Criação do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra – (CHUC)

Posições da LAHC em defesa da Saúde da população da Zona Centro, procurando mostrar as nefastas consequências resultantes da destruição do Hospital dos Covões e da desarticulação do SNS nesta Região.

Dossier a entregar à Comissão Parlamentar da Saúde em 20/03

Índice

1. Pedido de Audiência à Comissão Parlamentar da Saúde, datado de 02/04/2012
2. Moção e Convocatória da Assembleia-geral da LAHC, realizada em 30/03/2012
3. 1ª Moção, aprovada em defesa da manutenção do Hospital dos Covões como Hospital Central, Geral com Urgência Polivalente, datada de 25/11/2010
4. Esclarecimento da Moção datada de 25/11/2010, à Assembleia Municipal de Coimbra em 28 de Dezembro/2010
5. Informação acerca dos pedidos de revogação - feitos aos Ministros da Saúde dos 2 últimos Governos - do Decreto Lei 30/2011, no que respeita à Fusão dos Hospitais Centrais de Coimbra - 28/06/2011. Em anexo, conclusões da Comissão Inter Departamental do CHC.
6. Cartas enviadas ao Presidente do Conselho de Administração do CHUC para diálogo acerca dos problemas da população da Zona Centro face à fusão/extinção do H. dos Covões.
7. O Serviço Nacional de Saúde, Direito Constitucional, garante a Saúde a todos os Portugueses - 22/10/2012
8. Projecto não homologado do Regulamento Interno do CHUC, com base no qual se unificaram 23 Serviços, deslocando serviços de internamento como a Gastroenterologia e Neurocirurgia do H. dos Covões para os HUC
9. Lista dos Serviços unificados antes da homologação do Regulamento
10. Pedido de Parecer jurídico à Ordem dos Médicos – Secção Regional do Centro acerca da legalidade das acções que levaram à fusão dos Serviços com nomeação de novos Directores de Serviço e destituição dos Directores dos Serviços do Hospital dos Covões e dos respectivos serviços
11. Resposta da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos ao pedido de parecer jurídico
12. Notícias resultantes do parecer do gabinete jurídico do Conselho Regional do Centro da Ordem do Médicos sobre a ilegalidade da nomeação de Directores e criação de novos serviços no CHUC, antes da homologação do seu Regulamento Interno.
13. Regulamento Interno do CHUC Homologado pela ARS Centro do em 20/12/2012.
14. Resposta ao pedido do Presidente do Conselho Consultivo do CHUC, Dr. Fernando Nogueira, acerca de acções a desenvolver para optimizar a humanização nos Hosp. do CHUC.

Doc. 1

Armando Gonsalves

De: Armando Gonsalves [armandogonsalves@gmail.com]

Enviado: segunda-feira, 2 de Abril de 2012 13:28

Para: 'gabsg@arp.parlamento.pt'

Cc: 'armandogonsalves@gmail.com'

Assunto: Moção aprovada por unanimidade na A. Geral da LAHC

Anexos: Moção_ Fusão_ Hospitai_2012.doc; Convocatoria Assembleia 2012.doc; Moção Fusão Hospitais.doc; Assembleia Municipal Coimbra.doc

Exma. Senhora Presidente da
XII Comissão Parlamentar da Saúde
Dr.ª Maria Antónia de Almeida Santos

Para o devido conhecimento, solicitando uma Audiência a essa Comissão Parlamentar em defesa da Saúde da população da Zona Centro, junto se anexa a Moção da LAHC acerca da criação do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. (CHUC), e as suas nefasta consequências na articulação do SNS desta Região.
Para mais se informa que esta Moção foi aprovada por unanimidade na Assembleia Geral da Liga dos Amigos do Hospital dos Covões (LACH), realizada no dia 30/03/2012, pelas 21.30 horas.

Com os mais respeitosos cumprimentos

Armando Gonsalves
Presidente da Direcção.

Em anexo: Moção, respectiva Convocatória e Documentos de 2010 que clarificam actual Moção

Doc. 2

LAHC Liga dos Amigos do Hospital dos Covões

MOÇÃO

Na sequência da Assembleia-geral Extraordinária dos sócios da LAHC, realizada no dia 25 de Novembro de 2010, pelas 21 horas numa das salas do Auditório do Hospital dos Covões, face á decisão governamental da fusão do Centro Hospitalar de Coimbra, E.P.E., com os Hospitais da Universidade de Coimbra, E.P.E. e com o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra, pretendendo criar uma nova Entidade designada por Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra – CHUC, foram aprovadas as seguintes decisões:

1º - **Os oitocentos mil Utentes do Hospital Geral dos Covões não podem ser prejudicados no que respeita à assistência no Serviço de Urgência Polivalente pelo que este deve manter a sua qualidade, garantindo todas as suas valências e o seu funcionamento durante 24 horas;**

2º - **Isto só é possível se todos os Serviços que constituem o Hospital Geral dos Covões mantiverem e desenvolverem a qualidade e a humanidade dos cuidados que prestam;**

3º - Enviar esta Moção a S. Exas. o Senhor Presidente da República, o Sr. Presidente da Assembleia da Republica, o Sr. Primeiro-ministro, a Senhora Ministra da Saúde, aos Grupos Parlamentares da Assembleia da Republica, à Comissão Parlamentar de Saúde, às Câmaras e Assembleias Municipais e Juntas de Freguesia da sua área de influência assim como às Ordem dos Médicos e dos Enfermeiros, Sindicatos e Comunicação Social.

Apesar de uma decisão como a criação do CHUC nunca ter sido tomada a nível nacional, nem em nenhum país civilizado, uma vez que reúne o maior Hospital Central Geral do País (os HUC) com o 6º maior Hospital Geral Central do País (o CHC), que com os hospitais Psiquiátricos tem mais de 2300 camas, esta anacrónica decisão acabou por ser tomada e o CHUC é hoje um facto, o que **irá desarticular a assistência em toda a Zona Centro constituída por dois milhões e quatrocentos mil Utentes,** acrescida de 400 mil Utentes afectos à área de influência do Hospital de Viseu que constitui o 3º Hospital Central Geral da Zona Centro.

A LAHC desenvolveu, desde esta data, acções de esclarecimento e discussão com as Entidades atrás referidas sendo de salientar a entrevista à Senhora Ministra da Saúde – Dr.ª Ana Jorge e o envio de vários documentos, acerca deste assunto, ao Senhor Ministro da Saúde – Dr. Paulo Macedo, que culminaram com o pedido de revogação do Decreto nº30/2011, no que respeita á fusão dos dois Hospitais Centrais de Coimbra e da Zona Centro.

De referir, também, a entrevista com actual Presidente do Conselho de Administração do CHUC, Senhor Dr. José Martins Nunes, que apesar da sua capacidade de diálogo e de pretender que as alterações resultantes da fusão dos Hospitais seja analisada e discutida não vai poder repôr na Zona Centro os dois Serviços de Urgências Polivalentes, a funcionar 24 h /dia, nem manter todos os Serviços que apoiam estas Urgências.

Considerando que a Zona Centro necessita destes dois Hospitais Centrais Gerais, com respectivas Urgências Polivalentes para possuir os três Hospitais Centrais a que a população tem direito (HUC, CHC e Hospital de Viseu), decidimos tomar as seguintes posições:

1. **Convidar todas as Entidades que nos comunicaram a sua solidariedade ou que tomaram quaisquer posições públicas coincidentes com as da LAHC a estar connosco na defesa da existência de 3 Hospitais Centrais Gerais com Urgências Polivalentes na Zona Centro;**
2. **Pedir uma audiência à Comissão Parlamentar da Saúde, para lhes dar a conhecer as razões que nos levam a estar contra a Fusão dos Hospitais Centrais por constituir um enorme prejuízo à assistência dos doentes na Zona Centro, desarticulando o Serviço Nacional de Saúde, nesta Região.**

Pel'A Direcção da LAHC

Armando Gonsalves

LAHC

Liga dos Amigos do Hospital dos Covões

CONVOCATÓRIA ASSEMBLEIA-GERAL ORDINÁRIA DA LAHC

Convocam-se todos os Sócios da LAHC para a Assembleia-Geral a realizar dia **30 de Março de 2012, pelas 21.00 horas** na Sala de Aulas do Serviço de Gestão da Formação e Documentação (no edifício do Auditório) do Hospital Geral, com a seguinte **Ordem de Trabalhos**:

Ponto Único - Análise e aprovação das contas referentes ao ano de 2011;

De acordo com os Estatutos da LAHC a Assembleia iniciar-se-á 30 minutos após a hora marcada com qualquer nº de Sócios.

CONVOCATÓRIA ASSEMBLEIA-GERAL EXTRAORDINÁRIA DA LAHC

Na sequência desta Assembleia haverá, na mesma data e no mesmo local, com início às 21.30 Horas, uma Assembleia Ordinária com a seguinte Ordem de Trabalhos:

1 - Informações

2 - Apresentação e discussão do Programa para o ano de 2012

Coimbra, 06 de Março de 2012

Nota: Também, de acordo com os Estatutos da LAHC a Assembleia iniciar-se-á 30 minutos após a hora marcada com qualquer nº de Sócios.

O Presidente da Mesa da Assembleia

(Dr. António Arnaut)

INFORMAÇÃO

Solicita-se de acordo com carta enviada anteriormente, que, **caso não tenha procedido ao pagamento da quota relativa ao ano de 2012**, que proceda ao referido pagamento utilizando, para isso, o envelope selado e endossado que se anexa ou proceder ao referido pagamento no dia da Assembleia Geral.

ANGARIAÇÃO DE NOVOS SÓCIOS

A Angariação de novos Sócios é indispensável para atingirmos os nossos objectivos. **Em anexo enviamos um Boletim de Inscrição para que possa angariar um novo Sócio.** Esta inscrição pode ser entregue nas Assembleias ou enviada por correio para o apartado da LAHC.

Doc. 3

MOÇÃO

A Assembleia-geral Extraordinária dos sócios da LAHC, realizada no dia 25 de Novembro de 2010, pelas 21 horas numa das salas do Auditório do Hospital dos Covões, analisou a decisão governamental da fusão do Centro Hospitalar de Coimbra, E.P.E., com os Hospitais da Universidade de Coimbra, E.P.E. e com o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra, pretendendo criar uma nova Entidade designada por Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra – CHUC.

Uma decisão deste tipo, nunca foi tomada a nível nacional, nem em nenhum país civilizado, uma vez que reúne o maior Hospital Central Geral do País (os HUC) com o 6º maior Hospital Geral Central do País (o CHC), que são os Hospitais Centrais Gerais, pilares da assistência em toda a Zona Centro, garantindo a assistência a dois milhões e quatrocentos mil Utentes, uma vez que o Hospital de Viseu, também Hospital Central, assiste, nesta qualidade, aos Utentes da sua área de influência (quatrocentos mil)

De salientar que o CHC, é constituído pelo Hospital Geral dos Covões, pela Maternidade Bissaya-Barreto e pelo Hospital Pediátrico. **No que respeita a áreas de influência, se tivermos em conta a referenciação primária, secundária e terciária da Urgência do Hospital Geral dos Covões - só este hospital - garante a assistência a** cerca de **800 mil Utentes** numa área que abrange, Coimbra-Sul, toda a área compreendida entre o sul do Distrito de Aveiro (ao Norte), o Distrito de Leiria (a Sul) e ultimamente acrescida pelo Distrito de Castelo-Branco.
No que respeita ao Hospital Pediátrico, único Hospital Central Especializado em Pediatria da Zona Centro a sua área de influência (primária, secundária e terciária) abrange, cerca de 2 milhões e oitocentos mil habitantes, **sendo a sua Urgência apoiada pela Urgência do Hospital dos Covões, nomeadamente pelas especialidades de Oftalmologia, Estomatologia, Otorrinolaringologia, Neurocirurgia e Pneumologia**.

A Administração Central do Serviço de Saúde publicou no 1º trimestre de 2008 um documento que reflecte o grau de satisfação de utentes das diversas Unidades Públicas de Saúde em Portugal - último estudo desta dimensão.
Neste documento pode confirmar-se a óptima classificação do Serviço de Urgência Polivalente do Hospital Geral dos Covões que aparece claramente distinguido como o *2º melhor em Portugal* nos diversos itens em avaliação. Só ficou ligeiramente atrás do Hospital de Santo António (Porto) e, estes dois, a longa distância de todos os outros.

Perante estes facto e conhecendo todo o percurso do CHC desde a sua fundação, a LAHC defende, de acordo com os seus Estatutos e tendo em vista o Direito á Saúde - consagrado no art. 64 da Constituição da Republica Portuguesa - **o seguinte**:

1º - **Os oitocentos mil Utentes do Hospital Geral dos Covões não podem ser prejudicados no que respeita à assistência no Serviço de Urgência Polivalente pelo que este deve manter a sua qualidade, garantindo todas as suas valências e o seu funcionamento durante 24 horas;**

2º - **Isto só é possível se todos os Serviços que constituem o Hospital Geral dos Covões mantiverem e desenvolverem a qualidade e a humanidade dos cuidados que prestam;**

3º - Enviar esta Moção a S. Exas. o Senhor Presidente da República, o Sr. Presidente da Assembleia da Republica, o Sr. Primeiro-ministro, a Senhora Ministra da Saúde, aos Grupos Parlamentares da Assembleia da Republica, à Comissão Parlamentar de Saúde, às Câmaras e Assembleias Municipais e Juntas de Freguesia da sua área de influência assim como às Ordem dos Médicos e dos Enfermeiros, Sindicatos e Comunicação Social.

Pel'A Direcção da LAHC

Armando Gonsalves

Doc. 4

LAHC

Liga dos Amigos do Hospital dos Covões

Esclarecimento à Assembleia Municipal de Coimbra da Moção aprovada pela Assembleia Geral Extraordinária da LAHC em 25 de Novembro de 2010, acerca *"da decisão governamental da fusão do Centro Hospitalar de Coimbra, E.P.E., com os Hospitais da Universidade de Coimbra, E.P.E. e com o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra, pretendendo criar uma nova Entidade designada por Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra – CHUC."*

1. – Reafirmar que se trata fundamentalmente da fusão dos dois únicos Hospitais Centrais Gerais com Serviço de Urgência polivalente que estão localizados em Coimbra mas que dão assistência à população de toda a Zona Centro (dois milhões e oitocentos mil habitantes) e que só a fusão destes dois hospitais (CHC, E.P.E e HUC, E.P.E.) origina uma estrutura hospitalar com 1.900 camas às quais acresce as 470 camas do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra, pelo que o que a Tutela pretende é por a funcionar, com beneficio para os doentes de Coimbra e da Zona centro, uma estrutura hospitalar com 2.370 camas!

2. - Informar que em Portugal, só existem 14 Hospitais Centrais com Urgência polivalente e que esta medida de unir, num só, os dois únicos Hospitais Centrais Gerais da Zona Centro com Urgência Polivalente, enquanto, por exemplo, o Norte do País fica com os quatro Hospitais Centrais Gerais com Serviço de Urgência Polivalente, é idêntica à que resultaria da decisão de unir na Zona Norte o Hospital de Santo António com o Hospital São João. De salientar que a fusão dos outros hospitais anunciada no Orçamento para o ano de 2011 não tem nada a ver com a que se pretende pôr em execução na Zona Centro, pois, unem Hospitais de grande ou média dimensão com estruturas hospitalares especializadas ou de pequena dimensão, e portanto com menores dificuldades de gestão e menores consequências para os profissionais de saúde e para os utentes

3. – Dar a conhecer que as normas de gestão que imperam, desde há muitos anos, na União Europeia, mostram que a boa funcionalidade e o melhor rendimento dos hospitais se consegue com unidades que não ultrapassem as 600 a 800 camas.

Normas de gestão que durante todo o processo de formação do Centro Hospitalar de Coimbra já eram apontadas pelo Prof. Bissaya-Barreto quando nos cinco a seis anos que precederam á abertura do CHC, pugnou que Coimbra e a Zona Centro tivessem dois Hospitais Centrais de Excelência: um Hospital Universitário e um Hospital Cidade.

O Debate sobre esta questão constituiu um autêntico referendo que levou à formação do Centro Hospitalar de Coimbra ainda antes da transferência dos HUC para as suas actuais instalações.

