

**DELIBERAÇÃO n.º 163/2013**

**Acta n.º 66 de 19/07/2013**

O Centro Hospitalar do Barreiro e Montijo, E.P.E. foi criado pelo Decreto-Lei n.º 280/2009, de 6 de outubro, resultando da fusão do Hospital de Nossa Senhora do Rosário, E.P.E. com o Hospital do Montijo, operada nos termos do Decreto-Lei n.º 200/2006, de 25 de outubro, substituindo estes dois estabelecimentos hospitalares na prestação de cuidados de saúde aos seus utentes.

Nos termos do disposto no art.º 7.º do Decreto-Lei n.º 280/2009, de 6 de outubro, estava o Centro Hospitalar do Barreiro e Montijo, E.P.E. obrigado a elaborar e a submeter à homologação de Sua Excelência o Ministro da Saúde o respetivo regulamento interno, no prazo de 120 dias contados da publicação do supra mencionado diploma.

Sucedeu que, na sequência das alterações introduzidas ao Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro pelo Decreto-Lei n.º 244/2012, de 9 de novembro, previu-se expressamente no art.º 7.º deste último diploma a necessidade de os estabelecimentos públicos de natureza empresarial abrangidos pelo Decreto-Lei n.º 233/2005 adaptarem os respetivos regulamentos internos ao disposto nas alterações assim introduzidas, submetendo-os a homologação de Sua Excelência o Ministro da Saúde, no prazo máximo de 120 dias contados a partir da sua entrada em vigor.

Fruto do Despacho n.º 12729/2011, datado de 14-09-2011, de Sua Excelência o Secretário de Estado da Saúde, publicado no D.R., 2.ª Série, n.º 184, de 23 de Setembro de 2011, a competência para homologar os regulamentos internos dos centros hospitalares E.P.E. encontra-se subdelegada nos conselhos diretivos das Administrações Regionais de Saúde, I.P.

Em cumprimento do supra referido art.º 7.º do Decreto-Lei n.º 244/2012, e no seguimento do despacho de subdelegação de competências vindo de citar, veio o Centro Hospitalar do Barreiro e Montijo, E.P.E. submeter o respetivo regulamento interno a homologação do Conselho Diretivo desta ARS.

Tendo em conta que o Centro Hospitalar do Barreiro e Montijo, E.P.E. se situa em distrito da área de jurisdição da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P., o de Setúbal, e que o respetivo regulamento interno se encontra devidamente adaptado ao Decreto-Lei n.º 233/2005, na redação vigente, o **Conselho Diretivo delibera, no uso da subdelegação de competências supra aludida, homologar em anexo à presente deliberação o regulamento interno do Centro Hospitalar do Barreiro e Montijo, E.P.E..**

O Presidente do Conselho Diretivo



(Luís Cunha Ribeiro)

# Regulamento Interno do Centro Hospitalar Barreiro Montijo

## Índice

CAPÍTULO I - Natureza, objecto e âmbito .....	3
Artigo 1.º - Natureza e sede .....	3
Artigo 2.º - Atribuições.....	3
Artigo 3.º - Princípios .....	3
Artigo 4.º - Objectivos.....	3
CAPÍTULO II - Dos órgãos .....	4
Secção I – Dos órgãos sociais .....	4
Artigo 5.º - Enumeração e natureza dos órgãos .....	4
Secção II – Dos órgãos de administração .....	4
Artigo 6.º - Composição e competências .....	4
Artigo 7.º - Funcionamento do conselho de administração .....	4
Artigo 8.º - Diretor clínico .....	5
Artigo 9.º - Enfermeiro-diretor .....	5
Secção III – Administração das unidades hospitalares.....	5
Artigo 10.º - Direção e mandato .....	5
Artigo 11.º - Competências do diretor executivo .....	5
Artigo 12.º - Diretor médico e diretor de enfermagem.....	5
Secção IV – Do órgão de fiscalização.....	6
Artigo 13.º - Fiscal único.....	6
Secção V – Auditoria interna.....	6
Artigo 14.º - Auditoria interna e sistema de controlo interno .....	6
Secção VI – Do órgão de consulta.....	6
Artigo 15.º - Conselho consultivo .....	6
Secção VII – Das comissões de apoio técnico .....	7
Artigo 16.º - Comissões técnicas.....	7
Artigo 17.º - Comissão de ética .....	7
Artigo 18.º - Comissão de qualidade e segurança do doente .....	7
Artigo 19.º - Comissão de controlo da infeção hospitalar .....	7
Artigo 20.º - Comissão de higiene e segurança no trabalho .....	8
Artigo 21.º - Comissão de farmácia e terapêutica .....	8
Artigo 22.º - Comissão de coordenação oncológica .....	8
Artigo 23.º - Comissão técnica de certificação de interrupção da gravidez .....	9
Artigo 24.º - Comissão de normalização de produtos e equipamentos.....	9
Artigo 25.º - Comissão de catástrofe e emergência .....	9
Artigo 26.º - Comissão médica .....	10
Artigo 27.º - Comissão de enfermagem .....	10
Artigo 28.º - Outras comissões e equipas especializadas .....	10
CAPÍTULO III – Organização interna.....	11
Secção I – Estrutura de gestão .....	11
Artigo 29.º - Estrutura orgânica .....	11
Artigo 30.º - Gestão por objetivos.....	11
Artigo 31.º - Criação de centros de responsabilidade .....	11

---

<i>Artigo 32.º - Princípios de atuação do centro de responsabilidade</i> .....	12
<i>Artigo 33.º - Estrutura dos serviços, departamentos e unidades funcionais</i> .....	12
<b>Secção II – Dos serviços de ação médica e diagnóstico e terapêutica</b> .....	13
<i>Artigo 34.º - Constituição dos serviços de ação médica</i> .....	13
<i>Artigo 35.º - Constituição dos serviços de diagnóstico e terapêutica</i> .....	13
<i>Artigo 36.º - Âmbito de atuação dos serviços</i> .....	13
<i>Artigo 37.º - Nomeação dos diretores de departamento e de serviço</i> .....	14
<i>Artigo 38.º - Competências do diretor de departamento</i> .....	14
<i>Artigo 39.º - Competências do diretor de serviço</i> .....	15
<i>Artigo 40.º - Competências do enfermeiro-chefe</i> .....	15
<b>Secção III – Dos serviços de apoio</b> .....	16
<i>Artigo 41.º - Constituição dos serviços de apoio</i> .....	16
<i>Artigo 42.º - Nomeação do responsável dos serviços</i> .....	16
<i>Artigo 43.º - Competências</i> .....	16
<i>Artigo 44.º - Farmácia</i> .....	17
<i>Artigo 45.º - Nutrição e Dietética</i> .....	17
<i>Artigo 46.º - Esterilização</i> .....	18
<i>Artigo 47.º - Serviço social</i> .....	18
<i>Artigo 48.º - Assistência religiosa</i> .....	18
<i>Artigo 49.º - Gestão de doentes</i> .....	19
<i>Artigo 50.º - Recursos humanos</i> .....	19
<i>Artigo 51.º - Serviços financeiros</i> .....	20
<i>Artigo 52.º - Aprovisionamento</i> .....	21
<i>Artigo 53.º - Instalações e equipamentos</i> .....	21
<i>Artigo 54.º - Informática</i> .....	22
<i>Artigo 55.º - Serviços hoteleiros</i> .....	22
<i>Artigo 56.º - Centro de formação e documentação</i> .....	22
<i>Artigo 57.º - Arquivo e acesso aos documentos administrativos</i> .....	22
<i>Artigo 58.º - Saúde ocupacional</i> .....	23
<b>Secção IV – Assessoria e apoio técnico</b> .....	24
<i>Artigo 59.º - Gabinetes de apoio técnico</i> .....	24
<i>Artigo 60.º - Gabinete de gestão da qualidade e do risco</i> .....	24
<i>Artigo 61.º - Gabinete de apoio à gestão</i> .....	24
<i>Artigo 62.º - Gabinete de codificação e auditoria clínica</i> .....	25
<i>Artigo 63.º - Gabinete jurídico</i> .....	25
<i>Artigo 64.º - Gabinete de comunicação e imagem</i> .....	25
<b>CAPÍTULO IV – Disposições gerais</b> .....	26
<i>Artigo 65.º - Das relações laborais</i> .....	26
<i>Artigo 66.º - Deveres especiais dos trabalhadores</i> .....	26
<i>Artigo 67.º - Responsabilidade solidária pelo património</i> .....	26
<i>Artigo 68.º - Confidencialidade</i> .....	26
<i>Artigo 69.º - Voluntariado e liga de amigos do hospital</i> .....	26
<i>Artigo 70.º - O hospital e a comunidade</i> .....	27
<i>Artigo 71.º - Remissões</i> .....	27
<i>Artigo 72.º - Organograma</i> .....	27
<i>Artigo 73.º - Regulamentação complementar</i> .....	27
<b>ORGANOGRAMA</b> .....	28

## **CAPÍTULO I - Natureza, objecto e âmbito**

### ***Artigo 1.º - Natureza e sede***

1. O Centro Hospitalar Barreiro Montijo E.P.E., adiante designado por Centro Hospitalar, é um estabelecimento público do Serviço Nacional de Saúde (SNS) dotado de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial, resultante da integração, por fusão, do Hospital de Nossa Senhora do Rosário, E.P.E. com o Hospital do Montijo, na sequência do Decreto-Lei n.º 280/2009 de 6 de outubro.
2. O Centro Hospitalar rege-se pela legislação que estabelece o regime jurídico e aprova os estatutos dos hospitais e centros hospitalares de natureza empresarial integrados no SNS (Decreto-Lei n.º 233/2005 de 29 de dezembro, com as alterações do Decreto-Lei n.º 244/2012 de 9 de novembro), adiante designado por Estatutos, pelo regime jurídico do setor empresarial do Estado e das empresas públicas, que é subsidiariamente aplicável com as devidas adaptações, bem como pelas normas em vigor para o SNS e pelo presente regulamento interno.
3. O Centro Hospitalar possui o número de pessoa colectiva 509186998 e tem sede na Avenida Movimento das Forças Armadas, freguesia do Alto do Seixalinho, concelho do Barreiro e distrito de Setúbal.
4. É uma unidade prestadora de cuidados de saúde diferenciados, integrada na rede oficial hospitalar e classificada como hospital geral e distrital. Possui valências básicas, intermédias e diferenciadas, em regime ambulatorio e de internamento, integrando a prestação de cuidados em urgência, classificados como médico-cirúrgicos.

### ***Artigo 2.º - Atribuições***

1. O Centro Hospitalar tem como missão a prestação de cuidados de saúde diferenciados a todos os cidadãos no âmbito das responsabilidades e capacidades das unidades hospitalares que o integram, Hospital do Barreiro e Hospital do Montijo, dando execução às definições de política de saúde a nível nacional e regional, aos planos estratégicos e decisões superiormente aprovados.
2. O Centro Hospitalar intervém de acordo com as áreas de influência e redes de referenciação, cumprindo os contratos-programa celebrados, em articulação com as instituições integradas na rede de prestação de cuidados de saúde.
3. O Centro Hospitalar desenvolverá ainda actividades complementares como as de ensino pré e pós-graduado, investigação e formação, submetendo-se à regulamentação de âmbito nacional que reja a matéria dos processos de ensino-aprendizagem no domínio da saúde, sem prejuízo da celebração de contratos para efeitos de organização interna, repartição do investimento e compensação dos encargos que forem estipulados.

### ***Artigo 3.º - Princípios***

No desenvolvimento da sua atividade, o Centro Hospitalar rege-se, entre outros, pelos seguintes princípios:

- a) Humanização e não discriminação;
- b) Respeito pela dignidade individual da cada doente;
- c) Atualização face aos avanços da investigação e da ciência;
- d) Excelência técnico-profissional;
- e) Ética profissional;
- f) Promoção da multidisciplinaridade;
- g) Respeito pelo ambiente.

### ***Artigo 4.º - Objetivos***

Na sua atuação, o Centro Hospitalar pauta-se pela prossecução dos seguintes objetivos:

- a) Orientar toda a atividade em função do doente, respondendo às suas necessidades, de acordo com as melhores práticas disponíveis;
- b) Prosseguir e implementar metodologias de gestão que proporcionem a realização pessoal e profissional dos seus colaboradores;
- c) Rentabilizar a capacidade disponível e garantir a viabilidade económico-financeira da instituição.

