

c) Analisar assuntos relacionados com a requalificação da rede de urgência geral e preparar pareceres sobre os mesmos, em resposta a solicitações apresentadas pela tutela ou por estruturas de acompanhamento da rede de urgência geral definidas pelo Ministério;

d) Propor iniciativas e projectos que promovam a gestão correcta e a boa prática na rede de urgência geral, apresentando relatórios e projectos fundamentados que sustentem as propostas em questão;

e) Ouvir outros elementos que entender necessários para a prossecução do seu trabalho;

f) Colaborar com a Direcção-Geral da Saúde, o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), as administrações regionais de saúde e as coordenações verticais do Alto Comissariado, bem como com os responsáveis pela articulação funcional em redes do tipo «via verde», já criadas ou a criar, nos termos que forem definidos pela tutela.

4 — A comissão técnica é constituída por:

a) António Marques, especialista de anesthesiologia, director do departamento de anesthesiologia, cuidados intensivos e emergência do Hospital Geral de Santo António, E. P. E., que coordena.

b) Fernando Próspero, especialista de cirurgia geral, director do serviço de urgência do Hospital de São Pedro — Vila Real.

c) Jorge Teixeira, especialista de medicina interna, director do serviço de urgência do Hospital de São Sebastião, E. P. E., em Santa Maria da Feira.

d) Alexandra Guedes, especialista de anesthesiologia, directora do serviço de urgência do Hospital de São Teotónio, S. A., em Viseu.

e) José Manuel Almeida, especialista de cirurgia geral, director do serviço de urgência do Centro Hospitalar de Coimbra.

f) José Pratas Barata, especialista de ortopedia, director do serviço de urgência do Hospital Distrital de Abrantes — Doutor Manuel Constâncio, do Centro Hospitalar do Médio Tejo, E. P. E.

g) Paulo Freitas, especialista de medicina interna, director clínico para o departamento de medicina e urgências do Hospital do Professor Doutor Fernando Fonseca, de Amadora-Sintra.

h) Luís Campos, especialista de medicina interna, director do serviço de urgência do Hospital São Francisco Xavier, do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E. P. E.

i) Ana França, especialista de medicina interna, directora do serviço de urgência do Hospital Garcia de Orta, E. P. E., em Almada.

j) Adelaide Belo, especialista de medicina interna, directora do Hospital do Litoral Alentejano, Santiago de Cacém.

k) Pedro Quaresma, especialista de cirurgia geral, antigo director do serviço de urgência do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, E. P. E., Portimão.

5 — O Alto Comissariado para a Saúde, a Direcção-Geral da Saúde, o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) e as administrações regionais de saúde, bem como as outras instituições integradas no Serviço Nacional de Saúde, devem prestar a colaboração que for necessária no âmbito dos trabalhos da comissão técnica.

6 — A comissão técnica funciona junto do Gabinete da Secretária de Estado Adjunta e da Saúde, dispondo do respectivo apoio logístico e administrativo.

7 — É concedida dispensa de serviço aos membros da comissão técnica sempre que solicitados a ausentarem-se dos respectivos locais de trabalho para colaborarem no âmbito da comissão.

8 — Os elementos da comissão desenvolverão as suas funções a título gratuito.

9 — As despesas de deslocação e de ajudas de custo dos membros da comissão técnica, bem como outros encargos decorrentes das suas reuniões e actividades, são suportadas pelo Ministério da Saúde.

30 de Junho de 2006. — O Ministro da Saúde, *António Fernando Correia de Campos*.

Despacho n.º 17 737/2006

Constitui uma antiga aspiração do Algarve a construção de uma moderna unidade hospitalar dotada de um elevado grau de competência para prestar cuidados de saúde de qualidade numa região de reconhecida atracção turística.

Pelo meu despacho n.º 12 891/2006 (2.ª série), de 31 de Maio, o novo hospital central do Algarve, que substituirá o actual Hospital Distrital de Faro, foi hierarquizado em segundo lugar na lista dos hospitais a serem lançados no âmbito do decurso da segunda vaga de parcerias público-privadas (PPP), no seguimento do estudo técnico que avaliou as respectivas prioridades de investimento e validou a necessidade da construção de um novo hospital, que deverá assumir as características de hospital central.

A hierarquização em segundo lugar deste estabelecimento implica que, operacionalmente, o procedimento concursal respectivo deverá, prospectivamente, ser lançado no decurso do ano 2007. Por outro lado, é fundamental definir, igualmente, a utilização futura, adequada

para outras finalidades de saúde, das actuais instalações do Hospital Distrital de Faro, face às necessidades de cuidados de saúde existentes na região.