4. - No que respeita ás normas relativas à população que serve um Hospital Central Geral com Serviço de Urgência polivalente todas elas, a nível europeu, apontam para um Hospital Geral Central para cada 800 mil a um milhão de habitantes, o que mostra que a existência de dois Hospitais com estas características na Zona Centro está correcta: dois hospitais para cerca de dois milhões e quatrocentos mil habitantes, dado que 400 mil são da área de influência do Hospital Distrital de Viseu, que é considerado um Hospital Central mas não possui Urgência polivalente (o seu Serviço de Urgência é médico-cirúrgico) pelo que tem, em algumas situações, de recorrer a Hospitais com Serviço de Urgência polivalente, nomeadamente aos HUC. Também está de acordo com estas normas a existência de 14 unidades Hospitalares para os 10 milhões de Portugueses.

5. – É necessário não escamotear a realidade de que o Orçamento para o ano de 2011, em que está inserido este processo, é um orçamento profundamente restritivo e que a fusão executada na Zona Centro é diferente de todas as outras. Por outro lado, não houve estudos prévios para a tomada duma decisão desta envergadura, pelo que qualquer modificação na estrutura Hospitalar existente deve resultar de estudos aprofundados e de consensos alargados sob pena de se tomarem decisões que originam enormes prejuízos para a assistência médica na Zona Centro, com repercussões negativas nunca vistas no funcionamento do Serviço Nacional de Saúde, dado que não é legitimo poupar no SNS sacrificando a acessibilidade e a qualidade da assistência médica aos Utentes de Coimbra e da Zona Centro.

6. - Lembrar que o Serviço de Urgência do Hospital Geral do CHC, E.P.E. esteve encerrada no período nocturno durante um ano, sendo os doentes assistidos nos HUC, o que trouxe tantos problemas e sacrifícios que, à data, a Assembleia Municipal constitui uma comissão em que estavam integradas representantes dos dois Hospitais que conseguiram, após audiência com a Comissão Parlamentar da Saúde, a reabertura do Serviço de Urgência do Hospital dos Covões durante 24 horas, e de acordo com noticias saídas no Diário de Coimbra, cujas cópias se anexam.

7. – Termino solicitando que esta Assembleia acompanhe todo este processo tomando as decisões adequadas em defesa da Saúde em Coimbra e na Zona Centro.

Coimbra 28 de Dezembro de 2010

Pel' A Direcção

Armando Gonsalves
Presidente da LAHC

Doc. 5
e anexo

LAHC Liga dos Amigos do Hospital dos Covões

A Direcção da LAHC roga ao Governo que reveja e revogue o Dec. Lei 30/2011, no que respeita á Fusão dos Hospitais Centrais de Coimbra

Em carta enviada ao senhor ministro da Saúde do actual Governo, como já tínhamos feito à Senhora Ministra da Saúde do anterior Governo, remetemos os documentos, que divulgamos:

Considerações sobre o impacto na assistência médica na Zona Centro resultante da fusão dos Hospitais Gerais Centrais de Coimbra e da Zona Centro

Na sequência da **Moção aprovada na Assembleia-geral Extraordinária dos sócios da LAHC, realizada no dia 25 de Novembro de 2010, atempadamente, enviada a S. Exas. o Senhor Presidente da República, o Sr. Primeiro-ministro, a Senhora Ministra da Saúde, e à Comissão Parlamentar de Saúde,** a Direcção da LAHC em reunião do dia 21/04/2011, analisou o documento que resultou de duas reuniões dos Directores de Departamento do CHC, E.P.E. (Hospital Geral do CHC - Covões, Maternidade Bissaya-Barreto e Hospital Pediátrico), com a Ordem de Trabalhos: *"CHUC, o futuro"* e considerou importante enviar ás mesmas Entidades as posições assumidas na reunião da Comissão Inter-Departamental do CHC, E.P.E. em 29 de Março de 2011, que se anexa, com algumas considerações da LAHC.

Esta decisão resulta de verificarmos mais uma vez que a LAHC tem a razão em todas as posições assumidas e, nomeadamente, quando **defende, de acordo com os seus Estatutos e tendo em vista o Direito á Saúde** – consagrado no art. 64, da Constituição da República Portuguesa – **o seguinte**:

- Os oitocentos mil Utentes do Hospital Geral dos Covões não podem ser prejudicados no que respeita à assistência no Serviço de Urgência Polivalente pelo que este deve manter a sua qualidade, garantindo todas as suas valências e o seu funcionamento durante 24 horas;

2º - Isto só é possível se todos os Serviços que constituem o Hospital Geral dos Covões mantiverem e desenvolverem a qualidade e a humanidade dos cuidados que prestam;

Estas posições e outras que a LAHC assumiu, que estão de acordo com o referido documento da Comissão Interdepartamental do CHC, E.P.E., que se anexa, são totalmente contrárias ás posições assumidas pelo actual Presidente do Conselho de Administração dos Hospitais da Universidade de Coimbra, na noticia publicada no diário As Beiras, de 16/04/2011, nomeadamente quando, depois de afirmar que a norma é concentrar a resposta das equipas dos Serviços onde ela necessita de ser concentrada, refere que a concentração não pode ser total "porque há especialidades onde a procura é muito grande pelo que não será possível concentrar as equipas e por isso devem manter-se no Centro Hospitalar as ofertas multifocais que forem necessárias.

Com o assumir destas medidas, sem recurso aos estudos indispensáveis à fusão de Hospitais Centrais e consequente destruição de uma das duas Urgências Polivalentes da Zona Centro, decide acabar com a quase totalidade dos Serviços diferenciados no CHC, E.P.E., quando os Serviços dos Hospitais Centrais de Coimbra e da Zona Centro, se devem manter íntegros e independentes para garantirem as Urgências Polivalentes do CHC, nomeadamente no Hospital dos Covões e a dos HUC, E.P.E.

Finalmente, consideramos com base no exposto no ponto 3, da posição assumida pela LAHC em 22/02/2011, que não é necessária nem vantajosa, **mesmo sob o ponto de vista económico,** a criação do CHUC, uma imensa estrutura hospitalar com dificuldades acrescidas de Gestão, uma vez que se podem potenciar as sinergias entre os dois Hospitais Centrais de Coimbra, necessários á Zona Centro, conseguindo reduzir os custos, respeitando as especificidades de cada um e evitando graves problemas sociais e de assistência médica resultantes desta fusão.

Assim, rogamos que o actual Governo reveja e revogue o Dec. Lei 30/2011, no que respeita á Fusão dos Hospitais Centrais de Coimbra, dado que contraria as normas nacionais (Despacho 5414/2008 de 28/1/08) e as normas internacionais relativas á população a que cada urgência polivalente deve garantir assistência médica.

Se tiverem que existir fusões estas devem ser as referidas no ponto 16 da Comissão Inter-Departamental do CHC.

Coimbra, 28 de Junho de 2011

Pel' ADirecção

Armando Gonsalves
Presidente da LAHC

Reunião da Comissão Inter Departamental do CHC, EPE
29 de Março de 2011
CONCLUSÕES

1. O interesse público determina o carácter essencial da ***transparência*** nos processos de tomada de decisão que envolvem Instituições públicas.

2. Terá sido iniciado um processo de fusão de dois Centros Hospitalares de Coimbra – Centro Hospitalar de Coimbra e Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra - e um Hospital Universitário de Coimbra há cerca de meio ano.

3. O referido processo estará inscrito num conjunto de medidas previstas em sede de **Orçamento Geral do Estado** e, portanto, não directamente relacionado com qualquer grupo de medidas de reformulação do Sistema de Saúde Português ou de melhoria de prestação de cuidados de saúde.

4. A fusão das Instituições Hospitalares acima referida é objecto de Dec. Lei nº 30/2011 de 2 de Março. ***Nenhum dos pressupostos*** nela descritos parece justificar a referida fusão entre dois Hospitais Gerais e Centrais.

5. Não se conhece qualquer ***estudo prévio ou recomendação*** que aponte quer a necessidade quer os benefícios quer a conveniência da referida fusão.

6. É desejável, e a todos os títulos clarificador, um debate transparente, aberto e público sobre como a lógica de integração e complementaridade, a concentração de recursos das três unidades e de compatibilização de desígnios estratégicos aponta a fusão como melhor caminho. É também desejável que se defina o modo como a homogeneidade demográfica (se existir), a complementaridade assistencial e de existências de protocolos ou circuitos de colaboração se envolvem, tecnicamente, na justificação para a referida fusão.

7. Não parece estar assumida qualquer definição técnica sobre o ***tipo de fusão*** a efectuar.

8. O referido processo de fusão, a ter existido *processo* (o que se desconhece em absoluto), terá feito o seu caminho sem que dele tivesse sido dado qualquer ***conhecimento***, por nenhuma das partes envolvidas, ou dele decorresse o necessário e essencial ***processo de envolvimento*** de profissionais de qualquer das Instituições em causa.

9. A ter havido um processo de fusão o Conselho de Administração do CHC, EPE não teve nele qualquer papel ou participação.

10. É desconhecido o papel dos Conselhos de Administração dos HUC e do CHP de Coimbra no referido eventual processo de fusão.

11. É clara a preocupação, a serem verdadeiras as notícias veiculadas na Comunicação Social, com a constituição do Conselho de Administração do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra que iniciará as suas funções em 1 de Abril e que pronuncia ou parece indiciar um ***tipo de fusão*** não desejado pelos profissionais do CHC, EPE.

12. Os Directores de Departamento e de Serviços Médicos do Hospital Geral do CHC, EPE directamente envolvidos em reuniões convocadas para o efeito (por iniciativa dos primeiros) manifestaram a sua discordância em relação à metodologia (a ter havido) usada na condução desse eventual processo de fusão colocando ênfase clara na falta de informação absoluta desde o seu início até à publicação em Lei.

13. Os diversos **Departamentos do CHC, EPE** chamam a atenção para as seguintes questões:

- A indefinição em termos de orientações estratégicas e os constrangimentos económicos e financeiros que hoje se vivem são encarados como ameaças ao seu bom funcionamento e à garantia da qualidade na prestação de cuidados, circunstância particularmente relevante no contexto de um processo de fusão num mega Centro Hospitalar,
- É inquestionável a necessidade de manutenção da sua autonomia clínica.
- A maioria dos **Directores de Serviço** exigem ser auscultados por todos os responsáveis já envolvidos ou a envolver neste processo, para, em regime de paridade, serem elementos activos e participativos na formatação orgânica da nova Instituição que deverá ter em conta a história e a cultura próprias das Instituições integrantes.

14. O CHC, EPE soube respeitar, ao longo da sua história, a condição que lhe advinha do facto de envolver como verdadeiro Centro Hospitalar, no seu papel de prestador de cuidados diferenciados, **todas as fases do ciclo vital**. Essa circunstância excepcional foi, em todos os momentos, marca decisiva que não pode nem deve ser ignorada por qualquer decisão menos ponderada ou não rigorosamente fundamentada como parece poder inferir-se das palavras do Sr. Secretário de Estado recentemente reproduzidas na Comunicação Social.

15. O CHC, EPE tem, na sua história recente, um processo de envolvimento numa Unidade Funcional chamada de Coimbra Sul que se mantém, hoje em dia, a promover excelentes resultados na Maternidade Bissaya Barreto. Apesar do relativo abandono, progressivo, a que tem sido votado, por questões que lhe são alheias, parece-nos representar passo significativo e a não ignorar no contexto das verdadeiras necessidades de articulação entre Instituições.

16. Os Directores de Departamento do CHC, EPE apresentarão documento que se situe num plano estratégico alternativo de Centro Hospitalar a que chamaremos, por hipótese, do ***Baixo Mondego*** e que envolveria, com mais e melhores justificações técnicas, diversas Instituições de Saúde da sua área de influência com papéis distintos na cadeia de prestação global de cuidados de saúde e salvaguardando os pressupostos referidos no ponto 6.

Doc. 6

LAHC

Liga dos Amigos do Hospital dos Covões

Exmo Senhor
Dr. José Martins Nunes
Director do Serviço de Anestesiologia dos
Hospitais da Universidade de Coimbra

Tendo tido conhecimento, pelo Diário "as beiras", datado de 6/12/2011, da sua nomeação como Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, a Direcção da Liga dos Amigos do Hospital dos Covões (LAHC) decidiu solicitar-lhe uma reunião que tínha programado solicitar, nesta data, ao Senhor Ministro da Saúde.

Para que V.Exa conheça algumas das posições assumidas, desde 25 de Novembro de 2010, pela LAHC, em defesa dos doentes de Coimbra e da Região Centro, enviamos em anexo a Moção aprovada na Assembleia Geral, de 25/11/2010 (Doc. nº1), bem como posições assumidas pela Direcção, nomeadamente o documento apresentado na Assembleia Municipal de Coimbra, em 29/12/2010, (Doc nº 2) e o documento enviado ao actual Ministro da Saúde, em 28/06/2011, (Doc nº 3) em que solicitávamos a revogação do Decreto Lei 30/2011, no que respeita á Fusão dos Hospitais Centrais de Coimbra.

Como já foi referido os Hospitais Centrais Gerais com Urgências Polivalentes não pertencem a uma Cidade mas sim a uma Região, pelo que os rácios de pessoal da saúde e de camas destes Hospitais se deve fazer em relação á população da Região Centro e não da cidade de Coimbra.

Certos que V.Exa não considera correcto, como nós e outras Entidades, que se tomem decisões antes de as estudar e que em Coimbra a Saúde é demasiado importante para deixarmos que seja só o Poder Central de Lisboa a tomar decisões, a Direcção da LAHC não pode aceitar decisões imponderadas e levianas no que respeita aos Hospitais Centrais e às Urgências Polivalentes da nossa cidade, que com identidade própria e uma imagem de credibilidade e qualidade que demorou muito a construir, garantem, de acordo com a Constituição, o Direito à Saúde das populações da Região Centro.

Agradecendo toda a atenção enviamos respeitosos cumprimentos.

Coimbra, 6 de Dezembro de 2011

Pel' A Direcção

Armando Gonsalves
Presidente da LAHC

LAHC
Liga dos Amigos do Hospital dos Covões

Exmo. Senhor Presidente do
Conselho de Administração do
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
- Dr. José Martins Nunes –

A Direcção da LAHC que tem seguido com preocupação todo processo da Fusão dos HUC e CHC, reafirma que esta fusão não deveria ter sido consumada sem estudos prévios aprofundados, que permitissem avaliar todas as consequências para os dois Hospitais Centrais, para as suas urgências polivalentes, assim como para os todos profissionais das referidas Instituições e para os Utentes da área de influência, de cada um dos Hospitais.

A primeira consequência negativa desta fusão foi a dotação orçamental deficiente para a manutenção do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC) que deveria manter em funcionamento todos os Hospitais que o integram sem ter necessidade de originar a extinção de serviços ou de redução no horário do Serviço de Urgência do Hospital Geral (HG).

Consumada o encerramento da Urgência nocturna do HG que reafirmamos ser prejudicial para os Utentes e não ser necessário para economizar, vimos agora alertar para "a decisão superior" de transformar a urgência polivalente do HG numa urgência médico-cirúrgica, o que também foi anunciado para outros Hospitais como Almada, Évora e Gaia.

Esta desclassificação foi o que levou a Direcção da LAHC, na sua reunião de 24/07/2012, a solicitar a V.Exa uma reunião urgente, para saber o que de concreto significa esta decisão e as suas consequências para os profissionais e para os Utentes dos dois Hospitais e, por outro lado, salientar que a deslocação de Serviços do HG para os HUC, inviabiliza não só a Urgência Polivalente como põe em causa a Urgência Médico-Cirúrgica e o funcionamento do HG como Hospital Central.

Informa-se V. Exa que nesta data seguiu, também, um pedido de reunião urgente, sobre o mesmo assunto e nos mesmos termos, para o senhor Presidente da Associação de Municípios do Baixo Mondego

Coimbra, 24 de Julho de 2012

Pel' A Direcção

Armando Gonsalves
Presidente da LAHC

O Serviço Nacional de Saúde, Direito Constitucional, garante a Saúde a Todos os Portugueses

Há 33 anos, num acto histórico, o então Ministro, Dr. António Arnaut criou o Serviço Nacional de Saúde (SNS), universal, geral e gratuito, o que em muitos Países ainda não existe e que nos EUA só *Obama* conseguiu implementar tendo em vista garantir o Direito à Saúde a toda a população.

O Direito à Protecção da Saúde e o dever de a defender e promover, está consagrado no art. 64, da Constituição da República Portuguesa, onde se afirma que o Direito à saúde é realizado através de um Serviço Nacional de Saúde universal e geral que, por força de revisão constitucional, passou a ser tendencialmente gratuito.

O Direito à Saúde está consagrado na Declaração Universal dos Direitos do Homem, promulgado pela Assembleia-Geral da ONU, em 10 de Dezembro de 1948 e faz parte da Doutrina do Concílio do Vaticano II (1961 – 1965).