## **CAPÍTULO II - Dos órgãos**

### *Secção I – Dos órgãos sociais*

#### ***Artigo 5.º - Enumeração e natureza dos órgãos***

1. São órgãos do Centro Hospitalar:
  - a) O conselho de administração;
  - b) O fiscal único;
  - c) O conselho consultivo.
2. Compõem ainda a estrutura orgânica do Centro Hospitalar, o serviço de auditoria interna e as comissões de apoio técnico.

### *Secção II – Dos órgãos de administração*

#### ***Artigo 6.º - Composição e competências***

1. O conselho de administração tem a composição definida no regime jurídico e Estatutos dos hospitais e centros hospitalares de natureza empresarial integrados no SNS, um presidente e um máximo de quatro vogais, que exercem funções executivas, sendo um dos membros o diretor clínico e outro o enfermeiro diretor.
2. Para além das competências próprias do conselho de administração previstas no artigo 7.º dos Estatutos, das específicas do presidente do conselho de administração, do diretor clínico e do enfermeiro diretor, previstas, respectivamente, nos artigos 8.º, 9.º e 10.º dos referidos Estatutos, a cada um dos membros do conselho de administração poderá ser atribuída a responsabilidade de pelouros, com ou sem delegação de competências.

#### ***Artigo 7.º - Funcionamento do conselho de administração***

1. O conselho de administração reúne, semanalmente e, ainda, sempre que convocado pelo presidente ou por solicitação de dois dos seus membros, ou do fiscal único através do presidente.
2. O presidente pode, sempre que entender, suspender ou terminar antecipadamente as reuniões, quando circunstâncias excepcionais o justificarem.
3. A reunião ordinária semanal deve ser definida para dia e hora fixos.
4. Quaisquer alterações ao dia e horas fixadas para as reuniões, devem ser comunicadas aos seus membros, de forma a garantir o seu conhecimento seguro e oportuno.
5. A ordem do dia de cada reunião é estabelecida pelo presidente, que deve incluir os assuntos que para esse fim forem indicados, desde que sejam da competência do órgão.
6. Compete ao presidente a convocação das reuniões extraordinárias que tenham suporte na solicitação de dois membros do conselho de administração ou do fiscal único.
7. Só podem ser objecto de deliberação os assuntos incluídos na ordem do dia da reunião, salvo se, tratando-se de reunião ordinária, nenhum dos membros objectar a deliberação imediata sobre outros assuntos.
8. A irregularidade resultante da inobservância das disposições sobre a convocação das reuniões considera-se sanada quando todos os membros comparecerem à reunião e não suscitarem oposição à sua realização.
9. O conselho de administração só pode deliberar quando estiver presente a maioria dos seus membros.
10. Salvo por motivos de impedimento previsto na lei, aos membros do conselho de administração não é admitida a abstenção, devendo votar primeiramente os vogais e por fim o presidente.
11. As deliberações são tomadas por votação normal.
12. São tomadas por escrutínio secreto as deliberações que envolvam a apreciação do comportamento ou das qualidades de qualquer pessoa, no âmbito das competências do conselho de administração.
13. Não devem estar presentes nos momentos da discussão e votação os membros do conselho de administração que se encontrem ou se considerem impedidos.
14. Sem prejuízo do disposto nos números anteriores, por maioria simples podem os membros do conselho de administração decidir usar da votação por escrutínio secreto, para decisão de outras matérias submetidas à sua apreciação.

15. Os membros do conselho de administração podem fazer constar da acta o seu voto vencido e as razões que o justificam.
16. Os membros que votarem vencido na deliberação tomada e fizerem registo da respectiva declaração de voto no acto, ficam isentos da responsabilidade que daquele eventualmente resulte, nos estritos limites legais.
17. De cada reunião deve ser lavrada a respectiva acta, que será aprovada na reunião seguinte.
18. O presidente é substituído, nas suas ausências e impedimentos, pelo vogal que este designar.

***Artigo 8.º - Diretor clínico***

1. Além das competências próprias previstas nos Estatutos, ao diretor clínico compete, sem prejuízo das matérias que venham a ser-lhe delegadas ou subdelegadas, a direção de produção clínica, que compreende a coordenação da assistência prestada aos doentes e a qualidade, correção e prontidão dos cuidados de saúde prestados.
2. No exercício das suas funções, o diretor clínico pode ser coadjuvado por um a três adjuntos, por si livremente escolhidos.
3. Compete ao diretor clínico presidir à comissão médica devendo acompanhar e avaliar a actividade clínica, nomeadamente os aspectos relacionados com o exercício da medicina.

***Artigo 9.º - Enfermeiro-diretor***

1. Além das competências próprias previstas nos Estatutos, ao enfermeiro-diretor compete, sem prejuízo das matérias que venham a ser-lhe delegadas ou subdelegadas, a coordenação técnica da atividade de enfermagem, velando pela sua qualidade.
2. No exercício das suas funções, o enfermeiro-diretor pode ser coadjuvado por um a três adjuntos, por si livremente escolhidos.
3. Compete ao enfermeiro-diretor presidir à comissão de enfermagem devendo acompanhar os aspetos relacionados com o exercício da enfermagem e avaliar a atividade desenvolvida no setor.

*Secção III – Administração das unidades hospitalares*

***Artigo 10.º - Direção e mandato***

1. Para cada unidade hospitalar, Hospital do Barreiro e Hospital do Montijo, pode ser designado um diretor executivo, um diretor médico e um diretor de enfermagem com as competências previstas nos artigos seguintes.
2. Os diretores médico e de enfermagem são nomeados pelo conselho de administração por três anos, sem prejuízo da sua substituição a todo o momento ou por exoneração do conselho de administração.
3. A remuneração dos diretores médico e de enfermagem, bem como a dos seus adjuntos será fixada por deliberação do conselho de administração.

***Artigo 11.º - Competências do diretor executivo***

O diretor executivo é um vogal do conselho de administração do Centro Hospitalar designado por este mesmo conselho para a direção da unidade hospitalar, com as competências necessárias para assegurar localmente a execução das deliberações emanadas do conselho de administração, praticando os actos necessários ao cumprimento das mesmas.

***Artigo 12.º - Diretor médico e diretor de enfermagem***

1. O diretor médico e o diretor de enfermagem de cada unidade hospitalar são nomeados pelo conselho de administração sob proposta do diretor clínico e do enfermeiro diretor, respectivamente.
2. Os diretores médico e de enfermagem coadjuvam o diretor clínico e o enfermeiro diretor, respectivamente, sem prejuízo da colaboração que prestam ao diretor executivo da sua unidade hospitalar.
3. Os profissionais previstos no número anterior devem, preferencialmente, estar habilitados com formação complementar específica ou experiência na área de gestão em saúde.

4. O diretor médico e o diretor de enfermagem podem propor a nomeação de adjuntos, até ao número máximo de dois por unidade hospitalar.

*Secção IV – Do órgão de fiscalização*

**Artigo 13.º - Fiscal único**

1. O fiscal único é o órgão responsável pelo controlo da legalidade, da regularidade e da boa gestão financeira e patrimonial do hospital.
2. É designado por despacho do membro do Governo responsável pela áreas das finanças, obrigatoriamente de entre os auditores registados na Comissão do Mercado de Valores Mobiliários ou, quando tal não se mostrar adequado, de entre os revisores oficiais de contas ou sociedades de revisores oficiais de contas inscritos na respetiva lista da Ordem dos Revisores Oficiais de Contas.
3. Tem as competências, os poderes e os deveres estabelecidos na lei e nos Estatutos.
4. O mandato do fiscal único tem a duração de três anos, renovável apenas uma vez.

*Secção V – Auditoria interna*

**Artigo 14.º - Auditoria interna e sistema de controlo interno**

1. Ao serviço de auditoria interna compete a avaliação dos processos de controlo interno e de gestão de riscos, nos domínios contabilístico, financeiro, operacional, informático e de recursos humanos, contribuindo para o seu aperfeiçoamento contínuo, nos termos definidos nos Estatutos.
2. A direção do serviço de auditoria compete a um auditor interno recrutado para um período de cinco anos, renovável até três renovações, e que é apoiado tecnicamente nas suas funções por um máximo de três técnicos auditores.
3. O serviço de auditoria interna depende, em termos orgânicos, do presidente do conselho de administração.
4. O Centro Hospitalar dispõe de um sistema de controlo interno e de comunicação de irregularidades nos termos definidos nos Estatutos, competindo ao conselho de administração assegurar a sua implementação e manutenção e ao auditor interno a responsabilidade pela sua avaliação.
5. Mediante proposta do serviço de auditoria interna, deve ser aprovado pelo conselho de administração um regulamento que defina as regras e procedimentos de comunicação interna de irregularidades.

*Secção VI – Do órgão de consulta*

**Artigo 15.º - Conselho consultivo**

1. O conselho consultivo tem a composição prevista nos Estatutos competindo-lhe:
  - a) Apreciar os planos de actividade de natureza anual e plurianual;
  - b) Apreciar todas as informações que tiver por necessárias para o acompanhamento da actividade;
  - c) Emitir recomendações tendo em vista o melhor funcionamento dos serviços a prestar às populações, tendo em conta os recursos disponíveis.
2. O funcionamento do conselho consultivo obedece ao disposto nos Estatutos e às regras definidas em regulamento próprio, o qual deve incluir a previsão da substituição dos seus membros em situações de falta ou impedimento.



*Secção VII – Das comissões de apoio técnico*

***Artigo 16.º - Comissões técnicas***

1. Os órgãos de apoio técnico constituem-se como comissões técnicas para atuação em matérias especializadas. Para além daquelas que por imperativo legal venham a ser criadas, bem como aquelas que por despacho do conselho de administração venham a ser constituídas, o Centro Hospitalar dispõe das seguintes comissões técnicas:
  - a) A comissão de ética;
  - b) A comissão de qualidade e segurança do doente;
  - c) A comissão de controlo da infeção hospitalar;
  - d) A comissão de higiene e segurança no trabalho;
  - e) A comissão de farmácia e terapêutica;
  - f) A comissão de coordenação oncológica;
  - g) A comissão técnica de certificação de interrupção da gravidez;
  - h) A comissão de normalização de produtos e equipamentos;
  - i) A comissão de catástrofe e de emergência;
  - j) A comissão médica;
  - k) A comissão de enfermagem.
2. Compete ao conselho de administração, sob proposta do diretor clínico, a designação do presidente e dos membros das comissões.
3. Os mandatos dos membros dos órgãos de apoio técnico têm a duração de três anos, sem prejuízo da sua substituição, devidamente fundamentada, sempre que tal seja tido por oportuno.
4. O funcionamento de cada comissão é definido em regulamento próprio a aprovar pelo conselho de administração.

***Artigo 17.º - Comissão de ética***

1. A comissão de ética tem por missão velar pela correcta observância das normas éticas e deontológicas que regem a prática hospitalar.
2. Tem competência consultiva, com excepção da força vinculativa dos pareceres sobre os ensaios clínicos.
3. A constituição, mandato e funcionamento da comissão de ética obedece ao regime estabelecido na lei (Lei n.º 46/2004 de 2 de dezembro e Decreto-Lei n.º 97/95 de 10 de maio).

***Artigo 18.º - Comissão de qualidade e segurança do doente***

1. Sem prejuízo das competências do gabinete de gestão da qualidade, compete à comissão de qualidade e segurança do doente a formulação da política de qualidade orientada para o utente nas dimensões de planeamento e melhoria contínua e o acompanhamento das ações com vista à segurança do doente.
2. Compete-lhe em especial:
  - a) A elaboração de estudos e a apresentação de propostas para a implementação de ações para a qualidade global no atendimento;
  - b) Promover o conhecimento e utilização de metodologias específicas de avaliação e garantia de níveis de qualidade;
  - c) Acompanhar e avaliar a implementação de ações para a qualidade.
3. O trabalho desenvolvido deve integrar o relatório de atividades a remeter ao conselho de administração.

