

humanos emitiram parecer favorável ao pedido de equiparação a bolseiro, não obstante o mesmo implicar a dispensa parcial do exercício de funções por parte da requerente;

Atendendo a que o conselho directivo do Instituto de Segurança Social emitiu parecer favorável:

Ao abrigo do disposto no regime supramencionado e no uso da delegação de competências que me foi conferida pelo despacho n.º 10 847/2005 do Ministro do Trabalho e da Solidariedade Social, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 93, de 13 de Maio de 2005, determino o seguinte:

1 — Conceder equiparação a bolseiro no País à técnica superior de 2.ª classe Iolanda Maria Cortez Lopes Campos Gil pelo período de 11 meses.

2 — A presente equiparação a bolseiro implica dispensa do exercício parcial de funções e produz efeitos desde 1 de Setembro de 2005.

20 de Setembro de 2005. — O Secretário de Estado da Segurança Social, *Pedro Manuel Dias de Jesus Marques*.

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Gabinete do Ministro

Despacho n.º 22 246/2005 (2.ª série). — Nos termos e ao abrigo do disposto nos n.ºs 1 e 4 do artigo 5.º do Decreto-Lei n.º 188/2003, de 20 de Agosto, nomeio, em comissão de serviço, a licenciada Maria Fernanda Moreira dos Santos Silva para o exercício das funções de vogal do conselho de administração do Hospital de Miguel Bombarda.

O presente despacho produz efeitos reportados a 26 de Setembro de 2005.

29 de Setembro de 2005. — O Ministro da Saúde, *António Fernando Correia de Campos*.

Despacho n.º 22 247/2005 (2.ª série). — No âmbito de uma política de simplificação e racionalização, opta-se por um modelo mais moderno e adequado de organização dos serviços do Ministério da Saúde, por forma a garantir eficácia, eficiência e qualidade da sua gestão num contexto de acrescido rigor e contenção orçamental, assegurando o reforço da componente tecnológica e da informação, conforme estabelece a Lei n.º 4/2004, de 15 de Janeiro.

Pelo perfil e experiência profissional evidenciados ao longo da sua carreira, a licenciada Judite da Silva Ribeiro Forte, assessora principal da carreira técnica superior do quadro de pessoal da Direcção-Geral das Autarquias Locais, possui as qualidades adequadas à orientação da nova estratégia definida para a Secretaria-Geral do Ministério da Saúde.

Assim, nos termos do n.º 3 do artigo 2.º, do artigo 18.º e do n.º 3 do artigo 19.º, todos da Lei n.º 2/2004, de 15 de Janeiro, com a redacção que lhe foi conferida pela Lei n.º 51/2005, de 30 de Agosto, e ainda de acordo com o disposto no artigo 6.º do Decreto Regulamentar n.º 3-A/2005, de 31 de Maio, é nomeada a licenciada Judite da Silva Ribeiro Forte, cujo *curriculum vitae* se publica em anexo, do qual faz parte integrante, para desempenhar, em comissão de serviço, as funções de adjunta do secretário-geral do Ministério da Saúde.

A presente nomeação produz efeitos desde o dia 25 de Agosto de 2005, inclusive.

29 de Setembro de 2005. — O Ministro da Saúde, *António Fernando Correia de Campos*.

Curriculum vitae

I — Identificação pessoal — Judite da Silva Ribeiro Forte, natural da freguesia e concelho de Ponta do Sol, Madeira, nascida em 15 de Fevereiro de 1947, divorciada.

II — Habilitações académicas — licenciatura em Direito, pela Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra.

III — Carreira profissional:

Com efeitos a 1988 — assessora principal da carreira técnica superior do quadro de pessoal da Direcção-Geral das Autarquias Locais;

Com efeitos a 1 de Outubro de 2004 — nomeada, em comissão de serviço, subdirectora-geral do Departamento de Modernização e Recursos da Saúde;

Em Dezembro de 1992 — nomeada, em comissão de serviço, directora de serviços de Estruturas Orgânicas e de Pessoal da Direcção-Geral da Administração Pública (DGAP);

Em Fevereiro de 1992 — nomeada, em comissão de serviço, chefe de divisão da DGAP;

Em Maio de 1987 — nomeada, em comissão de serviço, chefe de divisão de Recursos Humanos da Direcção de Serviços Jurídicos da Direcção-Geral da Administração Autárquica; Entre Janeiro e Julho de 1982 — chefe de divisão de Gestão de Pessoal, em substituição, do Gabinete de Apoio às Autarquias Locais.

