

Aviso n.º 167/2012

Por ordem superior se torna público que, por notificação datada de 3 de maio de 2012, o Conselho Federal Suíço comunicou ter a República das Filipinas depositado, a 30 de março de 2012, o seu instrumento de ratificação ao Protocolo Adicional I, adotado em Genebra em 8 de junho de 1977, referente à Convenção de Genebra de 12 de agosto de 1949 para a Proteção das Vítimas da Guerra.

Tradução**Protocolo Adicional I****Ratificação pela República das Filipinas**

A 30 de março de 2012, a República das Filipinas depositou junto do Conselho Federal suíço o seu instrumento de ratificação ao Protocolo Adicional I.

O instrumento de ratificação continha as seguintes indicações (original em inglês):

«a) A aplicação do Protocolo I, em especial do n.º 4 do artigo 1.º, do artigo 4.º e do n.º 3 do artigo 96.º, não afetam nem o estatuto jurídico das Partes no conflito, nem o do território em causa, e como tal, o estatuto de beligerância não pode ser reivindicado tendo por base o aí disposto;

b) Em caso algum pode a aplicação do Protocolo I ser invocada no quadro de conflitos armados internos que ocorrem nos Estados soberanos;

c) Os termos ‘conflito armado’ e ‘conflito’ não abrangem a prática, individual ou em grupo, de crimes comuns.»

Nos termos do n.º 2 do artigo 95.º, o Protocolo entrará em vigor para a República das Filipinas seis meses após o depósito do instrumento, ou seja, a 30 de setembro de 2012.

O Conselho Federal suíço efetua a presente notificação na sua qualidade de depositário das Convenções de Genebra e dos Protocolos Adicionais (www.eda.admin.ch/depositary).

A República Portuguesa é Parte no mesmo Protocolo, que foi aprovado para ratificação pela Resolução da Assembleia da República n.º 10/1992, de 1 de abril, tendo depositado o seu instrumento de ratificação em 27 de maio de 1992, conforme o Aviso n.º 100/92, de 17 de julho, e o Aviso n.º 277/94, de 28 de outubro, tornando pública a declaração facultativa referente ao artigo 90.º do I Protocolo.

Departamento de Assuntos Jurídicos, 7 de novembro de 2012. — O Diretor, *Miguel de Serpa Soares*.

MINISTÉRIO DA SAÚDE**Decreto-Lei n.º 253/2012****de 27 de novembro**

O Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, que estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde (ACES) do Serviço Nacional de Saúde, veio criar um novo paradigma na organização da prestação de cuidados de saúde primários. Estruturados em unidades funcionais flexíveis, os ACES privilegiam o acesso dos cidadãos a estes cuidados, o envolvimento dos profissionais, a melhoria da qualidade dos cuidados e a obtenção de maiores ganhos em saúde.

Os primeiros anos de vigência do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, entretanto alterado pelos Decretos-Leis n.ºs 81/2009, de 2 de abril, 102/2009, de 11 de maio, e 248/2009, de 22 de setembro, o recente reagrupamento de centros de saúde, bem como a experiência e os ensinamentos entretanto recolhidos no âmbito do funcionamento e atuação dos órgãos dos ACES, exigem, presentemente, uma alteração das disposições em matéria de implantação dos mesmos e de composição dos respetivos conselhos clínicos.

Efetivamente, a governação clínica e de saúde deve evoluir para uma nova etapa de desenvolvimento, centrando-se na promoção de práticas e desempenhos profissionais seguros, efetivos e de elevada qualidade.

Por outro lado, o esforço atual de produção de normas de orientação clínica implica um especial acompanhamento das unidades e equipas multiprofissionais, sendo garante fundamental de promoção de boas práticas, de melhoria da qualidade dos cuidados prestados e de racionalização dos recursos, evitando gastos desnecessários e permitindo a obtenção de ganhos de custo-efetividade.

Em matéria de recrutamento e seleção dos diretores executivos, pretende-se assegurar a observância de critérios de competência e mérito, pelo que se comete a uma entidade independente, a Comissão de Recrutamento e Seleção para a Administração Pública, parecer sobre a adequação dos respetivos currículos e experiências profissionais.

Foram ouvidas a Associação Nacional de Municípios Portugueses e a Associação Nacional de Freguesias.

Assim:

No desenvolvimento do regime jurídico estabelecido pela Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, e nos termos da alínea c) do n.º 1 do artigo 198.º da Constituição, o Governo decreta o seguinte:

Artigo 1.º**Objeto**

O presente diploma procede à quarta alteração ao Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, que estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde.

Artigo 2.º**Alteração ao Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro**

Os artigos 4.º, 15.º, 18.º, 19.º, 21.º, 23.º, 25.º, 26.º, 27.º, 28.º, 29.º, 30.º e 36.º do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, alterado pelos Decretos-Leis n.ºs 81/2009, de 2 de abril, 102/2009, de 11 de maio, e 248/2009, de 22 de setembro, passam a ter a seguinte redação:

«Artigo 4.º

[...]

- 1 —
 2 —
 a) O número de pessoas residentes na área do ACES;
 b)
 c)
 d)
 3 —
 4 —

Artigo 15.º

[...]

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

- a)
- b)
- c)
- d)

- 2 —
- 3 —

Artigo 18.º

[...]

- a)
- b)
- c) O conselho clínico e de saúde;
- d)

Artigo 19.º

[...]

1 — O diretor executivo é designado pelo membro do Governo responsável pela área da saúde, sob proposta fundamentada do conselho diretivo da respetiva ARS, I. P., juntamente com uma nota relativa ao currículo académico e profissional.

- 2 —
- 3 —

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

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

Artigo 21.º

[...]