***Artigo 19.º - Comissão de controlo da infeção hospitalar***

1. À comissão de controlo da infeção hospitalar compete o estudo e análise dos dados relativos à incidência e prevalência da infeção hospitalar e à definição e propostas de estratégias comuns de intervenção, no sentido de as evitar.
2. Rege-se pelas normas e orientações do Ministério da Saúde (nomeadamente o Despacho da Direcção-Geral da Saúde n.º 18052/2007, 11/07 DGS – DR, 2.ª, n.º156,14/08/2007), devendo estar dotada de capacidade técnica capaz de abranger as vertentes essenciais de um programa global de prevenção e controlo de infeção, a vigilância epidemiológica, a elaboração e a monitorização do cumprimento de normas e recomendações de boa prática e a formação dos profissionais.
3. Constituem atribuições da comissão (Circular Normativa n.º 18/DSQC/DSC, de 15/10/2007, da Direcção-Geral da Saúde), designadamente:

- a) Implementar políticas e procedimentos de prevenção e controlo da infecção;
- b) Conduzir a vigilância epidemiológica de acordo com os programas preconizados;
- c) Investigar, controlar e notificar surtos de infecção;
- d) Monitorizar os riscos de infecção associados a novas tecnologias, dispositivos, produtos e procedimentos.

***Artigo 20.º - Comissão de higiene e segurança no trabalho***

1. A comissão de higiene e segurança no trabalho é um órgão de composição paritária, para consulta e cooperação regular e periódica em matéria de informação e formação dos trabalhadores e de prevenção dos riscos profissionais e promoção da saúde no trabalho.
2. É presidida pelo responsável do serviço de saúde ocupacional, tendo como membros o responsável do serviço de instalações e equipamentos, um membro da comissão de controlo da infecção hospitalar, designado pelo Conselho de Administração, e dois representantes designados pelos trabalhadores.
3. A Comissão tem as competências previstas no Decreto-Lei n.º 441/91 de 14 de novembro, Decreto-Lei n.º 488/99 de 17 de novembro, e Lei n.º 102/2009 de 10 de setembro.
4. A Comissão reúne ordinariamente de três em três meses e extraordinariamente sempre que convocada pelo Presidente. Compete-lhe, designadamente:
  - a) Obter informação relativa às condições de trabalho necessária para o prosseguimento das suas funções;
  - b) Realizar visitas aos locais de trabalho para reconhecimento dos riscos para a segurança e saúde e avaliação das medidas de prevenção adoptadas;
  - c) Propor iniciativas no âmbito da prevenção dos riscos para a segurança e saúde no trabalho, visando a melhoria das condições de trabalho e a correcção de deficiências detectadas;
  - d) Participar na elaboração, acompanhamento e avaliação dos programas de prevenção de riscos profissionais;
  - e) Analisar os elementos disponíveis relativos aos acidentes de trabalho e doenças profissionais;
  - f) Emitir parecer sobre a programação anual dos serviços de segurança e saúde no trabalho.

***Artigo 21.º - Comissão de farmácia e terapêutica***

1. A comissão de farmácia e terapêutica rege-se pelas normas e orientações do Ministério da Saúde (nomeadamente o Despacho n.º 1083/2004, do Ministro da Saúde, publicado no DR, 2.ª, de 17 de Janeiro de 2004), sendo presidida pelo diretor clínico ou, por um dos seus adjuntos.
2. É constituída no máximo por seis membros, sendo metade médicos e metade farmacêuticos.
3. Compete, em geral, à comissão de farmácia e terapêutica, garantir um maior rigor e segurança na prescrição farmacológica e acautelar a sustentabilidade da despesa com medicamentos.
4. Reúne obrigatoriamente de três em três meses, sem prejuízo de poder reunir sempre que o presidente a convoque. Compete-lhe, designadamente:
  - a) Emitir pareceres e relatórios, acerca de todos os medicamentos a incluir ou a excluir no Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos, a enviar trimestralmente ao INFARMED;
  - b) Remeter anualmente, ao INFARMED, relatórios anuais sobre a eficácia terapêutica, as suspeitas de reacções adversas e a relação benefício-risco da utilização do medicamento;
  - c) Velar pelo cumprimento do Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos e suas adendas;
  - d) Apreciar com cada serviço hospitalar os custos da terapêutica que periodicamente lhe são submetidas, após emissão de parecer obrigatório pelo diretor dos serviços farmacêuticos;
  - e) Elaborar, observando a informação de custos, a lista de medicamentos de urgência que devem existir nos serviços de acção médica.

***Artigo 22.º - Comissão de coordenação oncológica***

1. A comissão de coordenação oncológica tem a composição e as atribuições definidas na lei (Portaria n.º 420/90 de 8 de junho), sendo presidida pelo diretor clínico ou por um dos seus adjuntos.
2. Compete-lhe, em especial:
  - a) Organizar as consultas de grupo, multidisciplinares, com o objetivo de analisar e definir a estratégia de diagnóstico e terapêutica relativa a casos clínicos oncológicos;
  - b) Aprovar protocolos de atuação diagnóstica e terapêutica dos diversos tipos de doença oncológica;
  - c) Promover e coordenar o registo das doenças oncológicas.

***Artigo 23.º - Comissão técnica de certificação de interrupção da gravidez***

1. A comissão técnica de certificação rege-se pelo disposto na lei (Artigo 20.º da Portaria n.º 741-A/2007 de 21 de junho), competindo-lhe avaliar e certificar da conformidade dos processos de interrupção da gravidez nas situações previstas no artigo 142.º do Código Penal.
2. É composta por três ou cinco médicos como membros efectivos e dois suplentes, a nomear pelo período de um ano, renovável.
3. Reúne mediante convocação do presidente, sempre que necessário, e obrigatória e imediatamente, após a recepção dos atestados, relatórios, pareceres médicos e documento normalizado de consentimento.

***Artigo 24.º - Comissão de normalização de produtos e equipamentos***

1. A comissão de normalização de produtos e equipamentos tem como principal objectivo, elaborar estudos relativos à política de aquisição e renovação de material e equipamentos, bem como dar parecer sobre os pedidos de introdução de novas técnicas, equipamentos ou produtos de consumo hospitalar, numa perspectiva de normalização, com avaliação de incidências qualitativas e económicas.
2. É constituída, no mínimo, por três membros e integra o responsável do serviço de aprovisionamento, um médico e um enfermeiro.
3. Compete, nomeadamente, à comissão de normalização de consumos e equipamentos:
  - a) Definir e propor uma política de normalização dos produtos e equipamentos;
  - b) Avaliar e dar parecer sobre os pedidos de introdução de novas técnicas, novos produtos de consumo hospitalar ou novos equipamentos, avaliando a sua incidência assistencial, qualitativa e económica, numa perspectiva de normalização;
  - c) Desenvolver estudos com vista a definir normas de utilização e procedimentos que sejam transversais e possibilitem uma utilização racional dos recursos.

***Artigo 25.º - Comissão de catástrofe e emergência***

1. A existência de uma célula de prevenção e gestão de crise é essencial para fazer face a uma situação excepcional. A comissão de catástrofe e emergência assume este papel sendo coordenada pelo diretor clínico e/ou pelo presidente do conselho de administração.
2. A comissão de catástrofe e emergência é responsável pela elaboração e atualização de um Plano de Emergência da Unidade de Saúde (PEUS) nos termos definidos na Orientação n.º 07/2010 de 06/10/2010 da Direção-Geral da Saúde.
3. O PEUS tem como finalidade informar internamente os profissionais do Centro Hospitalar das modalidades de acção, em caso da sua activação e, externamente, as autoridades sanitárias para coordenação dos meios disponíveis de resposta em caso de alerta. Tem como objectivo principal fazer face a uma situação excepcional, mantendo uma continuidade dos cuidados de saúde, preservando, ao mesmo tempo, a segurança dos doentes e dos profissionais.
4. Ao diretor clínico ou presidente do conselho de administração compete:
  - a) Constituir e coordenar o gabinete de crise que deverá integrar os membros da comissão de catástrofe e emergência;
  - b) Organizar a sua formação em relação às normas e metodologias de alerta assim como à ativação e desativação do plano;
  - c) Prever a difusão do documento a todo o pessoal, através de sessões de informação sobre o conteúdo deste documento e elaborar planos de formação dos profissionais de saúde sobre o PEUS;
  - d) Organizar exercícios periódicos de modo a avaliar a sua eficácia e os seus limites.
5. O gabinete de crise é o único órgão de decisão e coordenação. É um grupo multidisciplinar constituído por:
  - a) O presidente do conselho de administração;
  - b) O diretor clínico;
  - c) O enfermeiro-diretor;
  - d) O diretor do serviço de urgência;
  - e) O responsável do serviço de pessoal;
  - f) O responsável da comunicação;
  - g) O responsável dos serviços farmacêuticos;
  - h) O responsável dos serviços de hotelaria e de segurança;
  - i) O responsável de instalações e equipamentos e o responsável informático;

- j) Um ou vários especialistas, segundo a origem da catástrofe.
6. Compete em especial à comissão de catástrofe e emergência:
- Promover a elaboração e manter atualizado o PEUS, com a colaboração do gabinete de gestão da qualidade, programando a atuação em situações de risco potencial na área de influência do Centro Hospitalar;
  - Assegurar a articulação e colaboração com os serviços de proteção civil, as corporações de bombeiros e todas as entidades intervenientes na implementação do plano;
  - Organizar ações de prevenção, informação e sensibilização dos profissionais por forma a garantir a mobilização em situações de catástrofe;
  - Promover a realização, pelas entidades tecnicamente competentes, de vistorias às instalações e equipamentos, tendo em vista a verificação das condições de segurança para uma eventual resposta em situações de catástrofe.

#### ***Artigo 26.º - Comissão médica***

- A comissão médica é um órgão de apoio técnico ao diretor clínico, que a ele preside, e tem a seguinte composição: adjuntos do diretor clínico; médicos diretores de departamento, de serviço e coordenadores de unidades funcionais.
- Compete, designadamente à comissão médica:
  - Sugerir medidas que considere oportunas para a formação e o aperfeiçoamento técnico e científico do pessoal médico;
  - Emitir pareceres, quando tal lhe for solicitado, sobre alguns aspectos do exercício da medicina que envolvam princípios de deontologia médica;
  - Dar parecer, quando consultada, sobre queixas ou reclamações de utentes que respeitem à correção técnica e profissional da prestação de cuidados médicos.
- A comissão médica funciona em plenário, sem prejuízo de poder funcionar em subcomissões especializadas, de âmbito restrito, nos casos em que tal se mostre conveniente.
- As reuniões são convocadas pelo seu presidente, com uma periodicidade pelo menos trimestral.

#### ***Artigo 27.º - Comissão de enfermagem***

- A comissão de enfermagem é um órgão de apoio técnico ao enfermeiro diretor, que a ele preside e tem a seguinte composição: adjuntos do enfermeiro-diretor; enfermeiros supervisores; enfermeiros chefes e enfermeiros coordenadores de serviços ou unidades funcionais.
- Compete, designadamente, à comissão de enfermagem:
  - Colaborar na realização dos planos de actualização profissional do pessoal de enfermagem;
  - Dar parecer e colaborar na execução da regulamentação interna para o setor de enfermagem;
  - Dar parecer sobre assuntos submetidos à sua apreciação pelos órgãos de administração e direção técnica do hospital.
- A comissão de enfermagem funciona em plenário, sem prejuízo de poder funcionar em subcomissões especializadas, de âmbito restrito, nos casos em que tal se mostre conveniente.
- As reuniões são convocadas pelo seu presidente, com uma periodicidade pelo menos trimestral.

#### ***Artigo 28.º - Outras comissões e equipas especializadas***

Para atuação em matérias especializadas compõem ainda a estrutura orgânica do Centro Hospitalar outras comissões técnicas, órgãos e equipas pluridisciplinares, designadamente:

- Direção do Internato Médico – (Portaria n.º 183/2006 de 22 de fevereiro, e demais legislação complementar);
- Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco – (Despacho n.º 31292/2008 de 5 de dezembro do Ministro da Saúde Diário da República, 2.ª série, n.º 236, 5/12/2008);
- Equipa de Gestão de Altas – (Decreto-Lei n.º 101/06, 06 de junho);
- Unidades Hospitalar de Gestão de Inscritos para Cirurgia – (Portaria n.º 45/2008, 15 de janeiro);
- Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar – (Circular Normativa n.º 15 de 22 de junho de 2010 da Direção-Geral da Saúde);
- Equipa de Trauma – (Circular Normativa n.º 7/DQS/DQCO de 31 de março de 2010 da Direção-Geral da Saúde);
- Equipa da Unidade Coordenadora Funcional (UCF) – (Despacho n.º 9872, 11 de junho de 2010 do Ministro da Saúde, DR, 2.ª, n.º 112, 11/06/10);

- h) Equipa de Suporte Intra-Hospitalar em Cuidados Paliativos – (Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho);
- i) Equipa de Acompanhamento da Consulta a Tempo e Horas – (Portaria n.º 615/2008, 11 de julho);
- j) Grupo Coordenador Institucional da Violência Contra os Profissionais de Saúde no Local de Trabalho – (Circular Informativa n.º 15/DSPCS, de 07 de abril de 2006 da Direção-Geral da Saúde);
- k) Comissão de Hemoderivados – (Despacho Conjunto n.º1051/2000 de 14 de setembro dos Ministros da Defesa Nacional e da Saúde, DR, 2.ª, n.º 251, 30/10/2000);
- l) Comissão de Antimicrobianos – (Orientação n.º 28/2011 de 15 de julho da Direção-Geral da Saúde);
- m) Conselho técnico dos técnicos de diagnóstico e terapêutica – (Artigo 13.º do Decreto-Lei n.º 564/99 de 21 de dezembro).

