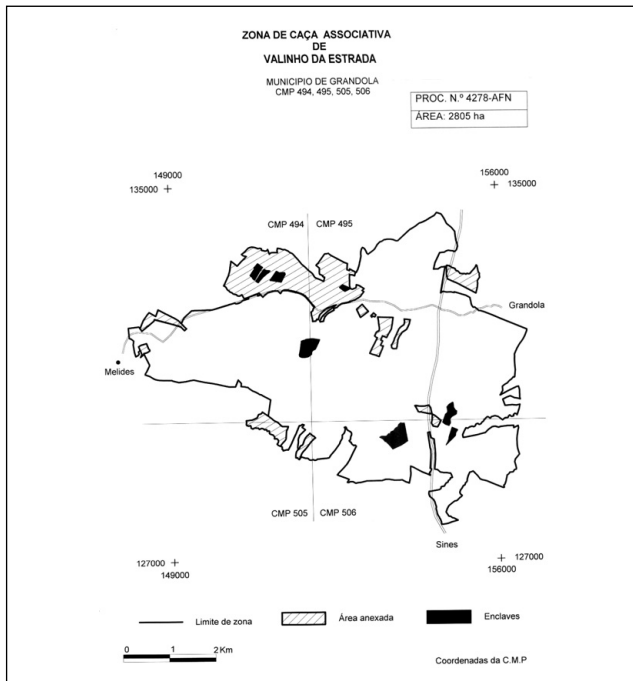


2.º A presente anexação só produz efeitos relativamente a terceiros com a instalação da respectiva sinalização.

Pelo Ministro da Agricultura, do Desenvolvimento Rural e das Pescas, *Ascenso Luís Seixas Simões*, Secretário de Estado do Desenvolvimento Rural e das Florestas, em 16 de Dezembro de 2008.



Portaria n.º 1528/2008

de 26 de Dezembro

Pela Portaria n.º 871/2005, de 21 de Setembro, foi concessionada ao Clube de Caçadores da Açorda a zona de caça associativa da Herdade do Zambujeiro (processo n.º 4053-AFN), situada no município de Ponte de Sor.

Pela Portaria n.º 1014/2007, foi esta concessão transmitida para o Clube de Caçadores do Zambujeiro.

A concessionária requereu agora a anexação à referida zona de caça de outros prédios rústicos.

Assim:

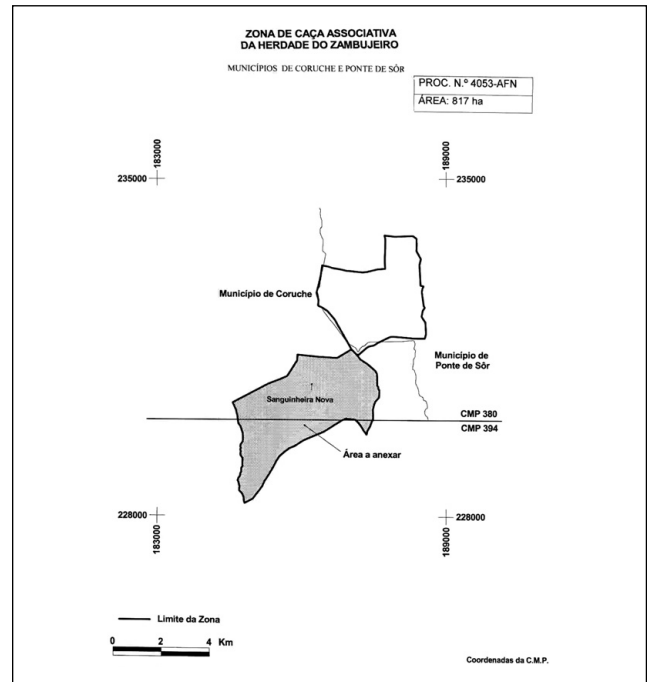
Com fundamento no disposto no artigo 11.º e na alínea a) do artigo 40.º do Decreto-Lei n.º 202/2004, de 18 de Agosto, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 201/2005, de 24 de Novembro, e ouvido o Conselho Cinegético Municipal:

Manda o Governo, pelo Ministro da Agricultura, do Desenvolvimento Rural e das Pescas, o seguinte:

1.º São anexados à presente zona de caça vários prédios rústicos, sito na freguesia do Couço, município de Coruche, com a área de 473 ha, ficando a mesma com a área total de 817 ha, conforme planta anexa à presente portaria e que dela faz parte integrante.

