

O Primeiro-Ministro, *José Sócrates Carvalho Pinto de Sousa*.

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Decreto-Lei n.º 100/2006

de 6 de Junho

O Decreto Regulamentar n.º 7/2005, de 10 de Agosto, criou o Alto Comissariado da Saúde, enquanto serviço de coordenação intraministerial, para a articulação das políticas públicas de preparação e execução do Plano Nacional de Saúde e de programas específicos de âmbito nacional que o integram. Ficou de imediato prevista a existência de coordenadores nacionais, responsáveis por alguns programas considerados prioritários porque permitem consideráveis ganhos em saúde, já que cada uma das áreas escolhidas se encontra associada a elevados custos económicos e sociais, podendo a acção pública ser muito eficaz na mitigação dos seus efeitos e, conseqüentemente, destes custos. Uma das áreas escolhidas para actuação de um coordenador nacional foi a da saúde das pessoas idosas e dos cidadãos em situação de dependência.

Nos termos do despacho n.º 23 035/2005 (2.ª série), de 17 de Outubro, do Ministro da Saúde, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 214, de 8 de Novembro de 2005, a Coordenação Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas e dos Cidadãos em Situação de Dependência irá dar seguimento ao trabalho desenvolvido pela Comissão para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde às Pessoas Idosas e às Pessoas em Situação de Dependência, criada pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 84/2005, de 27 de Abril.

Acresce que o desenvolvimento de um sistema de cuidados continuados às pessoas idosas e às pessoas dependentes é uma das prioridades inscritas no Programa do XVII Governo Constitucional e no Plano Nacional de Saúde, implicando a implementação de uma rede nacional de cuidados continuados. Esta rede visa apoiar e reforçar as respostas já existentes, alargando as redes comunitárias de apoio para a prática integrada desses cuidados, através da promoção da necessária articulação entre centros de saúde, hospitais, unidades especificamente dedicadas aos cuidados continuados e paliativos, serviços e instituições de apoio social.

Assim, é o próprio Programa do XVII Governo Constitucional que, tendo em conta as situações de exclusão e de desigualdade social em saúde existentes no País, exige a reorganização do sistema de saúde a vários níveis.

No âmbito dos cuidados continuados integrados, urge proceder à adaptação e reorganização das instituições do Serviço Nacional de Saúde com vista a proporcionar cuidados globais de saúde, o que envolve a rede de cuidados hospitalares, a rede de cuidados primários e a criação da rede de cuidados continuados.

Neste contexto, o desenvolvimento de iniciativas transversais aos serviços de saúde, como são os casos das experiências piloto, essenciais para testar o modelo definido e para recolher informação necessária à adaptação desse modelo às diferentes realidades (geográficas, demográficas, epidemiológicas), assim garantindo um melhor aproveitamento e rentabilização dos recursos existentes, envolve a realização de um conjunto amplo e diversificado de actividades e despesas que passam por obras de adaptação, pela aquisição de equipamentos, de unidades móveis, de viaturas não medicalizadas de transporte colectivo de doentes, pessoas carenciadas, pessoas idosas e cidadãos em situação de dependência,

de infra-estruturas informáticas, de telecomunicações, de serviços de consultoria e de apoio ao desenvolvimento e operacionalização dos vários sistemas de informação a instalar.

A transversalidade e dimensão destes projectos tornam os procedimentos de adjudicação mais complexos e, portanto, mais morosos, uma vez que estão vários organismos envolvidos, cada um com as suas especificidades.

Em 2005, apenas foi possível agilizar uma pequena parte das experiências piloto que concretizam a implementação progressiva da rede nacional de cuidados continuados, por força das datas de aprovação e publicação do Decreto-Lei n.º 213/2005, de 9 de Dezembro, cujo regime urge alargar agora à actividade da Coordenação Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas e dos Cidadãos em Situação de Dependência.

Neste contexto, torna-se conveniente adoptar, até final do ano económico de 2006, um regime de contratação de empreitadas de obras públicas e de aquisição de bens e serviços que combine a celeridade procedimental exigida pela concretização dos referidos projectos com a defesa dos interesses do Estado e a rigorosa transparência nos gastos.

Este regime especial, já adoptado noutras situações, irá permitir o cumprimento dos objectivos calendarizados destas iniciativas estruturantes que terão de estar cumpridos no final de 2006.