### **CAPÍTULO III – Organização interna**

#### *Secção I – Estrutura de gestão*

##### **Artigo 29.º - Estrutura orgânica**

1. O Centro Hospitalar organiza-se de acordo com as normas e critérios genéricos definidos pela tutela em função das suas atribuições e áreas de atuação específicas, fundada numa estrutura orgânica com base em serviços agregados em departamentos e englobando unidades funcionais.
2. Esta estrutura tende a desenvolver a sua ação por centros de responsabilidade para permitir a realização, internamente contratualizada, dos programas de atividade com autonomia e responsabilidade, de modo a possibilitar formas de trabalho centradas prioritariamente no doente, de acordo com as boas práticas de gestão clínica.

##### **Artigo 30.º - Gestão por objetivos**

1. O Centro Hospitalar adota o modelo de gestão participada por objetivos assente em níveis de gestão estratégica, intermédia e operacional, em que os centros de responsabilidade, enquanto níveis de administração intermédia, assumem e desempenham um papel determinante.
2. Neste modelo, compete ao conselho de administração estabelecer os objetivos, definir as estratégias e orientar as relações externas.
3. Ao nível da gestão intermédia, compete ao centro de responsabilidade transformar as estratégias em objetivos e técnicas de implementação, planeando e supervisionando as actividades que implementam as estratégias e objetivos estabelecidos.
4. Ao nível da gestão operacional, compete aos diretores e responsáveis, planejar, dirigir e garantir a execução da atividade em conformidade com as estratégias e objetivos estabelecidos, prosseguindo a máxima economia, eficácia e eficiência.

##### **Artigo 31.º - Criação de centros de responsabilidade**

1. Numa perspetiva de gestão, o Centro Hospitalar organiza-se em centros de custo, segundo uma matriz estruturada que abranja a totalidade da sua atividade e facilite procedimentos uniformes para a repartição e imputação de custos e proveitos a todas as unidades e estruturas de agregação definidas.
2. Os centros de responsabilidade, que agregarão centros de custo, enquanto estruturas operacionais de gestão intermédia, terão a autonomia compatível com a unidade de ação do Centro Hospitalar.
3. A implementação da estrutura de gestão por centros de responsabilidade é um processo dinâmico em permanente evolução, carecendo de ajustamentos regulares com vista a assegurar a necessária unidade de ação do Centro Hospitalar.
4. A atividade dos centros de responsabilidade que vierem a ser criados deverá desenvolver-se de modo programado, sem prejuízo da autonomia técnica das unidades neles abrangidas e dando resposta às suas necessidades.
5. São pressupostos para a criação de centros de responsabilidade:
  - a) A existência de objetivos próprios para os quais estejam orientadas as suas atividades;
  - b) A existência de um órgão de gestão;

- c) Que o órgão de gestão tenha poder de decisão sobre os meios necessários à realização dos seus objetivos;
  - d) A existência de uma matriz de centros de custo actualizada, de um sistema de custeio fiável e de codificação e classificação da produção do Centro Hospitalar;
  - e) A apresentação de um plano de implementação e do respectivo cronograma;
  - f) A apresentação de estudos de viabilidade económica de cada centro de responsabilidade, designadamente sobre a forma de orçamentos-programa.
6. A gestão dos centros de responsabilidade deve ser atribuída a estruturas com natureza pluridisciplinar e tendencialmente profissionalizadas, nomeadas pelo conselho de administração, que deverão integrar um profissional com formação específica em administração hospitalar ou um profissional que manifeste notórias capacidades de organização e experiência de chefia e de gestão de unidades de saúde.
  7. Os centros de responsabilidade são unidades descentralizadas dotadas de objectivos específicos e de um conjunto de meios materiais e humanos que permitem ao responsável ou responsáveis do centro realizar o seu programa de actividade com a maior autonomia possível, conferindo ao Centro Hospitalar os benefícios e vantagens da contratualização interna.
  8. A escolha do tipo de cada centro de responsabilidade deve ser feita de forma cuidada, avaliando correctamente e completamente as actividades desenvolvidas por cada centro e as suas implicações a nível do Centro Hospitalar, podendo os centros de responsabilidade criar e assumir as seguintes modalidades:
    - a) Centros de custos – em que o órgão de gestão tem poder de decisão sobre meios que se traduzem em custos, ou seja, sobre a utilização dos recursos;
    - b) Centros de resultados – em que o órgão de gestão tem poder de decisão sobre meios que se traduzem em custos e proveitos;
    - c) Centros de investimento – em que o órgão de gestão tem poder de decisão sobre meios, que se traduzem não apenas em custos e proveitos, mas também noutros elementos patrimoniais.
  9. Compete ao conselho de administração aprovar o organograma e a identificação dos respectivos centros de responsabilidade sendo que, cada centro pode agrupar departamentos, serviços e/ou unidades de dimensão gestionária adequada, segundo critérios de homogeneidade, afinidade e complementaridade.

***Artigo 32.º - Princípios de atuação do centro de responsabilidade***

A actividade do centro de responsabilidade baseia-se na “contratualização interna” orientando a sua atuação de acordo com as seguintes linhas de orientação:

- a) Gestão por objectivos previamente definidos e conhecidos;
- b) Promoção da valorização do trabalho individual e de equipa;
- c) Definição de linhas hierárquicas de responsabilidade técnica e de administração;
- d) Desenvolvimento de mecanismos sinérgicos que promovam a articulação do centro de responsabilidade com os serviços do hospital e destes com os restantes níveis de cuidados de saúde, assegurando a adequada referenciação e melhorando a informação de retorno;
- e) A qualidade na prestação de cuidados de saúde, prosseguindo a máxima economia, eficácia, eficiência e efetividade.

***Artigo 33.º - Estrutura dos serviços, departamentos e unidades funcionais***

1. O Centro Hospitalar estrutura-se em serviços, departamentos e unidades funcionais.
2. O serviço é a unidade básica da organização, funcionando autonomamente ou de forma agregada em departamentos.
3. As unidades funcionais são agregações especializadas de recursos humanos e tecnológicos, integradas em serviços ou departamentos ou partilhadas por departamentos e serviços distintos.
4. Os departamentos e serviços dispõem de um diretor e as unidades funcionais de um coordenador, todos nomeados pelo conselho de administração.
5. São serviços do hospital:
  - a) Serviços de ação médica;
  - b) Serviços complementares de diagnóstico e terapêutica;
  - c) Serviços de apoio.

*Secção II – Dos serviços de ação médica e diagnóstico e terapêutica*

**Artigo 34.º - Constituição dos serviços de ação médica**

1. Os serviços de ação médica organizam-se em serviços e unidades funcionais, nas áreas que seguidamente se indicam, podendo constituir-se departamentos por despacho do conselho de administração com o objetivo de melhorar a qualidade, a rapidez da tomada de decisão e a eficiência da coordenação quer a nível operacional quer a nível logístico, bem como dar melhor resposta aos utentes quer globalmente quer considerando as suas necessidades individuais.
  - a) Medicina e especialidades médicas;
  - b) Cirurgia e especialidades cirúrgicas;
  - c) Psiquiatria e Saúde Mental;
  - d) Mulher e criança;
  - e) Ambulatório.
2. A área de medicina e especialidades médicas integra o serviço de medicina interna com as valências de gastroenterologia, infecciologia e neurologia, o serviço de cardiologia, o serviço de pneumologia, a unidade de oncologia e a unidade de cuidados intensivos.
3. A área de cirurgia e especialidades cirúrgicas compreende o serviço de cirurgia, o serviço de ortopedia, o serviço de anestesiologia, o bloco operatório, as unidades de oftalmologia, otorrinolaringologia, urologia, cirurgia plástica e cirurgia de ambulatório.
4. A área de psiquiatria e saúde mental compreende o serviço de psiquiatria com o ambulatório programado e a urgência psiquiátrica.
5. A área da mulher e da criança integra o serviço de ginecologia, o serviço de obstetrícia, o bloco de partos, o serviço de pediatria com as unidades de neonatologia e pedopsiquiatria.
6. As especialidades instituídas podem dispor de ambulatório programado que compreende a consulta externa e hospital dia, e atendimento de urgência.
7. Estão autonomizadas as seguintes áreas de ambulatório: consulta externa, urgência geral, urgência pediátrica, urgência ginecológica e obstétrica.

**Artigo 35.º - Constituição dos serviços de diagnóstico e terapêutica**

São serviços de diagnóstico e terapêutica o serviço de anatomia patológica com a sala de autópsias e casa mortuária, o serviço de imagiologia, o serviço de patologia clínica, o serviço de imunohemoterapia, o serviço de medicina física e de reabilitação, e o serviço de radioterapia.

**Artigo 36.º - Âmbito de atuação dos serviços**

1. A atuação dos departamentos, serviços e unidades funcionais desenvolve-se no internamento, na consulta, na urgência, na atividade cirúrgica, em regime de hospital de dia, na atividade domiciliária, na realização de técnicas e na urgência interna ou externa.
2. Nas suas funções, todos os diretores e coordenadores deverão promover o pleno aproveitamento dos recursos instalados, tendo subjacentes princípios de racionalização, eficácia e eficiência.
3. Os diretores e os coordenadores deverão garantir o registo, para efeitos estatísticos, de facturação e de avaliação do desempenho, de toda a actividade realizada.
4. Devem ser evitadas redundâncias e duplicações desnecessárias de técnicas e serviços, competindo aos diretores e coordenadores propor as acções de centralização e concentração mais adequadas ao processo de tratamento dos doentes.
5. Os diretores e coordenadores deverão promover processos de normalização quer a nível dos suportes documentais quer a nível das intervenções terapêuticas, definindo manuais de boas práticas, *guide-lines* e protocolos terapêuticos, de modo a facilitar o processo de racionalização e de tratamento eficiente dos doentes.
6. No exercício da sua atividade, todos os profissionais devem acompanhar a implementação das normas de orientação clínica emitidas pela Direção-Geral da Saúde em matéria de prescrição de medicamentos e de meios complementares de diagnóstico e de terapêutica.
7. Definidas como um conjunto de recomendações clínicas desenvolvidas de forma sistematizada, as normas de orientação clínica constituem um instrumento que se destina a apoiar o profissional de saúde na tomada de decisões no âmbito da prestação de cuidados de saúde. Correspondendo a uma síntese da

evidência científica disponível, facilita a prática da medicina baseada na evidência, contribuindo para melhorar a qualidade global do sistema de saúde.