- 1 —
- 2 — Nas suas faltas e impedimentos, o diretor executivo é substituído pelo presidente do conselho clínico e de saúde.
- 3 —

Artigo 23.º

[...]

- a)
- b) Pelo presidente do conselho clínico e de saúde;
- c)

Artigo 25.º

[...]

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

2 — O número de vogais a designar varia em função da população abrangida, da sua dispersão geográfica e do número de unidades funcionais integradas em cada ACES, nos seguintes termos:

- a) O ACES que integra até 25 unidades funcionais pode designar até um máximo de três vogais;
- b) O ACES que integra mais de 25 unidades funcionais pode designar até um máximo de quatro vogais.

3 — O presidente é um médico da especialidade de medicina geral e familiar habilitado com o grau de consultor, salvo em situação excecional, devidamente fundamentada, em que pode ser habilitado com o grau de especialista.

4 — Para efeitos do disposto no n.º 2, são vogais do conselho clínico e de saúde, pelo menos:

- a) Um médico da especialidade de saúde pública, habilitado com o grau de consultor, salvo em situação excecional, devidamente fundamentada, em que pode ser habilitado com o grau de especialista;
- b) Um enfermeiro habilitado com o título de enfermeiro especialista, preferencialmente em saúde comunitária;
- c) Um técnico superior de saúde ou do serviço social ou técnico de diagnóstico e terapêutica.

5 — *(Anterior n.º 4.)*

6 — Os vogais são designados pelo conselho diretivo da respetiva ARS, I. P., sob proposta fundamentada do presidente do conselho clínico e de saúde.

7 — *(Anterior n.º 6.)*

Artigo 26.º

[...]

1 — O conselho clínico e de saúde promove a governação clínica e de saúde no ACES, de forma concertada, articulada e participada por todas as unidades funcionais.

2 — Para efeitos do disposto no número anterior, compete, em especial, ao conselho clínico e de saúde:

- a) Assegurar que todos os profissionais e unidades funcionais do ACES se orientam para a obtenção de ganhos em saúde, garantindo a adequação, a segurança, a efetividade e a eficiência dos cuidados de saúde prestados, bem como a satisfação dos utentes e dos profissionais;
- b) Promover a cooperação e complementaridade entre as várias unidades funcionais;
- c) Acompanhar e apoiar as equipas das diferentes unidades funcionais;
- d) *[Anterior alínea e) do corpo do artigo.]*
- e) Assegurar a interligação técnica do ACES com outros serviços e níveis de cuidados de saúde;
- f) *[Anterior alínea f) do corpo do artigo.]*
- g) Orientar as equipas das unidades funcionais na observância das normas técnicas emitidas pelas entidades competentes e promover a melhoria contínua dos processos e procedimentos assistenciais e de saúde;
- h) Contribuir para o desenvolvimento de uma cultura organizacional de formação, qualidade, humanização, espírito crítico e rigor científico.

3 — Nos 90 dias seguintes à designação ou renovação de mandato, o conselho clínico e de saúde elabora

o plano de atividades para o triénio, tendo em conta o disposto no número anterior, submetendo-o à apreciação e aprovação do diretor executivo.

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

Artigo 27.º

[...]

1 — Compete especialmente ao presidente do conselho clínico e de saúde:

- a) Assegurar em continuidade as atividades decorrentes das competências do conselho clínico e de saúde;
- b)
- c)
- d)

2 — O presidente do conselho clínico e de saúde é substituído, nas suas faltas e impedimentos, pelo vogal médico que, para o efeito, seja por ele designado.

Artigo 28.º

[...]

O conselho clínico e de saúde reúne-se ordinariamente uma vez por mês e, extraordinariamente, quando seja convocado pelo presidente, por sua iniciativa ou a pedido de, pelo menos, dois vogais.

Artigo 29.º

[...]

1 — Os membros do conselho clínico e de saúde são designados por um período não superior a três anos, renovável até ao limite de seis anos, salvo em situação excecional devidamente fundamentada.

2 — Os membros do conselho clínico e de saúde podem ser dispensados parcialmente do exercício das suas funções profissionais.

3 — As funções de membro do conselho clínico e de saúde são incompatíveis com as de diretor executivo do ACES, sem prejuízo do disposto no n.º 2 do artigo 21.º, e com as de coordenador de unidade funcional.

- 4 —
- 5 —

Artigo 30.º

[...]

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

- a)
- b) Na data da tomada de posse noutra cargo ou função incompatíveis com o exercício das funções de membro do conselho clínico e de saúde;
- c)
- d) Por acordo entre o membro do conselho clínico e de saúde e o conselho diretivo da ARS, I. P.;
- e) Por deliberação do conselho diretivo da ARS, I. P., com fundamento em incumprimento dos deveres de membro do conselho clínico e de saúde.

2 — Verificando-se o previsto na alínea a) do número anterior, o membro do conselho clínico e de saúde mantém-se em funções até nova designação.

- 3 —

Artigo 36.º

[...]

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

- a)
- b)
- c)
- d)
- e)
- f)
- g)
- h)

- 2 —
- 3 —
- 4 —

Artigo 3.º

Alteração de epígrafe

É alterada a epígrafe da subsecção III da secção I do capítulo III do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, que passa a ter a seguinte redação: «Conselho clínico e de saúde».

Artigo 4.º

Norma revogatória

São revogados os artigos 40.º e 41.º do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, alterado pelos Decretos-Leis n.ºs 81/2009, de 2 de abril, 102/2009, de 11 de maio, e 248/2009, de 22 de setembro.

Artigo 5.º

Republicação

1 — É republicado em anexo ao presente diploma, do qual faz parte integrante, o Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, com a redação atual.

2 — Para efeitos de republicação, onde se lê «despacho conjunto» e «portaria conjunta» deve ler-se «despacho» e «portaria».

