

Hospital
2009.04.08


FRANCISCO RAMOS
Secretário de Estado
Adjunto e da Saúde

REGULAMENTO INTERNO
dos
HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA, E.P.E

Coimbra, 30.03.2009

CAPÍTULO I Disposições gerais

Artigo 1.º Natureza jurídica e sede

Os Hospitais da Universidade de Coimbra, E.P.E., adiante designados por HUC, criados pelo Decreto-Lei n.º 180/2008, de 26 de Agosto, são uma pessoa colectiva de direito público e de natureza empresarial, dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, integrada na rede de prestação de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde (SNS), com o número de pessoa colectiva 508717191 e com sede na Praceta Professor Mota Pinto, em Coimbra.

Artigo 2.º Missão

1. Os HUC apresentam-se como uma referência do Serviço Nacional de Saúde, com funções diferenciadas na prestação de cuidados de saúde, na formação pré-graduada, pós-graduada e contínua, e na investigação científica, sustentadas no mais actualizado conhecimento científico e técnico dos seus profissionais e na inovação e desenvolvimento de metodologias terapêuticas e tecnológicas próprias.
2. Os HUC têm como predicados naturais a abordagem de questões clínicas e diagnósticas de elevada complexidade.

Artigo 3.º Valores e princípios

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

- a) Respeito pela dignidade humana, pela diversidade cultural e pelos direitos dos doentes;
- b) Universalidade do acesso a cuidados de saúde e equidade no tratamento;
- c) Colocação do doente no centro dos processos;
- d) Honestidade, sinceridade e franqueza no relacionamento com os doentes e com os seus familiares e entre os seus profissionais;
- e) Elevados padrões de humanização, de qualidade e de competência técnica e científica dos serviços prestados – excelência;
- f) Espírito de equipa, integridade, confidencialidade, privacidade e cordialidade;
- g) A mudança como motor do desenvolvimento, centrada nos profissionais;
- h) Respeito pela cultura e pelas tradições fundadoras do hospital, assumindo cada um o dever de acrescentar algo ao capital de cultura herdado;
- i) Responsabilidade social;
- j) Respeito pelo ambiente;
- k) Eficácia e eficiência na utilização dos recursos que a comunidade coloca ao seu dispor.

Artigo 4.º Visão

Constitui-se como visão dos HUC:

- a) Aprofundar a sua natureza de grande hospital geral, central e aglutinador de um centro hospitalar universitário.
- b) Ser um centro assistencial de elevada competência, saber e experiência, dotado dos mais avançados recursos tecnológicos e terapêuticos.
- c) Ter um forte compromisso com a investigação, a inovação e o desenvolvimento tecnológico e terapêutico.

d) Ser, na área da saúde, uma referência de elevada capacidade e qualidade no ensino superior e universitário e na formação pós-graduada e contínua.

Artigo 5.º

Objectivos

1. Na sua actuação, os HUC pautam-se pela prossecução dos seguintes objectivos:

- a) Diagnóstico, tratamento e reabilitação dos doentes, em tempo clinicamente adequado, com elevados critérios de qualidade e humanidade dos serviços prestados;
 - b) Internamento hospitalar restrito aos casos em que a assistência não possa ser prestada em regime ambulatorio e/ou domiciliário, viabilizando-se, sempre que se justifique, a prestação de cuidados noutra estabelecimento mais apropriado, de acordo com a actuação integrada do hospital com outras unidades de saúde;
 - c) Articulação sinérgica vertical e horizontal dos diferentes níveis organizacionais internos, independentemente da especialidade a que se dediquem;
 - d) Acompanhamento clínico dos doentes, para além da alta hospitalar, sempre que for tecnicamente necessário.
2. Os objectivos são quantificados e assumidos através de planos de acção e de contratos-programa com a tutela, sendo o seu cumprimento objecto de seguimento e avaliação interna e externa, no sentido de assegurar a concretização das metas estabelecidas.
3. O hospital promove e incentiva a formação profissional dos seus funcionários, desenvolvendo iniciativas tendentes à realização de acções, cursos e outros eventos propiciadores da aprendizagem e da melhoria das competências e saberes no âmbito das respectivas áreas profissionais.
4. O cumprimento de objectivos de ensino, formação e investigação que envolvam entidades externas, deve assentar em protocolo enquadrador estabelecido com as instituições externas envolvidas e ser objecto de compensação, a favor dos HUC, dos encargos adicionais daí resultantes.
5. Os HUC podem, acessoriamente, ceder a exploração de serviços hospitalares, explorar serviços e efectuar operações civis e comerciais relacionadas, directa ou indirectamente, no todo ou em parte, com a sua missão, ou que sejam susceptíveis de facilitar ou favorecer a sua realização, bem como integrar agrupamentos complementares de empresas ou outras formas de associação que tenham por objecto a área da saúde e participar no capital social de outras sociedades, com o mesmo objecto, nos termos da legislação aplicável.

Artigo 6.º

Áreas de influência e de referência

1. Os HUC estão integrados na Unidade de Saúde de Coimbra Norte, de acordo com o Despacho n.º 2217/98 (2ª série), de 6 de Janeiro, e com o Despacho n.º 10149/99 (2ª série), de 28 de Abril.
2. A área de referência dos HUC decorre do estabelecido nas redes de referência hospitalar aprovadas, bem como do que vier a ser superiormente determinado.
3. Para além da área territorial referida no nº 1, os HUC estendem a sua zona de influência directa a outras áreas da Região Centro, de acordo com as redes de referência de determinadas especialidades e na ausência de valência nos respectivos hospitais, ou à generalidade dos doentes que a ele recorram, quando não houver prejuízo para os da sua zona de influência.

Artigo 7.º

Legislação aplicável

Os HUC regem-se pelo presente regulamento interno, pelo diploma da sua criação como entidade pública empresarial e respectiva legislação enquadradora, pelo regime jurídico do sector 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 dos HUC 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 pelos artigos 6.º, 7.º, 12.º, 13.º e 14.º dos Estatutos constantes do Anexo II ao Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro, aprovados para os HUC pelo n.º 2 do artigo 1.º do Decreto-Lei n.º 180/2008, de 26 de Agosto, adiante designados por Estatutos.
2. Aos membros do conselho de administração aplica-se o estatuto do gestor público, sem prejuízo do disposto no artigo 20.º do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde.
3. Sem prejuízo da competência específica do presidente do conselho de administração, do director clínico e do enfermeiro director, 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 no artigo 11º dos Estatutos.
2. As suas regras de funcionamento são as seguintes:
 - a) Conselho de administração reúne ordinariamente uma vez por semana;
 - b) Sempre e quando as circunstâncias o justificarem, 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 respectivos 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 excepção;

- 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 respectiva acta, pelo secretariado do conselho, sendo esta lida e aprovada no início da reunião seguinte.

Artigo 11.º

Presidente do conselho de administração

As competências do presidente do conselho de administração encontram-se reguladas no artigo 8.º dos Estatutos.

Artigo 12.º

Director clínico

1. As competências do director clínico são as constantes do artigo 9.º dos Estatutos.
2. No exercício das suas funções, o director clínico pode ser coadjuvado por um máximo de cinco adjuntos, nomeados pelo conselho de administração, sob sua proposta, sendo as respectivas áreas de responsabilidade definidas na deliberação de nomeação.
3. O complemento remuneratório de cada um dos adjuntos do director clínico é fixado por deliberação do conselho de administração, no momento da nomeação.
4. O director clínico é substituído, nas suas ausências e impedimentos, pelo adjunto por si designado.
5. A cessação de funções do director 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 director

1. As competências do enfermeiro director são as constantes do artigo 10.º dos Estatutos.
2. No exercício das suas funções, o enfermeiro director pode ser coadjuvado por um máximo de cinco adjuntos, nomeados pelo conselho de administração, sob sua proposta, sendo as respectivas áreas definidas na deliberação de nomeação.
3. O complemento remuneratório de cada um dos adjuntos do enfermeiro director é fixado por deliberação do conselho de administração, no momento da nomeação.
4. O enfermeiro director é substituído, nas suas ausências e impedimentos, pelo adjunto por si designado.
5. A cessação de funções do enfermeiro director 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 são reguladas pelos artigos 15.º e 16.º dos Estatutos.