***Artigo 37.º - Nomeação dos diretores de departamento e de serviço***

1. O diretor de departamento, quando previsto, é nomeado, em comissão de serviço, por um período de três anos, pelo conselho de administração, sob proposta do diretor clínico, de entre médicos com condições para serem nomeados diretores de serviço.
2. O diretor de serviço é nomeado pelo conselho de administração em comissão de serviço, sob proposta do diretor clínico, por um período de três anos, de entre chefes de serviço ou, na sua falta, de entre assistentes graduados que, em qualquer dos casos, manifestem notórias capacidades de organização e qualidades de chefia.
3. Na falta de assistentes graduados, e nas mesmas condições, o diretor de serviço poderá ser nomeado de entre assistentes.
4. Os nomeados para os cargos referidos nos números anteriores deverão apresentar, no prazo de 30 dias, contados desde a data do início de funções, um programa de ação para o departamento ou serviço, conforme os casos, a submeter à aprovação do conselho de administração, com prévio parecer do diretor clínico e, caso se aplique, do diretor do departamento.
5. A renovação da comissão de serviço está dependente da apreciação pelo conselho de administração de um relatório de atividades que explicita os resultados alcançados no cumprimento dos objetivos estabelecidos e de um programa de ação para novo mandato a apresentar pelos interessados até 60 dias antes do seu termo.
6. As comissões de serviço podem, a todo o tempo, ser dadas por findas, por despacho do conselho de administração, com fundamento em:
  - a) Não cumprimento dos objetivos previamente definidos, conforme o estabelecido no n.º 3 do artigo 10.º do regime jurídico da gestão hospitalar, aprovado pela Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro;
  - b) Não apresentação ou não aprovação do programa de ação;
  - c) Procedimento disciplinar em que se tenha concluído pela aplicação de sanção disciplinar;
  - d) Requerimento do interessado.
5. No caso dos serviços de diagnóstico e terapêutica, com prejuízo do disposto nos números anteriores, sempre que a estrutura da organização, bem como o perfil dos profissionais, o justifiquem, pode o conselho de administração nomear outros profissionais, devendo as suas competências e remuneração ser estipuladas conforme as disposições legais por que se regem as respectivas carreiras.
6. Os responsáveis pelos serviços de diagnóstico e terapêutica são nomeados pelo conselho de administração, em comissão de serviço, por um período de três anos, nos termos da lei aplicável.
7. Para os efeitos do disposto no número anterior, a respectiva nomeação deve recair, preferencialmente, e sempre que o quadro de pessoal institucional o permita, em profissionais que manifestem notórias capacidades de organização e experiência de gestão e chefia, sem prejuízo do preenchimento dos requisitos legais necessários para o exercício dos respectivos cargos e chefias.

***Artigo 38.º - Competências do diretor de departamento***

Ao diretor de departamento compete, com a salvaguarda das competências técnicas e científicas atribuídas a outros profissionais:

- a) Promover, coordenar e programar as iniciativas técnico-científicas e de investigação dos diversos serviços que integram o departamento;
- b) Compatibilizar e propor os planos de ação preparados pelos diversos serviços do departamento com vista à sua integração no plano de exploração do hospital;
- c) Garantir a eficiente utilização da capacidade instalada, designadamente pelo pleno aproveitamento dos equipamentos e infra-estruturas existentes e pela diversificação do regime de horário de trabalho, de modo a alcançar uma taxa ótima da utilização dos recursos disponíveis;
- d) Definir, propor e adoptar as medidas adequadas à máxima rentabilização da capacidade instalada do departamento, designadamente através de uma utilização não compartimentada da mesma, bem como acompanhar o sistema de avaliação;
- e) Propor e adoptar as medidas necessárias à melhoria das estruturas organizativas, funcionais e físicas dos serviços do departamento, com vista ao incremento da eficiência conjunta da utilização dos recursos disponíveis, ao aumento da sua eficácia e à obtenção dos melhores resultados;



- f) Preparar informações, relatórios e outros documentos com a periodicidade adequada e submetê-los ao conselho de administração de forma a mantê-lo constantemente informado;
- g) Assegurar a máxima integração da actividade dos serviços do departamento, designadamente através da partilha de instalações e equipamento, multidisciplinaridade de actuação e desenvolvimento de projectos comuns, nomeadamente através de estruturas matriciais e transversais de prestação de cuidados;
- h) Desenvolver a implementação de instrumentos de garantia de qualidade técnica dos serviços do departamento;
- i) Velar pela constante actualização do pessoal, designadamente a que promova a multidisciplinaridade e intersectorialidade interna, bem como pelos aspectos relativos à execução da política de recursos humanos definida para o hospital.

**Artigo 39.º - Competências do diretor de serviço**

1. Ao diretor de serviço compete, com a salvaguarda das competências técnicas e científicas atribuídas a outros profissionais, planear e dirigir toda a actividade do respectivo serviço de acção médica, sendo responsável pela correcção e prontidão dos cuidados de saúde a prestar aos doentes, bem como pela utilização e eficiente aproveitamento dos recursos postos à sua disposição.
2. Compete, em especial, ao diretor de serviço:
  - a) Definir a organização da prestação de cuidados de saúde e emitir orientações, na observância das normas emitidas pelas entidades competentes;
  - b) Elaborar o plano anual de actividades e orçamento do serviço;
  - c) Analisar mensalmente os desvios verificados face à actividade esperada e às verbas orçamentadas, corrigi-los ou, sendo necessário, propor medidas correctivas;
  - d) Promover a manutenção de um sistema de controlo interno eficaz destinado a assegurar a salvaguarda dos activos, a integridade e fiabilidade do seu sistema de informação e a observância das leis, dos regulamentos e das normas aplicáveis, assim como o acompanhamento dos objectivos globais definidos;
  - e) Assegurar a gestão adequada dos recursos humanos, incluindo a avaliação interna do desempenho global dos profissionais, dentro dos parâmetros estabelecidos, e manter a disciplina do serviço, assegurando o cumprimento integral por todo o pessoal, independentemente do regime de trabalho que o liga ao hospital;
  - f) Garantir o registo atempado e correcto da contabilização dos actos clínicos e providenciar pela gestão dos bens e equipamentos do serviço;
  - g) Assegurar a gestão adequada dos artigos em *stock*, o respectivo circuito e o controlo dos consumos dos produtos mais significativos, nomeadamente medicamentos e material clínico;
  - h) Promover a aplicação dos programas de controlo de qualidade e de produtividade, zelando por uma melhoria contínua da qualidade dos serviços e propondo, quando necessário, a realização de auditorias;
  - i) Garantir a actualização das técnicas utilizadas, promovendo por si ou propondo aos órgãos competentes as iniciativas aconselháveis para a valorização, o aperfeiçoamento e a formação profissional do pessoal em serviço;
  - j) Assegurar a produtividade e eficiência dos cuidados de saúde prestados e proceder à sua avaliação sistemática;
  - k) Garantir a organização e constante actualização dos processos clínicos, designadamente através da revisão das decisões de admissão e de alta, mantendo um sistema de codificação correcto e atempado das altas clínicas;
  - l) Tomar conhecimento e determinar as medidas adequadas em resposta a reclamações apresentadas pelos utentes;
3. O diretor de serviço pode delegar as suas competências, reservando sempre para si o controlo da actividade do mesmo.
4. O coordenador de unidade funcional autónoma tem as competências equivalentes ao diretor de serviço sem prejuízo dos ajustamentos que o conselho de administração entenda considerar face ao âmbito das atribuições.

**Artigo 40.º - Competências do enfermeiro-chefe**

Compete ao enfermeiro-chefe, para além das competências previstas na carreira profissional:

- a) Supervisionar os cuidados de enfermagem e coordenar, tecnicamente, a actividade de enfermagem;
- b) Colaborar na preparação de planos de acção e respectivos relatórios do serviço e promover a utilização optimizada dos recursos, com especial relevo para o controlo dos consumos;
- c) Programar as actividades de enfermagem, definindo, nomeadamente, as obrigações específicas dos enfermeiros e do pessoal auxiliar que com eles colabora, em especial os auxiliares de acção médica, propondo medidas destinadas a adequar os recursos disponíveis às necessidades, nomeadamente quando da elaboração de horários e planos de férias;
- d) Propor o nível e tipo de qualificação exigido ao pessoal de enfermagem, em função dos cuidados de enfermagem a prestar;
- e) Elaborar, de forma articulada, o plano e os relatórios anuais, referentes às actividades de enfermagem;
- f) Incrementar métodos de trabalho que favoreçam um melhor nível de desempenho do pessoal de enfermagem e responsabilizar-se pela garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados;
- g) Promover a divulgação da informação com interesse para o pessoal de enfermagem.

### *Secção III – Dos serviços de apoio*

#### ***Artigo 41.º - Constituição dos serviços de apoio***

1. Os serviços de apoio podem agrupar-se em duas grandes áreas, apoio à acção médica e apoio geral.
2. O apoio à acção médica compreende os serviços farmacêuticos, nutrição e dietética, esterilização, serviço social, assistência religiosa e a gestão de doentes.
3. O apoio geral compreende o serviço de recursos humanos, os serviços financeiros, o serviço de aprovisionamento, o serviço de instalações e equipamentos, o serviço de informática, os serviços hoteleiros, o centro de formação e documentação, o arquivo, e o serviço de saúde ocupacional.

#### ***Artigo 42.º - Nomeação do responsável dos serviços***

1. Os responsáveis pelos serviços de apoio são nomeados pelo conselho de administração, em comissão de serviço, por um período de três anos, nos termos da lei aplicável.
2. Para efeitos do disposto no número anterior, a respectiva nomeação deve recair, preferencialmente, e sempre que o quadro de pessoal institucional o permita, em profissionais que manifestem notórias capacidades de organização e experiência de gestão e chefia, sem prejuízo do preenchimento dos requisitos legais necessários para o exercício dos respectivos cargos e chefias.

#### ***Artigo 43.º - Competências***

1. Ao responsável do serviço compete, com salvaguarda das competências atribuídas por lei a outros órgãos, planear e dirigir toda a actividade do respectivo serviço, sendo responsável pela utilização e pelo eficiente aproveitamento dos recursos postos à sua disposição.
2. Compete, em especial, ao responsável pelo serviço, o seguinte:
  - a) Elaborar o plano anual de actividades e o orçamento do serviço;
  - b) Analisar mensalmente os desvios verificados face à actividade esperada e às verbas orçamentadas, corrigi-los ou, sendo necessário, propor medidas correctivas ao conselho de administração;
  - c) Promover a manutenção de um sistema de controlo interno eficaz destinado a assegurar a salvaguarda dos ativos, a integridade e fiabilidade do seu sistema de informação e a observância das leis, dos regulamentos e das normas aplicáveis, assim como o acompanhamento dos objectivos globais definidos;
  - d) Assegurar a gestão adequada dos recursos humanos, incluindo a avaliação interna do desempenho global dos profissionais, dentro dos parâmetros estabelecidos, e manter a disciplina do serviço, assegurando o cumprimento integral por todo o pessoal, independentemente do regime de trabalho que o liga ao hospital;
  - e) Promover a organização e o registo da contabilidade, bem como providenciar pela organização e cadastro dos bens, móveis e imóveis;
  - f) Assegurar a gestão adequada dos artigos em armazém, o respectivo circuito e o controlo dos consumos dos produtos mais significativos, utilizando para o efeito as técnicas mais adequadas;

- g) Promover a aplicação dos programas de controlo de qualidade e de produtividade, zelando por uma melhoria contínua da qualidade dos serviços e propondo ao conselho de administração, quando necessário, a realização de auditorias;
- h) Zelar pela actualização das técnicas utilizadas, promovendo por si ou propondo aos órgãos competentes as iniciativas aconselháveis para a valorização, o aperfeiçoamento e a formação profissional do pessoal em serviço, e organizar e supervisionar todas as actividades de formação e investigação.

#### ***Artigo 44.º - Farmácia***

1. À farmácia compete o desenvolvimento de actividades de farmácia clínica, relacionadas com a terapêutica medicamentosa, a elaboração do perfil farmacoterapêutico do doente, os estudos de farmacocinética e monitorização de medicamentos, as ações de farmacoterapia e farmacovigilância, até à encomenda dos produtos, gestão de stocks, distribuição aos utilizadores e avaliação dos resultados.
2. Com o objectivo de disponibilizar, de um modo permanente, os produtos necessários e adequados ao tratamento dos doentes, em quantidade, qualidade, no momento oportuno, ao menor custo e com a segurança desejada, a farmácia tem por atribuições fundamentais, as seguintes:
  - a) Assegurar a informação farmacêutica e a prestação de assistência medicamentosa;
  - b) Elaborar planos de compras e assumir a responsabilidade técnica das aquisições;
  - c) Organizar o espaço físico, garantindo uma correcta conservação, movimentação e distribuição dos produtos;
  - d) Fixar os níveis de stock e métodos de reaprovisionamento que minimizem os custos, mantendo o nível de segurança;
  - e) Assegurar a distribuição interna e correspondente informação técnica dos medicamentos;
  - f) Interpretar a prescrição terapêutica e fórmulas farmacêuticas;
  - g) Controlar a dispensa de medicamentos, posologia, duração de terapêutica e estabelecer comparações com indicadores de serviços equivalentes de outros hospitais;
  - h) Promover a informação interna e a melhoria da qualidade e segurança do circuito do medicamento, prevenindo erros de prescrição, administração e registo.
  - i) Desenvolver análises e ensaios farmacológicos e as actividades relacionadas com a preparação, identificação e distribuição do medicamento;
  - j) Preparar e produzir medicamentos manipulados, citotóxicos e alimentação parentérica, segundo as normas de qualidade e segurança aplicáveis;
  - k) Participar em comissões técnicas ou em grupos de trabalho no domínio dos produtos farmacêuticos e colaborar ativamente na elaboração, implementação, revisão e monitorização de protocolos terapêuticos;
  - l) Colaborar na investigação e no ensino das suas áreas específicas, designadamente através da colaboração nos ensaios clínicos autorizados e na preparação e formação dos profissionais;
  - m) Organizar e manter os registos administrativos, contabilísticos e estatísticos regulamentares;
  - n) Monitorizar o consumo de medicamentos e elaborar relatórios periódicos comparativos.
  - o) Garantir o cumprimento das instruções vigentes quanto aos estupefacientes, psicotrópicos, derivados do plasma, pedidos de autorização de utilização especial, entre outros.