A importância do SNS é visível quando comparamos a mortalidade infantil que em 1980 era a pior da Europa, (taxa de mortalidade de 30 por mil), com a mortalidade infantil em 2010, que passou a ser a quarta melhor do mundo (taxa de mortalidade de 3 por mil). No que respeita à esperança de vida à nascença que era, também, a pior da Europa, passou a ser em 2010 idêntica à dos EUA e muito próxima da média europeia.

No entanto estes e outros indicadores de Saúde começaram a piorar e de acordo com o Relatório de Desenvolvimento Humano das Nações Unidas, a nossa posição em relação ao compromisso com a Saúde, Acesso, Serviços e Recursos tem vindo a piorar nos últimos anos.

Este facto deve-se, ao aumento do tempo de espera no acesso a consultas, a cirurgias e a meios complementares de diagnóstico resultante da falta de profissionais de saúde, nomeadamente de médicos de família, nos Centros de Saúde e de uma gestão hospitalar que leva á desorganização dos Serviços e à destruição de alguns Hospitais.

Como exemplo frisante, refere-se a fusão dos dois Hospitais Gerais Centrais da Zona Centro, os únicos com Serviços de Urgência Polivalente, na Região Centro. Esta medida, única no País, faz com que a Região Centro fique apenas com um Hospital Geral Central e com um Serviço de Urgência Polivalente, com graves repercussões para os 800 mil habitantes da área de influência do Hospital Geral dos Covões e também para os habitantes da área de influência dos Hospitais da Universidade de Coimbra, uma vez que o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC) passa a ser uma estrutura de anormal dimensão e de difícil e complexa gestão, com uma área de influência que ultrapassa os 2 milhões de habitantes.

De salientar, que em Agosto de 2011, o então Director dos Hospitais da Universidade de Coimbra, Prof. Fernando Regateiro, na página 8, do documento que enviou ao actual Ministro da Saúde, sugeria a fusão/extinção precoce de Serviços do Hospital dos Covões, iniciando-a pela extinção de vários Serviços deste Hospital que eram absorvidos pelos Serviços dos Hospitais da Universidade de Coimbra, o que não se concretizou por nunca ter tomado posse como Presidente do Conselho de Administração do CHUC.

O actual Presidente – Dr. José Martins Nunes, depois de afirmar que não tomaria posições sem um estudo detalhado em que seriam ouvidos os elementos de todos os Hospitais que constituem o CHUC acabou por pôr em prática, a fusão/extinção do Hospital dos Covões, começando pelo encerramento do Serviço de Urgência do Hospital dos Covões no período nocturno e de acordo com o Boletim da Direcção do CHUC, nº 50, de 14/08/2012, fundindo Serviços e nomeando apenas um Director, por Serviço, o que equivale não só à destruição de Serviços como à destituição de um Director em cada Serviço.

De salientar que estas medidas tomadas sem haver um Plano Director aprovado pelo Ministro da Saúde, levam à destruição do Hospital dos Covões, um dos dois Hospitais Centrais da Zona Centro. Para confirmar a ilegalidade destas medidas e do Plano Director enviado para o Sr. M. da Saúde, (reenviado ao C. de A. do CHUC) pedimos o parecer a uma Instituição adequada e competente.

De acordo com o actual Ministro da Saúde, o Serviço de Urgência do Hospital dos Covões já fora desclassificado passando de polivalente para urgência médico-cirúrgica. Tal medida, implica, no entanto, a existência de todos os Serviços para apoio ao Serviço de Urgência, excepto a urgência de neurocirurgia que só existe nas urgências polivalentes.

Tudo se está a concretizar no sentido da Zona Centro ficar apenas com um Hospital Geral Central e uma Urgência Polivalente, facto que tivemos a oportunidade de referir na Assembleia Municipal de Coimbra, em 29 de Dezembro de 2010, ao afirmarmos que esta união levaria à destruição do 6º maior Hospital Geral Central e do seu Serviço de Urgência Polivalente, que em 2008, foi considerado o segundo melhor do País. Na mesma altura, referimos que esta fusão punha em causa o SNS da Zona Centro, pondo em risco a Saúde de toda a sua população.

A situação que estamos a viver, corresponde, por exemplo, à fusão/extinção dos Hospitais Gerais Centrais de Santo António e São João, no Porto que passaria a ter apenas uma Urgência Polivalente, afirmação que fizemos na referida Assembleia., solicitando toda a atenção para o problema de Coimbra e da Zona Centro, tendo solicitado ao Ministro da Saúde a revogação do decreto 30/2011, de 02/03, no que respeita a fusão do CHC e dos HUC.

Coimbra22 de Outubro de 2012

Pel'A Direcção da LAHC

Armando Gonsalves

Doc. 8 (1)

C.H.U.C.-EPE - Conselho de Administração

Aprovado

(Dr. José Miguel Nunes - Presidente)

(Dr. Pedro Lopes - Vogal)

(Dr. Pedro Roldão - Vogal)

(Dr. Pedro José Fernandes Figueiredo - Dir. Clínico)

(Enf.ª José Manuel Enf. Director)

11.9.12

REGULAMENTO INTERNO

DO

CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA, E.P.E

C.H.U.C. - EPE
CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
Reg. N.º 3130 CA
Origem
Data 11/09/2012

Coimbra,11 de Setembro de 2012

CAPÍTULO I
Disposições gerais

Artigo 1.º
Natureza jurídica e sede

1 O Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E., adiante designado por CHUC, criado pelo Decreto-Lei n.º 30/2011, de 2 de Março, é uma entidade pública empresarial, integrada na rede de prestação de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde (SNS), com o número de pessoa colectiva 510 103 448 e com sede na Avenida Bissaya Barreto ou Praceta Professor Mota Pinto, da freguesia de Santo António dos Olivais, em Coimbra.

Artigo 2.º
Missão

O CHUC tem como missão a prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade e diferenciação, num contexto de formação, ensino, investigação, conhecimento científico e inovação, constituindo-se como uma referência nacional e internacional em áreas consideradas como polos de excelência.

Artigo 3.º
Valores e princípios

No cumprimento da sua missão, o CHUC e os seus profissionais perfilham os seguintes valores e princípios:

a) Serviço público com primado no doente.
b) Respeito pela dignidade humana, pela diversidade cultural e religiosa e pelos direitos dos doentes;
c) Universalidade do acesso a cuidados de saúde e equidade no tratamento;
d) Rigor, integridade e responsabilidade;
e) Elevados padrões de humanização, de qualidade e de competência técnica e científica dos serviços prestados;
f) Espírito de equipa;
g) Respeito pelos valores de uma sociedade justa, solidária, humanista e personalista;
h) Respeito pela cultura e pelas tradições fundadoras dos hospitais precursores, assumindo o dever de acrescentar algo ao capital de cultura herdado, numa perspetiva de desenvolver a cultura colectiva da nova instituição;
i) Responsabilidade social;
j) Respeito pelo ambiente.

Artigo 4.º
Visão

O CHUC será uma organização aberta formada por uma rede de unidades hospitalares, serviços e tecnologias estruturadas e integradas para proporcionar um atendimento humanizado, completo, próximo, confiável e transparente à sociedade.
Será um centro que se distingue pela qualidade de cuidados, capacidade de investigação, inovação e docência e pelo impacto positivo na comunidade, garantindo a eficiência e a sustentabilidade global a médio e longo prazo.

Artigo 5.º
Objectivos

1. O CHUC prossegue os seguintes objetivos:
   a) Diagnosticar, tratar e reabilitar os doentes, em tempo clinicamente adequado, com elevados critérios de qualidade e humanidade dos serviços prestados;
   b) Cuidar em regime de internamento apenas os casos em que a assistência não possa ser prestada em regime ambulatório e/ou domiciliário, viabilizando, sempre que se justifique, a prestação de cuidados noutro estabelecimento mais apropriado, de acordo com a atuação integrada do CHUC com outras unidades de saúde;
   c) Articular sinergicamente, nos sentidos vertical e horizontal, os diferentes níveis organizacionais internos;
   d) Acompanhar clinicamente os doentes, para além da alta hospitalar, sempre que for necessário;
   e) Promover o ensino, a formação e a investigação nas áreas clínicas e de apoio clínico, como catalisadores para uma prática de excelência;
   f) Desenvolver programas de melhoria da eficiência, tendentes a garantir o equilíbrio económico-financeiro.
2. Os objetivos são quantificados e assumidos através de planos de ação e de contratos-programa com a tutela, sendo o seu cumprimento objeto de seguimento e avaliação interna e externa, no sentido de assegurar a concretização das metas estabelecidas.

Artigo 6º
Áreas de influência e de referenciação

1. Sem embargo ao que vier a ser definido por via legislativa em matéria de delimitação geográfica da área de influência do CHUC, considera-se a atual, resultante da soma das áreas das instituições agora fundidas.
2. A atividade do CHUC responde à população da sua área de influência e abarca também a referenciação diferenciada no âmbito regional, nacional, europeu e dos países de expressão portuguesa.

Artigo 7.º
Legislação aplicável

O CHUC rege-se pelo presente regulamento interno, pelo diploma da sua criação e respetiva legislação enquadradora, pelo regime jurídico do setor empresarial do Estado, pelas normas em vigor para o SNS que não contrariem os dispositivos do diploma criador, pelas normas aplicáveis aos hospitais universitários, desde que não sejam incompatíveis com a natureza e o regime de entidade pública empresarial, pelas demais normas legais de gestão hospitalar em vigor e ainda por todas as normas gerais e especiais que, por força da sua natureza jurídica, lhe sejam aplicáveis.

CAPÍTULO II
Estrutura orgânica

Secção I
Órgãos sociais

Artigo 8.º
Enumeração

1. Os órgãos sociais do CHUC são:

a) O conselho de administração;
b) O fiscal único;
c) O conselho consultivo.

Subsecção I
Conselho de administração

Artigo 9.º
Composição, mandato, competências, vinculação, estatuto e dissolução

1. A composição, a nomeação, o mandato, as competências, a vinculação, o estatuto dos membros e a dissolução do conselho de administração, são regulados pela legislação em vigor.
2. Aos membros do conselho de administração aplica-se o estatuto do gestor público.
3. Sem prejuízo da competência específica do presidente do conselho de administração, do diretor clínico e do enfermeiro diretor, a cada um dos membros do conselho de administração poderá ser atribuída a responsabilidade de pelouro próprio, com delegação de competências.

Artigo 10.º
Funcionamento do conselho de administração

1. O modo de funcionamento do conselho de administração encontra-se genericamente regulado pela legislação em vigor.
2. As suas regras de funcionamento são as seguintes:
a) O conselho de administração reúne ordinariamente uma vez por semana;
b) Sempre e quando as circunstâncias o justifiquem, o conselho de administração poderá reunir extraordinariamente por decisão do seu presidente ou mediante pedido dirigido ao presidente por dois dos seus membros ou pelo fiscal único, tendo as reuniões extraordinárias lugar no prazo máximo de 15 dias úteis, a contar da data do pedido e devendo a convocatória ser feita com a antecedência mínima de 48 horas;
c) Os documentos para apreciação ou deliberação do conselho de administração, são veiculados para agendamento mediante despachos proferidos pelos respetivos membros e exarados em documentos que lhes sejam endereçados por força dos seus pelouros ou que entendam gerar como proposta de deliberação, nomeadamente sobre matérias da sua competência delegada, devendo tais documentos dar entrada no secretariado até 3 dias antes da data da reunião a que se destinam, ressalvadas condições de exceção;
d) Compete ao secretariado do.conselho de administração, por indicação do presidente, elaborar e distribuir a agenda de trabalhos;
e) As decisões do conselho de administração são tomadas por maioria absoluta dos votos dos membros presentes à reunião, exaradas nos documentos a que dizem respeito e neles datadas e assinadas por todos os membros presentes;
f) Quando na sequência de uma votação se verificar um empate, o presidente do conselho de administração tem, nos termos da lei, voto de qualidade;
g) De todas as reuniões do conselho de administração é elaborada a respetiva ata, pelo secretariado do conselho, sendo esta lida e aprovada no início da reunião seguinte.

Artigo 11.º
Presidente do conselho de administração

1. As competências do presidente do conselho de administração encontram-se reguladas pela legislação em vigor.

2. O presidente do conselho de administração poderá fazer-se substituir nas suas ausências e impedimentos, por vogal por si designado.

Artigo 12.º
Diretor clínico

1. As competências do diretor clínico encontram-se reguladas pela legislação em vigor.
2. No exercício das suas funções, o diretor clínico pode ser coadjuvado por um máximo de seis adjuntos, nomeados pelo conselho de administração, sob sua proposta, sendo as respetivas áreas de responsabilidade definidas na deliberação de nomeação.
3. O complemento remuneratório de cada um dos adjuntos do diretor clínico é fixado por deliberação do conselho de administração, no momento da nomeação.
4. O diretor clínico é substituído nas suas ausências e impedimentos, pelo adjunto por si designado.
5. A cessação de funções do diretor clínico determina a cessação de funções dos seus adjuntos, sem prejuízo da sua manutenção em funções de gestão corrente, até à nomeação dos seus sucessores.

Artigo 13.º
Enfermeiro diretor

1. As competências do enfermeiro diretor encontram-se reguladas pela legislação em vigor.
2. No exercício das suas funções, o enfermeiro diretor pode ser coadjuvado por um máximo de seis adjuntos, nomeados pelo conselho de administração, sob sua proposta, sendo as respetivas áreas definidas na deliberação de nomeação.
3. O complemento remuneratório de cada um dos adjuntos do enfermeiro diretor é fixado por deliberação do conselho de administração, no momento da nomeação.
4. O enfermeiro diretor é substituído nas suas ausências e impedimentos, pelo adjunto por si designado.
5. A cessação de funções do enfermeiro diretor determina a cessação de funções dos seus adjuntos, sem prejuízo da sua manutenção em funções de gestão corrente, até à nomeação dos seus sucessores.

Subsecção II
Fiscal único

Artigo 14.º
Nomeação, mandato e competências

A nomeação, o mandato e as competências do fiscal único encontram-se reguladas pela legislação em vigor.

Subsecção III
Conselho consultivo

Artigo 15.º
Composição, mandato, competências e funcionamento do conselho consultivo

A composição, o mandato, as competências e o funcionamento do conselho consultivo encontram-se reguladas pela legislação em vigor.

Subsecção IV
Auditor interno

Artigo 16.º
Designação, mandato e competências

1. Compete ao conselho de administração designar o auditor interno.
2. O mandato e as competências do auditor interno encontram-se regulados pela legislação em vigor.

Secção II
Órgãos de apoio técnico

Artigo 17.º
Natureza, enumeração, constituição, mandato e funcionamento

1. Os órgãos de apoio técnico são estruturas de carácter consultivo que têm por função apoiar o conselho de administração, a pedido deste ou por iniciativa própria, nas matérias da sua competência.
2. O conselho de administração pode, por imperativo legal ou em face das necessidades decorrentes da atividade do centro hospitalar, criar outras comissões técnicas para além das previstas no presente regulamento.
3. São comissões de apoio técnico obrigatórias:
   a) Comissão de controlo da infeção hospitalar;
   b) Comissão de ética;
   c) Comissão de farmácia e terapêutica;
   d) Comissão de qualidade e segurança do doente.
4. Para além das comissões obrigatórias referidas no número anterior, o CHUC dispõem ainda dos seguintes órgãos permanentes de apoio técnico:
   a) Comissão de catástrofe e planeamento hospitalar de emergência;
   b) Comissão de trauma;
   c) Comissão de coordenação oncológica;
   d) Comissão de enfermagem ou componente não executiva da direção de enfermagem;
   e) Comissão de informática;
   f) Comissão de normalização de materiais e equipamentos clínicos;
   g) Comissão de proteção radiológica;
   h) Comissão médica;
   i) Comissão técnica de certificação de condição para a interrupção de gravidez;
   j) Conselho de transplantação de órgãos e tecidos;
   k) Direção do internato médico;
   l) Comissão de gestão do património histórico e artístico;
5. Compete ao conselho de administração, a designação dos membros dos órgãos de apoio técnico previstos nos números anteriores.
6. Os órgãos de apoio técnico têm um mandato colegial de três anos, podendo no entanto e a todo o tempo, o conselho de administração proceder à sua recomposição ou sua cessação.
7. Os membros dos órgãos de apoio técnico desempenham as suas funções nos serviços a que se encontram afetos, dispondo de horário adequado a atribuir pelo conselho de administração, em função da especificidade e intensidade das atividades que lhe estão cometidas.
8. O funcionamento de cada órgão de apoio técnico é definido em regulamento próprio, a apresentar no prazo de 30 dias, para aprovação pelo conselho de administração.
9. Cada órgão de apoio técnico deve apresentar e submeter à aprovação do conselho de administração um plano anual de atividades e o respetivo relatório de execução.

