



Hospital

Santa Maria Maior, E.P.E.

BARCELOS



---

**REGULAMENTO**

**INTERNO**

0032\_Rgl\_CCSS

## REGULAMENTO INTERNO

### ÍNDICE

Preâmbulo .....	3
Capítulo I .....	4
Disposições Gerais .....	4
Capítulo II .....	6
Estrutura Orgânica .....	6
Secção I .....	6
Secção II .....	9
Secção III .....	9
Capítulo III .....	17
Organização dos Serviços .....	17
Secção I .....	17
Secção II .....	18
Secção III .....	21
Secção IV .....	26
Capítulo IV .....	33
Princípios e Normas de Gestão .....	33
Capítulo V .....	34
Gestão de Recursos .....	34
Capítulo VI .....	35
Garantias .....	35
Capítulo VII .....	36
Articulação com Terceiros .....	36
Capítulo VIII .....	37
Disposições Finais .....	37

---

## REGULAMENTO INTERNO

---

### PREÂMBULO

O Hospital Santa Maria Maior, EPE, através do presente documento, procede à revisão do Regulamento Interno que se encontra em vigor e foi homologado pelo Senhor Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de saúde do Norte, em 3 de dezembro de 2014.

Esta revisão é feita por força do disposto no artigo 38º do Decreto-Lei nº 18/2017, de 10 de fevereiro, que determina que o regulamento interno seja elaborado e submetido a homologação do membro do Governo responsável pela área da saúde no prazo de 120 dias a contar da data de entrada em vigor do referido Decreto-Lei.

O presente documento foi objeto de auscultação das chefias profissionais, pretendendo-se que o Regulamento Interno constitua um instrumento ao serviço da organização hospitalar onde se insere, contribuindo para a prestação de cuidados de saúde de qualidade à população da nossa área de influência e que, em essência, constitui a razão de ser do Hospital Santa Maria Maior, EPE.

## REGULAMENTO INTERNO

### CAPÍTULO I

#### DISPOSIÇÕES GERAIS

##### Artigo 1.º

##### **(Âmbito)**

O presente Regulamento define a natureza, a missão, os valores e princípios que orientam a atividade do Hospital Santa Maria Maior, EPE e estabelece a sua estrutura orgânica e funcional, as competências das respetivas direções, bem como o modo e as normas internas de funcionamento.

##### Artigo 2.º

##### **(Natureza jurídica e sede)**

1. O Hospital Santa Maria Maior, EPE, adiante designado por HSMM, é uma pessoa coletiva de direito público de natureza empresarial, dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, nos termos do regime jurídico do Sector Empresarial do Estado e das empresas públicas, tendo sido criado pelo Decreto-Lei n.º 93/2005, de 7 de junho.
2. O HSMM rege-se pelo presente regulamento e pelos demais diplomas legais aplicáveis aos hospitais EPE, nomeadamente pelo Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro, e dos Estatutos nele constantes em Anexo II, que regula o Regime Jurídico e os Estatutos aplicáveis às unidades de saúde do Serviço Nacional de Saúde com natureza pública empresarial, bem como as integradas no Setor Público Administrativo.
3. O HSMM está inscrito na Conservatória do Registo Comercial de Barcelos com o número de identificação de pessoa coletiva 506 361 381 e tem a sua sede no Campo da República, apartado 181, 4754-909 Barcelos.

##### Artigo 3.º

##### **(Objeto e área de influência)**

1. O HSMM tem por objeto a prestação de cuidados de saúde, de acordo com o seu grau de diferenciação e o seu posicionamento no contexto do Serviço Nacional de Saúde (SNS).
2. A área de influência a que está adstrito, no contexto do SNS, é a seguinte:
  - a) Concelho de Barcelos;
  - b) Concelho de Esposende.
3. O HSMM pode, acessoriamente explorar serviços e efetuar operações civis e comerciais relacionadas, direta ou indiretamente, no todo ou em parte, com o seu objeto social ou que sejam suscetíveis de facilitar ou favorecer a sua realização, desde que devidamente autorizadas, bem como participar em agrupamentos complementares de empresas e outras formas de associação.
4. Sempre que oportuno e com o objetivo de alcançar níveis de eficiência e rentabilização de recursos estabelecidos em Contrato-Programa, o HSMM poderá prestar cuidados de saúde fora da área de influência direta referida no ponto dois, nas especialidades já existentes ou noutras que venha a ser possível criar.

---

## REGULAMENTO INTERNO

---

### Artigo 4.º

#### **(Valores, visão e missão)**

1. No desenvolvimento da sua atividade, o HSMM e os seus profissionais regem-se pelos seguintes valores:
  - a) Respeito pela dignidade humana;
  - b) Qualidade, assegurando os melhores níveis de resultados e de serviço;
  - c) Atitude centrada no primado do doente;
  - d) Cultura de excelência técnica e do cuidar;
  - e) Cultura de valorização profissional assente na qualificação, inovação e responsabilização.
2. O HSMM tem como visão ser uma organização de referência reconhecida pelos melhores indicadores na área de prestação de cuidados de saúde, pela sua sustentabilidade e comprometimento de todos os seus profissionais, incrementando o seu nível de diferenciação.
3. É missão do HSMM prestar cuidados de saúde de qualidade à população da sua área de influência, promovendo e assegurando, em simultâneo, o desenvolvimento dos seus profissionais, num quadro de eficiência e de eficácia, respeitando sempre o princípio da humanização e promovendo uma cultura de espírito de grupo com forte sentido de orgulho pela pertença à instituição.

### Artigo 5.º

#### **(Objetivos)**

1. Na sua atuação, o HSMM pautar-se-á pela prossecução dos seguintes objetivos:
  - a) Tratar com zelo e equidade todos os utentes a quem presta serviços de saúde;
  - b) Cumprimento das metas negociadas com a tutela;
  - c) Eficácia técnica, eficiência e melhoria contínua, num quadro de desenvolvimento económico e financeiro sustentável;
  - d) Desenvolvimento profissional dos colaboradores, promovendo níveis de motivação e comprometimento com a instituição.
2. O cumprimento dos objetivos assumidos pelo HSMM, nomeadamente através dos contratos programa e dos planos de ação, serão objeto de avaliação interna e externa, no sentido de assegurar a concretização das metas estabelecidas pelo Ministério da Saúde e o sucesso do Hospital enquanto organização.

### Artigo 6.º

#### **(Princípios de gestão)**

O hospital adota um modelo organizacional ágil e flexível assente na gestão por objetivos e, na avaliação do desempenho, num quadro de contratualização interna e responsabilização.

## REGULAMENTO INTERNO

### CAPÍTULO II

#### ESTRUTURA ORGÂNICA

##### Secção I

##### **Órgãos**

##### Artigo 7.º

##### **(Enumeração dos órgãos do hospital)**

Os órgãos sociais do HSMM, são os seguintes:

- a) Conselho de administração;
- b) Fiscal único;
- c) Conselho consultivo.

##### Subsecção I

##### **Conselho de administração**

##### Artigo 8.º

##### **(Composição, mandato e competências)**

1. A composição e mandato do conselho de administração são regulados no artigo 6.º do Anexo II (doravante designado de estatutos) do Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro.
2. Compete ao conselho de administração 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, as competências que lhe são reservadas no artigo 7.º dos estatutos.
3. Sem prejuízo das competências específicas do presidente do conselho de administração, do diretor clínico e do enfermeiro diretor, a cada membro do conselho de administração poderá ser atribuída a responsabilidade de pelouros próprios.

##### Artigo 9.º

##### **(Funcionamento do conselho de administração)**

1. Sem prejuízo do estipulado no artigo 11.º dos estatutos quanto ao funcionamento do conselho de administração, são estabelecidas as seguintes regras:
  - a) O conselho de administração reúne ordinariamente pelo menos uma vez por semana, em dia e hora previamente estabelecidos;
  - b) Sempre e quando as circunstâncias o justifiquem, o conselho de administração poderá reunir quando convocado pelo presidente ou por solicitação de dois dos seus membros ou pelo fiscal único;

## REGULAMENTO INTERNO

- c) As decisões do conselho de administração são tomadas por maioria simples de votos dos membros presentes, exaradas nos documentos a que digam respeito e neles datadas e assinadas por todos os membros presentes;
- d) Quando, na sequência de uma votação se verificar um empate, o presidente do conselho de administração tem, nos termos da lei, voto de qualidade;
- e) De todas as reuniões do conselho de administração é lavrada a respetiva ata pelo secretariado do conselho, que será submetida a aprovação no início da reunião seguinte.

Artigo 10.º

### **(Vinculação)**

O HSMM obriga-se pela assinatura, com indicação da qualidade, de dois membros do conselho de administração ou de quem esteja legitimado para o efeito, nos termos do n.º 3 do artigo 7º dos estatutos.

Artigo 11.º

### **(Dissolução do conselho de administração)**

Para além das situações previstas no n.º 1 do artigo 24º do estatuto do gestor público, 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 pelos gestores.

Artigo 12.º

### **(Presidente do conselho de administração)**

1. As competências do presidente do conselho de administração encontram-se reguladas no artigo 8.º dos estatutos.
2. O presidente do conselho de administração é substituído nas suas ausências e impedimentos pelo vogal por si designado.

Artigo 13.º

### **(Vogais executivos)**

As competências dos vogais executivos são delegadas ou subdelegadas pelo conselho de administração.

Artigo 14.º

### **(Diretor clínico)**

1. As competências do diretor clínico são as constantes do artigo 9.º dos estatutos, bem como as que lhe forem delegadas ou subdelegadas pelo conselho de administração.
2. No exercício das suas funções, o diretor clínico pode ser coadjuvado por um máximo de três adjuntos, nomeados pelo conselho de administração, sob sua proposta, sendo as respetivas áreas de responsabilidade definidas na respetiva deliberação de designação.