Artigo 6.º

Entrada em vigor

O presente diploma entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação.

Visto e aprovado em Conselho de Ministros de 4 de outubro de 2012. — *Pedro Passos Coelho* — *Vitor Louça Rabaça Gaspar* — *Paulo José de Ribeiro Moita de Macedo*.

Promulgado em 21 de novembro de 2012.

Publique-se.

O Presidente da República, ANÍBAL CAVACO SILVA.

Referendado em 26 de novembro de 2012.

O Primeiro-Ministro, *Pedro Passos Coelho*.

ANEXO

(a que se refere o artigo 5.º)

**Republicação do Decreto-Lei n.º 28/2008,
de 22 de fevereiro**

CAPÍTULO I

**Caracterização geral e criação dos agrupamentos
de centros de saúde**

Artigo 1.º

Objeto

O presente decreto-lei cria os agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde, abreviadamente designados por ACES, e estabelece o seu regime de organização e funcionamento.

Artigo 2.º

Natureza jurídica

1 — Os ACES são serviços de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que integram um ou mais centros de saúde.

2 — O centro de saúde componente dos ACES é um conjunto de unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários, individualizado por localização e denominação determinadas.

3 — Os ACES são serviços desconcentrados da respetiva Administração Regional de Saúde, I. P. (ARS, I. P.), estando sujeitos ao seu poder de direção.

Artigo 3.º

Missão e atribuições

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

2 — Para cumprir a sua missão, os ACES desenvolvem atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados.

3 — Os ACES desenvolvem também atividades de vigilância epidemiológica, investigação em saúde, controlo e avaliação dos resultados e participam na formação de diversos grupos profissionais nas suas diferentes fases, pré-graduada, pós-graduada e contínua.

Artigo 4.º

Jurisdição

1 — É fixado em 74 o número máximo de ACES, sendo a delimitação da sua área geográfica fixada por portaria dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças, da Administração Pública, da administração local e da saúde, ouvidos os municípios da área abrangida, sob proposta fundamentada do conselho diretivo da respetiva ARS, I. P.

2 — A delimitação geográfica dos ACES deve corresponder a NUTS III, a um agrupamento de concelhos ou a um concelho, devendo ter em conta a necessidade da combinação mais eficiente dos recursos disponíveis e os seguintes fatores geodemográficos:

- a) O número de pessoas residentes na área do ACES;
- b) A estrutura de povoamento;
- c) O índice de envelhecimento;
- d) A acessibilidade da população ao hospital de referência.

3 — Podem ainda ser criados ACES correspondentes a grupos de freguesias, ouvido o município respetivo.

4 — A proposta da ARS, I. P., referida no n.º 1 deve conter, além do previsto no número anterior:

- a) A identificação dos centros de saúde a integrar no ACES;
- b) A área geográfica e a população abrangidas por cada um desses centros de saúde;
- c) A identificação, por grupo profissional, dos recursos humanos a afetar a cada ACES;
- d) A denominação do ACES;
- e) A identificação das instalações onde o ACES tem sede.

Artigo 5.º

Âmbito de intervenção

1 — Os centros de saúde componentes de ACES intervmem nos âmbitos:

- a) Comunitário e de base populacional;
- b) Personalizado, com base na livre escolha do médico de família pelos utentes;
- c) Do exercício de funções de autoridade de saúde.

2 — Para fins de saúde comunitária e de apoio domiciliário, são abrangidas por cada centro de saúde as pessoas residentes na respetiva área geográfica, ainda que temporariamente.

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

Artigo 6.º

Funcionamento

1 — Os centros de saúde devem assegurar aos utentes a máxima acessibilidade possível, nomeadamente através do princípio de atendimento no próprio dia e marcação de consultas para hora determinada.

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

3 — O horário de funcionamento dos centros de saúde e das suas unidades deve ser publicitado, designadamente, através de afixação no exterior e interior das instalações.

CAPÍTULO II

**Unidades funcionais de prestação
de cuidados de saúde**

Artigo 7.º

Unidades funcionais

1 — Os ACES podem compreender as seguintes unidades funcionais:

- a) Unidade de saúde familiar (USF);
- b) Unidade de cuidados de saúde personalizados (UCSP);
- c) Unidade de cuidados na comunidade (UCC);
- d) Unidade de saúde pública (USP);

e) Unidade de recursos assistenciais partilhados (URAP);
 f) Outras unidades ou serviços, propostos pela respetiva ARS, I. P., e aprovados por despacho do Ministro da Saúde, e que venham a ser considerados como necessários.

2 — Em cada centro de saúde componente de um ACES funciona, pelo menos, uma USF ou UCSP e uma UCC ou serviços desta.

3 — Cada ACES tem somente uma USP e uma URAP.

Artigo 8.º

Características comuns

Cada unidade funcional é constituída por uma equipa multiprofissional, com autonomia organizativa e técnica e atua em intercooperação com as demais unidades funcionais do centro de saúde e do ACES.

Artigo 9.º

Unidade de saúde familiar

Sem prejuízo da aplicação do regime previsto no presente decreto-lei às USF enquanto unidades integradas em ACES, elas são disciplinadas por legislação específica.

Artigo 10.º

Unidade de cuidados de saúde personalizados

1 — A UCSP tem estrutura idêntica à prevista para USF e presta cuidados personalizados, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos.

2 — A equipa da UCSP é composta por médicos, enfermeiros e administrativos não integrados em USF.

Artigo 11.º

Unidade de cuidados na comunidade

1 — A UCC presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção.

2 — A equipa da UCC é composta por enfermeiros, assistentes sociais, médicos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas da fala e outros profissionais, consoante as necessidades e a disponibilidade de recursos.

3 — O ACES participa, através da UCC, na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, integrando a equipa coordenadora local.

