

HOSPITAL
PROF. DOUTOR FERNANDO FONSECA, E.P.E.

REGULAMENTO INTERNO

Fevereiro, 2016

Siglas

ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
CIC	Comissão de Investigação Clínica
CTCCIG	Comissão de Certificação das Condições para Interrupção Médica da Gravidez
CTDT	Conselho Técnico dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica
EIHSCP	Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos
GCCT	Gabinete de Coordenação de Colheita e Transplantação
HFF	Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, E.P.E.
IHAB	Iniciativa Hospital Amigo dos Bebés
PPCIRA	Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos
SG	Secretaria Geral
SIS	Sistema de Informação em Saúde
UARH	Unidade Administrativa de Recursos Humanos
UCICRE	Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos Especiais
UCIP	Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente
UTGRH	Unidade Técnica de Gestão de Recursos Humanos

Índice

CAPÍTULO I Disposições Gerais.....	7
Artigo 1.º Conteúdo	7
Artigo 2.º Natureza Jurídica e Sede	7
Artigo 3.º Missão	7
Artigo 4.º Visão	7
Artigo 5.º Valores.....	8
Artigo 6.º Objetivos e Política da Qualidade	8
Artigo 7.º Atribuições.....	9
Artigo 8.º Legislação Aplicável	9
Artigo 9.º Área de Influência.....	10
Artigo 10.º Formas Inovadoras de Gestão.....	10
CAPÍTULO II Órgãos do Hospital.....	10
SECÇÃO I Classificação dos Órgãos do Hospital	10
Artigo 11.º Tipos de Órgãos	10
SECÇÃO II Órgãos.....	11
Artigo 12.º Órgãos	11
Artigo 13.º Conselho de Administração.....	11
Artigo 14.º Funcionamento do Conselho de Administração	12
Artigo 15.º Presidente do Conselho de Administração	12
Artigo 16.º Diretor Clínico.....	13
Artigo 17.º Enfermeiro Diretor	13
Artigo 18.º Fiscal Único.....	13
Artigo 19.º Conselho Consultivo	13
Artigo 20.º Serviço de Auditoria Interna.....	13
Artigo 21.º Sistema de Controlo Interno e de Comunicação de Irregularidades	13
SECÇÃO III Gabinetes Técnicos de Apoio ao Conselho de Administração	14
Artigo 22.º Gabinetes Técnicos de Apoio ao Conselho de Administração	14

Artigo 23.º Gabinete de Auditoria e Codificação Clínica	14
Artigo 24.º Gabinete de Comunicação e Imagem	15
Artigo 25.º Gabinete Jurídico.....	16
SECÇÃO IV Estruturas de Apoio Técnico ao Conselho de Administração	17
Artigo 26.º Natureza, Constituição, Mandato e Funcionamento das Estruturas de Apoio Técnico	17
Artigo 27.º Comissão de Aleitamento Materno	18
Artigo 28.º Comissão de Auditoria Clínica	19
Artigo 29.º Comissão de Certificação das Condições para Interrupção Médica da Gravidez	19
Artigo 30.º Comissão de Coordenação Oncológica	19
Artigo 31.º Comissão de Ética em Saúde.....	20
Artigo 32.º Comissão de Farmácia e Terapêutica.....	20
Artigo 33.º Comissão de Gestão de Camas e de Altas.....	21
Artigo 34.º Comissão de Informatização Clínica.....	22
Artigo 35.º Comissão da Qualidade e Segurança do Doente.....	23
Artigo 36.º Comissão de Normalização de Consumíveis Clínicos	23
Artigo 37.º Comissão de Reanimação.....	24
Artigo 38.º Comissão de Transfusão Hospitalar	25
Artigo 39.º Conselho dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica.....	25
Artigo 40.º Equipa para a Prevenção da Violência em Adultos	26
Artigo 41.º Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos	27
Artigo 42.º Grupo de Registos em Saúde	27
Artigo 43.º Núcleo de Coordenação de Doação de Órgãos e Tecidos.....	28
Artigo 44.º Núcleo Hospitalar de Apoio à Criança e Jovens em Risco	29
Artigo 45.º Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos.....	30
SECÇÃO V Estruturas de Gestão	30
Artigo 46.º Estruturas de Gestão	30
Artigo 47.º Direção Clínica	31
Artigo 48.º Direção de Enfermagem.....	31

Artigo 49.º Gestão Financeira	31
Artigo 50.º Gestão de Recursos Humanos.....	32
Artigo 51.º Gestão das Tecnologias e da Informação.....	35
Artigo 52.º Hoteleiros e Serviços Gerais	37
Artigo 53.º Negociação e Logística	38
Artigo 54.º Planeamento e Controlo de Gestão	40
Artigo 55.º Produção	40
Artigo 56.º Unidade de Admissão e Apoio a Doentes	42
Artigo 57.º Gabinete do Cidadão	44
Artigo 58.º Serviço Social	44
Artigo 59.º Qualidade	46
Artigo 60.º Gabinete de Gestão do Risco	47
SECÇÃO VI Estruturas de Prestação de Cuidados.....	48
Artigo 61.º Serviços de Prestação de Cuidados	48
Artigo 62.º Departamentos, Serviços e Unidades Clínicas	48
Artigo 63.º Competências e Princípios Gerais de Direção	49
Artigo 64.º Organização dos Departamentos, dos Serviços e das Unidades.....	49
Artigo 65.º Direção dos Departamentos.....	50
Artigo 66.º Direção dos Serviços e Unidades Clínicas de Prestação de Cuidados	52
Artigo 67.º Chefias de Enfermagem	54
SECÇÃO VII Estruturas de Apoio à Prestação de Cuidados	55
Artigo 68.º Estruturas de Apoio à Prestação de Cuidados.....	55
Artigo 69.º Farmácia	55
SECÇÃO VIII Estruturas de Ensino e Investigação	56
Artigo 70.º Estruturas de Ensino e Investigação.....	56
Artigo 71.º Direção do Internato Médico	56
Artigo 72.º Departamento de Ensino e Investigação.....	57
Artigo 73.º Centro de Documentação e Informação	57
Artigo 74.º Unidade de Formação Científica Pré e Pós-Graduada	58
Artigo 75.º Unidade de Investigação	59

Artigo 76.º Serviço de Investigação, Epidemiologia Clínica e de Saúde Pública Hospitalar	59
Artigo 77.º Centro de Investigação e Criatividade Informática	60
SECÇÃO IX Outras Estruturas	60
Artigo 78.º Outras Estruturas	60
CAPÍTULO III Gestão de Recursos e Contratualização	61
Artigo 79.º Planos de Atividade	61
Artigo 80.º Manuais de Procedimentos.....	61
Artigo 81.º Gestão de Recursos Humanos.....	61
Artigo 82.º Regime Financeiro	62
Artigo 83.º Regime dos Contratos Públicos	62
CAPÍTULO IV Garantias	62
Artigo 84.º Gestão de Risco	62
Artigo 85.º Confidencialidade	62
CAPÍTULO V Disposições Finais	62
Artigo 86.º Assistência Religiosa.....	62
Artigo 87.º Assistência Post-Mortem.....	63
Artigo 88.º Remissões.....	63
Artigo 89.º Regulamentação Complementar.....	63
Artigo 90.º Organograma.....	63

CAPÍTULO I

Disposições Gerais

Artigo 1.º

Conteúdo

O presente Regulamento Interno dá cumprimento ao artigo 7º, do Decreto-Lei n.º 203/2008, de 10 de outubro, e contém as normas que estabelecem a organização e o funcionamento do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, E.P.E., atenta a sua natureza jurídica e a missão atribuída.

Artigo 2.º

Natureza Jurídica e Sede

1 — O Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, E.P.E., ou HFF, adiante designado por Hospital, é uma pessoa coletiva de direito público de natureza empresarial, criada pelo Decreto-Lei n.º 203/2008, de 10 de outubro, com autonomia administrativa, financeira e patrimonial, nos termos do regime jurídico do sector empresarial do Estado e das empresas públicas (previsto no Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro) e do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro, alterado pelos Decretos-Lei n.ºs 50-A/2007, de 28 de fevereiro, 18/2008, de 29 de janeiro, 176/2009, de 4 de agosto, 136/2010, de 27 de dezembro, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 244/2012, de 9 de novembro e pelo Decreto-Lei n.º 12/2015, de 26 de janeiro.

2 — Possui o número de pessoa coletiva 503035416, e tem a sua sede no IC 19, freguesia da Venteira, concelho da Amadora.

Artigo 3.º

Missão

1 — O Hospital tem por missão a prestação de cuidados de saúde humanizados e diferenciados em todo o ciclo da vida da pessoa, em articulação com os cuidados de saúde primários e continuados, bem como com os demais Hospitais integrados na rede do Serviço Nacional de Saúde, utilizando, adequadamente, os seus recursos humanos e materiais, em obediência aos princípios da qualidade, de efetividade e de eficiência.

2 — Faz também parte da sua missão a investigação, o ensino e a formação pré e pós-graduada de profissionais de saúde e de outros profissionais.

Artigo 4.º

Visão

O Hospital pretende ser reconhecido pelos elevados níveis técnicos e humanizados dos cuidados de saúde que presta, pela sua sustentabilidade e excelência da organização, eficiente e inovadora, e pela

promoção de uma cultura de forte espírito de grupo que se manifeste através da constituição de equipas multidisciplinares, competentes e com forte sentido de orgulho pela pertença à instituição.

Artigo 5.º

Valores

A atividade desenvolvida pelos colaboradores do Hospital pauta-se por procedimentos e atitudes assentes em práticas humanistas e princípios estruturais, num quadro de permanente e atuante disponibilidade, de dignificação humana e profissional, de responsabilização, participação e diálogo e orienta-se em função dos interesses dos Utentes e suas famílias, numa perspetiva de defesa do direito à proteção da saúde e da satisfação das suas necessidades e preferências individuais. Fazem igualmente parte dos valores institucionais, a honestidade e retidão na relação com terceiros, sejam Utentes, fornecedores ou entidades técnicas e oficiais, obrigando-se todos os colaboradores do Hospital a pautarem o seu comportamento pelas normas de ética e deontologia aplicáveis.

Artigo 6.º

Objetivos e Política da Qualidade

1 — O Hospital tem por objetivo a prestação de serviços de saúde, no âmbito do Serviço Nacional de Saúde, bem como o desenvolvimento de atividades de formação e de investigação.

2 — Na sua atividade, o Hospital rege-se pelos seguintes objetivos:

- a) Assegurar a prestação de cuidados de saúde de qualidade, acessíveis em tempo oportuno;
- b) Garantir, em todo o processo de prestação de cuidados, a segurança de Utentes e profissionais;
- c) Assegurar a sustentabilidade económica e financeira, promovendo a eficiência na utilização dos recursos e a efetividade nos resultados;
- d) Assegurar o cumprimento das metas negociadas.

3 — O Hospital tem como política de qualidade a melhoria contínua quer dos cuidados de saúde quer dos Serviços de gestão e apoio, de acordo com as necessidades e expectativas dos Utentes. Tal política geral é assegurada por um Sistema de Gestão da Qualidade que envolve profundamente todos os níveis organizacionais do Hospital, integrando os contributos de diversos órgãos internos individuais ou coletivos.

4 — O cumprimento dos objetivos assumidos nos Contratos-Programa e Planos de Ação é objeto de avaliação e monitorização, para assegurar a concretização das metas estabelecidas e o sucesso do Hospital enquanto serviço prestador de cuidados de saúde.

5 — Constitui também objetivo estratégico do Hospital promover a melhoria contínua de todos os níveis das suas estruturas de gestão, de forma a dotar o Hospital de um modelo de gestão responsável, competente, efetivo, participado e motivado, no quadro de uma política de permanente desenvolvimento organizacional.

6 — A organização de centros de resultados com gestores de nível intermédio segundo matrizes funcionais, o reforço da responsabilidade da gestão clínica operacional, o desenvolvimento de modelos de intervenção por projeto ou programa, a criação de condições de participação dos diversos sectores profissionais e funcionais constituem alguns dos vetores de concretização deste objetivo.

Artigo 7.º **Atribuições**

1 — As atribuições do Hospital são as que constam dos Estatutos e do presente Regulamento e baseiam-se, nomeadamente, nos seguintes instrumentos de gestão:

- a) Planos Estratégicos, aprovados superiormente;
- b) Contratos-Programa, aprovados superiormente;
- c) Acordos e protocolos estabelecidos com subsistemas de saúde e outras instituições prestadoras de cuidados de saúde.

2 — Na prossecução das suas atribuições, o Hospital pode ceder a exploração de serviços hospitalares, bem como constituir associações com outras entidades públicas, mediante autorização da tutela, nos termos da alínea g) do n.º 2 do artigo 6ºA do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro, na sua versão actual.

3 — O Hospital pode, também, concessionar a exploração de Serviços instrumentais, de suporte assistencial e de outros Serviços que contribuam para o bem-estar e o conforto dos Utentes, visitantes e colaboradores.

Artigo 8.º **Legislação Aplicável**

O Hospital rege-se pelo presente Regulamento Interno e pela seguinte legislação:

- a) Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro, com as alterações efetuadas pela Lei n.º 75-A/2014, de 30 de Setembro (capítulos IV e VI);
- b) Decreto-Lei n.º 203/2008, de 10 de outubro;
- c) Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro (capítulos II, III e IV);

- d) Estatutos anexos ao Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro, alterado pelos Decretos-Lei n.º 50-A/2007, de 28 de fevereiro, n.º 18/2008, de 29 de janeiro, n.º 176/2009, de 4 de agosto, n.º 136/2010, de 27 de dezembro, alterado e republicado pelos Decretos-Lei n.º 244/2012, de 9 de novembro e n.º 12/2015, de 26 de janeiro;
- e) Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de março, alterado pela Lei n.º 64-A/2008, de 31 de dezembro, pelo Decreto-Lei n.º 8/2012, de 18 de janeiro e pela Declaração de Retificação n.º 2/2012, de 25 de janeiro;
- f) Resolução do Conselho de Ministros n.º 116/2008, de 23 de julho e pelo Despacho do Ministério das Finanças e da Administração Pública, Ministério da Saúde n.º 20721/2009, de 3 de setembro, publicado em 15 de setembro de 2009;
- g) Código de Ética do HFF;
- h) Outras normas em vigor para o Serviço Nacional de Saúde que decorram do seu objeto social e não sejam incompatíveis com a sua natureza jurídica.

Artigo 9.º
Área de Influência

A área de influência do Hospital abrange os concelhos da Amadora e de Sintra, de acordo com as redes de referenciação em vigor.

Artigo 10.º
Formas Inovadoras de Gestão

O Hospital assegurará a prestação de cuidados de saúde e as demais atividades complementares através de meios próprios ou de terceiras entidades, estabelecendo, para o efeito, e no quadro legal em vigor, os contratos que melhor correspondam à concretização do seu objeto social.