Assim:

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

Artigo único

Regime excepcional e transitório

A contratação de empreitadas de obras públicas e a aquisição ou locação, sob qualquer regime, de bens e serviços destinados ao desenvolvimento das experiências piloto em execução e cumprimento dos objectivos da Coordenação Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas e Cidadãos em Situação de Dependência, criada pelo despacho n.º 23 035/2005 (2.ª série), de 17 de Outubro, do Ministro da Saúde, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 214, de 8 de Novembro de 2005, que funciona junto do Alto Comissariado para a Saúde, criado pelo Decreto Regulamentar n.º 7/2005, de 10 de Agosto, cuja estimativa de custo global por contrato, não considerando o IVA, seja inferior aos limiares previstos para aplicação das directivas comunitárias sobre contratação pública podem realizar-se, durante o presente ano económico, com recurso aos procedimentos por negociação, consulta prévia ou ajuste directo.

Visto e aprovado em Conselho de Ministros de 6 de Abril de 2006. — José Sócrates Carvalho Pinto de Sousa — Fernando Teixeira dos Santos — António Fernando Correia de Campos.

Promulgado em 19 de Maio de 2006.

Publique-se.

O Presidente da República, ANÍBAL CAVACO SILVA.

Referendado em 22 de Maio de 2006.

O Primeiro-Ministro, José Sócrates Carvalho Pinto de Sousa.

Decreto-Lei n.º 101/2006

de 6 de Junho

O efeito cumulativo da diminuição da mortalidade e da natalidade tem-se traduzido, em Portugal, no progressivo envelhecimento da população. O aumento da esperança média de vida, que se tem verificado em paralelo, espelha a melhoria do nível de saúde dos Portugueses nos últimos 40 anos.

Apesar de tal sucesso, verificam-se carências ao nível dos cuidados de longa duração e paliativos, decorrentes do aumento da prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes. Estão, assim, a surgir novas necessidades de saúde e sociais, que requerem respostas novas e diversificadas que venham a satisfazer o incremento esperado da procura por parte de pessoas idosas com dependência funcional, de doentes com patologia crónica múltipla e de pessoas com doença incurável em estado avançado e em fase final de vida.

Tais respostas devem ser ajustadas aos diferentes grupos de pessoas em situação de dependência e aos diferentes momentos e circunstâncias da própria evolução das doenças e situações sociais e, simultaneamente, facilitadoras da autonomia e da participação dos destinatários e do reforço das capacidades e competências das famílias para lidar com essas situações, nomeadamente no que concerne à conciliação das obrigações da vida profissional com o acompanhamento familiar.

Promover a funcionalidade, prevenindo, reduzindo e adiando as incapacidades, constitui uma das políticas sociais que mais pode contribuir para a qualidade de vida e para a consolidação de uma sociedade mais justa e solidária.

Neste âmbito, o Programa do XVII Governo Constitucional define como meta a instauração de políticas de saúde, integradas no Plano Nacional de Saúde, e de políticas de segurança social que permitam: desenvolver acções mais próximas das pessoas em situação de dependência; investir no desenvolvimento de cuidados de longa duração, promovendo a distribuição equitativa das respostas a nível territorial; qualificar e humanizar a prestação de cuidados; potenciar os recursos locais, criando serviços comunitários de proximidade, e ajustar ou criar respostas adequadas à diversidade que caracteriza o envelhecimento individual e as alterações de funcionalidade.

A prossecução de tal desiderato pressupõe a instituição de um modelo de intervenção integrado e ou articulado da saúde e da segurança social, de natureza preventiva, recuperadora e paliativa, envolvendo a participação e colaboração de diversos parceiros sociais, a sociedade civil e o Estado como principal incentivador. Tal modelo tem de situar-se como um novo nível intermédio de cuidados de saúde e de apoio social, entre os de base comunitária e os de internamento hospitalar.

Neste contexto, pretende-se dinamizar a implementação de unidades e equipas de cuidados, financeiramente sustentáveis, dirigidos às pessoas em situação de dependência, com base numa tipologia de respostas adequadas, assentes em parcerias públicas, sociais e privadas, visando contribuir para a melhoria do acesso do cidadão com perda de funcionalidade ou em situação de risco de a perder, através da prestação de cuidados técnica e humanamente adequados. Estas unidades e equipas devem assentar numa rede de respostas de cuidados continuados integrados em interligação com as redes nacionais de saúde e de segurança social.