## REGULAMENTO INTERNO

3. O diretor clínico é substituído, nas suas ausências e impedimentos, pelo adjunto por si designado.
4. O diretor clínico pode, a título excecional e no âmbito do mesmo estabelecimento de saúde, exercer atividade médica, de natureza assistencial, de forma remunerada, mediante autorização, por despacho do membro do Governo responsável pela área da saúde.
5. O exercício da atividade médica prevista no número anterior depende de requerimento do interessado e da verificação de comprovado interesse para o serviço mediante autorização prévia do conselho de administração.

### Artigo 15.º

#### **(Enfermeiro diretor)**

1. As competências do enfermeiro diretor são as constantes do artigo 10.º dos estatutos, bem como as que lhe sejam delegadas ou subdelegadas pelo conselho de administração.
2. No exercício das suas funções, o enfermeiro diretor pode ser coadjuvado por um máximo de três adjuntos, nomeados pelo conselho de administração, sob sua proposta, sendo as suas áreas de responsabilidade definidas na respetiva deliberação de designação.
3. O enfermeiro diretor é substituído, nas suas ausências e impedimentos, pelo adjunto por si designado.

### Subsecção II

#### **Fiscal único**

### Artigo 16.º

#### **(Nomeação, mandato e competências)**

1. A designação, mandato e competências do fiscal único são reguladas nos artigos 17.º e 18.º dos estatutos.
2. Compete ao fiscal único o controlo da legalidade, da regularidade e da boa gestão financeira e patrimonial do HSMM.
3. Para além do fiscal único efetivo é sempre designado um suplente, nos termos da lei.

### Subsecção III

#### **Conselho consultivo**

### Artigo 17.º

#### **(Composição, mandato e competências)**

1. A composição, funcionamento, mandato e competências do conselho consultivo estão reguladas nos artigos 21.º a 23.º dos estatutos.
2. O conselho consultivo reúne, pelo menos, uma vez por semestre e as suas deliberações são tomadas por maioria simples e constam de ata, tendo o presidente voto de qualidade.
3. As demais regras de funcionamento do conselho consultivo são definidas em regulamento próprio.



## REGULAMENTO INTERNO

### Secção II

#### **Serviço de auditoria interna**

##### Artigo 18.º

##### **(Recrutamento, mandato e competências)**

1. No HSMM existe um serviço de auditoria interna ao qual compete a avaliação dos processos de controlo interno e de gestão de riscos, nos domínios contabilístico, financeiro, operacional, informático e de recursos humanos, contribuindo para o seu aperfeiçoamento contínuo.
2. A direção do serviço de auditoria interna compete a um auditor interno, recrutado e nomeado nos termos do n.º 4 e seguintes do artigo 19º dos estatutos, que poderá ser apoiado tecnicamente nas suas funções por técnicos auditores.
3. A natureza, duração do mandato, regime de exercício de funções e competências, constam do artigo 19.º dos estatutos.
4. O serviço de auditoria interna depende, em termos orgânicos, do presidente do conselho de administração.

##### Artigo 19.º

##### **(Sistema de controlo interno e de comunicação de irregularidades)**

O HSMM dispõe de um sistema de controlo interno e de comunicação de irregularidades, tal como preconizado no art.º 20 dos estatutos, competindo ao conselho de administração assegurar a sua implementação e manutenção e ao auditor interno a responsabilidade pela sua avaliação.

### Secção III

#### **Comissões de apoio técnico**

##### Artigo 20.º

##### **(Enumeração, natureza, constituição e mandato)**

1. As comissões de apoio técnico são órgãos de carácter consultivo que têm por função colaborar com o Conselho de Administração, por sua iniciativa ou a pedido daquele, nas matérias da sua competência.
2. O HSMM dispõe, tal como preconizado no art.º 24 dos estatutos, dos seguintes órgãos de apoio técnico:
  - a) Comissão de ética;
  - b) Comissão da qualidade e segurança do doente;
  - c) Grupo de coordenação local do programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA);
  - d) Comissão de farmácia e terapêutica.
3. Para além dos órgãos de apoio técnico referidos no n.º 2, o HSMM dispõe ainda dos seguintes órgãos de apoio permanentes:
  - a) Comissão médica;
  - b) Comissão de enfermagem;

## REGULAMENTO INTERNO

- c) Direção do internato médico;
  - d) Núcleo hospitalar de apoio a crianças e jovens em risco (NHACJR);
  - e) Comissão de coordenação oncológica;
  - f) Comissão transfusional;
  - g) Comissão multidisciplinar do gabinete do cidadão;
  - h) Equipa de gestão de risco;
  - i) Comissão de normalização de consumos.
4. O conselho de administração pode, por sua iniciativa ou mediante proposta de outros órgãos, criar comissões de apoio técnico, permanentes ou temporárias, para assuntos considerados de especial relevância.
  5. Compete ao conselho de administração do HSMM nomear os membros, incluindo o respetivo presidente das comissões de apoio técnico, sob proposta do diretor clínico.
  6. Os mandatos dos membros dos órgãos de apoio técnico coincidem com a vigência do mandato do conselho de administração podendo no entanto a todo o tempo o conselho de administração proceder à sua recomposição.
  7. O funcionamento de cada comissão é definido em regulamento próprio, a apresentar no prazo de 60 dias após a sua nomeação, para aprovação pelo conselho de administração.
  8. Para cada reunião será lavrada ata, aprovada na reunião seguinte, devendo a mesma conter a data, indicação dos elementos presentes e o resumo das deliberações tomadas.
  9. Cada órgão de apoio técnico deve elaborar e submeter à aprovação do conselho de administração, até 30 de novembro de cada ano, um plano anual de atividades para o ano seguinte e até 28 de fevereiro, e o relatório de atividades do ano transato.

### Artigo 21.º

#### **(Comissão de ética)**

1. A comissão de ética rege-se pelas disposições do Decreto-Lei n.º 97/95, de 10 de maio, da Lei n.º 46/2004, de 19 de agosto, e pelo regulamento próprio.
2. Compete à comissão de ética, enquanto órgão multidisciplinar de apoio ao conselho de administração, ao pessoal de saúde e aos utentes, pronunciar-se sobre aspetos de natureza bioética próprios de um hospital com atividades assistenciais e de ensino.
3. A comissão de ética é constituída por um número mínimo de sete membros, sob proposta do diretor clínico.
4. A comissão de ética elabora, no final de cada ano civil, um relatório de atividades, a submeter ao conselho de administração.

### Artigo 22.º

#### **(Comissão da qualidade e segurança do doente)**

1. À comissão da qualidade e segurança do doente cabe a promoção e o desenvolvimento da qualidade e da segurança que possa satisfazer os objetivos estratégicos do HSMM e lhe confira o reconhecimento de

## REGULAMENTO INTERNO

excelência, utilizando uma abordagem alicerçada no desenvolvimento de uma cultura de qualidade e segurança do doente e dos serviços.

2. A comissão da qualidade e segurança do doente é presidida pelo presidente do conselho de administração ou por quem ele delegar, dela fazendo parte o diretor clínico e o enfermeiro diretor, sendo os restantes nomeados pelo conselho de administração.
3. Compete à comissão da qualidade e segurança do doente:
  - a) A formulação das políticas de qualidade e segurança orientadas para as dimensões da satisfação dos doentes, eficiência e otimização na utilização dos recursos disponíveis e satisfação dos profissionais do HSMM;
  - b) Definir critérios de avaliação, acompanhamento e controlo da humanização e qualidade dos serviços;
  - c) Promover programas específicos para a humanização, qualidade e segurança do doente;
  - d) Emitir pareceres referentes aos temas relacionados com a qualidade e segurança no HSMM;
  - e) Propor um plano de ação anual, com previsão dos recursos necessários à sua execução;
  - f) Analisar os relatórios da qualidade e definir as ações de melhoria a implementar.
4. A comissão da qualidade e segurança do doente elabora, anualmente, um plano de ação e relatório de atividades, os quais são submetidos para homologação, ao Diretor-geral da Saúde.

### Artigo 23.º

#### **(Grupo de coordenação local do PPCIRA)**

1. O grupo de coordenação local PPCIRA que tem como objetivos prevenir, identificar e propor medidas de controlo de infeção e de uso de antimicrobianos na instituição, em articulação com os vários serviços e unidades funcionais.
2. A designação dos membros do grupo é da competência do conselho de administração, sob proposta do diretor clínico.
3. Ao grupo de coordenação local PPCIRA compete:
  - a) Supervisionar as práticas locais de prevenção e controlo de infeção e de uso de antimicrobianos;
  - b) Garantir o cumprimento obrigatório dos programas de vigilância epidemiológica de infeção associada a cuidados de saúde e de resistência aos antimicrobianos;
  - c) Garantir práticas locais de isolamento para contenção de agentes multirresistentes, assegurando a gestão racional dos recursos físicos existentes de acordo com a gestão de prioridades de risco e garantindo o fluxo de informação entre serviços e instituições;
  - d) Garantir o retorno da informação sobre vigilância epidemiológica de infeção e resistências aos antimicrobianos às unidades clínicas;
  - e) Colaborar no processo de notificação das doenças de declaração obrigatória;
  - f) Promover e corrigir práticas de prevenção e controlo de infeção;
  - g) Promover e corrigir as práticas de uso de antibióticos;

## REGULAMENTO INTERNO

- h) Ter como interlocutores privilegiados o diretor de serviço e o enfermeiro chefe de cada serviço clínico, podendo as ações de ordem prática ser dinamizadas por um médico e um enfermeiro de cada serviço, que funcionem como elos do processo;
  - i) Fazer integrar as suas atividades no plano e relatório anual de atividades da respetiva comissão de qualidade e segurança, e no plano de atividades do programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos;
  - j) Colaborar na formação dos profissionais na esfera do controlo de infeção hospitalar;
  - k) Apresentar ao conselho de administração os resultados da vigilância epidemiológica e dos inquéritos de prevalência efetuados, o plano de ação anual bem como o relatório de atividades do ano anterior.
4. O grupo de coordenação local PPCIRA rege-se pelas disposições estabelecidas nos Despachos do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministério da Saúde n.º 15423/2013 publicado na 2ª série do D.R. de 26 de novembro e n.º 2902/2013 publicado na 2ª série do D.R. de 22 de fevereiro, na Circular Normativa da Direção-Geral da Saúde n.º 18/DSQC/DSC de 15 de outubro de 2007 e pelo regulamento próprio.

