

Relatório de Governo Societário 2023

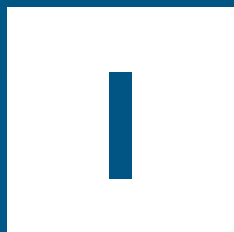
Relatório de Governo Societário 2023

Versão aprovada em reunião do Conselho de Administração de 29 de abril de 2024.



ÍNDICE

I	SÍNTESE (SUMÁRIO EXECUTIVO)	04	VII	REMUNERAÇÕES	66
			A. Competência para a Determinação	67	
			B. Comissão de Fixação de Remunerações	67	
			C. Estrutura das Remunerações	68	
			D. Divulgação das Remunerações	69	
II	MISSÃO, OBJETIVOS E POLÍTICAS	08			
III	ESTRUTURA DE CAPITAL	16	VIII	TRANSAÇÕES COM PARTES RELACIONADAS E OUTRAS	72
IV	PARTICIPAÇÕES SOCIAIS E OBRIGAÇÕES DETIDAS	18	IX	ANÁLISE DE SUSTENTABILIDADE DA EMPRESA NOS DOMÍNIOS ECONÓMICO, SOCIAL E AMBIENTAL	76
V	ÓRGÃOS SOCIAIS E COMISSÕES	20	X	AVALIAÇÃO DO GOVERNO SOCIETÁRIO	88
	A. Modelo de Governo	21			
	B. Assembleia Geral	21			
	C. Administração e Supervisão	21			
	D. Fiscalização	43			
	E. Revisor Oficial de Contas (ROC)	47			
	F. Conselho Consultivo (Caso Aplicável)	48			
	G. Auditor Externo (Caso Aplicável)	49	XI	ANEXOS DO RGS	90
VI	ORGANIZAÇÃO INTERNA	52			
	A. Estatutos e Comunicações	53			
	B. Controlo Interno e Prevenção de Riscos	53			
	C. Regulamentos e Códigos	59			
	D. Deveres Especiais de Informação	61			
	E. Sítio na Internet	62			
	F. Prestação de Serviço Público ou de Interesse Geral (Caso Aplicável)	64			



SÍNTESE (SUMÁRIO EXECUTIVO)

1. A síntese ou sumário executivo deve permitir a fácil perceção do conteúdo do relatório e, em particular, mencionar as alterações mais significativas em matéria de Boas Práticas de Governo Societário adotadas em 2023.

O Centro Hospitalar Universitário de Santo António, E.P.E., foi criado por fusão do Centro Hospitalar Universitário do Porto, E.P.E., com o Hospital de Magalhães Lemos E.P.E., pelo Decreto-Lei n.º 7-A/2023, de 30 de janeiro que entrou em vigor no 1º dia do mês seguinte à sua publicação, ou seja, no dia 1 de fevereiro de 2023.

Tal como é referido neste Decreto-Lei: “A reestruturação do parque hospitalar, numa lógica de integração e complementaridade, concentração de recursos, financeiros, tecnológicos e humanos, e de compatibilização de desígnios estratégicos, tem sido prosseguida por sucessivos Governos Constitucionais. Na sequência dessa política e com base em critérios de homogeneidade demográfica, complementaridade assistencial e de existência de protocolos e circuitos de colaboração desde há décadas, torna-se necessária a fusão das unidades de saúde do Centro Hospitalar Universitário do Porto, E. P. E., e do Hospital de Magalhães Lemos, E.P.E., e, nesta decorrência, a criação de um novo centro hospitalar com a natureza de entidade pública empresarial.

Esta fusão insere-se num processo de melhoria contínua da prestação de cuidados de saúde, garantindo às populações qualidade e diversificação da oferta, a universalização do acesso e o aumento da eficiência dos serviços. Não menos importante é o impacto desta fusão na reorganização dos cuidados de saúde mental, através da sua integração na rede prestadora dos cuidados gerais de saúde, em consonância com os princípios gerais de política de saúde mental, segundo os quais os tratamentos de doentes mentais em regime de internamento ocorrem, tendencialmente, em hospitais gerais.

Esta decisão de fusão das unidades de saúde está, assim, alinhada com as recomendações produzidas após a avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 e as propostas prioritárias para a sua extensão a 2020, bem como com os eixos estratégicos do Programa do XXIII Governo Constitucional, do Plano Nacional de Saúde 2021-2030 e do Plano Estratégico da Administração Regional de Saúde do Norte.

Finalmente, atenta a longa relação de complementaridade entre as unidades de saúde agora objeto de fusão no protocolo com o Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar para o ensino clínico do mestrado integrado de Medicina, o presente decreto-lei vem acentuar a importância do ensino universitário e da investigação científica desenvolvida nas unidades visadas, potenciando a aposta na colaboração e na coordenação com as instituições de ensino das suas áreas de influência, promovendo o seu desenvolvimento, nos termos da legislação aplicável aos hospitais com ensino universitário.

A fusão das referidas unidades de saúde e a criação da entidade pública empresarial objeto do presente decreto-lei foi antecederida de proposta da Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, I. P., e de parecer positivo da Unidade Técnica de Acompanhamento e Monitorização do Setor Público Empresarial.”

Ainda em 2023, o Decreto-Lei n.º 102/2023 de 7 de novembro procedeu à reestruturação das entidades públicas empresariais referidas no seu artigo 1.º, adotando-se o modelo de organização e funcionamento em unidades locais de saúde (ULS).

De acordo com a alínea k) do artigo 1.º do referido Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro de 2023, o Centro Hospitalar Universitário de Santo António, E.P.E., com integração dos Agrupamentos de Centros de Saúde do Grande Porto II – Gondomar e do Grande Porto V – Porto Ocidental, passou a denominar-se Unidade Local de Saúde de Santo António, E.P.E., com efeito a 1 de janeiro de 2024.

Nestes termos, à presente data a entidade Centro Hospitalar Universitário de Santo António, E.P.E., denomina-se Unidade Local de Saúde de Santo António E.P.E.

O presente relatório diz respeito à atuação da entidade em matéria de práticas de governo societário no período de 1 de fevereiro a 31 de dezembro de 2023.

O RGS de 2023 constitui um documento de leitura autónoma para poder ser publicitado no site institucional e estar desse modo acessível ao cidadão comum. Para esse efeito, houve cuidado com a apresentação da informação por forma a ser clara, concisa e suficiente e não se faz remissão para outros documentos.

O relatório de governo societário tem como objetivo fornecer ao titular da função acionista, o Estado, e ao público em geral, as informações atuais e completas sobre os princípios de governo societário e práticas de bom governo adotados de harmonia com o princípio da transparência, do controlo de risco e da prevenção de conflitos de interesses.

Nestes termos, este relatório foi preparado em respeito da legislação em vigor, designadamente das disposições constantes do Regime Jurídico do Setor Público Empresarial (RJSPE), com particular atenção às normas aplicáveis em matéria das Práticas de Bom Governo, especialmente o Capítulo II da secção II - Práticas de bom governo, do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro, na sua versão atual.

Na preparação do relatório, atendeu-se ainda ao Modelo e bem assim às Instruções para o efeito divulgadas no “Manual para a elaboração do Relatório de Governo Societário 2023” da Unidade Técnica de Acompanhamento e Monitorização do Setor Empresarial do Estado - Ministério das Finanças.

No âmbito das alterações e melhorias mais significativas em matéria de Boas Práticas de Governo Societário adotadas em 2023, destacamos:

- A elaboração do Regulamento interno, a apresentação e discussão pública interna do documento durante o mês de março;

- A revisão do documento na sequência dos contributos recebidos com a aprovação do conselho de administração no final do mês de maio e o envio à Tutela;
- E finalmente em 4 de agosto a homologação pelo Secretário de Estado da Saúde, nos termos do artigo 67º, nº1 b) do decreto-lei nº52/2022 e das competências delegadas através do Despacho nº 12167/2022, de 10 de outubro.

Na elaboração deste Regulamento interno houve a preocupação de integrar as diferentes entidades que compunham o universo da Entidade em 2023, bem como de avaliar e introduzir um conjunto de melhorias organizativas e alterações consideradas necessárias ao nível da estruturação das áreas clínicas, assim como das áreas de gestão.

O Regulamento interno expressa a estrutura fundamental, remetendo os detalhes para a legislação aplicável ou para normas a desenvolver a diferentes níveis da organização.

Introduziram-se estruturas, léxico e conceitos contemporâneos, otimizando a organização e a gestão empresariais, rentabilizando o potencial técnico-científico, em prol dos doentes, dos profissionais e da comunidade. O projeto de regulamento Interno esteve em discussão pública interna entre 22 de março e 26 de abril.

Complementarmente, o organograma resultante do novo regulamento interno reflete, a estrutura, organização e funcionamento da Entidade em 2023.

Em 2024 a integração dos Agrupamentos de Centros de Saúde do Grande Porto II – Gondomar e do Grande Porto V – Porto Ocidental, com efeito a 1 de janeiro de 2024, deverá ser embutida no regulamento interno e no organograma da entidade Unidade Local de Saúde de Santo António, EPE.

Relativamente às matérias do Capítulo II do Regime Jurídico do setor público empresarial (RJSPE), os pontos seguintes sintetizam o cumprimento dos princípios e a adoção das práticas de bom governo durante o período de 1 de fevereiro de 2023 a 31 de dezembro de 2023. A entidade:

Apresentou o plano de atividades e orçamento para 2023 – artigo 43.º RJSPE;

Divulgou informação sobre estrutura acionista, assunção de dívidas ou passivos, execução dos objetivos, documentos de prestação de contas, relatórios trimestrais de execução orçamental com relatório do órgão de fiscalização, identidade e curriculum dos membros dos órgãos sociais, remunerações e outros benefícios - artigo 44.º RJSPE;

Submeteu a informação financeira anual ao Revisor Oficial de Contas que é responsável pela Certificação Legal das Contas da empresa – artigo 45.º RJSPE;

Elaborou o relatório do plano de prevenção de riscos do n.º 14 do artigo 86.º dos Estatutos, relatório identificativo de ocorrências, ou risco de ocorrências, associado à prevenção da corrupção, de 2023, no mês de abril do ano seguinte a que respeita a execução, ou seja, abril de 2024, como estabelece o artigo 6º nº 4 b) do Decreto-lei 109-E/2021 de 9 de dezembro - artigo 46.º RJSPE;

Adotou o Código de Conduta Ética divulgado internamente e no site institucional - artigo 47.º RJSPE;

O processo de contratualização que se encontra implementado no Serviço Nacional de Saúde (SNS) estabelece o relacionamento entre acionistas, financiadores/compradores e prestadores de cuidados de saúde, encontrando-se vertido num Contrato-Programa trienal, atualizado anualmente por um Acordo Modificativo a este Contrato-Programa, através do qual se explicitam os resultados a alcançar em cada instituição do SNS.

Este processo de contratualização baseia-se na responsabilidade de todas as entidades envolvidas, nomeadamente: Tutela (Ministério da Saúde e Ministério das Finanças), Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), Administrações Regionais de Saúde (ARS) e Entidades Prestadoras de Cuidados de Saúde (Hospitais, Centros Hospitalares e Unidades Locais de Saúde) - artigo 48.º RJSPE;

Prosseguiu objetivos de responsabilidade social e ambiental - Artigo 49.º RJSPE;

Implementou políticas de recursos humanos e planos de igualdade - artigo 50.º RJSPE;

Evidenciou a independência de todos os membros do órgão de administração e que não participam das decisões que envolvam os seus interesses-artigo 51.º RJSPE;

Evidenciou que todos os membros do órgão de administração cumpriram a obrigação de declarar as participações patrimoniais e relações suscetíveis de gerar conflitos de interesse ao órgão de administração, ao órgão de fiscalização e à IGF - artigo 52.º RJSPE;

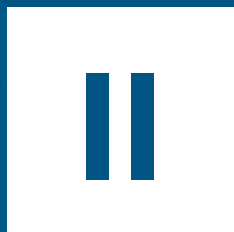
Providenciou no sentido de que a UTAM tenha condições para que toda a informação a divulgar possa constar do sítio na internet da Unidade Técnica - artigo 53.º RJSPE;

Apresentou o relatório do órgão de fiscalização em que é aferido constar do relatório anual de práticas de governo societário informação atual e completa sobre todas as matérias tratadas no Capítulo II do RJSPE (boas práticas de governação) - artigo 54.º RJSPE.

Resta agradecer a todos os colaboradores que de forma direta ou indireta contribuíram para a elaboração deste relatório de governo societário de 2023 e aguardar a avaliação da UTAM e a subsequente aprovação da Tutela acionista representada pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério das Finanças.