2.º A presente anexação só produz efeitos relativamente a terceiros com a instalação da respectiva sinalização.

Pelo Ministro da Agricultura, do Desenvolvimento Rural e das Pescas, *Ascenso Luís Seixas Simões*, Secretário de Estado do Desenvolvimento Rural e das Florestas, em 16 de Dezembro de 2008.



MINISTÉRIO DA SAÚDE

Portaria n.º 1529/2008

de 26 de Dezembro

O Programa do XII Governo Constitucional propugna a requalificação do Serviço Nacional de Saúde, definindo que «o sistema deve ser reorganizado a todos os níveis, colocando a centralidade no cidadão». O acesso aos cuidados de saúde, nas suas diversas componentes, está no centro dessas preocupações e constitui prioridade da acção do Governo e das reformas que têm vindo a ser implementadas.

Entretanto, foi aprovada a Lei n.º 41/2007, de 24 de Agosto, que define os termos a que deve obedecer a redacção e publicação da Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Através dela pretende-se garantir a prestação dos cuidados pelo SNS e pelas entidades convencionadas num tempo considerado aceitável para a condição de saúde de cada utente e assegurar o direito dos utentes à informação sobre o tempo de acesso.

Aquele diploma determina que, anualmente, seja publicada uma portaria em que se definem os tempos máximos de resposta garantidos (TMRG) para todo o tipo de prestações de cuidados de saúde sem carácter de urgência, designadamente ambulatório dos centros de saúde, cuidados domiciliários, consultas externas hospitalares, meios complementares de diagnóstico e terapêutica e cirurgia programada. Nos termos da lei, os TMRG serão progressivamente discriminados por patologia ou grupos de patologia.

Posteriormente, cada estabelecimento de saúde fixará os seus tempos de resposta garantidos (TRG) por tipo de prestação, dentro dos limites estabelecidos a nível nacional.

Os estabelecimentos do SNS e do sector convencionado, incluindo os sectores privado e social, ficam ainda obrigados a prestar aos utentes informação actualizada sobre os TMRG aplicáveis ao nível nacional e sobre os TRG que se verificam na própria instituição.

A fixação de TMRG só é credível se existirem instrumentos adequados de monitorização do seu cumprimento. A qualidade da informação sobre os TMRG requer o funcionamento pleno de sistemas de informação robustos e que garantam a qualidade da informação disponibilizada.

Estão reunidas condições a nível do SNS para estabelecer TMRG para o acesso a consultas e a cuidados domiciliários dos centros de saúde, a consultas externas hospitalares, a cirurgia programada e a determinados meios complementares de diagnóstico e terapêutica no âmbito da cardiologia.

Em complemento da discriminação por tipo de prestação de cuidados referida, inicia-se a discriminação dos TMRG por grupos de patologia, contemplando-se, desde já, a doença oncológica.

A definição dos TMRG não prejudica, como é óbvio, o cumprimento de tempos de resposta mais rigorosos que venham a ser estabelecidos em algumas áreas e programas de saúde de âmbito nacional, à semelhança do que foi já estabelecido através da Portaria n.º 1306/2008, de 11 de Novembro, e do despacho n.º 35/2008, do Secretário de Estado da Saúde, de 25 de Julho, relativos ao Programa de Intervenção em Oftalmologia.

A presente portaria tem em conta o estabelecido nas Portarias n.ºs 45/2008, de 15 de Janeiro (Regulamento do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia), e 615/2008, de 11 de Julho (Regulamento do Sistema Integrado de Referência e de Gestão do Acesso à Primeira Consulta de Especialidade Hospitalar nas Instituições do Serviço Nacional de Saúde).

Para a definição dos TMRG foram ouvidas as diversas estruturas e entidades competentes na matéria, designadamente: Administração Central do Sistema de Saúde, I. P.; Direcção-Geral da Saúde; Administrações Regionais de Saúde, I. P.; Missão para os Cuidados de Saúde Primários; Inspecção-Geral das Actividades em Saúde; Entidade Reguladora da Saúde; Coordenação Nacional para as Doenças Oncológicas; Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares; Coordenação do Sistema de Gestão de Inscritos para Cirurgia, e Coordenação do Projecto Consulta a Tempo e Horas.