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 estão reguladas nos artigos 18.º a 20.º dos Estatutos.

Subsecção IV

Auditor interno

Artigo 16.º

Designação, mandato e competências

1. Nos HUC deve existir um auditor interno, designado pelo conselho de administração.
2. A designação, o mandato e as competências do auditor interno constam do artigo 17.º dos Estatutos.

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. São comissões de apoio técnico obrigatórias:
 - a) Comissão de controlo da infecção hospitalar;
 - b) Comissão de ética;
 - c) Comissão de farmácia e terapêutica;
 - d) Comissão de qualidade e segurança do doente.
3. Para além das comissões obrigatórias referidas no número anterior, os HUC dispõem ainda dos seguintes órgãos permanentes de apoio técnico:
 - a) Comissão de catástrofe e planeamento hospitalar de emergência;
 - b) Comissão de coordenação oncológica;
 - c) Comissão de enfermagem;
 - d) Comissão de informática clínica;
 - e) Comissão de normalização de materiais de consumo clínico e equipamentos clínicos;
 - f) Comissão de protecção radiológica;
 - g) Comissão médica;
 - h) Comissão técnica de certificação de condição para a interrupção de gravidez;
 - i) Conselho de transplantação de órgãos e tecidos;
 - j) Direcção do internato médico;
4. Compete ao conselho de administração, a designação dos membros dos órgãos de apoio técnico previstos nos números anteriores.
5. 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.
6. Os membros dos órgãos de apoio técnico desempenham as suas funções nos serviços a que se encontram afectos, dispondo de horário adequado a atribuir pelo conselho de administração, em função da especificidade e intensidade das actividades que lhe estão cometidas.

7. O funcionamento de cada órgão de apoio técnico é definido em regulamento próprio, a apresentar no prazo de 60 dias, para aprovação pelo conselho de administração.
8. Cada órgão de apoio técnico deve apresentar e submeter à aprovação do conselho de administração um plano anual de actividades e o respectivo relatório de execução.
9. Sempre que necessário, o conselho de administração pode, por sua iniciativa ou por proposta de outros órgãos, criar comissões ou grupos de trabalho com carácter permanente ou temporário.

Artigo 18.º

Comissão de controlo da infecção hospitalar

1. À comissão de controlo da infecção 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 infecção hospitalar, sendo um o coordenador, e por enfermeiros com formação específica em controlo da infecção.
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 respectivamente pelo director e pelo enfermeiro chefe do serviço clínico a que pertencem.
6. A CCIH rege-se e é organizada pelas disposições estabelecidas no Despacho n.º 14178/2007 do Ministro da Saúde, publicado no Diário da República n.º 127, 2.ª série, de 4 de Julho, no Despacho n.º 18052/2007 do Director Geral da Saúde, publicado no Diário da República n.º 156, 2.ª série, de 14 de Agosto, e na Circular Normativa n.º 18/DSQC/DSC de 15 de Outubro de 2007, ambos da Direcção-Geral da Saúde, sendo a designação dos membros dos órgãos da CCIH da competência do conselho de administração, sob proposta do director 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 aspectos de natureza bioética próprios de um hospital com actividades 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 director clínico, de entre médicos, enfermeiros, farmacêuticos, juristas, psicólogos, teólogos e profissionais de outras áreas das ciências sociais e humanas.
3. A CE rege-se pelas disposições do Decreto-Lei n.º 97/95, de 10 de Maio e da Lei n.º 46/2004, de 9 de Agosto.
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 no Despacho n.º 26951/2007 do Ministro da Saúde, publicado no Diário da República, 2.ª série, de 26 de Novembro, integrando esta entidade peritos médicos de apoio, um para cada programa de transplantação que incluía dadores vivos, designados pelo director clínico, ouvido o presidente da CE.

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 acção médica e os serviços farmacêuticos e interagir na dinâmica funcional dos mesmos.
2. A CFT é constituída por seis membros, três médicos e três farmacêuticos, nomeados pelo conselho de administração, sob proposta do director clínico, sendo presidida pelo director 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 dos HUC ao FHNM, devendo este trabalho, em constante desenvolvimento, ser enquadrado no âmbito de cada edição do mesmo documento;
 - c) Discutir a introdução de novos medicamentos no hospital, quer os já aprovados pela agência nacional de medicamentos (INFARMED), quer os que são objecto de decisão de importação directa, quer ainda todos os que, apesar de ainda não aprovados no mercado nacional, se revelam de absoluta necessidade para uma moderna e eficaz prática médica;
 - d) Dar parecer sobre os dispositivos médicos medicalizados a introduzir nos HUC;
 - 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 respectivo registo das características do medicamento (RCM);
 - g) Discutir, analisar e decidir sobre a utilização de medicamentos em indicações não aprovadas e implementar a respectiva 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 hospital e integrá-lo no programa nacional;
 - k) Analisar mensalmente a evolução de consumos de medicamentos nos HUC, quer de forma geral quer de forma particular, por algumas áreas medicamentosas;
 - l) Avaliar e propor normas sobre tudo o que tiver por conveniente dentro das 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 a implementação das suas decisões.
6. No âmbito das suas competências e funções, a CFT rege-se pelo Despacho n.º 1 083/2004 (2.ª série) do Ministro da Saúde, de 1 de Dezembro de 2003, publicado no Diário da República n.º 14, 2.ª série, de 17 de Janeiro de 2004.

Artigo 21.º

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 objectivos estratégicos do hospital e lhe confira o reconhecimento de excelência, num quadro de respeito pelas recomendações da União Europeia mencionadas no preâmbulo do Decreto-Lei 50-A/2007 de 28 de Fevereiro, e utilizando uma abordagem sistémica como alicerce do desenvolvimento de uma cultura de qualidade, segurança e humanização dos serviços.
2. A política de qualidade e segurança a prosseguir incluirá a aplicação global, sectorial ou local de normas de certificação e de acreditação, de acordo com as opções estratégicas do hospital.

3. A CQS é constituída por uma equipa pluridisciplinar nomeada pelo conselho de administração, sob proposta do director clínico, oriunda de diferentes sectores profissionais, nomeadamente, médico, de enfermagem, farmacêutico, da administração hospitalar, do serviço social, das instalações e equipamentos e do administrativo, sendo um destes profissionais o presidente, integrando ainda, por inerência, os membros do gabinete de qualidade.
4. No âmbito do desenvolvimento dos objectivos 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) Aplicar o plano de qualidade e segurança do hospital;
 - c) Avaliar de modo contínuo as diferentes dimensões da qualidade;
 - d) Acompanhar as actividades dos diferentes sectores do hospital, designadamente as incluídas no plano de acção anual.

Artigo 22.º

Comissão de catástrofe e planeamento hospitalar de emergência

1. À comissão de catástrofe e planeamento hospitalar de emergência e planeamento de emergência (CCPHE) compete, genericamente, apoiar o conselho de administração em todos os assuntos que tenham a ver com a sua área de intervenção.
2. A CCPHE é composta por um número máximo de seis membros, sendo um deles o presidente do conselho de administração, que coordena.
3. A organização, o funcionamento e os mecanismos de activação do plano de emergência externa e do plano de emergência interna, as formas de actuação, a formação do pessoal e outras matérias conexas constam de documentos próprios.
4. À CCPHE compete, designadamente:
 - a) Organizar os meios de modo a garantir, por parte do hospital, uma eficaz actuação e utilização dos recursos humanos e materiais, na sequência de uma emergência externa ou de uma situação de emergência interna, de dimensões inusitadas, devendo, para o efeito, proceder à elaboração dos respectivos planos de emergência;
 - b) Manter actualizados e operacionais estes planos, procedendo à sua revisão e actualização periódicas, de acordo com a análise dos respectivos riscos, programando a actuação dos HUC em situação de risco potencial;
 - d) Promover a formação e o treino dos profissionais do hospital em conformidade com os planos de emergência.

