



PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS

Decreto-Lei n.º 52/2022

de 4 de agosto

Sumário: Aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde.

Em Portugal, o direito à proteção da saúde constitui, desde 1976, um direito fundamental constitucionalmente consagrado no âmbito dos direitos e deveres sociais que incumbe ao Estado assegurar, nomeadamente através da criação de um Serviço Nacional de Saúde (SNS), que foi aprovado pela Lei n.º 56/79, de 15 de setembro, e que é uma das mais relevantes realizações da democracia portuguesa.

A nova Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, ao revogar a Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, assumiu o propósito de clarificar o papel e a relação entre os vários atores do sistema de saúde, reafirmando a centralidade do SNS, pautado pelos princípios da universalidade, generalidade, tendencial gratuitidade e dotado de estatuto próprio. Assim, importa agora proceder à aprovação de um novo Estatuto do SNS e revogar o Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro, na sua redação atual, que aprovou o Estatuto do SNS, não só porque a nova Lei de Bases da Saúde carece de densificação em aspetos específicos, mas também porque decorreram quase 30 anos desde a publicação do anterior Estatuto do SNS, em 1993, e muitas foram as transformações ocorridas no SNS que conduziram a que várias das suas disposições tenham sido, entretanto, objeto de alterações dispersas que dificultam a desejável visão global.

Neste contexto, o novo Estatuto do SNS começa por precisar a definição de SNS, o catálogo dos seus estabelecimentos e serviços — sublinhando-se a articulação com os demais serviços e organismos do Ministério da Saúde: a Direção-Geral da Saúde, a Inspeção-Geral das Atividades em Saúde, a Secretaria-Geral do Ministério da Saúde, o Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, a Administração Central do Sistema de Saúde, I. P., e o INFARMED — Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I. P. —, bem como os direitos e deveres dos seus beneficiários.

O Estatuto do SNS dispõe, seguidamente, sobre a organização territorial e funcional do SNS, baseada em regiões de saúde e em níveis de cuidados, e sobre o seu funcionamento, focado na proximidade da prestação, na integração de cuidados e na articulação inter-regional dos serviços, promovendo as respostas domiciliárias e os sistemas de informação que acompanham o utente no seu percurso.

É ainda no capítulo sobre organização e funcionamento que o Estatuto do SNS introduz uma das suas principais inovações, ao prever a criação de uma Direção Executiva do SNS. Esta entidade assume a coordenação da resposta assistencial das unidades de saúde do SNS, bem como daquelas que integram a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP), assegurando o seu funcionamento em rede — papel que se revelou particularmente necessário no combate à pandemia da doença COVID-19 e que se considera essencial reforçar. Adicionalmente, esta entidade assume competências antes cometidas a outras instituições, em especial, a gestão do acesso a cuidados de saúde, da RNCCI e da RNCP, cabendo-lhe ainda propor a designação dos membros dos órgãos de gestão das unidades de saúde. A função da Direção Executiva do SNS distingue-se, naturalmente, da do Ministério da Saúde, ao qual competem, para além da condução da política nacional de saúde, responsabilidades específicas relativas ao SNS, mas não a coordenação operacional das suas respostas. Distingue-se, ainda, da função da Administração Central do Sistema de Saúde, I. P. (ACSS, I. P.), — cuja missão se centra no planeamento e gestão de recursos financeiros, no planeamento de recursos humanos e da rede de instalações e equipamentos e na contratação da prestação de cuidados, numa ótica de sistema de saúde — e da função das administrações regionais de saúde, I. P. (ARS, I. P.) — cuja missão deixa de incluir a prestação de cuidados e foca-se no planeamento regional dos recursos, numa ótica de coordenação intersetorial, promovendo a coesão territorial na área da saúde.



Ao elencar as unidades prestadoras de cuidados de saúde que integram o SNS — os agrupamentos de centros de saúde (ACES), os hospitais, os centros hospitalares, os institutos portugueses de oncologia e as unidades locais de saúde (ULS), integrados no setor empresarial do Estado ou no setor público administrativo —, o Estatuto do SNS aproveita para rever os seus regimes de criação, organização e funcionamento e respetivos estatutos, atualizando-os. Destaca-se a alteração da natureza jurídica dos ACES, que são considerados institutos públicos de regime especial, dotados de autonomia administrativa e património próprio, com responsabilidades de contratualização da prestação de cuidados de saúde primários com a ACSS, I. P., à semelhança do que acontece com as unidades hospitalares.

Por fim, o normativo sobre a caracterização da organização e funcionamento do SNS reitera a prioridade relativa à gestão pública das unidades de saúde e à constituição de sistemas locais de saúde, enquanto estruturas de participação e desenvolvimento da colaboração das instituições que, numa determinada área geográfica, desenvolvem atividades que contribuem para a melhoria da saúde das populações.

No desenvolvimento da nova Lei de Bases da Saúde, o Estatuto do SNS dispõe sobre os recursos humanos do SNS e sobre o seu planeamento plurianual. O aspeto central desta secção é a definição do regime da dedicação plena, instrumento de contratualização individual e valorização do desempenho, que visa contribuir para a melhoria do acesso dos utentes e da retenção e motivação dos profissionais de saúde no SNS. Trata-se de um regime de aplicação progressiva que se inicia pelos trabalhadores médicos do SNS, numa base voluntária, exceto para os novos diretores de serviço ou de departamento, e de compromisso assistencial. A matéria dos recursos humanos do SNS não se encerra sem que o Estatuto do SNS defina, igualmente, um regime excecional de contratação, de realização de trabalho suplementar e de mobilidade no SNS, instrumentos de uma gestão mais flexível num setor fortemente dependente de uma força de trabalho diferenciada que se pretende organizada em carreiras. Por um lado, os órgãos máximos de gestão dos estabelecimentos e serviços do SNS reforçam a autonomia para a contratação de trabalhadores, independentemente da modalidade de contrato, no âmbito dos respetivos instrumentos de gestão. Além disso, aqueles estabelecimentos e serviços passam a dispor de um regime de trabalho suplementar que enquadra quer a sua prestação em entidade distinta daquela a que o trabalhador se encontra vinculado quer a sua remuneração majorada quando seja ultrapassado o limite anual fixado.

Ainda em linha com as preocupações da nova Lei de Bases da Saúde, o presente Estatuto do SNS dispõe sobre os recursos financeiros do SNS, assegurados por verbas do Orçamento do Estado e com uma dotação que garante que lhe são afetos os recursos necessários a um funcionamento eficiente e sustentável, ao mesmo tempo que reafirma a isenção de pagamento de taxas moderadoras, nomeadamente em função da condição de recursos, de doença ou de especial vulnerabilidade, a existência de limites ao montante total a cobrar e a progressiva dispensa da sua cobrança, cuja sistematização se encontra prevista no Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro, na sua redação atual.

A participação, em especial dos utentes e dos municípios, e a articulação com outras entidades são os temas que as duas últimas secções do Estatuto do SNS enquadram, antes de abordar o regime jurídico dos ACES e os estatutos das unidades hospitalares, revelando a escolha de uma política de construção democrática dos serviços públicos de saúde, onde todos têm um papel a desempenhar, e, simultaneamente, de uma abordagem multissetorial da efetivação do direito à saúde.

Considerando que, ao longo dos últimos 40 anos, o SNS cresceu e ganhou a confiança dos portugueses e é a garantia do direito fundamental de todos os cidadãos à proteção da saúde, independentemente da condição social, da situação económica ou da localização geográfica de cada um, a revisão do seu Estatuto é, portanto, um passo fundamental para o reforço da construção de um SNS mais justo e inclusivo, que responda melhor às necessidades da população mediante as necessárias reformas estruturais.

Foram ouvidos o Conselho Nacional de Saúde, a Ordem dos Médicos, a Ordem dos Médicos Dentistas, a Ordem dos Enfermeiros, a Ordem dos Farmacêuticos, a Ordem dos Psicólogos Portugueses, a Ordem dos Nutricionistas, a Comissão Instaladora da Ordem dos Fisioterapeutas e a Associação Nacional de Municípios Portugueses.



Foram observados os procedimentos previstos na Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas, aprovada em anexo à Lei n.º 35/2014, de 20 de junho, na sua redação atual, e observado o procedimento fixado no artigo 470.º e seguintes do Código do Trabalho, aprovado em anexo à Lei n.º 7/2009, de 12 de fevereiro, na sua redação atual.

O presente decreto-lei foi submetido a consulta pública.

Assim:

No desenvolvimento do regime jurídico estabelecido pela Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, e nos termos da alínea c) do n.º 1 do artigo 198.º da Constituição, o Governo decreta o seguinte:

CAPÍTULO I

Disposição geral

Artigo 1.º

Objeto

O presente decreto-lei aprova:

- a) O Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, adiante designado por Estatuto;
- b) O regime de criação, organização e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde (ACES); e
- c) Os Estatutos dos hospitais, centros hospitalares, institutos portugueses de oncologia e unidades locais de saúde (ULS), integrados no setor empresarial do Estado ou no setor público administrativo.

CAPÍTULO II

Estatuto do Serviço Nacional de Saúde

SECÇÃO I

Disposições gerais

Artigo 2.º

Serviço Nacional de Saúde

1 — O Serviço Nacional de Saúde (SNS) é o conjunto organizado e articulado de estabelecimentos e serviços públicos, dirigido pelo Ministério da Saúde, que efetiva a responsabilidade que cabe ao Estado na proteção da saúde e que presta:

- a) Cuidados de saúde, nas vertentes de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos;
- b) Serviços de saúde, instrumentais à prestação de cuidados de saúde.

2 — Os estabelecimentos e serviços prestadores de cuidados ou de serviços de saúde do setor privado e social podem integrar o SNS, nos termos da lei, mediante a celebração de contrato e nos limites da atividade contratada, respeitando as Bases 6 e 25 da Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro.

3 — Para além dos estabelecimentos e serviços que o integram, para o SNS contribuem, ainda, todos os recursos existentes na comunidade que possam ser utilizados para melhorar o estado de saúde da população, tendo em vista a obtenção de ganhos em saúde.



Artigo 3.º

Estabelecimentos e serviços

1 — Para efeitos do presente Estatuto, os estabelecimentos e serviços do SNS são os seguintes:

- a) Os ACES;
- b) Os hospitais, centros hospitalares, institutos portugueses de oncologia e as ULS, integrados no setor empresarial do Estado ou no setor público administrativo;
- c) O Instituto Nacional de Emergência Médica, I. P.;
- d) O Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P.;
- e) O Instituto Português do Sangue e da Transplantação, I. P.;
- f) A SPMS — Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E. P. E., na vertente de telessaúde;
- g) Os estabelecimentos e serviços a que alude o n.º 2 do artigo 2.º com os quais, nos termos do mesmo artigo, sejam celebrados contratos que tenham por objeto a prestação de cuidados ou de serviços de saúde.

2 — Os estabelecimentos e serviços previstos no número anterior atuam de acordo com as suas missões, atribuições e competências, nos termos da lei e em articulação com os restantes serviços e organismos do Ministério da Saúde.

Artigo 4.º

Beneficiários e seus direitos e deveres

1 — São beneficiários do SNS as pessoas a que se refere a Base 21 da Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro.

2 — Aos beneficiários do SNS são reconhecidos os direitos e deveres previstos na lei, designadamente os direitos previstos na Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos utentes do SNS e na Carta para a Participação Pública em Saúde.

SECÇÃO II

Organização e funcionamento

Artigo 5.º

Organização

O SNS organiza-se a nível territorial, por regiões de saúde, e a nível funcional, por níveis de cuidados, devendo os seus estabelecimentos e serviços orientar o respetivo funcionamento pela proximidade da prestação, pela integração de cuidados e pela articulação inter-regional dos serviços.

Artigo 6.º

Regiões de saúde

1 — As regiões de saúde em que o SNS se organiza são as seguintes:

- a) Norte;
- b) Centro;
- c) Lisboa e Vale do Tejo;
- d) Alentejo;
- e) Algarve.

2 — Cada uma das regiões de saúde corresponde, tendencialmente, ao nível II da Nomenclatura de Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (NUTS), no continente.

Artigo 7.º**Níveis de cuidados**

1 — Os níveis de cuidados em que o SNS se organiza são os seguintes:

- a) Cuidados de saúde primários, que representam o primeiro nível de contacto dos indivíduos, da família e da comunidade com os cuidados de saúde e que constituem uma resposta de proximidade e continuidade no processo assistencial;
- b) Cuidados hospitalares, que envolvem intervenções de maior diferenciação de meios técnicos, mediante referência clínica ou em contexto de urgência ou emergência;
- c) Cuidados continuados integrados, que se centram em intervenções sequenciais de saúde e/ou de apoio social, que visam promover a autonomia e melhorar a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social.

2 — As intervenções ao nível da saúde pública e dos cuidados paliativos integram o SNS, independentemente do nível de cuidados em que são realizadas.

3 — Sempre que possível, devem ser apoiados e desenvolvidos os cuidados no domicílio.

Artigo 8.º**Proximidade, integração de cuidados e resposta em rede**

1 — No seu funcionamento, os estabelecimentos e serviços do SNS:

- a) Desenvolvem respostas de proximidade às necessidades assistenciais, em todos os seus níveis de prestação, considerando objetivos de equidade, de eficiência e de qualidade e recorrendo à tele saúde e aos cuidados no domicílio, sempre que adequado;
- b) Promovem modelos de integração de níveis de cuidados, de cuidados de saúde física e mental e de respostas de saúde e sociais, recorrendo a processos assistenciais partilhados que orientem os fluxos do utente e melhorem a efetividade dos cuidados prestados;
- c) Trabalham em rede e de forma articulada, organizada de modo coerente e assente em princípios de racionalidade, complementaridade, apoio técnico e eficiência, respeitando os modelos organizativos existentes.

2 — Para efeitos do disposto no presente artigo, os sistemas de informação do SNS garantem o acesso à informação de saúde, nos termos da lei, como forma de conhecer o percurso de saúde do utente, independentemente do local em que este se encontre.

Artigo 9.º**Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde**

1 — O SNS é dirigido, a nível central, por uma direção executiva, doravante designada Direção Executiva do SNS, à qual compete, sem prejuízo da autonomia das unidades de saúde que integram o SNS e da sua organização regional, designadamente:

- a) Coordenar a resposta assistencial das unidades de saúde que integram o SNS, bem como daquelas que integram a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP);
- b) Gerir a RNCCI, incluindo a área de saúde mental, e a RNCP, em articulação com os demais organismos competentes;
- c) Assegurar o funcionamento em rede do SNS, através da articulação nacional dos diferentes estabelecimentos e serviços, da integração dos diversos níveis de cuidados e da procura de respostas de proximidade, nomeadamente coordenando a criação, revisão e gestão das Redes de Referência Hospitalar;

- d) Assegurar o alinhamento da governação clínica institucional com a governação de saúde, considerando as recomendações do Plano Nacional de Saúde;
- e) Garantir a melhoria contínua do acesso ao SNS, bem como assegurar a gestão do sistema de acesso e tempos de espera e do sistema de inscritos para cirurgia;
- f) Definir as diretrizes a que devem obedecer os planos e programas de ação dos estabelecimentos e serviços do SNS, bem como os critérios de avaliação dos resultados obtidos;
- g) Emitir normas e orientações no âmbito da integração de cuidados, serviços e redes do SNS;
- h) Monitorizar o desempenho e resposta do SNS, designadamente através de inquéritos de satisfação aos beneficiários ou utentes e profissionais de saúde;
- i) Promover a participação pública no SNS, garantindo a intervenção dos beneficiários do SNS, designadamente das associações de utentes, nos processos de tomada de decisão;
- j) Assegurar a representação do SNS;
- k) Exercer as demais competências que lhe sejam atribuídas por lei, bem como praticar todos os atos que lhe sejam delegados.

2 — As atribuições previstas no número anterior são exercidas sobre todas as unidades de saúde previstas no artigo seguinte, sendo os respetivos membros dos órgãos de gestão designados sob proposta da Direção Executiva do SNS, sem prejuízo do disposto nos números seguintes.

3 — O membro do Governo responsável pela área da saúde pode delegar na Direção Executiva do SNS a competência para a designação dos diretores executivos dos ACES, nos termos do disposto no artigo 44.º do presente decreto-lei.

4 — O Conselho de Ministros pode delegar na Direção Executiva do SNS as competências para a designação dos membros dos órgãos de gestão dos hospitais, centros hospitalares, institutos portugueses de oncologia e ULS, nos termos do disposto nos artigos 69.º, 70.º e 77.º do presente decreto-lei e no Estatuto do Gestor Público, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de março, na sua redação atual.

5 — O exercício das competências a que se refere o n.º 1 é enquadrado pelo planeamento e gestão de recursos financeiros e pelo planeamento de recursos humanos e da rede de instalações e equipamentos desenvolvidos pela Administração Central do Sistema de Saúde, I. P. (ACSS, I. P.).

6 — A natureza jurídica, organização e funcionamento da Direção Executiva do SNS são definidos em diploma próprio.