2. Da tabela a incluir constará a informação seguinte:

CAPÍTULO II DO RJSPE – PRÁTICAS DE BOM GOVERNO		SIM	NÃO
Artigo 43.º	Apresentou plano de atividades e orçamento para 2023 adequado aos recursos e fontes de financiamento disponíveis	X	
	Obteve aprovação pelas tutelas setorial e financeira do plano de atividades e orçamento para 2023	X	
Artigo 44.º	Divulgou informação sobre estrutura acionista, participações sociais, operações com participações sociais, garantias financeiras e assunção de dívidas ou passivos, execução dos objetivos, documentos de prestação de contas, relatórios trimestrais de execução orçamental com relatório do órgão de fiscalização, identidade e curriculum dos membros dos órgãos sociais, remunerações e outros benefícios	X	
Artigo 45.º	Submeteu a informação financeira anual ao Revisor Oficial de Contas, que é responsável pela Certificação Legal das Contas da empresa	X	
Artigo 46.º	Elaborou o relatório identificativo de ocorrências, ou risco de ocorrências, associado à prevenção da corrupção, de 2023, no mês de abril do ano seguinte a que respeita a execução como estabelece o artigo 6º nº 4 b) do Decreto-lei 109-E/2021, de 9 de dezembro.	X	
Artigo 47.º	Adotou um código de ética e divulgou o documento	X	
Artigo 48.º	Tem contratualizada a prestação de serviço público ou de interesse geral, caso lhe esteja confiada	X	
Artigo 49.º	Prosseguiu objetivos de responsabilidade social e ambiental	X	
Artigo 50.º	Implementou políticas de recursos humanos e planos de igualdade	X	
Artigo 51.º	Declarou a independência de todos os membros do órgão de administração e que os mesmos se abstêm de participar nas decisões que envolvam os seus próprios interesses	X	
Artigo 52.º	Declarou que todos os membros do órgão de administração cumpriram a obrigação de comunicar as participações patrimoniais que detenham na empresa e relações suscetíveis de gerar conflitos de interesse ao órgão de administração, ao órgão de fiscalização e à Inspeção-Geral de Finanças	X	
Artigo 53.º	Providenciou no sentido de que a UTAM tenha condições para que toda a informação a divulgar possa constar do sítio na internet da Unidade Técnica	X	
Artigo 54.º	Apresentou o relatório do órgão de fiscalização em que é aferido constar do relatório anual de práticas de governo societário informação atual e completa sobre todas as matérias tratadas no Capítulo II do RJSPE (boas práticas de governação)	X	



MISSÃO, OBJETIVOS E POLÍTICAS

1. Indicação da missão e da forma como é prosseguida, assim como da visão e dos valores que orientam a empresa (vd. artigo 43.º do RJSPE).

Missão e Visão

O Centro Hospital Universitário de Santo António, atualmente designado de Unidade Local de Saúde de Santo António, tem uma missão ampla, da assistência corrente à de alta diferenciação científica, das doenças prevalentes na comunidade às patologias complexas, integrando-as com o ensino, a investigação, a formação e o desenvolvimento humano, em compromisso solidário com o sistema nacional de saúde.

Integra, à data, dezasseis centros de referência reconhecidos pela Direção-Geral da Saúde e onze redes de doenças raras ou complexas no âmbito da Comissão Europeia.

Visa consolidar-se como um centro de inovação, reconhecido pela sociedade, desenvolvendo-se de acordo com modelos dinâmicos, criativos, competitivos e comprometidos com princípios de sustentabilidade global e cidadania, assentes em integridade e transparência, culminando em benefícios para as pessoas.

Valores e Princípios

O universo Santo António deverá orientar-se pelos princípios e valores universais, consignados nas leis, nas convenções internacionais de direitos humanos, de saúde global e promoção ambiental, nos códigos de ética e nas regras de conduta das associações profissionais, com ênfase nos seguintes:

- a)** Empatia e inclusão - Respeito pela vulnerabilidade humana, liberdade intelectual, equidade e não discriminação;
- b)** Integridade - Defesa do sigilo, da intimidade dos cidadãos e da proteção de dados;
- c)** Compromisso - Sentido de serviço público, lealdade, eficiência e rigor;
- d)** Interdisciplinaridade - Coerência com os objetivos institucionais, cooperação e trabalho interdisciplinar;
- e)** Qualidade - Qualidade e segurança, dos grandes projetos aos detalhes, visando resultados de excelência;
- f)** Proficiência e reconhecimento - Brio no aperfeiçoamento individual, concorrência sã e leal entre pares, reconhecimento e valorização do mérito.

Atribuições

O Santo António presta assistência às populações da sua área de influência primária, das regiões consignadas nas redes de referência hospitalar e nos centros de referência de doenças raras ou complexas, salvaguardando o livre acesso e a circulação racional de cidadãos no sistema nacional de saúde.

A assistência clínica é indissociável do ensino, da formação, da investigação, inovação e desenvolvimento.

2. Indicação de políticas e linhas de ação desencadeadas no âmbito da estratégia definida (vd. artigo 38.º do RJSPE), designadamente:

a) Objetivos e resultados definidos pelos acionistas relativos ao desenvolvimento da atividade empresarial a alcançar em cada ano e triénio, em especial os económicos e financeiros;

Os eixos estratégicos são os a seguir apresentados reformulados para o contexto da ULS Santo António.

Eixo 1. Reforma Hospitalar

Ação 1. Melhoramento da área de internamento, que se destina a dar resposta aos ciclos de maior procura no inverno ou de recuperação de LIC.

Ação 2. Manter uma política de Recursos Humanos que permita substituir de forma programada as aposentações e prever novas áreas de desenvolvimento;

Ação 3. Manutenção de uma forte aposta nos Sistemas de Informação.

Ação 4. Modelo de Governação – criação de Centros Clínicos, alguns dos quais englobarão alguns dos atuais departamentos, que deverão ter uma estrutura que lhes permita maior autonomia de gestão e maior responsabilidade pelos resultados alcançados. A criação de CRI's mantém-se como um objetivo.

Ação 5. Alargamento das áreas de Bloco Operatório.

Ação 6. Desenvolvimento da Cirurgia Robótica.

Eixo 2. Integração de Cuidados

Ação 1. Reforço das ligações clínicas com os cuidados primários privilegiando a consultadoria, tanto localmente como por via da telemedicina.

Ação 2. Internalização no CHU Santo António de análises clínicas dos ACeS da nossa área.

Ação 3. Criação de equipas de Gestão da Doença Crónica em colaboração com os ACeS.

Ação 4. Alargar o número de internamentos de hospitalização domiciliária.

Ação 5. Reforço na articulação com os cuidados continuados integrados.

Eixo 3. Adequação da oferta de cuidados de saúde às necessidades das populações

Ação 1. Respostas integradas de saúde, com descentralização de cuidados.

Ação 2. Compromisso dos municípios e da sociedade

Ação 3. Incorporação de todos na rede científica, académica de inovação e desenvolvimento.

Ação 4. Aproveitar o enorme potencial de trabalho em equipa, interdisciplinar, para agilizar as respostas necessárias decorrentes do Envelhecimento acelerado, de qualidade variável, baixa natalidade, doenças crónicas e morbilidades cruzadas.

Eixo 4 - Desenvolvimento da Qualidade Assistencial e Governança Clínica

Ação 1. Consolidar a Acreditação existente em todas as Unidades da ULS de Santo António.

Ação 2. Monitorizar continuamente um conjunto de indicadores de qualidade.

Ação 3. Reforçar a Ambulatorização de cuidados.

Ação 4. Encerramento do circuito do medicamento.

Ação 5. Modernizar e informatização completa dos circuitos de compras e de logística.

Eixo 5 - Reforço do Ensino, Formação e Investigação

Ação 1. No âmbito do Centro Clínico Académico, desenvolver o centro de cirurgia experimental visando o treino e desenvolvimento da cirurgia de elevada complexidade.

Ação 2. Expansão do atual centro de simulação biomédico, em parceria com o ICBAS.

Ação 3. Integração das áreas da formação e investigação no Centro Clínico Académico.

Eixo 6 - Sustentabilidade Económica e Financeira

Ação 1. Concentração de toda a área laboratorial.

Ação 2. Garantir o reaproveitamento e esterilização de todo o material descartável passível de o fazer garantindo a redução de custos.

Ação 3. Aprofundar as medidas de racionalização do consumo de fármacos, dispositivos médicos e de MCDT, incentivar o desenvolvimento e âmbito da Comissão da Avaliação de tecnologias da Saúde - Dispositivos Médicos.

Ação 4. Criar um Quadro de Pessoal e otimizar a gestão do mesmo.

Eixo 7 - Metodologia de Contratualização interna

Ação 1. Implementar um modelo de gestão da ULS SA assente em órgãos sociais unificados e com poderes inequívocos sobre toda a empresa, no respeito pela identidade e as especificidades de cada uma das três componentes da ULS;

Ação 2. Suprimir redundâncias e desperdícios, uniformizando e agregando estruturas e missões similares;

Ação 3. Desenvolver um modelo de organização clínica matricial, permitindo aproximar a cultura das três componentes, integrar saberes e potencialidades, mantendo as suas identidades e especificidades, principalmente naquelas áreas de intervenção, hospitalar ou comunitária, que não dizem respeito diretos aos outros parceiros.

Ação 4. Implementar um modelo de contratualização interna único e transversal com as diversas estruturas intermédias de gestão, independentemente da sua natureza, baseado em planos de atividade anuais, a elaborar e propor pelos respetivos responsáveis, contemplando, entre outros aspetos, a visão estratégica institucional numa filosofia de Balanced Scorecard, de modo a evidenciar a identidade e especificidade de cada área.

Eixo 8 - Preparar o Futuro

Ação 1. Modernização e ampliação das áreas laboratoriais ligadas à genética/genética molecular.

Ação 2. Modernização do Serviço de Urgência.

Ação 3. Criação de uma Unidade de Internacionalização da atividade clínica, particularmente a cirúrgica.

Ação 4. Modernizar o Centro de Endoscopia com mais de 40 anos;

Ação 5. Criação de uma Unidade para doentes Neuro-críticos.

Ação 6. Desenvolvimento da área da medicina nuclear na resposta de exames PET e nas valências de radioterapia/radiocirurgia.

b) Grau de cumprimento dos mesmos, assim como a justificação dos desvios verificados e das medidas de correção aplicadas ou a aplicar.

Após a análise da produção total do Centro Hospitalar Universitário de Santo António (CHUdSA), nas várias linhas de produção e comparativamente à reconstituição dos períodos homólogos anuais, em universo comparáveis, das entidades extintas, analisaremos agora, na generalidade, o grau de concretização das metas de produção definidas em Contrato-Programa (para produção SNS) circunscrito ao período respeitante aos 11 meses de atividade do Centro Hospitalar de Santo António, bem como dos objetivos de qualidade e eficiência também definidos em Contrato-Programa para este período.

Desvios de Produção SNS

Linha de Produção	Realizado	Contratado	% Realização
Internamento			
GDH Médicos	17.330	18.019	96,2%
GDH Cirúrgicos Programados	8.924	9.226	96,7%
GDH Cirúrgicos Urgentes	4.587	4.714	97,3%
Consulta externa (consultas médicas)			
Primeiras	171.565	175.077	97,99%
Consultas com origem nos CSP referenciadas via CTH	45.176	51.442	87,8%
Consultas Telemedicina	2.719	3.280	82,9%
Consultas de Saúde Mental na Comunidade	648	876	74,0%
Consultas Centros Referência	1.246	1.874	66,5%
Primeiras Consultas Cuidados Paliativos	191	186	102,7%
Consultas (sem majoração de preço)	121.585	117.419	103,5%
Subsequentes	511.717	501.043	102,1%
Consultas Telemedicina	2.118	4.278	49,5%
Consultas de Saúde Mental na Comunidade	5.663	5.003	113,2%
Consultas Centros Referência	15.159	15.137	100,1%
Consultas Subsequentes Cuidados Paliativos	761	682	111,6%
Consultas (sem majoração de preço)	488.016	475.943	102,5%
Hospital de Dia (sem gerar GDH)			
Hematologia	6.075	5.321	114,2%
Psiquiatria	16.842	17.421	96,7%
H dia Base	26.048	22.906	113,7%
Cirurgia de Ambulatório			
GDH Cirúrgicos Programados	18.087	18.133	99,7%
Ambulatório Médico			
GDH Médicos	11.413	11.412	100,0%
Urgência (sem internamento)			
Atendimentos	115.589	119.445	96,8%
Serviço Domiciliário			
Domicílios	5.688	4.903	116,0%
Planos de Saúde:			
Diagnóstico Pré-Natal (Protocolos I e II)	1.844	2.788	66,1%
Diagnóstico e Tratamento da Infertilidade (consultas)	452	546	82,8%
Diagnóstico e Tratamento da Infertilidade (tratamentos)	519	527	98,5%
Banco de Gâmetas	137	164	83,5%
Programa de Tratamento Cirúrgico da Obesidade	672	399	168,4%
Pat. Oncológica - Cancro Cólon e Recto	259	184	140,9%
Doentes em Tratamento Ambulatório TARC	2.622	2.622	100,0%
Doentes em Tratamento - Esclerose Múltipla	430	397	108,4%
Doentes em Tratamento - Doenças lisossomais	23	19	121,1%
Doentes em Tratamento - Hipertensão Pulmonar	162	87	186,0%
Doentes em Tratamento - Polineuropatia Amiloidótica Familiar	498	476	104,6%
Doentes em Tratamento - Hepatite C	115	111	103,3%

Nota: Valores realizados de acordo com o registo estatístico da EFR SNS; não têm em conta quaisquer conversão posterior de episódios para a EFR SNS.

De acordo com a análise dos principais desvios da produção SNS salienta-se o seguinte:

O movimento global do **Internamento** em GDH ficou abaixo do valor contratualizado em 3,5%. Sendo que, que os GDH médicos ficaram aquém do contratado em 3,8% e os Cirúrgicos Programados e os Cirúrgicos Urgentes em 3,3% e 2,7%, respetivamente.

A atividade do **Ambulatório** ficou ligeiramente abaixo dos valores contratados nos GDH Cirúrgicos em 0,3% e em linha com o contratado nos GDH Médicos.

Note-se que, o *mix* de distribuição de GDH Médicos, Cirúrgicos Programados e Urgentes no Internamento, bem como dos GDH Cirúrgicos e Médicos de Ambulatório, assenta numa estimativa, dado que à presente data se aguarda a aferição do GDH de alguns episódios.

A **Consulta Externa** ficou globalmente acima das metas previstas em 1,1% - as Primeiras Consultas ficaram ligeiramente abaixo do contratado (Taxa de execução de 98%), enquanto as consultas subsequentes superaram o previsto (102,1%). Importa salientar que, os valores apresentados já se encontram expurgados dos episódios associados aos programas específicos de saúde, com financiamento próprio, pese embora continuem a ser de difícil contabilização e acompanhamento.