#### ***Artigo 45.º - Nutrição e Dietética***

1. Compete ao serviço de nutrição e dietética supervisionar o processo de confeção, distribuição e administração da alimentação em geral, bem como da alimentação especialmente prescrita pelo médico assistente do doente, acompanhando o respetivo processo terapêutico do ponto de vista nutricional e dietético.
2. O serviço de nutrição e dietética deve assegurar o controlo de qualidade e quantidade da alimentação dos doentes, bem como apoiar o corpo clínico procurando implementar as melhores práticas de dietética e nutrição, tendo em conta as necessidades fisiológicas do utente.
3. A atividade primordial do dietista/nutricionista consiste na aplicação das ciências da nutrição no tratamento de doenças e na promoção da saúde a nível individual e coletivo. Neste âmbito, aplica os seus conhecimentos e competências profissionais em funções de promoção da saúde, terapêutica, segurança alimentar e administração dos serviços de alimentação e dietética. Constituem-se como principais tarefas:

- a) Supervisionar toda a atividade desenvolvida no serviço de alimentação desde a elaboração e atualização do caderno de captações à confeção e distribuição da alimentação;
- b) Supervisionar o sistema de análise dos pontos críticos de controlo (HACCP – Hazard Analysis and Critical Control Point) e realizar auditorias internas;
- c) Elaborar e manter atualizado o formulário dietético;
- d) Integrar equipas multidisciplinares com o objetivo de implementar uma terapêutica dietética adequada à situação clínica do doente;
- e) Apoiar a consulta de diabetologia;
- f) Monitorizar os planos nutricionais instituídos.

#### ***Artigo 46.º - Esterilização***

1. A esterilização funciona com procedimentos validados pelo enfermeiro responsável, de acordo com os padrões nacionais definidos para o sector e em articulação com as orientações técnicas da comissão de controlo da infeção.
2. Compete-lhe actuar junto dos serviços utilizadores no sentido de promover a correcta utilização do material esterilizado e o cumprimento das regras e rotinas estabelecidos com vista a conseguir que o serviço prestado seja adequado às necessidades e proporcione a satisfação dos utilizadores.
3. Ao pessoal afecto à esterilização compete executar as tarefas de limpeza, acomodação, empacotamento e embalagem do material, bem como a arrumação nas áreas de armazenamento de acordo com as orientações estabelecidas.

#### ***Artigo 47.º - Serviço social***

1. A actividade do serviço social tem como objetivo a promoção da reabilitação e reinserção social dos doentes, acautelando a sustentabilidade de eventuais despesas e previligiando a articulação com as instituições de solidariedade e apoio social.
2. O serviço social é coordenado por um técnico superior de serviço social e tem as atribuições previstas na legislação aplicável (designadamente o Decreto-Lei n.º 296/91, de 16 de agosto).
3. Compete ao serviço social:
  - a) Contribuir para a humanização e qualidade dos serviços do Centro Hospitalar;
  - b) Assegurar o apoio psico-social dos utentes e exercer funções de estudo, concepção e adaptação de métodos técnico-científicos nesta área;
  - c) Articular, com as redes sociais de suporte, as necessidades dos utentes do Centro Hospitalar;
  - d) Prevenir, evitar e minimizar casos em que a alta clínica possa não coincidir com a alta social;
  - e) Assegurar a estatística do serviço de acordo com as normas em vigor.
4. Integrado no serviço social funciona o gabinete do utente (nos termos do Despacho n.º 26/86 de 30 de Junho, da Ministra da Saúde, publicado no DR, 2.ª, de 24 julho, e da Resolução do Conselho de Ministros n.º 189/96, de 28 de novembro).
5. O gabinete do utente, tem por objectivo ser um meio de gestão dos serviços, através da avaliação da qualidade dos serviços prestados e um meio de informação e de defesa dos utentes, competindo-lhe organizar e manter o sistema de sugestões e reclamações relativas às actividades do Centro Hospitalar, designadamente, a recepção, análise e encaminhamento das sugestões, queixas e reclamações apresentadas pelos utentes e pelo público em geral.

#### ***Artigo 48.º - Assistência religiosa***

1. No cumprimento das disposições constitucionais e legais sobre liberdade religiosa, no Centro Hospitalar é permitido o livre acesso dos ministros de todos os cultos aos doentes internados, segundo a opção de cada um.
2. O serviço social deve garantir uma forma de organização que garanta o regular funcionamento da assistência espiritual e religiosa, assegurando o apoio administrativo e os meios logísticos necessários, nos termos regulados pelo Decreto-Lei n.º 253/2009 de 23 de setembro, designadamente:
  - a) Um ou mais locais com condições de privacidade para reuniões dos utentes, seus familiares ou outros cuja proximidade ao utente seja significativa, com os assistentes espirituais ou religiosos, sem símbolos religiosos específicos de qualquer confissão religiosa;
  - b) Um ou mais locais de culto, em termos que garantam o acesso ao culto a todos os utentes, independentemente da sua confissão religiosa.

**Artigo 49.º - Gestão de doentes**

1. A gestão de doentes pode integrar a admissão de doentes com o secretariado da consulta externa e urgência, bem como o secretariado clínico do internamento e dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica.
2. São atribuições da gestão de doentes, entre outras:
  - a) Efetuar todos os registos e atos administrativos relativos ao percurso do doente, desde o momento da sua entrada até ao momento da saída e, conseqüentemente, a emissão da facturação;
  - b) Organizar o sistema de visitas aos doentes internados;
  - c) Organizar e manter o sistema de informação externa sobre o estado clínico dos doentes, incluindo os casos de óbito;
  - d) Assegurar o processamento da informação relativamente aos Grupos de Diagnóstico Homogêneos (GDH);
  - e) Organizar e manter o arquivo ativo e inativo dos processos individuais dos utentes;
  - f) Elaborar a estatística do movimento de doentes e atos clínicos realizados de acordo com as normas em vigor;
  - g) Praticar os atos administrativos necessários á realização dos exames pelos doentes, quer estes sejam efetuados dentro do Centro Hospitalar ou no exterior, independentemente da modalidade de admissão e do regime de internamento;
  - h) Organizar e manter um sistema de informação sobre as actividades e serviços do centro hospitalar e a atualização da carta dos direitos e deveres dos utentes.
  - i) Organizar e manter um sistema de atendimento personalizado dos utentes, para informação sobre marcação e alteração de actos médicos ou exames de diagnóstico e terapêutica;
  - j) Orientar e auxiliar o utente e seus familiares na resolução das questões relacionadas com sua vinda à unidade de saúde;
  - k) Instruir o processo clínico do utente e disponibilizá-lo, em tempo, ao prestador de cuidados;
  - l) Assegurar os registos administrativos e contabilísticos e proceder à cobrança em conformidade com as orientações estabelecidas;
  - m) Controlar e monitorizar a atividade, incluindo a pré-facturação e o pré-contencioso.

**Artigo 50.º - Recursos humanos**

1. A atividade de recursos humanos abrange as áreas de gestão de recursos humanos e administração de pessoal.
2. À área de gestão de recursos humanos compete:
  - a) Planear as necessidades de recursos humanos, analisar e descrever as funções e manter atualizado registo da imputação da carga horária semanal dos profissionais aos diferentes centros de custo e de atividades do Centro Hospitalar;
  - b) Preparar os dados necessários ao funcionamento do sistema de informação para a gestão de pessoal;
  - c) Elaborar o balanço social e efetuar avaliações das condições de trabalho, motivação profissional e produtividade;
  - d) Desenvolver estudos de suporte às políticas remuneratórias e de incentivos;
  - e) Desenvolver sistemas de avaliação de desempenho com objetivação de indicadores e apoiar o processo de avaliação;
  - f) Propor e acompanhar a política de formação do Centro Hospitalar;
  - g) Proceder ao recrutamento e seleção de pessoal.
3. A administração de pessoal engloba as atividades de mobilidade de pessoal, carreiras, remunerações, arquivo e expediente. Compete, em especial, à área de administração de pessoal:
  - a) Praticar todos os atos referentes à mobilidade dos recursos humanos;
  - b) Assegurar a atualização de fichas individuais de cadastro, organizar e manter os processos individuais do pessoal e a base de dados de recursos humanos em coordenação com os órgãos competentes da administração pública;
  - c) Propor, de acordo com o plano estabelecido, a abertura de concursos, bem como o seu acompanhamento processual apoiando os respetivos júris;
  - d) Assegurar a uniformidade de critérios na aplicação das leis e regulamentos às condições de trabalho, através de informação genérica ou pontual dirigida aos departamentos, serviços ou unidades funcionais;

- e) Assegurar o registo e controlo da assiduidade dos trabalhadores;
- f) Instruir e encaminhar os processos respeitantes às regalias sociais de que sejam beneficiários os trabalhadores do Centro Hospitalar e os seus familiares;
- g) Proceder aos registos necessários ao processamento dos vencimentos do pessoal, bem como dos respetivos descontos;
- h) Proceder à elaboração dos contratos individuais de trabalho, sua renovação e cessação, bem como proceder à inscrição dos trabalhadores nos serviços ou organismos do Estado;
- i) Dar parecer e praticar todos os atos administrativos referentes a acumulação de funções e aposentações;
- j) Manter o arquivo atualizado dos processos individuais dos trabalhadores e da documentação de interesse;
- k) Organizar e manter atualizado o serviço de expediente.

***Artigo 51.º - Serviços financeiros***

1. A atuação dos serviços financeiros engloba as áreas de contabilidade, gestão financeira, gestão orçamental e gestão de tesouraria.
2. A área de contabilidade compreende a contabilidade geral e a contabilidade analítica.
3. Compete á área da contabilidade geral aglutinar e controlar toda a informação produzida nos diversos sectores do Centro Hospitalar e proceder ao seu registo contabilístico tendo por base as seguintes funções: conferência de facturas de fornecedores; controlo de stocks; controlo e registo do imobilizado; contas correntes de fornecedores; controlo e facturação a clientes; contas correntes de clientes e controlo de vencimentos.
4. Compete á área de contabilidade analítica implementar, em articulação com a contabilidade geral e com o serviço de planeamento, análise e controlo de gestão, um sistema de informação de gestão de custos e proveitos dos diversos centros de custo, em especial os de produção.
5. Á área de gestão financeira compete fundamentar as decisões de financiamento e de gestão das disponibilidades do Centro Hospitalar.
6. Á área de gestão orçamental compete coordenar e controlar a execução dos planos e orçamentos de exploração e de investimento anuais e plurianuais do Centro Hospitalar, bem como controlar a sua execução orçamental.
7. A função dos serviços financeiros deve assegurar:
  - a) A contabilidade geral, orçamental e analítica;
  - b) A gestão de contas a receber;
  - c) A gestão de contas a pagar;
  - d) A gestão de tesouraria.
8. A função dos serviços financeiros deve garantir uma adequada segregação interna de funções, assegurando a independência das funções de tesouraria, da gestão de contas a pagar e da gestão de contas a receber.
9. O serviços financeiros desenvolvem as seguintes atribuições, entre outras:
  - a) Controlar as movimentações efectuadas nos registos contabilísticos;
  - b) Produzir e verificar a informação de gestão orçamental, financeira e fiscal;
  - c) Processar a facturação e controlar os saldos dos clientes e dos fornecedores;
  - d) Efectuar os recebimentos e pagamentos;
  - e) Gerir as disponibilidades, os financiamentos e as aplicações de fundos.
10. Compete aos serviços financeiros propor o procedimento de cobrança contenciosa de créditos quando esgotados os procedimentos normais de cobrança e fornecer aos serviços jurídicos os documentos necessários á instrução dos respectivos processos.
11. Compete em especial aos serviços financeiros:
  - a) Estudar, propor e acompanhar a execução da política de gestão orçamental, de amortização e reintegração de bens e de tesouraria;
  - b) Assegurar o controlo financeiro de disponibilidades e garantir os registos e procedimentos adequados;
  - c) Dirigir e controlar a contabilidade, nomeadamente quanto aos registos patrimoniais e de caixa;
  - d) Elaborar toda a documentação relativa à gestão financeira e facturação;
  - e) Preparar, em articulação com o gabinete de apoio à gestão, o plano e relatório de atividades, o orçamento de exploração e de investimentos;

- f) Preparar e apresentar mensalmente um plano de pagamentos e de tesouraria;
  - g) Assegurar a gestão patrimonial em termos de inventariação e amortizações de exercício.
12. É da competência dos serviços financeiros proceder á abertura de centros de custo, códigos de contas, bem como à codificação de clientes e fornecedores.