### Artigo 24.º

#### **(Comissão de farmácia e terapêutica)**

1. A comissão de farmácia e terapêutica é um órgão de caráter consultivo que tem por função colaborar com o conselho de administração, por sua iniciativa ou a pedido daquele, nas matérias da sua competência, encontrando-se estas descritas no próprio regulamento interno da comissão.
2. A comissão de farmácia e terapêutica é constituída, em paridade, por médicos e farmacêuticos, sendo um dos médicos o diretor clínico que preside ou por um médico especialista do mapa da instituição, nomeado pelo diretor clínico para o efeito.
3. As competências da comissão de farmácia e terapêutica são as descritas no Despacho n.º 2325/2017, de 17 de março, nomeadamente:
  - a) Atuar como órgão consultivo e de integração entre os serviços de prestação de cuidados e o serviço de farmácia;
  - b) Velar pelo cumprimento do formulário e suas adendas;
  - c) Pronunciar-se, dentro do respeito das regras deontológicas, sobre a adequação da terapêutica prescrita a doentes, quando solicitado pelo presidente da comissão;
  - d) Monitorizar os dados resultantes da utilização de medicamentos e outras tecnologias de saúde no contexto do SNS, nomeadamente através dos registos que tenham sido considerados necessários no âmbito de decisões de financiamento das tecnologias de saúde;
  - e) Analisar com cada serviço hospitalar os custos da terapêutica que lhe são imputados, auditando periodicamente e identificando desvios na utilização dos medicamentos;
  - f) Em articulação com o Monitor da Prescrição Médica, monitorizar a prescrição interna de medicamentos e de meios complementares de diagnóstico e terapêutica, com o objetivo de emitir relatórios trimestrais e obter indicadores relativos à sua prescrição, e implementar mecanismos regulares de acompanhamento e discussão interpares dessa informação, em conformidade com o

## REGULAMENTO INTERNO

previsto no Despacho n.º 17069/2011, publicado no Diário de República, 2.ª série, n.º 243, de 21 de dezembro de 2011;

- g) Cumprir as obrigações decorrentes do Despacho n.º 13382/2012, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 198, de 2 de outubro de 2012, nomeadamente no que se refere ao envio regular de informação sobre a prescrição e sobre a dispensa de medicamentos pela unidade hospitalar;
  - h) Diligenciar a promoção de estratégias efetivas na utilização racional do medicamento na instituição;
  - i) Articular com as diferentes Comissões com responsabilidades no âmbito do medicamento, nomeadamente com a CCIRA, estabelecendo mecanismos de monitorização e utilização racional de antimicrobianos dentro dos objetivos e competências da mesma.
4. Anualmente, a comissão de farmácia e terapêutica, elabora um relatório do qual constarão todos os pareceres e atividades desenvolvidas, o qual é apresentado ao conselho de administração.

### Artigo 25.º

#### **(Comissão médica)**

1. A comissão médica é presidida pelo diretor clínico e deverá acompanhar e avaliar, periodicamente e de modo sistemático a atividade clínica, designadamente os aspetos relacionados com o exercício da medicina e a formação dos profissionais.
2. A comissão médica, para além do seu presidente, é constituída pelos adjuntos do diretor clínico e pelos diretores ou médicos responsáveis pelos serviços de ação médica.
3. A comissão médica funciona em plenário, sempre convocada pelo presidente, sem prejuízo de poder funcionar em comissões especializadas, de âmbito restrito, sempre que tal se mostre necessário.

### Artigo 26.º

#### **(Comissão de enfermagem)**

1. A comissão de enfermagem é presidida pelo enfermeiro diretor competindo-lhe apreciar os aspetos relacionados com o exercício da enfermagem no HSMM e avaliar, periodicamente e de modo sistemático a atividade desenvolvida neste sector e a formação dos profissionais.
2. A comissão de enfermagem, para além do seu presidente, é constituída pelos adjuntos do enfermeiro diretor, pelos enfermeiros supervisores e pelos enfermeiros chefe.
3. A comissão de enfermagem funciona em plenário, sempre convocada pelo presidente, sem prejuízo de poder funcionar em comissões especializadas, de âmbito restrito, sempre que tal se mostre necessário.

### Artigo 27.º

#### **(Direção do internato médico)**

1. A direção do internato médico é assegurada por um médico, sob proposta do diretor clínico.

## REGULAMENTO INTERNO

2. À direção do internato médico compete garantir adequadas condições de formação e integração dos médicos a frequentar o internato bem como, o cumprimento das normas legais vigentes sobre a matéria e os programas aprovados pelo Governo quanto às especialidades.
3. A direção do internato médico rege-se pelo disposto na Portaria n.º 251/2011, de 24 de junho, que estabelece o regulamento do internato médico, e pelo Decreto-Lei n.º 203/2004, de 18 de agosto, alterado pelo Decreto-Lei n.º 45/2009, de 13 de fevereiro que estabelece o regime jurídico do internato médico.

### Artigo 28.º

#### **(Núcleo hospitalar de apoio a crianças e jovens em risco)**

1. O Núcleo hospitalar de apoio a crianças e jovens em risco (NHACJR) rege-se pelo Despacho n.º 31292/2008 do Ministério da Saúde, de 05 de dezembro.
2. O NHACJR é composto, no mínimo, por um médico pediatra, um enfermeiro e um técnico de serviço social, devendo, ainda integrar, caso seja possível, um psicólogo e um profissional com formação na área do jurídico.
3. Compete ao NHACJR:
  - a) Prestar consultoria aos profissionais/equipas que lidam diretamente com as situações e dinamizar o funcionamento das redes de interlocução a nível interno, nos Hospital, e a nível externo, com os parceiros na comunidade;
  - b) Apoiá-los no acompanhamento das mesmas, através, nomeadamente, para cada caso, de um Plano de Intervenção e Apoio à Família (PIAF), desenvolvido a partir das necessidades identificadas;
  - c) Avaliar, acompanhar e ou sinalizar a outra entidade ou nível de intervenção, quando necessário;
  - d) Proceder à sinalização dos casos à comissão de proteção de crianças e jovens sempre que a complexidade da matéria em causa transcenda a capacidade de resposta dos profissionais do HSMM ou quando exista desacordo ou oposição à intervenção por parte dos pais ou detentores do poder parental da criança ou jovem;
  - e) Proceder à comunicação ao Ministério público, às entidades policiais, ou ao Instituto de Medicina Legal, independente das medidas tomadas em defesa da criança ou do jovem, quando os factos que determinam a situação de perigo constituem crime.
4. O NHACJR elabora, anualmente, um relatório do qual constará a evolução dos casos tratados e a avaliação da intervenção desenvolvida, o qual é apresentado ao conselho de administração.

### Artigo 29º

#### **(Comissão de coordenação oncológica)**

1. A comissão de coordenação oncológica é um órgão de apoio técnico que tem como função apoiar o conselho de administração sobre as matérias que forem da sua competência, a qual se rege pela Portaria n.º 420/90, de 8 de junho.

## REGULAMENTO INTERNO

2. A comissão de coordenação oncológica é presidida pelo diretor clínico ou por um dos seus adjuntos, composta no máximo por cinco elementos nomeados pelo conselho de administração sob proposta do diretor clínico.
3. São competências genéricas da comissão de coordenação oncológica:
  - a) Organizar as consultas de grupo multidisciplinar com o objetivo de analisar e definir as estratégias de diagnóstico e terapêuticas relativas à oncologia;
  - b) Definir critérios e propor protocolos de relacionamento com instituições especialmente diferenciadas na doença oncológica;
  - c) Definir e aprovar protocolos de atuação diagnóstica e terapêutica;
  - d) Submeter à comissão de farmácia e terapêutica a introdução de novos medicamentos na área de oncologia;
  - e) Promover e coordenar o registo oncológico do Hospital fornecendo os elementos necessários ao cumprimento das tarefas do registo oncológico regional.

### Artigo 30º

#### **(Comissão transfusional)**

1. A comissão transfusional é um órgão de apoio técnico com competências na promoção de consensos e boas práticas de transfusão de sangue, hemoderivados e produtos alternativos, segurança transfusional, hemovigilância, educação, formação e auditoria na área.
2. A composição, constituição, mandato e competências da comissão transfusional obedecem ao disposto em regulamento próprio.

### Artigo 31º

#### **(Comissão multidisciplinar do gabinete do cidadão)**

1. A comissão multidisciplinar do gabinete do cidadão funcionará como uma estrutura de apoio ao gabinete do cidadão, designadamente quando estiverem em análise, matérias particularmente delicadas e mais específicas, e pronunciar-se à por iniciativa própria ou a pedido do responsável do gabinete do cidadão ou do Conselho de Administração do HSMM EPE, podendo os seus elementos ser também ouvidos individualmente, quando necessário.
2. A comissão multidisciplinar do gabinete do cidadão é presidida por uma técnica superior do serviço social.
3. Compete, nomeadamente, à comissão multidisciplinar do gabinete do cidadão:
  - a) Verificar as condições de acesso dos utentes aos cuidados de saúde;
  - b) Elaborar e apresentar relatórios ao conselho de administração sobre a participação dos cidadãos na organização e funcionamento dos serviços e sobre a atividade desenvolvida pelo gabinete de cidadão;
  - c) Propor medidas de organização de forma a assegurar ou melhorar as necessidades, interesses e direitos dos cidadãos;
  - d) Propor a divulgação dos direitos e deveres dos cidadãos, no que respeita aos serviços de saúde.