Artigo 10.º

Unidades de saúde

1 — São unidades de saúde do SNS os ACES e os hospitais, os centros hospitalares, os institutos portugueses de oncologia e as ULS, integrados no setor empresarial do Estado ou no setor público administrativo.

2 — Os ACES são os estabelecimentos e serviços do SNS aos quais compete garantir a prestação dos cuidados de saúde primários.

3 — Os hospitais, os centros hospitalares e os institutos portugueses de oncologia são os estabelecimentos e serviços do SNS aos quais compete garantir a prestação dos cuidados hospitalares.

4 — As ULS são estabelecimentos de saúde aos quais compete garantir, no próprio estabelecimento, a prestação integrada de cuidados de saúde primários e hospitalares.

5 — As unidades de saúde previstas no n.º 1 garantem ainda, quando aplicável, a prestação de cuidados continuados integrados e de cuidados paliativos.

6 — O regime de criação, organização e funcionamento das unidades de saúde previstas no n.º 2 e os estatutos das unidades de saúde previstas nos n.ºs 3 e 4 constam, respetivamente, dos capítulos seguintes.

Artigo 11.º

Gestão das unidades de saúde

1 — A gestão das unidades de saúde que integram o SNS é pública, sem prejuízo do disposto na Base 6 da Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, e na legislação que a regulamenta.



2 — A seleção das equipas de gestão das unidades de saúde obedece ao critério da competência técnica, de gestão e de liderança e o seu desempenho é orientado pelo cumprimento das orientações da política nacional de saúde e pelo serviço público à população.

Artigo 12.º

Saúde pública

1 — Os serviços de saúde pública têm como funções promover a saúde, prevenir a doença e prolongar a vida saudável da população, atuando na preparação e resposta a emergências de saúde pública, em articulação com a saúde alimentar, ambiental e animal.

2 — Os serviços de saúde pública desenvolvem a sua ação através de:

- a) Instrumentos de avaliação e monitorização do estado de saúde, dos fatores que o influenciam e das necessidades e recursos das comunidades;
- b) Vigilância de eventos relacionados com a saúde que afetam as comunidades;
- c) Medidas formuladas para melhorar e proteger a saúde dos cidadãos;
- d) Ações de informação e educação dirigidas às comunidades sobre a saúde e os seus determinantes.

3 — A organização e funcionamento dos serviços de saúde pública são aprovados por diploma próprio e as suas estruturas atuam com autonomia e independência técnicas.

Artigo 13.º

Sistemas locais de saúde

1 — Os sistemas locais de saúde (SLS) são estruturas de participação e desenvolvimento da colaboração das instituições que, numa determinada área geográfica, realizam atividades que contribuem para a melhoria da saúde das populações e para a redução das desigualdades em saúde.

2 — Os SLS integram, por inerência, os estabelecimentos e serviços do SNS e demais instituições públicas com intervenção direta ou indireta na saúde, designadamente nas áreas da segurança social, da proteção civil e da educação, assim como os municípios, podendo ainda integrar outras instituições que operam no setor.

3 — Sem prejuízo das atribuições das instituições que os integram, os SLS visam contribuir para a obtenção de ganhos em saúde da população numa lógica de proximidade e trabalho em rede, de integração de cuidados e de foco na melhoria do bem-estar das pessoas.

4 — Os SLS não dispõem de personalidade jurídica e são criados por portaria do membro do Governo responsável pela área da saúde, sob proposta fundamentada das respetivas administrações regionais de saúde, I. P. (ARS, I. P.), às quais compete dinamizar a respetiva constituição.

5 — Os SLS regem-se por um regulamento interno, um plano estratégico e um plano de ação anual, aprovados pelas ARS, I. P., territorialmente competentes, alinhados com os demais instrumentos de planeamento existentes, e são dirigidos por um conselho coordenador composto por três elementos, eleitos de entre os representantes dos estabelecimentos ou serviços que o integram.

6 — O exercício de funções no conselho coordenador não implica o pagamento de quaisquer remunerações.

SECÇÃO III

Recursos humanos

Artigo 14.º

Recursos humanos do Serviço Nacional de Saúde

1 — O funcionamento do SNS é baseado numa força de trabalho que se estrutura em carreiras, planeada e organizada de modo a satisfazer as necessidades assistenciais da população, em termos de disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade.



2 — O planeamento e a organização da força de trabalho do SNS devem ainda ter em consideração o desenvolvimento das atividades de investigação clínica e de inovação em saúde.

3 — As unidades de saúde do SNS devem garantir condições e ambientes de trabalho seguros e promotores de satisfação e desenvolvimento profissional e de conciliação da vida profissional, pessoal e familiar, designadamente cooperando na oferta de creches.

4 — A política de recursos humanos do SNS é definida pelo membro do Governo responsável pela área da saúde e é baseada num plano plurianual.

5 — A aprovação do plano plurianual previsto no número anterior carece de parecer prévio vinculativo dos membros do Governo responsáveis pelas áreas da Administração Pública e das finanças.

Artigo 15.º

Legislação aplicável

1 — Os profissionais que trabalham no SNS estão sujeitos, em função da natureza jurídica do respetivo estabelecimento ou serviço, às regras próprias da Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas, aprovada em anexo à Lei n.º 35/2014, de 20 de junho, na sua redação atual (LTFP), ou do Código do Trabalho, aprovado em anexo à Lei n.º 7/2009, de 12 de fevereiro, na sua redação atual, sem prejuízo do disposto no número seguinte.

2 — Em derrogação da lei geral podem ser fixadas regras sobre carreiras, mobilidade, duração dos períodos de trabalho, pactos de permanência, defesa contra os riscos do exercício profissional e garantia de independência técnica e científica para os profissionais de saúde que são prestadores diretos de cuidados.

3 — Sem prejuízo da sua missão e da sua integração em carreiras próprias, os profissionais que trabalham no SNS incorporam um sistema específico e diferenciado que se pauta, em especial, pelos seguintes princípios:

- a) Adequação das carreiras e correspondentes profissões aos objetivos da política de saúde;
- b) Garantia da equidade entre carreiras e seus profissionais;
- c) Promoção de estruturas organizacionais e modelos de gestão que fomentem o trabalho em equipa focado na melhoria do estado de saúde de indivíduos e populações;
- d) Valorização dos profissionais, baseada no mérito e no desenvolvimento das competências necessárias a modelos inovadores de organização do trabalho.

Artigo 16.º

Regime de dedicação plena

1 — Os trabalhadores médicos dos estabelecimentos e serviços do SNS podem exercer funções em regime de dedicação plena.

2 — O regime de dedicação plena não é aplicável aos trabalhadores médicos em regime de dedicação exclusiva e de trabalho a tempo parcial.

3 — O regime de dedicação plena é incompatível com o exercício de funções de direção técnica, coordenação e chefia em instituições privadas e do setor social de prestação de cuidados de saúde, não se considerando como tal os consultórios médicos de profissionais individuais.

4 — O exercício de funções em regime de dedicação plena depende de requerimento do trabalhador interessado e de assinatura de uma carta de compromisso assistencial com a instituição à qual se encontra vinculado, de onde constem, para um horizonte temporal de três anos, os objetivos e metas a alcançar, que devem traduzir-se em ganhos de acessibilidade, qualidade e eficiência.

5 — A renovação do exercício de funções em regime de dedicação plena depende da avaliação favorável pelo órgão máximo de gestão da instituição à qual o trabalhador se encontra vinculado, do cumprimento dos objetivos e metas definidos e da assinatura de nova carta de compromisso assistencial.

6 — O exercício de funções em regime de dedicação plena apenas pode cessar antes do termo do respetivo triénio com fundamento no incumprimento dos compromissos assumidos pelo trabalhador, sem prejuízo do número seguinte.

7 — O trabalhador pode renunciar ao regime de dedicação plena mediante um aviso prévio de, pelo menos, três meses, dirigido ao órgão máximo de gestão do estabelecimento ou serviço ao qual se encontra vinculado.

8 — Sem prejuízo do disposto no n.º 4, o regime de dedicação plena é obrigatoriamente aplicável aos médicos que venham a ser designados em regime de comissão de serviço para exercer funções de direção de serviço ou de departamento do SNS, traduzindo-se a respetiva carta de compromisso de gestão em metas organizacionais de melhoria da acessibilidade, qualidade e eficiência do respetivo serviço ou departamento.

9 — São estabelecidos em diploma próprio:

a) O modelo de organização do trabalho, incluindo o acréscimo do período normal de trabalho semanal;

b) Regime remuneratório, designadamente prémios de desempenho associados à atividade executada;

c) A carga horária semanal de funções assistenciais realizadas em instituições privadas e do setor social de prestação de cuidados de saúde, pelos diretores de serviço ou de departamento a que alude o número anterior, incompatível com o regime de dedicação plena.

10 — O regime de dedicação plena previsto no presente artigo é alargado, gradual e progressivamente, a trabalhadores de outras profissões regulamentadas do setor da saúde, nos termos a definir em legislação especial, nomeadamente em sede de regime legal das correspondentes carreiras.

Artigo 17.º

Regime excecional de contratação

1 — Nos casos em que a insuficiência devidamente fundamentada de profissionais de saúde possa comprometer a prestação de cuidados de saúde, é da competência do órgão máximo de gestão dos estabelecimentos e serviços do SNS a celebração de contratos de trabalho a termo resolutivo certo, nos termos da LTFP ou do Código do Trabalho, consoante o caso, pelo prazo máximo de seis meses, não renovável.

2 — É também da competência do órgão máximo de gestão dos estabelecimentos e serviços do SNS a celebração de contratos de trabalho a termo resolutivo incerto, nos termos da LTFP ou do Código do Trabalho, consoante o caso, para substituição de profissionais de saúde temporariamente ausentes.

3 — Para além do disposto nos números anteriores, é, ainda, da competência do órgão máximo de gestão dos serviços e estabelecimentos de saúde integrados no setor empresarial do Estado a celebração de contratos de trabalho sem termo, ao abrigo do Código do Trabalho, sempre que esteja em causa o recrutamento dos trabalhadores necessários ao preenchimento dos postos de trabalho previstos no mapa de pessoal e no plano de atividades e orçamento aprovados.

4 — Nos casos a que se refere o número anterior, em situações excecionais e devidamente fundamentadas e quando estejam em causa prestadores diretos de cuidados de saúde, a determinação da posição remuneratória inicial pode ser negociada com o trabalhador e submetida a autorização do membro do Governo responsável pela área da saúde, sem prejuízo do disposto no artigo 270.º do Código do Trabalho.

5 — O recrutamento de pessoal previsto nos n.ºs 1 e 2 não está sujeito ao regime de seleção fixado na respetiva carreira, mas deve ser precedido de um procedimento concursal de seleção que obedeça aos seguintes princípios:

a) Publicitação da oferta de trabalho;

b) Garantia de igualdade de condições e oportunidades;

c) Decisão de contratação fundamentada em critérios objetivos de seleção, que contemplem, pelo menos, a avaliação curricular.

6 — Para os efeitos previstos no número anterior, a publicitação da oferta de trabalho prevista na alínea a) deve ser feita em jornal, por extrato, bem como na respetiva página eletrónica, do empregador público ou da entidade empregadora, consoante o caso, por publicação integral, fazendo menção, nomeadamente, à atividade para a qual os trabalhadores a recrutar são contratados.

7 — Os empregadores públicos ou as entidades empregadoras devem constituir reservas de recrutamento, cujo prazo de validade não pode ser inferior a um ano, prorrogável, por uma única vez, até ao limite de seis meses.

Artigo 18.º

Regime excecional de trabalho suplementar

1 — Nos casos em que o exercício de funções se mostre indispensável para assegurar a prestação de cuidados de saúde, e tendo em vista reduzir o recurso a prestadores de serviços, os trabalhadores com vínculo ao SNS podem, mediante acordo, prestar trabalho suplementar em estabelecimentos ou serviços distintos daqueles a cujo mapa de pessoal pertençam.

2 — O exercício de funções a que alude o número anterior depende de autorização dos órgãos máximos de gestão dos respetivos estabelecimentos ou serviços.

3 — O exercício de funções ao abrigo do presente artigo é remunerado como trabalho suplementar, mas não releva para o cômputo do limite da duração anual do trabalho suplementar legalmente fixado, e o seu pagamento é assegurado pela entidade a que o trabalhador se encontra vinculado, com direito de regresso sobre a entidade que dele beneficia.

4 — Em situações excecionais e devidamente fundamentadas, o membro do Governo responsável pela área da saúde pode autorizar que o trabalho suplementar a realizar pelo trabalhador em estabelecimento ou serviço distinto daquele a cujo mapa de pessoal pertence tenha por referência um valor/hora a fixar anualmente por portaria dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde.

5 — O disposto no número anterior pode ser aplicado a trabalhadores do mapa de pessoal do respetivo estabelecimento ou serviço, mediante despacho de autorização do membro do Governo responsável pela área da saúde.

Artigo 19.º

Regime excecional de mobilidade

1 — O regime de mobilidade dos trabalhadores em funções públicas é aplicável aos profissionais de saúde do SNS, independentemente da natureza jurídica da relação de emprego e dos estabelecimentos ou serviços envolvidos, incluindo em matéria de consolidação.

2 — Para efeitos do disposto no número anterior, os estabelecimentos ou serviços que integram o SNS são considerados unidades orgânicas desconcentradas de um mesmo serviço.

3 — A consolidação da mobilidade que envolva relações de emprego com natureza distinta pode determinar, e sem que implique um aumento da dotação global de cada entidade, a criação dos correspondentes postos de trabalho nos mapas de pessoal residuais da entidade de destino, a extinguir quando vagarem, nos termos seguintes:

a) Nos serviços que não tenham natureza de entidade pública empresarial podem ser criados postos de trabalho destinados à consolidação dos trabalhadores com contrato individual de trabalho, podendo os trabalhadores candidatar-se, após a consolidação, a procedimentos concursais exclusivamente destinados a quem seja titular de uma relação jurídica de emprego público por tempo indeterminado abertos pelo órgão ou serviço a cujo mapa de pessoal passaram a pertencer e se destinem a preencher um posto de trabalho cuja caracterização coincida com as funções ou atividades que exercem;

b) Nos serviços que tenham natureza de entidade pública empresarial podem ser criados postos de trabalho adequados à consolidação de trabalhadores com vínculo de emprego público.

4 — A mobilidade e a consolidação previstas no presente artigo são autorizadas pelo membro do Governo responsável pela área da saúde, com faculdade de delegação na ACSS, I. P.



Artigo 20.º

Fixação de profissionais de saúde em zonas geográficas carenciadas

1 — O SNS recorre a incentivos financeiros e não financeiros como instrumento de estímulo à fixação de profissionais de saúde em zonas geográficas carenciadas para melhoria da equidade no acesso, designadamente ao aumento dos dias de férias, dos dias de formação, do tempo dedicado à investigação e à tele saúde e à flexibilização do regime de mobilidade.

2 — Para efeitos do disposto no número anterior, os estabelecimentos e serviços do SNS podem ainda celebrar protocolos com entidades públicas, privadas ou do setor social, em especial autarquias locais, para atribuição de outros incentivos, nomeadamente alojamento.

Artigo 21.º

Assistência e patrocínio judiciário

1 — Os profissionais de saúde que, no âmbito do exercício de funções no SNS, sofram uma ofensa à sua integridade física ou psíquica têm direito, no correspondente processo judicial, a assistência e patrocínio judiciário.

2 — Os direitos a assistência e patrocínio judiciário previstos no número anterior são regulados em diploma próprio.

SECÇÃO IV

Recursos financeiros

Artigo 22.º

Financiamento do Serviço Nacional de Saúde

1 — Nos termos da Base 23 da Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, o financiamento do SNS é assegurado por verbas do Orçamento do Estado, podendo ser determinada a consignação de receitas fiscais para o efeito, sem prejuízo de outras receitas previstas em lei, regulamento, contrato ou outro título.

2 — A dotação orçamental do SNS deve permitir que lhe sejam afetos os recursos necessários ao cumprimento eficiente das suas funções e objetivos e à sua sustentabilidade financeira.

3 — O investimento de capital do SNS obedece a uma planificação plurianual, concretizada através de um plano plurianual de investimentos, que estima as necessidades futuras e promove uma gestão eficiente da rede de instalações e equipamentos existente, nomeadamente à luz dos planos diretores dos estabelecimentos ou serviços.

Artigo 23.º

Responsabilidade financeira pelas prestações de saúde

1 — Além do Estado, respondem pelos encargos resultantes da prestação de cuidados de saúde prestados no âmbito do SNS:

- a) Os utentes não beneficiários do SNS e os beneficiários na parte que lhes couber, nos termos da lei;
- b) As entidades que estejam a tal obrigadas por força de lei ou de contrato.

2 — O SNS, no âmbito das suas competências e atribuições territoriais, é financeiramente responsável pelas prestações de saúde realizadas aos beneficiários de subsistemas públicos, desde que os mesmos tenham direito a essas prestações pela sua condição de beneficiários do SNS.