IV — Experiência profissional nas áreas de recursos humanos da Administração Pública, estruturas orgânicas e estatutos dos serviços e organismos da Administração Pública, quadros e mapas de pessoal. Autarquias locais, atribuições e competências, organização de serviços municipais: finanças locais e estatuto dos eleitos locais.

V — Monitoragem — cursos sobre o regime jurídico do pessoal da Administração Pública (carreiras, remunerações e quadros de pessoal, relação jurídica de emprego, as carreiras de informática, a reclassificação e reconversão profissionais e o estatuto do pessoal dirigente), ministrados no INA, Tribunal de Contas, Universidades de Aveiro e do Algarve, Inspeção-Geral da Administração Pública, Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional de Lisboa e Vale do Tejo, Direcção-Geral de Viação, Secretaria-Geral e direcções regionais do Ministério da Agricultura, Desenvolvimento Rural e Pescas e Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira.

VI — Formação profissional — detentora de cursos e seminários na vertente jurídica e direccionados para a carreira e cargos exercidos.

VII — Representações, missões e estágios — comissão interministerial para as remunerações acessórias da função pública; acesso dos cidadãos deficientes à função pública: Conselho Nacional de Reabilitação, Missão Portuguesa no Comité de Gestão do Programa de Intercâmbio de Funcionários Públicos entre Administrações dos Estados Comunitários e estágio no Centro de Gestão das Comunas, em Paris, no âmbito da OCDE.

Despacho n.º 22 248/2005 (2.ª série). — Havendo necessidade de assegurar nas minhas ausências e impedimentos o normal funcionamento do Ministério da Saúde, designo para me substituir de 3 a 9 de Outubro a Dr.ª Cármen Madalena da Costa Gomes e Cunha Pignatelli, Secretária de Estado Adjunta e da Saúde.

30 de Setembro de 2005. — O Ministro da Saúde, *António Fernando Correia de Campos*.

Despacho n.º 22 249/2005 (2.ª série). — Considerando a redefinição das atribuições conferidas à Direcção-Geral das Instalações e Equipamentos da Saúde pelo Decreto-Lei n.º 158/2003, de 18 de Julho, que exige o reequacionamento da sua estrutura orgânica e funcional numa lógica de descentralização e maior eficácia na utilização dos recursos disponíveis;

Considerando que, pelo perfil e experiência profissional evidenciados ao longo da sua carreira, o arquitecto José Francisco Santos Teves, director de serviços do quadro de pessoal da Direcção-Geral das Instalações e Equipamentos da Saúde, possui as qualidades adequadas à orientação da nova estratégia definida para aquela Direcção-Geral:

Assim, nos termos do n.º 3 do artigo 2.º do artigo 18.º e do n.º 3 do artigo 19.º, todos da Lei n.º 2/2004, de 15 de Janeiro, com a redacção que lhe foi conferida pela Lei n.º 51/2005, de 30 de Agosto, e ainda de acordo com o disposto no artigo 5.º do Decreto-Lei n.º 158/2003, de 18 de Julho, é nomeado o arquitecto José Francisco Santos Teves, cujo *curriculum vitae* se publica em anexo, do qual faz parte integrante, para desempenhar, em comissão de serviço, as funções de subdirector-geral da Direcção-Geral das Instalações e Equipamentos da Saúde.

A presente nomeação produz efeitos a partir do dia 30 de Setembro de 2005, inclusive.

5 de Outubro de 2005. — O Ministro da Saúde, *António Fernando Correia de Campos*.

Curriculum vitae

Nome — José Francisco Santos Teves.

Data de nascimento — 30 de Setembro de 1946.

Naturalidade — Ponta Delgada. Açores.

Habilitações académicas — licenciatura em Arquitectura, em 1973, pela Escola Superior de Belas-Artes de Lisboa.

Resumo da actividade profissional na Direcção-Geral das Instalações e Equipamentos da Saúde:

Director de serviços de Normalização Projecto e Fiscalização desde Outubro de 2003;

Assessor principal desde Novembro de 1998;

Chefe da Divisão de Arquitectura, de Novembro de 1998 a Setembro de 2003;

Director de projecto do Hospital Fernando Fonseca, de 1989 a 1995;
 Director de projecto do Hospital de Todos os Santos, de 1987 a 1989;
 Chefe de equipas de projecto, de 1977 a 1987;
 Membro de equipas de projecto, de 1975 a 1977.