4 — À UCC compete constituir a equipa de cuidados continuados integrados, prevista no Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho.

Artigo 12.º

Unidade de saúde pública

1 — A USP funciona como observatório de saúde da área geodemográfica do ACES em que se integra, competindo-lhe, designadamente, elaborar informação e planos em domínios da saúde pública, proceder à vigilância epidemiológica, gerir programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde da população

em geral ou de grupos específicos e colaborar, de acordo com a legislação respetiva, no exercício das funções de autoridade de saúde.

2 — A equipa da USP é composta por médicos de saúde pública, enfermeiros de saúde pública ou de saúde comunitária e técnicos de saúde ambiental, integrando ainda, em permanência ou em colaboração temporária, outros profissionais que forem considerados necessários na área da saúde pública.

3 — As funções de autoridade de saúde são exercidas, a nível dos ACES, por médicos de saúde pública, que são nomeados nos termos de legislação própria.

4 — A autoridade de saúde a nível dos ACES integra-se na cadeia hierárquica direta das autoridades de saúde, nos termos do disposto na base XIX da Lei n.º 48/90, de 24 de agosto.

5 — O coordenador da USP indica, de entre os profissionais de saúde pública dos ACES, e sempre que solicitado, o seu representante nos órgãos municipais com responsabilidades de saúde.

Artigo 13.º

Unidade de recursos assistenciais partilhados

1 — A URAP presta serviços de consultoria e assistenciais às unidades funcionais referidas nos artigos anteriores e organiza ligações funcionais aos serviços hospitalares.

2 — A equipa da URAP é composta por médicos de várias especialidades, que não de medicina geral e familiar e de saúde pública, bem como assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, técnicos de saúde oral e outros profissionais não afetos totalmente a outras unidades funcionais.

Artigo 14.º

Coordenação das unidades funcionais

1 — Cada unidade funcional tem um coordenador.

2 — Ao coordenador da unidade funcional compete, designadamente:

a) Programar as atividades da unidade, elaborando o plano anual de ação com a respetiva dotação orçamental previsional;

b) Assegurar o funcionamento eficiente da unidade e o cumprimento dos objetivos programados, promovendo e incentivando a participação dos profissionais na gestão da unidade e a intercooperação com as diferentes unidades funcionais existentes no centro de saúde e no ACES;

c) Assegurar a qualidade dos serviços prestados e a sua melhoria contínua, controlando e avaliando sistematicamente o desempenho da unidade;

d) Promover, ouvindo os profissionais da unidade, a consolidação das boas práticas na prescrição e a observância das mesmas;

e) Elaborar o regulamento interno da unidade e propô-lo, para aprovação, ao diretor executivo;

f) Elaborar o relatório anual de atividades;

g) Representar a unidade perante o diretor executivo.

Artigo 15.º

Designação dos coordenadores

1 — Os coordenadores são designados por decisão fundamentada do diretor executivo do ACES, depois de ouvido o conselho clínico e de saúde, de entre profissionais com

conhecimentos e experiência adequados ao exercício da função, nos seguintes termos:

a) O coordenador da UCSP é designado de entre médicos especialistas de medicina geral e familiar habilitados com o grau de consultor com pelo menos cinco anos de experiência efetiva na especialidade;

b) O coordenador da UCC é designado de entre enfermeiros com o título de enfermeiro especialista e com experiência efetiva na respetiva área profissional;

c) O coordenador da URAP é designado de entre profissionais de saúde com pelo menos cinco anos de experiência na respetiva área profissional;

d) O coordenador da USP é designado de entre médicos com o grau de especialista em saúde pública com experiência efetiva de, pelo menos, três anos de exercício ininterrupto de funções em serviços de saúde pública.

2 — Constituem critérios preferenciais de designação:

a) A competência demonstrada no exercício de funções de coordenação e gestão de equipa na área dos cuidados de saúde primários;

b) A competência técnica;

c) A formação em gestão, preferencialmente na área da saúde.

3 — O processo de designação do coordenador da unidade de saúde pública envolve as diligências e formalidades previstas para a designação da autoridade de saúde, nos termos da legislação aplicável, não sendo aplicável, neste caso, o disposto no n.º 1.

Artigo 16.º

Regime de exercício de funções

1 — Os coordenadores são designados por um período não superior a três anos, renovável por iguais períodos.

2 — Nos 90 dias seguintes à designação, o diretor executivo e o coordenador assinam uma carta de missão, que constitui um compromisso onde, de forma explícita, são definidos os objetivos, devidamente quantificados e calendarizados, a atingir no decurso do exercício de funções.

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

4 — As funções de coordenador são incompatíveis com as de diretor executivo do ACES.

Artigo 17.º

Cessação de funções

1 — As funções de coordenador cessam:

a) No termo do prazo fixado para o exercício de funções;

b) Na data da tomada de posse em outro cargo ou função incompatíveis com o exercício das funções de coordenação;

c) Por renúncia, mediante carta dirigida ao diretor executivo;

d) Por acordo entre o coordenador e o diretor executivo;

e) Por decisão do diretor executivo, com fundamento em não realização dos objetivos previstos, designadamente dos constantes da carta de missão;

f) Por decisão do diretor executivo, com fundamento em conveniência de serviço.

2 — Verificando-se o previsto na alínea a) do número anterior, o coordenador mantém-se em funções até nova designação, até ao prazo máximo de 90 dias.

3 — A renúncia produz efeito 30 dias após a receção da carta, salvo se entretanto for designado outro coordenador.

CAPÍTULO III

Órgãos do ACES e serviços de apoio

SECÇÃO I

Órgãos de administração e fiscalização

Artigo 18.º

Órgãos

São órgãos do ACES:

a) O diretor executivo;

b) O conselho executivo;

c) O conselho clínico e de saúde;

d) O conselho da comunidade.