3 — A lei determina as situações de isenção de pagamento de taxas moderadoras, nomeadamente em função da condição de recursos, de doença ou de especial vulnerabilidade, estabelece limites ao montante total a cobrar e promove a progressiva dispensa de cobrança de taxas moderadoras.



Artigo 24.º

Preços dos cuidados de saúde

1 — Os limites mínimos e máximos dos preços a cobrar pelos cuidados prestados no âmbito do SNS são estabelecidos por portaria do membro do Governo responsável pela área da saúde, tendo em conta os custos reais diretos e indiretos e o necessário equilíbrio de exploração.

2 — A ACSS, I. P., pode celebrar acordos, de âmbito nacional, com as entidades responsáveis pelo pagamento das prestações de saúde, relativos a tabelas de preços e a pagamentos.

3 — Os estabelecimentos e serviços que integram o SNS podem celebrar acordos especiais para a fixação de preços dos cuidados de saúde e acordos de pagamentos com entidades responsáveis pelos encargos relativos à prestação de cuidados de saúde, de acordo com critérios a fixar por despacho do membro do Governo responsável pela área da saúde.

SECÇÃO V

Sistemas de informação

Artigo 25.º

Sistemas de informação do Serviço Nacional de Saúde

1 — Os sistemas de informação devem contribuir para a obtenção de ganhos em saúde, facilitando o acesso a cuidados de saúde dos beneficiários do SNS, melhorando a qualidade do trabalho dos profissionais de saúde, possibilitando a investigação e desenvolvimento em saúde e reforçando a eficiência dos serviços e estabelecimentos do SNS e a transparência da sua gestão.

2 — Os sistemas de informação devem, ainda, possibilitar a interoperabilidade, a interconexão, a digitalização e o acesso a dados pessoais do utente, ainda que armazenados em entidades externas ao SNS, nos termos da lei, designadamente tendo em vista a consolidação do Registo de Saúde Eletrónico, a otimização da gestão dos sistemas e serviços de saúde e a investigação e desenvolvimento em saúde.

3 — Relativamente aos utentes, os sistemas de informação devem, especialmente, contribuir para:

- a) Melhorar a equidade no acesso a cuidados de saúde;
- b) Garantir a qualidade da prestação de cuidados, designadamente na atividade não presencial;
- c) Permitir um modelo de acesso omnicanal que melhore a satisfação do utente.

4 — Relativamente aos profissionais de saúde, os sistemas de informação devem, especialmente, contribuir para:

- a) Facultar o acesso à informação clínica e de saúde, nos termos da lei, como forma de conhecer o percurso do utente, independentemente do local da prestação de cuidados;
- b) Apoiar a decisão do profissional;
- c) Facilitar o desempenho de funções com a máxima mobilidade, nomeadamente a prestação de cuidados em atividade não presencial.

SECÇÃO VI

Participação no Serviço Nacional de Saúde

Artigo 26.º

Participação dos beneficiários

1 — Os beneficiários do SNS podem intervir nos processos de tomada de decisão que afetem a prestação de cuidados de saúde à população, nos termos da Carta para a Participação Pública em Saúde.



2 — Compete à Direção Executiva do SNS, aos estabelecimentos e serviços do SNS e aos SLS promover a participação pública, através do aprofundamento dos processos já existentes e da criação de novos espaços e mecanismos participativos, nomeadamente os que sejam mais adequados a estimular a literacia da população, o envolvimento das pessoas na promoção da sua própria saúde e a ligação às comunidades vulneráveis.

3 — A participação a que se refere o número anterior pode ocorrer a título individual ou através de entidades que representem os beneficiários ou utentes.

4 — Nas unidades de saúde do SNS previstas no artigo 10.º é designado pelo órgão máximo de gestão sob proposta das associações de utentes, pelo período de três anos, um provedor do utente que articula a sua ação com o gabinete do cidadão, e ao qual compete, designadamente:

- a) Representar os interesses dos utentes e famílias;
- b) Apoiar o acompanhamento dos utentes mais vulneráveis durante o percurso na unidade de saúde;
- c) Identificar as dificuldades e necessidades dos utentes na unidade de saúde, apresentando propostas de melhoria contínua dos cuidados ao órgão máximo de gestão;
- d) Propor, ao órgão máximo de gestão, planos de divulgação dos direitos dos utentes e planos de ação para informação dos utentes e famílias.

5 — A designação prevista no número anterior não pressupõe qualquer remuneração.

Artigo 27.º

Participação dos municípios

1 — É atribuição do município a celebração de parcerias estratégicas nos programas de prevenção da doença, com especial incidência na promoção de estilos de vida saudáveis e de envelhecimento ativo.

2 — Sem prejuízo da articulação com os demais estabelecimentos e serviços do SNS e da autonomia técnica dos ACES, é da competência da câmara municipal:

- a) A participação no planeamento, na gestão e na realização de investimentos relativos a novas unidades de prestação de cuidados de saúde primários, nomeadamente na sua construção, equipamento e manutenção;
- b) A gestão, manutenção e conservação de outros equipamentos afetos aos cuidados de saúde primários;
- c) A gestão dos trabalhadores inseridos na carreira de assistente operacional das unidades funcionais dos ACES;
- d) A gestão dos serviços de apoio logístico das unidades funcionais dos ACES;
- e) A participação na gestão do funcionamento das unidades funcionais dos ACES;
- f) As demais competências que lhes sejam atribuídas por lei.

3 — O conselho municipal de saúde é presidido pelo respetivo presidente da câmara municipal, que se faz representar nos órgãos consultivos e de avaliação dos serviços de saúde, designadamente no quadro dos SLS.

Artigo 28.º

Avaliação do Serviço Nacional de Saúde

1 — Os estabelecimentos e serviços do SNS desenvolvem a sua atividade tendo em vista a melhoria contínua da qualidade, e as suas equipas de gestão implementam sistemas de avaliação sistemática e periódica, que incluem a realização e divulgação de resultados de inquéritos de satisfação aos respetivos beneficiários ou utentes e profissionais de saúde.

2 — A Direção Executiva do SNS é responsável pelo planeamento e coordenação dos inquéritos de satisfação previstos no número anterior, cujos resultados são públicos.



SECÇÃO VII

Articulação entre o Serviço Nacional de Saúde e outras entidades

Artigo 29.º

Contratos para a prestação de cuidados de saúde

1 — Nos termos do n.º 1 da Base 6 da Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, e para além das situações previstas no Decreto-Lei n.º 23/2020, de 22 de maio, tendo em vista a prestação de cuidados e serviços de saúde a beneficiários do SNS, quando o SNS não tiver capacidade para a prestação de cuidados em tempo útil podem ser celebrados contratos com entidades do setor privado e social e com profissionais em regime de trabalho independente, condicionados à avaliação da sua necessidade.

2 — Os cuidados de saúde prestados nos termos do número anterior respeitam as normas e princípios aplicáveis ao SNS.

Artigo 30.º

Cooperação com as entidades de apoio social e os serviços de segurança social

1 — Os estabelecimentos e serviços que integram o SNS, os serviços da segurança social e as entidades de apoio social devem cooperar nos programas e ações que envolvam a proteção social das populações em risco ou carência, com base num programa de ação definido pelas tutelas setoriais.

2 — São áreas preferenciais de cooperação:

- a) Os cuidados continuados integrados;
- b) O apoio ao cuidador informal;
- c) A emergência social;
- d) O apoio a pessoas e famílias em vulnerabilidade social, pessoas idosas, pessoas em situação de dependência, pessoas com deficiência, crianças em situação de perigo ou risco, pessoas em situação de sem abrigo, população migrante, refugiados e vítimas de violência doméstica e de tráfico de seres humanos;
- e) A prestação de cuidados a crianças em situação de pobreza;
- f) A prevenção, prestação de cuidados e reabilitação das doenças da área laboral.

Artigo 31.º

Cooperação com as instituições de ensino superior e unidades de investigação

Ao SNS incumbe promover, nas unidades de saúde que o integram, consoante a respetiva missão e, em especial, naquelas com responsabilidade de hospital com ensino universitário, as condições adequadas ao desenvolvimento de atividades de ensino e de investigação clínica, nomeadamente através de centros académicos clínicos, nos termos da lei e dos regulamentos internos.

Artigo 32.º

Articulação com outras entidades

No desenvolvimento da sua função de prestação de cuidados e serviços de saúde, o SNS promove um ambiente de articulação com as entidades envolvidas na obtenção de ganhos em saúde, em especial, outros serviços e organismos do Ministério da Saúde, instituições do setor privado e social, agentes económicos da área da saúde, Entidade Reguladora da Saúde e outras entidades com competências de regulação, associações públicas profissionais, estruturas representativas dos profissionais de saúde e sindicatos.



CAPÍTULO III

Regime de criação, organização e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde

SECÇÃO I

Disposições gerais

Artigo 33.º

Natureza jurídica

1 — Os ACES são institutos públicos de regime especial integrados na administração indireta do Estado, dotados de autonomia administrativa e podendo deter património próprio, constituídos por centros de saúde.

2 — Os centros de saúde que integram os ACES são conjuntos de unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários que intervêm nos seguintes âmbitos:

- a) Comunitário e de base populacional;
- b) Personalizado com base na livre escolha pelos utentes;
- c) Exercício de funções de autoridade de saúde, quando aplicável;
- d) Intervenção nos comportamentos aditivos, quando aplicável.

3 — Os ACES prosseguem as atribuições do Ministério da Saúde, sob superintendência e tutela do respetivo membro do Governo, sem prejuízo das competências da Direção Executiva do SNS.

Artigo 34.º

Missão e atribuições

1 — Os ACES têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica.

2 — Para cumprir a sua missão, os ACES desenvolvem atividades de promoção da saúde e prevenção da doença e de tratamento e acompanhamento no processo de assistência à saúde, contribuindo para o aumento da literacia em saúde e assegurando respostas de proximidade e de integração de cuidados.

3 — Os ACES desenvolvem, também, atividades de vigilância epidemiológica e de investigação em saúde e participam na formação pré-graduada, pós-graduada e contínua.

Artigo 35.º

Criação

1 — A criação e a delimitação da área geográfica dos ACES são estabelecidas por diploma próprio, ouvidos os municípios da área abrangida, sob proposta fundamentada da ARS, I. P.

2 — A delimitação geográfica dos ACES pode corresponder ao território das NUTS III, a um agrupamento de concelhos, a um concelho ou a um conjunto de freguesias do mesmo município, em função da combinação mais eficiente dos recursos disponíveis e, nomeadamente, dos seguintes fatores geodemográficos:

- a) O número de pessoas residentes;
- b) A estrutura de povoamento;
- c) O índice de envelhecimento;
- d) A acessibilidade da população aos serviços de saúde.

3 — A proposta referida no n.º 1 deve conter, além do previsto no número anterior:

- a) A identificação dos centros de saúde a integrar no ACES;
- b) A área geográfica e a população abrangidas por cada um desses centros de saúde;



- c) A identificação, por grupo profissional, dos recursos humanos a afetar a cada ACES;
- d) A denominação do ACES;
- e) A identificação das instalações onde o ACES tem sede.

Artigo 36.º

Área geográfica

1 — Para fins de saúde comunitária e de apoio domiciliário, são abrangidas por cada centro de saúde as pessoas residentes na respetiva área geográfica, ainda que temporariamente, bem como as pessoas residentes em estruturas residenciais para pessoas idosas e outras estruturas residenciais para crianças e jovens em perigo, pessoas com deficiência e/ou em situação de dependência.

2 — Para fins de cuidados personalizados, são utentes de um centro de saúde os cidadãos que nele queiram inscrever-se, com prioridade para os residentes na respetiva área geográfica, quando se verifique carência de recursos.

Artigo 37.º

Funcionamento

1 — Os centros de saúde devem assegurar aos utentes a melhor acessibilidade possível, nomeadamente através do princípio de atendimento no próprio dia, marcação de consultas para hora determinada, respostas à doença aguda, atendimento telefónico e por meios de comunicação à distância e, sempre que adequado, serviços domiciliários e de tele saúde.

2 — Os centros de saúde asseguram o seu funcionamento normal entre as 8 e as 20 horas nos dias úteis, podendo o horário de funcionamento ser alargado até às 24 horas, nos dias úteis, e aos sábados, domingos e feriados, em função das necessidades em saúde da população, características geodemográficas da área por eles abrangida e da disponibilidade de recursos.

3 — O horário de funcionamento dos centros de saúde e das suas unidades é obrigatoriamente publicitado, designadamente através de afixação no exterior e interior das instalações e divulgação por meios telemáticos.

SECÇÃO II

Unidades funcionais

Artigo 38.º

Unidades funcionais

1 — Os ACES incluem as seguintes unidades funcionais:

- a) Unidade de saúde familiar (USF);
- b) Unidade de cuidados de saúde personalizados (UCSP);
- c) Unidade de cuidados na comunidade (UCC);
- d) Unidade de saúde pública (USP);
- e) Unidade de recursos assistenciais partilhados (URAP);
- f) Outras unidades ou serviços, mediante proposta fundamentada do respetivo diretor executivo, nos termos a definir em portaria do membro do Governo responsável pela área da saúde.

2 — Cada ACES inclui apenas uma USP e uma URAP e cada centro de saúde inclui, pelo menos, uma USF ou UCSP e uma UCC ou serviços desta.

3 — As USF são unidades de cuidados personalizados, formadas por médicos, enfermeiros e assistentes técnicos, com autonomia funcional e técnica, que desenvolvem a sua atividade com base na contratualização de objetivos e que garantem aos cidadãos nelas inscritos uma carteira básica de serviços, constando o seu regime de diploma próprio.



4 — As UCSP são também unidades de cuidados personalizados, formadas por médicos, enfermeiros e assistentes técnicos, com autonomia funcional e técnica, mas não organizados em USF.

5 — As UCC são unidades de cuidados de saúde e apoio psicológico e social, com autonomia funcional e técnica e com intervenção de âmbito domiciliário e comunitário, junto das pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência, atuando na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção, sendo compostas por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas da fala e outros profissionais.

6 — Através das UCC, os ACES participam na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, podendo incorporar a equipa coordenadora local e constituindo a equipa de cuidados continuados integrados, prevista no Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, na sua redação atual.

7 — As UCC podem ser criadas pelos municípios, mediante parecer prévio favorável do diretor executivo do ACES e aprovação do respetivo conselho da comunidade.

8 — As UCC criadas ao abrigo do número anterior são administradas pelo município responsável pela sua criação, mas mantêm-se vinculadas aos objetivos e orientações técnicas do ACES.

9 — As USP são unidades com autonomia funcional e técnica, às quais cabe a vigilância epidemiológica, a elaboração de informações e planos no domínio da saúde pública, a gestão de programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde da população e de grupos específicos, colaborando no exercício de funções de autoridade de saúde e sendo compostas, entre outros profissionais, por médicos de saúde pública, enfermeiros especialistas na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública e técnicos superiores das áreas de diagnóstico e terapêutica.

10 — As URAP são unidades com autonomia funcional e técnica, que prestam cuidados de saúde e serviços de consultoria às demais unidades funcionais do ACES, promovendo a articulação com os cuidados hospitalares e com outros recursos da comunidade, sendo compostas por médicos de especialidades hospitalares, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas da fala e ocupacionais, médicos dentistas, higienistas orais, assistentes sociais e outros profissionais integralmente afetos à URAP, mas que repartem o seu desempenho por várias unidades funcionais.

Artigo 39.º

Coordenação das unidades funcionais

1 — Cada unidade funcional tem um coordenador, a quem compete, designadamente:

- a) Programar as atividades da unidade, elaborando o plano de ação anual e plurianual;
- b) Assegurar o funcionamento eficiente da unidade e o cumprimento dos objetivos programados, promovendo e incentivando a participação dos profissionais na gestão da unidade e a cooperação com as diferentes unidades funcionais do centro de saúde e do ACES;
- c) Elaborar e implementar, no caso das unidades que funcionem no mesmo centro de saúde, e em articulação com os demais coordenadores, um plano de ação comum para o centro de saúde, a aprovar pelo diretor executivo do ACES;
- d) Promover, ouvindo os profissionais da unidade, a consolidação das boas práticas;
- e) Assegurar a qualidade dos serviços prestados e a sua melhoria contínua, controlando e avaliando sistematicamente o desempenho da unidade;
- f) Elaborar o relatório anual de atividades.

2 — Sem prejuízo das competências previstas no número anterior, compete, ainda, ao coordenador da USP indicar, de entre os profissionais de saúde pública do ACES, e sempre que solicitado, o seu representante nos órgãos municipais com responsabilidades de saúde.

Artigo 40.º

Designação dos coordenadores

1 — Os coordenadores das unidades funcionais são designados por decisão fundamentada do diretor executivo do ACES, depois de ouvido o conselho clínico e de saúde, de entre profissionais com conhecimentos e experiência adequados ao exercício da função, nos seguintes termos:

- a) O coordenador da UCSP é designado de entre médicos especialistas de medicina geral e familiar;



- b) O coordenador da UCC é designado de entre enfermeiros com o título de enfermeiro especialista;
- c) O coordenador da URAP é designado de entre profissionais de saúde;
- d) O coordenador da USP é designado de entre médicos com o grau de especialista em saúde pública, nos termos da legislação aplicável para a designação da autoridade de saúde.