Os valores do **Hospital de Dia** superaram os valores de produção previstos nas sessões de Hospital Dia Base em 13,7%. No que respeita ao Hospital Dia de Psiquiatria, o desvio foi ligeiramente desfavorável em 3,3% e, no Hospital Dia Hematologia, no que respeita a sessões que não faturam por GDH, os valores realizados ficaram 14,2% acima do previsto. No entanto, para efeitos de faturação, a produção destas duas últimas linhas ainda está condicionada à verificação da inclusão de um conjunto mínimo de procedimentos, conforme o estabelecido no capítulo VI ponto 1 da Circular Normativa nº7/2023 da ACSS de 03-04-2023.

A **Urgência**, para os episódios que não originaram seguimento para Internamento, ficou 3,2% abaixo dos valores contratados.

Os **Domicílios** registam um desvio positivo face aos valores previstos no Contrato Programa de 16%.

Na generalidade, os programas de financiamento por doente superaram os valores de produção propostos, com exceção da área da procriação medicamente assistida.

Se consideradas todas as linhas objeto de financiamento no Contrato Programa de 2023, valorizadas aos preços de produção contratada, concluímos por uma **taxa global de cumprimento de 98,8%**.

Objetivos de Desempenho do Serviço de Urgência

	Peso Relativo Indicador (%)	2023		
		Meta	Real	Grau de Cumprimento (%)
	100			
Peso dos episódios de urgência com Prioridade atribuída Verde/Azul/Branca	20	30,00	32,6	91,3%
Peso dos episódios de urgência com internamento	20	11,50	9,8	114,8%
Percentagem de episódios de urgência atendidos dentro do tempo de espera previsto no protocolo de triagem	20	70	67,4	96,3%
Peso dos utilizadores frequentes (> 4 episódios), no total de utilizadores do Serviço Urgência	20	3,00	3,3	90,0%
Rácio Consultas Externas/Atendimentos em Urgência	20	5,00	5,0	100,2%
Índice de Desempenho do Serviço de Urgência				98,5%

Em 2023, à semelhança de anos anteriores, estão contemplados no **Contrato Programa** indicadores de acesso e qualidade assistencial no **Serviço de Urgência**, que visam aferir a componente do valor da Urgência em função do desempenho. No global, no conjunto dos 5 indicador objeto de aferição o CHUdSA **atingiu um índice de desempenho de 98,5%**.

De salientar que o desempenho do indicador - **peso de episódios de urgência com prioridade atribuída verde/azul e branca** foi, em parte, perturbado pela resposta dos cuidados de saúde primários. Também o desempenho medido pela **percentagem de episódios de urgência atendidos dentro do tempo de espera previsto no protocolo de triagem**, embora aquém da meta de 70% estabelecida, conseguiu manter uma taxa de resposta adequada em 67% dos atendimentos, a mesma que em 2022, mas para um volume superior de episódios (+1,6%).

Verificou-se ainda alguma dificuldade em atingir a meta para o indicador **peso dos utilizadores frequentes (> 4 episódios)**, em grande parte devido ao enquadramento socioeconómico da nossa zona de referência e muito particularmente ao contexto da Zona Urbana onde a nossa urgência se insere.

Os restantes indicadores obtiveram um nível de cumprimento superior a 100%.

Objetivos de Qualidade e Eficiência

Áreas	Ponderação	Indicadores CP 2023	Meta	Realizado
Objetivos Nacionais (100%)				
A. Acesso (60%)	10,0%	A.1. Percentagem de pedidos em Lista de Espera para Consulta (LEC) dentro do TMRG	70,0	63,4
	10,0%	A.2. Percentagem de consultas realizadas dentro dos tempos máximos de resposta garantidos (TMRG)	90,0	69,9
	10,0%	A.3. Percentagem de utentes em Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC) dentro do TMRG	80,0	78,5
	10,0%	A.4. Percentagem de doentes operados dentro do TMRG	90,0	92,9
	10,0%	A.5. Percentagem de episódios de urgência atendidos dentro do tempo de espera previsto no protocolo de triagem	70,0	67,3
	10,0%	A.6. Percentagem de doentes referenciados para a RNCCI, avaliados/confirmados pela EGA em tempo adequado (até 2 dias úteis) após a referência, no total de doentes referenciados para a RNCCI	30,0	nd
B. Desempenho assistencial (20%)	3,0%	B.1. Percentagem reinternamentos em 30 dias, na mesma Grande Categoria de Diagnóstico	3,0	3,96
	3,0%	B.2. Percentagem de cirurgias realizadas em ambulatório (GDH), para procedimentos tendencialmente ambulatorizáveis	20,0	24,3
	3,0%	B.3. Percentagem de cirurgias da anca efetuadas nas primeiras 48 horas	70,0	71,3
	4,0%	B.4. Índice de Mortalidade Ajustada	0,9	0,897
	4,0%	B.5. Índice de Demora Média Ajustada	1,0	0,944
	3,0%	B.6. Demora média antes da cirurgia	0,58	0,57
C. Eficiência (20%)	5,0%	C.1. Gastos operacionais por doente padrão	Melhor do grupo	nd
	5,0%	C.2. Doente padrão por Médico ETC	65,0	70,5
	5,0%	C.3. Doente padrão por Enfermeiro ETC	55,5	56,6
	5,0%	C.4. Percentagem de Gastos com Trabalho Extraordinário, Suplementos e FSE (Selecionados), no Total de Gastos com Pessoal	15,9%	17,1%

Do Contrato-Programa do Centro Hospitalar para 2023 consta um conjunto de objetivos de qualidade e eficiência. Do cumprimento desses objetivos depende a atribuição de um incentivo negociado em sede de Contrato Programa no montante de 20.529.534,40€ (5% do valor global do Contrato Programa) e para o qual o CHUdSA é financiado na proporção do seu cumprimento.

À presente data, aguarda-se a validação desses objetivos por parte da ACSS, bem como do apresentado com a nota “n.d.”. No entanto, num “proxy” de cálculo elaborado pelo próprio Hospital, tendo em conta a metodologia de avaliação para a definição de preços e fixação de objetivos do Contrato-Programa de 2023 e de acordo com a informação disponível no SICA – Sistema de Informação, Contratualização e Acompanhamento (mapa «Índice de Desempenho Global»), podemos constatar que:

Relativamente ao **Acesso**, considerou-se o cumprimento acima de 100% no indicador ‘A.4. Percentagem de doentes operados dentro do TMRG’ (103,2%) e para o indicador ‘A.3. Percentagem de utentes em Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC) dentro do TMRG’ a taxa de execução situou-se nos 98%, ainda que os últimos dados oficialmente apurados remontem a novembro de 2023. No que respeita em matéria de acesso à consulta hospitalar os indicadores ‘A.1. Percentagem de utentes em Lista de Espera para Consulta (LEC) dentro do TMRG’ e ‘A.2. Percentagem de consultas realizadas dentro dos tempos máximos de resposta garantidos (TMRG)’, obtivera taxas de concretização de 90,6% e 77,7%, respetivamente. De salientar que nos dois últimos anos assistiu-se a uma retoma significativa da atividade de referência dos Cuidados de Saúde Primários para consulta de especialidade hospitalar, o que se refletiu em certa medida na pressão da lista de espera não sendo possível assegurar o cumprimento integral a 100% das metas estipuladas. No que respeito ao indicador ‘A.5. Percentagem de episódios de urgência atendidos dentro do tempo de espera previsto no protocolo de triagem’, cuja taxa de execução se ficou pelos 96,1% e, como já referido, sofreu igualmente perturbação pelo aumento do volume de episódios de urgência nesse ano. Já no que respeita ao indicador ‘A.6. Percentagem de doentes referenciados para a RNCCI, avaliados/confirmados pela EGA até 2 dias úteis após a referência’, ainda não está disponível informação que permita avaliar a sua taxa de execução.

Assim, relativamente ao Acesso poder-se-á concluir por uma concretização global mínima de 46,8% (num total de 60%), que poderá vir a ser superior mediante o desempenho do indicador ainda pendente de informação para avaliação.

No que concerne aos indicadores de **Desempenho Assistencial** 'B.3. Percentagem de cirurgias da anca efetuadas nas primeiras 48h (%)', 'B.4. Índice de Mortalidade Ajustada', verifica-se uma superação das metas acima dos 100% em 101,9% e 100,4%, respetivamente. Assim como também para os indicadores relativos ao 'B.5. Índice de Demora Média Ajustada' e o 'B.6. Demora média antes da cirurgia' em que ambos superaram as metas contratualizadas, com taxas de concretização de 101,7%. Estes resultados indicam elevados padrões de qualidade na assistência aos doentes no internamento. A reforçar o desempenho geral em matéria de acesso sinaliza-se ainda o indicador 'B.2. Percentagem de cirurgias realizadas em ambulatório - para procedimentos tendencialmente ambulatorizáveis' cuja taxa de concretização foi superior a 120%. Apenas o indicador 'B.1. Percentagem reinternamentos em 30 dias na mesma Grande Categoria de Diagnóstico, e de acordo com a informação disponível à data, revelou alguma dificuldade em alcançar a meta contratada, com uma taxa de execução de 68%.

Ao nível do desempenho assistencial, para o conjunto de indicadores definidos, atendendo à informação disponível no SICA à presente data, e com as devidas ressalvas de que parte dos valores apurados possam ainda não ser os definitivos, o CHUDSA poderá atingir no global 19,8% no total de 20%.

No que respeita aos **Indicadores de Eficiência**, o indicador 'C.1. Gastos operacionais por doente padrão', cuja meta é o resultado alcançado pelo melhor hospital do grupo, a sua avaliação está condicionada aos resultados finais a apurar para o Grupo E (grupo de hospitais a que o CHUDSA pertence) não sendo possível, à presente data, concluir pelo seu cumprimento. Os indicadores 'C.2. Doente padrão por Médico ETC' e 'C.3. Doente padrão por Enfermeiro ETC' apresentam níveis de concretização de 108,5% e 102,0%, respetivamente. O indicador 'C.4. Percentagem de custos com Horas Extraordinárias, Suplementos e Fornecimentos e Serviços Externos III (selecionados)' encontra-se ligeiramente abaixo dos parâmetros estabelecidos (taxa de execução 92,6%).

Neste âmbito os valores atingem 15,2%, não considerando ainda o indicador C.1., pendente de avaliação superior, para um total de 20% atribuídos a estes indicadores de eficiência.

Após avaliação individual do nível de cumprimento dos indicadores, de acordo com os dados disponíveis e face aos constrangimentos inerentes ao processo de avaliação, tendo em conta que à presente data conseguimos avaliar 14 dos 16 indicadores, podemos concluir por um Índice de Desempenho global de 82%, podendo este chegar aos 96% se o indicador C.1., condicionado à avaliação dos gastos operacionais/por doente padrão de todas as instituições do grupo E, e se o indicador A.6. Percentagem de doentes referenciados para a RNCCI, avaliados/confirmados pela EGA em tempo adequado (até 2 dias úteis), no total de doentes referenciados para a RNCCI vierem a apresentar bons resultados.

Relativamente a medidas corretivas, o Conselho de Administração do Centro Hospitalar Universitário de Santo António prosseguiu junto dos níveis de gestão intermédia, aos ajustamentos possíveis tendo em vista a recuperação da atividade perturbada pelos efeitos impactantes da pandemia e das greves dos profissionais ocorridas, reforçando o constante reajustamento, por exemplo, através do recurso à atividade adicional.

Em suma, o CHUDSA atingiu uma taxa global de cumprimento de 98,8% da atividade do Contrato Programa e garantiu uma taxa de cumprimentos dos indicadores (IDG) previstos no Contrato Programa entre os 82% e 96%.

3. Indicação dos fatores críticos de sucesso de que dependem os resultados da empresa.

- A capacidade de resposta adequada aos desafios relacionados com o aumento progressivo das necessidades em saúde da população e das orientações emitidas pela Tutela acionista, nem sempre acompanhadas do necessário volume de financiamento.
- O equilíbrio dos resultados de exploração e o suporte financeiro do acionista Estado. A este respeito destaca-se:
 - A inovação dos dispositivos médicos e respetivos custos associados sem qualquer financiamento adicional associado;
 - Crescimento do peso dos custos dos medicamentos na estrutura de custos derivado da entrada de novos doentes crónicos (paramiloidose, hepatite C, esclerose múltipla, doenças autoimunes, transplantação, doenças rarasterapêuticas órfãs);
 - Índice de case-mix não refletindo a diferenciação da instituição.
 - Atualização do financiamento de acordo com a aferição da diferenciação/estratificação da população em função do risco de necessidade de cuidados de saúde (consumo de recursos).
 - A inovação na área do medicamento, com um peso significativo e, muitas vezes, sem financiamento associado (ex.: Risdiplan, entre outros).

Esta inovação tem vantagens significativas para a melhoria das condições de vida dos utentes/do seu estado de saúde, mas representa um encargo financeiro importante.
- A qualidade e segurança são dois vetores nucleares no desenvolvimento de qualquer organização moderna e particularmente no setor da saúde, pelo que o CHUPorto deverá manter um forte investimento neste domínio.
- A manutenção do investimento na diferenciação e investigação para maximizar a sua atratividade, aproveitando a "janela" de oportunidade que é a aplicação efetiva da livre escolha por parte dos utentes.
- A segurança e a disponibilidade da informação fazem manter uma forte aposta nos Sistemas de Informação.