CAPÍTULO II
Órgãos do Hospital

SECÇÃO I
Classificação dos Órgãos do Hospital

Artigo 11.º
Tipos de Órgãos

Os Órgãos do Hospital classificam-se da seguinte forma:

- a) Órgãos;
- b) Gabinetes Técnicos de Apoio ao Conselho de Administração;

- c) Estruturas de Apoio Técnico ao Conselho de Administração;
- d) Estruturas de Gestão;
- e) Estruturas de Prestação de Cuidados;
- f) Estruturas de Apoio à Prestação de Cuidados;
- g) Estruturas de Ensino e Investigação;
- h) Outras Estruturas.

SECÇÃO II Órgãos

Artigo 12.º Órgãos

São Órgãos do Hospital:

- a) O Conselho de Administração;
- b) O Fiscal Único;
- c) O Conselho Consultivo.

Artigo 13.º Conselho de Administração

1 — A composição, mandato e competências do Conselho de Administração são reguladas pelos artigos 6º e 7º dos Estatutos do Hospital E.P.E..

2 — Para além das competências específicas do Presidente do Conselho de Administração, do Diretor Clínico e do Enfermeiro Diretor, a cada um dos vogais poderá ser atribuída a responsabilidade de pelouros próprios, definidos em ata, com ou sem delegação de competências, atentas as limitações previstas na lei.

3 — Prevê-se a delegação de competências do Conselho de Administração nos seus membros ou demais pessoal de direção, de acordo com o mencionado no n.º 3 do artigo 7º dos Estatutos presentes no Anexo II do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro, alterado pelos Decretos-Lei n.ºs 50-A/2007, de 28 de fevereiro, 18/2008, de 29 de janeiro, 176/2009, de 4 de agosto, 136/2010, de 17 de dezembro, alterado e republicado pelos Decretos-Lei n.ºs 244/2012, de 9 de novembro e 12/2015, de 26 de janeiro.

4 — O Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, E.P.E., obriga-se perante terceiros com a assinatura, com indicação da qualidade, de dois membros do Conselho de Administração, ou de quem esteja legitimado para o efeito, nos termos dos Estatutos constantes do Anexo II do Decreto-Lei

n.º 233/2005, de 29 de dezembro, alterado pelos Decretos-Lei n.ºs 50-A/2007, de 28 de fevereiro, 18/2008, de 29 de janeiro, 176/2009, de 4 de agosto, 136/2010, de 17 de dezembro, alterado e republicado pelos Decretos-Lei n.ºs 244/2012, de 9 de novembro e 12/2015, de 26 de janeiro.

Artigo 14.º

Funcionamento do Conselho de Administração

1 — O Conselho de Administração reúne, ordinariamente, uma vez por semana e, ainda, sempre que convocado pelo Presidente ou por solicitação de dois dos seus membros ou do Fiscal Único.

2 — As reuniões do Conselho de Administração obedecem a uma ordem de trabalhos, elaborada com base nas propostas dos elementos que o integram e que são dirigidas ao Presidente, com uma antecedência de quarenta e oito horas relativamente a cada sessão.

3 — A ordem de trabalhos é entregue a cada elemento do Conselho de Administração com a antecedência mínima de vinte e quatro horas relativamente a cada sessão, devendo as matérias a submeter a deliberação do Conselho de Administração conterem um resumo da situação e proposta de resolução.

4 — As deliberações do Conselho de Administração são tomadas por maioria simples dos votos dos membros presentes, tendo o Presidente voto de qualidade, não havendo lugar à abstenção e devendo os votos de vencido ficarem registados em ata.

5 — Os membros do Conselho de Administração não devem participar nas deliberações relativas a matérias quanto às quais detenham interesses.

6 — Das reuniões do Conselho de Administração são lavradas atas, a aprovar na reunião seguinte ou em minuta no final da reunião, quando for considerada conveniente a sua execução imediata.

7 — O Fiscal Único participa, sem direito a voto, nas reuniões do Conselho de Administração por si convocadas ou em que tenha sido solicitada a sua presença.

Artigo 15.º

Presidente do Conselho de Administração

1 — As competências do Presidente do Conselho de Administração são as constantes do artigo 8º dos Estatutos do Hospital E.P.E..

2 — Nas suas ausências e impedimentos é substituído pelo Vogal por si designado, de acordo com o n.º 2 do artigo 8º dos Estatutos constantes do Anexo II do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro, alterado pelos Decretos-Lei n.ºs 50-A/2007, de 28 de fevereiro, 18/2008, de 29 de janeiro, 176/2009, de 4 de agosto, 136/2010, de 17 de dezembro, alterado e republicado pelos Decreto-Lei n.ºs 244/2012, de 9 de novembro e 12/2015, de 26 de janeiro.

3 — A designação do Vogal que substitui o Presidente do Conselho de Administração, nas suas ausências e impedimentos, consta de Boletim Informativo, que descreve a distribuição de pelouros e delegação e competências dos membros do Conselho de Administração, publicado e publicitado pelo Conselho de Administração.

Artigo 16.º
Diretor Clínico

As competências do Diretor Clínico são as constantes do artigo 9º, dos Estatutos do Hospital E.P.E..

Artigo 17.º
Enfermeiro Diretor

As competências do Enfermeiro Diretor são as constantes do artigo 10º, dos Estatutos do Hospital E.P.E..

Artigo 18.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 — A nomeação, mandato e competências do Fiscal Único, regem-se pelo disposto nos artigos 15º e 16º, dos Estatutos do Hospital E.P.E..

Artigo 19.º
Conselho Consultivo

1 — O Conselho Consultivo é um órgão de consulta a quem compete apreciar os Planos de Ação, de natureza anual e plurianual, e emitir recomendações, tendo em vista o melhor funcionamento do Hospital.

2 — A composição, mandato, competências e funcionamento do Conselho Consultivo, são os constantes dos artigos 18º, 19º e 20º, dos Estatutos do Hospital E.P.E..

Artigo 20.º
Serviço de Auditoria Interna

O Hospital dispõe de um Serviço de Auditoria Interna, com a composição, mandato e competências determinadas no artigo 17º, dos Estatutos do Hospital E.P.E., na redação dada pelo Decreto-Lei n.º 244/2012, de 9 de novembro.

Artigo 21.º
Sistema de Controlo Interno e de Comunicação de Irregularidades

O Hospital dispõe de um Sistema de Controlo Interno e de Comunicação de Irregularidades, constituído nos termos do artigo 17-A, aditado dos Estatutos do Hospital E.P.E., pelo Decreto-Lei n.º 244/2012, de 9

de novembro, cujo funcionamento obedece ao regulamento próprio, aprovado pelo Conselho de Administração.

SECÇÃO III

Gabinetes Técnicos de Apoio ao Conselho de Administração

Artigo 22.º

Gabinetes Técnicos de Apoio ao Conselho de Administração

1 — Compete ao Conselho de Administração nomear os membros dos Gabinetes Técnicos de Apoio ao Conselho de Administração.

2 — Os Gabinetes Técnicos de Apoio ao Conselho de Administração têm por função apoiar os membros do Conselho de Administração e das Estruturas de Gestão nas matérias da sua competência.

3 — O Hospital dispõe dos seguintes Gabinetes Técnicos de Apoio ao Conselho de Administração:

- a) O Gabinete de Auditoria e Codificação Clínica;
- b) O Gabinete de Comunicação e Imagem;
- c) O Gabinete Jurídico.

4 — O exercício de funções nos Gabinetes Técnicos de Apoio ao Conselho de Administração é remunerado.

5 — Cada Gabinete Técnico de Apoio ao Conselho de Administração deve possuir um regulamento de funcionamento próprio, aprovado pelo Conselho de Administração.

Artigo 23.º

Gabinete de Auditoria e Codificação Clínica

1 — O Gabinete de Auditoria e Codificação Clínica é uma estrutura de apoio técnico composta por um coordenador, médico ou não, e dois médicos codificadores e auditores.

2 — Compete-lhe:

- a) Orientar a codificação clínica e assegurar a respetiva qualidade técnica;
- b) Divulgar os dados das estatísticas de codificação aos respetivos Serviços;
- c) Resolver as dúvidas de codificação suscitadas;
- d) Organizar e realizar auditorias à codificação clínica;
- e) Garantir o cumprimento dos prazos mensais para a codificação clínica.

Artigo 24.º

Gabinete de Comunicação e Imagem

1 — O Gabinete de Comunicação e Imagem é um gabinete de apoio técnico ao qual cabe a operacionalização do processo de comunicação e imagem do Hospital.

2 — Compete ao Gabinete de Comunicação e Imagem:

- a) Coligir e organizar a documentação para divulgação interna e externa;
- b) Estabelecer relações de colaboração com os meios de comunicação social;
- c) Preparar, elaborar, editar e distribuir publicações periódicas de informação geral que visem a promoção e divulgação das atividades dos Órgãos e Serviços e as deliberações e decisões do Conselho de Administração;
- d) Preparar as cerimónias protocolares promovendo os registos audiovisuais regulares dos principais eventos ocorridos no Hospital ou que tenham relação com a atividade Hospitalar, procedendo ao respetivo tratamento em função das utilizações;
- e) Definir e calendarizar as ações de responsabilidade social e outras, de carácter formativo que possam servir para enriquecer o desenvolvimento sustentado dos funcionários e seus familiares, bem como reforçar os laços com as comunidades que estão incluídas na área de intervenção do Hospital;
- f) Garantir a existência e desenvolvimento de uma política institucional concertada e coerente de ligação e funcionamento integrado na área de intervenção social do HFF;
- g) Garantir a criação de um ambiente de cooperação e de uma cultura integradora das intervenções funcionais dos diversos atores, públicos ou privados, na área social;
- h) Gerir os pedidos das organizações sem fins lucrativos para a realização de campanhas de angariação de fundos no HFF;
- i) Promover a uniformização de todos os canais de comunicação existentes no Hospital, nomeadamente, boletins, folhetos e sinalética, de forma a garantir uma satisfação plena dos Utentes e colaboradores no que respeita à orientação dentro do edifício;
- j) Incentivar os profissionais do Hospital a tomarem iniciativas de natureza lúdica ou formativa que possam gerar conhecimento e bem-estar;
- k) Potenciar a excelência dos quadros profissionais do Hospital, para que eles sejam referência no exterior sempre que se aborde um tema que, direta ou indiretamente, diga respeito à atividade que aqueles desenvolvem internamente;

- l) Estar disponível para, em consonância com o Conselho de Administração, levar ao conhecimento externo e interno as mudanças e estratégias por este órgão implementadas e definidas, para atender com mais eficácia às exigências da população dos concelhos de Amadora e Sintra;
- m) Atuar em sintonia com a ARSLVT e demais entidades do Ministério da Saúde e Serviço Nacional de Saúde para promover e divulgar ações que se enquadrem nos planos definidos por esta entidade.

Artigo 25.º

Gabinete Jurídico

1 — O Gabinete Jurídico tem por função informar e preparar em termos jurídico-legais, a tomada de decisão do Conselho de Administração.

2 — Compete ao Gabinete Jurídico, designadamente:

- a) Emitir pareceres, elaborar informações e proceder a estudos sobre todas as questões jurídicas que lhe forem submetidas;
- b) Colaborar na preparação e elaboração de projetos de circulares, protocolos, regulamentos internos, contratos ou quaisquer outros atos que lhe sejam superiormente solicitados;
- c) Apoiar a instrução e instruir processos disciplinares, inquéritos e averiguações, nos termos previstos na lei e outros processos de que seja incumbido;
- d) Preparar os projetos de resposta nos recursos hierárquicos de contencioso administrativo e contraordenacional;
- e) Praticar atos preparatórios da constituição, alteração ou extinção de negócios jurídicos, designadamente junto de conservatórias, repartições de finanças e cartórios notariais;
- f) Negociar a cobrança de créditos;
- g) Praticar quaisquer atos no interesse do Hospital, incluindo os que devam ser praticados por licenciados em direito devidamente inscritos na Ordem dos Advogados, sem prejuízo do disposto nas leis do processo, no limite do estatuto profissional e no cumprimento da lei que regula os atos próprios dos advogados.

SECÇÃO IV Estruturas de Apoio Técnico ao Conselho de Administração

Artigo 26.º

Natureza, Constituição, Mandato e Funcionamento das Estruturas de Apoio Técnico

1 — Compete ao Conselho de Administração nomear os membros das estruturas de apoio técnico, mediante proposta do Diretor Clínico e do Enfermeiro Diretor.

2 — As estruturas de apoio técnico, quer sejam permanentes ou eventuais têm por função colaborar com os órgãos de administração e de direção técnica, por sua iniciativa ou a pedido daqueles, nas matérias da sua competência, podendo solicitar a intervenção, sobre matérias específicas, de outros colaboradores da instituição habilitados para o efeito.

3 — Para cada Comissão deve ser nomeado um presidente/coordenador.

4 — As estruturas de apoio técnico suportadas por legislação específica devem ter em conta os respetivos requisitos legais.

5 — Para atuação em matéria especializada de interesse comum, o Hospital dispõe das seguintes estruturas de apoio técnico:

- a) A Comissão de Aleitamento Materno;
- b) A Comissão de Auditoria Clínica;
- c) A Comissão de Certificação das Condições para Interrupção Médica da Gravidez;
- d) A Comissão de Coordenação Oncológica;
- e) A Comissão de Ética;
- f) A Comissão de Farmácia e Terapêutica;
- g) A Comissão de Gestão de Camas e de Altas;
- h) A Comissão de Informatização Clínica;
- i) A Comissão da Qualidade e Segurança do Doente;
- j) A Comissão de Normalização de Consumíveis Clínicos;
- k) A Comissão de Reanimação;
- l) A Comissão de Transfusão Hospitalar;
- m) O Conselho dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica;
- n) A Equipa para a Prevenção da Violência em Adultos;

- o) O Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos;
- p) O Grupo de Registos em Saúde;
- q) O Núcleo de Coordenação de Doação de Órgãos e Tecidos;
- r) O Núcleo Hospitalar de Apoio à Criança e Jovens em Risco;
- s) A Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos.

6 — Pelo exercício de funções no âmbito das estruturas de apoio técnico não é devida qualquer remuneração adicional.

7 — O mandato dos membros das estruturas de apoio técnico é de 3 anos, renováveis por iguais períodos, sem prejuízo da cessação automática por efeito da cessação do mandato do Conselho de Administração que os tenha nomeado.

8 — Cada uma das estruturas de apoio técnico deve possuir um regulamento de funcionamento próprio, aprovado pelo Conselho de Administração.

Artigo 27.º

Comissão de Aleitamento Materno

1 — A Comissão de Aleitamento Materno é uma estrutura de apoio técnico, que tem por missão assegurar a certificação do Hospital na Iniciativa Hospital Amigo dos Bebés (IHAB).

2 — A Comissão de Aleitamento Materno é composta por médicos e enfermeiros dos Departamentos da Mulher e da Criança.