Artigo 18.º
Comissão de controlo da infeção hospitalar

1. À comissão de controlo da infeção hospitalar (CCIH), compete nomeadamente a vigilância epidemiológica, a elaboração e monitorização do cumprimento de normas e recomendações de boas práticas, a formação e informação de profissionais de saúde, utentes e visitantes e a consultadoria e apoio nesta área.
2. São órgãos da CCIH:
   a) O coordenador;
   b) O núcleo executivo;
   c) O núcleo de apoio técnico e consultivo;
   d) O núcleo de membros dinamizadores.
3. O núcleo executivo é composto por dois médicos com competência na área de infeção hospitalar, sendo um o coordenador, e por enfermeiros com formação específica em controlo da infeção.
4. Do núcleo de apoio técnico e consultivo fazem parte um administrador hospitalar, três médicos oriundos das especialidades médicas e cirúrgicas, um médico microbiologista, um médico epidemiologista, um médico de medicina do trabalho, um técnico de diagnóstico e terapêutica, um farmacêutico membro da comissão de farmácia e terapêutica, um enfermeiro da unidade central de esterilização e representantes da área hoteleira, da unidade de nutrição e dietética, do serviço de aprovisionamento, do serviço de instalações e equipamentos e do bloco operatório central.
5. O núcleo de membros dinamizadores é composto por um médico e um enfermeiro, indicados respetivamente pelo diretor e pelo enfermeiro chefe ou em funções de chefia do serviço clínico a que pertencem.
6. A CCIH rege-se por regulamento próprio e por demais legislação aplicável, sendo a designação dos seus membros da competência do conselho de administração, sob proposta do diretor clínico.

Artigo 19.º
Comissão de ética

1. À comissão de ética (CE), como órgão multidisciplinar de apoio ao conselho de administração, ao pessoal de saúde e aos doentes, compete nomeadamente, pronunciar-se sobre aspetos de natureza bioética próprios de um hospital com atividades assistenciais, de ensino e de investigação.
2. A CE é constituída por um número mínimo de sete membros, nomeados pelo conselho de administração, sob proposta do diretor clínico, de entre médicos, enfermeiros, farmacêuticos, juristas, psicólogos, teólogos e profissionais de outras áreas das ciências sociais e humanas.
3. A CE rege-se por legislação específica, nomeadamente quanto à composição, nomeação e competência.
4. No âmbito da CE, funciona a Entidade de Verificação da Admissibilidade da Colheita para Transplante, (EVA), com composição multidisciplinar, integrando três membros da CE.
5. O mandato, as atribuições e o funcionamento da EVA encontram-se regulados por legislação específica.

Artigo 20.º
Comissão de farmácia e terapêutica

1. À comissão de farmácia e terapêutica (CFT) compete, em geral, promover a interligação entre os serviços de ação médica e os serviços farmacêuticos e interagir na dinâmica funcional dos mesmos.
2. A CFT é constituída por seis membros, três dos quais médicos, propostos pelo diretor clínico e três farmacêuticos, propostos pelo diretor dos serviços farmacêuticos, nomeados pelo conselho de administração, sendo presidida pelo diretor clínico ou por um médico por si designado.

3. A comissão deve reunir pelo menos mensalmente, sem prejuízo de o poder fazer sempre que o seu presidente a convoque.

4. Compete à CFT, designadamente:

a) Zelar pelo cumprimento do formulário hospitalar nacional de medicamentos (FHNM);

b) Elaborar a adenda própria do CHUC ao FHNM, devendo este trabalho, em constante desenvolvimento, ser enquadrado no âmbito de cada edição do mesmo documento;

c) Pronunciar-se sobre a introdução de novos medicamentos no hospital, quer os já aprovados pela agência nacional de medicamentos (INFARMED), quer os que são objeto de decisão de importação direta, quer ainda todos os que, apesar de ainda não aprovados no mercado nacional, se revelam de absoluta necessidade para uma eficaz prática médica;

d) Dar parecer sobre os dispositivos médicos medicalizados a introduzir no CHUC;

e) Supervisionar o circuito de monitorização do medicamento, nas várias vertentes, assim como os processos informatizados de prescrição, distribuição e administração;

f) Elaborar regras internas para a utilização de medicamentos aprovados em Portugal em indicações que não constem do respetivo registo das características do medicamento (RCM);

g) Discutir, analisar e decidir sobre a utilização de medicamentos em indicações não aprovadas e implementar a respetiva monitorização;

h) Pronunciar-se, respeitando as regras deontológicas, sobre a qualidade da terapêutica prescrita aos doentes;

i) Definir e pôr em prática uma política de linhas de orientação e protocolos terapêuticos, por patologias;

j) Incentivar e supervisionar o cumprimento do programa de farmacovigilância do CHUC e integrá-lo no programa nacional;

k) Analisar mensalmente a evolução de consumos de medicamentos no CHUC, quer de forma geral quer de forma particular, por algumas áreas medicamentosas;

l) Avaliar e propor normas sobre as matérias da sua competência, por iniciativa própria ou em resposta a solicitações recebidas.

5. A CFT disporá de apoio técnico dedicado, para suporte do seu funcionamento e monitorização visando a implementação das suas decisões.

Artigo 21º

Comissão de qualidade e segurança do doente

1. À comissão de qualidade e segurança do doente (CQS) cabe a promoção e o desenvolvimento de uma cultura de qualidade e segurança que satisfaça os objetivos estratégicos do CHUC e lhe confira o reconhecimento de excelência.

2. A política de qualidade e segurança a prosseguir incluirá a aplicação global, sectorial ou local de sistemas de gestão da qualidade, de acordo com as opções estratégicas do hospital.

3. A CQS é presidida pelo presidente do conselho de administração do CHUC e integra o diretor clínico e o enfermeiro-diretor, ou os elementos em quem estes delegarem, o gestor do risco clínico, o gestor do risco não clínico, o gestor da qualidade, um administrador hospitalar, o responsável pelo serviço social e o diretor do serviço de instalações e equipamentos.

4. No âmbito do desenvolvimento dos objetivos estratégicos definidos pelo conselho de administração, compete à CQS, nomeadamente:

a) Apoiar o conselho de administração na definição da política de qualidade e segurança do doente;

b) Elaborar o plano de qualidade e segurança do hospital em articulação com o gabinete de qualidade;

c) Avaliar de modo contínuo as diferentes dimensões da qualidade, analisando nomeadamente, os relatórios provenientes do gabinete do utente, da gestão do risco ou de outras áreas consideradas pertinentes e propor medidas corretivas;

Artigo 22.º
Comissão de catástrofe e planeamento hospitalar de emergência

1. A comissão de catástrofe e planeamento hospitalar de emergência (CCPHE) é um órgão de apoio ao conselho de administração na sua área de intervenção, composto por um número máximo de nove membros, sendo um deles o presidente do conselho de administração, que coordena.
2. A organização, o funcionamento e os mecanismos de ativação do plano de emergência externa e do plano de emergência interna, as formas de atuação, a formação do pessoal e outras matérias conexas constam de documentos próprios.
3. À CCPHE compete, designadamente:
a) Assegurar a articulação e colaboração com o Serviço de Proteção Civil, Instituto Nacional de Emergência Médica, de corporações de bombeiros e Cruz Vermelha, quando for caso disso;
b) Promover a elaboração dos planos de catástrofe e planeamento da emergência externa e interna de acordo com a natureza dos hospitais, visando uma resposta eficaz às situações de maior risco potencial na área do concelho de Coimbra e em toda a sua área de influência;
c) Manter estes planos atualizados e operacionais de acordo com a análise dos respetivos riscos;
d) Organizar os meios de modo a garantir uma atuação eficaz na utilização dos recursos humanos e materiais;
e) Promover a formação e o treino dos profissionais do CHUC em conformidade com os planos de emergência.

Artigo 23.º
Comissão de Trauma

1. À comissão de trauma (CT) compete em geral promover a otimização de todos os aspetos relacionados com os cuidados a prestar ao doente traumatizado, segundo o "estado da arte" e as disposições normativas de boas práticas.
2. A CT é multidisciplinar e constituída por sete membros, nomeados pelo Conselho de Administração. O seu presidente é o coordenador médico do Centro de Trauma - CHUC.
3. A CT pode agregar outros elementos sempre que julgue necessário.
4. A Comissão deve reunir pelo menos mensalmente, sem prejuízo de o poder fazer sempre que for convocada pelo seu presidente ou por pelo menos quatro dos seus membros.
5. À CT compete, designadamente:
   a) Elaborar e desenvolver o programa interno de trauma do CHUC como centro de trauma nível um, que contemple questões organizativas, de articulação com outras entidades, de orientação terapêutica, de formação e de melhoria da qualidade.

Artigo 24.º
Comissão de coordenação oncológica

1. À comissão de coordenação oncológica (CCO) compete apoiar o conselho de administração nas matérias relacionadas com a prevenção, diagnóstico e terapêutica da doença oncológica e promover e coordenar o registo do cancro no quadro da legislação específica.
2 - A comissão é presidida pelo diretor clínico ou por um elemento por si designado. Para além do seu presidente, a comissão de coordenação oncológica é composta por 5 a 8 membros, sendo um deles o coordenador do registo oncológico e incluindo preferencialmente profissionais das áreas de cirurgia, oncologia médica, radioterapia, serviços laboratoriais e serviços farmacêuticos, nomeados pelo conselho de administração, sob proposta do diretor clínico.

3. O presidente da CCO designa um secretário de entre os médicos que a integram, e propõe ao conselho de administração a nomeação dos órgãos de apoio técnico que considere necessários para o seu bom funcionamento.
4. O presidente da CCO representa o CHUC na comissão oncológica regional (COR) da ARS do Centro, de acordo com a legislação em vigor e em outras instâncias, sempre que solicitado.

Artigo 25.º
Comissão de enfermagem ou componente não executiva da direção de enfermagem

1. A comissão de enfermagem (CENF) (ou outra designação que lhe vier a ser atribuída por lei) é um órgão de apoio à decisão do enfermeiro diretor.
2. A CENF é constituída pelo enfermeiro diretor, que coordena, pelos adjuntos do enfermeiro diretor, pelos enfermeiros supervisores e enfermeiros chefes.
3. A CENF reúne em plenário, por convocatória do enfermeiro diretor, e em comissões especializadas que se constituam.
4. A CENF poderá integrar nas reuniões plenárias, por convocatória do enfermeiro diretor, outros profissionais ou enfermeiros cuja presença se mostre necessária.
5. Compete, nomeadamente, à CENF:
a) Apreciar os aspetos relacionados com o exercício da enfermagem no CHUC e monitorizar a atividade desenvolvida no sector;
b) Dar parecer e colaborar na execução da regulamentação interna para o sector de enfermagem;
c) Dar parecer sobre os assuntos submetidos à sua apreciação pelos órgãos de administração e direção técnica do hospital;
d) Colaborar na definição das políticas ou diretivas de formação e investigação em enfermagem;
e) Outras competências que a legislação em vigor vier a estabelecer.

Artigo 26.º
Comissão de informática

1. À comissão de informática (CI) compete apoiar o conselho de administração na área dos sistemas de informação clínica.
2. A CI é constituída pelo vogal do conselho de administração com o pelouro dos sistemas de informação, que coordena, um médico indicado pelo diretor clínico, um enfermeiro indicado pelo enfermeiro diretor, o diretor dos serviços farmacêuticos, o diretor do serviço de tecnologias e sistemas de informação, o diretor do serviço de gestão de doentes, o diretor do gabinete de planeamento e controlo de gestão e um administrador hospitalar.
3. Compete, nomeadamente, à CI:
a) Dar parecer sobre a evolução da arquitetura dos sistemas de informação e sobre a organização de processos;
b) Participar na elaboração e manutenção atualizada do plano informático do hospital;
c) Monitorizar a implementação das opções estratégicas relacionadas com o sistema de informação;
d) Promover a harmonização da informação clínica e administrativa existente nos sistemas;
e) Promover a integração das aplicações informáticas existentes no hospital;
f) Avaliar o grau de cumprimento da política de confidencialidade para assegurar a proteção de dados e a informação relativa a utentes e trabalhadores, em conformidade com a legislação em vigor.
4. A CI pode constituir grupos especializados de apoio ao desenvolvimento, adequação e otimização das aplicações.

Artigo 27.º
Comissão de normalização de materiais e equipamentos clínicos

1. À comissão de normalização de material de consumo clínico e de equipamentos clínicos (CNMEC) compete pronunciar-se sobre todos os assuntos relativos à política de consumo clínico e de aquisição de equipamentos da mesma tipologia no hospital.
2. A CNMEC é constituída pelo vogal do conselho de administração com o pelouro, que coordena, pelo diretor do serviço de aprovisionamento, por dois médicos indicados pelo diretor clínico, dois enfermeiros indicados pelo enfermeiro diretor e um técnico de diagnóstico e terapêutica, pelo responsável do gabinete de gestão de projetos e investimentos e pelo diretor dos serviços de instalações e equipamentos.
3. Compete, nomeadamente, à CNMEC:
   a) Colaborar na atualização permanente do inventário do parque de equipamentos existentes;
   b) Sinalizar atempadamente ao conselho de administração as necessidades de substituição ou de atualização de equipamentos;
   c) Fomentar a utilização partilhada e racional de equipamentos;
   d) Emitir parecer sobre a introdução de novos materiais de consumo e sobre a aquisição de equipamentos, em função das existências e da sua taxa de utilização;
   e) Propor, ao conselho de administração, uma política de normalização de consumos;
   g) Pronunciar-se sobre a aceitação de equipamentos doados, nomeadamente dos que impliquem a utilização de consumíveis.

Artigo 28.º
Comissão de proteção radiológica

1. À comissão de proteção radiológica (CPR) compete apoiar o conselho de administração em todas as matérias relativas à proteção radiológica.
2. A CPR é constituída pelo diretor clínico, que coordena e pode subdelegar, e pelos diretores dos serviços de radiologia, de medicina nuclear e de radioterapia, por um físico de cada um destes três serviços, e pelo diretor do serviço de saúde ocupacional.
3. Compete, nomeadamente, à CPR:
   a) Promover a adequação da utilização das técnicas de diagnóstico e terapêutica que emitem radiação ionizante e não ionizante, de forma a assegurar o cumprimento rigoroso das normas legais e regulamentares existentes;
   b) Promover a articulação apropriada com outras comissões hospitalares, nomeadamente com a comissão de qualidade e segurança do doente e com a comissão de ética.

Artigo 29.º
Comissão médica

1. A comissão médica (CM) é um órgão de apoio à decisão do diretor clínico.
2. A CM, no seu núcleo central, é constituída pelo diretor clínico, que coordena, pelos adjuntos do diretor clínico, pelos presidentes das quatro comissões de apoio técnico obrigatórias, pelo diretor do internato médico e pelos coordenadores médicos das estruturas de suporte à prestação de cuidados.
3. O diretor clínico pode convocar, para participar nas reuniões plenárias, os responsáveis pelas áreas de gestão intermédia, centros de responsabilidade integrados, serviços, unidades funcionais, órgãos de apoio técnico, ou outros órgãos específicos, consoante os assuntos em discussão.
4. A CM reúne sempre que convocada pelo diretor clínico, sem prejuízo de poder funcionar em comissões especializadas de âmbito restrito.

5. À CM compete acompanhar e avaliar, periodicamente e de modo sistemático, a atividade clínica, designadamente, os aspetos relacionados com o exercício da medicina e a formação dos médicos.

Artigo 30.º
Comissão técnica de certificação de condição para a interrupção de gravidez

1. A comissão técnica de certificação de condição para a interrupção da gravidez (CTCCIG) é constituída por 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 142.º do Código Penal.

Artigo 31.º
Conselho de transplantação de órgãos e tecidos

1. Ao conselho de transplantação de órgãos e tecidos (CTOT) compete coordenar toda a atividade de colheita e transplantação de órgãos e tecidos no CHUC.
2. O CTOT é constituído pelo diretor clínico, que coordena, ou por um médico por si designado, pelo enfermeiro diretor, ou por um enfermeiro por si designado, pelos diretores dos programas de colheita e transplantação, pelo diretor do gabinete coordenador de colheita e transplantação (GCCT), pelo coordenador hospitalar de doação (CHD) e por um administrador hospitalar.
3. O GCCT realizará, dentro da sua área de referência, a articulação com o CTOT, no sentido de garantir uma eficaz coordenação da atividade de colheita e transplante de órgãos e tecidos.
4. O CHD articula-se com o CTOT, tendo em vista manter um sistema que permita a identificação de potenciais dadores de órgãos e tecidos no hospital.