4. Evidenciação da atuação em conformidade com as orientações definidas pelos ministérios setoriais, designadamente as relativas à política setorial a prosseguir, às orientações específicas a cada empresa, aos objetivos a alcançar no exercício da atividade operacional e ao nível de serviço público a prestar pela empresa (vd. n.º 4 do artigo 39.º do RJSPE).

As orientações definidas pelo Ministério da Saúde, designadamente as relativas à política setorial e às orientações do ponto vista estratégico, aos objetivos a alcançar no exercício da atividade operacional e ao nível do serviço público a prestar pela Entidade são obtidas anualmente através da Metodologia do Contrato Programa.

A elaboração do Contrato Programa obedece às orientações da metodologia, com a definição dos objetivos a alcançar ao nível da produção, dos indicadores de qualidade assistencial e do desempenho económico-financeiro.

O Contrato Programa é sujeito a negociação e formalizado mediante a assinatura pela Entidade e pela Tutela.

A monitorização e acompanhamento destes indicadores é realizada através da plataforma Sistema de Informação para Contratualização e Acompanhamento (SICA), com uma periodicidade mensal. Pretende-se uma recolha sistemática dos dados necessários à construção de indicadores que reflitam uma imagem instantânea sobre os aspetos contratualizados em sede de contrato-programa.

A execução do Contrato Programa é internamente monitorizada através dos suportes de informação para a Gestão existentes internamente, bem como através de relatórios e outra informação produzidos para a Tutela. A monitorização é efetuada mensalmente com a análise dos desvios identificados para posteriores medidas corretivas, nomeadamente as identificadas e discutidas entre o Conselho de Administração e as Direções de Serviços e Departamentos.

Nos termos do artigo 93.º do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, os estabelecimentos de saúde E.P.E. são financiados nos termos da Base 23 da Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro. O financiamento deve refletir as necessidades de saúde da população abrangida e permitir um adequado planeamento da oferta de cuidados de saúde (artigo 93.º *dos Estatutos*).

O pagamento dos atos e serviços prestados pelos estabelecimentos de saúde pelo Estado, é feito através contratos-programa plurianuais celebrados conjuntamente pela entidade hospitalar, pela Direção Executiva do SNS e ACSS, I. P., ARSN, I.P, onde são estabelecidos, os seguintes pressupostos:

- a)** A atividade contratada;
- b)** Os objetivos e as metas qualitativas e quantitativas;
- c)** A calendarização das metas referidas na alínea anterior;
- d)** Os meios e instrumentos para prosseguir os objetivos, designadamente de investimento;
- e)** Os indicadores para avaliação do desempenho dos serviços e do nível de satisfação dos utentes e as demais obrigações assumidas pelas partes, tendo como referencial os preços praticados no mercado para os diversos atos clínicos.



ESTRUTURA DE CAPITAL

1. Divulgação da estrutura de capital (consoante aplicável: capital estatutário ou capital social, número de ações, distribuição do capital pelos acionistas, etc.), incluindo indicação das diferentes categorias de ações, direitos e deveres inerentes às mesmas e percentagem de capital que cada categoria representa (vd. alínea a) do n.º 1 do artigo 44.º do RJSPE).

O Património/Capital em 31 de dezembro de 2023 é de 203.281.082,00€ composto por 191.577.410 €, fixado no anexo ao Decreto-Lei n.º 7-A/2023, de 30 de janeiro e por 11.703.672 € relativo a aumento de capital na sequência do Despacho do Senhor Ministro das Finanças e do Senhor Ministro da Saúde, de 22 de dezembro.

Totalmente subscrito e realizado pelo Estado, o capital pode ser aumentado ou reduzido por despacho conjunto dos Ministérios das Finanças e da Saúde.

2. Identificação de eventuais limitações à titularidade e/ou transmissibilidade das ações.

O capital estatutário não é representado por ações.

3. Informação sobre a existência de acordos parassociais que sejam do conhecimento da empresa e possam conduzir a eventuais restrições.

Não existem acordos parassociais.

IV

PARTICIPAÇÕES SOCIAIS E OBRIGAÇÕES DETIDAS

1. Identificação das participações sociais que a empresa pública detém (vd. alínea b) do n.º 1 do artigo 44.º do RJSPE).

Não existente.

2. Explicitação da aquisição e alienação de participações sociais, bem como da participação em quaisquer empresas de natureza associativa ou fundacional (vd. alínea c) do n.º 1 do artigo 44.º do RJSPE).

O CHUdSA, atualmente ULS Santo António é um membro associado do SUCH - Serviço de Utilização Comum dos Hospitais.

3. Indicação do número de ações e obrigações detidas por membros dos órgãos de administração e de fiscalização, bem como das pessoas indicadas no n.º 2 do artigo 447.º do CSC, nos termos do n.º 5 do artigo 447.º do CSC.

Não existente.

4. Informação sobre a existência de relações de natureza comercial entre os titulares de participações e a empresa.

Não existente.



ÓRGÃOS SOCIAIS E COMISSÕES

- A. MODELO DE GOVERNO**
- B. ASSEMBLEIA GERAL**
- C. ADMINISTRAÇÃO E SUPERVISÃO**
- D. FISCALIZAÇÃO**
- E. REVISOR OFICIAL DE CONTAS (ROC)**
- F. CONSELHO CONSULTIVO (CASO APLICÁVEL)**
- G. AUDITOR EXTERNO (CASO APLICÁVEL)**

A. MODELO DE GOVERNO

1. A empresa deve apresentar um modelo de governo societário que assegure a efetiva separação entre as funções de administração executiva e as funções de fiscalização (vd. n.º 1 do artigo 30.º do RJSPE).

a. Identificação do modelo de governo adotado.

O Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, aprovou o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, bem como os Estatutos dos hospitais, centros hospitalares, institutos portugueses de oncologia e unidades locais de saúde (ULS), que estão inseridos no setor empresarial do Estado ou no setor público administrativo.

O modelo de governo previsto nos Estatutos dos estabelecimentos de saúde, E. P. E., inclui órgãos de administração, de fiscalização e de consulta.

Nestes termos, são órgãos da Entidade:

- a) O conselho de administração;
- b) O conselho fiscal, um revisor oficial de contas representado por sociedade de revisores oficiais de contas; e
- c) O conselho consultivo.

B. ASSEMBLEIA GERAL

1. Composição da mesa da assembleia geral, ao longo do ano em referência, com identificação dos cargos e membros da mesa da assembleia geral e respetivo mandato (data de início e fim). Caso tenha ocorrido alteração de mandato durante o ano em reporte, a empresa deverá indicar os mandatos respetivos (o que saiu e o que entrou).

Nos órgãos sociais das Entidades de Saúde do setor público empresarial não existe Assembleia Geral, pelo que esta informação não é aplicável.

2. Identificação das deliberações acionistas que, por imposição estatutária, só podem ser tomadas com maioria qualificada, para além das legalmente previstas, e indicação dessas maiorias.

O Estado é o único acionista, pelo que esta informação não é aplicável.

C. ADMINISTRAÇÃO E SUPERVISÃO

1. Indicação das regras estatutárias sobre procedimentos aplicáveis à nomeação e substituição dos membros, consoante aplicável, do Conselho de Administração, do Conselho de Administração Executivo e do Conselho Geral e de Supervisão.

Nos termos do disposto nos artigos 69.º e 77.º dos estatutos dos hospitais, centros hospitalares, institutos portugueses de oncologia e unidades locais de saúde, constantes do capítulo IV do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, que aprovou o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, no artigo 21.º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro, na sua redação atual, no n.º 3 do artigo 72.º do Decreto-Lei n.º 32/2022, de 9 de maio, e nos n.º 1 e 2 da Resolução do Conselho de Ministros n.º 48/2022, de 1 de junho, resulta que os membros do conselho de administração são designados mediante proposta da Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, por despacho dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde, para um mandato de três anos, renovável até ao limite máximo de três renovações consecutivas, sendo-lhes aplicável, com as necessárias adaptações, o Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de março, na sua redação atual, que aprovou o Estatuto do Gestor Público.

2. Indicação do número estatutário mínimo e máximo de membros e duração estatutária do mandato dos membros, consoante aplicável, do Conselho de Administração, do Conselho de Administração Executivo e do Conselho Geral e de Supervisão.

Nos termos do Estatuto do SNS e dos Estatutos dos hospitais, centros hospitalares, institutos portugueses de oncologia e unidades locais de saúde, EPE, constantes do capítulo IV do Decreto-lei n.º 52/2022 de 4 de agosto, o conselho de administração deverá ser composto por:

- a) um presidente e
- b) um máximo de quatro vogais executivos, em função da dimensão e complexidade do estabelecimento de saúde, E. P. E., incluindo um diretor clínico, um enfermeiro-diretor e um Vogal proposto pelo membro do Governo responsável pela área das finanças.

O Conselho de Administração durante o período de fevereiro a dezembro de 2023 foi composto pelo presidente e um máximo de quatro vogais, com funções executivas, incluindo um diretor clínico, um enfermeiro-diretor e um Vogal proposto pelo membro do Governo responsável pela área das finanças.

O mandato dos membros do conselho de administração, tem a duração de três anos e é renovável, até ao limite máximo de três renovações consecutivas, permanecendo aqueles no exercício das suas funções até à designação dos novos titulares, sem prejuízo de eventual renúncia (n.º 5 do artigo 69.º do Decreto-lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, na sua versão atual).

3. Caracterização da composição, consoante aplicável, do Conselho de Administração, do Conselho de Administração Executivo e do Conselho Geral e de Supervisão, com identificação dos membros efetivos, data da primeira designação e data do termo de mandato de cada membro. Caso tenha ocorrido alteração de mandato durante o ano em reporte, a empresa deverá indicar os mandatos respetivos (o que saiu e o que entrou).

O Despacho n.º 2282/2023 designou os membros para exercerem funções no conselho de administração no mandato de 2023-2025 como se indica na tabela seguinte:

Mandato (Início-Fim)	Cargo	Nome	Designação		Remuneração	
			Forma (1)	Data	[Empresa pagadora]	(O/D) (2)
2023-2025	PRESIDENTE	PAULO JORGE BARBOSA CARVALHO	D	16 FEV.2023	CHUDSA	O
2023-2025	VOGAL	RITA SOFIA DA SILVA VELOSO	D	16 FEV.2023	CHUDSA	O
2023-2025	VOGAL	MARIA BEATRIZ DA SILVA DUARTE VIEIRA BORGES	D	16 FEV.2023	CHUDSA	O
2023-2025	DIRETOR CLÍNICO	JOSÉ FERNANDO DA ROCHA BARROS	D	16 FEV.2023	CHUDSA	O
2023-2025	ENFERMEIRO DIRETOR	ALFREDO EDUARDO ARGULHO ALVES	D	16 FEV.2023	CHUDSA	O

Número estatutário mínimo e máximo de membros - [número mínimo] / [número máximo]
Legenda: (1) Resolução (R) / Assembleia Geral (AG) / Deliberação Unânime p Escrito (DUE) / Despacho (D)
(2) O/D – Origem / Destino

4. Distinção dos membros executivos e não executivos do Conselho de Administração e, relativamente aos membros não executivos, identificação dos membros que podem ser considerados independentes¹, ou, se aplicável, identificação dos membros independentes do Conselho Geral e de Supervisão (vd. artigo 32.º do RJSPE).

Através do Despacho n.º 2282/2023, todos os vogais membros do Conselho de Administração foram nomeados vogais executivos.

¹ A independência dos membros do Conselho Geral e de Supervisão e dos membros da Comissão de Auditoria afere-se nos termos da legislação vigente. Quanto aos demais membros do Conselho de Administração, considera-se independente o que não esteja associado a qualquer grupo de interesses específicos na empresa nem se encontre em alguma circunstância suscetível de afetar a sua isenção de análise ou de decisão.

5. Apresentação de elementos curriculares relevantes de cada um dos membros, consoante aplicável, do Conselho de Administração, do Conselho Geral e de Supervisão e do Conselho de Administração Executivo.

A. Presidente do Conselho de Administração

SINOPSE CURRICULAR

Paulo Jorge Barbosa Carvalho

Nasceu a 30/3/1962, no Porto.

Licenciado em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, que concluiu em outubro de 1986, com a média final de 13 valores. Completou o Internato Complementar de Medicina Interna, em julho de 1995, com a classificação final de 18,4 valores no Hospital Geral de Santo António, em 1996 tomou posse como Assistente Hospitalar de Medicina Interna do quadro do Hospital Geral de Santo António, com a classificação de 19 valores.

Assistente Graduado de Medicina Interna, por concurso público em 2005. Assistente Graduado Sénior de Medicina Interna, por concurso público em 2016. Como formação complementar realizou um estágio de Reumatologia com a duração de 6 meses no hospital Cochin na cidade de Paris (Prof. Charles Menkès).

Nos últimos anos tem estado ligado à gestão na área da saúde tendo frequentado, em 2007, o Mastering Health Care Finance da Harvard Medical International.

De 2006 a 2009 foi Consultor da Entidade Reguladora da Saúde, tendo pertencido à Comissão Coordenadora do projeto SINAS - Sistema Nacional de Avaliação em Saúde, desta entidade.

Durante o ano de 2009 frequentou com aproveitamento o Programa de Alta Direção de Instituições de Saúde (PADIS).