---

## REGULAMENTO INTERNO

---

### Artigo 32º

#### **(Comissão de normalização de consumos)**

1. A comissão de normalização de consumos é um órgão consultivo responsável pela emissão de pareceres relativos à política de consumos do HSMM.
2. Compete, nomeadamente, à comissão de normalização de consumos:
  - a) Emitir parecer acerca da introdução no HSMM de todo o material de consumo clínico e hoteleiro;
  - b) Propor ao conselho de administração uma política de normalização de consumos;
  - c) Apoiar o serviço de aprovisionamento na elaboração de processos de aquisição, em particular no que concerne à identificação, tipologia de produtos e escolha das comissões de análise;
  - d) Pronunciar-se sobre processos de aquisição de equipamentos médicos que impliquem a utilização de consumíveis.
3. A comissão de normalização de consumos é constituída pelo máximo de 8 elementos, nomeados pelo conselho de administração, sendo um deles obrigatoriamente o responsável do serviço de aprovisionamento que presidirá.
4. A comissão poderá, sempre que necessário, agregar elementos considerados indispensáveis à sua intervenção.

### Artigo 33º

#### **(Equipa de gestão de risco)**

1. A equipa de gestão de risco é coordenada por um profissional, designado pelo conselho de administração, tendo em consideração o perfil e competências adequadas ao exercício do cargo.
2. A atividade da equipa de gestão de risco é centrada no recetor dos cuidados prestados, vulgo doente, sendo a sua missão promover um ambiente seguro e a melhoria contínua dos cuidados de saúde prestados, através da dinamização de atividades na área da gestão do risco e segurança do doente, desenvolvidas em colaboração com os doentes, profissionais, acompanhantes e outras entidades.
3. Compete à equipa de gestão de risco, nomeadamente:
  - a) Identificar fatores de risco clínico e não clínico, associados à prestação de cuidados ao doente e propor medidas preventivas de minimização do risco;
  - b) Implementar planos operacionais de gestão de risco para a segurança do doente;
  - c) Elaborar, anualmente, ao conselho de administração, um plano de atividades de gestão do risco do HSMM e o respetivo relatório de execução.



## REGULAMENTO INTERNO

### CAPÍTULO III

#### ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

##### Secção I

##### **Organização dos serviços**

##### Artigo 34.º

##### **(Tipologia dos serviços)**

1. O HSMM encontra-se organizado em três áreas distintas:
  - a) Serviços de prestação de cuidados;
  - b) Serviços de suporte à prestação de cuidados;
  - c) Serviços de gestão e logística.
2. A organização interna de cada uma destas áreas é suportada por uma estrutura que pode incluir dois níveis de gestão, os serviços e as unidades funcionais.
3. Poderá o conselho de administração determinar a criação futura de departamentos que integrarão os serviços e/ou unidades funcionais segundo critérios de complementaridade técnica e funcional.

##### Artigo 35.º

##### **(Serviços e unidades funcionais)**

1. Os recursos do HSMM são organizados através dos serviços e unidades funcionais, sendo cada um dirigido por responsável próprio.
2. O serviço é a unidade básica da organização, funcionando autonomamente ou de forma agregada num departamento.
3. As unidades funcionais são agregações especializadas de recursos humanos e tecnológicos, integradas em serviços ou partilhadas por distintos serviços.
4. A organização e a nomenclatura dos serviços e unidades funcionais, enquanto centros de custo, têm em consideração a aplicação da legislação em vigor e deve ser estruturada por forma à contabilidade analítica do HSMM espelhar, fielmente, a realidade.
5. Todos os serviços disporão de regulamento próprio a submeter ao conselho de administração para aprovação, onde constem, entre outros, o funcionamento interno e em que se especifiquem todas as suas atividades e articulação entre os vários serviços ou áreas de atividade do HSMM.

##### Artigo 36.º

##### **(Competência e princípios gerais de direção)**

1. Compete a todos os responsáveis de unidades e serviços colocar em prática as atividades próprias do ciclo de gestão, a saber:

## REGULAMENTO INTERNO

- a) Planear, de acordo com os objetivos gerais de exploração para o hospital, tendo como instrumentos o plano de ação e orçamento;
  - b) Executar, colocando em prática as medidas constantes do plano;
  - c) Acompanhar mensalmente o cumprimento dos objetivos e reportar para o nível superior os resultados atingidos;
  - d) Corrigir os desvios, tomando as medidas apropriadas.
2. Todos os responsáveis seguirão as melhores práticas na gestão dos recursos colocados sob a sua direção.
  3. Orientarão a atividade do serviço ou unidade na satisfação das necessidades e expectativas dos seus utentes.
  4. Exercerão a sua atividade operacional, através da melhoria contínua da estrutura, dos processos, e dos resultados, identificando e resolvendo problemas e estabelecendo a comparação com outros de melhor nível de processos e desempenho.
  5. Promoverão a valorização dos recursos humanos, através da atualização do conhecimento e das técnicas utilizadas e do envolvimento nas atividades de criação de valor.
  6. Estabelecerão processos multidisciplinares e intersectoriais de trabalho.
  7. Manterão um sistema eficaz de controlo, destinado à salvaguarda dos ativos e à economia no consumo de recursos.
  8. Assegurarão um sistema de informação qualificado, íntegro e fiável.
  9. Providenciarão pela gestão dos recursos do serviço, com base em padrões de qualidade e de eficiência.
  10. O pessoal com funções de direção pode delegar competências, reservando sempre o controlo das atividades delegadas.
  11. As funções de direção serão exercidas em comissão de serviço, pelo período de três anos, sendo devido, pelo exercício das mesmas, um valor definido em regulamento próprio, salvo nos casos em que do exercício das funções de direção resulte uma valorização remuneratória estabelecida na respetiva carreira.

### Secção II

#### **Serviços de prestação de cuidados**

##### Artigo 37.º

#### **(Organização e conceito de serviços)**

1. Os serviços prestadores de cuidados são unidades básicas da organização do HSMM dotadas de recursos humanos e tecnológicos próprios e adequados, com autonomia técnica e funcional.
2. Os serviços prestadores de cuidados estruturam-se em serviços e unidades funcionais.
3. Os serviços poderão ser alterados mediante proposta do conselho de administração a apresentar à tutela no sentido da criação, fusão e extinção, devidamente fundamentada e de acordo com as opções inscritas no Plano Estratégico do HSMM.
4. Por razões organizacionais e funcionais, poderá o conselho de administração determinar a criação futura de departamentos que integrarão os serviços segundo critérios de complementaridade técnica e funcional.
5. Os serviços prestadores de cuidados diretos distribuem-se em:

## REGULAMENTO INTERNO

- a) Internamento;
  - b) Urgência médico-cirúrgica;
  - c) Hospital de dia;
  - d) Consulta externa.
6. Os cuidados em regime de internamento organizam-se de acordo com o seu grau de severidade e de diferenciação.
  7. A urgência enquadra-se em modelo de atendimento organizado de triagem, garantindo a prestação de cuidados imediatos em situações de urgência/emergência, durante vinte e quatro horas por dia, integrando a VMER.
  8. A VMER possui um regulamento próprio integrado no serviço de urgência.
  9. No hospital de dia os utentes recebem cuidados médicos e de enfermagem de forma programada, permanecendo sob vigilância hospitalar por períodos inferiores a vinte e quatro horas.
  10. A consulta externa é prestada, sob marcação prévia, no âmbito de uma especialidade ou subespecialidade médica, incluindo consultas temáticas, em regime de ambulatório, na sequência de encaminhamento ou de referência por médicos da mesma ou de outra especialidade da instituição e por médicos de outras instituições hospitalares ou dos cuidados de saúde primários, organizando-se segundo as valências existentes.

### Artigo 38.º

#### **(Organização por serviços)**

A estrutura organizacional do HSMM é composta pelos seguintes serviços:

- a) Anestesiologia;
- b) Cirurgia, incluindo as unidades de cirurgia geral, ginecologia, otorrinolaringologia e urologia;
- c) Consulta externa, integrando as diversas especialidades;
- d) Hospital de dia polivalente;
- e) Medicina, incluindo as unidades de medicina interna, cardiologia, pneumologia e psiquiatria;
- f) Oftalmologia;
- g) Ortopedia;
- h) Pediatria, incluindo hospital de dia pediátrico;
- i) Urgência/emergência, incluindo a VMER.