2 — Constituem critérios preferenciais de designação:

- a) A competência demonstrada no exercício de funções de coordenação e gestão de equipas na área dos cuidados de saúde primários;
- b) A competência técnica;
- c) A formação em gestão, preferencialmente na área da saúde.

3 — O coordenador da UCC criada nos termos do n.º 7 do artigo 38.º é designado pelo presidente da câmara municipal mediante parecer prévio do diretor executivo do ACES sobre a adequação do respetivo perfil técnico, em conformidade com a alínea b) do n.º 1 e atentos os critérios preferenciais previstos no número anterior.

Artigo 41.º

Regime de exercício de funções dos coordenadores

1 — Os coordenadores são designados por um período de três anos, renovável por iguais períodos, não implicando a sua designação a criação de cargos dirigentes ou a atribuição de remunerações adicionais, sem prejuízo do disposto no Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, na sua redação atual.

2 — Nos 90 dias seguintes à designação, o diretor executivo e o coordenador assinam uma carta de missão na qual são definidos os objetivos, devidamente quantificados e calendarizados, a atingir no decurso do exercício de funções.

3 — Os coordenadores exercem as funções de coordenação sem prejuízo do exercício normal das suas funções profissionais.

4 — As funções de coordenador são incompatíveis com as de diretor executivo e de membro do conselho clínico e de saúde do ACES.

5 — Sem prejuízo do disposto no n.º 2, no caso da UCC criada nos termos do n.º 7 do artigo 38.º, a carta de missão é assinada pelo diretor executivo, o presidente da câmara municipal respetiva e o coordenador.

Artigo 42.º

Cessação de funções dos coordenadores

1 — As funções de coordenador de unidade funcional cessam:

- a) No termo do prazo fixado para o exercício de funções;
- b) Na data da tomada de posse em outro cargo ou função incompatíveis com o exercício das funções de coordenação;
- c) Por renúncia, mediante carta dirigida ao diretor executivo;
- d) Por acordo entre o coordenador e o diretor executivo;
- e) Por decisão do diretor executivo, com fundamento em não realização dos objetivos previstos, designadamente dos constantes da carta de missão;
- f) Por decisão do diretor executivo, com fundamento em conveniência de serviço.

2 — Embora designado por prazo certo, o coordenador mantém-se em funções até nova designação, por um período máximo de 90 dias.

3 — A renúncia a que se refere a alínea c) do n.º 1 produz efeitos 30 dias após a receção da carta pelo diretor executivo, salvo se nesse período for designado outro coordenador.



SECÇÃO III

Órgãos

Artigo 43.º

Órgãos

São órgãos dos ACES:

- a) O diretor executivo;
- b) O conselho clínico e de saúde;
- c) O conselho da comunidade;
- d) O conselho executivo.

SUBSECÇÃO I

Diretor executivo e conselho clínico e de saúde

Artigo 44.º

Designação do diretor executivo

1 — O diretor executivo é designado pelo membro do Governo responsável pela área da saúde, sob proposta fundamentada da Direção Executiva do SNS.

2 — O diretor executivo deve possuir licenciatura, constituindo, preferencialmente, critérios de designação:

- a) A formação em administração ou gestão na área da saúde;
- b) A competência demonstrada no exercício de funções de coordenação ou gestão de equipas, serviços ou unidades de saúde.

3 — É competência do membro do Governo responsável pela área da saúde a definição do perfil, experiência profissional e competências de gestão adequadas às funções de diretor executivo, dos quais deve informar a Comissão de Recrutamento e Seleção para a Administração Pública (CReSAP).

4 — A proposta prevista no n.º 1 deve ser acompanhada de avaliação, não vinculativa, do currículo e da adequação de competências ao cargo de diretor executivo da personalidade a que respeita a proposta de designação, realizada pela CReSAP.

Artigo 45.º

Competência do diretor executivo

1 — Sem prejuízo da transferência de competências para os municípios, ao diretor executivo compete:

- a) Celebrar, conjuntamente com a Direção Executiva do SNS, contratos-programa com a ACSS, I. P., e celebrar cartas de compromisso com as unidades funcionais do ACES, zelando pelo respetivo cumprimento;
- b) Elaborar os instrumentos de gestão do ACES;
- c) Praticar todos os atos necessários ao normal funcionamento do ACES, tendo em conta os limites previstos nos respetivos regimes legais e desde que tal competência não se encontre expressamente cometida a outra entidade e sem prejuízo dos poderes de superintendência ou tutela do membro do Governo responsável pela área da saúde, bem como das competências da Direção Executiva do SNS;
- i) No âmbito da gestão dos recursos financeiros, nomeadamente no que respeita à elaboração e execução dos orçamentos, à aprovação da conta de gerências ou à autorização da realização de

despesas públicas com obras e aquisição de bens e serviços, até ao limite previsto na alínea a) do n.º 1 do artigo 17.º do Decreto-Lei n.º 197/99, de 8 de junho, na sua redação atual;

ii) No âmbito da gestão dos recursos humanos, nomeadamente no que respeita à avaliação do desempenho dos trabalhadores, à autorização de atividades ou funções públicas ou privadas ou ao exercício da competência em matéria disciplinar, bem como no previsto no anexo I à Lei n.º 2/2004, de 15 de janeiro, na sua redação atual;

iii) No âmbito da gestão de instalações e equipamentos, nomeadamente no que respeita à utilização racional das instalações, sua manutenção, conservação e beneficiação, à promoção da melhoria de equipamentos que constituam infraestruturas ao atendimento ou à existência de condições de saúde, higiene e segurança no trabalho;

d) Propor ao membro do Governo responsável pela área da saúde a prática dos atos de gestão do ACES para os quais não tenha competência própria ou delegada, assim como as medidas que considere mais aconselháveis para se atingirem os objetivos e metas consagrados na lei e no Programa do Governo;

e) Identificar as necessidades de formação específica dos trabalhadores do ACES e propor a frequência das ações de formação consideradas adequadas ao suprimento das referidas necessidades;

f) Decidir sobre a proposta de realização de estudos clínicos, nomeadamente ensaios clínicos, ouvido o conselho clínico e de saúde e a comissão de ética competente, sem prejuízo do cumprimento das demais disposições aplicáveis;

g) Organizar a estrutura interna do ACES;

h) Garantir a efetiva participação dos trabalhadores em funções públicas na preparação dos planos e relatórios de atividades e proceder à sua divulgação e publicitação;

i) Representar o ACES.

2 — O diretor executivo designa, de entre os coordenadores das unidades funcionais, um representante em cada centro de saúde para a respetiva gestão quotidiana e contactos com a comunidade.

3 — Nas UCC criadas pelos municípios ao abrigo do presente decreto-lei, as competências atribuídas ao diretor executivo nos termos das alíneas c) a f) do n.º 1 do artigo 42.º são exercidas pelo presidente da câmara municipal respetiva.

Artigo 46.º

Composição e designação do conselho clínico e de saúde

1 — O conselho clínico e de saúde é composto por um presidente e um máximo de quatro vogais, todos profissionais de saúde em funções no respetivo ACES.

2 — O presidente é um médico da especialidade de medicina geral e familiar a exercer funções no ACES, designado pelo diretor executivo.

3 — Os vogais são designados pelo diretor executivo, sob proposta fundamentada do presidente do conselho clínico e de saúde, sendo, pelo menos:

a) Um médico da especialidade de saúde pública;

b) Um enfermeiro habilitado com o título de enfermeiro especialista, preferencialmente na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública;

c) Um técnico superior de saúde ou do serviço social ou técnico superior de diagnóstico e terapêutica.



Artigo 47.º

Competências do conselho clínico e de saúde

1 — O conselho clínico e de saúde assegura a governação clínica e de saúde no ACES, de forma concertada, articulada e participada por todas as unidades funcionais, competindo-lhe, em especial:

- a) Assegurar que todos os profissionais e unidades funcionais do ACES exercem a sua atividade tendo em vista a obtenção de ganhos em saúde, garantindo a adequação, a segurança, a efetividade e a eficiência dos cuidados de saúde prestados, bem como a satisfação dos utentes e dos profissionais;
- b) Promover a cooperação e complementaridade entre as várias unidades funcionais;
- c) Acompanhar e apoiar as equipas das diferentes unidades funcionais;
- d) Assegurar a interligação técnica do ACES com outros serviços e níveis de cuidados de saúde;
- e) Orientar as equipas das unidades funcionais na observância das normas técnicas emitidas pelas entidades competentes e promover a melhoria contínua dos processos e procedimentos assistenciais e de saúde;
- f) Promover o desenvolvimento de atividades de investigação clínica e de inovação em saúde;
- g) Contribuir para o desenvolvimento de uma cultura organizacional de formação, qualidade, humanização, espírito crítico e rigor científico;
- h) Propor ao diretor executivo a realização de auditorias externas ao cumprimento das orientações e protocolos clínicos;
- i) Apoiar o diretor executivo em assuntos de natureza técnico-profissional e de gestão clínica.

2 — Nos 90 dias seguintes à designação ou renovação de mandato dos respetivos membros, o conselho clínico e de saúde elabora o plano de atividades para o triénio, tendo em conta o disposto no número anterior, submetendo-o à apreciação e aprovação do diretor executivo.

3 — O plano de atividades do conselho clínico e de saúde é revisto e atualizado anualmente.

Artigo 48.º

Regime de exercício de funções

1 — O diretor executivo é designado por um período de três anos, renovável até ao limite máximo de três renovações consecutivas, sendo substituído, nas suas faltas e impedimentos, pelo presidente do conselho clínico e de saúde.

2 — Os membros do conselho clínico e de saúde são designados por um período de até três anos, renovável até ao limite máximo de três renovações consecutivas, e podem ser parcialmente dispensados do exercício das suas funções profissionais.

3 — As funções de membro do conselho clínico e de saúde são incompatíveis com as de diretor executivo do ACES, sem prejuízo do disposto no n.º 1, e com as de coordenador de unidade funcional.

4 — O diretor executivo é equiparado, para efeitos remuneratórios, a cargo de direção superior de 2.º grau.

5 — Ao presidente e aos vogais do conselho clínico é atribuído um suplemento remuneratório a fixar por despacho dos membros do Governo responsáveis pelas áreas da Administração Pública, das finanças e da saúde.

Artigo 49.º

Cessação de funções

1 — As funções de diretor executivo e de membro do conselho clínico e de saúde cessam:

- a) No termo do prazo fixado para o exercício do cargo;
- b) Na data da tomada de posse noutro cargo ou função incompatíveis com o exercício das funções de membro do conselho clínico e de saúde;



- c) Por renúncia;
- d) Por despacho fundamentado.

2 — Embora designados por prazo certo, o diretor executivo ou o membro do conselho clínico e de saúde mantêm-se em funções até nova designação.

3 — A renúncia a que se refere a alínea c) do n.º 1 produz efeitos 30 dias após a receção da carta, salvo se nesse período for designada outra pessoa para as mesmas funções.

SUBSECÇÃO II

Conselho da comunidade

Artigo 50.º

Composição e designação do conselho da comunidade

1 — O conselho da comunidade é composto por:

- a) Um representante indicado pelas câmaras municipais da área de atuação do ACES, que preside;
- b) Um representante de cada município abrangido pelo ACES, designado pelas respetivas assembleias municipais;
- c) Um representante do centro distrital de segurança social, designado pelo conselho diretivo;
- d) Um representante dos agrupamentos de escolas ou escolas não agrupadas, designado pelo delegado regional de educação territorialmente competente;
- e) Um representante das instituições particulares de solidariedade social, designado pelo órgão executivo de associação representativa das mesmas, em regime de rotatividade;
- f) Um representante das associações de utentes do ACES, designado pela respetiva direção, em regime de rotatividade;
- g) Um representante das associações sindicais com assento na Comissão Permanente de Concertação Social, designado pelo respetivo presidente, sob proposta daquelas;
- h) Um representante das associações de empregadores com assento na Comissão Permanente de Concertação Social, designado pelo respetivo presidente, sob proposta daquelas;
- i) Um representante do hospital de referência, designado pelo órgão de administração;
- j) Um representante das equipas de voluntariado social, designado por acordo entre as mesmas;
- k) Um representante das Comissões de Proteção de Crianças e Jovens da área de atuação do ACES, a eleger pelos pares;
- l) Um representante indicado pelos Núcleos de Planeamento e Intervenção Sem-Abrigo, quando existam na área de atuação do ACES.

2 — Os membros do conselho da comunidade são designados por um período de três anos, renovável por iguais períodos, sem prejuízo da sua substituição, a todo o tempo, pelas entidades que os designaram.

Artigo 51.º

Competência do conselho da comunidade

1 — Compete designadamente ao conselho da comunidade:

- a) Dar parecer sobre o plano de atividades anual e plurianual do ACES e respetivo orçamento, antes de serem aprovados;
- b) Acompanhar a execução do plano de atividades, podendo, para isso, obter do diretor executivo as informações necessárias;
- c) Propor ao diretor executivo os horários de funcionamento das unidades funcionais;



- d) Alertar o diretor executivo para factos reveladores de deficiências na prestação de cuidados de saúde;
- e) Dar parecer sobre o relatório anual de atividades, apresentado pelo conselho executivo;
- f) Assegurar a articulação do ACES, em matérias de saúde, com os municípios da sua área geográfica e com os SLS, quando existam;
- g) Propor ações de educação e promoção da saúde e de prevenção da doença a realizar pelo ACES em parceria com os municípios e demais instituições representadas no conselho da comunidade;
- h) Dinamizar associações e redes de utentes promotoras de equipas de voluntariado.

2 — O conselho da comunidade reúne, ordinariamente, uma vez por trimestre e, extraordinariamente, sempre que seja convocado pelo presidente, por sua iniciativa ou a pedido de, pelo menos, dois terços dos seus membros.

3 — As deliberações são tomadas por maioria simples de votos.

4 — O conselho da comunidade reúne em instalações indicadas pelo diretor executivo do ACES.

SUBSECÇÃO III

Conselho executivo

Artigo 52.º

Composição do conselho executivo

O conselho executivo é composto:

- a) Pelo diretor executivo, que preside;
- b) Pelo presidente do conselho clínico e de saúde;
- c) Pelo presidente do conselho da comunidade;
- d) Por um elemento proposto pela Comunidade Intermunicipal, ou pela Área Metropolitana, consoante a localização do ACES

Artigo 53.º

Competência do conselho executivo

Compete ao conselho executivo:

- a) Aprovar os planos de ação anuais e plurianuais das várias unidades funcionais;
- b) Elaborar o relatório anual de atividades e submetê-lo à aprovação do diretor executivo;
- c) Elaborar o regulamento interno de funcionamento do ACES e submetê-lo à aprovação do diretor executivo, num prazo de 90 dias;
- d) Promover a articulação do ACES, em matérias de saúde, com os municípios da sua área geográfica e com os SLS, quando existam;
- e) Celebrar, com autorização do diretor executivo, protocolos de colaboração ou apoio e contratos de prestação de serviços com outras entidades, públicas ou não, nomeadamente com as autarquias locais;
- f) Promover a divulgação pública, pelos meios adequados, designadamente digitais, de informações sobre os serviços prestados nos centros de saúde do ACES, dos planos e relatórios de atividades e dos pareceres dados sobre estes pelo conselho da comunidade, de indicadores de satisfação dos utentes e dos profissionais, de projetos de qualidade a executar em unidades funcionais e da composição dos órgãos do ACES.



SECÇÃO IV

Serviços de apoio

Artigo 54.º

Serviços

1 — Os ACES dispõem dos seguintes serviços de apoio:

- a) Unidade de apoio à gestão;
- b) Gabinete do cidadão.

2 — Os serviços previstos no número anterior funcionam na dependência do diretor executivo.

Artigo 55.º

Unidade de apoio à gestão

1 — A unidade de apoio à gestão, organizada numa lógica de concentração dos serviços não assistenciais do ACES, presta apoio administrativo e geral ao diretor executivo, ao conselho clínico e de saúde e às unidades funcionais.

2 — A unidade de apoio à gestão recorre a outros serviços públicos, numa lógica de serviços partilhados, para as áreas de suporte à gestão.

3 — A unidade de apoio à gestão tem um responsável, designado pelo diretor executivo do ACES, de entre licenciados com experiência e formação preferencial nas áreas de Economia, Direito, Gestão ou Administração e experiência na área da saúde.

Artigo 56.º

Gabinete do cidadão

1 — Compete ao gabinete do cidadão, designadamente:

- a) Verificar as condições de acesso dos utentes aos cuidados de saúde, garantindo que os horários de funcionamento dos serviços se encontram disponíveis e atualizados;
- b) Informar os utentes dos seus direitos e deveres como utilizadores dos cuidados de saúde primários;
- c) Receber observações, sugestões e reclamações dos utentes relativas aos cuidados prestados e responder às mesmas;
- d) Verificar regularmente o grau de satisfação dos utentes do ACES, nos termos definidos pela Direção Executiva do SNS.