Funções desempenhadas no Centro Hospitalar do Porto/Hospital Geral de Santo António:

- Foi Gestor da Consulta de Medicina, entre janeiro de 2000 e agosto de 2008;
- Entre novembro de 2004 e agosto 2009, pertenceu ao Conselho de Gestão do Departamento de Medicina do Centro Hospitalar do Porto na qualidade de adjunto do diretor do Departamento;
- Foi membro eleito do Conselho Geral do Hospital Geral de Santo António até à sua extinção por força da passagem do hospital a EPE;
- Fez parte do Conselho de Formação do Departamento de Formação e Ensino pós-graduado do Hospital Geral de Santo António – S.A;
- Em diferentes períodos foi membro da Comissão de Farmácia e Terapêutica.
- Diretor do Serviço de Medicina Interna do Centro Hospitalar do Porto, entre setembro de 2008 e junho de 2009;
- Presidente da Comissão Nacional de Farmácia e Terapêutica desde a sua criação, em fevereiro de 2013, até dezembro de 2016;
- Membro da Comissão de Avaliação de Tecnologias da Saúde (CATS) até dezembro de 2016;
- Diretor Clínico do Centro Hospitalar do Porto, entre junho de 2009 e novembro de 2016.
- Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Porto, desde dezembro de 2016 até janeiro de 2017.

Outras funções:

- Professor Associado Convidado do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS);
- É membro agregado da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (SPMI);
- Foi vice-presidente do Núcleo de Estudo de Doenças Autoimunes (NEDAI) da SPMI;
- É membro da British Society of Rheumatology e do American College of Rheumatology.
- Assistente do ICBAS, desde 1992, e Professor Auxiliar Convidado, desde 2005, da disciplina de Clínica Médica do 5º ano;
- Responsável da disciplina opcional de “Imunologia Clínica” do 6.º ano do Mestrado Integrado de Medicina;
- Faz parte da Comissão Científica do mesmo curso;
- É membro da Comissão Mista, órgão que dirige o Mestrado Integrado de Medicina do ICBAS, integrando o ciclo clínico e o ciclo básico;
- Pertenceu à comissão que realizou a acreditação dos serviços dos hospitais portugueses candidatos ao ensino médico em parceria com o Imperial College;
- Tem 164 trabalhos apresentados em reuniões científicas (trabalhos de investigação clínica e conferências) com cerca de 60% apresentados em reuniões internacionais;
- Tem 44 publicações a grande maioria em revistas de carácter internacional;
- É coautor do livro “O que é a Artrite Reumatóide” destinado a doentes com esta patologia;
- É coautor do livro de *guidelines* de diagnóstico e tratamento das doenças autoimunes elaborado pela Unidade de Imunologia Clínica do Centro Hospitalar do Porto.

B. Diretor Clínico

SINOPSE CURRICULAR

José Fernando da Rocha Barros

Nasceu em 1961, em Irivo, Penafiel, onde viveu do ensino primário ao ano propedêutico (1968-1980).

Doutorado em Ciências Médicas (2008-13) e licenciado em Medicina (1980-86) pelo Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar (ICBAS) da Universidade do Porto.

Assistente Graduado Sénior de Neurologia do Hospital de Santo António do Centro Hospitalar Universitário do Porto (CHUPorto), desde 2015.

Professor Catedrático Convidado do ICBAS, desde 2017.

Cargos atuais:

- Diretor Clínico (desde 2016) e Diretor do Departamento de Neurociências (desde 2013) do CHUPorto;
- Regente de “Dissertação/Projeto/Estágio”, desde 2016, responsável pelo módulo “Semiologia Neurológica”, desde 2015, e membro da Comissão Científica do Mestrado Integrado em Medicina.

Atividade científica e cultural:

- Investigador clínico em Neurogenética, com artigos de fator de impacto elevado e centenas de citações na literatura. Identidade e publicações: CiênciaVital ID 831F-E027-07F3, Scopus ID 57195293515, Orcid ID 0000-0001-6183-5050;

- Membro da Comissão Científica e da Comissão de História da Sociedade Portuguesa de Neurologia (SPN);
- Membro da Comissão Editorial da revista SINAPSE (ISSN1645-281X);
- Consultor da Unidade de Cultura da Reitoria da Universidade do Porto.

Carreira e formação no Hospital de Santo António:

- Transitou entre todos os graus e categorias da carreira especial médica, por avaliações ou concursos: Especialista e Assistente de Neurologia, em 1995, Assistente Graduado, em 2004, Consultor, em 2005, Assistente Graduado Sênior, em 2015;
- Internato de Neurologia, em 1989-95), intervalado por 15 meses como oficial miliciano médico do Exército;
- Estágios no Hospital de Crianças Maria Pia, no Hospital de Magalhães Lemos e no Hôpital Saint-Antoine (AP-Hôpitaux de Paris);
- Internato Geral, em 1987-88.

Outras competências:

- Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde pela Universidade Católica, em 2002-03;
- Competência em Gestão de Serviços de Saúde pela Ordem dos Médicos, em 2005, e Programa de Alta Direção de Instituições de Saúde da Escola de Gestão e Negócios da AESE Business School, em 2006.

Funções concluídas:

- Diretor da Consulta Externa, entre 2006 e 2016;
- Chefe de Equipa do Serviço de Urgência, entre 2010 e 2016);
- Diretor interino do Departamento de Doenças do Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos, em 2012-13;
- Diretor do Departamento de Ambulatório, entre 2011 e 2013;
- Adjunto do Diretor Clínico, de 2006 a 2009 e de 2011 a 2016;
- Coordenador do Internato de Neurologia, entre 2001 e 2011);
- Vogal da Comissão de Farmácia e Terapêutica, entre 2002 e 2006);
- Presidente do Colégio de Neurologia da Ordem dos Médicos, entre 2012 e 2016;
- Presidente do Júri do Fundo de Investigação em Saúde do INFARMED, na Área Cérebro-Cardiovascular, em 2015;
- Presidente do Júri Nacional de Neurologia da Ordem dos Médicos, em 2007;
- Presidente de júris de recrutamento para a categoria de Assistente Graduado Sênior de Neurologia, Neuropediatria e Neuropatologia;
- Membro de júris de provas de avaliação final do internato e de habilitação ao grau de Consultor de Neurologia;
- Membro da Comissão de Avaliação de Tecnologias de Saúde do INFARMED, entre 2016 e 2022);
- Coordenador da comissão de definição da Rede de Referência Hospitalar de Neurologia, no âmbito do Ministério da Saúde, em 2016;
- Membro do Conselho da Comunidade dos Agrupamentos de Centros de Saúde de Gondomar, entre 2011 e 2016 e do Porto Ocidental, entre 2015 e 2022;
- Professor Auxiliar Convidado do ICBAS da Universidade do Porto, entre 2008 e 2017;
- Docente da Pós-Graduação em Medicina da Dor da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, entre 2009 e 2019;
- Membro de dezenas de júris (presidente, arguente ou orientador) de dissertações de Mestrado Integrado em Medicina do ICBAS;

- Membro de comissões de acompanhamento de Doutoramento em Ciências Médicas do ICBAS;
- Arguente de teses de Doutoramento na Universidade de Aveiro e na Universidade de Lisboa. Neurologista das equipas de investigação do Centro de Genética Preditiva e Preventiva do Instituto de Biologia Molecular e Celular da Universidade do Porto, entre 1999 e 2015 e do Rastreio de Ataxias e Paraparesias Espásticas Hereditárias em Portugal, entre 1995 e 2004;
- Presidente do Conselho Fiscal da Sociedade Portuguesa de Neurologia, entre 2008 e 2011;
- Presidente da Direção, entre 2015 e 2018 e membro da Comissão Científica, entre 2009 -2015 da Sociedade Portuguesa de Cefaleias;
- Fundador, diretor-adjunto, entre 2000 e 2004 e diretor, entre 2005 e 2007 da revista SINAPSE.

C. Enfermeiro Diretor

SINOPSE CURRICULAR

Alfredo Eduardo Argulho Alves

Nasceu a 27 de julho de 1959, na freguesia de Picote, concelho de Miranda do Douro.

Habilitações académicas:

Licenciatura em Enfermagem pela Escola Superior de Enfermagem D. Ana Guedes, Porto.

Habilitações profissionais:

- CESE em Enfermagem Médico-Cirúrgica pela Escola Superior de Enfermagem Cidade do Porto;
- CESE em Administração dos Serviços de Enfermagem pela Escola Superior de Enfermagem da Imaculada Conceição, Porto;
- Categoria profissional – Enfermeiro Gestor do mapa de pessoal do Centro Hospitalar Universitário do Porto, E.P.E. (CHUPorto, E.P.E.).

Atividade Profissional:

- De 19 de dezembro de 1983 a 14 de outubro de 1998 – Funções como Enfermeiro no Serviço de Cuidados Intensivos e Serviço de Urgência do Hospital Geral de Santo António;
- De 15 de outubro de 1998 a 31 de julho de 2000 – Funções como Enfermeiro Especialista, área Médico-Cirúrgica, no Serviço de Urgência e Serviço de Urologia do Hospital Geral de Santo António;
- De 01 de agosto de 2000 a 31 de agosto de 2002- Funções em regime de requisição na Divisão de Gestão de Recursos Humanos da Administração Regional de Saúde do Norte;
- De 1 de setembro de 2002 a 07 de outubro de 2007 – Enfermeiro Diretor do Hospital Geral de Santo António;
- De 08 de outubro de 2007 até 14 de novembro de 2011, Enfermeiro Diretor do Centro Hospitalar do Porto E.P.E., criado pelo Decreto-Lei n.º 326/2007, 1ª Série, de 28 de setembro;
- De 15 de novembro de 2011 até 31 janeiro de 2014, Enfermeiro Diretor do Centro Hospitalar do Porto E.P.E., criado pelo Decreto-Lei n.º 30/2011 de 2 março;
- De 1 de fevereiro de 2014 até ao presente momento, Enfermeiro Diretor do Centro Hospitalar e Universitário do Porto, criado pelo Decreto-Lei n.º 61/2018, de 3 de agosto.

Valorização profissional:

- Participação em eventos científicos, tendo proferido mais de três dezenas de palestras;
- É autor e ou coautor de alguns artigos científicos publicados em revistas médicas e de enfermagem;
- Frequentou com aproveitamento o “V PADIS – programa de Alta Direção de Instituições de Saúde”;
- Mastering Health Care Finance-Internacional Executive Program, organizado pelo Institute of Health Economics and Management da Université de Lausanne.

D. Vogal do CA**SINOPSE CURRICULAR****Rita Sofia da Silva Veloso**

Nasceu a 23 de outubro de 1981, no Porto.

Formação académica:

- Doutoranda em Tecnologias da Informação e Comunicação na Universidade da Corunha, iniciado em 2021;
- Mestrado Integrado em Psicologia, área da Psicologia das Organizações, Social e do Trabalho, pela Universidade do Porto (2020);
- Pós-Graduação em Psicologia Social, pela Universidade do Porto (2006);
- Licenciatura em Psicologia, pela Universidade do Porto (2004) – Membro efetivo da Ordem dos Psicólogos.

Formação complementar:

- Curso de Especialização em Compras e Contratação Pública, pelo CEACAP – Comité de Estudos e Auditoria em Contratação Pública (2021);
- Diploma em Exercising Leadership: Foundational Principles, pela Harvard University (2020);
- PADIS – Programa de Alta Direção de Instituições de Saúde, pela AESE Business School (2019);
- HOPE Exchange Programme (2016);
- DEGESTUS – Diploma de Especialização em Gestão de Unidades de Saúde, pelo INA (2011);
- FORGEP – Programa de Formação em Gestão Pública, pelo INA (2011);
- CAP – Certificado Aptidão Pedagógica, pelo Instituto do Emprego e Formação Profissional, I.P. (IEFP) (2004).

Experiência profissional

- Desde 2021, Vogal Executiva do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Universitário do Porto. Pelouros: Bloco Operatório, Consulta Externa, Hospital de Dia, Serviço de Gestão de Doentes, Responsável Acesso à Informação, Encarregado de Proteção de Dados, Secretariado do Conselho de Administração, Arquivo Clínico e Não Clínico, Gabinete de Acesso a Informação Clínica, Gabinete Gestão Projetos, Promotor Interno de Tele saúde e Laboratório de Saúde Digital. Responsável pela implementação de projetos de inovação e transformação digital, unidade de cirurgia robótica e pelo acompanhamento da equipa do Centro Académico

Clínico ICBAS-CHU Porto;

- Desde 01/12/2022, adicionalmente, com Pelouros: Serviços Financeiros, Serviço de Faturação, Serviço de Logística, Serviço Sistemas de Informação, Gabinete de Relações Públicas e Comunicação, Unidade de Alimentação, Administradores Hospitalares, Processo Clínico Eletrónico, Comissão de Sistemas de Informação, Comité de Risco e Segurança da Informação;
- Embaixadora Regional (Portugal) da HealthManagement.org;
- Membro do Grupo de Trabalho para a Gestão da Informação em Saúde da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares;
- Investigadora no Laboratório de Reabilitação Psicossocial (LabRP) da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico do Porto;
- Docente convidada em várias instituições de ensino superior nas áreas de Liderança, Gestão de Equipas, Comportamento Organizacional, Ética e Deontologia, Experiência do Doente, Gestão de Projetos de Inovação, Gestão em Saúde;
- De 2018 a 2021, Vogal Executiva do Conselho de Administração do Centro Hospitalar da Póvoa de Varzim/Vila do Conde. Pelouros: Serviço de Gestão de Sistemas de Informação; Serviço de Gestão de Doentes; Gabinete de Gestão de Projetos; Gabinete de Codificação Clínica; Secretariado do Conselho de Administração; Arquivo clínico e não clínico; Unidade Hospitalar de Gestão de Inscritos para Cirurgia (UHGIC); Grupo de Trabalho para a Implementação do Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD); Gabinete do Utente; Responsável pelo Acesso à Informação; Comissão Local de Informatização Clínica e Comité do Risco e Segurança da Informação;
- Young Executive Leader da International Hospital Federation (2020);
- De 2009 a 2018, Diretora do Serviço de Gestão de Doentes no Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, E.P.E.; Membro da Comissão de Qualidade e Segurança do Doente; Membro da Comissão Local de Informatização Clínica; Foi Responsável Acesso à Informação, Embaixadora da Plataforma de Dados de Saúde (PDS), Promotora Interna de Telemedicina e Gestora do Sistema de Informação Hospitalar do Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, E.P.E.; Desempenho Excelente (SIADAP 2013-2014; 2015-2016); Reconhecimentos atribuídos a projetos que coordenou: Kaizen Lean, Kaizen Institute (2013, 2017); Boas Práticas de Valorização de Pessoas, INA (2015,2016); IDC (2013);
- De 2016 a 2018, Membro da Comissão de Tecnologias de Informação em Saúde do Health Parliament Portugal;
- De 2012 a 2015, Assistente Convidada na Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto;
- De 2008 a 2009, Consultora de IT na área da Saúde;
- De 2004 a 2006, Diretora de Recursos Humanos. Exerceu ainda funções de formadora na área da Psicologia.