Artigo 23.º

Comissão de coordenação oncológica

1. À comissão de coordenação oncológica (CCO) compete apoiar o conselho de administração sobre as matérias que forem da sua competência.
2. A CCO é presidida pelo director clínico ou por um elemento por si indicado, e é composta pelo director da unidade de inovação e desenvolvimento, os directores dos serviços de especialidades envolvidas no diagnóstico e/ou tratamento de doentes com patologia tumoral maligna, o director do serviço de oncologia médica, o director do serviço de radioterapia, o director dos serviços farmacêuticos, os directores dos serviços laboratoriais envolvidos no diagnóstico da patologia tumoral, o coordenador do grupo multidisciplinar para os tumores hereditários, o responsável pelo registo oncológico e um farmacologista clínico, podendo ainda integrar a CCO consultores de áreas afins externas ao hospital ou oriundos do hospital, nomeados pelo conselho de administração, sob proposta do director 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. Consideram-se, desde já, como órgãos da CCO:
 - a) O grupo de acompanhamento, com composição a definir pela CCO;
 - b) O grupo multidisciplinar para os tumores hereditários, com composição a definir pela CCO.
5. Compete, designadamente, à CCO:

- a) Organizar as consultas multidisciplinares de decisão terapêutica e zelar pelo seu correcto funcionamento;
 - b) Aprovar os protocolos de actuação diagnóstica, terapêutica e de seguimento das diversas localizações da doença oncológica;
 - c) Emitir pareceres quando solicitados e elaborar propostas por iniciativa própria;
 - d) Submeter à comissão de farmácia e terapêutica a introdução de novos medicamentos na área da oncologia;
 - e) Propor o coordenador do registo oncológico ao conselho de administração e acompanhar o funcionamento deste registo.
6. O presidente da CCO representa os HUC na comissão oncológica regional (COR) da ARS do Centro, de acordo com a legislação em vigor, e em outras instâncias sempre que solicitado.
7. A CCO rege-se pela Portaria n.º 420/90, de 8 de Junho e pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 129/2001, de 17 de Agosto.

Artigo 24.º

Comissão de enfermagem

1. A comissão de enfermagem (CENF) é um órgão de apoio à decisão do enfermeiro director.
2. A CENF é constituída pelo enfermeiro director, que coordena, pelos adjuntos do enfermeiro director, pelos enfermeiros supervisores e enfermeiros chefes.
3. A CENF reúne em plenário, por convocatória do enfermeiro director, e em comissões especializadas que se constituam.
4. A CENF poderá integrar, nas reuniões plenárias, por convocatória do enfermeiro director, outros profissionais ou enfermeiros cuja presença se mostre necessária.
5. Compete, nomeadamente, à CENF:
 - a) Apreciar os aspectos relacionados com o exercício da enfermagem nos HUC e monitorizar a actividade 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 direcção técnica do hospital;
 - d) Colaborar na definição das políticas ou directivas de formação e investigação em enfermagem.

Artigo 25.º

Comissão de informática clínica

1. À comissão de informática clínica (CIC) compete apoiar o conselho de administração na área dos sistemas de informação clínica.
2. A CIC é constituída pelo vogal do conselho de administração com o pelouro dos sistemas de informação, que coordena, dois médicos indicados pelo director clínico, dois enfermeiros indicados pelo enfermeiro director, o responsável pela gestão do circuito do medicamento, o director do serviço de tecnologias e sistemas de informação, o director do serviço de gestão de doentes, o director do gabinete de planeamento e controlo de gestão, os coordenadores das unidades de gestão do acesso à primeira consulta e dos inscritos para cirurgia, o responsável pelo núcleo de codificação clínica e um administrador de uma área de gestão integrada.
3. Compete, nomeadamente, à CIC:
 - a) Dar parecer sobre a evolução da arquitectura dos sistemas de informação e sobre a organização de processos;
 - b) Participar na elaboração e manutenção actualizada 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 protecção de dados e a informação relativa a utentes e trabalhadores, em conformidade com as Leis n.º 46/2007, de 24 de Agosto, e n.º 12/2005, de 26 de Janeiro.

4. A CIC pode constituir grupos especializados de apoio ao desenvolvimento, adequação e optimização das aplicações.

Artigo 26.º

Comissão de normalização de materiais de consumo clínico e equipamentos clínicos

1. À comissão de normalização de material de consumo clínico e de equipamentos clínicos (CNMCCEC) compete pronunciar-se sobre todos os assuntos relativos à política de consumos clínico e de aquisição de equipamentos da mesma tipologia no hospital.
2. A CNMCCEC é constituída pelo vogal do conselho de administração com o pelouro, que coordena, pelo director do serviço de aprovisionamento, por dois médicos indicados pelo director clínico, dois enfermeiros indicados pelo enfermeiro director e um técnico de diagnóstico e terapêutica, pelo responsável do gabinete de gestão de projectos e investimentos e pelo director dos serviços de instalações e equipamentos.
3. Compete, nomeadamente, à CNMCCEC:
 - a) Colaborar na actualização permanente do inventário do parque de equipamentos existentes;
 - b) Sinalizar atempadamente ao conselho de administração as necessidades de substituição ou de actualização 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;
 - h) Propor a constituição das comissões de escolha de material de consumo e de equipamentos, na área clínica.

Artigo 27.º

Comissão de protecção radiológica

1. À comissão de protecção radiológica (CPR) compete apoiar o conselho de administração em todas as matérias relativas à protecção radiológica.
2. A CPR é constituída pelo director clínico, que pode subdelegar e que coordena, pelos directores dos serviços de radiologia, de medicina nuclear e de radioterapia, por um físico de cada um destes três serviços, e pelo director do serviço de saúde ocupacional.
3. Compete, nomeadamente, à CPR:
 - a) Promover a articulação dos serviços utilizadores de técnicas de diagnóstico e terapêutica associadas à emissão de radiação ionizante e não ionizante, de forma a assegurar a adequação da sua utilização e 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 28.º

Comissão médica

1. À comissão médica (CM) compete acompanhar e avaliar, periodicamente e de modo sistemático, a actividade clínica, designadamente, os aspectos relacionados com o exercício da medicina e a formação dos médicos.
2. A CM, no seu núcleo central, é composta pelo director clínico, que coordena, pelos adjuntos do director clínico, pelos presidentes das quatro comissões de apoio técnico obrigatórias, pelo director do internato médico e pelos coordenadores médicos das estruturas de suporte à prestação de cuidados.

3. O director clínico pode convocar, para participar nas reuniões plenárias, os responsáveis pelas áreas de gestão integrada, 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 director clínico, sem prejuízo de poder funcionar em comissões especializadas de âmbito restrito.

Artigo 29.º

Comissão técnica de certificação de condição para a interrupção de gravidez

1. À comissão técnica de certificação de condição para a interrupção da gravidez (CTCCIG) compete, nos termos do n.º 1 do artigo 20.º da Portaria n.º 741-A/2007, de 21 de Junho, verificar, em cada situação, a conformidade com as circunstâncias previstas na alínea c) do n.º 1 do artigo 142.º do Código Penal.
2. A CTCCIG é constituída por cinco médicos como membros efectivos e dois suplentes, estando a sua composição, competência e funcionamento definidos na Portaria referida no n.º 1.

Artigo 30.º

Conselho de transplantação de órgãos e tecidos

1. Ao conselho de transplantação de órgãos e tecidos (CTOT) compete coordenar toda a actividade de colheita e transplantação de órgãos e tecidos, que, nos HUC, está organizada sob a forma de programas.
2. O CTOT é constituído pelo director clínico, que coordena, ou por um dos seus adjuntos, pelo enfermeiro director, ou por um dos seus adjuntos, pelos directores dos programas de colheita e transplantação, pelo director do gabinete coordenador de colheita e transplantação (GCCT), pelo coordenador hospitalar de doação (CHD) e por um administrador hospitalar.
3. O GCCT, criado pela Portaria n.º 357/2008, de 9 de Maio, com a composição e competências definidas nessa sede, realizará, dentro da sua área de referência, a articulação com o CTOT, no sentido de garantir uma eficaz coordenação da actividade de colheita e transplante de órgãos e tecidos.
4. O CHD, criado pela Portaria n.º 357/2008, de 9 de Maio, com o perfil e competências definidas nessa sede, articula-se com o CTOT, tendo em vista manter um sistema que permita a identificação de potenciais doadores de órgãos e tecidos no hospital.

