

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 dispondo 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

rede de cuidados continuados integrados e com a rede de cuidados de saúde primários.

Assim, determino o seguinte:

1 — A criação de um grupo de trabalho para definir a tipologia de hospital adequada para implementação no Seixal, face à sua inserção desejável na rede de prestação de cuidados da margem sul, e atendendo às características da rede hospitalar nela implantada, bem como à reforma em curso das redes de cuidados primários, de cuidados continuados e de urgências.

2 — O grupo de trabalho fundamentará tecnicamente as suas conclusões a partir, nomeadamente:

Do levantamento das características sócio-demográficas da população da zona em causa, devidamente projectadas no futuro;

Do estudo da proveniência da população utente dos cuidados hospitalares de ambulatório nos hospitais da península de Setúbal;

De uma sistematização das necessidades de cuidados de saúde identificadas e não satisfeitas, no presente e no médio prazo;

De uma identificação das necessidades de cuidados de saúde não satisfeitas pelos hospitais actualmente existentes na península e que possam, com mais-valia, ser, a prazo, satisfeitas por um hospital essencialmente vocacionado para o ambulatório.

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

Dr. António Branco, presidente da administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), que coordenará os trabalhos.

Engenheiro João Wemans, director-geral das Instalações e Equipamentos da Saúde.

Dr.ª Ana Sofia Ferreira, adjunta do meu Gabinete.

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

5 — O grupo de trabalho poderá recorrer ao apoio de especialistas, na elaboração do trabalho referido nos n.ºs 1 e 2.

6 — A apresentação do resultado definitivo do trabalho deste grupo ocorrerá até ao final de Novembro do corrente ano.

7 — A ARSLVT assegura o apoio logístico e o secretariado técnico necessários ao funcionamento do grupo de trabalho.

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

Despacho n.º 17 739/2006

O Programa do XVII Governo Constitucional prevê um correcto planeamento dos recursos hospitalares, requalificando instituições para uma melhor prestação de cuidados de saúde. No que se refere à organização hospitalar, torna-se indispensável promover oportunidades para aumento da sua efectividade e complementaridade.

A evolução da medicina, a alteração das necessidades das populações e a forma como são prestados os cuidados nesta área, têm-se modificado profundamente nos últimos anos. Existe uma necessidade premente de serem adaptadas as estruturas e os conceitos de medicina hospitalar, de forma a responderem adequada e cabalmente aos novos designios.

O conceito mais actual valoriza o atendimento do doente em ambulatório, na proximidade da sua residência, pelo que a dinamização da consulta externa, a criação de hospitais de dia e o incremento da cirurgia de ambulatório (que pode atingir valores de 60 % do total de cirurgias efectuadas) resulta em internamentos de curta duração, reduz o risco de infecções nosocomiais, aproxima o utente da família e permite a sua participação activa na recuperação do mesmo, para além de se obter uma racionalização dos custos em saúde.

Por outro lado, as tecnologias e os equipamentos são altamente dispendiosos, com valores de manutenção e utilização elevados, necessitando de técnicos altamente diferenciados e dedicados, preparados para dar resposta a um número elevado de actos e justificando uma centralização destes meios para rentabilizar e melhorar a qualidade dos actos prestados.

A tendência actual é, também, a centralidade da medicina nos cidadãos, de forma que sejam os profissionais de saúde a deslocar-se e a utilizar os inovadores sistemas de informação, nomeadamente a telemedicina, passando assim o utente a ter acesso aos cuidados de saúde próximos do seu local de residência. A acrescer a estes factores, as vias de comunicação modificaram-se de uma forma crucial nos últimos anos, alterando decisivamente os conceitos de acessibilidade.

Tendo em consideração estes pressupostos, o Ministério da Saúde tem incentivado e conduzido diversas intervenções em hospitais que não se encontram dimensionados em relação às necessidades específicas das populações que deviam servir. Este é o caso do Hospital de São Gonçalo — Amarante, E. P. E., tornando-se urgente a sua requalificação e modernização, incluindo a vertente da complemen-

taridade com outras instituições hospitalares, nomeadamente o Hospital Padre Américo — Vale do Sousa, E. P. E.