E. Vogal do CA**SINOPSE CURRICULAR****Maria Beatriz da Silva Duarte Vieira Borges**

Nasceu a 8 de fevereiro de 1981.

Habilitações Literárias:

- Licenciatura em Gestão de Empresas pela Faculdade de Economia e Gestão, da Universidade Católica Portuguesa, com média final de 17 valores (2004);

- Mestranda em Economia pela Faculdade de Economia e Gestão da Universidade Católica Portuguesa.

Experiência profissional:

- Desde 2014, vogal do conselho de administração da Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E. P. E. (ULSM), com pelouro financeiro, contratualização, planeamento e controlo de gestão, compras, logística, codificação, apoio ao cidadão, unidade local de gestão de acesso e responsável pelo acesso à informação;
- Diretora do Gabinete de Contratualização da ULSM, de 2009 a 2013, onde coordenou a implementação da metodologia *balanced scorecard* e o processo de contratualização interna e externa;
- De 2008 a 2013, assessora do conselho de administração, com responsabilidades na elaboração do regulamento interno e no apoio na reorganização estratégica e operacional de serviços internos.
- De 2011 a 2013, membro da Equipa de Gestão do Contrato da Parceria Público-Privada do Hospital de Braga, da Administração Regional de Saúde do Norte, com funções nas áreas de contratualização, financiamento, planeamento e controlo de gestão;
- Docente na pós-graduação em Gestão de Serviços e Instituições de Saúde, Instituto Superior de Administração e Gestão (ISAG) Porto;
- Docente no Curso de Avaliação e Controlo de Contratos de Serviços Hospitalares, Tribunal de Contas da União do Brasil;
- Formadora na área da contratualização e negociação em saúde, a clínicos das regiões Norte, Centro e de Lisboa e Vale do Tejo, desde 2011;
- Responsável pela gestão de projetos cofinanciados da ULSM, de 2004 a 2013;
- Monitora da cadeira de Projeto Multidisciplinar I, na Faculdade de Economia e Gestão da Universidade Católica Portuguesa, em 2008;
- Controller de Gestão na ULSM de 2004 a 2008, sendo membro da Unidade Hospitalar de Gestão de Inscritos em Cirurgia.

Outras atividades:

- Uma das cinco finalistas da 1.ª Edição do Prémio Primus Interpares, 2004; prémios de mérito pelos aproveitamentos anuais obtidos durante a licenciatura, destacando-se o Prémio de Mérito Emílio Rui Vilar, concedido ao aluno com melhor classificação no 4.º ano;
- Palestrante em diversas conferências com os temas de *balanced scorecard*, codificação clínica, *revenue assurance*, entre outros.
- Frequência do Curso de *Balanced Scorecard*, Porto Business School (2009 e 2013); 26.º Programa de Alta Direção de Instituições de Saúde (PADIS) (2016), do 19.º curso de MRMI - Medical Response to Major Incidents (2019).

6. Dar conhecimento de que foi apresentada declaração por cada um dos membros do órgão de administração ao órgão de administração e ao órgão de fiscalização, bem como à Inspeção Geral de Finanças (IGF), de quaisquer participações patrimoniais que detenham na empresa, assim como quaisquer relações que mantenham com os seus fornecedores, clientes, instituições financeiras ou quaisquer outros parceiros de negócio, suscetíveis de gerar conflitos de interesse (vd. artigo 52.º do RJSPE).

Dá-se conhecimento de que foram apresentadas as declarações de cada um dos membros do CA ao órgão de administração e ao órgão de fiscalização, bem como à Inspeção-Geral de Finanças (IGF), de quaisquer participações patrimoniais que detenham na empresa, assim como quaisquer relações que mantenham com os seus fornecedores, clientes, instituições financeiras ou quaisquer outros parceiros de negócio, suscetíveis de gerar conflitos de interesse (vide artigo 52.º do RJSPE).

Habitualmente estas declarações eram publicadas em anexo a este relatório, no entanto, o modelo de Relatório de Governo Societário de 2023 da UTAM apenas solicita que se dê conhecimento do procedimento efetuado, o qual no CHUdSA inclui a manutenção em arquivo das declarações e evidências do envio a todas as entidades definidas por lei, nomeadamente ao CA, ao Conselho Fiscal e ROC, bem como à IGF (Decreto-lei n.º 71/2007, de 27 de março e n.º1 do artigo 52.º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro, nas versões atuais).

7. Identificação de relações familiares, profissionais ou comerciais, habituais e significativas, dos membros, consoante aplicável, do Conselho de Administração, do Conselho Geral e de Supervisão e do Conselho de Administração Executivo com acionistas.

Não existem.

8. Apresentação de organogramas ou mapas funcionais relativos à repartição de competências entre os vários órgãos sociais, comissões e/ou departamentos da empresa, incluindo informação sobre delegações de competências, em particular no que se refere à delegação da administração quotidiana da empresa.

Nos Estatutos dos hospitais, centros hospitalares, institutos portugueses de oncologia e unidades locais de saúde, E.P.E., constantes do capítulo IV do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto de 2022, definem as competências do Conselho de Administração no artigo 71.º, bem como as competências próprias do Presidente do Conselho de Administração, do Diretor clínico e do Enfermeiro diretor, respetivamente nos artigos 72.º, 73.º e 74.º.

Ao abrigo do disposto nos artigos 44.º a 50.º do Código do Procedimento Administrativo e nos termos dos Estatutos do Centro Hospitalar Universitário de Santo António, E.P.E., aprovados em anexo ao Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, o Conselho de Administração delibera, por unanimidade, e sem prejuízo das competências específicas legalmente fixadas delegar nos seus membros as seguintes competências:

I. Delegar em cada um dos seus membros, relativamente às áreas e/ou serviços sob a sua responsabilidade, estabelecidos no ponto seguinte, os poderes do Conselho de Administração para a prática dos atos necessários ao seu exercício.

II. Atribuir, nos termos do número anterior, as seguintes responsabilidades e áreas funcionais a cada um dos membros do Conselho de Administração

Presidente do Conselho de Administração - DR. PAULO JORGE BARBOSA DE CARVALHO

As competências previstas no artigo 72.º do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 04 de agosto, no Regulamento Interno do Centro Hospitalar Universitário de Santo António, E.P.E. e ainda:

- Tutela e Supervisão:
 - Serviço de Auditoria Interna;
 - Departamento de Ensino e Formação;
 - Departamento da Qualidade (tutela conjunta com o Diretor Clínico e com a Vogal do CA, Dra. Beatriz Duarte);
 - Direção de Pessoas e Bem-estar;
 - Direção de Planeamento e Controlo de Gestão (tutela conjunta com a Vogal do CA, Dra. Beatriz Duarte);
 - Gabinete de *Compliance* (tutela conjunta com a Vogal do CA, Dra. Beatriz Duarte);
 - Gabinete do Cidadão (tutela conjunta com o Enfermeiro Diretor);
 - Provedor do Utente;
 - Centro Académico Clínico (tutela conjunta com o Diretor do ICBAS);
 - Articulação com o Conselho Consultivo.
- Tutela e supervisão das seguintes comissões e serviços de apoio técnico:
 - Comissão de Emergência e Catástrofe;
 - Unidade Hospitalar de Gestão de Inscritos em Cirurgia (tutela conjunta com o Diretor Clínico);
 - Transplantação de Órgãos (tutela conjunta com o Diretor Clínico).
- Gestão das Pessoas das áreas e serviços acima referidos e dos Administradores Hospitalares/Gestores do Centro de Transplantação e das Clínicas de Imagiologia Diagnóstica e de Intervenção e de Genética e de Patologia.

As competências do Presidente do Conselho de Administração, nas suas ausências ou impedimentos, serão exercidas pelo Vogal por si designado.

Vogal Executivo do Conselho de Administração com funções de Diretor Clínico, PROFESSOR DOUTOR JOSÉ FERNANDO DA ROCHA BARROS

As competências previstas no artigo 73.º do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 04 de agosto, no Regulamento Interno do Centro Hospitalar Universitário de Santo António, E.P.E. e ainda:

- Tutela e Supervisão:
 - Departamento da Qualidade (tutela conjunta com o Presidente do CA e com a Vogal do CA, Dra. Beatriz Duarte);
 - Direção do Internato Médico;
 - Direção da Residência Farmacêutica;
 - Departamento de Ensino Médico Pré-Graduado;
 - Serviços Farmacêuticos (tutela conjunta com a Vogal do CA, Dra. Beatriz Duarte);
 - Direção de Marketing e Comunicação (tutela conjunta com a Vogal do CA, Dra. Rita Veloso);
 - Serviço de Urgência (tutela conjunta com a Vogal do CA, Dra. Beatriz Duarte);
 - Consulta Externa, Hospital de Dia, CICA e Blocos Operatórios (tutela conjunta a Vogal do CA, Dra. Rita Veloso);
- Tutela e supervisão dos seguintes órgãos de apoio técnico:
 - Comissão Médica;
 - Conselho dos Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica;
 - Comissão dos Técnicos Superiores de Saúde e Farmacêuticos;
 - Comissão de Integração de Cuidados de Saúde (tutela conjunta com o Enfermeiro Diretor);
 - Unidade Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos;
 - Comissão de Coordenação Oncológica;
 - Comissão de Ética Santo António/ICBAS;
 - Entidade de Verificação da Admissibilidade da Colheita para Transplante;
 - Comissão de Farmácia e Terapêutica;
 - Comissão de Certificação da Conformidade para Interrupção Voluntária da Gravidez;
 - Comissão de Transfusão e Alternativas Transfusoriais;
 - Comissão de Avaliação de Tecnologias da Saúde (tutela conjunta com o Presidente do CA);
 - Equipa do Circuito do Medicamento (tutela conjunta com a Vogal do CA, Dra. Rita Veloso);
 - Comissão de Proteção contra Radiações;
 - Comissão de Prevenção do Tabagismo;
 - Comissão de Gestão de Admissões e Transferências (tutela conjunta com o Enfermeiro Diretor);
 - Equipa de Gestão de Altas (tutela conjunta com o Enfermeiro Diretor);
 - Grupo de Nutrição Entérica e Parentérica;
 - Centros de Referência e Redes Europeias;
 - Transplantação de Órgãos (tutela conjunta com o Presidente do CA);
 - Unidade Local de Gestão do Acesso.

- Gestão das Pessoas das áreas e serviços acima referidos e das pessoas integradas nas seguintes carreiras: Médica, Farmacêutica, Técnico Superior de Saúde e Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica;

As competências do Diretor Clínico, nas suas ausências e impedimentos, serão asseguradas pelo Presidente do Conselho de Administração e, nas ausências de ambos, por um elemento da Direção Clínica por si designado.

Vogal do Conselho de Administração e Enfermeiro Diretor – ENFERMEIRO ALFREDO EDUARDO ARGULHO ALVES

As competências previstas no artigo 74.º do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 04 de agosto, no Regulamento Interno do Centro Hospitalar Universitário de Santo António, E.P.E. e ainda:

- Tutela e Supervisão:
 - Serviço Social;
 - Gabinete do Cidadão (tutela conjunta com o Presidente do CA);
 - Gabinete Jurídico;
 - Assistência Espiritual e Religiosa.
- Tutela e supervisão dos seguintes órgãos de apoio técnico:
 - Comissão de Enfermagem;
 - Comissão de Gestão de Admissões e Transferências (tutela conjunta com o Diretor Clínico);
 - Equipa de Gestão de Altas (tutela conjunta com o Diretor Clínico);
 - Comissão de Integração de Cuidados de Saúde (tutela conjunta com o Diretor Clínico).
- Gestão das Pessoas das áreas e serviços acima referidos e das pessoas integradas na carreira de Enfermagem.

As competências do Enfermeiro Diretor, nas suas ausências e impedimentos, serão asseguradas por um elemento da Direção de Enfermagem por si designado.

Vogal do Conselho de Administração, Dr.ª MARIA BEATRIZ SILVA DUARTE VIEIRA BORGES

- Tutela e Supervisão:
 - Hospital de Magalhães Lemos (supervisão);
 - Serviço de Urgência (tutela conjunta com o Diretor Clínico);
 - Direção de Gestão Financeira;
 - Direção de Planeamento e Controlo de Gestão (tutela conjunta com o Presidente do CA);
 - Direção de Compras;
 - Direção de Logística;
 - Direção de Operações e Ambiente;
 - Direção de Simplificação e Reengenharia de Processos;
 - Direção de Conferência de Faturação;
 - Direção de Gestão de Clientes;
 - Serviços Farmacêuticos (tutela conjunta com o Diretor Clínico);
 - Departamento da Qualidade (tutela conjunta com o Presidente do CA e com Diretor Clínico);

- Tutela e supervisão dos seguintes órgãos de apoio técnico:
 - Não aplicável.