3 — São competências da Comissão de Aleitamento Materno:

- a) Garantir/promover o cumprimento das 10 medidas da IHAB;
- b) Promover o cumprimento do Código dos Substitutos de Aleitamento Materno;
- c) Implementar Políticas e Procedimentos de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno;
- d) Garantir/promover a formação contínua dos profissionais;
- e) Avaliar e aprovar todas as ações formativas e documentos informativos produzidos na instituição ou fornecidos por outros, referentes à temática do Aleitamento Materno;
- f) Realizar auditorias às práticas seguidas no âmbito do Aleitamento Materno.

Artigo 28.º

Comissão de Auditoria Clínica

1 — A Comissão de Auditoria Clínica é uma estrutura de apoio técnico que tem por missão a definição e implementação do processo de auditoria clínica do Hospital.

2 — A Comissão de Auditoria Clínica é composta por médicos, enfermeiros, pelo Diretor da Qualidade e um membro do Gabinete de Gestão do Risco.

3 — São competências da Comissão de Auditoria Clínica:

- a) Planear e implementar um processo organizacional de Auditoria Clínica;
- b) Avaliar os dados recolhidos e Planos de Ação decorrentes;
- c) Fazer recomendações para melhorias na prática;
- d) Avaliar e autorizar projetos individuais de auditorias de Serviços, submetidos à apreciação da Comissão;
- e) Avaliar e monitorizar as auditorias clínicas, identificando oportunidades de introduzir melhorias transversais;
- f) Manter atualizados os procedimentos relacionados com projetos de auditoria clínica bem como as ferramentas de auditoria existentes;
- g) Disseminar junto dos Serviços toda a informação relevante resultante das auditorias clínicas realizadas.

Artigo 29.º

Comissão de Certificação das Condições para Interrupção Médica da Gravidez

1 — A Comissão de Certificação das Condições para Interrupção Médica da Gravidez (CTCCIG) é constituída por três ou cinco Médicos como membros efetivos e dois suplentes, estando a sua composição, competência e funcionamento, definidos em legislação específica.

2 — Compete à CTCCIG, nos termos da lei, verificar, em cada situação, a conformidade com as circunstâncias previstas no artigo 142º do Código Penal.

Artigo 30.º

Comissão de Coordenação Oncológica

1 — A Comissão de Coordenação Oncológica é uma estrutura de apoio técnico cuja missão é promover o registo oncológico do Hospital.

2 — A Comissão de Coordenação Oncológica é composta no máximo por cinco médicos, sob proposta do Diretor Clínico.

3 — São competências da Comissão de Coordenação Oncológica:

- a) Organizar as consultas de grupo multidisciplinar com o objeto de analisar e definir as estratégias de diagnóstico e terapêuticas relativas à oncologia;
- b) Definir critérios e propor protocolos de relacionamento com instituições especialmente diferenciadas na doença oncológica;
- c) Definir e aprovar protocolos de atuação diagnóstica e terapêutica;
- d) Promover e coordenar o registo oncológico do Hospital, fornecendo os elementos necessários ao cumprimento das tarefas do registo oncológico regional com sede no Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil E.P.E..

4 — A Comissão de Coordenação Oncológica rege-se pela Portaria n.º 420/1990, de 8 de junho.

Artigo 31.º **Comissão de Ética em Saúde**

1 — A Comissão de Ética é uma estrutura de apoio técnico, cuja missão é zelar pela observância de padrões de ética no exercício das ciências médicas, por forma a zelar, proteger e garantir a dignidade e integridade humanas.

2 — A Comissão de Ética tem uma composição multidisciplinar e é constituída por sete membros, designados de entre médicos, enfermeiro, farmacêuticos, juristas, teólogos, psicólogos, sociólogos ou profissionais de outras áreas das ciências sociais e humanas.

3 — São competências da Comissão de Ética em Saúde:

- a) Zelar, no âmbito do funcionamento da instituição, pela salvaguarda da dignidade e integridade humanas;
- b) Emitir, por sua iniciativa ou por solicitação, pareceres sobre questões éticas no domínio das atividades da instituição;
- c) Pronunciar-se sobre os protocolos de investigação científica e os pedidos de autorização para realização de ensaios clínicos da instituição.

4 — A Comissão de Ética em Saúde rege-se pelas disposições do Decreto-Lei n.º 97/95, de 10 de maio.

Artigo 32.º **Comissão de Farmácia e Terapêutica**

1 — A Comissão de Farmácia e Terapêutica é uma estrutura de apoio técnico especializada, responsável pela definição e monitorização da política do medicamento no Hospital.

2 — A Comissão de Farmácia e Terapêutica é constituída no máximo por seis membros, sendo três médicos e três farmacêuticos, entre os quais o Diretor Clínico que preside e tem voto de qualidade, e o Diretor da Farmácia. Os restantes médicos e farmacêuticos, todos do quadro do Hospital, são nomeados, respetivamente, pelos Diretor Clínico e Diretor da Farmácia. O responsável pelo Serviço de Logística pode ser convocado para participar nas reuniões em função das matérias a tratar.

3 — Compete à Comissão de Farmácia e Terapêutica:

- a) Atuar como órgão de ligação entre os Serviços de ação médica e a Farmácia;
- b) Elaborar as adendas privativas de aditamento ou exclusão ao Formulário Hospitalar de Medicamentos;
- c) Emitir pareceres e relatórios, acerca de todos os medicamentos a incluir ou a excluir do Formulário Hospitalar de Medicamentos;
- d) Acompanhar o cumprimento do Formulário Hospitalar de Medicamentos e suas adendas;
- e) Pronunciar-se sobre a correção da terapêutica prescrita aos Utentes, quando solicitada pelo seu presidente e sem quebra das normas deontológicas;
- f) Apreciar com cada Serviço hospitalar os custos das terapêuticas que periodicamente lhe são submetidas, após emissão de parecer obrigatório pelo Diretor da Farmácia;
- g) Elaborar, observando informação sobre os custos a emitir pelo Diretor da Farmácia, a lista de medicamentos de urgência que devem existir nos Serviços de prestação de cuidados;
- h) Propor o que tiver por conveniente dentro das matérias da sua competência;
- i) Elaborar programas de formação contínua, na área da terapêutica.

4 — As reuniões da Comissão de Farmácia e Terapêutica abordarão a recolha de informação sobre a prescrição e utilização dos medicamentos no ambiente hospitalar, tendo em vista a eficácia do tratamento do Utente e o objetivo da poupança e racionalidade na gestão dos stocks.

Artigo 33.º

Comissão de Gestão de Camas e de Altas

1 — A Comissão de Gestão de Camas e de Altas é uma estrutura de apoio técnico, à qual cabe gerir o processo de altas e de ocupação de camas no hospital.

2 — A Comissão de Gestão de Camas e de Altas é constituída por um médico, dois enfermeiros, uma assistente social e um gestor de produção.

3 — Compete à Comissão de Gestão de Camas e de Altas:

- a) Garantir uma resposta atempada e eficaz a toda a atividade programada e emergente, em termos do fluxo de Utentes e atribuição de camas;
- b) Garantir a utilização eficiente de camas, de acordo com o nível e atividade do Hospital;
- c) Contribuir para a avaliação estratégica da configuração das camas no Hospital;
- d) Colaborar com todas as equipas/Serviços no sentido de garantir a alta atempada, recorrendo ao planeamento, monitorização e efetivação das altas;
- e) Promover a referenciação interna de Utentes, para a Rede Nacional de Cuidados Continuados.

Artigo 34.º

Comissão de Informatização Clínica

1 — A Comissão de Informatização Clínica (CIC) é uma estrutura de apoio técnico, que visa o apoio à decisão e à avaliação de processos de inovação, assegurando a adequabilidade da aquisição ou do desenvolvimento dos sistemas de informação, no âmbito do projeto global de informatização clínica do HFF, desenvolvendo a sua atividade em estreita colaboração com todas as estruturas de gestão do HFF.

2 — A CIC é constituída por médicos, enfermeiros e profissionais do serviço de Gestão das Tecnologias e da Informação, designados pelos respetivos diretores.

3 — Compete à CIC:

- a) Promover e zelar pela equidade, transparência, equilíbrio (custo/benefício) e adequação das estruturas funcionais e técnicas enquadradas na política da informatização clínica e não clínica do HFF;
- b) Normalizar os processos para a parametrização do SIS no HFF;
- c) Promover a resposta, de forma sustentada e integrada, no modelo de referência do HFF e do SNS e/ou dos padrões reguladores das profissões de saúde, das boas práticas e das circunstâncias legais em vigor;
- d) Contribuir para a qualidade da informação clínica/não clínica e para interoperabilidade técnica e semântica intra e extra hospitalar;
- e) Organizar o repositório de informação multidimensional, materializando a capacidade para a análise de gestão e projeção de dados, a formação contínua e a investigação em saúde, adaptada aos diferentes perfis profissionais e níveis de responsabilidade no Hospital.

Artigo 35.º

Comissão da Qualidade e Segurança do Doente

1 — A Comissão da Qualidade e Segurança do Doente tem como missão dinamizar, apoiar e coordenar o processo e as atividades de melhoria contínua da qualidade no hospital.

2 — A Comissão da Qualidade e Segurança do Doente é constituída pelo Diretor Clínico, o Enfermeiro Diretor, o Diretor da Qualidade, o Diretor de Produção, o Diretor da Farmácia, o Gestor de Risco Clínico, o Gestor de Risco não Clínico, os Presidentes, ou seus representantes, das Comissões de Controlo de Infecção, de Reanimação, de Farmácia e Terapêutica, de Ética, de Auditoria Clínica e de Transfusão Hospitalar, e o Responsável pelo Gabinete do Cidadão, sem prejuízo da nomeação de outros elementos pelo Presidente.

3 — Compete à Comissão da Qualidade e Segurança do Doente:

- a) Colaborar na determinação das políticas de gestão do risco;
- b) Intervir, em articulação com o Gabinete de Gestão do Risco, na resolução das questões do âmbito do risco clínico e do risco geral.
- c) Proceder à reflexão sobre os objetivos estratégicos no domínio da humanização;
- d) Analisar e inventariar a situação do Hospital em matéria de humanização;
- e) Formular propostas de ação ou de adoção de medidas, promovendo a sua execução;
- f) Colaborar com o departamento de formação contínua na realização de ações de formação e sensibilização dos trabalhadores;
- g) Contribuir para a melhoria das condições de receção, acolhimento, informação e apoio a Utentes e acompanhantes;
- h) Apoiar projetos específicos de humanização em todos os Serviços do Hospital.

4 — A Comissão da Qualidade e Segurança do Doente é presidida pelo membro do Conselho de Administração responsável pelo pelouro da Qualidade.

Artigo 36.º

Comissão de Normalização de Consumíveis Clínicos

1 — A Comissão de Normalização de Consumíveis Clínicos é uma estrutura de apoio técnico, à qual cabe emitir pareceres relativos à política de consumíveis clínicos no Hospital.

2 — A Comissão de Normalização de Consumíveis Clínicos é composta por médicos, enfermeiros e pelo responsável da logística.

3 — Compete à Comissão de Normalização de Consumíveis Clínicos:

- a) Emitir parecer sobre a introdução no Hospital de todo o material de consumo clínico; Definir e propor uma política de normalização dos produtos consumidos;
- b) Desenvolver, transversalmente, procedimentos de utilização que promovam a utilização racional dos mesmos.

Artigo 37.º

Comissão de Reanimação

1 — A Comissão de Reanimação é uma estrutura de apoio técnico, à qual compete definir e implementar a política de reanimação no Hospital.

2 — A Comissão de Reanimação é presidida por um médico e dela fazem parte médicos e enfermeiros.

3 — São competências da Comissão de Reanimação:

- a) Coordenar e promover iniciativas relacionadas com a reanimação;
- b) Promover a normalização de programas educacionais e respetivo material pedagógico de apoio dos programas para os diferentes grupos especialistas envolvidos em técnicas de reanimação;
- c) Desenvolver a educação e prática de técnicas de reanimação cardio-respiratória de acordo com as orientações do Conselho Europeu de Ressuscitação;
- d) Elaborar uma política de reanimação transversal ao Hospital;
- e) Identificar pessoal qualificado para formar equipas internas responsáveis pelas situações de reanimação;
- f) Elaborar todos os procedimentos específicos internos relativos à reanimação;
- g) Implementar a política e procedimentos de reanimação em todo o Hospital;
- h) Garantir a recolha da informação relativa a cada reanimação realizada em formulário próprio;
- i) Monitorizar os resultados trimestralmente e tomar medidas corretivas, se necessário;
- j) Estabelecer a organização e conteúdo dos carros de emergência, planear a sua monitorização periódica e identificar a sua localização e serviços utilizadores;
- k) Planear a formação sistemática do pessoal ao nível apropriado para as funções e local de trabalho.

Artigo 38.º

Comissão de Transfusão Hospitalar

1 — A Comissão de Transfusão Hospitalar é uma estrutura de apoio técnico, à qual cabe avaliar a qualidade dos atos transfusionais, garantir a qualidade das intervenções que envolvam a administração de sangue humano, seus componentes e hemoderivados.

2 — A Comissão de Transfusão Hospitalar é uma estrutura de apoio técnico composta por médicos dos Serviços de Sangue e Medicina Transfusional, Cuidados Intensivos, Cirurgia e Anestesiologia, um enfermeiro e um técnico do Serviço de Sangue e Medicina Transfusional.

3 — Compete à Comissão de Transfusão Hospitalar:

- a) Definir as políticas transfusionais adaptadas às atividades clínicas locais;
- b) Proceder a avaliações regulares da prática transfusional;
- c) Analisar os eventos necessários relacionados com a transfusão e tomar as necessárias medidas corretivas;
- d) Assegurar que todo o pessoal envolvido na prática transfusional tenha treino adequado.

Artigo 39.º

Conselho dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica

1 — O Conselho dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica (adiante designado por CTDT) é um órgão de apoio técnico, constituído por um técnico de diagnóstico e terapêutica de cada ramo de atividade.

2 — Sempre que existam técnicos de diagnóstico e terapêutica que exerçam funções de coordenação, será esse que representará a especialidade no CTDT.

3 — Nas especialidades onde não exista técnico coordenador, será eleito pelos seus pares de especialidade, um representante ao CTDT.

4 — O CTDT é presidido por elemento a eleger de entre os seus membros.

5 — O CTDT pode funcionar em plenário ou através de comissões transitórias especializadas, de âmbito restrito, reunindo trimestralmente ou sempre que convocado pelo seu Presidente.