Artigo 31.º

Direcção do internato médico

1. À direcção do internato médico (DIM) compete garantir adequadas condições de formação e integração dos médicos a frequentar o internato e o cumprimento das normas legais vigentes.
2. A DIM é exercida por um director e por um a três assessores, nomeados pelo conselho de administração, sob proposta do director clínico.
3. O internato médico (IM) rege-se por legislação própria – Decreto-Lei n.º 203/2004, de 18 de Agosto, Portaria n.º 183/2006, de 22 de Fevereiro (regulamento do IM) e Portaria n.º 1499/2004, de 28 de Dezembro – e, em cada especialidade, por um programa aprovado por portaria do Governo, sob proposta da ordem dos médicos, ouvido o conselho nacional do internato médico (CNIM).
4. As regras internas de funcionamento e de planeamento da actividade do internato médico constarão de regulamento a aprovar pelo conselho de administração.
5. Nos HUC, constituir-se-á uma comissão de médicos internos, de acordo com o disposto na Portaria n.º 183/2006, de 22 de Fevereiro, devendo esta 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.

Capítulo III

Estrutura de gestão

Artigo 32.º

Áreas de gestão integrada e centros de responsabilidade integrados

A organização dos serviços de acção médica em áreas de gestão integrada e em centros de responsabilidade integrados é pressuposto fundamental do modelo de gestão dos HUC como entidade pública empresarial, devendo compaginar-se com adequados níveis intermédios de autoridade, autonomia e responsabilidade.

Secção I

Áreas de gestão integrada

Artigo 33.º

Definição e enumeração

1. As áreas de gestão integrada (AGI) constituem níveis intermédios de gestão, de grande dimensão, agrupando vários serviços e unidades funcionais de acção médica, segundo critérios de homogeneidade ou afinidade funcional.
2. As AGI são estruturas destinadas a melhorar a conceptualização, o planeamento, a gestão e o controlo das actividades e objectivos das partes que as integram, na procura de maior eficiência através da utilização e partilha dos recursos disponíveis.
3. As AGI são criadas por deliberação do conselho de administração, podendo o seu número e composição serem alterados quando as circunstâncias o justificarem, organizadas por serviços de:
 - a) Cirurgia e especialidades cirúrgicas;
 - b) Medicina e especialidades médicas;
 - c) Meios complementares de diagnóstico e terapêutica;
 - d) Saúde materno-fetal;
 - e) Urgência e cuidados intensivos.
4. Em função das finalidades de uma AGI, o âmbito da responsabilidade pode recair em:
 - a) Centro de resultados – em que o director tem poder de decisão sobre meios que se traduzem em custos e proveitos;
 - b) Centro de investimentos – em que o director tem poder de decisão sobre meios que se traduzem em custos, proveitos e activos patrimoniais.
5. As AGI poderão criar, internamente, unidades de gestão operacional (UGO), correspondentes a um serviço de acção médica, dotadas de grau adequado de autonomia organizacional, direccionada para resultados estabelecidos pela via da contratualização interna entre o seu director e a AGI e orientando a sua actividade através de um modelo retributivo específico e de incentivos aos profissionais.

Artigo 34.º

Gestão das AGI

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

Artigo 35.º

Nomeação, mandato e exoneração do director da AGI

1. O director da AGI é nomeado pelo conselho de administração, para um mandato de três anos, decorrendo a nomeação da apresentação, avaliação e aprovação de um plano de actividades e de orçamentos anuais e plurianuais.
2. O complemento remuneratório do director da AGI é fixado na deliberação de nomeação.
3. O mandato do director da AGI 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 objectivos acordados ou os resultados contratados em sede própria, ou por conveniência institucional.

Artigo 36.º

Competências do director, do administrador e do enfermeiro supervisor da AGI

1. São competências do director da AGI:
 - a) Propor os planos de actividade e orçamentos anuais, bem como elaborar relatórios de gestão a submeter à apreciação do conselho de administração, em sede de contratualização interna;
 - b) Assegurar a gestão dos recursos humanos da AGI, dentro dos limites estabelecidos nos contratos-programa, em particular, aprovando os horários de trabalho e os planos de férias do pessoal, propostos pelos directores dos serviços e pelos coordenadores das unidades funcionais, 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 melhoria orgânica e funcional da AGI, assegurando a máxima integração da actividade dos serviços que a constituem, designadamente através da partilha de recursos humanos e de instalações e equipamentos;
 - d) Fazer o acompanhamento da actividade da AGI e dos respectivos custos, identificando eventuais desvios e promovendo as intervenções necessárias à sua correcção;
 - e) Exercer o poder de direcção sobre todo o pessoal da AGI, independentemente da sua categoria ou carreira profissional;
 - f) Implementar práticas de melhoria contínua da qualidade, assegurando a adequação, qualidade e eficiência dos serviços prestados pela AGI;
 - g) Promover e estabelecer políticas de articulação com as restantes AGI e outras estruturas do hospital, nomeadamente na melhoria dos processos transversais de prestação de cuidados em que intervenham.
2. São competências do administrador da AGI:
 - a) Elaborar, em colaboração com o director, as propostas de planos de actividade e orçamento anuais nos termos das condições estabelecidas para a contratualização interna e respectivos 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 hospital e com os objectivos 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 director no acompanhamento sistemático dos consumos;
 - g) Exercer outras competências que lhe sejam delegadas.
3. São competências do enfermeiro supervisor da AGI:
 - a) Colaborar na elaboração das propostas dos planos de actividades e orçamentos anuais e respectivos relatórios de gestão da AGI;

- 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 aspectos relacionados com o exercício da actividade de enfermagem, com a formação dos enfermeiros e adequação das competências técnicas e relacionais, integrados na AGI;
 - e) Responder pela qualidade da assistência prestada, dentro das regras da boa prática e da eficiente gestão de recursos de enfermagem da AGI;
 - f) Exercer outras competências que lhe sejam delegadas e as definidas no n.º 2 do artigo 8º, do DL n.º 437/91, de 8 de Novembro, e sua legislação complementar.
5. Na AGI de MCDT, poderá ser nomeado um técnico, em lugar do enfermeiro supervisor, ouvido o director, com as funções de acompanhar e avaliar aspectos relacionados com o exercício da actividade do pessoal técnico e com a sua formação.

Secção II

Centros de responsabilidade integrados

Artigo 37.º

Definição e gestão

1. Os centros de responsabilidade integrados (CRI) são estruturas de gestão não integradas em AGI, de dimensão adequada, dotadas de objectivos específicos e de um conjunto de meios materiais e humanos.
2. O director 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 actividades e de orçamentos anuais e plurianuais.
3. O complemento remuneratório do director do CRI é fixado na deliberação de nomeação.
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 director 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 objectivos acordados e/ou os resultados contratados em contrato-programa, ou por conveniência institucional.
6. O regulamento do CRI será elaborado e apresentado pelo respectivo director 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 38.º

Competências do director do CRI

1. São competências do director de um CRI:
 - a) Elaborar a proposta de contrato-programa, designadamente o plano de acção 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 acção e do orçamento e submetê-lo ao conselho de administração para aprovação;
 - d) Exercer as demais competências que lhe sejam delegadas.