- Gestão das pessoas das áreas e serviços acima referidos e dos Administradores Hospitalares/Gestores das Clínicas do Hospital de Magalhães Lemos, de Anestesiologia, Medicina Intensiva e Emergência e Urgência.

Vogal do Conselho de Administração, Dr.ª RITA SOFIA DA SILVA VELOSO

- Tutela e Supervisão:
 - Centro Materno-Infantil do Norte Albino Aroso (supervisão);
 - Consulta Externa, Hospital de Dia, CICA e Blocos Operatórios (tutela conjunta com Diretor Clínico);
 - Direção de Inovação e Projetos;
 - Direção de Experiência do Cliente;
 - Direção de Sistemas de Informação e Apoio à Decisão;
 - Direção de Infraestruturas de Tecnologias de Informação e CiberResiliência;
 - Direção de Marketing e Comunicação (tutela conjunta com o Diretor Clínico);
 - Direção de Instalações;
 - Direção de Equipamentos;
 - Direção da Gestão do Conhecimento;
 - Responsável de Acesso à Informação Clínica;
 - Encarregada de Proteção de Dados (Data Protection Officer – DPO);
 - Laboratório de Saúde Digital;
 - Promotor Interno de Telessaúde;
 - Secretariado do Conselho de Administração;

- Gestão das pessoas das áreas e serviços acima referidos e Administradores Hospitalares/Gestores das Clínicas de Cirurgia, de Medicina, de Neurociências e do CMIN e dos serviços de Hospital de Dia e da Consulta Externa.

- Tutela e supervisão dos seguintes órgãos de apoio técnico:
 - Comité de Risco e Segurança da Informação;
 - Comissão Local de Informatização Clínica.

Para além das competências próprias definidas no artigo n.º 72.º dos Estatutos do Centro Hospitalar Universitário de Santo António, EPE, constantes do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, DELEGA-SE no Presidente do Conselho de Administração, **DR. PAULO JORGE BARBOSA DE CARVALHO**, a competência para a prática dos seguintes atos:

- Autorizar o pagamento de abonos e demais regalias a que os trabalhadores tenham direito nos termos legais;
- Homologar as classificações de serviço ou avaliações de desempenho;
- Autorizar o trabalho a tempo parcial, de acordo com o legalmente estabelecido, bem como o regresso a tempo completo;
- Autorizar os trabalhadores a comparecer em juízo, quando requisitados nos termos da lei de processo;
- Autorizar pedidos de equiparação a bolseiro no país ou no estrangeiro;

- f)** Autorizar as deslocações em serviço do pessoal, qualquer que seja o meio de transporte, exceto avião, bem como, o processamento dos respetivos abonos e de ajudas de custo, antecipadas ou não, visando os respetivos boletins itinerários;
- g)** Poderes para, em nome e representação do Centro Hospitalar Universitário de Santo António, E.P.E., outorgar contratos de pessoal, a termo ou sem termo, autorizados pelo Conselho de Administração;
- h)** Praticar os atos resultantes da caducidade ou revogação dos mesmos, bem como a rescisão de contratos em período experimental, em conformidade com as disposições legais em vigor;
- i)** Praticar todos os atos relativos à aposentação dos funcionários e agentes, salvo nos casos de aposentação compulsiva, e, em geral, de todos os atos respeitantes ao regime de segurança social, incluindo os referentes a acidentes em serviço;
- j)** Promover a verificação domiciliária de doença, nos termos dos artigos 20.º, 21.º e 22.º da Lei n.º 35/2014, de 20 de junho;
- k)** Promover a submissão dos funcionários e agentes a junta médica da ADSE, nos termos dos artigos 23.º, 24.º e 26.º da Lei n.º 35/2014, de 20 de junho;
- l)** Autorizar os pedidos de apresentação a junta médica da Caixa Geral de Aposentações;
- m)** Decidir dos pedidos de concessão do estatuto de trabalhador estudante;
- n)** Confirmar os requisitos legais, no âmbito dos processos de exercício dos direitos conferidos para a proteção da maternidade e da paternidade nomeadamente: concessão de licenças ao abrigo da parentalidade, dispensa para amamentação e aleitação;
- o)** Justificar ou injustificar faltas ao serviço;
- p)** Autorizar a passagem de certidões de documentos arquivados no processo individual dos funcionários, agentes e contratados, bem como a restituição de documentos aos interessados;
- q)** Autorizar a interrupção de férias por motivo de assistência a familiar e por motivo de nojo;
- r)** Autorizar a transição anual do período de férias cujo gozo ultrapasse do dia 30 de abril do respetivo ano.
- s)** Autorizar o gozo de férias que não contemplem o período mínimo de 10 dias;
- t)** Assinar a correspondência ou expediente necessário à execução das decisões proferidas nos processos relativos a assuntos de pessoal, bem como, autorizar publicações na imprensa diária e no Diário da República;
- u)** Elaborar e propor o mapa de pessoal da Instituição;
- v)** Autorizar a dispensa de prestação de trabalho noturno e serviço de urgência, de acordo com o previsto na lei;
- w)** Autorizar a redução de uma hora no horário de trabalho semanal, conforme o previsto na carreira médica;
- x)** Autorizar a atribuição de horários flexíveis ao abrigo da parentalidade;
- y)** Autorizar a transferência de colaboradores afetos a serviços;
- z)** Autorizar sobre a integração em júris de concurso em outras instituições:
 - aa)** Autorizar o gozo de férias, o respetivo plano anual e eventuais alterações bem como, transferência de férias para o ano seguinte, nos termos da lei;
 - bb)** Aprovar horários de trabalho e eventuais alterações, desde que em conformidade legal ou em conformidade com as diretivas do Conselho de Administração;
 - cc)** Autorizar o regime de teletrabalho do pessoal das áreas e serviços referidos;
 - dd)** Autorizar a inscrição e a participação do pessoal em estágios, congressos, reuniões, seminários, colóquios, formação / CGS ou outras iniciativas semelhantes, quando não importem custos adicionais para a Instituição;

ee) Autorizar a inscrição e a participação do pessoal em estágios, congressos, reuniões, seminários, colóquios, formação / CGS ou outras iniciativas semelhantes, que não se encontrem em conformidade;

ff) Monitorizar o trabalho extraordinário;

gg) Releva falhas de registo biométrico que ultrapassem as 6 falhas de marcação;

hh) Autorizar despesas com obras de simples conservação, reparação e beneficiação das instalações e equipamentos, bem como com locação e aquisição direta de bens, equipamentos ou prestação de serviços até ao montante de 5.000 € (sem IVA, por processo).

As alíneas y) a gg) referem-se às áreas sob a sua responsabilidade.

As funções atribuídas podem ser subdelegadas no todo ou em parte, mediante prévia autorização do Conselho de Administração, com exceção das constantes no artigo n.º 72.º dos Estatutos do Centro Hospitalar Universitário De Santo António, E.P.E., constantes do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto.

Para além das competências próprias definidas no artigo n.º 73.º dos Estatutos do Centro Hospitalar Universitário de Santo António, EPE, constantes do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, DELEGA-SE no Vogal do Conselho de Administração e Diretor Clínico, **PROFESSOR DOUTOR JOSÉ FERNANDO DA ROCHA BARROS** a competência para a prática dos seguintes atos:

- a)** Assinar os termos de responsabilidade relativos às deslocações de utentes a outras Unidades de Saúde para realização de exames ou tratamento;
- b)** Autorizar a transferência de colaboradores afetos a serviços;
- c)** Autorizar sobre a integração em júris de concurso em outras instituições;
- d)** Autorizar o gozo de férias, o respetivo plano anual e eventuais alterações, bem como transferência de férias para o ano seguinte, nos termos da lei;
- e)** Aprovar horários de trabalho e eventuais alterações, desde que em conformidade legal ou em conformidade com as diretivas do Conselho de Administração;
- f)** Autorizar o regime de teletrabalho do pessoal das áreas e serviços referidos;
- g)** Autorizar a inscrição e a participação do pessoal em estágios, congressos, reuniões, seminários, colóquios, formação / CGS ou outras iniciativas semelhantes, quando não importem custos adicionais para a Instituição;
- h)** Autorizar a inscrição e a participação do pessoal em estágios, congressos, reuniões, seminários, colóquios, formação / CGS ou outras iniciativas semelhantes que não se encontrem em conformidade;
- i)** Monitorizar o trabalho extraordinário;
- j)** Releva falhas de registo biométrico que ultrapassem as 6 falhas de marcação;
- k)** Autorizar o fornecimento de medicamentos de dispensa hospitalar e dispositivos médicos, para uso individual, por período inferior a um ano;
- l)** Autorizar despesas com obras de simples conservação, reparação e beneficiação das instalações e equipamentos, bem como com locação e aquisição direta de bens, equipamentos ou prestação de serviços até ao montante de 5.000 € (sem IVA, por processo).

As alíneas b) a j) referem-se às áreas sob a sua responsabilidade.

As funções atribuídas podem ser subdelegadas no todo ou em parte, mediante prévia autorização do Conselho de Administração, com exceção das competências próprias definidas artigo. n.º 73.º dos Estatutos do Centro Hospitalar Universitário de Santo António, EPE, constantes do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto.

Para além das competências próprias definidas no artigo n.º 74.º dos Estatutos do Centro Hospitalar Universitário de Santo António, E.P.E., constantes do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, DELEGA-SE no Vogal do Conselho de Administração e Enfermeiro Diretor – **ENFERMEIRO ALFREDO EDUARDO ARGULHO ALVES**, a competência para a prática dos seguintes atos:

- a) Determinar as medidas adequadas, se for caso disso, sobre as queixas e reclamações apresentadas pelos utentes;
- b) Autorizar a transferência de colaboradores afetos a serviços;
- c) Autorizar sobre a integração em júris de concurso em outras instituições;
- d) Autorizar o gozo de férias, o respetivo plano anual e eventuais alterações, bem como transferência de férias para o ano seguinte, nos termos da lei;
- e) Aprovar horários de trabalho e eventuais alterações, desde que em conformidade legal ou em conformidade com as diretivas do Conselho de Administração;
- f) Autorizar o regime de teletrabalho do pessoal das áreas e serviços referidos;
- g) Autorizar a inscrição e a participação do pessoal em estágios, congressos, reuniões, seminários, colóquios, formação / CGS ou outras iniciativas semelhantes, quando não importem custos adicionais para a instituição;
- h) Autorizar a inscrição e a participação do pessoal em estágios, congressos, reuniões, seminários, colóquios, formação/CGS ou outras iniciativas semelhantes que não se encontrem em conformidade;
- i) Monitorizar o trabalho extraordinário;
- j) Relevar falhas de registo biométrico que ultrapassem as 6 falhas de marcação;
- k) Autorizar despesas com obras de simples conservação, reparação e beneficiação das instalações e equipamentos, bem como com locação e aquisição direta de bens, equipamentos ou prestação de serviços até ao montante de 5.000 € (sem IVA, por processo).

As alíneas b) a j) referem-se às áreas sob a sua responsabilidade.

As funções atribuídas podem ser subdelegadas no todo ou em parte, mediante prévia autorização do Conselho de Administração, com exceção das competências próprias definidas no artigo n.º 74.º dos Estatutos do Centro Hospitalar Universitário de Santo António, E.P.E., constantes do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto.

DELEGA-SE na Vogal do Conselho de Administração, **DRA. RITA SOFIA DA SILVA VELOSO** a competência para a prática dos seguintes atos:

- a) Autorizar a transferência de colaboradores afetos a serviços;
- b) Autorizar sobre a integração em júris de concurso em outras instituições;

c) Autorizar o gozo de férias, o respetivo plano anual e eventuais alterações, bem como transferência de férias para o ano seguinte, nos termos da lei;

d) Aprovar horários de trabalho e eventuais alterações, desde que em conformidade legal ou em conformidade com as diretivas do Conselho de Administração;

e) Autorizar o regime de teletrabalho do pessoal das áreas e serviços referidos;

f) Autorizar a inscrição e a participação do pessoal em estágios, congressos, reuniões, seminários, colóquios, formação / CGS ou outras iniciativas semelhantes, quando não importem custos adicionais para a Instituição;

g) Autorizar a inscrição e a participação do pessoal em estágios, congressos, reuniões, seminários, colóquios, formação / CGS ou outras iniciativas semelhantes que não se encontrem em conformidade;

h) Monitorizar o trabalho extraordinário;

i) Relevar falhas de registo biométrico que ultrapassem as 6 falhas de marcação;

j) Autorizar despesas com obras de simples conservação, reparação e beneficiação das instalações e equipamentos, bem como com locação e aquisição direta de bens, equipamentos ou prestação de serviços até ao montante de 5.000 € (sem IVA, por processo).

As alíneas a) a i) referem-se às áreas sob a sua responsabilidade.

As funções atribuídas podem ser subdelegadas no todo ou em parte, mediante prévia autorização do Conselho de Administração.