Actividades complementares:

Membro do conselho de gestão e assessor do director de projecto do Hospital do Divino Espírito Santo — Ponta Delgada;
 Participação no «Seminário de alta direcção», do Instituto Nacional de Administração, em 2004;
 Diversas participações nacionais e internacionais como prelector ou formador na área da arquitectura e construção hospitalar;
 12 primeiros lugares em concursos de projecto de diversa natureza.

Gabinete do Secretário de Estado da Saúde

Despacho n.º 22 250/2005 (2.ª série). — O Programa do Governo salienta a importância da concretização da gestão participada e descentralização do Serviço Nacional de Saúde, através da introdução de uma cultura e práticas de contratualização no sistema de saúde. Neste sentido, prevê-se a reconstituição das agências de contratualização dos serviços de saúde enquanto órgãos das administrações regionais de saúde, com intervenção activa na distribuição de recursos pelos estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde.

Tendo em atenção os compromissos assumidos por Portugal no pacto de estabilidade e crescimento (PEC), onde se afirma a estratégia de consolidação orçamental assente primordialmente no controlo firme do crescimento da despesa, importa garantir a sustentabilidade financeira do Serviço Nacional de Saúde, eliminando desperdícios e minimizando ineficiências, o que obriga à responsabilização de todos os níveis de gestão.

As Grandes Opções do Plano para o período de 2006 a 2009 apresentam, também, como um dos objectivos estratégicos da política de saúde controlar o ritmo de crescimento da despesa do Serviço Nacional de Saúde.

Tendo em conta que, no contexto actual, existem diversas naturezas jurídicas dos hospitais que integram a rede de prestação de cuidados de saúde, importa clarificar os princípios estabelecidos na actual legislação em vigor.

Relativamente aos hospitais do sector público administrativo (SPA), a alínea b) do n.º 1 do artigo 10.º da Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro, prevê a celebração de contratos-programa com as administrações regionais de saúde, nos quais sejam definidos os objectivos a atingir e acordados com a tutela, e os indicadores de actividade que permitam aferir o desempenho das respectivas unidades e equipas de gestão.

Por seu turno, o artigo 31.º do Decreto-Lei n.º 188/2003, de 20 de Agosto, dispõe que os contratos-programa terão por objecto a definição dos objectivos e metas quantitativas dos planos de actividades dos hospitais, bem como as prioridades, modalidades da prestação de cuidados, padrões de qualidade, níveis de serviço e sistemas de monitorização e avaliação de resultados.

No que respeita aos hospitais já empresarializados, os respectivos estatutos prevêem, igualmente, a celebração de contratos-programa com o Ministério da Saúde nos quais são estabelecidos os objectivos e as metas qualitativas e quantitativas, a sua calendarização, os indicadores para a avaliação do desempenho e do nível de satisfação das necessidades, bem como as demais obrigações das partes.

Para o ano económico de 2006, foi já elaborado o orçamento financeiro, a integrar no Orçamento do Estado para 2006, no respectivo capítulo «Fundos e serviços autónomos», tendo os hospitais do SPA inscrito a previsão das respectivas dotações orçamentais. Admite-se que estas possam ser revistas em alta ou em baixa, conforme o resultado das negociações em sede de contrato-programa para 2006.

Como forma de incrementar a responsabilização das administrações hospitalares importa agora estabelecer as regras da negociação, celebração e acompanhamento da execução dos contratos-programa acima mencionados, bem como a calendarização das fases necessárias à sua concretização.

Após esta tarefa, admite-se a revisão do orçamento, de modo a evitar as consequências de grandes diferenças entre orçamento financeiro e económico. Na verdade, não obstante as diferenças conceptuais, ambos os orçamentos devem convergir, por forma a minimizar a diferença entre a dotação e a verba necessária para executar a actividade planeada, fonte de desresponsabilização das administrações.

Face ao exposto, e atendendo às atribuições das administrações regionais de saúde (ARS), designadamente através das Agências de Contratualização dos Serviços de Saúde (ACSS), às atribuições do Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (IGIF) e às

competências da unidade de missão Hospitais SA (UMHSA), determinar o seguinte:

1 — Até ao final do mês de Outubro cada hospital procede à análise/negociação interna da sua actividade para 2006.