Artigo 32.º
Direção do internato médico

1. À direção do internato médico (DIM) compete propugnar por adequadas condições de formação e integração dos médicos a frequentar o internato e o cumprimento das normas legais vigentes.
2. A DIM é constituída por um diretor e por um máximo de três assessores, nomeados pelo conselho de administração, sob proposta do diretor clínico.
3. As regras internas de funcionamento e de planeamento da atividade da DIM constarão de regulamento a aprovar pelo conselho de administração.
4. No CHUC, constituir-se-á uma comissão de médicos internos de acordo com o disposto na legislação em vigor, a qual deverá comunicar a sua constituição à DIM, que por sua vez informa o conselho de administração, a comissão regional do internato médico e a ordem dos médicos.

Artigo 33.º
Comissão de gestão do património histórico e artístico

1 – A comissão de gestão do património histórico e artístico é constituída por três membros nomeados pelo conselho de administração.
2 – Compete a esta comissão a inventariação e catalogação dos bens patrimoniais com especial interesse histórico e artístico.

Doc 8 (2)

Capítulo III
Estrutura de gestão

Artigo 34.º
Unidades de gestão intermédia e centros de responsabilidade integrados

A organização dos serviços de ação médica em unidades de gestão intermédia (UGI) e em centros de responsabilidade integrados (CRI), é pressuposto fundamental do modelo de gestão do CHUC como entidade pública empresarial, devendo compaginar-se com adequados níveis intermédios de autoridade, autonomia e responsabilidade.

Secção I
Unidades de gestão intermédia

Artigo 35.º
Definição e enumeração

1. As UGI constituem níveis intermédios de gestão, de grande dimensão, agrupando vários serviços e unidades funcionais autónomas, segundo critérios de homogeneidade ou afinidade funcional.
2. As UGI são estruturas destinadas a melhorar a conceptualização, o planeamento, a gestão e o controlo das atividades e objetivos das partes que as integram, na procura de maior eficiência através da utilização e partilha dos recursos disponíveis.
3. As UGI são criadas por deliberação do conselho de administração, podendo o seu número e composição serem alterados quando as circunstâncias o justifiquem, organizadas por serviços de:
   a) Cirurgia e especialidades cirúrgicas;
   b) Medicina e especialidades médicas;
   c) Meios complementares de diagnóstico e terapêutica;
   d) Saúde materna, fetal e neonatal;
   e) Saúde infantil e pediatria;
   f) Urgência e cuidados intensivos.
4. Em função das finalidades de uma UGI, o âmbito da responsabilidade pode recair em:
   a) Centro de resultados – em que o diretor tem poder de decisão sobre meios que se traduzem em custos e proveitos;
   b) Centro de investimentos – em que o diretor tem poder de decisão sobre meios que se traduzem em custos, proveitos e ativos patrimoniais.

Artigo 36.º
Gestão das UGI

1. As UGI são dirigidas por um médico.
2. O diretor da UGI integra na sua equipa de gestão um ou mais administradores hospitalares e um enfermeiro supervisor (ou enfermeiro nomeado para funções de direção).
3. A nomeação do administrador ou administradores hospitalares e do enfermeiro supervisor, compete ao conselho de administração, ouvido o diretor da UGI.
4. Em cada UGI há um conselho técnico de apoio ao diretor, composto pelos diretores dos serviços e os coordenadores das unidades funcionais autónomas, bem como os respetivos enfermeiros chefes ou, quando se trate de UGI de MCDT, um representante dos técnicos.
5. O regulamento da UGI será elaborado e apresentado pelo respetivo diretor ao conselho de administração para aprovação, no prazo de 60 dias após a criação desta estrutura.

Artigo 37.º
Nomeação, mandato e exoneração do diretor da UGI

1. O diretor da UGI é nomeado pelo conselho de administração, para um mandato de três anos, decorrendo a nomeação da apresentação, avaliação e aprovação de um plano de atividades e de orçamentos anuais e plurianuais.
2. O complemento remuneratório do diretor da UGI é fixado por deliberação do conselho de administração.
3. O mandato do diretor da UGI pode ser dado por findo, a todo o tempo, pelo conselho de administração, quando ocorra não observância da lei ou dos regulamentos aprovados pelo conselho de administração, não tenham sido alcançados os objetivos acordados ou os resultados contratados em sede própria, ou por conveniência institucional.

Artigo 38.º
Competências do diretor, do administrador e do enfermeiro supervisor da UGI

1. São competências do diretor da UGI:
   a) Propor os planos de atividade e orçamentos anuais, bem como apresentar relatórios de gestão a submeter à apreciação do conselho de administração, em sede de contratualização interna;
   b) Assegurar a gestão dos recursos humanos da UGI, dentro dos limites estabelecidos nos contratos-programa, em particular, aprovando os horários de trabalho e os planos de férias do pessoal propostos pelos diretores de serviços e coordenadores das unidades funcionais autónomas, aplicando, nos termos legais, as políticas de incentivos contratualizados com o conselho de administração, quando for caso disso, e ainda exercer outras competências relativas a recursos humanos que venham a ser delegadas;
   c) Estabelecer as medidas necessárias à organização e funcionamento da UGI, assegurando a integração da atividade dos serviços que a constituem, designadamente através da partilha de recursos humanos e de instalações e equipamentos;
   d) Fazer o acompanhamento da atividade e dos custos da UGI, identificando eventuais desvios e promovendo as intervenções necessárias à sua correção;
   e) Exercer o poder de direção sobre todo o pessoal da UGI, independentemente da sua categoria ou carreira profissional;
   f) Implementar práticas de melhoria contínua da qualidade, assegurando a adequação e eficiência dos serviços prestados pela UGI;
   g) Promover e estabelecer políticas de articulação com as restantes UGI e outras estruturas do hospital, nomeadamente na melhoria dos processos transversais de prestação de cuidados em que intervenham.
2. São competências do administrador da UGI:
   a) Elaborar, em colaboração com o diretor e o enfermeiro supervisor, as propostas de planos de atividade e orçamento anuais nos termos das condições estabelecidas para a contratualização interna e respetivos relatórios de gestão;
   b) Acompanhar a execução orçamental e assegurar a conformidade e controlo dos níveis de custos e proveitos;
   c) Comparar os níveis de produtividade e de custos alcançados com os previstos e resolver ou propor a resolução dos problemas impeditivos de os níveis de produtividade, de proveitos e de custos se aproximarem dos previstos;
   d) Promover adequado sistema de informação para a gestão, de acordo com as linhas orientadoras do CHUC e com os objetivos estratégicos estabelecidos;
   e) Identificar oportunidades e resolver ou propor a resolução de problemas, por forma a melhorar o nível de proveitos e produtividade e a reduzir custos;

f) Apoiar o diretor no acompanhamento sistemático dos consumos;
g) Exercer outras competências que lhe sejam delegadas.

3. São competências do enfermeiro supervisor da UGI:

a) Colaborar com o diretor e o administrador na elaboração das propostas dos planos de atividades e orçamentos anuais e respetivos relatórios de gestão da UGI;

b) Elaborar propostas no âmbito da gestão do pessoal de enfermagem e coordenar a elaboração dos horários de trabalho e dos planos de férias dos enfermeiros, de acordo com as disposições legais e internas em vigor;

c) Colaborar na implementação e monitorização de sistemas de informação que permitam determinar necessidades em cuidados de enfermagem;

d) Acompanhar e avaliar sistematicamente todos os aspetos relacionados com o exercício da atividade de enfermagem, com a formação dos enfermeiros e adequação das competências técnicas e relacionais, integrados na UGI;

e) Responder pela qualidade da assistência prestada, dentro das regras da boa prática e da eficiente gestão de recursos de enfermagem da UGI;

f) Participar nas comissões de escolha de material e equipamento a adquirir, para prestação de cuidados;

g) Exercer outras competências que lhe sejam delegadas.

4. Na UGI de MCDT, poderá ser nomeado um técnico, ouvido o diretor, com as funções de acompanhar e avaliar aspetos relacionados com o exercício da atividade do pessoal técnico e com a sua formação.

Secção II
Centros de responsabilidade integrados

Artigo 39.º
Definição e gestão

1. Os centros de responsabilidade integrados (CRI) são estruturas de gestão não integradas em UGI, de dimensão adequada, dotadas de objetivos específicos e de um conjunto de meios materiais e humanos.
2. O diretor do CRI é nomeado pelo conselho de administração, preferencialmente de entre profissionais com experiência reconhecida em gestão hospitalar, para um mandato de três anos, decorrendo a nomeação da apresentação, avaliação e aprovação de um plano de atividades e de orçamentos anuais e plurianuais.
3. O complemento remuneratório do diretor do CRI é fixado por deliberação do conselho de administração.
4. Os CRI, sempre que se justifique, integram um profissional com o perfil adequado às tarefas de gestão hospitalar, nas áreas de organização, de regulação, do controlo de gestão e de avaliação dos processos e resultados.
5. O mandato do diretor do CRI pode ser dado por findo, a todo o tempo, pelo conselho de administração, quando ocorra não observância da lei ou dos regulamentos aprovados pelo conselho de administração, ou não tenham sido alcançados os objetivos acordados e/ou os resultados contratados em contrato-programa, ou por conveniência institucional.
6. O regulamento do CRI será elaborado e apresentado pelo respetivo diretor ao conselho de administração para aprovação, no prazo de 60 dias após a criação desta estrutura.
7. O CRI terá um sistema de incentivos, previsto no seu regulamento, sujeito a contratualização anual com o conselho de administração.

Artigo 40.º
Competências do diretor do CRI

1. São competências do diretor de um CRI:
   a) Elaborar a proposta de contrato-programa, designadamente o plano de ação e o orçamento, e submetê-lo à aprovação do conselho de administração;
   b) Dar cumprimento ao contrato-programa;
   c) Elaborar o relatório de execução do plano de ação e do orçamento e submetê-lo ao conselho de administração para aprovação.
2. O conselho de administração poderá delegar outras competências no director do CRI.

Capítulo IV
Estrutura organizacional

Artigo 41.º
Enumeração

Integram a estrutura organizacional do centro hospitalar, as seguintes áreas:
a) De ação médica;
b) De suporte à prestação de cuidados;
c) De apoio à gestão e de logística;
d) De formação, investigação, inovação e desenvolvimento.

Secção I
Área de ação médica

Artigo 42.º
Organização funcional

1. A área de ação médica do CHUC estrutura-se em serviços e unidades funcionais, preferencialmente integrados em UGI ou CRI.
2. Os serviços e unidades funcionais autónomas não integrados em estruturas de gestão poderão organizar-se em agrupamentos funcionais.

Artigo 43.º
Serviços de ação médica

1. Os serviços de ação médica são as unidades básicas da organização do CHUC, dotados de recursos humanos e tecnológicos adequados e de autonomia técnica e funcional.
2. A estrutura de serviços poderá ser alterada por decisão do conselho de administração, no sentido da criação, fusão ou extinção, alteração de denominação ou área de atuação, desde que devidamente fundamentada e de acordo com as opções inscritas no plano estratégico do hospital.
3. Os atuais serviços de ação médica do CHUC constam do anexo I, o qual faz parte integrante deste regulamento.

Artigo 44.º
Unidades funcionais e unidades funcionais autónomas

1. As unidades funcionais resultam da agregação especializada de recursos humanos e tecnológicos, para criação de massa crítica e ganhos de qualidade técnica e assistencial, podendo existir por agregação de recursos de um único serviço, ou congregarem recursos oriundos de diversos serviços.
2. A proposta de criação de uma unidade funcional, ou de manutenção de uma unidade funcional existente à data de entrada em vigor do presente regulamento, carece de demonstração da sua viabilidade e dos ganhos de qualidade técnica e assistencial que daí resultam, para ser aprovada pelo conselho de administração.
3. As unidades funcionais podem estar integradas num serviço, ou dependerem de uma UGI ou diretamente do conselho de administração, adquirindo, nos dois últimos casos, o estatuto de unidades funcionais autónomas.

Artigo 45.º
Direção dos serviços

1.Os serviços de ação médica são dirigidos por um médico.
2. O diretor de serviço não pode acumular as suas funções com as de diretor de uma UGI ou de coordenador de uma unidade funcional.
3.Os diretores de serviço são nomeados em comissão de serviço pelo conselho de administração, sob proposta do diretor clínico.
4. Quando os serviços se organizem em diferentes polos hospitalares e a sua dimensão e complexidade o justifique, poderá ser nomeado um diretor adjunto, pelo conselho de administração, sob proposta do diretor de serviço, com as competências que este lhe delegar.

Artigo 46.º
Competências dos diretores de serviços

1. Ao diretor de serviço compete, com salvaguarda das competências técnicas e científicas atribuídas a outros profissionais, planear e dirigir toda a atividade do serviço, sendo responsável pela correção e prontidão dos cuidados de saúde a prestar aos doentes, bem como pela utilização e eficiente aproveitamento dos recursos postos à sua disposição.
2. Compete em especial ao diretor de serviço:
a) Definir a organização da prestação de cuidados de saúde na observância das normas emitidas pelas entidades competentes;
b) Elaborar o plano anual de atividades e orçamento de serviço de acordo com as linhas gerais previamente definidas para a UGI ou CRI, bem como o relatório de gestão;
c) Analisar mensalmente os desvios verificados face à atividade esperada e verbas orçamentadas, corrigi-los ou, sendo necessário, propor as medidas corretivas ao diretor da UGI;
d) Assegurar a eficiência dos cuidados de saúde prestados e proceder à sua avaliação sistemática;
e) Promover a aplicação dos programas de controlo de qualidade e de produtividade, zelando por uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde;
f) Garantir a atualização das técnicas utilizadas, promovendo por si ou propondo aos órgãos competentes, as iniciativas aconselháveis para a valorização, o aperfeiçoamento e a formação profissional do pessoal em serviço, e incentivar, organizar e supervisionar todas as atividades de formação e investigação;
g) Assegurar a gestão adequada dos recursos humanos, incluindo o controlo da assiduidade de acordo com a legislação em vigor e a avaliação interna do desempenho global dos profissionais, dentro dos parâmetros estabelecidos;

h) Exercer o poder disciplinar sobre todo o pessoal, independentemente do regime de trabalho que o liga ao hospital;
i) 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 e a observância das leis, dos regulamentos e das normas aplicáveis, assim como o acompanhamento dos objetivos globais definidos;
j) Garantir o registo atempado e correto da contabilização dos atos clínicos e providenciar pela gestão dos bens e equipamentos do serviço;
k) Assegurar a gestão adequada e o controlo dos consumos dos produtos mais significativos, nomeadamente medicamentos e material de consumo clínico.
3. O diretor de serviço pode delegar competências, exceto a sua representação junto do conselho de administração e o controlo da atividade.

Artigo 47.º
Nomeação dos diretores de serviço

1. O diretor de serviço é nomeado pelo conselho de administração sob proposta do diretor clínico, de entre médicos com perfil adequado para o exercício do cargo, ouvido o diretor da UGI ou do CRI, quando existir.
2. O processo conducente à nomeação de um diretor de serviço inclui a prévia apresentação, ao médico indigitado, dos objetivos major que o conselho de administração entende necessário serem atingidos pelo serviço e o faseamento a cumprir.
3. Verificada a consonância de objetivos, o médico indigitado deverá elaborar, num prazo de 15 dias, para aprovação pelo conselho de administração, o plano de ação que se propõe desenvolver como diretor do serviço, e o respetivo orçamento previsional indicativo, em concatenação com o plano estratégico do hospital, com os princípios e objetivos gerais do plano de atividades e com o contrato-programa do hospital, bem como com o plano de atividades e orçamento das estruturas de gestão em que se insira o serviço.
4. O desempenho das funções de diretor de serviço é efetuado em regime de comissão de serviço, nos termos do Código do Trabalho.
5. O mandato do diretor de serviço é de três anos, podendo ser dado por findo, a todo o tempo, pelo conselho de administração, nomeadamente quando ocorra não observância objetiva da lei ou dos regulamentos aprovados por este órgão, não tenham sido alcançados os objetivos acordados, os resultados contratados em sede própria, ou por conveniência institucional.
6. O conselho de administração, através de deliberação específica fundamentada, poderá determinar outras formas de indigitação dos diretores de serviço.

Artigo 48.º
Coordenação das unidades funcionais e das unidades funcionais autónomas

1. As unidades funcionais são dirigidas por um coordenador, a quem compete a orientação técnica.
2. O coordenador de cada unidade funcional é nomeado pelo conselho de administração sob proposta do diretor clínico, quando a unidade é partilhada por serviços distintos e sob proposta do diretor de serviço, quando a unidade se integra no respetivo serviço, ouvido o diretor da UGI ou do CRI, quando existir.
3. A organização e o funcionamento da unidade funcional e da unidade funcional autónoma, bem como as competências específicas do seu coordenador, constarão de regulamento próprio, a aprovar pelo conselho de administração.