2 — O gabinete do cidadão organiza e assegura canais de comunicação com cada centro de saúde do ACES.

SECÇÃO V

Instrumentos de gestão

Artigo 57.º

Instrumentos de gestão

São instrumentos de gestão dos ACES:

- a) O regulamento interno;
- b) O plano de atividades e respetivo orçamento;
- c) O relatório de atividades;
- d) O contrato-programa.



Artigo 58.º

Contrato-programa

1 — Para efeitos do presente regime, contrato-programa é o acordo plurianual celebrado conjuntamente pelo diretor executivo do ACES e pela Direção Executiva do SNS com a ACSS, I. P., pelo qual se estabelecem, qualitativa e quantitativamente, os objetivos do ACES e os recursos afetos ao seu cumprimento e se fixam as regras relativas à respetiva execução, do mesmo devendo constar, designadamente:

- a) O âmbito, prioridades e modalidades da prestação de cuidados e serviços de saúde, contemplando os programas nacionais e assegurando a sua harmonização e coerência;
- b) Os objetivos em cada uma das áreas de intervenção do ACES;
- c) Os indicadores de controlo da qualidade das prestações de cuidados de saúde;
- d) Os instrumentos de acompanhamento e avaliação das atividades assistenciais e económico-financeiras do ACES;
- e) O tempo e o modo da atribuição de recursos, em função do cumprimento das metas qualitativas e quantitativas estabelecidas;
- f) As regras a que devem obedecer as unidades funcionais do ACES a fim de poderem funcionar como centros de proveitos e de custos;
- g) Os mecanismos para a continuidade da prestação de cuidados, em especial os relativos à articulação funcional com os cuidados hospitalares, os cuidados continuados integrados e os cuidados paliativos.

2 — Os modelos de contrato-programa são aprovados por despacho do membro do Governo responsável pela área da saúde.

SECÇÃO VI

Receitas, despesas e património

Artigo 59.º

Receitas

1 — O ACES dispõe das receitas provenientes de dotações que lhe sejam atribuídas no Orçamento do Estado.

2 — O ACES dispõe ainda das seguintes receitas próprias:

- a) As quantias cobradas pela prestação de serviços no âmbito das suas competências;
- b) O produto da venda de publicações editadas;
- c) Os subsídios, subvenções e comparticipações de entidades públicas e privadas;
- d) Quaisquer outras receitas que lhe sejam atribuídas por lei, contrato ou por outro título.

3 — As receitas próprias previstas no número anterior são consignadas à realização de despesas do ACES durante a execução do orçamento do ano a que respeitam, podendo os saldos não utilizados transitar para o ano seguinte.

Artigo 60.º

Despesas

Constituem despesas do ACES as que resultam de encargos decorrentes da prossecução das atribuições que lhe estão cometidas.



Artigo 61.º

Património

O património do ACES é constituído pela universalidade de bens, direitos e obrigações de que seja titular.

SECÇÃO VII

Centros de saúde integrados em unidades locais de saúde

Artigo 62.º

Organização e funcionamento dos centros de saúde integrados em unidades locais de saúde

Os centros de saúde integrados em ULS observam, com as necessárias adaptações, o regime de organização e funcionamento previsto no presente capítulo, devendo refleti-lo nos respetivos regulamentos internos.

CAPÍTULO IV

Estatutos dos hospitais, centros hospitalares, institutos portugueses de oncologia e unidades locais de saúde

SECÇÃO I

Disposições gerais

Artigo 63.º

Natureza jurídica

1 — Os hospitais, centros hospitalares, institutos portugueses de oncologia e ULS são unidades de saúde do SNS e integram o setor empresarial do Estado ou o setor público administrativo.

2 — Os hospitais, centros hospitalares, institutos portugueses de oncologia e ULS integrados no setor empresarial do Estado que revestem a natureza de entidades públicas empresariais, doravante designados por estabelecimentos de saúde, E. P. E., são pessoas coletivas de direito público de natureza empresarial integrados na administração indireta do Estado, dotadas de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, nos termos do respetivo regime jurídico, constituídas por tempo indeterminado.

3 — Sem prejuízo do disposto nos Decretos-Leis n.ºs 75/2019, de 30 de maio, 33/2021, de 12 de maio e 100-A/2021, de 17 de novembro, os estabelecimentos de saúde, E. P. E., referidos no número anterior e respetivo capital estatutário são os que constam do anexo I ao presente decreto-lei e do qual faz parte integrante.

4 — Os hospitais e centros hospitalares integrados no setor público administrativo, doravante designados por estabelecimentos de saúde, S. P. A., são institutos públicos de regime especial, nos termos da lei, integrados na administração indireta do Estado, dotados de autonomia administrativa e financeira e património próprio.

5 — Os estabelecimentos de saúde, S. P. A., referidos no número anterior são os que constam de anexo II ao presente decreto-lei e do qual faz parte integrante.



Artigo 64.º

Missão e atribuições

1 — Os estabelecimentos de saúde, E. P. E., e os estabelecimentos de saúde, S. P. A., têm por missão principal a prestação de cuidados hospitalares à população da sua área de influência, de acordo com as Redes de Referência Hospitalar e sem prejuízo do princípio do livre acesso e circulação no SNS.

2 — Os estabelecimentos de saúde, E. P. E., que assumam a forma de ULS têm igualmente por missão principal garantir a prestação de cuidados de saúde primários e assegurar os meios necessários ao exercício das competências da autoridade de saúde, bem como a intervenção nos comportamentos aditivos e nas dependências.

3 — Os estabelecimentos de saúde, E. P. E., e os estabelecimentos de saúde, S. P. A., assumem ainda atribuições de desenvolvimento de atividades de investigação, incluindo investigação clínica e inovação em saúde, formação e ensino, nos termos a definir nos seus regulamentos internos e sem prejuízo de outras atribuições específicas que nos mesmos lhes possam ser fixadas.

Artigo 65.º

Princípios

No desenvolvimento da sua missão e atribuições, os estabelecimentos de saúde, E. P. E., e os estabelecimentos de saúde, S. P. A., são enquadrados pelos seguintes princípios:

a) Funcionamento em rede e promoção da articulação funcional da prestação de cuidados de saúde hospitalares com a prestação de cuidados de saúde primários, de cuidados continuados integrados e de cuidados paliativos, sob a coordenação da Direção Executiva do SNS;

b) Garantia da prestação de cuidados de saúde de qualidade, mediante utilização eficiente dos recursos que lhe são afetos, privilegiando a hospitalização domiciliária e os cuidados de ambulatório sempre que se demonstre tecnicamente adequada;

c) Realização das suas atividades de acordo com instrumentos de gestão previsional, nomeadamente contratos-programa, planos estratégicos, planos de atividade e orçamentos anuais e plurianuais, e com cumprimento dos objetivos de política de saúde definida pelo Ministério da Saúde;

d) Financiamento das suas atividades e resultados através de mecanismos de contratualização com o Estado, em especial, com base em:

i) Tabelas de preços e acordos em vigor no SNS;

ii) Modelos de capitação ajustada pelo risco, desenvolvidos com base nas características da população da área de referência; e

iii) Transferências do Orçamento do Estado no caso dos hospitais integrados no setor público administrativo;

e) Adesão a uma gestão partilhada de recursos no âmbito do SNS e a mecanismos de compras conjuntas.

SECÇÃO II

Regime jurídico

Artigo 66.º

Regime

1 — Os estabelecimentos de saúde, E. P. E., e os estabelecimentos de saúde, S. P. A., regem-se, respetivamente, pelo regime jurídico aplicável às entidades públicas empresariais e pelo regime jurídico dos institutos públicos, com as especificidades previstas no presente decreto-lei.

2 — Os estabelecimentos de saúde, E. P. E., e os estabelecimentos de saúde, S. P. A., regem-se ainda pelos respetivos regulamentos internos, que refletem a estrutura orgânica adequada ao cumprimento da missão e das atribuições específicas de cada unidade, nomeadamente em termos de níveis de gestão intermédia.

Artigo 67.º

Tutela setorial e financeira

1 — Compete ao membro do Governo responsável pela área da saúde:

- a) Pedir todas as informações julgadas necessárias ao acompanhamento da atividade do estabelecimento, sem prejuízo da prestação de outras legalmente exigíveis;
- b) Homologar os regulamentos internos, sem prejuízo da possibilidade de delegação;
- c) Praticar outros atos que, nos termos da lei, careçam de autorização prévia ou aprovação tutelar.

2 — Compete ao membro do Governo responsável pela área das finanças:

- a) Aprovar os planos de atividade e orçamento;
- b) Aprovar os documentos anuais de prestação de contas;
- c) Autorizar a aquisição e venda de imóveis, bem como a sua oneração, mediante parecer prévio do órgão de fiscalização;
- d) Autorizar, mediante parecer favorável do órgão de fiscalização, a realização de investimentos quando as verbas globais correspondentes não estejam previstas nos orçamentos aprovados e sejam de valor superior a 5 % do capital estatutário, quando igual ou inferior a € 50 000 000,00 e, quando este for superior, os investimentos que ultrapassem 2 % do respetivo capital estatutário, com um valor mínimo de € 2 500 000,00;
- e) Autorizar os aumentos e reduções do capital estatutário;
- f) Autorizar os demais atos que, nos termos da legislação aplicável, necessitem de aprovação tutelar.

3 — Compete aos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde:

- a) Celebrar contratos de gestão com os membros do conselho de administração do estabelecimento de saúde, E. P. E., sem prejuízo da possibilidade de delegação;
- b) Determinar a restrição da autonomia gestionária em caso de desequilíbrio financeiro;
- c) Autorizar cedências de exploração de serviços hospitalares bem como a constituição de associações com outras entidades, para fins académicos ou de investigação em saúde e a melhor prossecução das atribuições do estabelecimento de saúde, E. P. E.

4 — Sem prejuízo do disposto na legislação aplicável às empresas públicas em matéria de controlo financeiro e deveres especiais de informação e controlo, o estabelecimento de saúde, E. P. E., deve submeter aos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde:

- a) Os planos de atividades e orçamento, em conformidade com o contrato-programa celebrado;
- b) Os relatórios trimestrais de execução orçamental, onde constem os indicadores de atividade, económico-financeiros, de recursos humanos, de execução física e material dos investimentos e outros definidos pelos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde.



SECÇÃO III

Órgãos

Artigo 68.º

Órgãos

1 — Os estabelecimentos de saúde, E. P. E., e os estabelecimentos de saúde, S. P. A., possuem órgãos de administração, de fiscalização e de consulta.

2 — São órgãos do estabelecimento de saúde, E. P. E.:

- a) O conselho de administração;
- b) O conselho fiscal, um revisor oficial de contas ou uma sociedade de revisores oficiais de contas; ou
- c) O fiscal único; e
- d) O conselho consultivo.

3 — São órgãos do estabelecimento de saúde, S. P. A.:

- a) O conselho diretivo;
- b) O fiscal único; e
- c) O conselho consultivo.

SUBSECÇÃO I

Órgãos de administração

Artigo 69.º

Conselho de administração

1 — O conselho de administração do estabelecimento de saúde, E. P. E., é composto por:

- a) Um presidente;
- b) Um máximo de quatro vogais executivos, em função da dimensão e complexidade do estabelecimento de saúde, E. P. E., incluindo um diretor clínico, um enfermeiro-diretor e um vogal proposto pelo membro do Governo responsável pela área das finanças.

2 — O conselho de administração do estabelecimento de saúde, E. P. E., que assuma o modelo de ULS é composto por:

- a) Um presidente;
- b) Um máximo de cinco vogais executivos, incluindo até dois diretores-clínicos, um enfermeiro-diretor, um vogal proposto pelo membro do Governo responsável pela área das finanças e um vogal proposto pela Comunidade Intermunicipal, ou pela Área Metropolitana, consoante a localização do estabelecimento de saúde, E. P. E., em causa.

3 — Os membros do conselho de administração são designados, mediante proposta da Direção Executiva do SNS, de entre individualidades que reúnam os requisitos previstos no Estatuto do Gestor Público, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de março, na sua redação atual, e possuam formação em Administração ou Gestão, preferencialmente na área da saúde, e experiência profissional adequada, sendo o diretor clínico um médico, e o enfermeiro-diretor um enfermeiro.

4 — A designação dos membros do conselho de administração observa o disposto nos artigos 12.º, 13.º e 15.º do Estatuto do Gestor Público, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de março, na sua redação atual.



5 — O mandato dos membros do conselho de administração tem a duração de três anos e é renovável, até ao limite máximo de três renovações consecutivas, permanecendo aqueles no exercício das suas funções até à designação dos novos titulares, sem prejuízo de eventual renúncia.

6 — Em casos excecionais, podem ser acumuladas funções executivas no conselho de administração, sem efeitos remuneratórios.

Artigo 70.º

Conselho diretivo

1 — O conselho diretivo do estabelecimento de saúde, S. P. A., é composto por:

- a) Um presidente;
- b) Um máximo de três vogais executivos, incluindo um diretor clínico e um enfermeiro-diretor.

2 — Os membros do conselho diretivo são designados, mediante proposta da Direção Executiva do SNS, de entre individualidades que possuam formação em Administração ou Gestão, preferencialmente na área da saúde e experiência profissional adequada, sendo o diretor clínico um médico, e o enfermeiro-diretor um enfermeiro.

3 — O mandato dos membros do conselho diretivo tem a duração de três anos e é renovável, até ao limite máximo de três renovações consecutivas, permanecendo aqueles no exercício das suas funções até à designação dos novos titulares, sem prejuízo de eventual renúncia.

4 — Em casos excecionais, podem ser acumuladas funções executivas no conselho diretivo, sem efeitos remuneratórios.

Artigo 71.º

Competências do conselho de administração e do conselho diretivo

1 — O conselho de administração e o conselho diretivo detêm as competências legalmente atribuídas aos titulares dos cargos de direção superior do 1.º grau da administração central do Estado, competindo-lhes garantir o cumprimento dos objetivos básicos, bem como o exercício de todos os poderes de gestão que não estejam reservados a outros órgãos, e em especial:

- a) Aprovar e submeter a homologação o regulamento interno e fazer cumprir as disposições legais e regulamentares aplicáveis;
- b) Propor e assegurar a execução dos planos de atividades anuais e plurianuais, dos respetivos orçamentos, bem como dos demais instrumentos de gestão previsional legalmente previstos;
- c) Celebrar contratos-programa externos e internos;
- d) Apresentar os documentos de prestação de contas, nos termos definidos na lei e, no caso do estabelecimento de saúde, E. P. E., submetê-los aos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde, até ao final do mês de março de cada ano;
- e) Definir as linhas de orientação a que devem obedecer a organização e o funcionamento do estabelecimento de saúde, nas áreas clínicas e não clínicas, nomeadamente, decidindo sobre a criação, extinção ou modificação de serviços;
- f) Garantir a implementação da contratualização interna e promover a organização do estabelecimento em níveis intermédios de gestão, nomeadamente em Centros de Responsabilidade Integrados (CRI), definidos no artigo 90.º;
- g) Acompanhar e avaliar sistematicamente a atividade desenvolvida pelo estabelecimento de saúde, responsabilizando os diferentes setores pela utilização dos meios postos à sua disposição e pelos resultados atingidos, nomeadamente em termos do acesso dos utentes e da qualidade dos serviços prestados, bem como da garantia da sustentabilidade económico-financeira da instituição;
- h) Acompanhar a execução do orçamento, aplicando as medidas destinadas a corrigir os desvios em relação às previsões realizadas;
- i) Assegurar a regularidade da cobrança das dívidas e autorizar a realização e o pagamento da despesa do estabelecimento de saúde;



- j) Tomar as providências necessárias à conservação do património afeto ao desenvolvimento da sua atividade e autorizar as despesas inerentes, previstas no plano de investimentos;
- k) Decidir sobre a proposta de realização de ensaios clínicos, ouvida a comissão de ética, sem prejuízo do cumprimento das disposições legais aplicáveis;
- l) Contratar com entidades públicas, privadas e do setor social a prestação de cuidados de saúde, nos termos da lei, sem prejuízo de acordos de âmbito regional ou nacional estabelecidos com o SNS para o mesmo efeito;
- m) Tomar conhecimento e determinar as medidas adequadas, se for caso disso, sobre as reclamações apresentadas pelos utentes.

2 — O conselho de administração e o conselho diretivo podem delegar as suas competências nos seus membros ou demais pessoal de direção e chefia, incluindo os diretores dos CRI, com exceção das previstas nas alíneas a) a e), g) e l) do número anterior, definindo em ata os limites e condições do seu exercício.