### Artigo 39.º

#### **(Competências dos diretores de serviço)**

1. Ao diretor de serviço compete, com salvaguarda das competências técnicas e científicas atribuídas a outros profissionais, planear e dirigir com autonomia toda a atividade do serviço, sendo responsável pela correção e prontidão dos cuidados de saúde a prestar aos utentes, bem como pela utilização e eficiente aproveitamento dos recursos colocados à sua disposição.
2. Compete, em especial, ao diretor de serviço:

## REGULAMENTO INTERNO

- a) Definir a organização da prestação de cuidados de saúde e fixar orientações com observância das normas emitidas pelas entidades competentes;
  - b) Elaborar o plano anual de atividades e participar na elaboração do orçamento do serviço de acordo com as linhas gerais previamente definidas bem como no relatório de gestão;
  - c) Analisar mensalmente os desvios verificados face à atividade esperada e verbas orçamentais, corrigi-los ou, se necessário, propor medidas corretivas;
  - d) Assegurar a produtividade e eficiência dos cuidados de saúde prestados e proceder à sua avaliação sistemática;
  - e) Promover a aplicação dos programas de controlo de qualidade e produtividade, zelando por uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde;
  - f) Tomar conhecimento e determinar as medidas adequadas em resposta às reclamações apresentadas pelos utentes;
  - g) Assegurar as condições técnicas e profissionais adequadas ao desempenho da atividade assistencial;
  - h) Garantir a atualização das técnicas utilizadas, promovendo diretamente ou propondo aos órgãos competentes as iniciativas aconselháveis à valorização, aperfeiçoamento e formação profissional do pessoal de serviço, organizando e supervisionando todas as atividades e formação;
  - i) Assegurar a gestão adequada dos recursos humanos, incluindo a avaliação interna do desempenho global dos profissionais, dentro dos parâmetros estabelecidos;
  - j) Exercer os correspondentes poderes de direção sobre todo o pessoal que integra o serviço, independentemente da sua carreira ou categoria profissional e do regime de trabalho que os vincula ao HSMM com salvaguarda das competências atribuídas por lei;
  - k) Promover a manutenção de um sistema de controlo interno eficaz destinado a assegurar a salvaguarda dos ativos e a integridade e fiabilidade do sistema de informação, bem como a observância das leis, regulamentos e demais normas aplicáveis, assim como o acompanhamento dos objetivos globais definidos;
  - l) Garantir o registo atempado e correto da contabilização dos atos clínicos e providenciar pela boa gestão dos bens e equipamentos de serviço;
  - m) Zelar pela organização e constante atualização dos processos clínicos, designadamente através da revisão das decisões de admissão e alta, mantendo um sistema de codificação correto e atempado das altas clínicas;
  - n) Assegurar a gestão adequada e o controlo dos consumos de produtos, nomeadamente medicamentos e material de consumo clínico;
  - o) Estabelecer processos multidisciplinares e intersectoriais de trabalho;
  - p) Propor a celebração de protocolos de colaboração ou apoio, contratos de prestador de serviços ou convenções com profissionais de saúde e instituições, públicas ou privadas, no âmbito das suas atividades para prossecução dos objetivos definidos.
3. O diretor de serviço pode delegar as suas competências, em casos excecionais de faltas ou impedimentos que o justifiquem, reservando sempre para si o controlo da atividade do mesmo.

## REGULAMENTO INTERNO

4. As unidades são coordenadas tecnicamente por um responsável, nomeado pelo conselho de administração, sob proposta do diretor de serviço em que se integram.

### Secção III

#### **Serviços e unidades de suporte à prestação de cuidados**

##### Artigo 40.º

##### **(Serviços e unidades de suporte à prestação de cuidados)**

São considerados como suporte à prestação de cuidados:

- a) Bloco operatório;
- b) Unidade de cirurgia de ambulatório;
- c) Serviço de imagiologia;
- d) Serviços farmacêuticos;
- e) Serviço de esterilização;
- f) Serviço de patologia clínica;
- g) Serviço de imunohemoterapia;
- h) Unidade de nutrição, alimentação e dietética;
- i) Unidade de psicologia clínica;
- j) Serviço social, incluindo o gabinete do cidadão;
- k) Serviço de assistência religiosa;
- l) Equipa de gestão de altas;
- m) Serviço de investigação, epidemiologia clínica e de saúde pública hospitalar.

##### Artigo 41.º

##### **(Bloco operatório)**

1. O bloco operatório é um serviço constituído por um conjunto de meios físicos, técnicos e humanos vocacionados para o tratamento cirúrgico do utente, cujo funcionamento se articula com os serviços utilizadores e de apoio.
2. O bloco operatório é dirigido por um médico, nomeado pelo conselho de administração sob proposta do diretor clínico.
3. Compete ao diretor, designadamente:
  - a) Promover e assegurar as condições de funcionamento do bloco operatório de modo a obter o máximo aproveitamento e eficiência do serviço;
  - b) Verificar a pontualidade e assiduidade dos elementos das equipas cirúrgicas em colaboração com os diretores de serviço utilizadores do bloco operatório;
  - c) Garantir, em colaboração com a comissão de controlo de infeção, o controlo das condições de assepsia no bloco operatório;
  - d) Promover a manutenção da qualidade do meio ambiente, em colaboração com o serviço de segurança, higiene e saúde no trabalho;

## REGULAMENTO INTERNO

- e) Garantir a manutenção da qualidade do equipamento e do material cirúrgico, em colaboração com o serviço de instalações e equipamentos e demais empresas da área da manutenção;
  - f) Estabelecer os indicadores necessários para um correto funcionamento, analisar os resultados e elaborar propostas para uma melhor rentabilização do bloco operatório;
  - g) Reunir com os diretores de serviço, mensalmente, para análise dos indicadores de produção e de ocupação de tempos operatórios e outros assuntos, no sentido de introduzir correções que permitam uma melhoria dos serviços prestados;
  - h) Zelar pelo cumprimento do regulamento do bloco operatório.
4. Ao diretor de serviço do bloco operatório aplica-se, com as necessárias adaptações, o regime estabelecido para os diretores dos serviços de prestação de cuidados.

### Artigo 42.º

#### **(Unidade de cirurgia de ambulatório)**

1. A unidade de cirurgia de ambulatório é uma área de prestação de cuidados onde se executam cirurgias programadas, realizadas sob anestesia geral, loco-regional ou local que pode ser realizada em instalações próprias, com segurança e de acordo com as atuais *leges artis*, em regime de admissão e alta do doente no mesmo dia.
2. A unidade de cirurgia de ambulatório é dirigida por um médico, nomeado pelo conselho de administração sob proposta do diretor clínico.

### Artigo 43.º

#### **(Serviço de imagiologia)**

1. Os serviços de imagiologia é uma unidade orgânica funcional dotadas de recursos especializados, onde se realizam exames e testes diversos, designados comumente por MCDTs cujos resultados são necessários à efetivação de diagnóstico clínico e intervenção terapêutica.
2. O serviço de prestação de cuidados referidos no ponto anterior terá um diretor/ responsável, nomeado pelo conselho de administração nos termos da lei, sob proposta do diretor clínico.

### Artigo 44.º

#### **(Serviços farmacêuticos)**

1. Os serviços farmacêuticos são dirigidos por um farmacêutico, nomeado pelo conselho de administração, sob proposta do diretor clínico.
2. Os serviços farmacêuticos têm as seguintes atribuições:
  - a) Promover a utilização racional de medicamentos e outros produtos farmacêuticos através da prestação de serviços eficazes, eficientes e seguros;
  - b) Desenvolver projetos e programas para a satisfação de necessidades em saúde e prevenção de doenças;

## REGULAMENTO INTERNO

- c) Promover e colaborar no desenvolvimento de ações de ensino de investigação científica e ensaios clínicos;
- d) Promover a farmácia hospitalar como componente da equipa prestadora de cuidados de saúde.

Artigo 45.º

### **(Serviço de esterilização)**

1. O serviço de esterilização é coordenado por um enfermeiro com formação e perfil adequados, nomeado pelo conselho de administração, sob proposta do enfermeiro diretor.
2. Compete ao serviço de esterilização:
  - a) Gerir todos os circuitos de instrumental cirúrgico e de material de consumo clínico, incluindo a recolha, lavagem, desinfeção, inspeção, embalagem, esterilização, armazenamento e distribuição dos mesmos;
  - b) Promover a correta disponibilização dos materiais e equipamentos esterilizados e o cumprimento das regras e rotinas estabelecidas;
  - c) Incorporar as orientações da comissão de controlo da infeção hospitalar e aplicar os normativos legais em vigor;
  - d) Manter um programa de garantia da qualidade dos produtos esterilizados, do seu acondicionamento, transporte e armazenamento.

Artigo 46.º

### **(Serviço de patologia clínica)**

1. O serviço de patologia clínica é coordenado por um profissional médico, nomeado pelo Conselho de Administração, tendo em consideração o perfil e competências adequadas ao exercício do cargo.
2. O serviço de patologia clínica dá apoio a todos os serviços clínicos do hospital, podendo, no futuro, vir a alargar a sua prestação a clientes externos.

Artigo 47.º

### **(Serviço de imunohemoterapia)**

1. O serviço de imunohemoterapia é coordenado por um profissional médico, nomeado pelo conselho de administração, com formação adequada, tendo em consideração o perfil e as competências técnicas exigidas.
2. O serviço de imunohemoterapia encontra-se autorizado para exercício de funções pela Autoridade para os Serviços de Sangue e Transplantação e rege-se pelo Decreto-Lei n.º 267/2007, de 24 de julho, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 185/2015, de 2 de setembro.

Artigo 48.º

### **(Unidade de nutrição, alimentação e dietética)**

1. A unidade de nutrição, alimentação e dietética é coordenada por um profissional especializado.

## REGULAMENTO INTERNO

### 2. Compete à unidade de nutrição e alimentação:

- a) Intervir no domínio da terapêutica dietética, implementar o suporte nutricional e participar na respetiva monitorização, incluindo os seus efeitos adversos;
- b) Controlar e supervisionar a qualidade e adequação nutricional e terapêutica das ementas fornecidas aos doentes, utentes e pessoal da instituição, nomeadamente a preparação, confeção e sua distribuição, através de verificações e auditorias sistemáticas;
- c) Exercer a sua atividade em articulação com os serviços hospitalares;
- d) Diagnosticar a desnutrição, identificar doentes em risco, estudar os seus desequilíbrios alimentares e participar na avaliação do respetivo estado nutricional;
- e) Participar nos programas institucionais e ações multidisciplinares desenvolvidas nas áreas de prevenção, promoção da saúde e saúde escolar, assistência, reabilitação e ensino;
- f) Participar na aquisição de serviços de alimentação.