6 — Compete ao CTDT:

- a) Avaliar o rendimento do pessoal técnico de diagnóstico e terapêutica do Hospital e propor o que julgar útil para a sua melhoria;
- b) Fomentar a cooperação, no âmbito da respetiva atividade, entre todos os Serviços do Hospital;

- c) Propor as medidas que considere oportunas para o aperfeiçoamento científico do pessoal técnico de diagnóstico e terapêutica, bem como emitir parecer sobre a política de formação deste pessoal;
- d) Dar parecer sobre a definição dos lugares disponíveis para realização de formação pré e pós-graduada de técnicos de diagnóstico e terapêutica;
- e) Apreciar os aspetos do exercício da atividade hospitalar dos técnicos de diagnóstico e terapêutica que envolvam princípios da sua deontologia própria;
- f) Propor medidas relativas à qualidade técnica e científica da atividade dos técnicos de diagnóstico e terapêutica e pronunciar-se sobre a política de investigação do Hospital das respetivas áreas;
- g) Emitir pareceres sobre os parâmetros de produtividade e desempenho de qualidade dos técnicos de diagnóstico e terapêutica, bem como sobre a política de incentivos aplicáveis;
- h) Emitir parecer sobre a política de desenvolvimento da carreira de pessoal técnico de diagnóstico e sua equiparação à carreira da administração pública;
- i) Dar parecer, quando consultado, sobre as queixas e reclamações que sejam formuladas acerca da correção técnica e profissional, envolvendo o pessoal técnico.

Artigo 40.º

Equipa para a Prevenção da Violência em Adultos

1 — À Equipa para a Prevenção da Violência em Adultos cabe implementar medidas de prevenção da violência entre adultos, em particular no domínio da violência doméstica.

2 — A Equipa para a Prevenção da Violência em Adultos é constituída por um médico, um enfermeiro, um psiquiatra ou psicólogo e um assistente social.

3 — Compete à Equipa para a Prevenção da Violência em Adultos:

- a) Contribuir para a informação prestada à população e para a sensibilização dos profissionais para a igualdade de género e a prevenção da violência ao longo do ciclo de vida;
- b) Divulgar informação de carácter legal, normativo e técnico sobre o assunto;
- c) Promover a formação e preparação dos profissionais.

Artigo 41.º

Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

1 — O Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) é uma estrutura de apoio técnico que se rege pelas disposições estabelecidas no despacho do gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde n.º 15423/2013, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 229, de 26 de novembro de 2013.

2 — O Grupo de Coordenação Local do PPCIRA é composto por médicos e enfermeiros.

3 — Compete ao Grupo de Coordenação Local do PPCIRA:

- a) Supervisionar as práticas locais de prevenção e controlo de infeção e de uso de antimicrobianos;
- b) Garantir o cumprimento obrigatório dos programas de vigilância epidemiológica de infeção associada a cuidados de saúde e de resistência a antimicrobianos, nomeadamente a vigilância e notificação de microorganismos alerta e a implementação de auditorias clínicas internas;
- c) Promover e melhorar práticas de prevenção e controlo de infeção;
- d) Promover e melhorar as práticas de uso de antimicrobianos.

Artigo 42.º

Grupo de Registos em Saúde

1 — O Grupo de Registos em Saúde é uma estrutura de apoio técnico, que tem como missão implementar estratégias para assegurar a gestão dos registos em saúde.

2 — O Grupo de Registos em Saúde é composto por médicos, enfermeiros, um elemento da Produção, um elemento da Gestão das Tecnologias e da Informação e um elemento da Qualidade.

3 — Compete ao Grupo de Registos em Saúde:

- a) Garantir a gestão dos registos de cuidados de saúde dos doentes através do estabelecimento de estratégias necessárias a assegurar a disponibilidade e a confidencialidade da informação;
- b) Definir procedimentos transversais que garantam a efetiva disponibilização, utilização, controlo e gestão dos registos de cuidados de saúde;
- c) Garantir uma abordagem normalizada aos modelos de registos de cuidados de saúde em uso na Instituição;

- d) Conceção e desenvolvimento de propostas metodológicas no âmbito das auditorias a estes registos como componente intrínseco do sistema de registo de saúde eletrónico em utilização, garantindo a sua rastreabilidade.

Artigo 43.º

Núcleo de Coordenação de Doação de Órgãos e Tecidos

1 — O Núcleo de Coordenação de Doação de Órgãos e Tecidos do HFF integra a rede nacional de doação e transplante.

2 — O Núcleo de Coordenação de Doação de Órgãos e Tecidos é liderado pelo Coordenador Hospitalar de Doação, um médico nomeado pelo Conselho de Administração, de acordo com a portaria n.º 357/2008. Dele fazem parte, igualmente, um médico-cirurgião, dois enfermeiros e um técnico de tanatologia.

3 — Compete ao Núcleo de Coordenação de Doação de Órgãos e Tecidos:

- a) Identificar e avaliar todos os potenciais dadores nos diversos Serviços hospitalares, de um modo ativo;
- b) Obter a história clínica dos potenciais dadores e todos os dados necessários para a sua correta avaliação, procedendo à sua validação;
- c) Assegurar a qualidade, segurança e transparência de todos os procedimentos;
- d) Disponibilizar a informação adequada à família dos potenciais dadores;
- e) Proceder aos contactos com o Gabinete de Coordenação de Colheita e Transplantação para obtenção do apoio logístico necessário à realização da colheita de órgãos, tecidos ou células no respetivo Hospital, para efeitos de transplantação;
- f) Proceder aos registos necessários relacionados com a atividade, definidos pelo Instituto Português do Sangue e Transplantação;
- g) Promover e divulgar a atividade da colheita e transplantação de órgãos, tecidos e células, bem como participar em ações de sensibilização para a doação na área de influência do respetivo Hospital e do GCCT;
- h) Dar parecer sobre medidas propostas no âmbito hospitalar que possam, de algum modo, interferir na atividade de colheita de órgãos, tecidos e células;
- i) Elaborar, anualmente, o relatório da atividade desenvolvida e apresentá-lo ao Conselho de Administração do respetivo Hospital, ao GCCT e ao Instituto Português do Sangue e Transplantação;

- j) Avaliar os resultados, desenvolver estratégias e promover projetos de investigação no âmbito da atividade.

Artigo 44.º

Núcleo Hospitalar de Apoio à Criança e Jovens em Risco

1 — O Núcleo Hospitalar de Apoio à Criança e Jovens em Risco (NHACJR) do HFF, é um núcleo multidisciplinar constituído por Médico Pediatra, Psicólogo, Enfermeiros e Técnico do Serviço Social.

2 — Compete ao NHACJR:

- a) Sensibilizar todos os profissionais dos diferentes Serviços hospitalares para a problemática das crianças e jovens em risco;
- b) Difundir informação de carácter geral, normativo e técnico sobre o assunto;
- c) Incrementar a formação e preparação dos profissionais na matéria;
- d) Reunir e organizar a informação casuística sobre as situações de negligência, maus-tratos e abuso sexual em crianças que são atendidas no HFF, quer em regime de ambulatório, quer em regime de internamento;
- e) Funcionar como referência dos profissionais e das várias equipas no que respeita à sinalização, gestão ou encaminhamento dos casos específicos detetados;
- f) Fomentar o estabelecimento de colaboração efetiva entre profissionais, departamentos, serviços e unidades da instituição que, de alguma forma, prestam cuidados a crianças e jovens, quando em presença de situações de maus-tratos;
- g) Assegurar mecanismos efetivos de cooperação com os ACES, em particular com os respetivos Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Perigo, através, nomeadamente, das Unidades Coordenadoras Funcionais (UCF);
- h) Colaborar com outros interlocutores, projetos e recursos comunitários que, no primeiro nível de intervenção, contribuem para a proteção de crianças e jovens em risco;
- i) Assegurar a articulação funcional com as instâncias do segundo e terceiro nível de intervenção, concretamente, as Comissões de Proteção de Crianças e Jovens, o Ministério Público e os Tribunais, de acordo com os preceitos legais em vigor;
- j) Aplicar as orientações técnicas resultantes do documento "Maus-tratos em Crianças e Jovens - Intervenção da Saúde".

Artigo 45.º

Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

1 — A Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) é constituída por médicos, enfermeiros e psicólogos, com formação em cuidados paliativos.

2 — Sempre que o volume e a complexidade dos cuidados prestados o justifique, a EIHSCP pode ser reforçada com outros profissionais, nomeadamente, para apoio administrativo.

3 — Os profissionais que integram a EIHSCP e o seu responsável pela coordenação são nomeados pelo Conselho de Administração.

4 — A EIHSCP assegura a prestação de cuidados paliativos aos utentes indicados pelos serviços hospitalares e devem propor, quando indicado, as transferências necessárias para outras tipologias de resposta paliativa.

SECÇÃO V **Estruturas de Gestão**

Artigo 46.º

Estruturas de Gestão

1 — As estruturas de gestão estão organizadas em Direções, Serviços e Unidades.

2 — São estruturas de gestão:

- a) Direção Clínica;
- b) Direção de Enfermagem;
- c) Gestão Financeira;
- d) Gestão de Recursos Humanos;
- e) Gestão das Tecnologias e da Informação;
- f) Hoteleiros e Serviços Gerais;
- g) Negociação e Logística;
- h) Planeamento e Controlo de Gestão;
- i) Produção;
- j) Qualidade.

3 — O Diretor de cada uma das estruturas de gestão é nomeado pelo Conselho de Administração, em regime de Comissão de Serviço, de entre os profissionais que reúnam as melhores condições para o desempenho das funções requeridas.

Artigo 47.º
Direção Clínica

1 — A Direção Clínica é uma estrutura de gestão técnica que tem por missão a coordenação da produção clínica do Hospital, a coordenação da assistência prestada, a qualidade, correção e prontidão dos cuidados de saúde prestados aos Utentes.

2 — No exercício das suas funções, o Diretor Clínico pode ser coadjuvado por um máximo de quatro adjuntos, sendo as suas áreas específicas de atividade definidas no respetivo despacho de nomeação.

3 — A nomeação e exoneração dos adjuntos do Diretor Clínico é efetuada livremente, a todo o tempo, por mera conveniência funcional, sem prejuízo da cessação automática por efeito da cessação do mandato do Diretor Clínico.

Artigo 48.º
Direção de Enfermagem

1 — A Direção de Enfermagem é uma estrutura de gestão técnica que tem como missão coordenar os Serviços de enfermagem e os Auxiliares de Ação Médica, de acordo com os objetivos do Hospital, no sentido de garantir a prestação de cuidados de enfermagem com eficiência e qualidade, zelando pelo uso de boas práticas, promovendo uma maior eficiência no uso de materiais clínicos e dos recursos humanos necessários ao bom desempenho dos Serviços.

2 — O Enfermeiro Diretor no exercício das suas funções, pode ser coadjuvado por um máximo de quatro adjuntos, sendo as suas áreas específicas de atividade definidas no respetivo despacho de nomeação.

3 — A nomeação e exoneração dos adjuntos do Enfermeiro Diretor é efetuada livremente, a todo o tempo por mera conveniência funcional, sem prejuízo da cessação automática por efeito da cessação do mandato do Enfermeiro Diretor.

Artigo 49.º
Gestão Financeira

1 — A Gestão Financeira é uma estrutura de gestão que tem por função apoiar o Conselho de Administração na formulação de políticas de gestão financeira, executar os planos financeiros e de tesouraria aprovados e produzir a informação de natureza orçamental financeira e contabilística do Hospital, designadamente, os documentos de prestação de contas obrigatórios e demais informação de suporte à elaboração e controlo da execução de orçamentos globais e setoriais.

2 — Compete ainda à Gestão Financeira, o controlo das movimentações efetuadas nos registos contabilísticos, a verificação da informação orçamental, financeira e fiscal e a manutenção do arquivo da documentação contabilística.

3 — Ao Diretor de Gestão Financeira compete planejar e dirigir toda a atividade do Serviço, bem como assegurar a eficiente utilização dos recursos postos à sua disposição, dentro das orientações estratégicas e operacionais estabelecidas pelo Conselho de Administração.

4 — Compete-lhe, nomeadamente:

- a) Elaborar o plano de atividades anual e respetivo orçamento;
- b) Analisar, mensalmente, os desvios verificados face à atividade esperada e ao orçamento aprovado e propor as medidas corretivas necessárias;
- c) Promover a manutenção de um sistema de controlo interno eficaz destinado a assegurar a salvaguarda dos ativos, a integridade e a fiabilidade do seu sistema de informação e a observância das leis, regulamentos e normas aplicáveis.

Artigo 50.º

Gestão de Recursos Humanos

1 — A Gestão de Recursos Humanos é uma estrutura de gestão de apoio ao Conselho de Administração, competindo-lhe a gestão e administração dos recursos humanos do Hospital, de acordo com as políticas definidas pelo Conselho de Administração e em articulação com os demais Serviços do Hospital. Compete-lhe, igualmente, a gestão e coordenação da atividade da Secretaria Geral do Hospital.

2 — Compete ao Diretor de Gestão de Recursos Humanos:

- a) Fazer cumprir as disposições legais e regulamentares aplicáveis;
- b) Assegurar o cumprimento da estratégia de recursos humanos;
- c) Promover as dotações em recursos humanos dos diversos Serviços e unidades funcionais do Hospital, em articulação com estes, de forma a garantir o seu preenchimento e adaptação às necessidades;
- d) Promover o plano de desenvolvimento das carreiras do pessoal do Hospital, bem como os critérios a que deve obedecer a evolução no seu âmbito e a avaliação do desempenho, em consonância com as disposições legais e regulamentares aplicáveis;
- e) Promover sistemas de incentivos ou outros que permitam envolver os recursos humanos na consecução dos objetivos do Hospital e aumentar a respetiva produtividade;
- f) Colaborar na elaboração dos planos anuais de pessoal, designadamente, no que diz respeito ao recrutamento de novos colaboradores e à evolução das carreiras;

- g) Assegurar a elaboração do plano de orçamento em matéria de recursos humanos, acompanhar a sua execução e monitorizar a evolução das despesas com pessoal, propondo medidas corretivas, sempre que necessário;
- h) Propor e adotar as medidas necessárias à melhoria das estruturas organizativas, funcionais e físicas dos Serviços dele diretamente dependentes, com vista ao incremento da eficiência da utilização dos recursos disponíveis, ao aumento da sua eficácia e à obtenção dos melhores resultados;
- i) Preparar informações, pareceres, relatórios e outros documentos, com a periodicidade adequada, que habilitem o Conselho de Administração nos processos de tomada de decisão;
- j) Garantir a execução de uma política de formação contínua dos recursos humanos que assegure a sua atualização, num contexto que considere as diferentes necessidades específicas dos Serviços do Hospital, bem como a igualdade de oportunidades de acesso à formação para cada um dos grupos profissionais.

3 — A Gestão de Recursos Humanos engloba a Unidade Administrativa de Recursos Humanos (UARH), a Unidade Técnica de Gestão de Recursos Humanos (UTGRH), a Unidade de Formação e Desenvolvimento e a Secretaria Geral (SG).

4 — As referidas unidades orgânicas têm um coordenador nomeado pelo Conselho de Administração, mediante proposta do Diretor de Serviço, em regime de comissão de serviço, de entre profissionais que reúnam o perfil e as condições adequadas ao desempenho das respetivas funções. A coordenação da equipa e da atividade da Secretaria Geral está na dependência direta do Diretor de Gestão de Recursos Humanos.