Artigo 72.º

Presidente do conselho de administração e presidente do conselho diretivo

1 — Compete ao presidente do conselho de administração ou, no caso do estabelecimento de saúde, S. P. A., ao presidente do conselho diretivo:

- a) Coordenar a atividade do conselho de administração ou do conselho diretivo e dirigir as respetivas reuniões;
- b) Garantir a correta execução das deliberações do conselho de administração ou do conselho diretivo;
- c) Submeter a aprovação ou a autorização dos membros do Governo competentes todos os atos que delas careçam;
- d) Representar o estabelecimento de saúde, E. P. E., ou o estabelecimento de saúde, S. P. A., em juízo e fora dele e em convenção arbitral, podendo designar mandatários para o efeito constituídos.

2 — Ao presidente do conselho diretivo compete ainda exercer as competências legalmente atribuídas aos titulares dos cargos de direção superior do 1.º grau da administração central do Estado.

3 — O presidente do conselho de administração e o presidente do conselho diretivo são substituídos, nas suas ausências e impedimentos, pelo vogal por si designado.

Artigo 73.º

Diretor clínico

Compete ao diretor clínico a coordenação da atividade assistencial do estabelecimento de saúde, E. P. E., ou estabelecimentos de saúde, S. P. A., que inclui a qualidade e prontidão dos cuidados de saúde prestados e, designadamente:

- a) Coordenar a elaboração dos planos de ação apresentados pelos vários serviços e departamentos de ação médica e, no caso do estabelecimento de saúde, E. P. E., que assumam a forma de ULS, igualmente pelas unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários, a integrar no plano de ação global do estabelecimento;
- b) Assegurar uma integração adequada da atividade médica dos serviços e departamentos, e, no caso do estabelecimento de saúde, E. P. E., que assumam a forma de ULS, igualmente das unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários;
- c) Propor medidas necessárias à melhoria das estruturas organizativas, funcionais e físicas dos serviços de ação médica e, no caso do estabelecimento de saúde, E. P. E., que assumam a forma de ULS, igualmente das unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários, dentro de parâmetros de eficiência e eficácia reconhecidos, que produzam os melhores resultados face às tecnologias disponíveis;



- d) Promover o desenvolvimento de atividades de investigação clínica e inovação em saúde;
- e) Aprovar as orientações clínicas relativas à prescrição de medicamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica, bem como os protocolos clínicos adequados às patologias mais frequentes, respondendo perante o conselho de administração pela sua adequação em termos de qualidade e de custo-benefício;
- f) Desenvolver a implementação de instrumentos de garantia de qualidade técnica dos cuidados de saúde, em especial no que diz respeito aos indicadores de desempenho assistencial e segurança dos doentes, reportando e propondo correção em caso de desvios;
- g) Decidir sobre conflitos de natureza técnica entre serviços de ação médica;
- h) Decidir as dúvidas que lhe sejam presentes sobre deontologia médica, desde que não seja possível o recurso, em tempo útil, à comissão de ética;
- i) Participar na gestão do pessoal médico, designadamente nos processos de admissão e mobilidade interna, ouvidos os respetivos diretores de serviço;
- j) Promover e acompanhar o processo de avaliação do pessoal médico;
- k) Acompanhar e avaliar sistematicamente outros aspetos relacionados com o exercício da medicina e com a formação médica, promovendo a sua atualização permanente.

Artigo 74.º

Enfermeiro-diretor

Compete ao enfermeiro-diretor a coordenação da atividade de enfermagem do estabelecimento de saúde, E. P. E., ou estabelecimentos de saúde, S. P. A., velando pela sua qualidade e, designadamente:

- a) Coordenar a elaboração dos planos de ação de enfermagem apresentados pelos vários serviços a integrar no plano de ação global do estabelecimento de saúde;
- b) Colaborar com o diretor clínico na compatibilização dos planos de ação dos diferentes serviços e departamentos, tendo em vista a garantia da efetividade dos cuidados prestados;
- c) Definir padrões de cuidados de enfermagem e indicadores de avaliação dos cuidados de enfermagem prestados;
- d) Participar na gestão do pessoal de enfermagem, designadamente nos processos de admissão e de mobilidade dos enfermeiros;
- e) Contribuir para a definição das políticas ou diretivas de formação e investigação em enfermagem;
- f) Promover e acompanhar o processo de avaliação do pessoal de enfermagem;
- g) Elaborar estudos para determinação de custos e benefícios no âmbito dos cuidados de enfermagem;
- h) Acompanhar e avaliar sistematicamente outros aspetos relacionados com o exercício da atividade de enfermagem e com a formação dos enfermeiros.

Artigo 75.º

Funcionamento do conselho de administração e do conselho diretivo

1 — O conselho de administração e o conselho diretivo, respetivamente, dos estabelecimentos de saúde E. P. E., e dos estabelecimentos de saúde, S. P. A., reúnem semanalmente e, ainda, sempre que convocados pelo seu presidente ou por solicitação de dois dos seus membros ou do órgão de fiscalização.

2 — As regras de funcionamento do conselho de administração ou do conselho diretivo são fixadas pelo próprio conselho na sua primeira reunião e constam do regimento de funcionamento do órgão de administração.

3 — O presidente do conselho de administração ou do conselho diretivo tem voto de qualidade.

4 — Das reuniões do conselho de administração ou do conselho diretivo são lavradas atas, a aprovar na reunião seguinte.



Artigo 76.º

Vinculação

O estabelecimento de saúde, E. P. E., e o estabelecimento de saúde, S. P. A., obrigam-se pela assinatura, com indicação da qualidade, de dois membros do conselho de administração ou do conselho diretivo ou de quem para isso tenha competências delegadas.

Artigo 77.º

Estatuto dos membros

1 — Aos membros do conselho de administração é aplicável, com as necessárias adaptações, o Estatuto do Gestor Público, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de março, na sua redação atual, sem prejuízo do disposto no presente decreto-lei.

2 — Aos membros do conselho diretivo é aplicável o regime fixado no Estatuto do Gestor Público, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de março, na sua redação atual, e, subsidiariamente, o previsto na lei-quadro dos institutos públicos, aprovada pela Lei n.º 3/2004, de 15 de janeiro, na sua redação atual.

3 — Os membros do conselho de administração ou do conselho diretivo que sejam médicos podem, a título excecional, em situações de interesse público, na medida em que não comprometa a sua atividade enquanto gestores e no âmbito do mesmo estabelecimento de saúde cujo órgão máximo integram, exercer atividade médica de natureza assistencial, de forma remunerada e mediante autorização, por despacho do membro do Governo responsável pela área da saúde.

4 — A remuneração prevista no número anterior corresponde a uma percentagem da remuneração da respetiva categoria correspondente ao lugar ou posto de trabalho de origem, calculada em função do número de horas semanais efetivamente prestadas, não podendo exceder 50 % da remuneração que compete ao exercício de funções de gestão.

5 — Quando o médico designado membro do conselho de administração ou conselho diretivo não esteja integrado na carreira especial médica, a remuneração prevista nos números anteriores tem por referência a primeira posição remuneratória da categoria de assistente graduado e é calculada em função do número de horas semanais efetivamente prestadas, não podendo exceder 50 % da remuneração que compete ao exercício de funções de gestão.

Artigo 78.º

Dissolução

1 — Para além das situações previstas no n.º 1 do artigo 24.º do Estatuto do Gestor Público, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de março, na sua redação atual, o conselho de administração pode ser dissolvido em caso de grave deterioração da qualidade dos serviços prestados, quando não for provocada por razões alheias ao exercício das funções dos gestores.

2 — O conselho diretivo pode ser dissolvido por despacho do membro do Governo responsável pela área da saúde nos termos da lei-quadro dos institutos públicos, aprovada pela Lei n.º 3/2004, de 15 de janeiro, na sua redação atual.

SUBSECÇÃO II

Órgãos de fiscalização

Artigo 79.º

Conselho fiscal e revisor oficial de contas

1 — Nos estabelecimentos de saúde, E. P. E., a fiscalização e controlo da legalidade da gestão financeira e patrimonial é exercida por um conselho fiscal e por um revisor oficial de contas ou por uma sociedade de revisores oficiais de contas que não seja membro daquele órgão, escolhido

obrigatoriamente de entre os auditores registados na Comissão do Mercado de Valores Mobiliários, de acordo com o previsto no artigo 413.º do Código das Sociedades Comerciais.

2 — O conselho fiscal é constituído por três membros efetivos e por um suplente, sendo um deles o presidente do órgão.

3 — Os membros do conselho fiscal são nomeados por despacho dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde, por um período de três anos, renovável por uma única vez.

4 — O revisor oficial de contas é nomeado por despacho dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde, sob proposta fundamentada do conselho fiscal, tendo o mandato a duração de três anos, renovável por uma única vez.

5 — A remuneração do conselho fiscal é fixada no despacho a que se refere o n.º 3, atendendo ao grau de complexidade e de exigência inerente ao exercício do respetivo cargo e tendo em conta os critérios de classificação do estabelecimento de saúde, E. P. E., fixados na resolução do Conselho de Ministros a que se refere o n.º 4 do artigo 28.º do Estatuto do Gestor Público, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de março, na sua redação atual.

6 — Cessando o mandato do conselho fiscal e do revisor oficial de contas, mantêm-se os titulares em exercício de funções até à designação de novos órgãos ou à declaração ministerial de cessação de funções.

Artigo 80.º

Competências do conselho fiscal e do revisor oficial de contas

1 — O conselho fiscal tem as competências, os poderes e os deveres estabelecidos na lei e nos presentes Estatutos.

2 — Ao conselho fiscal compete, especialmente, sem prejuízo das demais competências que lhe sejam atribuídas por lei:

- a) Dar parecer sobre o relatório de gestão;
- b) Acompanhar com regularidade a gestão através de balancetes e mapas demonstrativos da execução orçamental;
- c) Manter o conselho de administração informado sobre os resultados das verificações e dos exames a que proceda;
- d) Propor a realização de auditorias externas, quando tal se mostre necessário ou conveniente;
- e) Pronunciar-se sobre qualquer outro assunto em matéria de gestão económica e financeira que seja submetido à sua consideração pelo conselho de administração;
- f) Dar parecer sobre a aquisição, arrendamento, alienação e oneração de bens imóveis;
- g) Dar parecer sobre a realização de investimentos e a contração de empréstimos;
- h) Elaborar relatórios da sua ação fiscalizadora, incluindo um relatório anual global;
- i) Pronunciar-se sobre assuntos que lhe sejam submetidos pelo conselho de administração, pelo Tribunal de Contas e pelas entidades que integram o controlo estratégico do sistema de controlo interno da administração financeira do Estado.

3 — Compete ao revisor oficial de contas o dever de proceder a todos os exames e verificações necessários à revisão e certificação legais das contas, bem como exercer as seguintes funções:

- a) Verificar da regularidade dos livros, registos contabilísticos e documentos que lhe servem de suporte;
- b) Verificar, quando o julgue conveniente e pela forma que entenda adequada, a extensão da caixa e as existências de qualquer espécie de bens ou valores pertencentes à empresa ou por ela recebidos em garantia, depósito ou outro título;
- c) Verificar a exatidão dos documentos de prestação de contas;
- d) Verificar se os critérios valorimétricos adotados pelo hospital, E. P. E., conduzem a uma correta avaliação do património e dos resultados.



4 — Com base nos relatórios trimestrais elaborados pelo conselho de administração, o conselho fiscal e o revisor oficial de contas devem emitir um relatório sucinto que reflita os controlos efetuados e as eventuais anomalias detetadas, bem como os eventuais desvios verificados em relação aos orçamentos e a identificação das respetivas causas, o qual deve ser enviado aos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde.

5 — Com base na proposta de plano de atividades e orçamento apresentada pelo conselho de administração, o conselho fiscal e o revisor oficial de contas devem emitir um relatório e parecer, o qual deve ser enviado aos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde.

Artigo 81.º

Fiscal único

1 — O fiscal único é o órgão responsável pelo controlo da legalidade, da regularidade e da boa gestão financeira e patrimonial do estabelecimento de saúde, E. P. E., nos termos do artigo 413.º do Código das Sociedades Comerciais, e dos estabelecimentos de saúde, S. P. A.

2 — O fiscal único é designado por despacho do membro do Governo responsável pela área das finanças, obrigatoriamente de entre os auditores e, no caso do estabelecimento de saúde, E. P. E., de entre os revisores oficiais de contas e sociedades revisoras oficiais de contas registados na Comissão do Mercado de Valores Mobiliários.

3 — O fiscal único não pode:

- a) Ter exercido atividades remuneradas no próprio estabelecimento de saúde, ou nas entidades de direito privado por este participadas, nos três anos anteriores ao início das suas funções;
- b) Exercer atividades remuneradas no estabelecimento de saúde fiscalizado ou nas entidades de direito privado referidas na alínea anterior, durante o período de duração do seu mandato, bem como nos três anos subsequentes ao termo das suas funções.

4 — O mandato do fiscal único tem a duração de três anos, renovável apenas uma vez.

5 — O fiscal único tem um suplente, que observa o disposto nos números anteriores.

6 — Cessando o mandato, o fiscal único mantém-se em exercício de funções até à designação de novo titular ou à declaração ministerial de cessação de funções.

7 — A remuneração do fiscal único é fixada no despacho a que se refere o n.º 2, atendendo ao grau de complexidade e de exigência inerente ao exercício do respetivo cargo, sendo que:

- a) No caso do estabelecimento de saúde, E. P. E., tendo em conta os critérios de classificação do estabelecimento, fixados na resolução do Conselho de Ministros a que se refere o n.º 4 do artigo 28.º do Estatuto do Gestor Público;
- b) No caso do estabelecimento de saúde, S. P. A., os critérios de avaliação do grau de complexidade e exigência são fixados e enquadrados por despacho do membro do Governo responsável pela área das finanças.

Artigo 82.º

Competências do fiscal único

1 — O fiscal único dos estabelecimentos de saúde, E. P. E., tem as competências, os poderes e os deveres estabelecidos na lei e nos estatutos previstos no capítulo IV do presente decreto-lei.

2 — Ao fiscal único referido no número anterior compete, designadamente:

- a) Verificar a regularidade dos livros, registos contabilísticos e documentos que lhe servem de suporte;
- b) Dar parecer sobre o relatório de gestão do exercício e certificar as contas;
- c) Acompanhar com regularidade a gestão através de balancetes e mapas demonstrativos da execução orçamental;



- d) Manter o conselho de administração informado sobre os resultados das verificações e dos exames a que proceda;
- e) Propor a realização de auditorias externas, quando tal se mostre necessário ou conveniente;
- f) Pronunciar-se sobre qualquer outro assunto em matéria de gestão económica e financeira que seja submetido à sua consideração pelo conselho de administração;
- g) Dar parecer sobre a aquisição, arrendamento, alienação e oneração de bens imóveis;
- h) Dar parecer sobre a realização de investimentos e a contração de empréstimos;
- i) Elaborar relatórios da sua ação fiscalizadora, incluindo um relatório anual global;
- j) Elaborar relatórios sobre os relatórios trimestrais de execução orçamental;
- k) Pronunciar-se sobre assuntos que lhe sejam submetidos pelo conselho de administração, pelo Tribunal de Contas e pelas entidades que integram o controlo estratégico do sistema de controlo interno da administração financeira do Estado;
- l) Verificar se os critérios valorimétricos adotados pelo estabelecimento de saúde, E. P. E., conduzem a uma correta avaliação do património e dos resultados.

3 — O fiscal único dos estabelecimentos de saúde, S. P. A., tem as competências, os poderes e os deveres estabelecidos na lei-quadro dos institutos públicos, aprovada pela Lei n.º 3/2004, de 15 de janeiro, na sua redação atual, e nos estatutos previstos no capítulo IV do presente decreto-lei.

SUBSECÇÃO III

Órgãos de consulta

Artigo 83.º

Composição do conselho consultivo

1 — O conselho consultivo tem a seguinte composição:

- a) Uma personalidade de reconhecido mérito, nomeada pela Comunidade Intermunicipal ou pela Área Metropolitana, consoante a localização do estabelecimento de saúde, que preside;
- b) Uma personalidade de reconhecido mérito, nomeada pelo membro do Governo responsável pela área da saúde;
- c) Um representante dos ACES que integram a área de influência direta do estabelecimento de saúde, indicado pelos respetivos diretores executivos, exceto no caso do estabelecimento de saúde, E. P. E., que assuma o modelo de ULS;
- d) Um representante dos utentes, designado pela respetiva associação ou por equivalente estrutura de representação;
- e) Um representante eleito pelos trabalhadores do estabelecimento de saúde;
- f) Um representante dos prestadores de trabalho voluntário no estabelecimento de saúde, por estes eleito, quando existam;
- g) Dois elementos, escolhidos pelo conselho de administração do estabelecimento de saúde, E. P. E., ou do estabelecimento de saúde, S. P. A.

2 — No caso do estabelecimento de saúde, E. P. E., que assuma o modelo de ULS, o conselho consultivo integra ainda:

- a) Um representante do centro distrital de segurança social da área de abrangência do estabelecimento de saúde, E. P. E., designado pelo conselho diretivo do Instituto de Segurança Social, I. P.;
- b) Um representante das instituições particulares de solidariedade social, designado, anualmente, pelo órgão executivo de associação representativa das mesmas, em regime de rotatividade;
- c) Um representante dos agrupamentos de escolas ou escolas não agrupadas, designado pelo delegado regional de educação territorialmente competente;
- d) Um representante das Comissões de Proteção de Crianças e Jovens da área territorial da competência do estabelecimento de saúde, E. P. E., a eleger pelos pares.