Assim:

Nos termos do que foi exposto e ao abrigo do n.º 1 do artigo 3.º da Lei n.º 41/2007, de 24 de Agosto, manda o Governo, pelo Secretário de Estado da Saúde, o seguinte:

Artigo 1.º

Tempos máximos de resposta garantidos

1 — Fixam-se, a nível nacional, os tempos máximos de resposta garantidos (TMRG) para o acesso a cuidados de saúde para os vários tipos de prestações sem carácter de urgência e que constam do anexo n.º 1 deste diploma.

2 — Os TMRG definidos na presente portaria devem ser tidos em conta nos planos de desempenho e na contractualização para 2009 dos estabelecimentos do SNS bem como na revisão ou estabelecimento de novos contratos com entidades convencionadas.

3 — O cumprimento dos TMRG fixados é alvo de monitorização pela Administração Central do Sistema de Saúde, I. P., e pelas Administrações Regionais de Saúde, I. P., no âmbito do processo de acompanhamento da execução dos planos de desempenho, em articulação com a Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares e com a Coordenação Nacional para as Doenças Oncológicas, nas respectivas áreas, e pela Direcção-Geral da Saúde.

Artigo 2.º

Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do Serviço Nacional de Saúde

É publicada a Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do Serviço Nacional de Saúde e que constitui o anexo n.º 2.

Artigo 3.º

Entrada em vigor

A presente portaria produz efeitos a partir de 1 de Janeiro de 2009.

O Secretário de Estado da Saúde, *Manuel Francisco Pizarro de Sampaio e Castro*, em 16 de Dezembro de 2008.

ANEXO N.º 1

Tempos máximos de resposta garantidos (TMRG) no acesso a cuidados de saúde no Serviço Nacional de Saúde

Nível de acesso e tipo de cuidados	TMRG
1 — Cuidados de saúde primários:	
1.1 — Cuidados prestados no centro de saúde a pedido do utente:	
1.1.1 — Motivo relacionado com doença aguda.	Atendimento no dia do pedido.
1.1.2 — Motivo não relacionado com doença aguda.	15 dias úteis a partir da data do pedido.
1.2 — Necessidades expressas a serem resolvidas de forma indirecta:	
1.2.1 — Renovação de medicação em caso de doença crónica.	Setenta e duas horas após a entrega do pedido.
1.2.2 — Relatórios, cartas de referência, orientações e outros documentos escritos (na sequência de consulta médica ou de enfermagem).	Setenta e duas horas após a entrega do pedido.
1.3 — Consultas programadas pelos profissionais.	Sem TMRG geral aplicável; dependente da periodicidade definida nos programas nacionais de saúde e ou avaliação do clínico.
1.4 — Consulta no domicílio a pedido do utente.	Vinte e quatro horas se a justificação do pedido for aceite pelo profissional.
2 — Hospitais do SNS:	
2.1 — Primeira consulta de especialidade hospitalar referenciada pelos centros de saúde:	
2.1.1 — De realização «muito prioritária» de acordo com a avaliação em triagem hospitalar.	30 dias seguidos a partir do registo do pedido da consulta no sistema informático da consulta a tempo e horas (CTH) pelo médico assistente do centro de saúde.
2.1.2 — De realização «prioritária» de acordo com a avaliação em triagem hospitalar.	60 dias seguidos a partir do registo do pedido da consulta no sistema informático CTH pelo médico assistente do centro de saúde.
2.1.3 — De realização com prioridade «normal» de acordo com a avaliação em triagem hospitalar.	150 dias seguidos a partir do registo do pedido da consulta no sistema informático CTH pelo médico assistente do centro de saúde.
2.2 — Primeira consulta em situação de doença oncológica suspeita ou confirmada.	Variável em função do nível de prioridade — v. n.º 3.3 das notas técnicas.
2.3 — Meios complementares de diagnóstico e terapêutica em doenças cardiovasculares:	
2.3.1 — Cateterismo cardíaco . . .	30 dias seguidos após a indicação clínica.