Artigo 49.º

### **(Unidade de psicologia clínica)**

1. A área de psicologia clínica é dirigida por um profissional, nomeado pelo conselho de administração, tendo em conta o perfil e as competências técnicas adequadas ao exercício do cargo.
2. A área de psicologia clínica tem competências para o exercício das seguintes funções:
  - a) Exercer a sua atividade clínica e de consulta em articulação com os serviços assistenciais, não só ao nível do ambulatório como também do internamento;
  - b) Apoiar tecnicamente toda a área de prestação de cuidados, na promoção e manutenção da saúde, prevenção e tratamento da doença e das disfunções psicológicas a ela associadas, não só dos doentes e seus familiares, como também dos próprios profissionais de saúde.

Artigo 50.º

### **(Serviço social)**

1. O serviço social integra o gabinete do cidadão, e é coordenado por um profissional, nomeado pelo conselho de administração, com formação adequada, tendo em consideração o perfil e as competências técnicas exigidas.
2. Compete, nomeadamente, ao serviço social:
  - a) Integrar as equipas de saúde;
  - b) Informar e esclarecer o utente e a família sobre os seus deveres, direitos e apoios sociais;
  - c) Identificar e analisar os problemas e necessidades de apoio social dos utentes e das respetivas famílias, mediante a prévia elaboração dos planos de intervenção social;
  - d) Cooperar com os serviços de internamento e urgência na programação das altas hospitalares e assegurar a continuidade dos cuidados e a reintegração do utente na comunidade;
  - e) Promover a articulação com o diretor clínico e o enfermeiro diretor no planeamento da sua atividade;
  - f) Fomentar a humanização do HSMM;



## REGULAMENTO INTERNO

- g) Participar nas ações de apoio domiciliário e outras iniciativas no âmbito das suas atribuições.
3. Ao gabinete do cidadão compete a promoção e representação dos direitos e interesses dos utentes.
4. Compete ao gabinete do cidadão:
- a) Dar execução aos procedimentos previstos nas disposições legais e regulamentares aplicáveis;
  - b) Promover a divulgação dos direitos e deveres dos utentes dos serviços de saúde;
  - c) Receber e registar as exposições dos utentes e proceder à sua análise;
  - d) Solicitar aos responsáveis dos serviços visados, informações sobre as exposições dos utentes;
  - e) Propor medidas de organização e racionalização dos serviços, que assegurem a satisfação das necessidades e direitos dos utentes;
  - f) Elaborar e apresentar relatórios com propostas de resposta às exposições dos utentes;
  - g) Emitir sínteses mensais, trimestrais, semestrais e anuais relativas às exposições e demais atividades do gabinete do utente bem como colaborar com o conselho de administração na elaboração de relatórios na respetiva área.

### Artigo 51.º

#### **(Serviço de assistência religiosa)**

O serviço de assistência religiosa presta apoio espiritual e religioso a toda a comunidade hospitalar, nomeadamente aos doentes, quer diretamente junto dos doentes de confissão católica, quer estabelecendo os contactos necessários com todas as confissões religiosas, garantindo-lhes o respeito pela sua identidade, segundo as convicções de cada um.

### Artigo 52.º

#### **(Equipa de gestão de altas)**

1. A equipa de gestão de altas é uma estrutura multidisciplinar e transversal à instituição, dedicada à preparação e gestão das altas hospitalares de utentes que requeiram seguimento dos seus problemas de saúde e sociais, quer para domicílio quer em articulação com as unidades da rede de cuidados continuados.
2. A equipa de gestão de altas é constituída por um médico, designado pelo diretor clínico, um enfermeiro, designado pelo enfermeiro diretor e por um assistente social, todos nomeados pelo conselho de administração.
3. A equipa de gestão de altas articula-se internamente com os serviços de internamento através de representantes de cada serviço indicados pelo respetivo diretor, o serviço social e o serviço de medicina física e reabilitação.
4. A equipa de gestão de altas articula-se externamente com as equipas coordenadoras locais e regionais da rede nacional de cuidados continuados integrados e com as equipas prestadoras de cuidados continuados dos centros de saúde.
5. A equipa de Gestão de altas assegura a preparação e gestão de altas hospitalares e articula com as equipas coordenadoras regional e local, quando se revele necessário.

## REGULAMENTO INTERNO

6. As condições de funcionamento a que devem obedecer a equipa de gestão de altas estão dispostas à na portaria nº 343/2015 de 12 de outubro e a sua organização interna está definida em regulamento próprio aprovado pelo conselho de administração.

### Artigo 53.º

#### **(Serviço de investigação, epidemiologia clínica e de saúde pública hospitalar)**

1. O serviço de investigação, epidemiologia clínica e de saúde pública hospitalar dispõe de autonomia técnica e científica.
2. O serviço de investigação, epidemiologia clínica e de saúde pública hospitalar, deverá ainda dispor de instalações e equipamentos próprios e adequados às atribuições que visa prosseguir.
3. A composição, constituição e competências do serviço de investigação, epidemiologia clínica e de saúde pública hospitalar obedece ao disposto no Despacho (extracto) n.º 7216/2015, de 1 de julho.

### Secção IV

#### **Serviços de gestão e logística**

### Artigo 54.º

#### **(Serviços de gestão e logística)**

Os serviços de gestão e logística incluem:

- a) Serviço de planeamento e apoio à gestão;
- b) Serviço de gestão de doentes, que inclui o arquivo clínico e a central de marcação de exames e transportes de doentes;
- c) Serviço de gestão financeira;
- d) Serviço de gestão de recursos humanos, que inclui o serviço de formação e desenvolvimento profissional e serviço de segurança, higiene e saúde no trabalho;
- e) Serviço de gestão de sistemas de informação;
- f) Serviço de aprovisionamento;
- g) Serviço de instalações, equipamentos e transportes;
- h) Serviços hoteleiros, incluindo vigilância e segurança, tratamento de roupa, alimentação, limpeza e desinfeção, central de tratamento de resíduos, casa mortuária, central telefónica, relações públicas e jardinagem;
- i) Gabinete jurídico;
- j) Gabinete de gestão da qualidade;
- k) Comunicação e marketing.

## REGULAMENTO INTERNO

### Artigo 55.º

#### **(Serviço de planeamento e apoio à gestão)**

1. O serviço de planeamento e apoio à gestão é coordenado por um profissional com perfil e competências adequados, nomeado pelo conselho de administração, sob proposta do responsável pelo pelouro.
2. O gabinete de planeamento e apoio à gestão é uma estrutura de apoio técnico ao conselho de administração.
3. Compete ao serviço de planeamento e apoio à gestão:
  - a) Disponibilizar de forma permanente e atual dos dados inerentes à gestão;
  - b) Centralizar e difundir a informação necessária aos diferentes níveis de gestão;
  - c) Construir um sistema de controlo de gestão;
  - d) Proceder à elaboração de estudos, no âmbito da sua atividade;
  - e) Propor a criação de centro de custo ou de resultados, definir os métodos mais adequados e proceder à gestão da estrutura dos centros de custo ou de resultados;
  - f) Elaborar o relatório de gestão anual.
4. Preparar todos os instrumentos de gestão previsional do HSMM, de acordo com as opções estratégicas definidas pelo conselho de administração.

### Artigo 56.º

#### **(Serviço de gestão de doentes)**

1. O serviço de gestão de doentes integra:
  - a) O arquivo clínico;
  - b) Central de marcação de exames e transportes de doentes.
2. O serviço de gestão de doentes é dirigido por um profissional com perfil e competências adequadas, nomeado pelo conselho de administração, sob proposta do responsável pelo pelouro.
3. O serviço de gestão de doentes compreende a execução de todas as funções de natureza administrativa relacionadas com o atendimento, admissão e encaminhamento do utente, competindo-lhe a gestão do arquivo, marcação de exames e transportes de doentes.
4. Compete ao serviço de gestão de doentes, nomeadamente:
  - a) Garantir a conformidade dos procedimentos administrativos de admissão e encaminhamento dos utentes, de acordo com as regras aplicáveis e em vigor no HSMM e no SNS;
  - b) Assegurar que os circuitos dos utentes estão claramente estabelecidos e respondem com segurança, flexibilidade, racionalidade de meios e iguais padrões de qualidade às diversas situações;
  - c) Garantir que a informação recolhida e transmitida seja a necessária, de forma a garantir a operacionalidade, eficiência e eficácia de todas as fases do processo assistencial;
  - d) Operacionalizar o registo da informação relativa à produção;
  - e) Definir procedimentos uniformes e transversais a todos os serviços que garantam a coerência da informação;

## REGULAMENTO INTERNO

- f) Monitorizar a qualidade da informação registada pelos serviços com vista à otimização da faturação;
- g) Operacionalizar os registos relativos às taxas e sua cobrança;
- h) Promover a gestão eficiente do arquivo clínico, operacionalizando as tarefas necessárias e satisfazendo em tempo útil os pedidos de acesso ao arquivo pelos serviços;
- i) Proceder à gestão da marcação de exames (MCDTs) e transportes dos utentes.