SUBSECÇÃO I

Diretor executivo

Artigo 19.º

Designação

1 — O diretor executivo é designado pelo membro do Governo responsável pela área da saúde, sob proposta fundamentada do conselho diretivo da respetiva ARS, I. P., juntamente com uma nota relativa ao currículo académico e profissional.

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

a) A competência demonstrada no exercício, durante pelo menos três anos, de funções de coordenação e gestão de equipa, e planeamento e organização, mormente na área da saúde;

b) A formação em administração ou gestão, preferencialmente na área da saúde.

3 — A competência referida no n.º 1 pode ser delegada no conselho diretivo da ARS, I. P.

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

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

Artigo 20.º

Competência

1 — O diretor executivo gere as atividades, os recursos humanos, financeiros e de equipamento do ACES, competindo-lhe:

a) Representar o ACES;

b) Celebrar contratos-programa com o conselho diretivo da ARS, I. P., e contratos de execução com as unidades funcionais do ACES, e zelar pelo respetivo cumprimento;

c) Elaborar os planos plurianuais e anuais de atividades do ACES, com os respetivos orçamentos, e submetê-los à aprovação do conselho diretivo da respetiva ARS, I. P.;

d) Promover a instalação e o funcionamento de sistema eficaz de informação e comunicação;

e) Verificar a regularidade da contabilidade e da escrituração;

f) Avaliar o desempenho das unidades funcionais e de serviços de apoio e responsabilizá-los pela utilização dos meios postos à sua disposição e pela realização dos objetivos ordenados ou acordados;

g) Promover a intercooperação das unidades funcionais, nomeadamente através de reuniões periódicas com os respetivos coordenadores;

h) Gerir com rigor e eficiência os recursos humanos, patrimoniais e tecnológicos afetos à sua unidade orgânica, otimizando os meios e adotando medidas que permitam simplificar e acelerar procedimentos e promover a aproximação à sociedade e a outros serviços públicos;

i) Identificar as necessidades de formação específica dos funcionários da sua unidade orgânica e propor a frequência das ações de formação consideradas adequadas ao suprimento das referidas necessidades, sem prejuízo do direito à autoformação;

j) Proceder ao controlo efetivo da assiduidade, pontualidade e cumprimento do período normal de trabalho por parte dos funcionários da sua unidade orgânica;

l) Autorizar a passagem de certidões de documentos arquivados na respetiva unidade orgânica, exceto quando contenham matéria confidencial ou reservada, bem como a restituição de documentos aos interessados;

m) Autorizar o exercício de funções a tempo parcial;

n) Justificar ou injustificar faltas;

o) Conceder licenças e autorizar o regresso à atividade, com exceção da licença sem vencimento por um ano por motivo de interesse público e da licença de longa duração;

p) Autorizar o gozo e a acumulação de férias e aprovar o respetivo plano anual;

q) Autorizar o abono do vencimento de exercício perdido por motivo de doença;

r) Autorizar a inscrição e participação do pessoal em congressos, reuniões, seminários, colóquios, cursos de formação em regime de autoformação ou outras iniciativas semelhantes que decorram em território nacional quando não importem custos para o serviço;

s) Autorizar o pessoal a comparecer em juízo quando requisitado nos termos da lei de processo;

t) Outras que lhe sejam delegadas ou subdelegadas pelo conselho diretivo da respetiva ARS, I. P.

2 — O diretor executivo designa, em cada centro de saúde, um coordenador de unidade funcional como seu representante, quer para contactos com a comunidade, quer para a gestão quotidiana das instalações e equipamentos do centro de saúde.

Artigo 21.º

Regime de exercício de funções

1 — O diretor executivo é designado por um período não superior a três anos, renovável por iguais períodos.

2 — Nas suas faltas e impedimentos, o diretor executivo é substituído pelo presidente do conselho clínico e de saúde.

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

Artigo 22.º

Cessação de funções

1 — As funções do diretor executivo cessam:

a) No termo do prazo fixado para o exercício do cargo;

b) Na data da tomada de posse em outro cargo ou função incompatíveis com o exercício das funções de diretor executivo;

c) Por renúncia do diretor executivo, mediante carta dirigida ao presidente do conselho diretivo da ARS, I. P.;

d) Por acordo entre o diretor executivo e o conselho diretivo da ARS, I. P.;

e) Por deliberação do conselho diretivo da ARS, I. P., com fundamento em incumprimento dos deveres de diretor executivo.

2 — Verificando-se o previsto na alínea a) do número anterior, o diretor executivo mantém-se em funções até nova designação.

3 — A renúncia produz efeito 30 dias após a receção da carta, salvo se entretanto for designado outro diretor executivo.

SUBSECÇÃO II

Conselho executivo

Artigo 23.º

Composição

O conselho executivo é composto:

a) Pelo diretor executivo, que preside;

b) Pelo presidente do conselho clínico e de saúde;

c) Pelo presidente do conselho da comunidade.

Artigo 24.º

Competência

Compete ao conselho executivo:

a) Aprovar os planos plurianuais e anuais de atividades das várias unidades funcionais, com as respetivas dotações orçamentais;

b) Elaborar o relatório anual de atividades e a conta de gerência e submetê-los à aprovação do conselho diretivo da respetiva ARS, I. P.;

c) Elaborar o regulamento interno de funcionamento do ACES e submetê-lo à aprovação do conselho diretivo da respetiva ARS, I. P., num prazo de 90 dias;

d) Assegurar a articulação do ACES, em matérias de saúde, com os municípios da sua área geográfica;

e) Celebrar, com autorização do conselho diretivo da ARS, I. P., protocolos de colaboração ou apoio e contratos de prestação de serviços com outras entidades, públicas ou não, nomeadamente com as autarquias locais;

f) Promover a divulgação pública, pelos meios adequados, inclusive em sítio na Internet, de informações sobre os serviços prestados nos centros de saúde do ACES, dos planos e relatórios de atividades e dos pareceres dados

sobre eles pelo conselho da comunidade, de indicadores de satisfação dos utentes e dos profissionais, de projetos de qualidade a executar em unidades funcionais e da composição dos órgãos do ACES.