Artigo 49.º
Enfermeiros chefes ou nomeados em funções de chefia

1. Os serviços de ação médica têm um enfermeiro chefe, nomeado pelo conselho de administração, sob proposta do enfermeiro diretor, ouvido o diretor do serviço.
2. São competências do enfermeiro chefe:
   a) Supervisionar os cuidados de enfermagem e coordenar tecnicamente a atividade de enfermagem;
   b) Colaborar na preparação dos planos de ação e respetivos relatórios referentes às atividades do serviço;
   c) Programar as atividades de enfermagem definindo nomeadamente, as obrigações específicas dos enfermeiros e do pessoal auxiliar que com eles colabora, propondo medidas destinadas a adequar os recursos disponíveis às necessidades, inclusivamente quando da elaboração de horários e planos de férias;
   d) Propor o nível e tipo de qualificação exigido aos profissionais de enfermagem, em função dos cuidados de enfermagem a prestar;
   e) Promover a utilização otimizada dos recursos, com especial relevo para o controlo dos consumos e utilização adequada dos equipamentos;
   f) Participar nas comissões de escolha de material e equipamento para prestação de cuidados na unidade;
   g) Responsabilizar-se pela garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados;
   h) Promover a aplicação de programas de controlo da qualidade, zelando por uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem;
   i) Criar condições para que sejam efetuados estudos e trabalhos de investigação pelo pessoal de enfermagem e realizar investigação sobre gestão em enfermagem;
   k) Responsabilizar-se pela concretização, na unidade de cuidados, das políticas ou diretivas formativas emanadas pelo órgão de gestão do estabelecimento e do serviço;
   l) Avaliar o pessoal de enfermagem e colaborar na avaliação de outro pessoal;
   m) Exercer outras competências que lhe sejam delegadas.

Artigo 50.º
Organização dos serviços de ação médica

1. Nos serviços de ação médica prestam-se cuidados diretos de saúde nas seguintes áreas:
   a) Internamento;
   b) Consulta externa;
   c) Urgência;
   d) Ambulatório cirúrgico;
   e) Hospital de dia;
   f) Apoio domiciliário.
2. Os cuidados em regime de internamento organizam-se de acordo com o seu grau de gravidade e de diferenciação.
3. A consulta externa é prestada no âmbito de uma especialidade ou subespecialidade médica, incluindo consultas temáticas, em regime de ambulatório, na sequência de encaminhamento ou de referência por médicos da mesma ou de outra especialidade da instituição e por médicos de outras instituições hospitalares ou dos cuidados de saúde primários, de acordo com as redes de referenciação hospitalar, organizando-se segundo as valências existentes.
4. A urgência enquadra-se em modelo de atendimento que garanta a prestação de cuidados imediatos em situações de urgência ou de emergência, vinte e quatro horas por dia.
5. Em ambulatório cirúrgico realizam-se intervenções cirúrgicas programadas sob anestesia geral, loco-regional ou local, em regime de admissão e alta num período máximo de 24 horas.

6. No hospital de dia os utentes recebem cuidados de saúde de forma programada, permanecendo sob vigilância, por períodos inferiores a vinte e quatro horas, regressando posteriormente aos seus domicílios.
7. No apoio domiciliário presta-se assistência de forma continuada ou pontual, no domicílio do utente ou em lares e instituições afins.

Secção II
Área de suporte à prestação de cuidados

Artigo 51.º
Enumeração

Sem prejuízo de outras que venham a ser criadas, no CHUC existem as seguintes estruturas de suporte à prestação de cuidados:

Serviço de assistência espiritual e religiosa;
Serviço de esterilização;
Serviço de saúde ocupacional;
Serviços farmacêuticos;
Serviço social;
Unidade de nutrição e dietética;
Unidade hospitalar de gestão de inscritos para cirurgia;
Unidade hospitalar de gestão do acesso à primeira consulta;
Unidade de psicologia clínica;
Gabinete do utente;
Equipa de gestão de altas;
Equipa intra-hospitalar de cuidados paliativos.

Artigo 52.º
Serviço de assistência espiritual e religiosa

1. O serviço de assistência espiritual e religiosa (SAER) presta apoio espiritual e religioso aos doentes e seus familiares, bem como aos profissionais do hospital.
2. O SAER integra os ministros de confissão católica e os ministros de outras confissões e religiões que regularmente assistam doentes do CHUC.
3. O responsável do SAER é nomeado pelo conselho de administração de entre os ministros das confissões religiosas devidamente acreditados.
4. O responsável deverá elaborar, num prazo de 15 dias, para aprovação pelo conselho de administração, o plano de ação que se propõe desenvolver.
5. No cumprimento da lei da liberdade religiosa, têm acesso ao CHUC os ministros de todas as confissões e religiões que se dirijam ao CHUC para assistir doentes e lhes prestar o apoio solicitado, salvaguardando-se a exigência de registo prévio junto do responsável pelo SAER, com apresentação de documentação adequada, para acreditação e atribuição do cartão de identificação a exibir, sempre que se encontrem em serviço no hospital.

Artigo 53.º
Serviço de esterilização

1. O serviço de esterilização (SE) tem como responsável um enfermeiro com a formação e o perfil adequados, nomeado pelo conselho de administração, sob proposta do enfermeiro diretor.

2. O responsável deverá elaborar num prazo de 15 dias, para aprovação pelo conselho de administração, o plano de ação que se propõe desenvolver.
3. Compete ao SE, designadamente:
a) Gerir todos os circuitos de instrumental cirúrgico e de material de consumo clínico, incluindo a recolha, a lavagem, a desinfeção, a verificação, a embalagem, a esterilização, o armazenamento e a distribuição dos mesmos;
b) Promover a correta disponibilização dos materiais e equipamentos esterilizados e o cumprimento das regras e rotinas estabelecidas;
c) Incorporar as orientações da comissão de controlo da infeção hospitalar e aplicar as normas legais em vigor;
d) Manter um programa de garantia de qualidade dos produtos esterilizados, e do seu acondicionamento, transporte e armazenamento.

Artigo 54.º
Serviço de saúde ocupacional

1. O serviço de saúde ocupacional (SSO) é dirigido por um médico com competências em medicina do trabalho, nomeado pelo conselho de administração, em regime de comissão de serviço nos termos do Código do Trabalho.
2. O diretor deverá elaborar num prazo de 15 dias, para aprovação pelo conselho de administração, o plano de ação que se propõe desenvolver.
3. O SSO tem natureza multidisciplinar, desenvolve atividades eminentemente preventivas, relacionadas com os fatores extrínsecos ou intrínsecos que influenciam o ambiente de trabalho e que afetam a segurança e a saúde de todos os colaboradores do CHUC.
4. Aos colaboradores do SSO são conferidas a independência técnica, a autonomia profissional e a isenção adequadas, no exercício das suas funções.
5. Os colaboradores do SSO asseguram a confidencialidade relativamente aos dados pessoais dos utentes, perante terceiros, incluindo o CHUC.
6. Compete, nomeadamente ao SSO:
a) Garantir a prevenção das doenças profissionais e a promoção da saúde dos trabalhadores do hospital;
b) Identificar e avaliar as situações de risco nos locais de trabalho, mediante vigilância ambiental e verificação do modo de prestação do trabalho;
c) Preparar informação que lhe seja pedida pelo conselho de administração ou pelos responsáveis pelas estruturas de gestão e direção, no que respeita à organização e localização dos espaços de trabalho, ao planeamento do trabalho e às características dos equipamentos escolhidos e matérias que os compõem;
d) Disponibilizar informação e promover o aconselhamento e o ensino para a saúde ocupacional, bem como a segurança e a higiene no local de trabalho.
7. O mandato do diretor dos SSO é de três anos, podendo ser dado por findo, a todo o tempo, pelo conselho de administração, nomeadamente, quando ocorra a não observância da lei ou dos regulamentos em vigor ou não tenham sido alcançados os resultados contratados em sede própria.

Artigo 55.º
Serviços farmacêuticos

1. Os serviços farmacêuticos (SF) são dirigidos por um farmacêutico nomeado pelo conselho de administração, em regime de comissão de serviço, nos termos da legislação em vigor.
2. O diretor dos SF deverá elaborar num prazo de 15 dias, para aprovação pelo conselho de administração, o plano de ação que se propõe desenvolver.
3. O diretor dos SF é coadjuvado por um administrador hospitalar.
4. São funções dos SF:

a) Organizar os processos de trabalho e gerir os recursos humanos de forma a prosseguir os objetivos definidos na prestação de cuidados farmacêuticos;
b) Gerir o medicamento, nas vertentes da utilização clínica e da gestão económica, integrando procedimentos inerentes à seleção, produção, distribuição e monitorização, de forma a garantir a segurança, eficácia e eficiência da sua utilização;
c) Garantir o cumprimento do plano terapêutico, no que respeita às necessidades em medicamentos, a todos os doentes do hospital, em regime de internamento e de ambulatório, neste caso, sempre que a legislação o determinar;
d) Promover os programas de formação contínua da sua equipa de trabalho, assim como os projetos e programas na área da qualidade, orientados para a certificação dos diferentes setores dos serviços farmacêuticos;
e) Colaborar nas atividades de investigação e ensino, no âmbito da sua área específica.
5. O mandato do diretor dos SF é de três anos, podendo ser dado por findo, a todo o tempo, pelo conselho de administração, nomeadamente, quando ocorra a não observância da lei ou dos regulamentos em vigor ou não tenham sido alcançados os resultados contratados em sede própria.

Artigo 56.º
Serviço social

1. O serviço social é dirigido por um profissional licenciado com formação adequada, nomeado pelo conselho de administração, tendo em consideração o perfil e as competências técnicas exigidas.
2. O diretor deverá elaborar num prazo de 15 dias, para aprovação pelo conselho de administração, o plano de ação que se propõe desenvolver.
3. Compete, nomeadamente, ao serviço social:
a) Integrar as equipas de saúde;
b) Informar e esclarecer o utente e a família sobre os seus deveres, direitos e apoios sociais;
c) Identificar e analisar os problemas e as necessidades de apoio social dos utentes e das respetivas famílias, mediante a prévia elaboração de planos de intervenção social;
d) Cooperar com os serviços de internamento e urgência na programação das altas hospitalares e assegurar a continuidade dos cuidados e a reintegração do doente na comunidade;
e) Assegurar a continuidade dos cuidados sociais a prestar, em articulação com os parceiros da comunidade;
f) Articular-se com o diretor clínico e o enfermeiro diretor no planeamento das suas atividades;
g) Articular-se com os restantes profissionais do CHUC para melhor garantir a qualidade, humanização e eficiência na prestação do apoio social;
h) Proceder à investigação, estudo e conceção de processos, métodos e técnicas de intervenção social.

Artigo 57.º
Unidade de nutrição e dietética

1. A unidade de nutrição e dietética (UND) é coordenada por um médico com formação adequada, nomeado pelo conselho de administração, sob proposta do diretor clínico.
2. O coordenador deverá elaborar num prazo de 15 dias, para aprovação pelo conselho de administração, o plano de ação que se propõe desenvolver.
3. Junto da UND funciona o conselho de nutrição e dietética, que, para além do coordenador da unidade, integra um médico com formação em nutrição clínica, um nutricionista ou dietista, um técnico superior de saúde com formação em qualidade e higiene alimentar, um farmacêutico e um enfermeiro, todos nomeados pelo conselho de administração, sob proposta do coordenador.

4. A unidade de nutrição e dietética compreende as seguintes áreas funcionais: nutrição clínica e supervisão do funcionamento dos serviços de alimentação.
5. A área de nutrição clínica articula-se com os serviços de cuidados médicos e consiste, entre outros, no atendimento personalizado de doentes internados ou em regime ambulatório para avaliação e elaboração de plano nutricional individual e acompanhamento nutricional subsequente, sempre que clinicamente necessário. Compete-lhe, designadamente:

a) Diagnosticar a desnutrição, identificar doentes em risco, estudar os seus desequilíbrios alimentares e participar na avaliação do respetivo estado nutricional;

b) Intervir no domínio da terapêutica dietética, implementar o suporte nutricional e participar na respetiva monitorização, incluindo os seus efeitos adversos;

c) Promover a investigação clínica e a investigação biomédica em nutrição;

6. A área de supervisão técnica do serviço de alimentação articula-se com os serviços hoteleiros, os serviços clínicos e os prestadores dos serviços de alimentação em regime de *outsourcing* e compete-lhe, designadamente:

a) Controlo técnico e de qualidade da alimentação de doentes e de pessoal;

b) Controlo higio-sanitário dos alimentos, das instalações e equipamentos dos serviços de alimentação, copas e outros relacionados com o armazenamento, manipulação e distribuição alimentar;

c) Colaboração no controlo económico relativo à alimentação de doentes e de colaboradores do CHUC.

7. Compete também a esta unidade promover a articulação com organismos de saúde, de educação ou outros, em especial comunitários, na prossecução de boas práticas nutricionais.

Artigo 58.º
Unidade hospitalar de gestão de inscritos para cirurgia

1. A unidade hospitalar de gestão de inscritos para cirurgia (UHGIC) é uma estrutura do sistema integrado de gestão de inscritos para cirurgia (SIGIC) sedeada no centro hospitalar.
2. A UHGIC é composta por um médico da área cirúrgica, que coordena, e por um administrador hospitalar, nomeados pelo conselho de administração, sob proposta do diretor clínico.
3. O coordenador deverá elaborar num prazo de 15 dias, para aprovação pelo conselho de administração, o plano de ação que se propõe desenvolver.
4. À UHGIC compete em geral, divulgar e garantir o cumprimento das disposições legais relativas ao SIGIC, por todos os serviços da instituição.
5. Compete, em especial, à UHGIC:

a) A centralização dos procedimentos de gestão da lista de inscritos para cirurgia (LIC) de todo o centro hospitalar;
b) A supervisão de todo o circuito do doente inscrito em lista para cirurgia e acompanhamento dos seus vários estados e movimentos na LIC;
c) A atualização permanente da informação administrativa e clínica relativa a cada processo inscrito em lista;
d) A informação e o acompanhamento do doente para esclarecimento de todos os aspetos administrativos relacionados com a sua situação de inscrito em lista para cirurgia;
e) A gestão de todo o processo de transferência dos doentes, incluindo os transportes;
f) A gestão das desconformidades;
g) A monitorização da produção realizada em modalidade remuneratória convencional e modalidade remuneratória adicional;
h) A elaboração da informação necessária para o planeamento, a gestão e a tomada de decisões pelo conselho de administração relativas à lista de inscritos;
i) A elaboração de relatório periódico da produção realizada (e respetivos indicadores) e sua repercussão na lista de inscritos;
j) A avaliação e a comunicação às entidades superiores competentes, de toda a informação considerada pertinente.

Artigo 59.º
Unidade hospitalar de gestão do acesso à primeira consulta

1. A unidade hospitalar de gestão do acesso à primeira consulta (UHGAPC) é uma estrutura de apoio ao programa de consulta a tempo e horas (CTH), sedeada no hospital.
2. À UHGAPC compete, em geral, divulgar e garantir o cumprimento das disposições legais relativas à CTH por todos os serviços da instituição.
3. A UHGAPC é composta um médico, que coordena, e por um administrador hospitalar, nomeados pelo conselho de administração.
4. O coordenador deverá elaborar num prazo de 15 dias, para aprovação pelo conselho de administração, o plano de ação que se propõe desenvolver.
5. Compete, em especial, à UHGAPC:
   a) A centralização dos procedimentos de gestão do acesso à primeira consulta de especialidade;
   b) A supervisão de todo o circuito do doente inscrito em lista para primeira consulta e acompanhamento dos seus vários movimentos na lista;
   c) A monitorização do funcionamento do programa da CTH, identificando desconformidades e definindo medidas corretivas a adotar;
   d) A elaboração da informação necessária para o planeamento, a gestão e a tomada de decisões pelo CA relativos à lista de espera para primeira consulta;
   e) A avaliação e a comunicação às entidades superiores competentes, de toda a informação considerada pertinente.

Artigo 60º.
Unidade de psicologia clínica

1. A unidade de psicologia clínica tem como responsável um profissional licenciado com formação adequada, nomeado pelo conselho de administração, sob proposta do diretor clínico.
2. O responsável deverá elaborar num prazo de 15 dias, para aprovação pelo conselho de administração, o plano de ação que se propõe desenvolver.
3. Compete à unidade de psicologia clínica:
   a) Colaborar com todas as equipas de saúde na área da sua competência específica;
   b) Contribuir para a abordagem multidisciplinar do doente;
   c) Participar em programas de educação para a saúde e em programas de investigação, ensino e formação dos profissionais de saúde.