Artigo 57.º

### **(Serviço de gestão financeira)**

1. O serviço de gestão financeira é dirigido por um profissional com perfil e competências adequadas, nomeado pelo conselho de administração, sob proposta do responsável pelo pelouro.
2. O serviço de gestão financeira tem por função apoiar o conselho de administração na formulação da política de gestão financeira, executar os planos financeiros e de tesouraria aprovados e produzir, conjuntamente com o gabinete de planeamento e controlo de gestão, a informação de natureza orçamental, financeira e contabilística do HSMM designadamente os documentos de prestador de contas e demais informação de suporte à elaboração e controlo da execução de orçamentos globais e sectoriais.
3. Compete ao serviço de gestão financeira designadamente:
  - a) Proceder à cabimentação das despesas, se e quando aplicável, nos moldes definidos pelo conselho de administração;
  - b) Gerir a tesouraria e aplicar os saldos disponíveis, nos termos das orientações do órgão de gestão;
  - c) Elaborar o orçamento, nos termos definidos pelo órgão de gestão, e acompanhar a execução orçamental;
  - d) Realizar as operações de abertura e encerramento e prestação de contas;
  - e) Elaborar a informação económica e financeira para os fins internos e externos, dando cumprimento aos deveres de informação periódica, nos termos da lei;
  - f) Proceder à faturação ao SNS e terceiras entidades, dos serviços prestados pelo HSMM;
  - g) Proceder à emissão e envio das notas de débito relativas a montantes em dívida ao HSMM, bem como, no que se relaciona com as taxas moderadoras não pagas no ato de prestação de cuidados que lhes deram origem, receber tais montantes dos utentes;
  - h) Dar cumprimento às obrigações fiscais da organização;
  - i) Participar na execução de todos os projetos que beneficiem de financiamento externo, independentemente da sua origem, em estreita articulação com os demais serviços da organização;
  - j) Proceder à contabilização dos documentos de receita e faturação de todos serviços prestados;
  - k) Proceder à contabilização e controlo dos documentos de despesa e respetivo pagamento;
  - l) Elaborar e manter atualizada a contabilidade analítica

## REGULAMENTO INTERNO

### Artigo 58.º

#### (Serviço de gestão de recursos humanos)

1. O serviço de gestão de recursos humanos integra:
  - a) Serviço de formação e desenvolvimento profissional;
  - b) Serviço de segurança, higiene e saúde no trabalho
2. Serviço de gestão de recursos humanos é dirigido por um profissional com perfil e competências ao exercício do cargo, nomeado pelo conselho de administração, sob proposta do responsável pelo pelouro.
3. O serviço de gestão de recursos humanos tem por função apoiar o conselho de administração na definição da política de recursos humanos e na gestão do respetivo plano.
4. Compete, designadamente, ao serviço de gestão de recursos humanos:
  - a) Analisar, interpretar e aplicar a legislação e as orientações referentes a recursos humanos;
  - b) Gerir anualmente os recursos em função dos mapas de pessoal aprovados;
  - c) Colaborar na elaboração do orçamento anual para recursos humanos e verificar a sua coerência com os princípios estabelecidos e apoiar a sua execução e controlo;
  - d) Desenvolver os processos de recrutamento, seleção e contratação de recursos humanos;
  - e) Assegurar a elaboração de documentação legal e regulamentar, como o balanço social e o relatório único;
  - f) Assegurar a administração do pessoal, designadamente no que respeita à verificação da assiduidade e processamento de remunerações;
  - g) Manter e aperfeiçoar o sistema de informação integrado;
  - h) Gerir os sistemas de avaliação de desempenho dos trabalhadores.
5. O serviço de formação e desenvolvimento profissional compreende as áreas funcionais designadas por centro de formação e biblioteca.
6. O serviço de formação abrange todos os grupos profissionais, sem prejuízo de, caso a caso, poder ser admitido à frequência das ações promovidas, pessoal de outras instituições.
7. Compete-lhe, nomeadamente:
  - a) Efetuar levantamento sistemático e diagnóstico de necessidades, de modo a responder às exigências de formação dos trabalhadores;
  - b) Facilitar o acesso a novos conhecimentos e a aquisição e melhoria das competências profissionais dos trabalhadores do HSMM bem como desenvolver e atualizar os anteriormente adquiridos;
  - c) Criar condições de atualização, reconversão e reciclagem profissional;
  - d) Fomentar a participação dos trabalhadores nas ações desenvolvidas;
  - e) Organizar e coordenar os *dossiers* pedagógicos, em articulação com os serviços financeiros, com vista à obtenção de financiamento comunitário para as ações a desenvolver;
  - f) Coordenar e assegurar resposta às exigências de formação dos trabalhadores diagnosticados através do levantamento sistemático e análise das necessidades;
  - g) Organizar a atividade relacionada com o ensino pré e pós-graduado, em articulação com a direção do internato médico, com o enfermeiro diretor e com outros responsáveis internos e entidades

## REGULAMENTO INTERNO

externas com que o HSMM houver estabelecido relações de parceria no âmbito da formação pré-graduada;

h) Organizar e gerir a biblioteca.

8. O serviço de segurança, higiene e saúde no trabalho integra profissionais com formação adequada, um médico especialista na área da medicina no trabalho, um técnico superior de higiene e segurança no trabalho e apoio de enfermagem.
9. O serviço de segurança, higiene e saúde no trabalho é uma estrutura técnica que tem por objetivo garantir o cumprimento das obrigações legais respeitantes à higiene, segurança e saúde no âmbito das relações laborais.
10. Cumpre desenvolver pelo serviço de segurança, higiene e saúde no trabalho, as seguintes atividades:
  - a) Elaborar e manter operacional um plano de emergência interno e um plano de emergência externo para situações de catástrofes;
  - b) Planificação e organização da prevenção de riscos profissionais;
  - c) Eliminação dos fatores de risco de acidente;
  - d) Avaliação e controlo de riscos profissionais;
  - e) Informação, formação, consulta e participação dos trabalhadores e seus representantes;
  - f) Promoção e vigilância da saúde dos trabalhadores;
  - g) Recolha e organização de elementos estatísticos e outra informação relativa às condições de segurança e saúde no trabalho.

Artigo 59.º

### **(Gabinete de gestão de sistemas de informação)**

1. O gabinete de gestão de sistemas de informação é dirigido por um profissional com perfil e competências adequadas, nomeado pelo conselho de administração, sob proposta do responsável pelo pelouro.
2. O gabinete de gestão de sistemas de informação integra a área da informática e tem por finalidade garantir a operacionalidade dos sistemas de informação do HSMM.
3. Compete ao gabinete de gestão de sistemas de informação, designadamente:
  - a) Assegurar o desenvolvimento e a manutenção de um sistema de informação hospitalar, integrados os equipamentos e as infraestruturas de comunicação;
  - b) Prestar assistência às redes informáticas e aos equipamentos instalados;
  - c) Produzir novas aplicações informáticas e promover a sua atualização;
  - d) Colaborar na elaboração dos cadernos de encargos e dar parecer sobre a aquisição de *hardware* e *software*;
  - e) Propor e dinamizar ações de formação, na respetiva área, para os profissionais do HSMM;
  - f) Auditar o fornecimento de serviços externos na sua área de competências;
  - g) Assegurar a confidencialidade e integridade dos dados pessoais informatizados.

## REGULAMENTO INTERNO

### Artigo 60.º

#### **(Serviço de aprovisionamento)**

1. O serviço de aprovisionamento é dirigido por um profissional com perfil e competências adequadas, nomeado pelo conselho de administração, sob proposta do responsável pelo pelouro.
2. Compete ao serviço de aprovisionamento:
  - a) Programar as necessidades e adquirir todos os bens e serviços necessários à prossecução dos fins do HSMM;
  - b) Proceder à gestão do património mobiliário e à gestão administrativa, física e económica das existências, bem como ao armazenamento, distribuição e monitorização das mesmas, de forma a garantir a segurança e a eficiência da sua utilização;
  - c) Efetuar as negociações, no âmbito das consultas realizadas e dos procedimentos aprovados, visando a obtenção das condições mais vantajosas para a organização, através da aplicação dos métodos e técnicas do mercado concorrencial, em obediência aos princípios de transparência, igualdade de oportunidades e tratamento e livre concorrência.

### Artigo 61.º

#### **(Serviço de instalações, equipamentos e transportes)**

1. O serviço de instalações, equipamentos e transportes é dirigido por um profissional com perfil e competências adequadas, nomeado pelo conselho de administração, sob proposta do responsável pelo pelouro.
2. O serviço de instalações, equipamentos e transportes tem por função participar na gestão de instalações e equipamentos do HSMM visando garantir a plena operacionalidade e funcionalidade técnica e económica dos meios.
3. Compete ao serviço de instalações, equipamentos e transportes, nomeadamente:
  - a) Elaborar, executar e controlar os planos de manutenção aprovados;
  - b) Assegurar a manutenção e fiscalização de todas as instalações, do equipamento médico, hoteleiro e administrativo e proceder à avaliação e garantia da sua segurança e funcionalidade;
  - c) Assegurar a gestão da eletricidade, da água, dos fluídos e dos gases medicinais;
  - d) Proceder ao planeamento, coordenação e acompanhamento das intervenções nos edifícios do HSMM;
  - e) Proceder à elaboração dos cadernos de encargos e à emissão de pareceres de escolha de equipamentos e de empreitadas de obras;
  - f) Ter disponível e atualizado o cadastro das instalações e equipamentos;
  - g) Acompanhar a execução dos contratos de assistência manutenção celebrados com entidades externas;
  - h) Gerir a utilização dos veículos do HSMM.

## REGULAMENTO INTERNO

### Artigo 62.º

#### (Serviços hoteleiros)

1. Os serviços hoteleiros integram:
  - a) Vigilância e segurança;
  - b) Tratamento de roupa;
  - c) Alimentação;
  - d) Limpeza e desinfeção;
  - e) Central de tratamento de resíduos;
  - f) Casa mortuária;
  - g) Central telefónica;
  - h) Relações públicas;
  - i) Jardinagem.
2. Os serviços hoteleiros são dirigidos por um profissional com perfil e competências técnicas adequadas, nomeado pelo conselho de administração, sob proposta do responsável pelo pelouro.
3. Os serviços hoteleiros articulam-se com os serviços internos e com os prestadores de serviços externos para assegurarem, entre outras, as funções de:
  - a) Atividade de logística interna, que inclui, entre outras, mensageiros;
  - b) Higiene e limpeza, que inclui limpeza, resíduos e desinfeção;
  - c) Rouparia;
  - d) Arruamentos e jardins, central telefónica e comunicações, segurança/portarias, informativos e contínuos;
  - e) Apoio aos serviços assistenciais nas funções inerentes aos serviços gerais.