SUBSECÇÃO III

Conselho clínico e de saúde

Artigo 25.º

Composição e designação

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

2 — O número de vogais a designar varia em função da população abrangida, da sua dispersão geográfica e do número de unidades funcionais integradas em cada ACES, nos seguintes termos:

a) O ACES que integra até 25 unidades funcionais pode designar até um máximo de três vogais;

b) O ACES que integra mais de 25 unidades funcionais pode designar até um máximo de quatro vogais.

3 — O presidente é um médico da especialidade de medicina geral e familiar habilitado com o grau de consultor, salvo em situação excecional, devidamente fundamentada, em que pode ser habilitado com o grau de especialista.

4 — Para efeitos do disposto no n.º 2, são vogais do conselho clínico e de saúde, pelo menos:

a) Um médico da especialidade de saúde pública, habilitado com o grau de consultor, salvo em situação excecional, devidamente fundamentada, em que pode ser habilitado com o grau de especialista;

b) Um enfermeiro habilitado com o título de enfermeiro especialista, preferencialmente em saúde comunitária;

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

5 — O presidente é designado por deliberação fundamentada do conselho diretivo da respetiva ARS, I. P., sob proposta do diretor executivo.

6 — Os vogais são designados pelo conselho diretivo da respetiva ARS, I. P., sob proposta fundamentada do presidente do conselho clínico e de saúde.

7 — Os membros do conselho clínico devem possuir conhecimentos técnicos em cuidados de saúde primários, prática em processos de garantia de qualidade dos cuidados e em processos de auditoria, bem como dominar as técnicas de gestão do risco.

Artigo 26.º

Competência

1 — O conselho clínico e de saúde promove a governação clínica e de saúde no ACES, de forma concertada, articulada e participada por todas as unidades funcionais.

2 — Para efeitos do disposto no número anterior, compete, em especial, ao conselho clínico e de saúde:

a) Assegurar que todos os profissionais e unidades funcionais do ACES se orientam para a obtenção de ganhos em saúde, garantindo a adequação, a segurança, a efetividade e a eficiência dos cuidados de saúde prestados, bem como a satisfação dos utentes e dos profissionais;

b) Promover a cooperação e complementaridade entre as várias unidades funcionais;

c) Acompanhar e apoiar as equipas das diferentes unidades funcionais;

d) Propor ao diretor executivo a realização de auditorias externas ao cumprimento das orientações e protocolos clínicos;

e) Assegurar a interligação técnica do ACES com outros serviços e níveis de cuidados de saúde;

f) Apoiar o diretor executivo em assuntos de natureza técnico-profissional e de gestão clínica;

g) Orientar as equipas das unidades funcionais na observância das normas técnicas emitidas pelas entidades competentes e promover a melhoria contínua dos processos e procedimentos assistenciais e de saúde;

h) Contribuir para o desenvolvimento de uma cultura organizacional de formação, qualidade, humanização, espírito crítico e rigor científico.

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

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

Artigo 27.º

Presidente

1 — Compete especialmente ao presidente do conselho clínico e de saúde:

a) Assegurar em continuidade as atividades decorrentes das competências do conselho clínico e de saúde;

b) Convocar as reuniões do conselho e dirigir as mesmas;

c) Coordenar as atividades do conselho;

d) Exercer voto de qualidade.

2 — O presidente do conselho clínico e de saúde é substituído, nas suas faltas e impedimentos, pelo vogal médico que, para o efeito, seja por ele designado.

Artigo 28.º

Reuniões

O conselho clínico e de saúde reúne-se ordinariamente uma vez por mês e, extraordinariamente, quando seja convocado pelo presidente, por sua iniciativa ou a pedido de, pelo menos, dois vogais.

Artigo 29.º

Regime de exercício de funções

1 — Os membros do conselho clínico e de saúde são designados por um período não superior a três anos, renovável até ao limite de seis anos, salvo em situação excecional devidamente fundamentada.

2 — Os membros do conselho clínico e de saúde podem ser dispensados parcialmente do exercício das suas funções profissionais.

3 — As funções de membro do conselho clínico e de saúde são incompatíveis com as de diretor executivo do ACES, sem prejuízo do disposto no n.º 2 do artigo 21.º, e com as de coordenador de unidade funcional.

4 — Ao presidente do conselho clínico é atribuído um suplemento remuneratório a fixar por despacho dos mem-

bros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças, da Administração Pública e da saúde.

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

Artigo 30.º

Cessação de funções

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

- a) No termo do prazo fixado para o exercício do cargo;
- b) Na data da tomada de posse noutro cargo ou função incompatíveis com o exercício das funções de membro do conselho clínico e de saúde;
- c) Por renúncia, mediante carta dirigida ao presidente do conselho diretivo da ARS, I. P.;
- d) Por acordo entre o membro do conselho clínico e de saúde e o conselho diretivo da ARS, I. P.;
- e) Por deliberação do conselho diretivo da ARS, I. P., com fundamento em incumprimento dos deveres de membro do conselho clínico e de saúde.

2 — Verificando-se o previsto na alínea a) do número anterior, o membro do conselho clínico e de saúde mantém-se em funções até nova designação.

3 — A renúncia produz efeito 30 dias após a receção da carta, salvo se entretanto for designado outro membro.