5 — Compete à Unidade Administrativa de Recursos Humanos, assessorar o Diretor de Gestão de Recursos Humanos, em matéria de regimes de trabalho, designadamente:

- a) Fazer cumprir as disposições legais e regulamentares aplicáveis;
- b) Garantir a aplicação específica da legislação do trabalho na vertente pública e privada;
- c) Organizar os processos individuais e manter atualizado o cadastro de todos os colaboradores;
- d) Assegurar os processos de registo de assiduidade e processamento salarial;
- e) Garantir a entrega de todos os documentos oficiais, relacionados com o processamento salarial;
- f) Fornecer informações e esclarecimentos a todos os colaboradores;

6 — Compete à Unidade Técnica de Gestão de Recursos Humanos, assessorar o Diretor de Gestão de Recursos Humanos na implementação, execução e monitorização de políticas e de sistemas de informação de gestão, na área de recursos humanos, designadamente:

- a) Planear o orçamento de recursos humanos e zelar pelo seu cumprimento;
- b) Acompanhar a execução do orçamento, em matéria de recursos humanos e monitorizar a evolução mensal das despesas com pessoal, propondo medidas corretivas, sempre que necessário;
- c) Participar nos processos de planeamento de necessidades de recursos humanos, em articulação com as diversas direções dos Serviços, e gerir as dotações de recursos humanos, anualmente aprovadas;
- d) Elaborar informações e pareceres relativos a propostas de contratação de profissionais e instruir os respetivos processos;
- e) Coordenar processos de concursos nas diversas carreiras profissionais;
- f) Definir e desenvolver indicadores de informação periódica de gestão de recursos humanos de suporte à decisão;
- g) Promover a realização de auditoria mensal ao processamento salarial e informação de cadastro dos colaboradores;
- h) Preparar informações e relatórios sobre matérias relacionadas com recursos humanos;
- i) Assegurar a partilha de informação necessária com as diversas direções do Hospital;
- j) Articular com os organismos da administração pública em matéria de informação sobre recursos humanos;
- k) Desenvolver estudos relevantes para a definição de políticas de recursos humanos.

7 — Compete à Unidade de Desenvolvimento e Formação, assessorar o Diretor de Gestão de Recursos Humanos na implementação das políticas de desenvolvimento e formação, aplicadas à área de recursos humanos, designadamente:

- a) Coordenar o processo de avaliação de desempenho dos colaboradores;
- b) Coordenar e assegurar o recrutamento de acordo com o plano de dotações aprovado, conforme perfis e descrição de funções definidas;
- c) Coordenar e assegurar o processo de acolhimento dos novos colaboradores;

- d) Propor o plano de formação e orçamento anual e assegurar a gestão e execução do plano aprovado;
- e) Assegurar a execução da política de formação contínua dos recursos humanos bem assim como as oportunidades de acesso à formação de cada um dos sectores profissionais;
- f) Promover a divulgação no Hospital das ações de formação a realizar e de documentação no âmbito da formação em geral;
- g) Assegurar em tempo útil a elaboração de informações, relatórios e indicadores relacionados com formação e desenvolvimento de recursos humanos;
- h) Promover a realização de auditorias periódicas aos processos de formação;
- i) Colaborar com outras estruturas de formação ou estabelecimentos de ensino;
- j) Articular com os organismos da administração pública em matéria de informação e processos de formação profissional.

8 — Compete à Secretaria Geral, assegurar a receção, registo, classificação, encaminhamento e expedição da correspondência do Hospital.

Artigo 51.º

Gestão das Tecnologias e da Informação

1 — A Gestão das Tecnologias e da Informação é uma estrutura de gestão de apoio ao Conselho de Administração que tem por finalidade garantir a operacionalidade e desenvolvimento dos sistemas de informação do Hospital.

2 — Compete-lhe:

- a) Desenvolver com rapidez e eficácia a assistência e manutenção dos equipamentos informáticos das redes e comunicações;
- b) Promover a rentabilização dos recursos bem como a otimização da qualidade da sua utilização;
- c) Assegurar a confidencialidade e integridade dos dados pessoais informatizados;
- d) Sistematizar e promover a integração das aplicações informáticas existentes no Hospital;
- e) Avaliar o grau de satisfação dos utilizadores relativamente aos programas e aplicações disponíveis no Hospital;
- f) Promover e controlar o funcionamento das telecomunicações internas e externas.

3 — Ao Diretor de Gestão das Tecnologias e da Informação compete planear e dirigir toda a atividade do Serviço, bem como assegurar a eficiente utilização dos recursos postos à sua disposição, dentro das orientações estratégicas e operacionais estabelecidas pelo Conselho de Administração.

4 — Compete-lhe:

- a) Elaborar o plano de atividades anual e respetivo orçamento;
- b) Analisar, mensalmente, os desvios verificados face à atividade esperada e ao orçamento aprovado e propor as medidas corretivas necessárias;
- c) Promover a manutenção de um sistema de controlo interno eficaz destinado a assegurar a salvaguarda dos ativos, a integridade e a fiabilidade dos sistemas de informação, a observância das leis, regulamentos e normas aplicáveis.

5 — A Gestão das Tecnologias e da Informação engloba a Unidade de Projetos, a Unidade de Apoio Técnico e a Unidade de Sistemas.

6 — As referidas unidades orgânicas têm um coordenador nomeado pelo Conselho de Administração, mediante proposta do Diretor de Serviço, em regime de comissão de serviço, de entre profissionais que reúnam o perfil e as condições adequadas ao desempenho das respetivas funções.

7 — Compete à Unidade de Projetos:

- a) Gestão e implementação de projectos;
- b) Informatização clínica, formação especializada e interoperabilidade;
- c) Gestão de aplicações frontoffice, backoffice e departamentais;
- d) Rastreabilidade, auditoria e extração de dados ad-hoc.

8 — Compete à Unidade de Apoio Técnico:

- a) Apoio ao utilizador e prevenção;
- b) Gestão do parque informático;
- c) Gestão de contratos, SLAs e do conhecimento;
- d) Gestão de acessos, acolhimento e formação inicial.

9 — Compete à Unidade de Sistemas:

- a) Gestão da infraestrutura de servidores e Datacenter;
- b) Gestão da infraestrutura de rede e comunicações;
- c) Administração da plataforma de interoperabilidade e gestão de bases de dados;

d) Segurança de sistemas, aplicações e da informação.

Artigo 52.º

Hoteleiros e Serviços Gerais

1 — A estrutura de gestão Hoteleiros e Serviços Gerais é uma estrutura de gestão de apoio ao Conselho de Administração.

2 — Compete-lhe, genericamente:

- a) A gestão do património e manutenção;
- b) A gestão das atividades hoteleiras.

3 — Esta estrutura engloba a Unidade de Gestão dos Serviços Hoteleiros e a Unidade de Gestão do Património e Manutenção.

4 — Compete à Unidade de Gestão dos Serviços Hoteleiros:

- a) Controlar o fornecimento da alimentação ao pessoal e aos Utentes através do Serviço de alimentação e dietética, em articulação com os diversos Serviços do Hospital;
- b) Realizar a avaliação e a educação nutricionais, quer no internamento quer na consulta, designadamente, nos casos em que a correção do regime alimentar do Utente seja complementar com a terapêutica;
- c) Avaliar a qualidade das ementas fornecidas aos Utentes e ao pessoal da instituição;
- d) Supervisionar a preparação, confeção e distribuição das dietas de forma a garantir a qualidade e a segurança alimentar das mesmas, bem como a sua adequação nutricional e terapêutica;
- e) Garantir a preparação e distribuição das fórmulas pediátricas de acordo com as normas de qualidade e segurança alimentar;
- f) Participar nos programas institucionais e ações multidisciplinares desenvolvidas nas áreas da prevenção, promoção da saúde, saúde escolar, assistência, reabilitação e ensino;
- g) Elaborar os cadernos de encargos para aquisição de serviços de alimentação e produtos nutricionais e dietéticos, quer pediátricos quer para adultos;
- h) Controlar os serviços de segurança e os serviços de higiene, limpeza e desinfestação das instalações do Hospital, de acordo com regras e procedimentos definidos em colaboração com a Comissão de Controlo de Infeção Hospitalar e do Serviço de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho;
- i) Garantir o tratamento da roupa e do fardamento do Hospital;

- j) Garantir a manutenção do respetivo equipamento e da sinalética;
- k) Definir, propor e adotar as medidas necessárias à adequação e racionalização dos processos de produção em todos os setores do seu âmbito;
- l) Controlar a atividade das empresas que exploram o fornecimento dos serviços pelos quais é responsável e cuja prestação tenha sido concessionada;
- m) Propor e adotar as medidas necessárias à melhoria das estruturas organizativas, funcionais e físicas do sector, com vista ao incremento da eficiência e à obtenção dos melhores resultados de exploração.

5 — Compete à Unidade de Gestão do Património e Manutenção:

- a) Propor e adotar as medidas necessárias à melhoria das estruturas organizativas, funcionais e físicas dos Serviços dela diretamente dependentes, com vista ao incremento da eficiência da utilização dos recursos disponíveis, ao aumento da sua eficácia e à obtenção dos melhores resultados de exploração;
- b) Zelar pela manutenção, conservação e disponibilização das instalações e dos equipamentos do Hospital, de forma a garantir o contínuo e normal funcionamento dos Serviços;
- c) Controlar a atividade das empresas concessionárias da exploração de serviços ou funções da área industrial e da manutenção e conservação das instalações e equipamentos;
- d) Elaborar e manter atualizado o inventário de bens do Hospital, de acordo com as regras legais e estatutárias aplicáveis.

Artigo 53.º
Negociação e Logística

1 — A Negociação e Logística é uma estrutura de gestão de apoio ao Conselho de Administração.

2 — Compete à Negociação e Logística, genericamente:

- a) A negociação e gestão de contratos de fornecimento e de prestação de serviços;
- b) A gestão do inventário dos bens, bem como a sua aquisição, distribuição e armazenamento;
- c) A gestão, manutenção e conservação das instalações, edifícios e equipamentos.

3 — Compete ao Diretor da Negociação e Logística:

- a) Fazer cumprir as disposições legais e regulamentares aplicáveis às atividades que se inscrevem no âmbito das suas atribuições;

- b) Assegurar as aquisições dos bens e serviços necessários e adequados ao funcionamento do Hospital, nas condições mais vantajosas para este;
- c) Garantir o planeamento das atividades a executar pelos Serviços do seu âmbito;
- d) Preparar e propor os orçamentos de exploração e investimento das áreas da sua responsabilidade;
- e) Definir, propor e adotar as medidas adequadas à máxima rentabilização da capacidade instalada dos Serviços industriais;
- f) Zelar pela constante atualização profissional do pessoal integrado nas respetivas áreas, bem como pelos aspetos relativos à execução da política de recursos humanos definida para o Hospital;
- g) Preparar, com a periodicidade adequada, informações e relatórios relativos às atividades desenvolvidas, de forma a manter o Conselho de Administração constantemente informado sobre as mesmas.

4 — A Negociação e Logística engloba a Unidade de Negociação e Gestão de Contratos e a Unidade de Gestão Logística.

5 — Compete à Unidade de Negociação e Gestão de Contratos:

- a) Consultar o mercado;
- b) Negociar e adjudicar contratos para o fornecimento dos diversos materiais de consumo e imobilizado, assegurando as condições mais vantajosas para o Hospital;
- c) Garantir o cumprimento dos procedimentos legais e internos sobre a contratação de bens e serviços.

6 — Compete à Unidade de Gestão Logística:

- a) Garantir a distribuição dos artigos de consumo e dos equipamentos pelos serviços utilizadores;
- b) Estabelecer stocks de segurança e pontos de encomenda;
- c) Zelar pela arrumação física adequada e pela integridade dos bens que movimenta;
- d) Elaborar o inventário anual dos bens armazenados;
- e) Controlar os prazos de entrega dos materiais, de acordo com a programação estabelecida;
- f) Controlar a reposição do material consignado, em articulação com os Serviços que o utilizam e os respetivos fornecedores;

- g) Assegurar, em cooperação com os Serviços utilizadores, o inventário dos armazéns avançados.

Artigo 54.º

Planeamento e Controlo de Gestão

1 — O Planeamento e Controlo de Gestão é uma estrutura de gestão de apoio ao Conselho de Administração na definição do planeamento estratégico e operacional do Hospital e no controlo da sua execução, competindo-lhe coordenar o processo de elaboração dos planos de atividades, anuais ou plurianuais, dos orçamentos e Planos de Ação, globais ou setoriais, ou outros instrumentos de gestão previsional e garantir o acompanhamento da sua execução numa ótica de controlo de gestão.

2 — O Planeamento e Controlo de Gestão tem como objetivos gerais:

- a) Integrar o Tema da Monitorização de Desempenho;
- b) Acompanhar a evolução económico-financeira do Hospital nas suas diversas vertentes;
- c) Definir indicadores de Gestão que caracterizam a prestação de cuidados de saúde;
- d) Apoiar o Conselho de Administração na tomada de decisão, fornecendo informação de gestão e de qualidade de forma atempada;
- e) Apoiar a gestão das estruturas de gestão na disponibilização, em tempo útil, de informação de gestão crítica para um adequado acompanhamento da atividade dos Serviços;
- f) Disponibilizar informação de gestão a entidades externas que acompanham a evolução do Hospital, em particular, a entidades integradas no Ministério da Saúde e Ministério das Finanças;
- g) Planear e desenvolver as principais peças de informação de gestão indispensáveis a uma adequada monitorização;
- h) Promover a criação de novos mecanismos de controlo e análises inovadoras à atividade do Hospital, que possibilitem atingir novos patamares de eficiência operacional;
- i) Promover uma política de prestação de contas públicas, utilizando para tal, as ferramentas de comunicação disponibilizadas pelo Hospital.

Artigo 55.º

Produção

1 — A Produção é uma estrutura de gestão de apoio ao Conselho de Administração que tem por função garantir a coordenação da gestão da atividade produtiva de acordo com os objetivos estratégicos definidos pela organização.

2 — O Diretor de Produção, mediante sua proposta, pode ser assessorado por Gestores de Produção.

3 — O Diretor de Produção é responsável pelo bom funcionamento das unidades funcionais dele dependentes:

- a) A Unidade de Admissão e Apoio a Doentes;
- b) O Serviço Social.

4 — Ao Diretor de Produção compete-lhe também:

- a) Acompanhar a gestão dos colaboradores das unidades funcionais da sua responsabilidade, velando pela sua constante atualização e pelo desenvolvimento das suas competências técnicas;
- b) Assegurar a aplicação do modelo de avaliação de desempenho e participar na aplicação do modelo de avaliação de desempenho dos seus colaboradores diretos, garantindo assim a execução da política de recursos humanos no Hospital.