As recomendações e o conhecimento existentes apontam para uma oportunidade única de se inovar na forma como o hospital pode responder às necessidades da população daquela zona, constituindo-se um verdadeiro hospital de proximidade em complementaridade com o Hospital Padre Américo — Vale do Sousa, E. P. E., admitindo-se que a integração dos dois estabelecimentos num único centro hospitalar possa vir a ser a solução que melhor garanta ao Hospital de São Gonçalo Amarante, E. P. E., um futuro qualificado e que consiga prestar um serviço efectivo à população.

Assim, determino:

1 — A constituição de um grupo de trabalho para definir a reprogramação funcional do Hospital de São Gonçalo — Amarante, E. P. E.;

2 — O grupo estabelecerá um programa funcional adequado, face à sua inserção na rede de prestação de cuidados e atenderá às reformas em curso nos cuidados de saúde primários, cuidados continuados e cuidados hospitalares.

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

Dr. Fernando Manuel Ferreira Araújo, vogal do conselho de administração da Administração Regional de Saúde do Norte, que coordenará os trabalhos;

Dr. Carlos Alberto Vaz, presidente do conselho de administração do Centro Hospitalar de Vila Real/Peso da Régua, E. P. E.;

Engenheiro Mário Alberto de Faria Abreu Fernandes, da Administração Regional de Saúde do Norte;

Arquiteta Silvina Maria Ferreira Duarte da Administração Regional de Saúde do Norte;

Dr. José Alberto C. Marques, presidente do conselho de administração do Centro Hospitalar do Hospital Padre Américo — Vale do Sousa, E. P. E.;

Dr. Albano Tamegão, presidente do conselho de administração do Hospital de São Gonçalo — Amarante, E. P. E.

4 — O grupo de trabalho poderá ainda consultar, de forma pontual ou sistemática, um painel de personalidades de reconhecida competência, e que reunirão individualmente ou de forma conjunta com o grupo de trabalho, quando solicitados para tal.

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

6 — A apresentação do resultado definitivo do trabalho deste grupo ocorrerá até 31 de Outubro do corrente ano.

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

Despacho n.º 17 740/2006

A comissão técnica interdepartamental para o reordenamento das capacidades hospitalares de Lisboa entregou ao Ministro da Saúde, em Outubro passado, um plano de acções prioritárias. Este plano estabelece um conjunto de iniciativas estratégicas a desenvolver ao longo de 2006 que resultarão numa definição dos cenários possíveis de reordenamento hospitalar a partir dos quais se poderá avançar, em 2007 e nos anos subsequentes, para a implementação da estratégia de reordenamento escolhida.

Uma das iniciativas identificada já como necessária e prioritária pela comissão é a de preparação e lançamento do concurso de um novo hospital em Lisboa, a localizar na zona oriental da cidade, que permita substituir e racionalizar uma oferta de cuidados actualmente assegurada de forma desadequada por um conjunto de velhos hospitais no centro da cidade, por uma oferta de excelência, organizada em função das aspirações de um serviço nacional de saúde moderno, flexível, eficiente e efectivamente ajustado às necessidades de cuidados de saúde dos cidadãos da cidade e da região. O lançamento do Hospital de Todos os Santos, reconhecido como uma necessidade há já várias décadas, é, neste contexto, absolutamente estratégico e constituirá uma verdadeira alavanca para todo o processo de reordenamento, quer pela envergadura da transferência de recursos humanos qualificados e serviços que envolverá quer pela mobilização e pela concentração de saberes universitários, hoje disseminados pelos Hospitais Cívicos de Lisboa.

Neste sentido, pelo meu despacho n.º 146/2006, de 4 de Abril, foi criado um grupo de trabalho mandatado para definir o perfil assistencial, a área de influência e a dimensão do Hospital de Todos os Santos, devendo o resultado definitivo do trabalho estar concluído até ao final de Setembro do corrente ano.

Entretanto, pelo meu despacho n.º 172/2006, de 31 de Maio, o Hospital de Todos os Santos foi hierarquizado em primeiro lugar na lista dos hospitais a serem lançados no âmbito do decurso da segunda vaga de parcerias público-privadas (PPP). Assim, urge desencadear todos os procedimentos prévios conducentes ao lançamento do respectivo concurso no início de 2007, onde se incluem, desig-