***Artigo 52.º - Aprovisionamento***

Com o objectivo de disponibilizar, de um modo permanente, os bens e serviços necessários e adequados ao funcionamento dos serviços, em quantidade, qualidade, no momento oportuno, ao menor custo e com a segurança desejada, o serviço de aprovisionamento tem por atribuições fundamentais, as seguintes:

- a) Definir políticas e estratégias de compras para as diversas categorias de produtos;
- b) Preparar e apresentar planos anuais de compras e de consumos;
- c) Acompanhar e gerir todos os processos de aquisição de forma a garantir elevados níveis de serviço;
- d) Desenvolver todos os processos de negociação de forma a estabelecer as melhores condições de aquisição para o Centro Hospitalar;
- e) Identificar de forma sistemática todas as oportunidades de redução de custos e assegurar a sua implementação;
- f) Atribuir nomenclaturas e codificar os artigos de consumo assegurando a sua atualização;
- g) Assegurar a melhor articulação com os serviços financeiros garantindo a integração dos ficheiros de consumo, a manutenção atualizada dos códigos de centros de custo e das contas do plano de contas, bem como o fecho do mês;
- h) Garantir a sensibilização dos serviços utilizadores para a concretização dos pedidos de acordo com as necessidades reais de consumo e utilização;
- i) Organizar e manter atualizados ficheiros de fornecedores e de artigos, assegurando a aplicação de métodos adequados de seleção e avaliação;
- j) Organizar o espaço físico dos armazéns, designadamente, quanto a aspetos relacionados com a conservação e movimentação de artigos;
- k) Definir regras e suportes documentais para controlo administrativo e contabilístico dos stocks;
- l) Fixar níveis de stocks e métodos de reaprovisionamento que minimizem os custos totais de aprovisionamento, garantindo níveis de segurança adequados;
- m) Assegurar a recepção quantitativa e qualitativa dos artigos e a distribuição aos serviços utilizadores;
- n) Garantir um registo atualizado dos bens de inventário;
- o) Promover e acompanhar os processos de alienação de bens.

***Artigo 53.º - Instalações e equipamentos***

São atribuições do serviço de instalações e equipamentos, entre outras:

- a) Elaborar estudos, propostas e pareceres nas diversas áreas da competência técnica do serviço, nomeadamente sobre equipamentos, material de manutenção e conservação e análise de custos;
- b) Estudar e programar a implantação dos diferentes sectores de atividade hospitalar, em articulação com os serviços;
- c) Programar, executar de acordo com a capacidade, e fiscalizar a execução das obras de construção ou beneficiação de instalações e infraestruturas;
- d) Programar a manutenção das instalações e infraestruturas, bem como do equipamento geral e médico;
- e) Organizar e manter o arquivo técnico das instalações, das infraestruturas e do equipamento geral e médico;
- f) Garantir a segurança das instalações e velar pela correta utilização e manutenção dos equipamentos;
- g) Elaborar ou avaliar os projetos técnicos necessários à sua atividade;
- h) Organizar e manter atualizado o inventário, em articulação com o sector de património;
- i) Elaborar e difundir os manuais de procedimentos para utilização de instalações técnicas especiais, redes de abastecimento e de saneamento e utilização de equipamentos, de acordo com as regras de segurança aplicáveis e as instruções dos fornecedores;
- j) Organizar e manter um sistema de sinalização interna e garantir a segurança das instalações e equipamentos;
- k) Assegurar a elaboração do plano de segurança (emergência interno) e participar na atualização do plano de emergência e catástrofe, garantindo a substituição ou reforço de sistemas de abastecimento e saneamento em situação de crise.

**Artigo 54.º - Informática**

1. O serviço de sistemas e tecnologias de informação organiza-se internamente através das áreas de sistemas de informação, redes e tecnologia e um núcleo que assegura as funções de *help-desk*.
2. Compete ao serviço de sistemas e tecnologias de informação:
  - a) Orientar e coordenar o planeamento dos sistemas de informação do Centro Hospitalar;
  - b) Definir os procedimentos administrativos com implicação directa na gestão dos recursos de informação disponíveis nas actividades administrativas e nas áreas assistenciais;
  - c) Programar, executar e apoiar os utilizadores na exploração das aplicações informáticas e das tecnologias de informação do Centro Hospitalar;
  - d) Dirigir as actividades inerentes à gestão da informação e controlar os prazos de execução dos projectos, em articulação com as unidades e serviços envolvidos;
  - e) Definir a infra-estrutura tecnológica de suporte às estratégias para as tecnologias de informação a utilizar no Centro Hospitalar;
  - f) Garantir a operacionalidade, manutenção e segurança dos equipamentos, suportes lógicos e rede de dados instalados nos hospitais do Centro Hospitalar, bem como a ligação à rede de informação da saúde, definindo as respectivas normas de aquisição, disponibilização e acesso por parte dos diferentes tipos de utilizadores;
  - g) Elaborar e manter planos de recuperação de desastres no domínio dos sistemas e tecnologias de informação, de forma a garantir a rápida reposição em funcionamento da rede informática e garantir a salvaguarda da informação nela integrada;
  - h) Dinamizar e promover acções de formação aos utilizadores de forma a contribuir para uma utilização mais eficiente dos recursos dos sistemas e tecnologias de informação;
  - i) Colaborar na definição de políticas, programação e orçamentação de actividades que impliquem alterações quantitativas e qualitativas dos sistemas e tecnologias de informação do Centro Hospitalar.

**Artigo 55.º - Serviços hoteleiros**

1. Os serviços hoteleiros agrupam unidades de produção de serviços indispensáveis à satisfação das necessidades de logística conexas com o conforto e bem-estar dos profissionais e dos utentes.
2. A gestão hoteleira é responsável pelo planeamento, organização e controlo das actividades afetas aos sectores de alimentação, higiene e limpeza, segurança e vigilância, lavagem e tratamento de roupa, serviços gerais e transportes, central telefónica, parques e jardins, recolha e tratamento dos resíduos.
3. Em função do modelo de organização instituído, o responsável dos serviços hoteleiros poderá, também, coordenar os profissionais auxiliares de acção médica afetos às áreas assistenciais e uma equipa de auxiliares de apoio para funções gerais. Neste caso, o pessoal desempenha as suas funções nos serviços onde se encontre distribuído, sob orientação e na dependência hierárquica do pessoal de enquadramento das suas carreiras, mas em subordinação funcional e em colaboração com o pessoal de chefia dos serviços de colocação.

**Artigo 56.º - Centro de formação e documentação**

1. O centro de formação e documentação organiza a sua atividade na área da formação permanente do pessoal e na área da gestão da documentação e divulgação da informação.
2. Tem como objetivo principal o desenvolvimento da política de formação dos recursos humanos, de acordo com os objetivos definidos nos planos de ação, promovendo a atualização, inovação e motivação dos profissionais.
3. O centro de formação pode integrar núcleos específicos de formação por grupo profissional, de forma a assegurar a formação contínua do pessoal.
4. O centro de documentação tem como objetivo promover a recolha, atualização e o acesso a consulta da documentação técnica com interesse para a formação profissional.

**Artigo 57.º - Arquivo e acesso aos documentos administrativos**

1. O Centro Hospitalar mantém um arquivo clínico e um arquivo geral para guarda dos documentos cujo valor arquivístico justifique a sua conservação.



2. A documentação produzida e recebida no âmbito das atribuições e competências do centro hospitalar deve ser objecto de avaliação para efeitos de conservação permanente ou eliminação, findos os respectivos prazos de conservação em fase activa e semiactiva.
3. São atribuições, entre outras:
  - a) Organizar e manter um arquivo clínico de processos individuais dos utentes;
  - b) Instruir os processos para assistência médica noutra hospital nacional ou estrangeiro;
  - c) Assegurar a unidade de tratamento dos processos dos utentes e manter o arquivo central dos processos clínicos;
  - d) Assegurar a gestão e manutenção do arquivo geral relativa à documentação que não integra o processo clínico.
4. Findos os prazos de conservação em fase activa, a documentação com reduzidas taxas de utilização deverá ser remetida do arquivo corrente para o arquivo intermédio.
5. Os documentos cujo valor arquivístico justifique a sua conservação permanente deverão ser remetidos para o arquivo definitivo.
6. O arquivo clínico é o serviço responsável pela recepção, classificação, guarda e conservação dos documentos que integram o processo clínico dos utentes, bem como pela sua disponibilização em conformidade com as regras de acesso a este tipo de documentos.
7. Compete à Comissão de Acesso aos Documentos Administrativos (CADA) emitir parecer e contribuir para o esclarecimento e divulgação das diferentes vias de acesso aos documentos administrativos no âmbito do princípio da administração aberta (Lei n.º 46/2007, de 24 de agosto).
  - a) As formas de acesso (aos documentos administrativos) são: consulta, reprodução e certidão;
  - b) O titular da informação de saúde tem o direito de acesso à mesma, em princípio, sem qualquer restrição. Pode, eventualmente, ocorrer restrição quando o direito fundamental de acesso deva ceder perante outro direito fundamental (cfr. n.º 2 artigo 3.º da Lei n.º 12/2005, de 26 de janeiro) ou em qualquer outra situação especificamente prevista;
  - c) O titular da informação de saúde não tem que fundamentar o pedido de acesso;
  - d) O pedido de acesso, efectuado por terceiro expressamente autorizado ou por representante legal, deve indicar o fim a que se destina e apenas pode utilizar tal informação para o fim que determinou o acesso; Uma vez autorizado o acesso deve ser tratado como se efectuado pelo titular da informação (dentro de eventuais limites constantes da autorização e dos poderes de representação);
  - e) O acesso a relatórios de autópsia médico-legal é regulado pelo direito processual penal;
  - f) A comunicação de informação de saúde, no âmbito das relações inter-institucionais deve decorrer do dever de colaboração, da fundamentação do pedido, da necessidade da informação e do conhecimento das competências das entidades requerentes e, eventualmente, ainda da aplicação de outras normas (de direito processual penal, por exemplo);
  - g) O acesso a informação de saúde por seguradoras deve ser facultado quando exista autorização escrita para tal, conferida pelo titular da informação, ou quando seja demonstrado interesse directo, pessoal e legítimo no acesso.
  - h) Cabe às entidades requeridas aferir do interesse no acesso e em caso de dúvida podem solicitar o parecer da CADA.
8. No exercício do direito de acesso aos documentos administrativos, os cidadãos suportarão o custo da respectiva reprodução.

#### ***Artigo 58.º - Saúde ocupacional***

1. A organização da segurança, higiene e saúde no trabalho, é da responsabilidade do serviço de saúde ocupacional que desenvolve a sua atividade com vista à prevenção dos riscos profissionais e a promoção da saúde dos trabalhadores.
2. O serviço de saúde ocupacional, tem por objetivos gerais:
  - a) Promover locais de trabalho saudáveis, através da promoção da saúde dos trabalhadores e a prevenção dos riscos profissionais com vista à manutenção da capacidade de trabalho;
  - b) Investigar fatores desencadeantes ou agravantes de doença no local de trabalho e desenvolver estratégias para a sua correção;
  - c) Assegurar a confidencialidade dos dados de saúde e proteger a privacidade dos trabalhadores;
  - d) Desenvolver atividades de formação, informação e educação para a saúde;

- e) Apoiar os trabalhadores e os órgãos de administração, no estabelecimento e conservação do ambiente de trabalho saudável e seguro que favoreça a optimização da saúde física e mental relacionada com o trabalho.
3. As funções do serviço de saúde ocupacional relacionam-se com:
  - a) Vigilância da saúde dos trabalhadores;
  - b) Vigilância do ambiente de trabalho;
  - c) Medicina Curativa;
  - d) Promoção da Saúde.
4. O serviço de saúde ocupacional deve assegurar uma consulta de medicina no trabalho e desenvolver as demais atividades decorrentes da lei, assegurando as notificações e comunicações obrigatórias com a Autoridade para as Condições do Trabalho e demais entidades públicas.