5 — À Produção compete ainda garantir a coordenação da gestão da atividade produtiva de acordo com os objetivos estratégicos definidos pela organização, identificando e promovendo a melhoria da qualidade e eficiência da operação, com vista a maximizar os resultados de exploração, incumbindo-lhe:

- a) Propor, anualmente, ao Conselho de Administração, os Planos de Atividades, promovendo a sua preparação, o calendário da sua discussão com os Serviços e a aprovação dos mesmos, em estreita ligação com as Direções Clínica e de Enfermagem e as restantes estruturas de gestão;
- b) Zelar pelo cumprimento da execução dos objetivos fixados no Plano de Atividades;
- c) Assegurar o cumprimento de uma política informativa que sirva de base, na área assistencial, à implementação de uma cadeia de responsabilização dos diversos setores pelos resultados obtidos e pela utilização dos recursos atribuídos e que, simultaneamente, viabilize um modelo de gestão participado e orientado para a qualidade;
- d) Propor ao Conselho de Administração a introdução de medidas que visem a melhoria das estruturas organizativas funcionais e físicas do Hospital, quer ao nível de propostas de reorganização de processos de trabalho, de circuitos de gestão do Utente, de distribuição de recursos, considerando os critérios técnicos estabelecidos pelas Direções Clínica e de Enfermagem;
- e) Assegurar o relacionamento funcional entre os diversos Departamentos e Serviços assistenciais do Hospital, bem como entre estes e os demais Serviços externos, quer comunitários quer hospitalares;

- f) Assegurar a preparação da informação necessária a enviar, periodicamente, às entidades oficiais, nomeadamente, ARSLVT, Centros de Saúde, Hospitais, Ministérios, Direção-Geral de Saúde, Autoridades Judiciais, de acordo com os procedimentos estabelecidos;
- g) Zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares aplicáveis à atividade de produção de cuidados de saúde no Serviço Nacional de Saúde.

6 — Compete aos Gestores de Produção assegurar o cumprimento dos objetivos definidos pela organização através da realização dos níveis de atividade assistencial contratados, numa lógica de eficiência na relação custo-benefício, através de um modelo de gestão participado e orientado para a qualidade, incumbindo-lhes:

- a) Preparar anualmente os Planos de Atividades de cada Serviço, em estreita colaboração com as Direções dos Serviços, chefias de enfermagem e demais técnicos de saúde, identificando e assegurando a introdução de novas oportunidades de negócio, com viabilidade económica e benefício para o Utente;
- b) Garantir o cumprimento dos objetivos definidos em Plano de Atividades, criando, através da partilha da informação relativa aos resultados obtidos e da utilização dos recursos atribuídos, uma cultura de envolvimento e responsabilização com todas as estruturas funcionais dos Serviços;
- c) Detetar potenciais melhorias nos circuitos organizacionais e funcionais, promovendo sempre as condições necessárias à implementação das medidas de melhoria;
- d) Assegurar o relacionamento funcional entre os diversos Departamentos e Serviços assistenciais do Hospital, bem como entre estes e os demais Serviços externos, quer comunitários quer hospitalares.

Artigo 56.º

Unidade de Admissão e Apoio a Doentes

1 — A Unidade de Admissão e Apoio a Doentes depende do Diretor de Produção.

2 — O responsável da Unidade de Admissão e Apoio a Doentes é nomeado pelo Conselho de Administração, sob proposta do Diretor de Produção, em regime de comissão de serviço, de entre profissionais que reúnam o perfil adequado ao desempenho das respetivas funções.

3 — Compete à Unidade de Admissão e Apoio a Doentes:

- a) Propor e adotar medidas necessárias à melhoria das estruturas organizativas, funcionais e físicas, na ótica do circuito de admissão programado do Utente, com vista ao incremento da

eficiência da utilização dos recursos disponíveis, ao aumento da sua eficácia e à obtenção dos melhores resultados de exploração;

- b) Coordenar a atividade das unidades funcionais dela diretamente dependentes e respetivas chefias administrativas – admissão de Utentes da área de consulta externa, exames especiais, internamento, urgências, receção principal, arquivo clínico, Serviço religioso e voluntariado, Gabinete do Cidadão;
- c) Garantir a atividade do Gabinete do Cidadão, de forma a prosseguir os seus objetivos, nomeadamente, aumentar o nível de satisfação dos utilizadores do Hospital, diminuir o número de reclamações e o correspondente tempo de resposta, e contribuir para aumentar a qualidade do serviço prestado pelo Hospital;
- d) Assegurar a articulação da atividade do Hospital, em conjunto com as Direções Clínica e de Enfermagem e com os Centros de Saúde, garantindo a execução de projetos comuns;
- e) Acompanhar e preparar os circuitos de envio de Utentes ao exterior, em articulação com a Direção Clínica, a Direção de Enfermagem e a Produção.

4 – Compete, em especial, ao responsável da Unidade de Admissão e Apoio a Doentes:

- a) Gerir os aspetos relativos à receção, admissão, identificação, orientação, processamento administrativo, documentação clínica, faturação e circuitos dos Doentes programados do Hospital, organizar os diversos pontos de admissão de Utentes, a fim de garantir um atendimento célere, a recolha dos elementos administrativos necessários, a cobrança das quantias a que houver lugar e o fornecimento aos Serviços financeiros da informação relevante para a faturação;
- b) Satisfazer os pedidos efetuados pelas entidades externas de envio tempestivo de informação clínica, tendo em conta a legislação em vigor quanto a proteção de dados, nomeadamente Tribunais, Ministério Público, PSP, entre outros, em articulação com o Conselho de Administração;
- c) Garantir a execução de uma política de informação direta dirigida a Utentes, familiares e visitas, de modo a facilitar e tornar mais agradável a sua estada ou o contacto com o Hospital;
- d) Garantir a criação de circuitos adequados e tempestivos de distribuição e utilização de documentos de natureza administrativa e clínica, evitando atrasos no atendimento dos Utentes e o sigilo exigível;
- e) Zelar pela constante atualização do pessoal integrado na respetiva área, bem como pelos aspetos relativos à execução da política de recursos humanos definida para o Hospital;

- f) Articular com a Direção de Enfermagem e o respetivo Enfermeiro Chefe, propondo e adotando a melhoria das estruturas organizativas funcionais e físicas da área de Consulta Externa;
- g) Promover e criar o circuito de informação dos Utentes que aguardam na sala de espera;
- h) Garantir a manutenção do equipamento, da sinalética, do fardamento, da segurança e higiene bem como a rentabilização do espaço de gabinetes médicos onde são realizadas as consultas e exames;
- i) Articular com os Gestores de Produção a aplicação das alterações efetuadas, a resolução dos problemas verificados e as melhorias a efetuar.

Artigo 57.º

Gabinete do Cidadão

1 — O Gabinete do Cidadão tem por missão recolher, tratar e encaminhar as reclamações, sugestões e agradecimentos, bem como informar, orientar e apoiar os Utentes do Hospital nas questões colocadas, com o propósito de obter um incremento da qualidade do serviço prestado.

2 — O Gabinete do Cidadão depende do responsável da Unidade de Admissão e Apoio a Doentes.

3 — Compete ao Gabinete do Cidadão:

- a) Executar os procedimentos previstos nas disposições legais e regulamentares aplicáveis;
- b) Promover a divulgação dos direitos e deveres dos Utentes dos serviços de saúde;
- c) Centralizar a receção e o registo das exposições de Utentes e proceder à sua análise;
- d) Promover a divulgação e a satisfação dos direitos, das necessidades e interesses dos Utentes;
- e) Solicitar aos responsáveis dos Serviços visados informações sobre as exposições dos Utentes e garantir a resposta atempada;
- f) Propor medidas de organização e racionalização dos Serviços, que assegurem a satisfação das necessidades e direitos dos Utentes;
- g) Elaborar e apresentar relatórios com propostas de resposta aos exponentes e de organização e racionalização dos Serviços;
- h) Emitir sínteses mensais, trimestrais, semestrais e anuais relativas às exposições e demais atividades do Gabinete do Cidadão.

Artigo 58.º

Serviço Social

1 — O Serviço Social depende do Diretor de Produção.

2 — O Diretor do Serviço Social é nomeado pelo Conselho de Administração, sob proposta do Diretor de Produção, em regime de comissão de serviço, de entre Técnicos Superiores de Serviço Social que reúnam o perfil adequado ao desempenho das respetivas funções.

3 — O mandato do Diretor do Serviço Social é de três anos, renovável por iguais períodos, sem prejuízo da cessação automática por efeito da cessação do mandato do Conselho de Administração que o tenha nomeado.

4 — Compete ao Diretor do Serviço Social, em geral, planear, coordenar e supervisionar as atividades da equipa do Serviço Social, no respeito pela dignidade dos Utentes, utilizando de forma eficiente os recursos disponíveis do Hospital e da comunidade, com vista à resolução de problemas psicossociais que dificultem o tratamento, cura e reabilitação dos Utentes, assegurando, em tempo útil, a continuidade dos cuidados.

5 — Compete, em especial, ao Diretor do Serviço Social:

- a) Coordenar e supervisionar as atividades da equipa do Serviço Social, nomeadamente, no que se refere à preparação das altas e continuidade de cuidados, assegurando em tempo útil os cuidados de apoio social aquando da alta clínica;
- b) Promover e desenvolver o trabalho em equipa multidisciplinar, garantindo o planeamento conjunto das altas;
- c) Articular/participar e integrar parcerias com instituições da comunidade, encontrando novas respostas para as necessidades sociais identificadas;
- d) Elaborar e implementar o Plano de Atividades anual e o relatório do Serviço Social, contribuindo assim para a prossecução dos objetivos globais da organização;
- e) Propor medidas ou estruturas de melhoria contínua da assistência prestada pelo Hospital, respondendo às necessidades sociais e /ou direitos do Utente/família, nomeadamente, na área da reabilitação e reintegração familiar e social;
- f) Colaborar/participar em ações de investigação, estudos, emissão de pareceres técnicos e científicos, a fim de aprofundar conhecimentos técnicos e melhorar a prática profissional;
- g) Promover a realização de estágios de Serviço Social bem como a atualização e formação permanente do pessoal de Serviço Social, colaborando com o ensino/escolas de Serviço Social e melhorando a qualidade da intervenção destes profissionais;
- h) Participar em comissões e grupos de trabalho no âmbito do Hospital, planificar a distribuição dos técnicos por Serviço e elaborar as escalas de serviço, contribuindo para a melhoria

contínua da qualidade da prestação dos cuidados e assegurando de forma equilibrada a cobertura dos Serviços;

- i) Assegurar o cumprimento dos aspetos relativos à execução da política de recursos humanos, definida pelo Hospital;
- j) Propor as dotações de recursos humanos do Serviço Social, fazendo respeitar e cumprir as orientações laborais da organização, adaptando os recursos às necessidades dos serviços;
- k) Integrar o Conselho Local de Ação Social das autarquias da Amadora e de Sintra.

Artigo 59.º

Qualidade

1 — A Qualidade é uma estrutura de gestão de apoio ao Conselho de Administração à qual compete implementar, desenvolver e monitorizar o Sistema de Gestão da Qualidade, de acordo com os referenciais normativos definidos e em estreita colaboração com as outras estruturas de gestão, Direções de Departamentos e de Serviços e Comissão de Qualidade e Segurança do Doente.

2 — Esta estrutura de gestão engloba o Gabinete de Gestão do Risco.

3 — Compete-lhe, nomeadamente:

- a) Apoiar o Conselho de Administração na definição da política da qualidade e garantir a difusão da mesma;
- b) Promover o cumprimento das disposições legais e regulamentares aplicáveis no âmbito da qualidade;
- c) Colaborar com o Conselho de Administração e outros interlocutores designados na definição de objetivos e indicadores para o Hospital;
- d) Proceder ao acompanhamento e análise da evolução do desempenho dos Serviços, em função dos indicadores e padrões da qualidade definidos;
- e) Garantir a informação sobre os resultados da monitorização dos indicadores definidos;
- f) Preparar e realizar auditorias internas;
- g) Preparar e acompanhar as auditorias externas;
- h) Promover o desenvolvimento e efetuar o acompanhamento das ações preventivas e corretivas necessárias ao cumprimento dos referenciais normativos em vigor e dos objetivos estabelecidos;

- i) Promover a realização de estudos de avaliação da satisfação de Utentes, monitorização da aplicação dos mesmos e das ações a desenvolver;
- j) Divulgar e controlar a documentação produzida no âmbito do Sistema de Gestão da Qualidade;
- k) Fornecer apoio e suporte técnico à conceção e concretização de projetos de Gestão e Melhoria Contínua da Qualidade desenvolvidos por colaboradores, Serviços ou Unidades do Hospital;
- l) Acompanhar e apoiar os processos de acreditação e certificação a que o Hospital entenda submeter-se.

Artigo 60.º

Gabinete de Gestão do Risco

1 — O Gabinete de Gestão do Risco tem como missão assegurar a gestão do risco clínico e não clínico no Hospital.

2 — O Gabinete de Gestão do Risco é constituído por um médico, um enfermeiro e um profissional não clínico.

3 — Compete ao Gabinete de Gestão do Risco:

- a) Elaborar e apresentar anualmente, ao Conselho de Administração, o plano estratégico de gestão do risco do Hospital e garantir a sua execução, monitorização e atualização;
- b) Identificar fatores de risco clínico e não clínico, associados à prestação de cuidados, aos Utentes, aos profissionais e acompanhantes e propor medidas preventivas de minimização do risco;
- c) Implementar em conjunto com as Direções dos Serviços, os planos operacionais de gestão do risco;
- d) Implementar mecanismos de reporte, análise e tratamento dos acidentes e incidentes ocorridos e assegurar o retorno da informação;
- e) Emitir recomendações, pareceres e normas para a segurança dos Utentes, profissionais e utilizadores do Hospital;
- f) Colaborar na formação na área da gestão e controlo do risco;
- g) Integrar os programas nacionais e internacionais associados à gestão do risco e segurança dos Utentes;

- h) Integrar, acompanhar e monitorizar a atividade dos grupos de trabalho criados na área do risco tais como, feridas, quedas, erros de medicação e outros.

SECÇÃO VI Estruturas de Prestação de Cuidados

Artigo 61.º

Serviços de Prestação de Cuidados

Os Serviços de Prestação de Cuidados desenvolvem as suas atividades nas seguintes áreas:

- a) Internamento, organizado de acordo com o seu grau de intensidade, especialização e regime hoteleiro;
- b) Cirurgia convencional e de ambulatório, realizadas no Bloco Operatório Central ou Unidade de Cirurgia de Ambulatório;
- c) Consulta Externa, que engloba igualmente o setor de exames especiais, caracterizada pela prestação de cuidados programados sem hospitalização;
- d) Hospital de Dia, caracterizado pela prestação de cuidados com base em programas e protocolos terapêuticos específicos;
- e) Urgência, organizada com um modelo de triagem, com vista a prestar cuidados urgentes e emergentes de forma clinicamente priorizada;
- f) Meios complementares de diagnóstico e terapêutica, dedicados à prestação de atos de diagnóstico e de terapêutica;
- g) Serviço domiciliário, para apoio à comunidade, nomeadamente, no que se refere à continuidade dos cuidados de saúde no domicílio.