Artigo 61.º
Gabinete do utente

1. O gabinete do utente (GU) é uma estrutura com composição multidisciplinar, à qual compete a promoção e representação dos direitos e interesses dos doentes.
2. Os membros do GU são nomeados pelo conselho de administração, que designa o respetivo coordenador.
3. Compete ao GU, em especial:
   a) Dar execução aos procedimentos previstos nas disposições legais e regulamentares aplicáveis;
   b) Promover a divulgação dos direitos e deveres dos utentes dos serviços de saúde;
   c) Receber e registar as exposições de utentes e proceder à sua análise;
   d) Solicitar informação aos responsáveis dos serviços visados sobre as exposições dos utentes;
   e) Propor medidas de organização e racionalização dos serviços, que assegurem a satisfação das necessidades e direitos dos utentes;
   f) Elaborar e apresentar relatórios com propostas de resposta às exposições dos utentes;

g) Emitir sínteses trimestrais, semestrais e anuais, relativas às exposições e demais atividades do gabinete do utente e colaborar com o conselho de administração na elaboração de relatórios, nesta área.
h) Elaborar e enviar ao CA o plano de ação e relatório das suas atividades.

Artigo 62.º
Equipa de gestão de altas

1. A equipa de gestão de altas (EGA) é uma estrutura multidisciplinar dedicada à preparação e gestão das altas hospitalares de doentes que requeiram seguimento de saúde e social, quer no domicílio, quer em articulação com as unidades da rede de cuidados continuados integrados da área de influência do CHUC.
2. A EGA é constituída por um médico (que coordena) e um enfermeiro, propostos respetivamente pelo diretor clínico e pelo enfermeiro diretor e ainda por um assistente social, todos nomeados pelo conselho de administração.
3. O coordenador deverá elaborar num prazo de 15 dias, para aprovação pelo conselho de administração, o plano de ação que se propõe desenvolver.
4. A EGA articula-se a nível interno com os serviços de internamento através de representantes de cada serviço indicados pelo respetivo diretor, tendo ainda uma articulação preferencial com o serviço domiciliário, a equipa intra-hospitalar de cuidados paliativos, o serviço social e o serviço de medicina física e reabilitação.
5. A EGA articula-se a nível externo, com as equipas coordenadoras locais e regionais da rede nacional de cuidados continuados integrados e com as equipas prestadoras de cuidados continuados dos centros de saúde.

Artigo 63.º
Equipa intra-hospitalar de cuidados paliativos

1. A equipa intra-hospitalar de cuidados paliativos (ECP) é uma estrutura pluridisciplinar, a quem compete genericamente, coordenar no CHUC a definição e aplicação do plano de cuidados paliativos.
2. A ECP é composta por um núcleo coordenador que integra três médicos e três enfermeiros e por equipas operacionais pluridisciplinares de suporte em cuidados paliativos, sendo os membros do núcleo coordenador designados pelo conselho de administração, sob proposta respetivamente, do diretor clínico e do enfermeiro diretor.
3. Compete ao núcleo coordenador, nomeadamente:
a) Definir, estruturar e implementar as equipas intra-hospitalares operacionais de suporte em cuidados paliativos;
b) Elaborar e manter atualizado o respetivo regulamento e o manual de procedimentos;
c) Definir as atividades a desenvolver em cada ano e o respetivo cronograma de implementação;
d) Definir quais os elementos de cada equipa operacional e de referência nos serviços;
e) Definir indicadores de monitorização e avaliação;
f) Quantificar, na fase de implementação, os custos do projeto em recursos materiais e humanos;
g) Projetar a articulação da prestação de cuidados no domicílio com as unidades inseridas na rede nacional de cuidados continuados integrados;
h) Definir estratégias de formação em cuidados paliativos.
4. As equipas operacionais prestam aconselhamento aos serviços, podendo ainda fornecer quando solicitada, orientação sobre o plano individual de intervenção para doentes internados.

Secção III
Área de apoio à gestão e logística

Artigo 64.º
Enumeração

1. Para intervenção em matérias específicas de interesse comum e sem prejuízo de outras que venham a ser criadas, existem no CHUC, as seguintes estruturas de apoio à gestão e logística:
a) Serviço de aprovisionamento;
b) Serviço de documentação;
c) Serviço de gestão de doentes;
d) Serviço de gestão de recursos humanos;
e) Serviço de instalações e equipamentos;
f) Serviço de tecnologias e sistemas de informação;
g) Serviços financeiros;
h) Serviços hoteleiros;
i) Gabinete de codificação clínica;
j) Gabinete de comunicação, informação e relações públicas;
k) Gabinete de gestão de projetos e investimentos;
l) Gabinete de planeamento e controlo de gestão;
m) Gabinete de qualidade;
n) Gabinete jurídico e de contencioso;
2. Todos os gabinetes e serviços deverão dispor de regulamento próprio a aprovar pelo conselho de administração.
3. Os serviços de apoio à gestão e logística, podem ser agrupados por afinidade em unidades integradas de gestão, perseguindo a eficiência e a articulação entre serviços e com o conselho de administração.
4. As unidades integradas de gestão são geridas por um profissional com perfil adequado e competências em gestão hospitalar, nomeado pelo conselho de administração, sob proposta do responsável pelo pelouro.

Artigo 65.º
Serviço de aprovisionamento

1. O serviço de aprovisionamento (SA) é dirigido por um profissional licenciado com perfil adequado e competências em gestão hospitalar, nomeado pelo conselho de administração, sob proposta do responsável pelo pelouro.
2. O diretor deverá elaborar num prazo de 15 dias, para aprovação pelo conselho de administração, o plano de ação que se propõe desenvolver.
3. Compete ao SA, nomeadamente:
a) Programar as necessidades e adquirir todos os bens, serviços, equipamentos e empreitadas, necessários à prossecução dos fins do CHUC;
b) Proceder à gestão administrativa, física e económica dos *stocks*, bem como a distribuição e monitorização das existências, de forma a garantir a segurança e a eficiência da sua utilização;
c) Apoiar e integrar quando necessário, as equipas de negociação do centro hospitalar.

Artigo 66.º
Serviço de documentação

1. O serviço de documentação (SD) é dirigido por um profissional licenciado com formação e perfil adequados, nomeado pelo conselho de administração, sob proposta do vogal executivo responsável pelo pelouro.
2. O diretor deverá elaborar num prazo de 15 dias, para aprovação pelo conselho de administração, o plano de ação que se propõe desenvolver.
3. Compete ao SD, nomeadamente:
a) Assegurar a gestão e a organização das bibliotecas;
b) Gerir e racionalizar a aquisição de publicações;
c) Garantir a atualização e a acessibilidade às fontes de informação;
d) Cooperar com outras bibliotecas e serviços de documentação;
e) Praticar empréstimos inter-bibliotecas;
f) Efetuar a difusão seletiva da informação bibliográfica.

Artigo 67.º
Serviço de gestão de doentes

1. O serviço de gestão de doentes (SGD) é dirigido por um profissional licenciado com perfil adequado e competências em gestão hospitalar, nomeado pelo conselho de administração, sob proposta do responsável pelo pelouro.
2. O diretor deverá elaborar num prazo de 15 dias, para aprovação pelo conselho de administração, o plano de ação que se propõe desenvolver.
3. Compete ao SGD, nomeadamente:
a) Operacionalizar o registo da informação relativa à produção;
b) Definir procedimentos uniformes e transversais a todos os serviços, que garantam a coerência da informação;
c) Gerir funcionalmente a base de dados de registo da produção;
d) Monitorizar a qualidade da informação registada pelos serviços, com vista à otimização da faturação;
e) Proceder à pré-faturação da produção;
f) Operacionalizar os registos relativos às taxas moderadoras e sua cobrança.

Artigo 68.º
Serviço de gestão de recursos humanos

1. O serviço de gestão de recursos humanos (SGRH) é dirigido por um profissional licenciado com perfil adequado e competências em gestão hospitalar, nomeado pelo conselho de administração, sob proposta do responsável pelo pelouro.
2. O diretor deverá elaborar num prazo de 15 dias, para aprovação pelo conselho de administração, o plano de ação que se propõe desenvolver.
3. Compete, nomeadamente, ao SGRH:
a) Analisar, interpretar e aplicar a legislação e as orientações referentes aos recursos humanos;
b) Gerir esses recursos em função do mapa de pessoal aprovado;
c) Elaborar o orçamento anual para os recursos humanos e monitorizar a respectiva execução;
d) Desenvolver os processos de recrutamento, selecção e contratação de recursos humanos;
e) Manter e aperfeiçoar um sistema de informação integrado;
f) Gerir os sistemas de avaliação de desempenho dos trabalhadores.

Artigo 69.º
Serviço de instalações e equipamentos

1.O serviço de instalações e equipamentos (SIE) é dirigido por um profissional licenciado com perfil e competências em gestão hospitalar, nomeado pelo conselho de administração, sob proposta do responsável pelo pelouro.
2. O diretor deverá elaborar num prazo de 15 dias, para aprovação pelo conselho de administração, o plano de ação que se propõe desenvolver.
3. Compete ao SIE, nomeadamente:
a) Assegurar a manutenção e fiscalização geral de todas as instalações;
b) Proceder à manutenção e fiscalização do equipamento médico, hoteleiro e administrativo e à avaliação e garantia da sua segurança e funcionalidade;
c) Assegurar a gestão da eletricidade, da água, dos fluídos e dos gases medicinais;
d) Proceder ao planeamento, coordenação e acompanhamento das intervenções nos edifícios do centro hospitalar;
e) Proceder à elaboração de cadernos de encargos e à emissão de pareceres de escolha de equipamentos e de empreitadas de obras.

Artigo 70.º
Serviço de tecnologias e sistemas de informação

1. O serviço de tecnologias e sistemas de informação (STSI) é dirigido por um profissional licenciado com perfil adequado e competências em gestão hospitalar, sob proposta do responsável pelo pelouro.
2. O diretor deverá elaborar num prazo de 15 dias, para aprovação pelo conselho de administração, o plano de ação que se propõe desenvolver.
3. Compete ao STSI, designadamente:
a) Assegurar o desenvolvimento de um sistema de informação hospitalar, integrando os equipamentos e as infra-estruturas de comunicação;
b) Prestar assistência às redes informáticas e aos equipamentos instalados;
c) Produzir novas aplicações informáticas ou promover a sua atualização;
d) Elaborar cadernos de encargos e dar parecer sobre a aquisição de *hardware* e *software*;
e) Propor e dinamizar ações de formação para os profissionais do hospital;
f) Auditar o fornecimento de serviços externos na sua área de competências.

Artigo 71.º
Serviços financeiros

1. Os serviços financeiros (SF) são dirigidos por um profissional licenciado com perfil adequado e competências em gestão hospitalar, nomeado pelo conselho de administração, sob proposta do responsável pelo pelouro.
2. O diretor deverá elaborar num prazo de 15 dias, para aprovação pelo conselho de administração, o plano de ação que se propõe desenvolver.
3. Compete aos SF, nomeadamente:
a) Assegurar a escrituração contabilística dos registos patrimoniais e de caixa, de acordo com o plano de contabilidade do ministério da saúde e com as diretrizes que lhe são aplicáveis;
b) Organizar e manter a tesouraria, procedendo a recebimentos e pagamentos, aplicando os saldos disponíveis, nos termos das orientações do órgão de gestão;
c) Contribuir para a elaboração do orçamento e acompanhar a sua execução;
d) Elaborar a informação económica e financeira para os fins internos e externos, dando cumprimento aos deveres de informação periódica, nos termos da lei;

e) Elaborar e manter atualizada a contabilidade analítica;
f) Garantir a inventariação, a amortização e a reintegração do imobilizado da instituição e a sua permanente atualização.

Artigo 72.º
Serviços hoteleiros

1. Os serviços hoteleiros (SH) são dirigidos por um profissional licenciado com perfil adequado e competências em gestão hospitalar, nomeado pelo conselho de administração, sob proposta do responsável pelo pelouro.
2. O diretor deverá elaborar num prazo de 15 dias, para aprovação pelo conselho de administração, o plano de ação que se propõe desenvolver.
3. Os SH articulam-se com os restantes serviços do CHUC e com os prestadores de serviços externos para assegurarem as funções de:
a) Alimentação, higiene e limpeza, segurança, transportes, tratamento e distribuição de roupa, gestão de resíduos, parques, arruamentos e jardins, comunicações, expediente, portarias e atendimento público;
b) Apoio aos serviços clínicos, nas funções inerentes aos serviços gerais;

Artigo 73º
Gabinete de codificação clínica.

1. O gabinete de codificação clínica (GCC) integra a auditoria de codificação clínica e os médicos codificadores e é coordenado por um médico auditor, designado pelo diretor clínico.
2. O coordenador deverá elaborar num prazo de 15 dias, para aprovação pelo conselho de administração, o plano de ação que se propõe desenvolver.
3. Compete ao GCC, nomeadamente:
a) A codificação de informação clínica;
b) A supervisão do processo de agrupamento em GDH;
c) A monitorização e auditoria da qualidade dos registos clínicos.

Artigo 74.º
Gabinete de comunicação, informação e relações públicas

1. O gabinete de comunicação, informação e relações públicas (GCIRP) é coordenado por um profissional licenciado com formação e perfil adequados, nomeado pelo conselho de administração, sob proposta do responsável pelo pelouro.
2. O coordenador deverá elaborar num prazo de 15 dias, para aprovação pelo conselho de administração, o plano de ação que se propõe desenvolver.
3. Compete ao GCIRP, nomeadamente:
a) Organizar e gerir a comunicação interna e externa;
b) Assessorar o conselho de administração relativamente à imagem pública da instituição;
c) Coordenar editorialmente os conteúdos do *site* corporativo e de outras publicações do hospital;
d) Organizar eventos no CHUC;
e) Promover pelos diversos meios a imagem do CHUC.

Artigo 75.º
Gabinete de gestão de projetos e investimentos

1. O gabinete de gestão de projetos e investimentos (GGPI) é coordenado por um profissional licenciado

com perfil adequado e competências em gestão hospitalar, nomeado pelo conselho de administração, sob proposta do responsável pelo pelouro.
2. O coordenador deverá elaborar num prazo de 15 dias, para aprovação pelo conselho de administração, o plano de ação que se propõe desenvolver.
3. Compete ao GGPI, nomeadamente:
a) Identificar os programas de financiamento em que se possam enquadrar projetos de investimento do CHUC;
b) Elaborar as candidaturas a programas de financiamento, em colaboração com os serviços em que os mesmos se vão desenvolver, superintender à sua remessa às entidades financiadoras e acompanhar e monitorizar a sua execução física e financeira;
c) Informar periodicamente o conselho de administração sobre o grau de execução dos projetos financiados;
d) Acompanhar a execução das deliberações do conselho de administração respeitantes a projetos de investimento que lhe sejam presentes, monitorizando o cumprimento das etapas que conduzam à sua concretização.

Artigo 76.º
Gabinete de planeamento e controlo de gestão

1. O gabinete de planeamento e controlo de gestão (GPCG) é coordenado por um profissional licenciado com perfil adequado e competências em gestão hospitalar, nomeado pelo conselho de administração, sob proposta do responsável pelo pelouro.
2. O coordenador deverá elaborar num prazo de 15 dias, para aprovação pelo conselho de administração, o plano de ação que se propõe desenvolver.
3. Compete ao GPCG, nomeadamente:
a) Colaborar com o conselho de administração na definição dos objetivos gerais e sectoriais do hospital;
b) Coordenar a elaboração dos orçamentos sectoriais no âmbito da contratualização interna;
c) Centralizar e difundir a informação necessária aos diferentes níveis de gestão;
d) Construir um sistema de controlo de gestão;
e) Proceder à elaboração de estudos no âmbito da sua atividade;
f) Propor a criação de centros de custos;
g) Elaborar o relatório de gestão anual.