Nesta medida, e tendo em conta todo o trabalho que carece de ser desenvolvido para que aquela meta temporal possa, como se pretende, ser atingida, é desde já necessário que as características fundamentais da futura unidade hospitalar sejam, atempadamente, estudadas, definidas e fixadas, para que a partir delas possam desencadear-se todos os procedimentos prévios conducentes ao lançamento do referido concurso de PPP. Adicionalmente, é imprescindível estabelecer a utilização futura alternativa para o equipamento tornado remanescente com a desactivação do actual Hospital Distrital de Faro.

Assim, determino o seguinte:

1 — A criação de um grupo de trabalho para definir o perfil assistencial, a área de influência e a dimensão do novo hospital central do Algarve. O grupo proporá igualmente a utilização, para outras finalidades de saúde, a dar às actuais instalações do Hospital Distrital de Faro.

2 — O grupo de trabalho é composto pelos seguintes elementos:

Dr. Rui Eugénio Ferreira Lourenço, presidente da Administração Regional de Saúde do Algarve, que coordenará os trabalhos.

Dr.ª Ana Paula Gonçalves, presidente do conselho de administração do Hospital Distrital de Faro.

Dr. João Manuel Brito Camacho, assistente graduado de saúde pública, a exercer funções na Administração Regional de Saúde do Algarve.

Dr. Adriano Natário, director do Serviço de Planeamento da Direcção-Geral da Saúde.

Dr. Nuno Pedroso, adjunto do encarregado de missão Parcerias.Saúde.

3 — Os elementos do grupo de trabalho desempenham as funções em regime de acumulação, não sendo devida remuneração adicional.

4 — O grupo de trabalho poderá, fundamentadamente, recorrer ao apoio de especialistas na elaboração do trabalho referido no n.º 1.

5 — A apresentação, para minha aprovação, do resultado definitivo do trabalho deste grupo ocorrerá até ao final de Novembro do corrente ano.

6 — A estrutura de missão Parcerias.Saúde assegura os apoios logístico e técnico necessários ao funcionamento do grupo de trabalho.

18 de Julho de 2006. — O Ministro da Saúde, *António Fernando Correia de Campos*.

Despacho n.º 17 738/2006

A comissão técnica interdepartamental para o reordenamento das capacidades hospitalares de Lisboa entregou ao Ministro da Saúde, em Outubro de 2005, um plano de acções prioritárias, que mereceu a aprovação ministerial e estabeleceu uma metodologia que conduzirá à definição dos cenários possíveis de reordenamento hospitalar, incluindo, naturalmente, a zona da margem sul do Tejo.

Por outro lado, na sequência da conclusão do estudo técnico que avaliou as prioridades de investimento da segunda vaga do programa de parcerias público-privadas (PPP) para o sector hospitalar — estudo que envolveu a participação das entidades competentes do Ministério da Saúde e foi sujeito a ampla discussão pública —, foi consagrada, através do despacho n.º 172/2006, a hierarquização dos investimentos hospitalares prevista no mesmo. Nesse despacho determina-se que o investimento no Hospital do Seixal se concretize logo após o lançamento do Hospital de Todos os Santos e do Hospital de Faro.

Neste contexto, torna-se agora necessário aprofundar o conceito de hospital que se pretende desenvolver no Seixal, face às necessidades da população que servirá.

As recomendações e o conhecimento existentes apontam para a existência de uma oportunidade única para se inovar na forma como um novo hospital possa responder às necessidades da população daquela zona — com grande intensidade de prestação de cuidados de ambulatorio e em complementaridade com, em particular, o Hospital Garcia de Orta, em Almada, mas também com o Hospital de Nossa Senhora do Rosário, no Barreiro, e o Centro Hospitalar de Setúbal.

Os conceitos de «hospital ligeiro», utilizado na vizinha Espanha, e de «free-standing center» ou «one day clinic», na terminologia anglo-saxónica, apontam para um hospital altamente resolutivo, centrado na prestação de cuidados diferenciados de ambulatorio (em consulta externa, hospital de dia e cirurgia de ambulatorio) e dispo de meios complementares de diagnóstico e terapêutica avançados, com um *plateau* técnico reforçado. Esta missão essencial parece perfeitamente compatível com o desenvolvimento de cuidados também nos domínios da medicina física e reabilitação e da saúde materno-infantil, desde logo identificados como necessários.

Aspecto a ponderar será também o da articulação do novo Hospital do Seixal com a rede de cuidados de saúde, em particular com a