SUBSECÇÃO IV

Conselho da comunidade

Artigo 31.º

Composição e designação

1 — O conselho da comunidade é composto por:

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

2 — Sem prejuízo do disposto na alínea e) do número anterior, os membros do conselho da comunidade são designados por um período de três anos, renovável por iguais períodos, sem prejuízo da sua substituição, a todo o tempo, pelas entidades que os designaram.

Artigo 32.º

Competência

Compete designadamente ao conselho da comunidade:

- a) Dar parecer sobre os planos plurianuais e anuais de atividades do ACES e respetivos orçamentos, antes de serem aprovados;
- b) Acompanhar a execução dos planos de atividade, podendo para isso obter do diretor executivo do ACES as informações necessárias;
- c) Alertar o diretor executivo para factos reveladores de deficiências graves na prestação de cuidados de saúde;
- d) Dar parecer sobre o relatório anual de atividades e a conta de gerência, apresentados pelo diretor executivo;
- e) Assegurar a articulação do ACES, em matérias de saúde, com os municípios da sua área geográfica;
- f) Propor ações de educação e promoção da saúde e de combate à doença a realizar pelo ACES em parceria com os municípios e demais instituições representadas no conselho da comunidade;
- g) Dinamizar associações e redes de utentes promotoras de equipas de voluntariado.

Artigo 33.º

Presidente

1 — O presidente é indicado pelas câmaras municipais da área de atuação do ACES.

2 — Ao presidente compete especialmente:

- a) Representar o conselho da comunidade;
- b) Convocar e dirigir as reuniões;
- c) Assegurar a ligação do conselho da comunidade aos outros órgãos do ACES, especialmente ao diretor executivo.

Artigo 34.º

Funcionamento

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

2 — As deliberações são tomadas por maioria simples dos votos.

3 — O conselho da comunidade reúne-se em instalações indicadas pelo diretor executivo do ACES, que presta o demais apoio logístico.

SECÇÃO II

Serviços de apoio

Artigo 35.º

Serviços

Nos ACES funcionam, na dependência do diretor executivo, os seguintes serviços de apoio:

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

Artigo 36.º

Unidade de apoio à gestão

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

a) Prestar assessoria técnica em todos os domínios da gestão do ACES;

b) Acompanhar a execução dos contratos-programa celebrados entre o ACES e o conselho diretivo da ARS, I. P.;

c) Colaborar na elaboração dos planos de atividade e orçamentos e acompanhar a respetiva execução;

d) Analisar a eficácia das políticas de gestão dos recursos humanos, dos equipamentos e financeira e elaborar os respetivos relatórios anualmente e quando solicitados pelo diretor executivo;

e) Monitorizar e disponibilizar informação sobre faturação e prescrição;

f) Assegurar e organizar os procedimentos administrativos respeitantes à gestão de bens e equipamentos afetos ao ACES e garantir o controlo de consumos;

g) Assegurar o aprovisionamento, gestão e controlo de vacinas, contraceptivos e demais medicamentos e material de consumo clínico;

h) Coordenar os serviços de segurança, apoio e vigilância ao ACES e suas unidades funcionais.

2 — A unidade de apoio à gestão exerce as suas funções em articulação funcional com os serviços de apoio da respetiva ARS, I. P., nomeadamente através da utilização de serviços partilhados.

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

4 — Para o exercício das tarefas enunciadas na alínea g) do n.º 1 é designado um técnico superior com formação e experiência adequadas.

Artigo 37.º

Gabinete do cidadão

1 — Compete especialmente ao gabinete do cidadão:

a) Verificar as condições de acesso dos utentes aos cuidados de saúde;

b) Informar os utentes dos seus direitos e deveres como utilizadores dos cuidados de saúde primários;

c) Receber observações, sugestões e reclamações dos utentes relativas aos cuidados prestados e responder às mesmas;

d) Verificar regularmente o grau de satisfação dos utentes do ACES.

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

CAPÍTULO IV

Instrumentos de gestão

Artigo 38.º

Instrumentos de gestão

São instrumentos de gestão do ACES:

a) O regulamento interno;

b) Os planos plurianuais e anuais de atividades e respetivos orçamentos;

c) Os relatórios de atividades;

d) O contrato-programa.

Artigo 39.º

Contratos-programa

1 — Para efeitos do presente decreto-lei, contrato-programa é o acordo celebrado entre o diretor executivo do ACES e o conselho diretivo da ARS, I. P., pelo qual se estabelecem, qualitativa e quantitativamente, os objetivos do ACES e os recursos afetados ao seu cumprimento e se fixam as regras relativas à respetiva execução.

2 — O contrato-programa é celebrado anualmente, devendo, designadamente:

a) Delimitar o âmbito, prioridades e modalidades da prestação de cuidados e serviços de saúde, contemplando os programas nacionais e assegurando a sua harmonização e coerência em todo o Sistema Nacional de Saúde;

b) Estabelecer objetivos e metas quantitativas em cada uma das áreas de intervenção do ACES;

c) Prever indicadores de controlo da qualidade das prestações de cuidados de saúde;

d) Definir instrumentos de acompanhamento e avaliação das atividades assistenciais e económico-financeiras do ACES;

e) Prever o tempo e o modo da atribuição de recursos, em função do cumprimento das metas qualitativas e quantitativas estabelecidas;

f) Estabelecer as regras a que devem obedecer as unidades do ACES a fim de poderem funcionar como centros de produção e de custos;

g) Estabelecer os mecanismos para a continuidade da prestação de cuidados, em especial os relativos à articulação funcional com a rede de cuidados diferenciados e a rede de cuidados continuados integrados;

h) Prever as modalidades de apoio técnico da ARS, I. P., à gestão do ACES.