Nível de acesso e tipo de cuidados	TMRG
2.3.2 — <i>Pacemaker</i> cardíaco . . .	30 dias seguidos após a indicação clínica.
2.4 — Cirurgia programada:	
2.4.1 — Prioridade «de nível 4» de acordo com a avaliação da especialidade hospitalar.	Setenta e duas horas após a indicação cirúrgica.
2.4.2 — Prioridade «de nível 3» de acordo com a avaliação da especialidade hospitalar.	15 dias seguidos após a indicação cirúrgica.
2.4.3 — Prioridade «de nível 2» de acordo com a avaliação da especialidade hospitalar.	60 dias seguidos após a indicação cirúrgica.
2.4.4 — Prioridade «de nível 1» de acordo com a avaliação da especialidade hospitalar.	270 dias seguidos após a indicação clínica.
2.5 — Cirurgia programa na doença oncológica.	Variável em função do nível de prioridade — v. n.ºs 3.4 e 3.5 das notas técnicas.
3 — Entidades convencionadas:	
3.1 — Consultas, cirurgia, meios complementares de diagnóstico e terapêutica.	O tempo de resposta que conste no contrato de convenção.

Notas técnicas

1 — Cuidados de saúde primários — o acesso dos utentes do Serviço Nacional de Saúde (SNS) aos diversos tipos de prestação de cuidados disponibilizados pelas unidades de saúde dos cuidados de saúde primários é diferenciado consoante se trate de responder a necessidades expressas ou a necessidades não expressas pelos utentes.

1.1 — Prestação de cuidados de iniciativa dos utentes:

1.1.1 — Motivo relacionado com doença aguda — o atendimento deve ser facultado pela unidade de saúde no próprio dia do pedido. Este atendimento não programado, consoante o tipo de cuidado em questão, deve ser realizado pelo médico ou pelo enfermeiro de família do doente ou, em caso de manifesta impossibilidade, por outro daqueles profissionais de saúde em regime de intersubstituição.

1.1.2 — Motivo não relacionado com doença aguda — deve ser marcada uma consulta programada com realização dentro de um prazo máximo de 15 dias úteis.

1.1.3 — Em qualquer das situações descritas nos números anteriores, a data do pedido de consulta pelo utente é sempre registada no sistema informático em uso na unidade de saúde.

1.2 — Necessidades expressas a serem resolvidas de forma indirecta — incluem-se neste âmbito os chamados contactos indirectos de que são exemplo a renovação de medicação crónica e a emissão de documentos que não necessitam da presença do cidadão e que habitualmente são enquadradas em horário específico. Os tempos máximos de resposta a garantir dependem de cada situação particular:

1.2.1 — Pedido de renovação de medicação crónica solicitada pelo utente, habitualmente vigiado em consulta na unidade de saúde — deverá ser contemplado, no limite, até às setenta e duas horas após entrega do respectivo pedido.

1.2.2 — Produção de relatórios, cartas de referência ou elaboração de orientações escritas ou por telefone (a pedido do utente) — estes procedimentos deverão estar concluídos, no limite, até às quarenta e oito horas após o respectivo pedido e ou decisão de referência desde que tenham lugar na sequência de consulta médica e ou de enfermagem recente e concretizada no âmbito da unidade de saúde em questão.

1.3 — Consulta programada pelos profissionais:

1.3.1 — Consulta dirigida a grupos populacionais vulneráveis e ou a grupos de risco — este tipo de consulta é programado pelos profissionais da unidade de saúde (médicos e ou enfermeiros) e tem em conta as normas e orientações técnicas da Direção-Geral da Saúde que estão indicadas para cada um dos programas nacionais de saúde. A data da consulta deve observar o cronograma específico que é preconizado e atender à situação clínica concreta do cidadão a quem se destina. Incluem-se neste grupo as consultas de planeamento familiar, saúde materna, saúde infantil e juvenil, vigilância e controlo de doenças crónicas, como a diabetes e a hipertensão.

1.3.2 — Consulta para acompanhamento de doentes crónicos ou seguimento de situações de doença aguda (convalescença ou outra situação) no âmbito da medicina geral e familiar — este tipo de consultas é programado pelo profissional de saúde, após avaliação do caso clínico em questão.

1.4 — Consulta no domicílio do doente:

1.4.1 — Consulta solicitada pelo utente — trata-se de consulta a pedido do cidadão inscrito e residente na área de influência da unidade de saúde. A justificação do pedido é sujeita a avaliação pelo profissional. Caso seja aceite, a visita domiciliária deverá observar um TMRG de vinte e quatro horas após a sua formulação.