2 — Todos os acréscimos de actividade, nomeadamente os que resultem da criação de novos serviços, devem ser justificados e validados pelas respectivas ARS, com base em critérios de necessidade imperiosa para as populações.

3 — Em 2006 pretende-se a consolidação da actividade hospitalar; neste sentido, a mesma não poderá exceder a estimada para 2005, tendo por base os nove meses de actividade já desenvolvida.

4 — O número anterior será objecto de validação e análise na fase da negociação/contratualização do contrato-programa, tendo em conta os respectivos custos e ganhos de eficiência.

5 — Até 31 de Outubro cada hospital traduz a análise/negociação ocorrida no n.º 1, elaborando o plano de desempenho para 2006, de acordo com o modelo a remeter pela ACSS.

6 — Os documentos referidos no número anterior devem ser remetidos para a ACSS, para o IGIF e ainda, no caso dos hospitais sociedades anónimas, para a UMHSA, no prazo indicado.

7 — A negociação dos contratos-programa para 2006 faz-se entre cada hospital do SPA e a ACSS da respectiva ARS, com o apoio do IGIF, devendo estar concluída em 15 de Dezembro de 2005.

8 — A negociação dos contratos-programa a celebrar com os hospitais sociedades anónimas faz-se entre cada hospital e a ACSS da respectiva ARS, com acompanhamento da UMHSA e do IGIF, devendo estar igualmente concluída em 15 de Dezembro de 2005.

9 — Aos contratos-programa são anexados os documentos referidos no n.º 4, comprovativos da sustentabilidade económica, devendo os referidos contratos ser-me submetidos, para efeitos de homologação, até 30 de Dezembro de 2005, sendo depois tornados públicos nos sítios da Internet dos respectivos hospitais, ACSS, IGIF e UMHSA.

10 — O acompanhamento para a avaliação da execução dos contratos-programa faz-se através dos seguintes mecanismos de monitorização e controlo numa perspectiva clínica e numa perspectiva económico-financeira:

Monitorização da actividade clínica constante dos contratos-programa, através das ACSS, quer para os hospitais do SPA quer para os hospitais sociedades anónimas;

Auditorias clínicas periódicas a realizar pelas ACSS à actividade contratada no âmbito do Serviço Nacional de Saúde;

Monitorização e análise mensal dos custos e dos desvios face ao orçamentado e face ao período homólogo e recomendação de medidas concretas de correcção, através das ACSS e, no caso dos hospitais sociedades anónimas, da UMHSA, e consolidação desta informação por parte do IGIF;

Monitorização e controlo mensal da facturação à actividade contratada, através do IGIF;

Auditorias de gestão à actividade contratada, incluindo os programas verticais, através do IGIF.

11 — As recomendações das auditorias efectuadas no número anterior deverão, também, ser objecto de acompanhamento por forma a garantir a sua implementação.

12 — No âmbito da estratégia para o Serviço Nacional de Saúde, devem ser adoptados os seguintes objectivos por parte de todas as entidades envolvidas:

Planear a relação da oferta/procura dos cuidados de saúde (ACSS);

Criar uma base de dados nacional e regional, disponibilizando informação sobre a execução dos contratos-programa e sobre os futuros compromissos plurianuais (ACSS — regional, UMHSA — regional e consolidação nacional pelo IGIF);

Acompanhar o orçamento constante do plano de desempenho fixando *plafonds* e avaliando o impacto orçamental das novas medidas propostas pelos hospitais (ACSS, UMHSA e IGIF);

Monitorizar os objectivos a atingir no curto e médio prazos, de forma quantificada, ligando gradualmente o *plafond* orçamental à realização desses objectivos (ACSS e UMHSA e consolidação da informação por parte do IGIF);

Avaliar a eficiência, a produtividade e a qualidade da actividade desenvolvidas (ACSS e UMHSA);

Fomentar a orçamentação por programas, inseridos na estratégia do Plano Nominal de Saúde, possibilitando a visualização transversal dos custos e a avaliação do cumprimento de cada programa, de acordo com orientações do Alto-Comissariado da Saúde (ACSS e UMHSA).

13 — De forma a garantir que o processo estabelecido nos números anteriores decorra de forma articulada, é criado um grupo de trabalho