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

CAPÍTULO V

Disposições finais e transitórias

Artigo 40.º

(Revogado.)

Artigo 41.º

(Revogado.)

Artigo 42.º

Vigência transitória do Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de maio

Os centros de saúde regulados pelo Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de maio, alterado pelo Decreto-Lei n.º 39/2002, de 26 de fevereiro, e repristinado pelo Decreto-Lei n.º 88/2005, de 3 de junho, deixam de estar sujeitos a esse diploma a partir do momento em que são integrados em ACES.

Artigo 42.º-A

Centros de saúde integrados em unidades locais de saúde

Os centros de saúde integrados em unidades locais de saúde seguem, com as necessárias adaptações, o regime de organização e funcionamento previsto no presente decreto-lei, devendo refleti-lo nos respetivos regulamentos internos.

Artigo 43.º

Regulamentação

A regulamentação prevista no presente decreto-lei é aprovada no prazo de 90 dias após a sua entrada em vigor.

SUPREMO TRIBUNAL ADMINISTRATIVO**Acórdão do Supremo Tribunal Administrativo
n.º 6/2012****Processo n.º 369/12 — Pleno da 1.ª Secção**

Acordam no Pleno da 1.ª Secção do Supremo Tribunal Administrativo:

O Sindicato dos Trabalhadores dos Impostos interpôs este recurso para uniformização de jurisprudência com o fundamento de que a decisão recorrida — o aresto proferido pelo TCA-Sul e constante de fls. 262 a 266 dos autos — está em contradição, quanto a idêntica questão fundamental de direito, com o acórdão do mesmo TCA, proferido em 12 de Maio de 2011 no processo n.º 6686/10.

O recorrente terminou a sua alegação de recurso formulando as conclusões seguintes:

1 — Atenta a identidade dos factos, assim como das normas de direito que lhes são aplicáveis, existe contradição de julgados entre o acórdão proferido nos presentes autos e o acórdão proferido no processo n.º 6686/10 (2.º Juízo — 1.ª Secção), em 12 de Maio de 2001, pelo TCA-Sul.

2 — Atenta a incongruência de decisões proferidas sobre a mesma matéria de facto e de direito, importa proferir decisão que uniformize a jurisprudência sobre o assunto.

Contra-alegou o Ministério das Finanças e da Administração Pública, concluindo pela forma seguinte:

1 — A uniformização de jurisprudência deve respeitar a decisão contida no acórdão impugnado, já que este fez uma correcta interpretação e aplicação da lei aos factos.

2 — Por esse motivo, não pode ser reconhecido ao recorrente o direito ao posicionamento, pelo menos igual aos de outros funcionários com menor antiguidade na categoria, mas em índice superior.

3 — Não deve ser acolhido o entendimento propugnado no acórdão fundamento, que incide sobre a questão factual da inversão de posições remuneratórias, omitindo a própria estrutura do sistema retributivo que assenta em princípios que admitem essa possibilidade.

4 — Essa admissão foi já expressamente defendida pelo Tribunal Constitucional, através do acórdão proferido no processo n.º 323/05, a cuja posição o acórdão impugnado adere.

5 — O acórdão impugnado toma em consideração a estrutura do sistema retributivo e os princípios de acordo com os quais a progressão e promoção nas carreiras ocorrem e a que o Decreto-Lei n.º 557/99, de 17 de Dezembro, obedece.

6 — Entende o Tribunal Constitucional, que na questão da inversão de posições remuneratórias, só ocorre a violação do princípio constitucional «para trabalho igual salário igual», quando se verifica o recebimento de remuneração superior por funcionários que, cumulativamente, detenham menor antiguidade na categoria e na carreira.

7 — No presente caso o acórdão impugnado decidiu bem, porque não se verificam ambas as condições, logo não existe desigualdade que imponha o reposicionamento do funcionário.

8 — Com efeito, no caso presente, tal como veio alegado e provado, apenas estão em causa colegas com menor antiguidade na categoria, mas nada se diz quanto à antiguidade na carreira.

9 — E esta diferença é possível, na medida em que a articulação das regras da progressão na carreira conjugadas com as regras da progressão na carreira, podem implicar diferenças remuneratórias entre funcionários, de modo a que funcionários com menos tempo na categoria auferam uma retribuição maior.

10 — O acórdão impugnado entende, tal como entende o Tribunal Constitucional, que não é apenas pela razão de existirem diferenças entre funcionários na mesma categoria, que se pode configurar a existência de uma desigualdade que viole a Lei Fundamental.

11 — O que temos aqui em causa, é precisamente uma diferença de remuneração que assenta em critérios objetivos, e é por isso inteiramente justificada pela própria natureza do sistema, que permite que existam diferenças de remuneração a ponto de, numa mesma categoria, funcionários com mais tempo recebam remunerações inferiores.

12 — Não é suficiente para que se conclua pela verificação de uma violação dos princípios da igualdade ou da equidade o facto de um funcionário mais antigo na categoria ser remunerado por um índice inferior ao de outro menos antigo.

13 — Não estando vedada a promoção aos funcionários que não tenham atingido o último escalão da categoria imediatamente anterior, são inevitáveis as diferenças remuneratórias entre funcionários dentro da mesma categoria.

14 — O acórdão impugnado decidiu em conformidade com a jurisprudência do Tribunal Constitucional sobre esta matéria, que entende que apenas são lesivas do princípio constitucional «para trabalho igual salário igual», situações que conduzem ao recebimento de remuneração superior por funcionários que, cumulativamente, detenham menor antiguidade na categoria e na carreira.

15 — A uniformização de jurisprudência deverá ser feita no sentido de respeitar o acórdão impugnado, porque estão em total adesão àquilo que foi decidido, em matéria semelhante, pelo Tribunal Constitucional.