2. As competências a exercer pelo director de um CRI são delegadas pelo conselho de administração.

Capítulo IV
Estrutura organizacional

Artigo 39.º
Enumeração

Integram a estrutura organizacional do hospital, as seguintes áreas:

- a) De acção 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 acção médica

Artigo 40.º
Organização funcional

1. A área de acção médica dos HUC estrutura-se em serviços e unidades funcionais, sendo estes integrados em AGI ou CRI.

Artigo 41.º
Serviços de acção médica

1. Os serviços de acção médica são as unidades básicas da organização do hospital, dotados de recursos humanos e tecnológicos adequados, bem como 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, desde que devidamente fundamentada e de acordo com as opções inscritas no plano estratégico do hospital.
3. Os actuais serviços de acção médica dos HUC constam do anexo I, o qual faz parte integrante deste regulamento.

Artigo 42.º
Unidades funcionais

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 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.

Artigo 43.º
Direcção dos serviços

1. Os serviços de acção médica são dirigidos por um médico.
2. O director de serviço não pode acumular as suas funções com as de director de uma AGI ou de coordenador de uma unidade funcional.

Artigo 44.º

Competências dos directores de serviços

1. Ao director de serviço compete, com salvaguarda das competências técnicas e científicas atribuídas a outros profissionais, planear e dirigir toda a actividade do serviço, sendo responsável pela correcção e prontidão dos cuidados de saúde a prestar aos doentes, bem como pela utilização e eficiente aproveitamento dos recursos postos à sua disposição.
2. Compete em especial ao director 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 actividades e orçamento de serviço de acordo com as linhas gerais previamente definidas para a AGI ou CRI, bem como o relatório de gestão;
 - c) Analisar mensalmente os desvios verificados face à actividade esperada e verbas orçamentadas, corrigi-los ou, sendo necessário, propor as medidas correctivas ao director da AGI;
 - 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 actualização das técnicas utilizadas, promovendo por si ou propondo aos órgãos competentes as iniciativas aconselháveis para a valorização, o aperfeiçoamento e a formação profissional do pessoal em serviço, e organizar e supervisionar todas as actividades de formação e investigação;
 - g) Assegurar a gestão adequada dos recursos humanos, incluindo 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 activos, a integridade e fiabilidade do sistema de informação e a observância das leis, dos regulamentos e das normas aplicáveis, assim como o acompanhamento dos objectivos globais definidos;
 - j) Garantir o registo atempado e correcto da contabilização dos actos 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 director de serviço pode delegar as suas competências, reservando sempre para si o controlo da actividade do mesmo.

Artigo 45.º

Nomeação dos directores de serviços

1. O director de serviço é nomeado pelo conselho de administração, sob proposta do director clínico, de entre médicos com perfil adequado para o exercício do cargo, ouvido o director da AGI ou do CRI, quando existir.
2. O processo conducente à nomeação de um director de serviço inclui a prévia apresentação, ao médico indigitado, dos objectivos major que o conselho de administração entende necessário serem atingidos pelo serviço e o faseamento a cumprir.
3. Verificada a consonância de objectivos, o médico indigitado deverá elaborar, num prazo de 15 dias, para apreciação pelo conselho de administração, o programa de acção que se propõe desenvolver como director do serviço, e o respectivo orçamento previsionar indicativo, em concatenação com o plano estratégico do hospital, com os princípios e objectivos gerais do plano de actividades e com o contrato-programa do hospital, bem como com o plano de actividades e orçamento das estruturas de gestão em que se insira o serviço.

4. O desempenho das funções de director de serviço é efectuado em regime de comissão de serviço, nos termos do Código do Trabalho, de acordo com o disposto no número 2 do artigo 21 do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro.

5. O mandato do director de serviço é de três anos, podendo ser dado por findo, a todo o tempo, pelo conselho de administração, nomeadamente quando ocorra não observância objectiva da lei ou dos regulamentos aprovados por este órgão, não tenham sido alcançados os objectivos acordados, os resultados contratados em sede própria, ou por conveniência institucional.

Artigo 46.º

Coordenação das unidades funcionais

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

Artigo 47.º

Enfermeiros chefes

1. Os serviços de acção médica têm um enfermeiro chefe, nomeado pelo conselho de administração, sob proposta do enfermeiro director, ouvido o director do serviço.
2. São competências do enfermeiro chefe:
 - a) Supervisionar os cuidados de enfermagem e coordenar, tecnicamente, a actividade de enfermagem;
 - b) Colaborar na preparação dos planos de acção e respectivos relatórios referentes às actividades do serviço;
 - c) Promover a utilização optimizada dos recursos, com especial relevo para o controlo dos consumos e utilização adequada dos equipamentos;
 - d) Programar as actividades 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;
 - e) Propor o nível e tipo de qualificação exigido aos profissionais de enfermagem, em função dos cuidados de enfermagem a prestar;
 - f) Responsabilizar-se pela garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados;
 - g) Promover a aplicação de programas de controlo da qualidade, zelando por uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem;
 - h) Exercer outras competências que lhe sejam delegadas e as definidas no n.º 1 do artigo 8º, do Decreto-Lei n.º 437/91, de 8 de Novembro, e sua legislação complementar.

Artigo 48.º

Organização dos serviços de acção médica

1. Nos serviços de acção médica prestam-se cuidados directos 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 severidade e de diferenciação.
3. A consulta externa é prestada no âmbito de uma especialidade ou sub-especialidade 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 Referência 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 polivalente, vinte e quatro horas por dia.
5. Em ambulatório cirúrgico realizam-se intervenções cirúrgicas programadas, sob anestesia geral, loco-regional ou local e 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, e regressando posteriormente aos seus domicílios.
7. O apoio domiciliário é a assistência prestada 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 49.º

Enumeração

Sem prejuízo de outras que venham a ser criadas, nos HUC existem os seguintes estruturas de suporte à prestação de cuidados:

- a) Serviço de assistência espiritual e religiosa;
- b) Serviço de saúde ocupacional;
- c) Serviços farmacêuticos;
- d) Serviço social;
- e) Unidade central de esterilização;
- f) Unidade de nutrição e dietética;
- g) Unidade de psicologia clínica;
- h) Unidade hospitalar de gestão de inscritos para cirurgia;
- i) Unidade hospitalar de gestão do acesso à primeira consulta;
- j) Gabinete do utente;
- k) Equipa de gestão de altas;
- l) Equipa intra-hospitalar de cuidados paliativos.

Artigo 50.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 dos HUC.
3. No cumprimento da Lei da Liberdade Religiosa, têm acesso aos HUC os ministros de todas as confissões e religiões que se dirijam ao hospital 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 51.º

Serviço de saúde ocupacional

1. O serviço de saúde ocupacional (SSO) é dirigido por um médico com qualificação na área da saúde ocupacional, nomeado em regime de comissão de serviço, nos termos do Código do Trabalho, de acordo com o disposto no número 2 do artigo 21 do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro.
2. 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 direcção, 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.
3. O mandato do director do SSO é de três anos, podendo ser dado por findo, a todo o tempo, pelo conselho de administração, nomeadamente quando ocorra não observância objectiva da lei ou dos regulamentos aprovados por este órgão, não tenham sido alcançados os objectivos acordados, os resultados contratados em sede própria, ou por conveniência institucional.

Artigo 52.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 do Código do Trabalho, de acordo com o disposto no número 2 do artigo 21 do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro.
2. São funções dos SF:
 - a) Organizar os processos de trabalho e gerir os recursos humanos de forma a prosseguir os objectivos definidos na prestação de cuidados farmacêuticos;
 - b) Gerir o medicamento, nas vertentes da utilização clínica e da gestão económica, integrando procedimentos inerentes à selecção, aquisição ou 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 projectos e programas na área da qualidade, orientados para a certificação dos diferentes sectores dos serviços farmacêuticos;
 - e) Colaborar nas actividades de investigação e ensino, no âmbito da sua área específica.
3. O mandato do director dos SF é de três anos, podendo ser dado por findo, a todo o tempo, pelo conselho de administração, nomeadamente quando ocorra não observância objectiva da lei ou dos regulamentos aprovados por este órgão, não tenham sido alcançados os objectivos acordados, os resultados contratados em sede própria, ou por conveniência institucional.