1.4.2 — Consulta programada pelo profissional — trata-se de uma consulta programada pelo profissional da unidade de saúde a doentes portadores de situações clínicas (crónicas ou agudas) já por ele conhecidas e geridas e que necessitam de acompanhamento. O respectivo agendamento é efectuado tendo em conta a gravidade da situação clínica e em comum acordo com os destinatários directos deste tipo de cuidados e os seus familiares ou cuidadores.

2 — Hospitais do SNS:

2.1 — Primeira consulta de especialidade hospitalar:

2.1.1 — O TMRG para uma primeira consulta de especialidade em hospitais do SNS, a partir da referência pelas instituições da rede de cuidados de saúde primários, é fixado em 150 dias seguidos contados a partir do registo do pedido pelo médico assistente do centro de saúde no sistema informático da consulta a tempo e horas (CTH), sem prejuízo de TMRG mais curtos, considerada a prioridade atribuída à situação pelo médico triador do hospital de destino, conforme o n.º 5.2 do Regulamento do Sistema CTH, publicado através da Portaria n.º 15/2008, de 11 de Julho.

2.1.2 — A situação específica da consulta em caso de doença oncológica é considerada nos n.ºs 2 a 3.5.

2.2 — Cirurgia programada:

2.2.1 — O TMRG é fixado em 270 dias após a data da indicação para cirurgia, correspondente à data do respectivo registo no Sistema de Gestão de Inscritos para Cirurgia, conforme o seu Regulamento, publicado pela Portaria n.º 45/2008, de 15 de Janeiro.

2.2.2 — De acordo com o n.º 74 do referido Regulamento, o TMRG estabelecido no número anterior é encurtado em função do nível de prioridade atribuído à situação clínica do doente.

2.2.3 — Exceptua-se do limite fixado no n.º 2.2.1 a cirurgia da doença oncológica, considerando-se o estabelecido nos n.ºs 3.6 e 3.7.

2.3 — Meios complementares de diagnóstico e terapêutica:

2.3.1 — Cateterismo cardíaco — o TMRG para a realização de cateterismo cardíaco nos centros de referência de intervenção cardiológica do SNS é de 30 dias após a data da indicação clínica.

As técnicas de cateterismo cardíaco incluem colocação de cateter(es), registo de pressões intracardíacas e intravasculares, obtenção de amostras de sangue para determinação dos gases no sangue e ou curvas de diluição de corante/outras para determinação de débitos cardíacos, com ou sem colocação de electrocateter, avaliação final e relatório, cateterismo do coração direito (acto isolado), cateterismo esquerdo com aortografia, cateterismo esquerdo com coronariografia selectiva, visualização de *bypass* aortocoronário (adicional a procedimento que inclua coronariografia), cateterismo esquerdo com ventriculografia, cateterismo esquerdo com ventriculografia e coronariografia selectiva, cateterismo do coração esquerdo associado a coronariografia selectiva, ventriculografia esquerda selectiva e aortografia, cateterismo do coração direito associado a cateterismo do coração esquerdo, coronariografia selectiva e ventriculografia selectiva, cateterismo do coração direito associado a cateterismo do coração esquerdo, coronariografia selectiva e ventriculografia esquerda selectiva e aortografia, cateterismo direito com angiografia selectiva do seio coronário.

2.3.2 — *Pacemaker* cardíaco — o TMRG é fixado em 30 dias após a sua indicação clínica.

São abrangidos neste número os seguintes actos médicos: implantação de *pacemaker* permanente de câmara única com eléctrodo transvenoso, implantação de *pacemaker* permanente de dupla câmara com eléctrodos transvenosos, implantação de *pacemaker* permanente biventricular, com eléctrodos transvenosos, implantação de eléctrodo cardíaco transvenoso ou cateter *pacemaker* temporário (acto isolado) e substituição de gerador *pacemaker* permanente.

3 — Doença oncológica — para efeitos da presente portaria, consideram-se quatro níveis de prioridade na área da oncologia:

Nível 4 — doentes com doença oncológica conhecida ou suspeita em que há risco de vida.

Exemplos: obstrução das vias aéreas; síndrome da veia cava superior; hemorragia; síndrome de compressão medular; síndrome metabólico grave (insuficiência renal); síndrome de obstrução digestiva (obstrução pré-pilórica; oclusão intestinal); tumor cerebral com alteração progressiva do estado de consciência;

Nível 3 — neoplasias agressivas; situações com progressão rápida, sem risco de vida imediato, mas podendo evoluir a curto prazo para essa fase.