Artigo 62.º

Departamentos, Serviços e Unidades Clínicas

- 1 — Os recursos do Hospital organizam-se em Departamentos, Serviços e Unidades Clínicas.
- 2 — O Departamento constitui um nível intermédio de direção técnica e engloba Serviços e Unidades Clínicas que, pela natureza da respetiva atividade, revelem afinidade funcional e permitem prosseguir objetivos de forma articulada e otimizar a utilização de recursos comuns.
- 3 — O Serviço é a unidade básica da organização, funcionando autonomamente ou, de forma agregada, em Departamentos.
- 4 — A organização e a designação dos Serviços enquanto centros de custo, tem em consideração a legislação aplicável.

5 — As Unidades Clínicas são agregações especializadas de recursos humanos e tecnológicos, integradas em Serviços ou Departamentos dispendo de responsável próprio.

Artigo 63.º

Competências e Princípios Gerais de Direção

1 — Compete aos Diretores dos Departamentos e Serviços e aos responsáveis pelas Unidades pôr em prática, no respetivo nível, as atividades próprias do ciclo de gestão, a saber:

- a) Planear de acordo com os objetivos gerais de exploração para o Hospital, tendo como instrumentos o plano de atividades e o orçamento;
- b) Executar, pondo em prática as medidas constantes do plano;
- c) Acompanhar, mensalmente, o cumprimento dos objetivos e reportar para o nível superior os resultados atingidos;
- d) Corrigir os desvios, tomando as medidas apropriadas.

2 — Os Diretores dos Departamentos e Serviços e os responsáveis pelas Unidades seguirão as melhores práticas na gestão dos recursos colocados sob a sua direção devendo, nessa perspetiva:

- a) Orientar a atividade do Serviço na satisfação das necessidades e expetativas dos seus Utentes e garantindo a qualidade dos cuidados prestados;
- b) Exercer a sua atividade operacional através da melhoria contínua da estrutura, dos processos e dos resultados, identificando e resolvendo problemas e estabelecendo a comparação com outros de melhor nível de processos e desempenho;
- c) Promover a valorização dos recursos humanos, através da atualização do conhecimento e das técnicas utilizadas e do envolvimento nas atividades de criação de valor;
- d) Estabelecer processos multidisciplinares e intersetoriais de trabalho;
- e) Manter um sistema eficaz de controlo, destinado à salvaguarda dos ativos e à economia no consumo de recursos;
- f) Assegurar um sistema de informação qualificado, íntegro e fiável;
- g) Providenciar pela gestão otimizada dos recursos do serviço, com base em padrões de qualidade e de eficiência.

Artigo 64.º

Organização dos Departamentos, dos Serviços e das Unidades

1 — As estruturas de prestação de cuidados são:

- a) O Departamento de Anestesiologia e Intensivismo, que agrega o Serviço de Medicina Intensiva, que engloba a UCICRE e a UCIP, e o Serviço de Anestesiologia, que engloba a Unidade da Dor;
- b) O Departamento da Mulher, agregando o Serviço de Ginecologia, o Serviço de Obstetrícia, e a Urgência Obstétrica e Ginecológica;
- c) O Departamento de Cirurgia, que inclui os Serviços de Cirurgia Geral B e C, a Unidade de Cirurgia Plástica e Reconstructiva, o Serviço de Oftalmologia, os Serviços de Ortopedia A e B, o Serviço de Otorrinolaringologia que engloba a Unidade de Cirurgia Maxilo-Facial, e o Serviço de Urologia;
- d) O Departamento de Medicina, que agrega o Serviço de Medicina Interna 1, o Serviço de Medicina Interna 2, que engloba ainda a Unidade Integrada da Diabetes e a Unidade de Endocrinologia, o Serviço de Medicina Interna 3 e o Serviço de Medicina Interna 4, o Serviço de Cardiologia, a Unidade de Cuidados Intensivos Coronários, o Serviço de Gastrenterologia, o Serviço de Infeciologia, o Serviço de Nefrologia, o Serviço de Neurologia, o Serviço de Oncologia, o Serviço de Pneumologia, o Serviço de Psiquiatria que agrega a Unidade de Pedopsiquiatria, o Serviço de Saúde Ocupacional, o Serviço de Medicina Física e de Reabilitação e o Hospital de Dia de Medicina e Especialidades Médicas;
- e) O Departamento de Pediatria, que agrega o Serviço de Pediatria, a Unidade de Urgência Pediátrica, a Unidade de Cirurgia Pediátrica, a Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais de Neonatologia e a Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais de Pediatria;
- f) Os serviços transversais de prestação de cuidados são: o Serviço de Urgência Geral que agrega o Serviço de Urgência Básica, o Serviço de Consulta Externa, e o Serviço de Bloco Operatório que agrega a Unidade de Cirurgia Ambulatória.

2 — As estruturas de apoio à prestação de cuidados são: o Serviço de Anatomia Patológica, o Serviço de Esterilização, o Serviço de Farmácia, o Serviço de Imagiologia que agrega a Unidade de Neurorradiologia, o Serviço de Sangue e Medicina Transfusional e o Serviço de Patologia Clínica.

Artigo 65.º

Direção dos Departamentos

1 — A Direção de Departamento constitui uma direção técnica, diretamente dependente do Diretor Clínico, e é assegurada por médicos com o perfil adequado às respetivas funções, nomeados pelo Conselho de Administração sob proposta do Diretor Clínico, em regime de comissão de serviço.

2 — Ao Diretor de Departamento compete a coordenação da atividade dos Serviços e Unidades que integram o respetivo departamento, numa lógica de otimização da utilização dos recursos disponíveis, incremento da multidisciplinaridade técnica, funcionamento integrado, serviço ao Utente e cooperação com vista à prossecução dos objetivos do Hospital, de forma integrada com a Produção e em profunda articulação com as Direções Clínica e de Enfermagem, com a Produção e com a Qualidade, bem como com os Diretores dos restantes Departamentos, Serviços e Unidades. Compete-lhe, igualmente, a direção técnica direta de todas as atividades que sejam, por natureza, comuns ou transversais ao departamento que dirige e das unidades funcionais que eventualmente dele dependam diretamente.

3 — Compete ao Diretor de Departamento, em colaboração com a Produção, Direção Clínica e Direção de Enfermagem:

- a) Fazer cumprir as disposições legais e regulamentares aplicáveis;
- b) Compatibilizar, na perspetiva técnica, e propor os Planos de Ação preparados pelos diversos Serviços e Unidades do Departamento, com vista à sua integração no plano de exploração e atividades do Hospital;
- c) Definir, propor e adotar as medidas adequadas à máxima rentabilização da capacidade instalada nos Serviços e Unidades do Departamento;
- d) Propor e adotar as medidas necessárias à melhoria das estruturas processuais, organizativas, funcionais e físicas dos Serviços e Unidades do Departamento, com vista ao incremento da eficiência conjunta da utilização dos recursos disponíveis, ao aumento da sua eficácia, à melhoria do serviço ao Utente e ao aumento da acessibilidade aos cuidados;
- e) Preparar informações, relatórios e outros documentos, com a periodicidade adequada e submetê-los ao Diretor Clínico, de forma a mantê-lo permanentemente informado;
- f) Assegurar a máxima integração da atividade dos Serviços e Unidades do Departamento, designadamente, através da partilha de instalações e equipamento, multidisciplinaridade de atuação e desenvolvimento de projetos comuns através de estruturas matriciais e transversais de prestação de cuidados;
- g) Desenvolver e acompanhar a aplicação de instrumentos de garantia da qualidade técnica dos cuidados, de gestão de risco e de serviço ao Utente;
- h) Velar pela constante atualização do pessoal, designadamente, a que promova a multidisciplinaridade e a articulação setorial interna, bem como pelos aspetos relativos à execução da política de recursos humanos definida pelo Hospital;

- i) Promover a colaboração interna dentro do Departamento mas também deste com os restantes Departamentos, Serviços e unidades do Hospital, bem como com Serviços e entidades a ele exteriores, de forma a potenciar os resultados do Departamento;
- j) Analisar e propor a exploração de novas áreas de prestação de cuidados de saúde pelo respetivo Departamento.

Artigo 66.º

Direção dos Serviços e Unidades Clínicas de Prestação de Cuidados

1 — O Diretor de Serviço ou o Responsável de Unidade Clínica é um médico especialista que manifeste notórias capacidades de organização e qualidades de chefia, nomeado pelo Conselho de Administração, em comissão de serviço, por um período de três anos, renovável por iguais períodos, sob proposta do Diretor Clínico.

2 — O Diretor de Serviço ou o Responsável de Unidade Clínica é responsável pela correção e prontidão dos cuidados prestados aos Utentes, bem como pela utilização e eficiente aproveitamento dos recursos postos à sua disposição, respondendo perante o Conselho de Administração.

3 — Ao Diretor de Serviço ou ao Responsável de Unidade Clínica compete, genericamente, planear e dirigir toda a atividade do Serviço, com autonomia na organização do trabalho e os correspondentes poderes de direção sobre todo o pessoal que integra o Serviço, independentemente da sua carreira ou categoria profissional, com a salvaguarda das competências atribuídas por lei a cada grupo profissional.

4 — São competências específicas do Diretor de Serviço e do Responsável de Unidade:

- a) Definir a organização da prestação de cuidados de saúde, garantir a sua qualidade e fixar orientações com observância das normas emitidas pelas entidades competentes;
- b) Elaborar o plano e relatório anual de atividades e orçamento do Serviço ou Unidade;
- c) Analisar, mensalmente, os desvios verificados face à atividade esperada e verbas orçamentadas, corrigi-los, ou, sendo necessário, propor medidas corretivas ao Diretor Clínico ou de Departamento, quando exista;
- d) Assegurar a produtividade e eficiência dos recursos disponíveis e proceder à sua avaliação sistemática;
- e) Gerir, eficientemente, a Lista de Inscritos para Cirurgia, a Lista de Espera para Consulta e as Listas de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica, de acordo com os critérios definidos no âmbito da acessibilidade, tendo em conta a prioridade clínica e os Tempos Máximos de Resposta Garantida;

- f) Acompanhar a realização dos ensaios clínicos ou outras atividades promocionais em que esteja envolvido o nome do estabelecimento, Serviço ou Unidade do Hospital, sem colidir com o disposto no número anterior;
- g) Promover a aplicação dos programas de garantia da qualidade e da produtividade, zelando por uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde;
- h) Zelar pela organização e constante atualização dos processos clínicos, designadamente, através da revisão das decisões de admissão e de alta, mantendo um sistema de codificação correto e atempado das altas clínicas;
- i) Propor ao Diretor Clínico, quando necessário, a realização de auditorias clínicas;
- j) Propor a celebração de protocolos de colaboração ou apoio, contratos de prestação de serviços ou convenções com profissionais de saúde e instituições, públicas e privadas, no âmbito das suas atividades e para a prossecução dos objetivos definidos;
- k) Zelar pela atualização das técnicas utilizadas, promovendo por si ou propondo aos órgãos competentes as iniciativas aconselháveis para a valorização, aperfeiçoamento e formação profissional do pessoal em serviço e organizar e supervisionar todas as atividades de formação e investigação;
- l) Assegurar e determinar as medidas adequadas em resposta a reclamações apresentadas pelos Utentes;
- m) Assegurar a gestão adequada dos recursos humanos, incluindo a sua produtividade e eficiência e a avaliação interna do desempenho global dos profissionais dentro dos parâmetros estabelecidos;
- n) Promover a manutenção de um sistema de controlo interno eficaz destinado a assegurar a salvaguarda dos ativos, a integridade e fiabilidade do sistema de informação, a observância das leis dos regulamentos e normas aplicáveis assim como o acompanhamento dos objetivos globais definidos;
- o) Zelar pelo registo tempestivo e correto dos atos clínicos e providenciar pela boa gestão dos bens e equipamentos do Serviço ou Unidade;
- p) Assegurar a gestão adequada e o controlo dos consumos dos produtos, nomeadamente, medicamentos e material clínico;
- q) Assegurar as condições técnicas e profissionais adequadas ao desempenho da atividade assistencial;

- r) Supervisionar e acompanhar as atividades de formação pré e pós-graduada que decorram no Serviço ou Unidade.

5 — O Diretor de Serviço ou o Responsável de Unidade Clínica pode delegar as suas competências em outros profissionais médicos do Serviço ou Unidade com as competências adequadas, exceto o controlo da atividade do Serviço.

6 — As comissões de serviço dos Diretores de Serviço ou Responsáveis de Unidade Clínica podem ser dadas por findas, a todo o tempo, pelo Conselho de Administração ou a requerimento do interessado.

Artigo 67.º

Chefias de Enfermagem

1 — Os Serviços, as Unidades Clínicas de Prestação de Cuidados de Saúde e os Serviços de apoio à Prestação de Cuidados de Saúde, em que exista a prestação de cuidados de enfermagem, disporão de Enfermeiro Chefe, a nomear pelo Conselho de Administração, sob proposta do Enfermeiro Diretor.

2 — Compete ao Enfermeiro Chefe, para além das competências constantes do Decreto-Lei n.º 247/2009 e do Decreto-Lei n.º 248/2009, ambos de 22 de setembro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 122/2010, de 11 de novembro, e do Acordo de Empresa, o exercício das seguintes funções:

- a) Supervisionar os cuidados de enfermagem e coordenar tecnicamente, a atividade da enfermagem e dos assistentes operacionais;
- b) Colaborar na preparação de Planos de Atividade e respetivos relatórios do Serviço e promover a utilização otimizada dos recursos e meios necessários à prestação dos cuidados de saúde;
- c) Programar as atividades de enfermagem e auxiliares de ação médica, definindo as atribuições específicas dos enfermeiros e do pessoal auxiliar e propondo medidas destinadas a adequar os recursos disponíveis às necessidades, nomeadamente, na elaboração de horários, planos de férias e planos anuais de formação;
- d) Elaborar, de forma articulada, o plano e relatório anuais referentes às atividades de enfermagem;
- e) Incrementar métodos de trabalho que favoreçam um melhor nível de desempenho do pessoal de enfermagem e auxiliar e responsabilizar-se pela garantia de qualidade dos cuidados de enfermagem prestados;
- f) Promover a divulgação de informação com interesse para o pessoal de enfermagem e auxiliar;

- g) Assegurar a formação obrigatória de todos os enfermeiros e auxiliares de ação médica do Serviço ou Unidade;
- h) Zelar pela operacionalidade dos materiais e equipamentos de cada Serviço.

SECÇÃO VII

Estruturas de Apoio à Prestação de Cuidados

Artigo 68.º

Estruturas de Apoio à Prestação de Cuidados

O Hospital dispõe das seguintes Estruturas de Apoio à Prestação de Cuidados:

- a) O Serviço de Anatomia Patológica;
- b) O Serviço de Esterilização;
- c) O Serviço de Farmácia, que depende diretamente do Conselho de Administração, gozando de autonomia nas questões técnico-científicas dos medicamentos e demais produtos farmacêuticos;
- d) O Serviço de Imagiologia, que engloba a Neurorradiologia;
- e) O Serviço de Sangue e Medicina Transfusional;
- f) O Serviço de Patologia Clínica.