Artigo 53.º

Serviço social

1. O serviço social é coordenado por um profissional licenciado com formação adequada, nomeado pelo conselho de administração, sob proposta do responsável pelo pelouro, tendo em consideração o perfil e competências técnicas exigidas.
2. 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 respectivas famílias, mediante a prévia elaboração dos 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) Articular-se com o director clínico e o enfermeiro director no planeamento das suas actividades;
- f) Fomentar a humanização do hospital.

Artigo 54.º

Unidade central de esterilização

1. A unidade central de esterilização (UCE) é coordenada por um enfermeiro com a formação e o perfil adequados, nomeado pelo conselho de administração, sob proposta do responsável pelo pelouro.
2. Compete à UCE, designadamente:
 - a) Gerir todos os circuitos de instrumental cirúrgico e de material de consumo clínico, incluindo a recolha, a lavagem, a desinfecção, a verificação, a embalagem, a esterilização, o armazenamento e a distribuição dos mesmos.
 - b) Promover a correcta disponibilização dos materiais e equipamentos esterilizados e o cumprimento das regras e rotinas estabelecidas;
 - c) Incorporar as orientações da comissão de controlo da infecção hospitalar e aplicar os normativos legais em vigor;
 - d) Manter um programa de garantia de qualidade dos produtos esterilizados, e do seu acondicionamento, transporte e armazenamento.

Artigo 55.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 director clínico.
2. Junto da UND funciona o conselho de nutrição e dietética, que, 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.
3. Compete à unidade de nutrição e dietética, designadamente:
 - a) Diagnosticar a desnutrição, identificar doentes em risco, estudar os seus desequilíbrios alimentares e participar na avaliação do respectivo estado nutricional;
 - b) Intervir no domínio da terapêutica dietética, implementar o suporte nutricional e participar na respectiva monitorização, incluindo os seus efeitos adversos;
 - c) Promover a investigação clínica e a investigação biomédica em nutrição;
 - d) Controlar e supervisionar a qualidade dos alimentos através de verificações e auditorias sistemáticas.

Artigo 56.º

Unidade de psicologia clínica

1. A unidade de psicologia clínica é coordenada por um profissional licenciado com formação adequada, nomeado pelo conselho de administração, sob proposta do director clínico.
2. 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 57.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) sediada no hospital.
2. À UHGIC compete, em geral, divulgar e garantir o cumprimento das disposições legais relativas ao SIGIC por todos os serviços da Instituição, nos termos previstos na Resolução do Conselho de Ministros n.º 79/2004, de 24 de Junho, no Despacho do Ministro da Saúde n.º 24 036/2004, de 22 de Novembro, na Portaria n.º 45/2008, de 15 de Janeiro, e demais normativos aplicáveis.
3. Os elementos da UHGIC são nomeados pelo conselho de administração, sob proposta do director clínico, integrando um médico da área cirúrgica, que coordena, um administrador hospitalar, o responsável pelo núcleo de codificação clínica, o director do serviço de tecnologias e sistemas de informação e o director do serviço de gestão de doentes.
4. Compete, em especial, à UHGIC:
 - a) A centralização dos procedimentos de gestão da lista de inscritos para cirurgia (LIC) de todo o hospital;
 - b) A supervisão de todo o circuito do doente inscrito em lista para cirurgia no hospital e acompanhamento dos seus vários estados e movimentos na LIC;
 - c) A actualização 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 aspectos 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 respectivos 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 58.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), sediada no hospital.
2. À UHGAPC compete, em geral, divulgar e garantir o cumprimento das disposições legais relativos à CTH por todos os serviços da instituição, nos termos previstos na Portaria n.º 615/2008, de 11 de Julho, e demais normativos aplicáveis.
3. Os membros da UHGAPC são nomeados pelo conselho de administração, sob proposta do director clínico, integrando dois médicos, um dos quais será o coordenador, um administrador hospitalar, o director do serviço de gestão de doentes e o director do serviço de tecnologias e sistemas de informação.
4. 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 correctivas a adoptar;
 - 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 59.º

Gabinete do utente

1. Ao gabinete do utente (GU), estrutura com composição multidisciplinar, 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 respectivo 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 aos responsáveis dos serviços visados informações 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 utentes;
 - g) Emitir sínteses mensais, trimestrais, semestrais e anuais relativas às exposições e demais actividades do gabinete do utente e colaborar com o conselho de administração na elaboração de relatórios, nesta área.

Artigo 60.º

Equipa de gestão de altas

1. A equipa de gestão de altas (EGA) é uma estrutura multidisciplinar e transversal à instituição, 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 de rede de cuidados continuados integrados da área de influência dos HUC, nos termos do n.º 1 do artigo 23.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho.
2. A EGA é constituída por dois médicos e dois enfermeiros indicados, respectivamente, pelo director clínico e pelo enfermeiro director e ainda por um assistente social, todos nomeados pelo conselho de administração.
3. A EGA articula-se internamente com os serviços de internamento através de representantes de cada serviço indicados pelo respectivo director, 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.
4. A EGA articula-se, externamente, 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 61.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 hospital 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, respectivamente, do director clínico e do enfermeiro director.
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 actualizado o respectivo regulamento e o manual de procedimentos;
 - c) Definir as actividades a desenvolver em cada ano e o respectivo 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 projecto em recursos materiais e humanos;
 - g) Projectar a articulação da prestação de cuidados no domicílio e com as unidades inseridas na Rede Nacional de Cuidados Continuados;
 - h) Definir estratégias de formação em cuidados paliativos.
4. As equipas operacionais prestam aconselhamento aos serviços, podendo ainda fornecer, quando pedido, orientação sobre o plano individual de intervenção para doentes internados.

Secção III
Área de apoio à gestão e de logística

Artigo 62.º
Enumeração

1. Para intervenção em matérias específicas de interesse comum e sem prejuízo de outras que venham a ser criadas, existem nos HUC, as seguintes estruturas de apoio à gestão e de 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 comunicação, informação e relações públicas;
 - j) Gabinete de gestão de projectos e investimentos;
 - k) Gabinete de planeamento e controlo de gestão;
 - l) Gabinete de qualidade;
 - m) Gabinete jurídico e de contencioso.
2. Todos os gabinetes e serviços deverão dispor de regulamento próprio a aprovar pelo conselho de administração.

Artigo 63.º
Serviço de aprovisionamento

1. O serviço de aprovisionamento (SA) é dirigido por um profissional com perfil e competências em gestão hospitalar, nomeado pelo conselho de administração, sob proposta do responsável pelo pelouro.
2. Compete ao SA, nomeadamente:
- a) Programar as necessidades e adquirir todos os bens, serviços, equipamentos e empreitadas necessários à prossecução dos fins dos HUC;
 - 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 hospital.

Artigo 64.º
Serviço de documentação

1. O serviço de documentação (SD) é dirigido por um profissional licenciado com formação adequada, nomeado pelo conselho de administração, sob proposta do responsável pelo pelouro, tendo em consideração o perfil e competências técnicas exigidas.
2. Compete ao SD, nomeadamente:
- a) Assegurar a gestão da biblioteca central e a organização das bibliotecas dos serviços;

- b) Gerir e racionalizar a aquisição de publicações;
- c) Garantir a actualização e a acessibilidade às fontes de informação;
- d) Cooperar com outras bibliotecas e serviços de documentação;
- e) Praticar empréstimo inter-bibliotecas;
- f) Efectuar a difusão selectiva da informação bibliográfica.

Artigo 65.º

Serviço de gestão de doentes

1. O serviço de gestão de doentes (SGD) 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. 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 optimização da facturação;
 - e) Proceder à pré-facturação da produção;
 - f) Operacionalizar os registos relativos às taxas moderadoras e sua cobrança.
3. Junto do SGD funciona o núcleo de codificação clínica, coordenado por um médico auditor, designado pelo director clínico, o qual integra a auditoria de codificação clínica e os médicos codificadores, competindo-lhe a codificação de informação clínica, a supervisão do processo de agrupamento em GDH e a monitorização e auditoria da qualidade dos registos clínicos.