Exemplos: tumores malignos da cabeça e pescoço (excepto pele), tumores pediátricos, leucemias agudas, linfomas agressivos;

Nível 2 — neoplasias sem características enquadráveis em nenhuma das restantes categorias, correspondendo à maioria das neoplasias;

Nível 1 — neoplasias indolentes.

Exemplos: carcinoma baso-celular da pele; carcinoma da próstata de «baixo risco», carcinoma da tiróide de «baixo risco», doenças linfoproliferativas crónicas.

3.1 — Prazos máximos para o médico do centro de saúde encaminhar para um centro de referência (CR) situações

de doença oncológica suspeita ou confirmada, anexando a informação clínica relevante que estiver disponível:

Prioridade «de nível 4» — imediato, para o serviço de urgência hospitalar ou serviço de atendimento não programado hospitalar;

Restantes níveis de prioridade — vinte e quatro horas.

3.2 — Na sequência do estabelecido no número anterior, a investigação complementar que o caso necessite não pode atrasar o processo de referenciação, devendo o doente ser encaminhado para o CR se houver manifestações típicas de neoplasia, ainda que sem exames complementares. No caso de manifestações sugestivas mas inespecíficas, deverá ser efectuada investigação complementar antes do envio do doente ao CR.

3.3 — Prazos máximos para realização da primeira consulta de especialidade hospitalar no CR:

Prioridade «de nível 4» — não aplicável (o doente é admitido pelo serviço de urgência);

Prioridade «de nível 3» — 7 dias seguidos;

Prioridade «de nível 2» — 15 dias seguidos;

Prioridade «de nível 1» — 30 dias seguidos.

3.4 — Prazos máximos para realização da cirurgia por doença oncológica, contados a partir da data da respectiva indicação cirúrgica:

Prioridade «de nível 4» — setenta e duas horas;

Prioridade «de nível 3» — 15 dias seguidos;

Prioridade «de nível 2» — 45 dias seguidos;

Prioridade «de nível 1» — 60 dias seguidos.

3.5 — Exceptua-se do número anterior o caso das cirurgias para correcção morfológica em resultado de cirurgia oncológica anterior, em que a intervenção cirúrgica poderá realizar-se até 270 dias.

3.6 — As modalidades de tratamento não cirúrgico da doença oncológica deverão observar os tempos de resposta considerados clinicamente adequados, de acordo com o estado da arte, não ultrapassando o início do tratamento os 45 dias seguidos após a indicação terapêutica, excepto por razões clínicas devidamente fundamentadas.

3.7 — Nas modalidades de tratamento combinadas, o intervalo entre as terapêuticas instituídas deve obedecer aos tempos considerados clinicamente adequados, de acordo com o estado da arte, não ultrapassando os 30 dias, excepto por razões clínicas devidamente fundamentadas.

3.8 — Os institutos de oncologia, por não disporem de urgência aberta, devem garantir um serviço de atendimento permanente não programado, que garanta a observação atempada de todos os utentes referenciados com o nível de prioridades 3 e 4.

ANEXO N.º 2

Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do Serviço Nacional de Saúde, ao abrigo da Lei n.º 41/2007, de 24 de Agosto

I — Direitos dos utentes no acesso aos cuidados de saúde — o utente do Serviço Nacional de Saúde (SNS) tem direito:

1) À prestação de cuidados em tempo considerado clinicamente aceitável para a sua condição de saúde;

2) Ao registo imediato em sistema de informação do seu pedido de consulta, exame médico ou tratamento e a posterior agendamento da prestação de cuidados de acordo com a prioridade da sua situação;

3) Ao cumprimento dos tempos máximos de resposta garantidos (TMRG) definidos anualmente por portaria do Ministério da Saúde para todo o tipo de prestação de cuidados sem carácter de urgência;

4) A reclamar para a Entidade Reguladora da Saúde caso os TMRG não sejam cumpridos, podendo ainda, no caso de se tratar de um estabelecimento do SNS, reclamar através do Sistema Sim-Cidadão.