3 — Compete ao presidente do conselho consultivo promover a designação dos respetivos membros.

4 — Os membros do conselho de administração e do órgão de fiscalização têm assento no conselho consultivo, sem direito de voto.

5 — O mandato dos membros do conselho consultivo tem a duração de três anos, sem prejuízo da possibilidade da sua substituição, a todo o tempo, pelas entidades que os designaram ou elegeram.

6 — O exercício do cargo de membro do conselho consultivo não é remunerado, sendo as ajudas de custo a que houver lugar suportadas pelos organismos públicos que designaram os seus representantes e, nos restantes casos, suportadas pelo estabelecimento de saúde, E. P. E., ou pelo estabelecimento de saúde, S. P. A.

Artigo 84.º

Competências do conselho consultivo

1 — Compete ao conselho consultivo:

- a) Apreciar os planos de atividade de natureza anual e plurianual;
- b) Apreciar todas as informações que tiver por necessárias para o acompanhamento da atividade do estabelecimento de saúde, E. P. E., ou estabelecimentos de saúde, S. P. A.;
- c) Emitir recomendações tendo em vista o melhor funcionamento dos serviços a prestar às populações, tendo em conta os recursos disponíveis.

2 — No caso do estabelecimento de saúde, E. P. E., que assuma a forma de ULS, compete ainda ao conselho consultivo:

- a) Propor o desenvolvimento de estratégias de intervenção conjuntas e concertadas entre o estabelecimento de saúde, E. P. E., e outros parceiros locais e comunitários com responsabilidade no âmbito da saúde;
- b) Analisar os fatores sociais preponderantes que influenciam o estado de saúde da população e propor ações de intervenção junto da comunidade, concertadas com outras organizações locais.

Artigo 85.º

Funcionamento do conselho consultivo

1 — O conselho consultivo reúne, pelo menos, uma vez por trimestre e as suas deliberações são tomadas por maioria simples e constam de ata, tendo o presidente voto de qualidade.

2 — As reuniões são convocadas pelo presidente com a antecedência mínima de cinco dias úteis, devendo ser indicados na convocatória a data, a hora e o local em que se realizam, bem como a respetiva ordem de trabalhos.

3 — As demais regras de funcionamento do conselho consultivo são definidas em regulamento próprio, o qual deve incluir a previsão da substituição dos seus membros em situações de falta ou impedimento.

SECÇÃO IV

Serviço de auditoria interna

Artigo 86.º

Serviço de auditoria interna

1 — Ao serviço de auditoria interna compete a realização de auditorias internas, a avaliação dos processos de controlo interno e de gestão de riscos, nos domínios contabilístico, financeiro, operacional, informático e de recursos humanos, contribuindo para o seu aperfeiçoamento contínuo.

2 — Ao serviço de auditoria interna compete, em especial:

- a) Fornecer ao conselho de administração ou ao conselho diretivo análises e recomendações sobre as atividades revistas para melhoria do funcionamento dos serviços;
- b) Receber as comunicações de irregularidades sobre a organização e funcionamento do estabelecimento de saúde, E. P. E., ou do estabelecimento de saúde, S. P. A., apresentadas pelos demais órgãos estatutários, trabalhadores, colaboradores, utentes e cidadãos em geral;
- c) Elaborar o plano anual de auditoria interna;
- d) Elaborar anualmente um relatório sobre a atividade desenvolvida, em que se refiram os controlos efetuados, as anomalias detetadas e as medidas corretivas a adotar;
- e) Elaborar o plano de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas e os respetivos relatórios anuais de execução.

3 — O serviço de auditoria interna depende, em termos orgânicos, do presidente do conselho de administração ou do presidente do conselho diretivo.

4 — A direção do serviço de auditoria interna compete a um auditor interno, que exerce as respetivas funções pelo período de três anos, renovável por iguais períodos, até ao limite máximo de três renovações e que é apoiado tecnicamente nas suas funções por um máximo de três técnicos auditores.

5 — O auditor interno é recrutado pelo conselho de administração ou, no caso do estabelecimento de saúde, S. P. A., pelo conselho diretivo, de entre profissionais que reúnam os seguintes requisitos:

- a) Qualificação técnica, competências e experiência em auditoria;
- b) Inscrição no organismo nacional que regule a atividade de auditoria interna.

6 — Os técnicos que integrem o serviço de auditoria interna devem possuir formação superior adequada ao exercício das suas funções.

7 — Não pode ser recrutado como auditor interno ou técnico do serviço de auditoria interna quem tenha exercido funções de administração no próprio estabelecimento de saúde, nos últimos três anos, ou em relação ao qual se verifiquem outras incompatibilidades e impedimentos previstos na lei, sendo aplicável, com as necessárias adaptações, o disposto no artigo 414.º-A do Código das Sociedades Comerciais.

8 — O auditor interno exerce as respetivas funções a tempo inteiro, de acordo com as normas internacionais para a prática profissional de auditoria interna e gestão de riscos.

9 — O conselho de administração comunica à ACSS, I. P., à Direção-Geral do Tesouro e Finanças, à Inspeção-Geral das Atividades em Saúde (IGAS) e à Inspeção-Geral de Finanças (IGF) a identidade do auditor interno e as datas de início e termo de funções.

10 — O conselho diretivo comunica à ACSS, I. P., à IGAS e à IGF a identidade do auditor interno e as datas de início e termo de funções.

11 — A não renovação ou a cessação antecipada de funções do auditor interno ocorrem por deliberação fundamentada do conselho de administração ou do conselho diretivo, precedida de comunicação ao membro do Governo responsável pela área da saúde, ou de quem detenha poderes delegados para o efeito.

12 — A retribuição mensal ilíquida do auditor interno, incluindo suplementos remuneratórios, não pode ser superior a 85 % do vencimento mensal ilíquido estabelecido para o vogal do conselho de administração ou conselho diretivo, consoante o caso.

13 — O plano anual de auditoria e o relatório anual de auditoria são aprovados e submetidos pelo conselho de administração ou conselho diretivo às entidades referidas no n.º 9, respetivamente, até 15 de dezembro e 15 de março de cada ano.

14 — O plano de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas e os respetivos relatórios anuais de execução são aprovados e submetidos pelo conselho de administração ou conselho

diretivo ao conselho de prevenção da corrupção e aos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde.

15 — No âmbito da sua atividade, o serviço de auditoria interna colabora com a ACSS, I. P., e a IGAS.

16 — No sentido de obter informação adequada e que se mostre essencial para o desenvolvimento das suas competências, o serviço de auditoria interna pode aceder, nos termos e limites definidos na lei, e em articulação com o encarregado de proteção de dados, a registos, documentação, instalações e equipamentos, com exceção dos registos clínicos individuais dos utentes, com vista a obter informação adequada para o desenvolvimento das suas competências, estando os profissionais do serviço de auditoria sujeitos a deveres acrescidos, em especial de sigilo, no que respeita ao uso da informação a que tenham acesso.

Artigo 87.º

Sistema de controlo interno e de comunicação de irregularidades

1 — O estabelecimento de saúde, E. P. E., e os estabelecimentos de saúde, S. P. A., dispõem de um sistema de controlo interno e de comunicação de irregularidades, competindo ao conselho de administração ou ao conselho diretivo assegurar a sua implementação e manutenção e ao auditor interno a responsabilidade pela sua avaliação.

2 — O sistema de controlo interno compreende o conjunto de estratégias, políticas, processos, regras e procedimentos estabelecidos no estabelecimento de saúde, com vista a garantir:

a) Um desempenho eficiente da atividade que assegure a utilização eficaz dos ativos e recursos, a continuidade, segurança e qualidade da prestação de cuidados de saúde, através de uma adequada gestão e controlo dos riscos da atividade, da prudente e correta avaliação dos ativos e responsabilidades, bem como da definição de mecanismos de prevenção e de proteção do serviço público contra atuações danosas;

b) A existência de informação financeira e de gestão que suporte as tomadas de decisão e os processos de controlo, tanto no nível interno como no externo;

c) O respeito pelas disposições legais e regulamentares aplicáveis, bem como pelas normas profissionais e deontológicas aplicáveis, pelas regras internas e estatutárias, regras de conduta e de relacionamento, orientações da tutela e recomendações aplicáveis de entidades externas, como o Tribunal de Contas.

3 — O sistema de controlo interno tem por base um adequado sistema de gestão de risco, um sistema de informação e de comunicação e um processo de monitorização que assegure a respetiva adequação e eficácia em todas as áreas de intervenção.

4 — Mediante proposta do serviço de auditoria interna, deve ser aprovado pelo conselho de administração do estabelecimento de saúde, E. P. E., ou pelo conselho diretivo do estabelecimento de saúde, S. P. A., um regulamento que defina as regras e procedimentos de comunicação interna de irregularidades, através do qual possam ser descritos factos que indiciem:

a) Violação de princípios e disposições legais, regulamentares e deontológicas por parte dos membros dos órgãos estatutários, trabalhadores, fornecedores de bens e prestadores de serviços no exercício dos seus cargos profissionais;

b) Dano, abuso ou desvio relativo ao património do estabelecimento de saúde, E. P. E., ou do estabelecimento de saúde, S. P. A., ou dos utentes;

c) Prejuízo à imagem ou reputação do estabelecimento de saúde, E. P. E., ou do estabelecimento de saúde, S. P. A.



SECÇÃO V

Comissões e serviços de apoio técnico

Artigo 88.º

Comissões e serviços de apoio técnico

1 — As comissões e serviços de apoio técnico têm carácter consultivo e por função colaborar com o órgão de administração do estabelecimento de saúde, por sua iniciativa ou a pedido daquele, nas matérias da sua competência.

2 — Em cada estabelecimento de saúde, E. P. E., ou estabelecimentos de saúde, S. P. A., são constituídas:

- a) A comissão de ética;
- b) A comissão de farmácia e terapêutica;
- c) A comissão de humanização;
- d) A comissão de integração de cuidados de saúde;
- e) A comissão de qualidade e segurança do doente;
- f) O grupo de coordenação local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos;
- g) O gabinete do cidadão.

3 — Sem prejuízo do disposto no número anterior, o órgão de administração pode criar outras comissões e serviços de apoio técnico que, nos termos da lei, da atividade do hospital e da *legis artis* se justifiquem, devendo a sua estrutura, composição e funcionamento constar do regulamento interno.

4 — Compete ao órgão de administração a designação do presidente e dos membros das comissões e serviços de apoio técnico, que, no caso da alínea d) do n.º 2, devem integrar, pelo menos, dois profissionais designados pelo ACES de referência.

SECÇÃO VI

Estrutura organizacional

Artigo 89.º

Unidades funcionais, serviços e departamentos do estabelecimento de saúde

1 — Os estabelecimentos de saúde, E. P. E., e os estabelecimentos de saúde, S. P. A., são constituídos por unidades funcionais, serviços e departamentos de ação médica, de meios complementares de diagnóstico e terapêutica e de atividades de apoio.

2 — Para efeitos do número anterior:

- a) As unidades funcionais são agregações especializadas de recursos humanos e tecnológicos que atuam em cooperação com as demais, podendo ser integradas em serviços ou departamentos, ou partilhadas por serviços ou departamentos distintos;
- b) Os serviços são as células básicas da organização e funcionam autonomamente ou integrados em departamentos;
- c) Os departamentos são agregações de serviços com afinidade técnica ou complementaridade de atividade, podendo integrar, também, unidades funcionais.

3 — Os estabelecimentos de saúde, E. P. E., que assumam o modelo de ULS, são também constituídos por unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários e devem seguir, com as necessárias adaptações, o regime e a estrutura definidos no regime de criação, organização e funcionamento dos ACES, previsto no capítulo III do presente decreto-lei, e no Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, na sua redação atual, integrando um departamento próprio.



4 — Os estabelecimentos de saúde, E. P. E., e os estabelecimentos de saúde, S. P. A., podem adotar outros modelos de organização funcional interna, indutores de maior articulação e coordenação, como a organização por programas de saúde, por respostas a doenças ou utentes específicos.

5 — A estrutura, organização e funcionamento dos estabelecimentos de saúde, E. P. E., e dos estabelecimentos de saúde, S. P. A., consta de regulamento interno.

Artigo 90.º

Centros de Responsabilidade Integrados

1 — Os órgãos de administração dos estabelecimentos de saúde, E. P. E., devem promover as condições para a evolução da organização interna para CRI.

2 — Os CRI são níveis de gestão intermédia que visam potenciar os resultados da prestação de cuidados de saúde, melhorando a acessibilidade dos utentes e a qualidade dos serviços prestados, aumentando a produtividade dos recursos aplicados, contribuindo para uma maior eficácia e eficiência.

3 — Os profissionais de saúde afetos ao CRI podem beneficiar de incentivos, nos termos a definir em contrato-programa entre o conselho de administração e o CRI.

Artigo 91.º

Constituição e funcionamento dos Centros de Responsabilidade Integrados

1 — Os CRI são constituídos por equipas multidisciplinares de profissionais de saúde, de acordo com a área ou áreas de especialidade.

2 — O regulamento interno do CRI é aprovado pelo conselho de administração no ato da criação, de acordo com o modelo definido pela ACSS, I. P.

3 — Os CRI orientam a sua atividade de acordo com os seguintes princípios:

a) Delegação de competências e de responsabilidades por parte dos órgãos de administração dos estabelecimentos de saúde, E. P. E., nestas estruturas de gestão intermédia;

b) Sustentabilidade, que concilia a concretização dos objetivos contratados, o controlo dos custos e o reconhecimento dos profissionais;

c) Transparência, que se traduz no registo das várias etapas dos processos, na publicação de resultados e em auditorias internas e externas anuais clínicas e administrativas publicadas no *site* da instituição;

d) Cooperação e solidariedade entre os elementos que constituem o CRI, e de cada CRI perante a restante instituição;

e) Articulação, com as demais estruturas e serviços da instituição;

f) Avaliação, que deve ser objetiva, transparente e contratualizada entre as partes, com repercussão no CRI e em toda a equipa que o constitui;

g) Mérito e objetivação do reconhecimento, que resulta da avaliação de cada elemento, traduzindo-se no respetivo reconhecimento público;

h) Definição clara dos objetivos quantificados, programados e calendarizados;

i) Controlo da utilização dos recursos humanos e materiais que lhe estão afetos;

j) Contratualização através da celebração, entre os diretores do CRI e o conselho de administração, de contratos-programa anuais que fixam os objetivos e os meios necessários para os atingir e definem os mecanismos de avaliação periódica, que incluem, entre outros, o plano de atividades anual do CRI, o projeto de orçamento-programa anual, o plano de investimentos e o plano de formação e investigação, devendo o referido contrato-programa ter em conta os objetivos gerais do hospital e os definidos pela tutela, nomeadamente no que respeita aos indicadores de produção, de serviço e de qualidade assistencial estabelecidos no contrato-programa da entidade.



Artigo 92.º

Centros de Referência

1 — Os estabelecimentos de saúde, E. P. E., ou os estabelecimentos de saúde, S. P. A., podem candidatar-se ao reconhecimento de um ou mais Centros de Referência, nos termos legalmente previstos.

2 — Os Centros de Referência são qualquer serviço, departamento ou unidade de saúde reconhecido, nos termos do número seguinte, com o nível mais elevado de competências na prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade em situações clínicas que exigem uma concentração de recursos técnicos e tecnológicos altamente diferenciados, de conhecimento e experiência, devido à baixa prevalência da doença, à complexidade no seu diagnóstico ou tratamento e/ou aos custos elevados da mesma, e que conduzem também formação pós-graduada e investigação científica nas respetivas áreas médicas.

3 — O reconhecimento como Centro de Referência é atribuído por despacho do membro do Governo responsável pela área da saúde, sob proposta da Comissão Nacional para os Centros de Referência.

4 — Os Centros de Referência possuem regulamento interno, a aprovar pelo membro do Governo responsável pela área da saúde, sem prejuízo da possibilidade de delegação.

SECÇÃO VII

Regime financeiro, de avaliação, controlo e prestação de contas e de recursos humanos

SUBSECÇÃO I

Regime financeiro

Artigo 93.º

Financiamento

1 — Os estabelecimentos de saúde, E. P. E., e os estabelecimentos de saúde, S. P. A., são financiados nos termos da Base 23 da Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, devendo o financiamento refletir as necessidades de saúde da população abrangida e permitir um adequado planeamento da oferta de cuidados de saúde.