Artigo 66.º

Serviço de gestão de recursos humanos

1. O serviço de gestão de recursos humanos (SGRH) 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. Compete, nomeadamente, ao SGRH:
 - a) Analisar, interpretar e aplicar a legislação e as orientações referentes a recursos humanos;
 - b) Gerir esses recursos em função dos mapas de pessoal aprovados;
 - c) Elaborar o orçamento anual para 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 67.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. 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 electricidade, da água, dos fluidos e dos gases medicinais;
 - d) Proceder ao planeamento, coordenação e acompanhamento das intervenções nos edifícios do hospital;
 - e) Proceder à elaboração de cadernos de encargos e à emissão de pareceres de escolha de equipamentos e de empreitadas de obras.

Artigo 68.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 e competências em gestão hospitalar, sob proposta do responsável pelo pelouro.
2. 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 actualização;
 - d) Elaborar cadernos de encargos e dar parecer sobre a aquisição de hardware e software;
 - e) Propor e dinamizar acções de formação para os profissionais do hospital;
 - f) Auditar o fornecimento de serviços externos na sua área de competências.

Artigo 69.º

Serviços financeiros

1. Os serviços financeiros (SF) são dirigidos por um profissional licenciado com perfil e competências em gestão hospitalar, nomeado pelo conselho de administração, sob proposta do responsável pelo pelouro.
2. 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 directrizes 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 actualizada a contabilidade analítica;
 - f) Garantir, através do sector de inventário, a inventariação, amortização e reintegração do imobilizado da instituição e a sua permanente actualização.

Artigo 70.º

Serviços hoteleiros

1. Os serviços hoteleiros (SH) são dirigidos por um profissional licenciado com perfil e competências em gestão hospitalar, nomeado pelo conselho de administração, sob proposta do responsável pelo pelouro.
2. Os SH articulam-se com os restantes serviços dos HUC e com os prestadores de serviços externos para assegurarem as funções de:
 - a) Alimentação, higiene e limpeza, segurança, transportes, tratamento e distribuição de roupa, e gestão de resíduos, parques, arruamentos e jardins, comunicações, portarias, atendimento público;
 - b) Apoio aos serviços clínicos nas funções inerentes aos serviços gerais;
 - c) Secretaria-geral.

Artigo 71.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 membro do CA responsável pelo pelouro.

2. 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) A coordenação editorial dos conteúdos do site corporativo e de outras publicações do hospital;
- d) Organizar eventos nos HUC;
- e) Promover pelos diversos meios a imagem dos HUC.

Artigo 72.º

Gabinete de gestão de projectos e investimentos

1. O gabinete de gestão de projectos e investimentos (GGPI) é coordenado por um profissional licenciado com perfil e competências em gestão hospitalar, nomeado pelo conselho de administração, sob proposta do responsável pelo pelouro.

2. Compete ao GGPI, nomeadamente:

- a) Identificar os programas de financiamento em que se possam enquadrar projectos de investimento dos HUC;
- 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 projectos financiados;
- d) Acompanhar a execução das deliberações do conselho de administração respeitantes a projectos de investimento que lhe sejam presentes, monitorizando o cumprimento das etapas que conduzam à sua concretização.

Artigo 73.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 e competências em gestão hospitalar, nomeado pelo conselho de administração, sob proposta do responsável pelo pelouro.

2. Compete ao GPCG, nomeadamente:

- a) Colaborar com o conselho de administração na definição dos objectivos 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 actividade;
- f) Propor a criação de centro de custos;
- g) Elaborar o relatório de gestão anual.

Artigo 74.º

Gabinete de qualidade

1. O gabinete de qualidade (GQ) é o órgão executivo da comissão de qualidade e segurança do doente (CQS), com o objectivo de executar as acções necessárias ao cumprimento dos planos elaborados por esta comissão e aprovados pelo conselho de administração.

2. O GQ é constituído pelo presidente da CQS, pelo gestor da qualidade, pelo gestor do risco clínico e pelo gestor do risco não clínico.

3. A nomeação destes gestores é feita pelo conselho de administração sob proposta do presidente da CQS.

4. Ao GQ incumbe, em geral, pôr em execução o plano de qualidade e, nomeadamente:

- a) Coordenar e divulgar a política de qualidade e segurança do doente definida pelo conselho de administração;

- b) Coordenar a estratégia de gestão de risco global, planeando e integrando a gestão do risco clínico e a gestão do risco não clínico;
 - c) Assegurar a humanização dos serviços prestados, promovendo a centralidade do doente no sistema, o respeito pela vida e pela morte e a dignidade e solidariedade humanas e institucionais;
 - d) Realizar, promover e monitorizar projectos de qualidade e segurança, estudos, auditorias, inquéritos, e outra informação relevante;
 - e) Apoiar e acompanhar acções de melhoria da qualidade e segurança, equipas de projectos da qualidade e prestação de serviços nesta área;
 - f) Promover a articulação com outras comissões e serviços, relativamente aos aspectos de qualidade e segurança;
 - g) Colaborar na definição de indicadores de qualidade;
 - h) Sensibilizar e formar os profissionais e outros intervenientes no âmbito da gestão da qualidade e segurança;
5. No desenvolvimento das suas actividades, o GQ articula-se com todos os serviços ou estruturas hospitalares e, em especial, com a comissão de farmácia e terapêutica, o gabinete do utente, o gabinete de comunicação, informação e relações públicas, o serviço de tecnologias e sistemas de informação, o serviço de saúde ocupacional e a comissão de catástrofe e planeamento hospitalar de emergência.

Artigo 75.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. Compete ao GJC, nomeadamente:
 - a) Emitir parecer sobre todos os assuntos que lhe sejam submetidos pelo conselho de administração;
 - b) Conduzir todos os processos de averiguações e disciplinares que lhe sejam remetidos pelo conselho de administração;
 - c) Assegurar a representação do hospital nos processos contenciosos em que este seja parte, nos termos previstos no artigo 11º do Código de Processo dos Tribunais Administrativos e nas acções de efectivação da responsabilidade pelos encargos resultantes da assistência prestada, quando não seja obrigatória a constituição de mandatário judicial.

Secção IV

Área de formação, investigação, inovação e desenvolvimento

Artigo 76.º

Enumeração

1. Sem prejuízo de outras que venham a ser criadas, nesta área existem nos HUC as seguintes estruturas:
 - a) Serviço de formação e aperfeiçoamento profissional;
 - b) Unidade de inovação e desenvolvimento.

Artigo 77.º

Serviço de formação e aperfeiçoamento profissional

1. O serviço de formação e aperfeiçoamento profissional (SFAP) é dirigido por um profissional licenciado com formação e perfil adequados, nomeado pelo conselho de administração, sob proposta do responsável pelo pelouro.
2. Compete ao SFAP, 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 actividades e o respectivo relatório de execução.

Artigo 78.º

Unidade de inovação e desenvolvimento

1. A unidade de inovação e desenvolvimento (UID) é um órgão operacional dos HUC, bem como de apoio e consulta do conselho de administração para as opções estratégicas e o investimento nas áreas da inovação, desenvolvimento e investigação.
2. A UID funciona na dependência directa do presidente do conselho de administração.
3. A UID é dirigida por um director nomeado pelo conselho de administração dos HUC, a quem compete o acompanhamento e coordenação global das actividades e representar a unidade.
4. Junto da UID funciona o conselho para a inovação, desenvolvimento e investigação (CIDI), de que fazem parte o director da UID, que preside, os responsáveis pelas estruturas que a integram, cinco profissionais de serviços diferentes dos HUC escolhidos por serem primeiros autores de artigos com o maior número de citações ou com maior pontuação do "impact factor", nos últimos cinco anos, e seis personalidades externas ou internas, de reconhecido mérito no âmbito das funções da UID.
5. A UID rege-se por regulamento próprio, a elaborar pelo CIDI e a aprovar pelo conselho de administração dos HUC.
6. 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 aos HUC;
 - d) Identificar e proteger tecnologias e metodologias inovadoras geradas nos HUC que possam ser partilhadas ou patenteadas;
 - e) Promover a oferta da prestação de serviços dos seus membros junto dos públicos-alvos.
7. A UID integra o centro de ensaios clínicos, o centro de investigação, desenvolvimento e treino em endoscopia, o centro de simulação biomédica, 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.
8. Os responsáveis pelas estruturas integrantes da UID são nomeados pelo conselho de administração ouvido o presidente desta.
9. As estruturas integrantes da UID, regem-se por regulamento próprio, a elaborar pelo seu responsável e a aprovar pelo conselho de administração, ouvido o presidente da UID.