### Artigo 63.º

#### (Gabinete jurídico)

1. O gabinete jurídico é coordenado por um profissional com formação e perfil adequados, nomeado pelo conselho de administração, sob proposta do responsável pelo pelouro.
2. O gabinete jurídico tem por função informar e preparar em termos jurídico-legais a tomada de decisões por parte do conselho de administração.
3. São atribuições do gabinete jurídico, designadamente:
  - a) Emitir parecer, elaborar informações e proceder a estudos sobre todas as questões jurídicas que lhe forem submetidas pelo conselho de administração;
  - b) Colaborar na preparação e elaboração de projetos de circulares, protocolos, regulamentos internos, contratos ou quaisquer outros atos que lhe sejam superiormente solicitados;
  - c) Apoiar a instrução e instruir processos disciplinares, inquéritos, averiguações e outros processos de que seja incumbido;
  - d) Preparar os projetos de resposta nos processos em que o HSMM seja parte, bem como em outros assuntos em que tal lhe seja solicitado;
  - e) Assegurar a representação do HSMM nos processos em que este seja parte, quando mandatado.



## REGULAMENTO INTERNO

- f) Dar apoio ao serviço de gestão financeira no apuramento das situações de responsabilidade diferida a terceiros, no que concerne aos custos a suportar pela prestação de cuidados de saúde.

Artigo 64.º

### **(Gabinete de gestão da qualidade)**

1. O gabinete de gestão da qualidade é coordenado por um profissional com formação e perfil adequados, nomeado pelo conselho de administração, sob proposta do responsável pelo pelouro.
2. Ao gabinete de gestão da qualidade compete, nomeadamente:
  - a) Ativar o plano relativo à estratégia para a qualidade na saúde e organizar e sistematizar a informação relativa aos programas de melhoria contínua da qualidade clínica e organizacional.
  - b) Definir as estratégias e linhas orientadoras da promoção da qualidade.
  - c) Coordenar as medidas necessárias após a auditoria para resolver as questões pendentes.
  - d) Elaborar e coordenar o sistema documental da qualidade.
  - e) Propor a definição de políticas gerais, para o HSMM e estimular a melhoria contínua das actividades.
  - f) Acompanhar e monitorizar os indicadores de qualidade organizacional
  - g) Planear e realizar auditorias da qualidade, no âmbito do programa de acreditação.
  - h) Orientar e divulgar toda a informação no âmbito dos programas de melhoria da qualidade e segurança do doente.

Artigo 65.º

### **(Gabinete de comunicação e marketing)**

1. O gabinete de comunicação e marketing é coordenado por um profissional com formação e perfil adequados, nomeado pelo conselho de administração, sob proposta do responsável pelo pelouro.
2. Ao gabinete de comunicação e marketing incumbe, nomeadamente, promover a divulgação de notícias com o objecto de fomentar a reputação, o prestígio e a credibilidade do HSMM.

## CAPÍTULO IV

### PRINCÍPIOS E NORMAS DE GESTÃO

Artigo 66.º

#### **(Princípios e normas gerais de gestão)**

1. No âmbito das funções que lhe são confiadas compete a todos os responsáveis de serviços e unidades funcionais ou outras com chefia atribuída, por em prática actividades próprias do ciclo de gestão, para além das elencados no presente regulamento nos artigos 36º e 39º, designadamente:
  - a) Planear, de acordo com os objetivos gerais de exploração para o hospital, tendo como instrumentos o plano de ação e orçamento;

## REGULAMENTO INTERNO

- b) Executar, pondo em prática as medidas constantes do plano;
- c) Acompanhar periodicamente o cumprimento dos objetivos traçados e reportar para o nível superior os resultados atingidos;
- d) Corrigir desvios detetados tomando as medidas adequadas.

Artigo 67.º

### **(Função de Direção / Chefia)**

1. Os responsáveis pelas direções/chefias, a nível da gestão intermédia, são nomeados pelo conselho de administração pelo período de três anos, sendo nomeado em comissão de serviço ou instrumento contratual análogo.
2. A nomeação dos diretores de serviço será efetuada nos termos da legislação em vigor.
3. Os membros das direções de serviço podem ser livremente exonerados do exercício de tais funções com fundamento em mera conveniência de serviço, e na observância da lei ou dos regulamentos, no não cumprimento de deliberação do conselho de administração ou incumprimento dos objetivos estabelecidos.

## CAPÍTULO V

### GESTÃO DE RECURSOS

Artigo 68º

#### **(Manuais de procedimentos)**

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

Artigo 69.º

#### **(Recursos humanos)**

1. A gestão dos recursos humanos rege-se pelo disposto nos artigos 27.º a 31.º do Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro.
2. Sem prejuízo do que constar em instrumentos de regulamentação coletiva de trabalho, o regime de recrutamento e seleção de pessoal, bem como o regime de carreiras de pessoal, serão aprovadas por deliberação do conselho de administração, observando os princípios da publicidade, transparência e igualdade.
3. O HSMM dispõe de mapa de pessoal próprio, abrangendo os regimes jurídicos do contrato de trabalho em funções públicas e de contrato individual de trabalho, a serem definidos anualmente pelo conselho de administração de acordo com o orçamento aprovado e orientação da tutela.

## REGULAMENTO INTERNO

### Artigo 70.º

#### **(Regime financeiro)**

A gestão dos recursos financeiros rege-se pelos artigos 24.º a 26.º do Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro e pelos artigos 25.º a 28.º dos estatutos do hospital.

### Artigo 71.º

#### **(Património)**

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

### Artigo 72.º

#### **(Aquisição ou locação de bens e serviços e empreitadas de obras públicas)**

1. A aquisição ou locação de bens e serviços regem-se pelas normas do código dos contratos públicos e legislação complementar.
2. Os processos de aquisição ou locação de bens e serviços, devem cumprir os princípios gerais da livre concorrência, transparência e boa gestão, designadamente, através da fundamentação das decisões tomadas.

## CAPÍTULO VI

### GARANTIAS

### Artigo 73.º

#### **(Gestão de risco)**

O HSMM manterá operacionais dois planos de emergência, um plano interno (PEI) e um plano externo (PEE) para situações de catástrofes internas ou externas e, desenvolverá e manterá operacional um plano específico destinado à segurança de pessoas (utentes, profissionais, voluntários e visitantes) e bens.

### Artigo 74.º

#### **(Confidencialidade)**

O HSMM definirá uma política de confidencialidade para assegurar a proteção dos dados e informação relativa a doentes e profissionais.

## REGULAMENTO INTERNO

Artigo 75.º

### **(Voluntariado)**

1. O HSMM reconhece igualmente a importância do voluntariado como meio de contribuir para a humanização dos cuidados de saúde prestados.
2. Incumbe ao voluntariado prestar apoio humanitário aos utentes do HSMM, desenvolvendo a sua ação em estreita colaboração com o serviço social de acordo com o estabelecido no regulamento do voluntariado hospitalar.

## CAPÍTULO VII

### ARTICULAÇÃO COM TERCEIROS

Artigo 76.º

#### **(Articulação com os cuidados de saúde primários)**

1. O HSMM orientará todos os seus serviços numa perspetiva de cooperação com os cuidados de saúde primários, nomeadamente através de:
  - a) Prioridade aos serviços de ação médica no acesso dos doentes referenciados pelos cuidados de saúde primários;
  - b) Disponibilização da capacidade instalada, em meios técnicos e em instalações, para serviços dos cuidados de saúde primários;
  - c) Abertura à organização de atividades assistenciais nas instalações dos próprios cuidados de saúde primários.
2. O HSMM desenvolverá uma estratégia de identificação das prioridades e de organização das respostas, em função do que for sendo definido no âmbito do sistema local de saúde em que se insere.
3. O HSMM favorecerá e facilitará o contacto com os médicos de família, devendo as diversas instituições manter canais de comunicação agilizados com estes últimos de modo a permitir que os mesmos possam conhecer, de forma permanente e atualizada, a situação clínica dos seus doentes, bem como acompanhar o tratamento hospitalar que lhes for sendo aplicado.
4. Os serviços clínicos deverão, sempre que possível, acordar com os cuidados de saúde primários a celebração de protocolos de acesso às diversas valências hospitalares, permitindo a formação dos médicos de família que a desejarem, de acordo com as disponibilidades físicas e humanas do HSMM.

Artigo 77.º

#### **(Articulação com a comunidade)**

O HSMM, através dos seus órgãos e serviços, desenvolverá um relacionamento dinâmico com a comunidade que serve.

## REGULAMENTO INTERNO

### CAPÍTULO VIII

#### DISPOSIÇÕES FINAIS

Artigo 78.º

##### **(Remissões)**

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

Artigo 79.º

##### **(Vigência e regulamentação complementar)**

1. O presente regulamento interno entrará em vigor na data em que, depois de homologado, seja o HSMM notificado de tal ato.
2. Compete ao conselho de administração proceder à sua publicitação interna, bem como a sua regulamentação e a definição de normas complementares ou interpretativas para a aplicação do presente regulamento.

Artigo 80.º

##### **(Revisão do regulamento interno)**

O presente regulamento poderá ser revisto pelo conselho de administração, sempre que julgado conveniente, carecendo sempre da homologação das entidades competentes.

#### **Edições / Revisões**

Edição	Revisão	Elaborado / Revisto	Aprovado	Data	Homologado	Data
1	0	Dr. Joaquim Barbosa	CA – Dr. Joaquim Barbosa	27.04.2017	Secretária de Estado da Saúde Rosa Valente de Matos	22.02.2018
<b>Próxima Revisão</b>		27.02.2021				