2 — O pagamento dos atos e serviços dos estabelecimentos de saúde, E. P. E., e dos estabelecimentos de saúde, S. P. A., pelo Estado é feito através de contratos-programa plurianuais a celebrar conjuntamente pelo estabelecimento de saúde, E. P. E. ou S. P. A., e pela Direção Executiva do SNS com a ACSS, I. P., nos quais se estabelece:

- a) A atividade contratada;
- b) Os objetivos e as metas qualitativas e quantitativas;
- c) A calendarização das metas referidas na alínea anterior;
- d) Os meios e instrumentos para prosseguir os objetivos, designadamente de investimento;
- e) Os indicadores para avaliação do desempenho dos serviços e do nível de satisfação dos utentes e as demais obrigações assumidas pelas partes, tendo como referencial os preços praticados no mercado para os diversos atos clínicos.

3 — Para efeitos do disposto no número anterior, o financiamento deve consubstanciar um instrumento indutor da excelência clínica, satisfação dos utentes e da comunidade e do desempenho das instituições.

4 — O financiamento do estabelecimento de saúde, E. P. E., que assuma a forma de ULS é realizado por capitação ajustada pelo risco calculado com base nas características da população da área de referência.



5 — A celebração dos contratos-programa do estabelecimento de saúde, E. P. E., é precedida de autorização dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde, tornando-se eficazes com a sua assinatura, sem prejuízo da sua publicação, por extrato, na 2.ª série do *Diário da República*.

6 — O modelo de acompanhamento do contrato-programa e os instrumentos de monitorização, acompanhamento e avaliação do desempenho assistencial de base populacional são propostos pela ACSS, I. P., e aprovados pelo membro do Governo responsável pela área da saúde.

7 — É da exclusiva competência do estabelecimento de saúde, E. P. E., e do estabelecimento de saúde, S. P. A., a cobrança das receitas e taxas provenientes da sua atividade.

8 — Os estabelecimentos de saúde, E. P. E., podem, também, prever como receita as verbas provenientes da investigação, designadamente da atividade de Centros Académicos Clínicos, devendo, de forma prioritária, aplicá-las em despesa para o desenvolvimento da atividade de investigação.

SUBSECÇÃO II

Avaliação, controlo e prestação de contas

Artigo 94.º

Regime orçamental e financeiro

1 — A gestão financeira e patrimonial do estabelecimento de saúde, E. P. E., rege-se, designadamente, pelos seguintes instrumentos de gestão previsional:

- a) Plano de atividades e orçamento anual e plurianual, incluindo o plano de investimento, com um horizonte de três anos;
- b) Orçamento anual de investimento;
- c) Orçamento anual de exploração, desdobrado em orçamento de proveitos e orçamento de custos;
- d) Orçamento anual de tesouraria;
- e) Balanço previsional;
- f) Mapa de fluxos de caixa;
- g) Contratos-programa externos;
- h) Contratos-programa internos.

2 — Considera-se tacitamente aprovado o plano de atividades e orçamento que tenha sido instruído em cumprimento do disposto na alínea a) do n.º 4 do artigo 67.º e da demais legislação aplicável em matéria de instrumentos de gestão das entidades públicas empresariais da área da saúde e que não tenha sido objeto de pronúncia pelo membro do Governo responsável pela área das finanças, no prazo de 60 dias, após a sua submissão no Sistema de Recolha de Informação Económico-Financeira.

3 — O estabelecimento de saúde, S. P. A., encontra-se sujeito ao regime orçamental e financeiro dos serviços e fundos autónomos.

Artigo 95.º

Reservas e fundos

1 — O estabelecimento de saúde, E. P. E., deve fazer as reservas julgadas necessárias, sem prejuízo da obrigação relativa à existência de:

- a) Reserva legal;
- b) Reserva para investimentos.

2 — Uma percentagem não inferior a 20 % dos resultados de cada exercício, apurado de acordo com as normas contabilísticas vigentes, é destinada à constituição da reserva legal.



3 — A reserva legal pode ser utilizada para cobrir eventuais prejuízos de exercício.

4 — Integram a reserva para investimentos, entre outras receitas:

- a) A parte dos resultados apurados em cada exercício que lhe for anualmente destinado;
- b) As receitas provenientes de participações, dotações, subsídios, subvenções ou quaisquer compensações financeiras de que o estabelecimento de saúde, E. P. E., seja beneficiário e destinadas a esse fim.

5 — Sem prejuízo da constituição das reservas referidas no n.º 1, os resultados de cada exercício têm o destino que venha a ser determinado por despacho dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde.

Artigo 96.º

Contabilidade

Os estabelecimentos de saúde, E. P. E., e os estabelecimentos de saúde, S. P. A., adotam o sistema contabilístico que lhes for aplicável por lei e publicam anualmente a sua contabilidade analítica.

Artigo 97.º

Documentos anuais de prestação de contas

Os instrumentos de prestação de contas do estabelecimento de saúde, E. P. E., a elaborar anualmente, com referência a 31 de dezembro de cada ano, são, designadamente, os seguintes:

- a) Relatório de gestão e contas do exercício;
- b) Certificação legal de contas;
- c) Relatório e parecer do órgão de fiscalização;
- d) Relatório de governo societário.

SUBSECÇÃO III

Recursos humanos

Artigo 98.º

Trabalhadores

1 — Os trabalhadores do estabelecimento de saúde, E. P. E., estão sujeitos ao regime do contrato de trabalho, nos termos do Código do Trabalho, bem como ao regime constante dos diplomas que definem o regime legal de carreira de profissões da saúde, demais legislação laboral, normas imperativas sobre títulos profissionais, instrumentos de regulamentação coletiva de trabalho e regulamentos internos.

2 — O estabelecimento de saúde, E. P. E., deve prever anualmente uma dotação global de pessoal, através dos respetivos orçamentos, considerando os planos de atividade, a aprovar em sede de planos de atividade e orçamento.

3 — Os trabalhadores do estabelecimento de saúde, S. P. A., regem-se pelas normas aplicáveis aos trabalhadores que exercem funções públicas.

Artigo 99.º

Processos de recrutamento

1 — Os processos de recrutamento devem assentar na adequação dos profissionais às funções a prestar e assegurar os princípios da igualdade de oportunidades, da imparcialidade, da boa-fé e da não discriminação, bem como da publicidade, exceto em casos de manifesta urgência devidamente fundamentada.



2 — Os diretores de serviço e de departamento de natureza assistencial são nomeados de entre médicos, inscritos no colégio da especialidade da Ordem dos Médicos correspondente à área clínica onde vão prestar funções e, preferencialmente, com evidência curricular de gestão e com maior graduação na carreira médica.

3 — Sem prejuízo do disposto no n.º 1, os procedimentos com vista à nomeação de diretor de serviço devem ser objeto de aviso público, de modo a permitir a manifestação de interesse individual.

Artigo 100.º

Regime transitório dos trabalhadores com vínculo de emprego público

1 — Os trabalhadores com vínculo de emprego público que, à data da entrada em vigor do presente decreto-lei, estejam providos em postos de trabalho dos mapas de pessoal do estabelecimento de saúde, E. P. E., mantêm integralmente o seu estatuto jurídico, sem prejuízo do disposto na LTFP, na sua redação atual.

2 — Os mapas de pessoal das unidades de saúde referidas no número anterior mantêm-se com carácter residual exclusivamente para efeitos de desenvolvimento da carreira daqueles trabalhadores, sendo os respetivos postos de trabalho a extinguir quando vagarem, da base para o topo.

3 — Os concursos de pessoal que estejam pendentes e os estágios e cursos de especialização em curso à data de entrada em vigor do presente decreto-lei mantêm-se válidos.

4 — Os trabalhadores a que se refere o presente artigo podem optar a todo o tempo pelo regime do contrato de trabalho nos termos dos artigos seguintes.

Artigo 101.º

Opção pelo contrato de trabalho

A opção definitiva pelo regime do contrato de trabalho é feita, individual e definitivamente, mediante acordo escrito com o conselho de administração, tornando-se efetiva, para todos os efeitos legais, a cessação do vínculo de emprego público com a sua publicação no *Diário da República*, data em que o contrato de trabalho a celebrar com o estabelecimento de saúde, E. P. E., passa a produzir efeitos.

Artigo 102.º

Regime de proteção social

1 — Sem prejuízo do disposto no n.º 1 do artigo 100.º, o regime de proteção social dos trabalhadores das entidades públicas empresariais integradas no SNS é o regime geral da segurança social.

2 — O pagamento das contribuições a título de entidade empregadora, para a Caixa Geral de Aposentações, I. P., dos trabalhadores que, nos termos do artigo 100.º, não tenham optado pelo regime do contrato de trabalho e que mantenham o regime de proteção social convergente é assegurado pelo estabelecimento de saúde, E. P. E.

3 — Aos trabalhadores abrangidos pelo número anterior integrados no regime de proteção social convergente é aplicável o Decreto-Lei n.º 503/99, de 20 de novembro, na sua redação atual.

CAPÍTULO V

Disposições finais e transitórias

Artigo 103.º

Alterações legislativas e regulamentares

1 — São aprovadas, no prazo de 180 dias a contar da data de entrada em vigor do presente decreto-lei, as alterações legislativas e regulamentares necessárias à sua execução, designadamente quanto a:

a) Definição da natureza jurídica, organização e funcionamento da Direção Executiva do SNS, nos termos previstos no n.º 6 do artigo 9.º, e demais alterações daí decorrentes, nomeadamente as orgânicas do Ministério da Saúde;



b) Estabelecimento do acréscimo do período normal de trabalho semanal e do acréscimo remuneratório correspondentes ao regime de dedicação plena, bem como da carga horária semanal de funções assistenciais realizadas em instituições privadas e do setor social de prestação de cuidados de saúde, pelos diretores de serviço ou de departamento, incompatível com o regime de dedicação plena, nos termos previstos no n.º 9 do artigo 16.º;

c) Fixação do suplemento remuneratório a atribuir ao presidente e aos vogais do conselho clínico e de saúde dos ACES, nos termos previstos no n.º 5 do artigo 48.º

2 — Até à aprovação das alterações legislativas e regulamentares previstas no número anterior, mantêm-se os diplomas atualmente em vigor em tudo o que não contrarie o presente decreto-lei.

Artigo 104.º

Norma transitória

1 — A entrada em vigor do presente decreto-lei não determina o termo de mandatos nem a cessação de comissões de serviço em curso.

2 — O disposto no artigo 48.º aplica-se às designações que ocorram após a data da entrada em vigor do presente decreto-lei.

3 — O disposto nos artigos 69.º e 70.º aplica-se às designações que ocorram após a data da entrada em vigor do presente decreto-lei, sem prejuízo de serem também considerados os mandatos exercidos até à referida data para efeitos de renovação, nos termos do disposto no artigo 15.º do Estatuto do Gestor Público, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de março, na sua redação atual.

Artigo 105.º

Norma revogatória

Sem prejuízo do disposto no artigo anterior, são revogados:

- a) O Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro, na sua redação atual;
- b) O Decreto-Lei n.º 156/99, de 10 de maio;
- c) O Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de setembro, na sua redação atual;
- d) O Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro, na sua redação atual.

Artigo 106.º

Entrada em vigor e produção de efeitos

1 — O presente decreto-lei entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação.

2 — As disposições constantes do capítulo III e a alínea c) do artigo anterior produzem efeitos com a entrada em vigor da Lei do Orçamento do Estado para 2023.

Visto e aprovado em Conselho de Ministros de 7 de julho de 2022. — *António Luís Santos da Costa* — *Mariana Guimarães Vieira da Silva* — *Fernando Medina Maciel Almeida Correia* — *Marta Alexandra Fartura Braga Temido de Almeida Simões*.

Promulgado em 1 de agosto de 2022.

Publique-se.

O Presidente da República, MARCELO REBELO DE SOUSA.

Referendado em 1 de agosto de 2022.

O Primeiro-Ministro, *António Luís Santos da Costa*.



ANEXO I

(a que se refere o n.º 3 do artigo 63.º)

Designação	Sede	Capital estatutário (euros)
Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E. P. E.	Av. Movimento das Forças Armadas, Barreiro	105 180 000,00
Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, E. P. E.	Rua Dr. Cândido de Pinho, Santa Maria da Feira.	32 740 000,00
Centro Hospitalar de Leiria, E. P. E.	Rua das Olhalvas, Pousos, Leiria	36 349 150,00
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E. P. E.	Estrada do Forte do Alto do Duque, Lisboa...	156 100 000,00
Centro Hospitalar de Setúbal, E. P. E.	Rua Camilo Castelo Branco, Setúbal.	230 261 419,00
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E. P. E.	Av. da Noruega, Lordelo, Vila Real.	69 100 000,00
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, E. P. E.	Rua Conceição Fernandes, Vila Nova de Gaia.	80 400 000,00
Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E. P. E.	Av. Artur Ravara, Aveiro	106 000 000,00
Centro Hospitalar do Médio Ave, E. P. E.	Largo Domingos Moreira, Santo Tirso	46 800 000,00
Centro Hospitalar do Médio Tejo, E. P. E.	Av. Maria de Lurdes Melo e Castro, Tomar. ...	95 100 000,00
Centro Hospitalar do Oeste, E. P. E.	Rua Diário de Notícias, Caldas da Rainha. ...	7 000 000,00
Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E. P. E.	Avenida do Hospital Padre Américo, Guilhufe	64 290 000,00
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E. P. E.	Av. Bissaya Barreto, Praceta Prof. Mota Pinto, Coimbra.	138 550 000,00
Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, E. P. E.	Largo da Misericórdia, Póvoa de Varzim	38 100 000,00
Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E. P. E.	Av. Rei D. Duarte, Viseu	46 540 000,00
Centro Hospitalar Universitário da Cova da Beira, E. P. E.	Quinta do Alvito, Covilhã	56 300 000,00
Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, E. P. E.	Rua José António Serrano, Lisboa.	259 160 000,00
Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte, E. P. E.	Av. Professor Egas Moniz, Lisboa	312 440 000,00
Centro Hospitalar Universitário de S. João, E. P. E.	Alameda Professor Hernâni Monteiro, Porto	152 500 000,00
Centro Hospitalar Universitário do Algarve, E. P. E.	Rua Leão Penedo, Faro.	158 000 000,00
Centro Hospitalar Universitário do Porto, E. P. E. ...	Largo Professor Abel Salazar, Porto	171 527 410,00
Hospital da Senhora da Oliveira Guimarães, E. P. E.	R. dos Cutileiros, Creixomil, Guimarães	72 700 000,00
Hospital de Braga, E. P. E.	Sete Fontes, São Vitor, 4710-243 Braga	4 000 000,00
Hospital de Loures, E. P. E.	Av. Carlos Teixeira, 3, Loures.	4 000 000,00
Hospital de Magalhães Lemos, E. P. E.	R. Prof. Álvaro Rodrigues, Aldear, Porto	20 050 000,00
Hospital de Santa Maria Maior, E. P. E.	Campo da República, Barcelos	25 000 000,00
Hospital de Vila Franca de Xira, E. P. E.	Estrada Carlos Lima Costa, 2, Povos, 2600-009 Vila Franca de Xira.	4 000 000,00
Hospital Distrital da Figueira da Foz, E. P. E.	Gala, Figueira da Foz.	29 100 000,00
Hospital Distrital de Santarém, E. P. E.	Av. Bernardo Santareno, Santarém	69 470 000,00
Hospital do Espírito Santo de Évora, E. P. E.	Largo do Sr. da Pobreza, Évora	40 280 000,00
Hospital Garcia de Orta, E. P. E.	Av. Torrado da Silva, Almada	140 780 000,00
Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, E. P. E.	IC 19, Amadora	45 568 990,00
Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, E. P. E.	Av. Bissaya Barreto, 98, Coimbra	27 000 000,00
Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, E. P. E.	R. Prof. Lima Basto, Lisboa	66 900 000,00
Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, E. P. E.	R. Dr. António Bernardino de Almeida, Porto ...	52 964 286,00
Unidade Local de Saúde da Guarda, E. P. E.	Avenida da Rainha D. Amélia, Guarda.	44 311 549,00
Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, E. P. E.	Avenida de Pedro Álvares Cabral, Castelo Branco.	16 200 000,00
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E. P. E. ...	Rua Dr. Eduardo Torres, Senhora da Hora, Matosinhos.	50 200 000,00
Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E. P. E.	Estrada de Santa Luzia, Viana do Castelo.	69 860 000,00
Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E. P. E.	Rua do Dr. António Fernando Covas Lima, Beja.	88 400 000,00
Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, E. P. E.	Monte do Gilbardinio, EN 261, Santiago do Cacém.	20 100 000,00
Unidade Local de Saúde do Nordeste, E. P. E.	Avenida do Abade do Baçal, Bragança	73 940 000,00
Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, E. P. E.	Avenida de Santo António, Portalegre	35 920 000,00



ANEXO II

(a que se refere o n.º 5 do artigo 63.º)

Designação	Sede
Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro — Rovisco Pais	Quinta da Fonte Quente, Tocha.
Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa	Av. do Brasil, Lisboa.
Hospital Arcebispo João Crisóstomo — Cantanhede.	R. Padre Américo, Cantanhede.
Hospital Dr. Francisco Zagalo — Ovar.	Av. Dr. Nunes da Silva, Ovar.
Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto	Tv. Larga, 2, Lisboa.

115575615