Artigo 69.º

Farmácia

1 — O Diretor da Farmácia é nomeado pelo Conselho de Administração, em regime de comissão de serviço, de entre farmacêuticos com perfil adequado às respetivas funções.

2 — O mandato do Diretor da Farmácia é de três anos, renovável por iguais períodos.

3 — Ao Diretor da Farmácia compete, em geral, planear e dirigir toda a atividade da Farmácia do Hospital, sendo responsável por promover terapêutica racional, segura, eficaz e atempada aos Utentes, de forma integrada com a restante equipa de saúde, competindo-lhe, em especial:

- a) Planear as atividades da Farmácia, desenvolver as áreas de intervenção farmacêutica, respondendo às necessidades dos Utentes e dos Serviços e Unidades Clínicas com que interage;
- b) Definir os objetivos a atingir pela Farmácia e estimular a sua prossecução pelos profissionais que o integram;

- c) Participar nas Comissões Multidisciplinares que respondam a necessidades expostas pelos Serviços, Comissão de Ética e Comissão de Farmácia e Terapêutica, coordenando as necessidades da Instituição com o trabalho a desenvolver pela Farmácia;
- d) Controlar as aquisições e custos dos medicamentos e restantes produtos farmacêuticos, gerindo de forma adequada os seus stocks e evitando ruturas;
- e) Coordenar as atividades farmacêuticas em cada Serviço e Unidade Clínica, dando resposta às necessidades terapêuticas;
- f) Coordenar todos os Ensaio Clínicos com produtos farmacêuticos que se desenvolvem no Hospital, cumprindo a atual legislação e promovendo as boas práticas de Investigação, na área da sua competência;
- g) Controlar os custos com medicamentos, propondo alternativas terapêuticas e acompanhando o cumprimento do orçamento;
- h) Elaborar o relatório de atividades da Farmácia e informar a Administração de toda a atividade relacionada com a terapêutica farmacológica.

SECÇÃO VIII

Estruturas de Ensino e Investigação

Artigo 70.º

Estruturas de Ensino e Investigação

1 — As estruturas de ensino e investigação do Hospital agregam:

- a) Direção do Internato Médico;
- b) Departamento de Ensino e Investigação, que engloba o Centro de Documentação e Informação, a Unidade de Formação Científica Pré e Pós-Graduada, a Unidade de Investigação, o Serviço de Investigação Epidemiológica Clínica e de Saúde Pública e o Centro de Investigação e Criatividade Informática.

Artigo 71.º

Direção do Internato Médico

1 — A Direção do Internato Médico é assegurada por um médico que reúna os requisitos adequados ao desempenho da função, nomeado pelo Conselho de Administração sob proposta do Diretor Clínico.

2 — A composição, nomeação, competência e funcionamento da Direção do Internato Médico é definida no Regulamento do Internato Médico do Hospital.

Artigo 72.º

Departamento de Ensino e Investigação

1 — O Departamento de Ensino e Investigação é responsável pela integração das vertentes de investigação e formação científica na actividade do Hospital. Tem como objectivos a excelência técnica, a organização das actividades de investigação translacional e clínica, a definição de áreas prioritárias, o estabelecimento de protocolos de colaboração com outras instituições e a colaboração com a DIM em aspectos de formação científica.

2 — A direcção do departamento é nomeada pelo Conselho de Administração e composta por um Director e dois Adjuntos.

3 — As competências e o modelo de funcionamento são definidos pelo Regulamento deste Departamento.

Artigo 73.º

Centro de Documentação e Informação

1 — O Centro de Documentação e Informação é uma estrutura que agrega todas as actividades relativas à seleção, organização, gestão e difusão de recursos e fontes documentais, para apoio e desenvolvimento dos diversos Serviços e sectores de actividade do Hospital.

2 — Compete ao Centro de Documentação e Informação:

- a) Garantir, a todos os profissionais do Hospital, o acesso à informação pertinente e atualizada, para suporte do seu desempenho e satisfação profissional, de forma a assegurar a qualidade dos cuidados de saúde e, em simultâneo, a satisfação dos seus utilizadores;
- b) Facultar informação específica aos Órgãos de gestão, Direcção técnica e apoio do Hospital, de forma a contribuir para a sua constante adequação e atualização do Hospital;
- c) Apoiar as ações desenvolvidas no seio do Hospital, quer na área da educação permanente e aperfeiçoamento profissional, quer na área da investigação em saúde;
- d) Identificar, adquirir, organizar, preservar e garantir o acesso a recursos de informação em vários suportes (papel e online), de acordo com os programas definidos;
- e) Rever e avaliar periodicamente as coleções, recursos e serviços existentes no Centro de Documentação e Informação, com vista à sua permanente atualização;
- f) Promover ações de formação/treino, para que os utilizadores se tornem autossuficientes para efetuarem as suas próprias pesquisas;

- g) Facultar o acesso às fontes de informação existentes no Centro de Documentação e Informação aos profissionais de saúde que não pertençam ao Hospital, de acordo com o seu regulamento interno;
- h) Participar no desenvolvimento de redes de cooperação entre bibliotecas, não só a nível nacional mas também a nível internacional, de forma a complementar os recursos de informação existentes;
- i) Colaborar com outras instituições em geral e com as associações profissionais em particular, em ações que visem a promoção e divulgação de informação na área da saúde.

3 — O Centro de Documentação e Informação disporá de um regulamento interno, a aprovar pelo Conselho de Administração, sob proposta do seu Diretor.

Artigo 74.º

Unidade de Formação Científica Pré e Pós-Graduada

1 — A Unidade de Formação Científica Pré e Pós-Graduada agrega todas as atividades de ensino em que o HFF participa, a nível pré-graduado, graduado e pós-graduado.

2 — A Unidade de Formação Científica Pré e Pós-Graduada é dirigida por um coordenador nomeado pelo Conselho de Administração.

3 — A Formação Científica, no HFF, decorre de acordo com programas definidos e protocolos estabelecidos com as diversas instituições de ensino.

4 — Compete à Unidade de Formação Científica Pré e Pós-Graduada:

- a) Elaborar e submeter ao Conselho de Administração as linhas gerais e as principais áreas de formação científica a desenvolver;
- b) Propor ao Conselho de Administração protocolos com outras instituições, públicas ou privadas, para projetos conjuntos de formação;
- c) Emitir parecer sobre os protocolos de colaboração e prestação de serviço nas áreas de formação;
- d) Acompanhar as atividades de ensino que decorram no HFF e assegurar a ligação entre a formação médico clínica e não clínica;
- e) Elaborar relatório anual de atividades e promover a divulgação regular da atividade de formação científica em curso no HFF.

5 — A Unidade de Formação Científica Pré e Pós-Graduada, com o objetivo de otimizar a sua atividade, deverá articular-se com as estruturas de educação permanente do ensino clínico e aprofundar

o intercâmbio, designadamente, no que respeita a programas, infraestruturas, formadores, projetos de financiamento, entre outros.

Artigo 75.º

Unidade de Investigação

1 — A Unidade de Investigação é uma estrutura que coordena todas as atividades de Investigação realizadas no HFF, que se processam através de programas multidisciplinares ou por ação individual dos Serviços, nas áreas consideradas pertinentes e de acordo com projetos aprovados pelo Conselho de Administração.

2 — A Unidade de Investigação depende do Departamento de Ensino e Investigação e é coordenada por um profissional nomeado pelo Conselho de Administração.

3 — Compete à Unidade de Investigação:

- a) Promover o desenvolvimento de investigação própria do HFF, em particular daquela que se relacione com as prioridades assistenciais do HFF;
- b) Emitir pareceres sobre as propostas de projetos de investigação dirigidas ao HFF;
- c) Propor medidas de estímulo à investigação como principal suporte à decisão e à melhoria das práticas clínicas;
- d) Propor, dinamizar e implementar a realização de ações de formação nas áreas de investigação;
- e) Elaborar relatório anual de atividades e promover a divulgação regular da atividade de investigação em curso no HFF;
- f) Dar parecer sobre todas as matérias que se relacionem com a Investigação, a pedido do Conselho de Administração.

Artigo 76.º

Serviço de Investigação, Epidemiologia Clínica e de Saúde Pública Hospitalar

1 — Compete ao Serviço de Investigação, Epidemiologia Clínica e de Saúde Pública Hospitalar, em articulação e colaboração com as autoridades de saúde, as Administrações Regionais de Saúde, a Direção-Geral da Saúde e o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, bem como os restantes organismos do Ministério da Saúde:

- a) Colaborar na prestação de cuidados de saúde hospitalares e na articulação entre as atividades hospitalares e a de outros prestadores de saúde e agentes da comunidade, visando a obtenção de ganhos em saúde das populações;

- b) Apoiar ou assegurar o planeamento, criação e desenvolvimento, gestão, manutenção e processos de melhoria da qualidade;
- c) Desenvolver ou promover a formação dos profissionais de saúde do hospital em metodologia e competências técnicas e científicas de investigação, no âmbito da investigação em saúde, em serviços de saúde e avaliação de tecnologia no contexto hospitalar, e em articulação com as orientações decorrentes da legislação em vigor e da Comissão de Ética do Hospital e de forma integrada;
- d) Propor, gerir e colaborar em programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde.

2 — O Serviço de Investigação, Epidemiologia Clínica e de Saúde Pública Hospitalar poderá integrar Médicos especialistas com experiência em Investigação Clínica, Epidemiologia ou Saúde Pública, Enfermeiros, Bioestatistas ou outros profissionais com forte componente de formação em análise de dados, Engenheiros Informáticos e de Sistemas de Informação, Técnicos da área Ambiental, tais como, Técnicos de Saúde Ambiental, Engenheiros do Ambiente, Técnicos de Higiene e Segurança no Trabalho, e outros profissionais, tais como, Nutricionistas, Psicólogos ou Técnicos do Serviço Social.

Artigo 77.º

Centro de Investigação e Criatividade Informática

1 — Compete ao Centro de Investigação e Criatividade Informática:

- a) A investigação científica na área da informática em saúde e informática para a gestão clínica ou gestão integrada, bem como a criação ou aperfeiçoamento de soluções tecnologicamente inovadoras, de aplicação em cuidados de saúde, desde a conceção até à transferência tecnológica para mundo real.

SECÇÃO IX

Outras Estruturas

Artigo 78.º

Outras Estruturas

Cabe ao Conselho de Administração criar outras estruturas e órgãos cuja existência se mostre adequada ou necessária ao bom funcionamento dos Serviços do Hospital.

CAPÍTULO III

Gestão de Recursos e Contratualização

Artigo 79.º

Planos de Atividade

1 — O desenvolvimento da atividade dos Departamentos, Serviços, Unidades Clínicas, Serviços Autónomos de Apoio à Prestação dos Cuidados de Saúde e Estruturas de Gestão do Hospital, tem por base, planos de atividade anuais, da responsabilidade das respetivas direções.

2 — O plano de atividades é elaborado, anualmente, por cada Serviço ou Unidade Clínica e submetido à apreciação do Conselho de Administração, devendo contemplar, entre outros aspetos, a previsão da atividade a realizar e os recursos necessários, quer de exploração, quer de investimento.

3 — Cada Direção de Serviço elabora o relatório anual de atividades do seu Serviço, a submeter à apreciação do Conselho de Administração.

Artigo 80.º

Manuais de Procedimentos

A gestão dos recursos do Hospital segue um modelo empresarial, orientando-se para a prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade, ao serviço dos Utentes, potenciando o desenvolvimento e o mérito profissionais, procurando a melhor eficiência técnica e social, na base da utilização de manuais de procedimentos e protocolos de atuação.

Artigo 81.º

Gestão de Recursos Humanos

1 — A gestão de recursos humanos rege-se pelos artigos 14.º, 15.º, 16.º e 19.º do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro, republicado pelo Decreto-Lei n.º 244/2012, de 9 de novembro.

2 — Sem prejuízo do que constar no instrumento de regulamentação coletiva do trabalho, o regime de recrutamento e seleção de pessoal, bem como o regime de carreiras de pessoal, são aprovados por deliberação do Conselho de Administração, observando, designadamente, os princípios da publicidade, da transparência e da igualdade.

3 — O Hospital dispõe de quadro próprio referente ao pessoal em regime de contrato individual de trabalho, definido anualmente pelo Conselho de Administração, em concordância com as orientações da tutela sobre o mesmo.

Artigo 82.º
Regime Financeiro

O Regime Financeiro do Hospital rege-se pelos artigos 11.º a 12.º-A do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro, republicado pelo Decreto-Lei n.º 244/2012, de 9 de novembro, e pelos artigos 22.º a 25.º dos Estatutos.

Artigo 83.º
Regime dos Contratos Públicos

1 — O processo de locação ou aquisição de bens móveis e de serviços e a realização de empreitadas pelo Hospital estão sujeitos aos princípios gerais da atividade administrativa, nomeadamente, os princípios da transparência, da igualdade e da concorrência, bem como as normas concretizadoras dos preceitos constitucionais constantes do Código do Procedimento Administrativo.

2 — O regime dos contratos públicos do Hospital rege-se pelo Decreto-Lei n.º 18/2008, de 29 de janeiro e respetivo anexo, alterado pelo Decreto-Lei n.º 149/2012, de 9 de julho, pelo Código do Procedimento Administrativo e demais disposições orgânicas que se lhe possam aplicar.

CAPÍTULO IV
Garantias

Artigo 84.º
Gestão de Risco

O Hospital assegura a manutenção de um sistema de gestão de risco, assente em atividades de identificação de avaliação de riscos potenciais, de prevenção e de controlo de perdas e no Plano de Prevenção de Riscos, de Corrupção e Infrações Conexas.

Artigo 85.º
Confidencialidade

O Hospital segue uma política de confidencialidade para assegurar a proteção dos dados e informação relativa a Utentes e colaboradores.

CAPÍTULO V
Disposições Finais

Artigo 86.º
Assistência Religiosa

Nos termos legais e regulamentares, o Hospital garante a prestação da assistência religiosa aos Utentes por parte dos diversos cultos, de acordo com os termos e condições da respetiva prestação, fixados pelo Conselho de Administração, em regulamento próprio.

Artigo 87.º

Assistência Post-Mortem

1 — Nos termos legais e regulamentares, o Hospital dispõe de instalações apropriadas e em condições de dignidade que possibilitem a conservação e preparação de pessoas em situação de óbito.

2 — As regras e procedimentos a observar em situações de óbito, designadamente, no que concerne à forma, momento e condições da informação a prestar às famílias, bem como quanto à prestação de serviços lutuosos, são aprovadas pelo Conselho de Administração.

Artigo 88.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 89.º

Regulamentação Complementar

Compete ao Conselho de Administração a emissão de normas complementares ou interpretativas da aplicação do presente Regulamento, sem prejuízo da manutenção dos regulamentos específicos e demais normas de funcionamento internas em vigor que não o contrariem.

Artigo 90.º

Organograma

Faz parte integrante do presente Regulamento, o Organograma do Hospital, em anexo.

ANEXOS