Artigo 77.º
Gabinete de qualidade

1. O gabinete de qualidade (GQ) é o órgão executivo da comissão de qualidade e segurança do doente (CQS), que executa as ações necessárias ao cumprimento do plano elaborado por esta comissão e aprovados pelo conselho de administração.
2. O GQ depende diretamente do presidente do conselho de administração ou de quem este delegar a coordenação da CQS.
3. O GQ é constituído pelo presidente da CQS, pelos gestores da qualidade, pelos gestores do risco clínico e pelos gestores do risco não clínico.
4. A nomeação destes gestores é feita pelo conselho de administração.
5. Ao GQ incumbe em geral pôr em execução o plano de qualidade e nomeadamente:
a) Implementar a política de qualidade e segurança do doente, definida pelo conselho de administração;
b) Coordenar a estratégia de gestão de risco;

c) Realizar, promover e monitorizar projetos de qualidade e segurança do doente, estudos, auditorias, inquéritos, e outra informação relevante;
d) Apoiar e acompanhar ações de melhoria da qualidade e segurança do doente, equipas de projetos da qualidade e prestação de serviços nesta área;
e) Promover a articulação com outras comissões e serviços, relativamente aos aspetos de qualidade e segurança do doente;
f) Colaborar na definição de indicadores de qualidade;
g) Sensibilizar e formar os profissionais e outros intervenientes no âmbito da qualidade e segurança do doente;

Artigo 78.º
Gabinete jurídico e de contencioso

1. O gabinete jurídico (GJC) é coordenado por um profissional licenciado com formação e perfil adequados, nomeado pelo conselho de administração, sob proposta do responsável pelo pelouro.
2. O coordenador deverá elaborar num prazo de 15 dias, para aprovação pelo conselho de administração, o plano de ação que se propõe desenvolver.
3. Compete ao GJC, nomeadamente:
   a) Prestar assessoria jurídica ao conselho de administração e demais órgãos de gestão;
   b) Elaborar estudos, pareceres e informações de natureza jurídica sobre matérias relevantes para a atividade do CHUC;
   c) Dinamizar o conhecimento oportuno de normas e regulamentos e proceder ao tratamento da legislação e jurisprudência de interesse;
   d) Instruir processos de averiguações e disciplinares, independentemente do vínculo laboral dos visados;
   e) Instruir e colaborar na instrução dos demais procedimentos administrativos, em especial recursos hierárquicos;
   f) Promover e assegurar a defesa contenciosa dos interesses do CHUC;
   g) Elaborar participações criminais e acompanhar os respetivos procedimentos;
   h) Prestar patrocínio judiciário em todas as jurisdições.

Secção IV
Área de formação, investigação, inovação e desenvolvimento

Artigo 79.º
Enumeração

Sem prejuízo de outras que venham a ser criadas, nesta área existem no CHUC as seguintes estruturas:
a) Serviço de formação;
b) Unidade de inovação e desenvolvimento;
c) Centro de simulação biomédica.

Artigo 80.º
Serviço de formação

1.O serviço de formação (SF) é dirigido por um profissional licenciado com formação e perfil adequados, nomeado pelo conselho de administração, sob proposta do responsável pelo pelouro.
2. O diretor deverá elaborar num prazo de 15 dias, para aprovação pelo conselho de administração, o plano de ação que se propõe desenvolver.
3. Compete ao SF, designadamente:
   a) Realizar intervenções formativas, baseadas em análise de necessidades transversais;
   b) Promover a aquisição ou o reforço de competências e a mudança de atitudes e comportamentos

profissionais;
c) Contribuir para o aumento de qualidade dos cuidados a prestar;
d) Colaborar com outras estruturas de formação e estabelecimentos de ensino;
e) Elaborar e submeter à aprovação do conselho de administração o plano anual de atividades e o respetivo relatório de execução.

Artigo 81.º
Unidade de inovação e desenvolvimento

1. A unidade de inovação e desenvolvimento (UID) é uma estrutura de apoio e consulta do conselho de administração, para as opções estratégicas nas áreas da inovação, desenvolvimento e investigação.
2. A UID funciona na dependência direta do presidente do conselho de administração.
3. A UID é dirigida por um diretor nomeado pelo conselho de administração, a quem compete o acompanhamento e coordenação global das atividades e representar a unidade.
4. O diretor deverá elaborar num prazo de 15 dias, para aprovação pelo conselho de administração, o plano de ação que se propõe desenvolver.
5. Junto da UID funciona o conselho para a inovação, desenvolvimento e investigação (CIDI), de que fazem parte o diretor da UID, que a preside, os responsáveis pelas estruturas que integram, cinco profissionais de serviços diferentes do CHUC escolhidos por serem primeiros autores de artigos com o maior número de citações ou com maior pontuação do fator de impacto nos últimos cinco anos, e seis personalidades externas ou internas, de reconhecido mérito no âmbito das funções da UID.
6. A UID bem como as estruturas que a integram regem-se por regulamento próprio, a aprovar pelo conselho de administração do CHUC, ouvido o CIDI.
7. São competências da UID:
a) Apoiar o conselho de administração na definição das políticas de inovação, desenvolvimento e investigação;
b) Identificar e promover sinergias entre as estruturas que a integram;
c) Identificar parceiros externos que possam trazer vantagens competitivas ao CHUC;
d) Identificar e proteger tecnologias e metodologias inovadoras, geradas no CHUC, que possam ser partilhadas ou patenteadas;
e) Promover a oferta da prestação de serviços dos seus membros, junto dos públicos-alvo.
8. A UID integra o centro de ensaios clínicos, o centro de investigação, o centro de treino de competências clínicas básicas, o centro de treino de competências clínicas avançadas, o gestor da investigação, o núcleo de epidemiologia, o núcleo de bioestatística e outras estruturas que a todo o momento, o conselho de administração entenda relevantes.
9. Os responsáveis pelas estruturas integrantes da UID são nomeados pelo conselho de administração, ouvido o presidente desta.
10. Compete ao centro de ensaios clínicos, coordenar e apoiar todos os ensaios clínicos do CHUC, supervisionar o seu circuito e o cumprimento das regras de segurança, assegurar a fiabilidade dos contratos financeiros e identificar novos projetos.
11. Compete ao centro de treino de competências clínicas básicas contribuir para a educação pré-graduada, nomeadamente na componente de treino semiológico, baseado em modelos e estudo tutorial.
12.Compete ao centro de treino de competências clínicas avançadas contribuir, para a formação pós-graduada baseada no treino, na investigação e na inovação.
13. Compete ao gestor da investigação, identificar as grandes linhas da investigação em saúde e incentivar o desenvolvimento de projetos, identificar linhas de financiamento e apoiar as candidaturas, emitir pareceres, elaborar o inventário de recursos existentes, fomentar parcerias e o estabelecimento de redes e estimular e apoiar a publicação de trabalhos.

14. Compete aos núcleos de epidemiologia e de bioestatística, apoiar o desenho metodológico de projetos de investigação, efetuar a análise de resultados, elaborar estudos e análises para apoio à decisão dos órgãos de gestão, tratar e dinamizar os registos de patologias.

Artigo 82º
Centro de Simulação Biomédica

1.O Centro de Simulação Biomédica (CSB) é uma unidade funcional do CHUC, a quem compete o ensino e a formação em técnicas e procedimentos de cuidados críticos de saúde nas diversas áreas médicas, com vista à diminuição do erro médico e ao aumento da segurança do doente.
2. São atribuições do CSB:
a) Desenvolvimento intensivo e experimental da formação e treino de estudantes, profissionais e equipas de saúde, em especial de cuidados críticos de saúde;
b) Promover a atividade formativa e de investigação de simulação médica nos vários domínios dos cuidados de saúde;
c) Contribuir para a educação médica pré e pós-graduada, para o estudo e aplicação de boas práticas clínicas e para a inovação, o desenvolvimento e a investigação.
3. Para a prossecução das suas atribuições, o CSB é dotado de autonomia científica, técnica e pedagógica e constitui-se como centro de custos.
4. O CSB é dirigido pelo diretor do serviço de anestesiologia, a quem compete o acompanhamento e coordenação global das atividades e representar a unidade.
5. O CSB rege-se por regulamento próprio, a ser aprovado pelo conselho de administração, o qual deverá prever uma organização interna compatível com as exigências legais na área da acreditação e/ou certificação da sua formação.

Capítulo V
Gestão de recursos

Artigo 83.º
Recursos humanos

1. A gestão de recursos humanos rege-se pela legislação em vigor.
2. Sem prejuízo do que constar em diplomas próprios ou convenção coletiva de trabalho, o regime de recrutamento e seleção de pessoal e o regime de carreiras de pessoal, serão aprovados por deliberação do conselho de administração.
3. O CHUC disporá de mapa de pessoal próprio, definido anualmente por deliberação do conselho de administração, com base no respetivo orçamento, abrangendo a globalidade dos profissionais, quer em regime de contrato de trabalho em funções públicas, quer em regime de contrato individual de trabalho.

Artigo 84.º
Recursos financeiros

A gestão dos recursos financeiros rege-se pela legislação em vigor.

Artigo 85º
Património

1. O património do CHUC é constituído pelos bens e direitos por si detidos e adquiridos a qualquer título.
2. O CHUC mantém organizado e atualizado o inventário dos bens cuja administração lhe incumbe, bem como de outros bens cuja utilização lhe está atribuída.
3. Os bens patrimoniais com especial interesse histórico e/ou artístico serão objeto de inventário e catalogação própria.

Artigo 86.º
Aquisição ou locação de bens e serviços e de empreitadas de obras

1. A aquisição de bens e de serviços e a contratação de empreitadas de obras, rege-se pelas normas da contratação pública em vigor para os hospitais EPE.
2. Os processos de aquisição ou locação de bens e serviços e empreitadas de obras, devem garantir o cumprimento dos princípios gerais da livre concorrência, transparência e boa gestão, designadamente, a fundamentação das decisões tomadas.
3. As regras a aplicar nos processos referidos nos números 1 e 2 constam de regulamento próprio, a aprovar pelo conselho de administração.

Artigo 87.º
Contratualização interna

1. O modelo de contratualização interna fundamenta-se na transposição dos compromissos assumidos externamente para o interior da organização e, consequentemente, pelos diferentes níveis de gestão do CHUC com o objetivo de organizar o trabalho de forma convergente e coerente para um fim comum, no sentido de se alcançar o equilíbrio das dimensões assistencial e económico-financeira.
2. A contratualização das atividades das UGI e dos CRI, enquanto estruturas de gestão, assenta na definição de metas e objetivos consonantes com os objectivos estratégicos do CHUC e dos meios à sua disposição, através do estabelecimento de planos de acção e de orçamentos anuais e plurianuais, em processo negocial com o conselho de administração.
3. Até à criação das UGI e dos CRI, cabe aos serviços de ação médica e às unidades funcionais o estabelecido no ponto anterior.
4. Os serviços de suporte à prestação de cuidados e os de apoio à gestão e logística, devem também elaborar planos de ação e orçamentos anuais, independentemente da finalidade e da responsabilidade dos serviços.
5. Todos os planos de acção e orçamentos são submetidos à apreciação do conselho de administração, através do vogal com a respetiva competência, no ano anterior àquele a que diz respeito.
6. Após a negociação contratual, o conselho de administração formaliza anualmente com os diretores das UGI e dos CRI um contrato-programa, constituindo este o principal instrumento de avaliação da atividade e dos compromissos assumidos.

Capítulo VI
Disposições finais

Artigo 88.º
Disposição transitória

Até à conclusão do processo de fusão dos serviços de ação médica, de apoio à prestação de cuidados e de apoio à gestão e logística, poderá coexistir mais do que um serviço da mesma natureza ou especialidade.

Artigo 89.º
Polos ou extensões hospitalares

A atividade dos serviços de ação médica, de apoio à prestação de cuidados e de apoio à gestão e logística, poderá ser desenvolvida em instalações físicas distintas, designadas por polos ou extensões hospitalares.

Artigo 90.º
Colaboração com a Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

1. O CHUC privilegia relações efetivas de colaboração com a Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC), ao abrigo das determinações legais, acordos e protocolos em vigor.
2. A articulação pedagógico-científica entre as duas instituições incumbe, nos termos da legislação vigente, à Comissão Mista (CM), constituída pelo presidente do conselho de administração do CHUC, pelo diretor clínico do CHUC, pelo diretor da FMUC, e por um representante do conselho científico da FMUC.
3. A CM, na persecução dos seus objetivos, poderá propor aos órgãos de gestão do CHUC e da FMUC a criação de um diretor pedagógico-científico.
4. O diretor pedagógico-científico é indicado pela FMUC de entre os professores universitários que exerçam atividade assistencial no CHUC e tem por função apoiar a atividade da CM, em articulação com o diretor clínico.
5. A CM poderá, no âmbito das suas competências, propor protocolos entre a FMUC e o CHUC, relativamente à contratação de docentes pelo CHUC e de médicos da carreira hospitalar pela FMUC.
6. A CM, poderá, no âmbito das suas competências, propor a titulação pela FMUC de médicos da carreira hospitalar e a graduação pelo CHUC de médicos da carreira docente, com base na legislação vigente.
7. A CM poderá propor à FMUC e ao CHUC a constituição de centros académicos, tendo em vista o desenvolvimento de estruturas de ensino e investigação e a constituição de centros de excelência.
8. A CM, no âmbito das suas competências, desenvolverá políticas de estímulo aos doutoramentos clínicos, tendo em consideração a adequação dos respetivos programas doutorais.

Artigo 91.º
Relacionamento com a comunidade

1. O CHUC privilegia formas ativas de relacionamento com a comunidade, nomeadamente, com as instituições de saúde, de ensino e de segurança social, organizações de consumidores, autarquias locais, entidades de formação profissional e outras entidades locais, regionais, nacionais e internacionais de interesse público ou privado.
2. O CHUC privilegia, em particular, a convivência com as casas do pessoal e as ligas de amigos.

Artigo 92º.
Voluntariado

1.O CHUC reconhece a importância do(s) voluntariado(s) como meio de contribuir para a humanização dos cuidados de saúde prestados.

2. Incumbe ao(s) voluntariado(s) do CHUC prestar apoio humanitário aos utentes do hospital, desenvolvendo a sua ação em estreita colaboração com o serviço social e com os serviços prestadores de cuidados.

Artigo 93.º
Visitas

1. O CHUC reconhece a importância do acompanhamento dos utentes internados, por familiares e amigos e a necessidade de promover um regime de visitas o mais alargado possível.
2. Os horários e as condições em que as visitas se realizam constam de regulamento próprio.

Artigo 94.º
Remissões

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

Artigo 95.º
Regulamentação complementar

Compete ao conselho de administração, a regulamentação e a definição de normas complementares ou interpretativas para a aplicação do presente regulamento.

Artigo 96.º
Dúvidas e omissões

As dúvidas e omissões do presente regulamento interno, serão resolvidas por deliberação do conselho de administração.

ANEXO I

SERVIÇOS DE AÇÃO MÉDICA DO CHUC:

Serviço de anatomia patológica
Serviço de anestesiologia
Serviço de angiologia e cirurgia vascular
Serviço de cardiologia
Serviço de cardiologia pediátrica
Serviço de cirurgia geral
Serviço de cirurgia cardiotorácica e transplantação de órgãos torácicos
Serviço de cirurgia maxilo-facial
Serviço de cirurgia pediátrica e queimados
Serviço de cirurgia plástica reconstrutiva e queimados
Serviço de cuidados intensivos pediátricos
Serviço de dermatologia e venereologia
Serviço domiciliário
Serviço de endocrinologia, diabetes e metabolismo
Serviço de estomatologia
Serviço de gastrenterologia
Serviço de genética médica
Serviço de ginecologia
Serviço de hematologia clínica
Serviço de imagem médica
Serviço de imunoalergologia
Serviço de infecciologia
Serviço de medicina física e de reabilitação
Serviço de medicina intensiva
Serviço de medicina interna
Serviço de medicina nuclear
Serviço de nefrologia
Serviço de neonatologia
Serviço de neurocirurgia
Serviço de neurologia
Serviço de obstetrícia
Serviço de oftalmologia
Serviço de oncologia médica
Serviço de oncologia pediátrica
Serviço de ortopedia
Serviço de otorrinolaringologia
Serviço de patologia clínica
Serviço de pediatria ambulatória
Serviço de pediatria médica
Serviço de pedopsiquiatria
Serviço de pneumologia
Serviço de psiquiatria
Serviço de radioterapia
Serviço de reprodução humana
Serviço de reumatologia
Serviço de sangue e medicina transfusional

Serviço de urgência geral
Serviço de urgência pediátrica
Serviço de urologia e transplantação renal

UNIDADES FUNCIONAIS AUTÓNOMAS

Unidade de transplantação hepática de adultos e de crianças - HUC
Centro de desenvolvimento da criança - Ped
Centro de medicina do sono - Ceiceis

UNIDADES PARTILHADAS

Bloco operatório central do polo hospitais da universidade de coimbra
Bloco operatório central do polo hospital geral
Bloco operatório do polo hospital pediátrico
Unidade de cirurgia de ambulatório.