II — Direitos dos utentes à informação — o utente do SNS tem direito a:

1) Ser informado em cada momento sobre a sua posição relativa na lista de inscritos para os cuidados de saúde que aguarda;

2) Ser informado, através da afixação em locais de fácil acesso e consulta, pela Internet ou outros meios, sobre os tempos máximos de resposta garantidos a nível nacional e sobre os tempos de resposta garantidos de cada instituição prestadora de cuidados de saúde;

3) Ser informado pela instituição prestadora de cuidados quando esta não tenha capacidade para dar resposta dentro do TMRG aplicável à sua situação clínica e de que lhe é assegurado serviço alternativo de qualidade comparável e no prazo adequado, através da referenciação para outra entidade do SNS ou para uma entidade do sector privado convencionado;

4) Conhecer o relatório circunstanciado sobre o acesso aos cuidados de saúde, que todos os estabelecimentos do SNS estão obrigados a publicar e divulgar até 31 de Março de cada ano.

REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA

Assembleia Legislativa

Resolução da Assembleia Legislativa da Região Autónoma da Madeira n.º 31/2008/M

Proposta de lei à Assembleia da República — Atribuição do subsídio de insularidade aos funcionários públicos e elementos das forças de segurança a exercerem funções na Região Autónoma da Madeira.

Nos últimos anos os funcionários públicos e os elementos das forças de segurança a exercerem funções na Região Autónoma da Madeira têm vindo a perder poder de compra.

Tal facto resulta, por um lado, das políticas económicas desenvolvidas nos últimos anos pelos sucessivos Governos da República e, por outro, do aumento do custo com os transportes marítimos e aéreos para a Região, em resultado da alta de preços do petróleo, com inevitáveis repercussões no aumento do custo de vida na Região.

Ora, tal facto tem tido particular incidência na Região Autónoma da Madeira quando conjugado com os efeitos permanentes dos custos de insularidade.

Neste particular, em cumprimento do princípio da solidariedade do Governo da República para com as Regiões Autónomas, consagrado na Constituição da República

Portuguesa e no Estatuto Político-Administrativo da Região Autónoma da Madeira, é da mais elementar justiça social atribuir aos funcionários públicos e aos elementos das forças de segurança a exercerem funções nesta Região um subsídio de insularidade que se traduza num acréscimo de remuneração de 10% sobre o seu vencimento base.

Sendo inteiramente justo que o subsídio de insularidade seja suportado através do Orçamento de Estado, na medida em que não deverão ser os Madeirenses a terem de suportar os custos da sua insularidade. Pois seria uma situação duplamente penalizadora.

Nestes termos:

A Assembleia Legislativa da Madeira, ao abrigo dos artigos 167.º, n.º 1, e 227.º, n.º 1, alínea *f*), da Constituição da República, e do artigo 37.º, n.º 1, alínea *b*), do Estatuto Político-Administrativo da Região Autónoma da Madeira, aprovado pela Lei n.º 13/91, de 5 de Junho, revisto e alterado pelas Leis n.ºs 130/99, de 21 de Agosto, e 12/2000, de 21 de Junho, apresenta à Assembleia da República a seguinte proposta de lei:

Artigo 1.º

Objecto

A presente lei cria o subsídio de insularidade na Região Autónoma da Madeira e estabelece o seu regime.

Artigo 2.º

Âmbito de aplicação

1 — O regime constante do presente diploma aplica-se:

a) Aos funcionários e agentes em efectividade de serviço na administração pública regional e local da Região Autónoma da Madeira;

b) Aos elementos da Polícia de Segurança Pública, Guarda Nacional Republicana, Polícia Judiciária, Polícia Marítima, Serviços de Informações de Segurança, Serviço de Estrangeiros e Fronteiras e pessoal do Corpo da Guarda Prisional colocados na Região Autónoma da Madeira;

c) Ao pessoal que se encontra na situação de desligado do serviço aguardando aposentação ou reforma.

2 — Excluem-se do disposto no número anterior os membros do Governo Regional, o Representante da República, os titulares de cargos autárquicos eleitos, os deputados, os titulares de cargos dirigentes ou equiparados e ainda aqueles cuja nomeação, assente no princípio da livre designação, se fundamente em razões de especial confiança ou responsabilidade e, como tal, sejam declarados por lei.

Artigo 3.º

Montante do subsídio

O subsídio de insularidade objecto deste diploma fixa-se em 10%.

Artigo 4.º

Pagamento

1 — O subsídio de insularidade é pago de uma só vez no mês Março de cada ano, salvo nos casos expressamente referidos no presente diploma.

2 — Nos casos de cessação definitiva de funções antes do mês de Março, o subsídio será pago com o último vencimento recebido pelo funcionário ou agente.