Artigo 79.º

Competências das estruturas integrantes da unidade de inovação e desenvolvimento

1. Compete, nomeadamente, ao centro de ensaios clínicos, coordenar e apoiar todos os ensaios clínicos do hospital, supervisionar o seu circuito e o cumprimento das regras de segurança, assegurar a fiabilidade dos contratos financeiros e identificar novos projectos.
3. Compete, nomeadamente, ao centro de simulação biomédica, 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.
4. 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.
5. Compete, nomeadamente, ao centro de treino de competências clínicas avançadas contribuir para a formação pós-graduada baseada no treino, na investigação e na inovação.

6. Compete, nomeadamente, ao gestor da investigação, identificar as grandes linhas da investigação em saúde e incentivar o desenvolvimento de projectos, 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.
7. Compete, nomeadamente, aos núcleos de epidemiologia e de bioestatística, apoiar o desenho metodológico de projectos de investigação, efectuar a análise de resultados, elaborar estudos e análises para apoio à decisão dos órgãos de gestão, tratar e dinamizar os registos de patologias.

Capítulo V Gestão de recursos

Artigo 80.º Recursos humanos

1. A gestão de recursos humanos rege-se pelo disposto nos artigos 14.º a 19.º do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro.
2. Sem prejuízo do que constar em convenção colectiva de trabalho, o regime de recrutamento e selecção de pessoal e o regime de carreiras de pessoal serão aprovados por deliberação do conselho de administração.
3. Os HUC disporão de quadro próprio referente à globalidade do pessoal, quer o abrangido pelo contratos de trabalho público quer em regime de contrato individual de trabalho, a ser definido anualmente por deliberação do conselho de administração e de acordo com o orçamento aprovado.

Artigo 81.º Recursos financeiros

A gestão dos recursos financeiros rege-se pelo disposto nos artigos 10.º a 12.º do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro.

Artigo 82.º Património

1. O património dos HUC é constituído pelos bens e direitos por si detidos e adquiridos a qualquer título.
2. O hospital mantém organizado e actualizado 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 objecto de inventário e catalogação, a realizar por uma comissão de gestão do património histórico e artístico dos HUC, nomeada pelo conselho de administração.

Artigo 83.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 de direito privado, sem prejuízo da aplicação das directivas comunitárias sobre a matéria.
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. Constam de regulamento próprio, a aprovar pelo conselho de administração, as regras a aplicar nos processos referidos no número 2.

Artigo 84.º

Contratualização interna

1. O modelo de contratualização interna fundamenta-se na transposição dos compromissos assumidos externamente para o interior da organização e, conseqüentemente, pelos diferentes níveis de gestão do hospital com o objectivo da organização trabalhar de forma convergente e coerente para um fim comum, evoluindo para o estabelecimento do equilíbrio assistencial com o económico-financeiro.
2. A contratualização das actividades das AGI e dos CRI, enquanto estruturas de gestão, assenta na definição de metas e objectivos consistentes com as prioridades do hospital e dos meios à sua disposição, através do estabelecimento de planos de actividade e de orçamentos anuais e plurianuais, em processo negocial com o conselho de administração.
3. Até à criação das AGI e dos CRI cabe aos serviços de acção 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 actividade e orçamentos anuais, independentemente da finalidade e da responsabilidade dos serviços.
5. Todos os planos de actividade e orçamentos são submetidos à apreciação do conselho de administração, através do vogal com a respectiva competência, no ano anterior àquele a que diz respeito.
6. Após a negociação contratual, o conselho de administração formaliza anualmente com os directores das AGI e dos CRI um contrato-programa, constituindo este o principal instrumento de avaliação da actividade e dos compromissos assumidos.

CAPÍTULO VI Disposições finais

Artigo 85.º

Colaboração com a Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

1. Os HUC privilegiam e mantêm relações efectivas de colaboração com a Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC), ao abrigo das determinações e acordos em vigor.
2. A articulação entre as duas instituições incumbe, nos termos do Decreto-Lei n.º 206/2004, de 19 de Agosto, a uma comissão mista constituída pelo presidente do conselho de administração dos HUC, o presidente do conselho directivo da FMUC, o director clínico dos HUC e o presidente do conselho científico da FMUC.

Artigo 86.º

Relacionamento com a comunidade

1. Os HUC privilegiam formas activas 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 regionais, nacionais e internacionais de interesse público ou privado.
2. O hospital privilegia, em particular, a convivência com a casa do pessoal dos HUC e a liga de amigos dos HUC, ambas regidas por estatutos próprios.

Artigo 87.º

Voluntariado

1. Os HUC reconhecem a importância do voluntariado como meio de contribuir para a humanização dos cuidados de saúde prestados.
2. Incumbe ao voluntariado dos HUC prestar apoio humanitário aos utentes do hospital, desenvolvendo a sua acção em estreita colaboração com o serviço social.

Artigo 88.º

Visitas

1. Os HUC reconhecem 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 89.º Remissões

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

Artigo 90.º Regulamentação complementar

1. Compete ao conselho de administração a regulamentação e a definição de normas complementares ou interpretativas para a aplicação do presente regulamento.
2. Compete ao conselho de administração proceder à realocização ou concentração de diferentes serviços ou unidades funcionais, de acordo com o plano estratégico do hospital, com o planeamento regional e nacional e com os programas de saúde em vigor.

Artigo 91.º Dúvidas e omissões

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

ANEXO I

Serviços de acção médica dos HUC:

- a) Serviço de anatomia patológica
- b) Serviço de anestesiologia
- c) Serviço de cardiologia
- d) Serviço de cirurgia cardiotorácica e transplantação de órgãos torácicos
- e) Serviço de cirurgia I e transplantação hepática
- f) Serviço de cirurgia II
- g) Serviço de cirurgia III
- h) Serviço de cirurgia maxilo-facial
- i) Serviço de cirurgia plástica e reconstrutiva
- j) Serviço de cirurgia vascular e angiologia
- k) Serviço de dermatologia e venereologia
- l) Serviço domiciliário
- m) Serviço de endocrinologia, diabetes e metabolismo
- n) Serviço de estomatologia
- o) Serviço de gastroenterologia
- p) Serviço de genética clínica
- q) Serviço de ginecologia
- r) Serviço de hematologia clínica
- s) Serviço de infecciosas
- t) Serviço de imunoalergologia
- u) Serviço de medicina I
- v) Serviço de medicina II
- w) Serviço de medicina III
- x) Serviço de medicina física e de reabilitação
- y) Serviço de medicina intensiva
- z) Serviço de medicina nuclear
- aa) Serviço de nefrologia
- bb) Serviço de neonatologia
- cc) Serviço de neurocirurgia
- dd) Serviço de neurologia
- ee) Serviço de obstetrícia
- ff) Serviço de oftalmologia
- gg) Serviço de oncologia
- hh) Serviço de ortopedia
- ii) Serviço de otorrinolaringologia
- jj) Serviço de patologia clínica
- kk) Serviço de pneumologia
- ll) Serviço de psiquiatria
- mm) Serviço de radiologia
- nn) Serviço de radioterapia
- oo) Serviço de reprodução humana
- pp) Serviço de reumatologia
- qq) Serviço de sangue e medicina transfusional
- rr) Serviço de urgência
- ss) Serviço de urologia e transplantação renal
- tt) Unidade de queimados

Unidades partilhadas

Bloco operatório central

Unidade de cirurgia de ambatório