*Secção IV – Assessoria e apoio técnico*

***Artigo 59.º - Gabinetes de apoio técnico***

1. Com o objetivo de assegurar a melhor gestão na prossecução do interesse público, com a máxima economia, eficácia e eficiência, assim como garantir a regularidade e transparência das decisões com incidência sobre a despesa pública, a instituição, os trabalhadores e os utentes, podem ser constituídos gabinetes de apoio técnico junto do conselho de administração.
2. Além de outros que justificadamente venham a ser constituídos, identificam-se os seguintes: gabinete de gestão da qualidade, gabinete de apoio à gestão, gabinete de codificação e auditoria clínica, gabinete jurídico e gabinete de comunicação e imagem.

***Artigo 60.º - Gabinete de gestão da qualidade e do risco***

1. Compete ao gabinete de gestão da qualidade promover e coordenar actividades de melhoria contínua e da qualidade, assim como gerir os programas de acreditação e certificação.
2. Este gabinete pode integrar núcleos tecnicamente autónomos como o núcleo de gestão do risco e segurança do doente, o núcleo de gestão de risco, o núcleo de auditoria interna, o núcleo de controlo interno e o núcleo de gestão documental.
3. Compete ao núcleo de gestão do risco e segurança do doente:
  - a) Propor a política geral da qualidade;
  - b) Avaliar os riscos clínicos e seus factores causais e adoptar medidas preventivas;
  - c) Implementar um sistema de relato de incidentes clínicos, sua investigação e seguimento;
  - d) Analisar reclamações e queixas que permitem a identificação precoce de riscos clínicos;
  - e) Em articulação com a comissão de catástrofe, apresentar proposta, sugestões e recomendações para a implementação e atualização do plano de emergência (Plano de Emergência da Unidade de Saúde – PEUS);
  - f) Providenciar auditorias de qualidade e fomentar práticas baseadas na evidência;
  - g) Promover formação na área de gestão do risco clínico e de auditoria clínica em articulação com o centro de formação.
4. Compete ao núcleo de gestão do risco:
  - a) Identificar e avaliar riscos e seus factores causais e adoptar medidas preventivas;
  - b) Implementar um sistema de relato de incidentes, e definir, para cada risco, metodologias de atuação;
  - c) Analisar reclamações e queixas que permitem a identificação precoce de riscos não clínicos;
  - d) Em articulação com o serviço de instalações e equipamentos, apresentar proposta, sugestões e recomendações para a implementação e atualização do plano de segurança (emergência interno);
  - e) Promover formação na área de gestão do risco geral em articulação com centro de formação.

***Artigo 61.º - Gabinete de apoio à gestão***

Compete ao gabinete de apoio à gestão:

- a) Contribuir para que seja assegurada a melhor utilização dos recursos disponíveis e dos meios colocados à disposição dos serviços;

- b) Elaborar a estatística global do Centro Hospitalar e assegurar, neste âmbito, um sistema de informação susceptível de o dotar de um sistema de custeio adaptado às suas necessidades;
- c) Preparar a informação a disponibilizar aos diferentes níveis da organização;
- d) Realizar as análises de custo/oportunidade dos investimentos que lhe sejam submetidas;
- e) Preparar os documentos e sistematizar a informação necessária à elaboração do processo de contratualização externa;
- f) Acompanhar a execução dos orçamentos-programa;
- g) Preparar o processo de contratualização interna e promover a avaliação periodica do desempenho;
- h) Efectuar análise periódicas sobre a evolução dos principais indicadores de gestão e formular recomendações sobre os desvios detectados face ao orçamento aprovado;
- i) Acompanhar o processo de facturação a clientes;
- j) Preparar a elaboração dos planos e relatórios de atividades do Centro Hospitalar;
- k) Acompanhar a actividade de revisão, codificação e auditoria dos processos clínicos, devendo acompanhar e melhorar o circuito do processo clínico deste a alta até à codificação.

#### ***Artigo 62.º - Gabinete de codificação e auditoria clínica***

- 1. O gabinete de codificação e auditoria clínica tem como missão a realização da codificação clínica dos episódios de internamento e ambulatório, médico e cirúrgico, com o respetivo agrupamento em grupos de diagnóstico homogéneo (GDH), e realização de auditorias internas no cumprimento das regras de codificação da CID-9 CM.
- 2. O gabinete de codificação e auditoria clínica desenvolve a sua atividade em colaboração estreita com o conselho de administração para otimizar e melhorar a informação e a gestão do hospital.
- 3. No sentido de melhor desenvolver a sua atividade, o gabinete de codificação e auditoria clínica deverá interagir com a direção clínica, a direção das áreas de produção, gestão de doentes e outros gabinetes, ou serviços da Instituição, de forma a garantir a melhoria contínua dos registos clínicos e a uniformização dos procedimentos administrativos, imprescindíveis para uma correta codificação e agrupamento em GDH.
- 4. As atividades de codificação clínica e de auditoria devem ser realizadas por médicos com competência, adquirida “exclusivamente” através dos cursos de codificação clínica e competência em auditoria ministrados pela Administração Central do Sistema de Saúde. Os médicos codificadores e auditores devem estar habilitados para realizar a codificação de qualquer área clínica.

#### ***Artigo 63.º - Gabinete jurídico***

Compete ao gabinete jurídico, entre outras, as seguintes funções:

- a) Emitir pareceres sobre assuntos que lhes sejam submetidos pelos órgãos de administração;
- b) Acompanhar a tramitação dos processos de averiguações, inquérito ou disciplinares;
- c) Proceder à recolha e compilação da documentação necessária à instrução dos processos administrativos e judiciais;
- d) Patrocinar o Centro Hospitalar ou acompanhar o patrocínio nas instâncias contenciosas, particularmente nas acções de efectivação da responsabilidade pelos encargos resultantes da facturação.

#### ***Artigo 64.º - Gabinete de comunicação e imagem***

- 1. Compete ao gabinete de comunicação social promover a divulgação de notícias com o objetivo de fomentar a reputação, o prestígio e a credibilidade da Instituição.
- 2. Compete-lhe, designadamente:
  - a) Mediar a relação institucional com os órgãos de comunicação social;
  - b) Garantir e promover os mecanismos de participação e informação dos utentes no respeito pelos seus direitos e deveres;
  - c) Apoiar, ao nível informativo e documental, os utilizadores internos e externos na satisfação das suas necessidades de valorização;
  - d) Assegurar o bom funcionamento do serviço de reprodução de documentos do Centro Hospitalar.

## **CAPÍTULO IV – Disposições gerais**

### ***Artigo 65.º - Das relações laborais***

1. Os trabalhadores do Centro Hospitalar estão sujeitos ao regime do contrato de trabalho, nos termos do Código do Trabalho, bem como ao regime disposto em diplomas que definam o regime legal de carreira de profissões da saúde, demais legislação laboral, normas imperativas sobre títulos profissionais, instrumentos de regulamentação coletiva de trabalho e regulamentos internos.
2. Os processos de recrutamento devem assentar na adequação dos profissionais às funções a desenvolver e assegurar os princípios da igualdade de oportunidades, da imparcialidade, da boa fé e da não discriminação, bem como da publicidade, exceto em casos de manifesta urgência devidamente fundamentada.
3. O pessoal com relação jurídica de emprego público bem como o pessoal com contrato administrativo de provimento mantêm-se nos quadros com carácter residual, exclusivamente para efeitos de acesso dos funcionários, sendo os respetivos lugares a extinguir quando vagarem, da base para o topo, sem prejuízo de poderem optar a todo o tempo pelo regime do contrato de trabalho.
4. Nenhum trabalhador estranho ao quadro de pessoal poderá exercer qualquer função ou realizar atos de assistência sem autorização da administração do Centro Hospitalar.

### ***Artigo 66.º - Deveres especiais dos trabalhadores***

1. Além dos deveres gerais estabelecidos no Código do Trabalho para o pessoal em regime de contrato de trabalho, e no Estatuto Disciplinar dos Trabalhadores que Exercem Funções Públicas para o pessoal com relação jurídica de emprego público, são deveres especiais do pessoal das áreas de apoio:
  - a) Evitar demoras e adiamentos do serviço que possam repercutir-se prejudicialmente na assistência aos doentes;
  - b) Usar de urbanidade e delicadeza em relação aos doentes, seus familiares e visitas;
  - c) Prestigiar o Centro Hospitalar, velar pelo seu património e interesses, e participar a quem de direito os atos que os lesarem e sejam do seu conhecimento;
  - d) Colaborar na administração do Centro Hospitalar e, sempre, na melhoria do seu funcionamento;
  - e) Tomar parte ativa nos grupos de trabalho ou comissões para que for designado.
2. Em relação ao pessoal das áreas assistenciais, são deveres especiais:
  - a) Utilizar, em tempo útil, todos os conhecimentos científicos, de aplicação possível, e todos os meios que lhe sejam facultados para diagnóstico e tratamento dos doentes;
  - b) Participar nos turnos de urgência ou de serviço noturno;
  - c) Comparecer no Centro Hospitalar em caso de catástrofe ou grande desastre, quando não esteja de serviço;
  - d) Não abandonar o serviço sem ser rendido, salvo se houver expressa autorização de superior responsável.

### ***Artigo 67.º - Responsabilidade solidária pelo património***

1. O pessoal de cada serviço ou unidade funcional, conforme o caso, responde solidariamente pela conservação e guarda do património ou material que lhe for confiado quando não puder ser individualizado o causador do dano.
2. Quando o prejuízo deva ser distribuído por mais de um trabalhador, será tomado em conta o grau de responsabilidade e, no caso de igualdade, estabelecer-se-á a proporção com as remunerações respetivas.

### ***Artigo 68.º - Confidencialidade***

Toda a atuação dos serviços do Centro Hospitalar deve prosseguir a política de confidencialidade para assegurar a proteção dos dados e a informação relativa a doentes e colaboradores, em conformidade com as Leis n.º 67/98, de 26 de outubro, 46/2007, de 24 de agosto e 12/2005, de 26 de janeiro.

### ***Artigo 69.º - Voluntariado e liga de amigos do hospital***

1. O apoio social voluntário funciona nos termos das bases do enquadramento jurídico vigente.

2. O Centro Hospitalar reconhece o interesse das ligas de amigos do hospital do Barreiro e do Montijo como parceiros com fins predominantes de colaboração na humanização e voluntariado, podendo, em articulação com os serviços, desenvolver e prosseguir ações para as quais se encontrem particularmente vocacionadas.

***Artigo 70.º - O hospital e a comunidade***

Sem prejuízo da posição privilegiada do gabinete do utente, o Centro Hospitalar enceta formas atuantes de convivência com a comunidade que integra, designadamente com unidades de saúde, instituições e serviços da área da segurança social, autarquias locais, instituições académicas, escolas de formação profissional, instituições particulares de solidariedade social e outras entidades nacionais e internacionais de interesse público.

***Artigo 71.º - Remissões***

As remissões para os diplomas legais e regulamentares feitas no presente regulamento consideram-se efetuadas para aqueles que venham a regular, no todo ou em parte, as matérias em causa.

***Artigo 72.º - Organograma***

Integra o presente Regulamento, como anexo, o organograma de gestão que sistematiza a divisão da responsabilidade ao longo da cadeia hierárquica.

***Artigo 73.º - Regulamentação complementar***

1. As normas particulares de organização e disciplina do trabalho médico, de enfermagem, técnicos de diagnóstico e terapêutica e restantes grupos profissionais, mantêm-se em vigor, podendo ser objeto de regulamentação própria a elaborar nos termos da lei e dos acordos coletivos de trabalho.
2. Compete ao conselho de administração aprovar a regulamentação e normas complementares que se mostrem necessárias para aplicação do presente Regulamento.

*Revisto em reunião do Conselho de Administração de 04 de julho de 2013, — João Silveira Ribeiro — Mário Bernardino — Elizabete Rodrigues — Luísa Luz*

## ORGANOGRAMA