DELEGA-SE na Vogal do Conselho de Administração, **DRA. MARIA BEATRIZ SILVA DUARTE VIEIRA BORGES** a competência para a prática dos seguintes atos:

- a) Autorizar a transferência de colaboradores afetos a serviços;
- b) Autorizar sobre a integração em júris de concurso em outras instituições;
- c) Autorizar o gozo de férias, o respetivo plano anual e eventuais alterações, bem como transferência de férias para o ano seguinte, nos termos da lei;
- d) Aprovar horários de trabalho e eventuais alterações, desde que em conformidade legal ou em conformidade com as diretivas do Conselho de Administração;
- e) Autorizar o regime de teletrabalho do pessoal das áreas e serviços referidos;
- f) Autorizar a inscrição e a participação do pessoal em estágios, congressos, reuniões, seminários, colóquios, formação / CGS ou outras iniciativas semelhantes, quando não importem custos adicionais para a Instituição;
- g) Autorizar a inscrição e a participação do pessoal em estágios, congressos, reuniões, seminários, colóquios, formação / CGS ou outras iniciativas semelhantes que não se encontrem em conformidade;
- h) Monitorizar o trabalho extraordinário;
- i) Relevar falhas de registo biométrico que ultrapassem as 6 falhas de marcação;
- j) Autorizar o pagamento de despesas, independentemente do valor, desde que devidamente autorizadas e confirmadas pelos serviços competentes, concretizando deliberações do Conselho de Administração;
- k) Tomar conhecimento de cessões de crédito;
- l) Autorizar notas de crédito ou reembolsos de pagamentos indevidos ao CHUdSA nos termos da legislação em vigor;
- m) Autorizar a cabimentação económico-financeira das despesas, nos moldes definidos pelo Conselho de Administração e dentro dos normativos legais em vigor;

- n)** Negociar descontos financeiros com os credores da CHUdSA;
- o)** Assinar os termos de responsabilidade relativos à realização de MCDT's no exterior e à realização de transportes de doentes;
- p)** Autorizar despesas associada a pedidos de assistência médica no estrangeiro;
- q)** Autorizar a decisão de contratar de medicamentos inseridos em Contratos Públicos de Aprovisionamento (CPA's) até 210.000€ (sem IVA), desde que os mesmos façam parte do formulário hospitalar e de acordo com os objetivos clínicos fixados;
- r)** Autorizar a decisão de contratar de medicamentos não inseridos em CPA's até ao limite de 75.000€ (sem IVA), desde que façam parte do formulário hospitalar e de acordo com os objetivos clínicos fixados;
- s)** Autorizar a decisão de contratar e a adjudicação de concursos de fornecimento de bens e/ou serviços ou de empreitadas até 20.000€ (sem IVA);
- t)** Autorizar a nomeação de júris de procedimentos concursais, cuja decisão de contratar tenha sido previamente autorizada pelo CA;
- u)** Aprovar as peças do procedimento, cuja decisão de contratar tenha sido previamente autorizada pelo CA ou pela própria como previsto nas alíneas q), r) e s);
- v)** Aprovar erros e omissões de procedimentos concursais, cuja decisão de contratar tenha sido previamente autorizada pelo CA, desde que tal não implique acréscimo do valor base de procedimento;
- w)** Autorizar despesas com obras de simples conservação, reparação e beneficiação das instalações e equipamentos, bem como com locação e aquisição direta de bens, equipamentos ou prestação de serviços até ao montante de 20.000 € (sem IVA, por processo);
- x)** Poderes para, em nome e representação do Centro Hospitalar Universitário de Santo António, E.P.E., outorgar individualmente, todo e qualquer contrato, protocolo ou documento necessário à formalização e execução das deliberações de despesa, independentemente do seu valor, relativas a obras de simples conservação, reparação e beneficiação das instalações e equipamentos, bem como com locação e aquisição direta de bens, equipamentos ou prestação de serviços ou qualquer outra despesa, incluindo publicação em Diário da República e no Portal BaseGov;

As alíneas a) a i) referem-se às áreas sob a sua responsabilidade.

As funções atribuídas podem ser subdelegadas no todo ou em parte, mediante prévia autorização do Conselho de Administração.

As presentes competências produzem efeitos a 01 de setembro de 2023, ficando por este meio ratificados todos os atos, entretanto praticados no âmbito das competências agora definidas.



Consignar que impendem ao **CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO** as competências previstas no artigo n.º 71.º do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 04 de agosto, do Regulamento Interno do Centro Hospitalar Universitário de Santo António, E.P.E. e ainda:

- a) Nomear, promover, exonerar, demitir, celebrar e rescindir contratos com pessoal;
- b) Confirmar as condições legais de progressão nas categorias e, em consequência, autorizar os abonos daí decorrentes aos trabalhadores;
- c) Autorizar a prestação de trabalho extraordinário e autorizar o abono da respetiva remuneração, bem como o pagamento de trabalho em dias de descanso semanal e de descanso complementar e feriados ao pessoal dirigente e de chefia, nos termos legais;
- d) Autorizar o gozo de licenças sem vencimento/retribuição e o regresso antecipado;
- e) Emitir parecer sobre qualquer pedido de mobilidade de profissionais da Instituição;
- f) Autorizar a acumulação de funções.

9. Caracterização do funcionamento do Conselho de Administração, do Conselho Geral e de Supervisão e do Conselho de Administração Executivo², indicando designadamente:

a) Número de reuniões realizadas e grau de assiduidade de cada membro às reuniões realizadas³;

2023		Dr. Paulo Barbosa	Prof. Doutor José Barros	Drª Rita Veloso	Drª Beatriz Duarte*	Enf. Eduardo Alves
Nº Ausências		5	5	9	3	8
Nº Reuniões ordinárias realizadas Ano 2023	44					
% Assiduidade		89%	89%	80%	93%	81%

*Iniciou funções a 10/02/2023.

2023		Dr. Paulo Barbosa	Prof. Doutor José Barros	Drª Rita Veloso	Drª Beatriz Duarte*	Enf. Eduardo Alves
Nº Ausências		0	1	2	1	1
Nº Reuniões extraordinárias realizadas Ano 2023	9					
% Assiduidade		100%	89%	78%	89%	89%

*Iniciou funções a 10/02/2023.

b) Cargos exercidos em simultâneo em outras empresas, dentro e fora do grupo, e outras atividades relevantes exercidas pelos membros daqueles órgãos no decurso do exercício, apresentados segundo o formato seguinte:

Membro do Órgão de Administração	Acumulação de Funções		
	Entidade	Função	Regime
Dr. Paulo Jorge Barbosa Carvalho	ICBAS, UP	Professor associado convidado da unidade curricular "Clínica Médica" (5º ano) do Mestrado Integrado (MIM) em Medicina do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto (ICBAS).	Público
Prof. Doutor José Fernando da Rocha Barros	ICBAS, UP	Professor catedrático convidado do ICBAS. Regente da unidade curricular "Dissertação/ Projeto/ Estágio" (6º ano) e responsável pelo módulo de "Semiologia Neurológica" da unidade curricular "Semiologia e Fisiopatologia II" (3º ano) do MIM. Membro do conselho científico do ICBAS. Membro da comissão científica do MIM.	Público
Enfº Alfredo Eduardo Argulho Alves	n.a.	n.a.	n.a.
Drª Rita Sofia da Silva Veloso	ICBAS, UP; Escola Superior de Saúde, IPP; ISAG; Universidade Europeia	Professor Afiliado, coordenadora da unidade curricular "e-saúde" (5ºano MIM, ICBAS) ; Professor associado convidado (Escola Superior de Saúde, ISAG, Universidade Europeia)	Estabelecimentos de ensino superior público ou de interesse público.
Drª Maria Beatriz da Silva Duarte Vieira Borges	ISAG – European Business School	Professor associado convidado	Estabelecimentos de ensino superior público ou de interesse público.

² Deve ser ajustado ao modelo de governo adotado.

³ A informação poderá ser apresentada sob a forma de quadro.

c) Órgãos da empresa competentes para realizar a avaliação de desempenho dos administradores executivos e critérios pré-determinados para a avaliação de desempenho dos mesmos;

Nos termos da legislação em vigor, o n.º 2 do artigo 6.º do Estatuto do Gestor Público, o Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de março, na sua redação atual, nas entidades públicas empresariais, a avaliação do desempenho das funções de gestão compete aos membros do Governo responsáveis pela área das finanças e pelo respetivo setor de atividade.

De acordo com o n.º 1 do artigo 6.º do mesmo diploma, o desempenho das funções de gestão deve ser objeto de avaliação sistemática, tendo por parâmetros os objetivos fixados nas orientações estratégicas e setoriais (artigo n.º 24.º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro na sua redação atual), bem como os definidos no contrato-programa.

d) Comissões⁴ existentes no órgão de administração ou supervisão, se aplicável. Identificação das comissões, composição de cada uma delas assim como as suas competências e síntese das atividades desenvolvidas no exercício dessas competências.

COMISSÃO FARMÁCIA E TERAPÊUTICA

A CFT do CHUdSA é constituída por 8 membros permanentes e um membro não permanente, em representação da Comissão de Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos (CCIRA) da instituição.

A CFT foi renomeada em 19 de março de 2021, para o triénio 2021-2024.

Os **oito membros permanentes** são os mesmos:

- Paulo Ilídio dos Santos Paiva, Médico, Presidente da CFT;
- Patrocínia Maria Pinto de Castro Rocha, Farmacêutica, Diretora dos Serviços Farmacêuticos;
- Josefina Maria de Sousa Santos Lascasas, Médica;
- Filinto Bernardino Marcos Correia de Barros, Médico;
- Sara Isabel Mendes Rocha, Médica;
- Maria Teresa Fernandes Cunha, farmacêutica, com função complementar de Secretariar a CFT;
- Bárbara Gisela Bastos Santos, farmacêutica, com função complementar de Secretariar a CFT;
- Alexandra Maria da Costa Quintas, farmacêutica, com função complementar de Secretariar a CFT.

As **competências** da CFT do CHUdSA são:

- Atuar como órgão de ligação entre os serviços de ação médica e os Serviços Farmacêuticos;
- Pronunciar-se sobre a adequação da terapêutica prescrita aos doentes, sem quebra das normas deontológicas;
- Selecionar, designadamente entre as alternativas terapêuticas previstas no Formulário Nacional de Medicamentos (FNM) a lista de medicamentos que serão disponibilizados pela instituição, e implementar e monitorizar o cumprimento dos critérios de utilização de medicamentos emitidos pela Comissão Nacional de Farmácia e Terapêutica (CNFT) e dos protocolos de utilização na entidade;
- Monitorizar os dados resultantes da utilização de medicamentos e outras tecnologias de saúde, nomeadamente através dos registos que tenham sido considerados necessários no âmbito de decisões de financiamento;

- Representar a instituição na articulação com a CNFT e colaborar com a mesma disponibilizando a informação e os pareceres acerca da utilização dos medicamentos na sua instituição, sempre que para isso for solicitada;
- Analisar com cada serviço hospitalar os custos da terapêutica que lhe são imputados, auditando periodicamente e identificando desvios na utilização dos medicamentos;
- Em articulação com o Monitor da Prescrição Médica, monitorizar a prescrição interna de medicamentos com o objetivo de emitir relatórios trimestrais, obter indicadores relativos à sua prescrição e implementar mecanismos regulares de acompanhamento e discussão inter pares dessa informação, em conformidade com o previsto no Despacho n.º 17069/2011.
- Zelar pelo cumprimento das obrigações decorrentes do Despacho n.º 13382/2012 nomeadamente no que se refere ao envio regular de informação sobre a prescrição e sobre a dispensa de medicamentos pela unidade hospitalar;
- Diligenciar a promoção de estratégias efetivas na utilização racional do medicamento na instituição;
- Colaborar com o Sistema Nacional de Farmacovigilância, nos termos da legislação em vigor;
- Articular com as diferentes Comissões com responsabilidades no âmbito do medicamento, nomeadamente com a CCIRA, estabelecendo mecanismos de monitorização e utilização racional de antimicrobianos dentro dos objetivos e competências da mesma;
- Propor o que tiver por conveniente dentro das matérias da sua competência.

A CFT funcionou em 2023 em reuniões regulares semanais dos membros permanentes, às quartas-feiras, das 14:30 às 17 horas.

O membro em representação da CCIRA reuniu mensalmente em plenário da CFT numa das reuniões regulares.

Sempre que necessário ou solicitado pelo Diretor Clínico a CFT pode reunir de forma extraordinária, mediante convocatória do Presidente.

A CFT pronuncia-se sobre as questões que lhe são submetidas mediante a emissão de pareceres.

Os pareceres são sempre fundamentados e devem concluir de modo expresso e claro sobre todas as questões suscitadas.

De cada reunião da CFT é elaborada uma Ata onde constam todas as decisões tomadas, a respetiva fundamentação e votação dos presentes. As atas são assinadas por todos os presentes.

Durante o ano 2023 a CFT teve 50 Reuniões Regulares. Foram emitidos centenas de pareceres sobre pedidos de medicamentos. Estas decisões incluíram:

1. Decisões no âmbito da utilização condicionada de medicamentos no CHUdSA;
2. Discussão e publicação de pareceres sobre estratégia de utilização de medicamentos;
3. Pareceres sobre introdução de novos medicamentos no CHUdSA;
4. Pareceres sobre pedidos de autorizações excecionais de medicamentos ainda sem avaliação finalizada pelo SNS e respetiva submissão ao Infarmed;
5. Pareceres sobre utilizações off-label;
6. Pareceres sobre protocolos terapêuticos.

⁴ Que incluem ou tenham a participação de elementos do órgão de administração ou supervisão.

As decisões da CFT, ratificadas pela Direção Clínica e/ou CA, são publicadas e implementadas no Circuito do Medicamento com articulação com a Equipa do CdM, com quem a CFT reúne regularmente.

A CFT colabora com o Monitor da Prescrição Médica para a elaboração e envio, trimestralmente, para a ACSS dos Relatórios de Monitorização da Prescrição Médica da instituição.

O presidente da CFT e a Diretora dos Serviços Farmacêuticos participam e colaboram regularmente nos trabalhos da Comissão Nacional de Farmácia e Terapêutica do Infarmed. Para o efeito participaram nas reuniões mensais dessa instituição. Aí elaboraram diversos pareceres sobre utilização de medicamentos para o Formulário Nacional de Medicamentos.

Na dependência da CFT estão constituídas subcomissões especializadas ou consultas de grupo que atuam sectorialmente no âmbito das respetivas competências como assessorias técnicas da CFT.

Compete às subcomissões e consultas de grupo a emissão de pareceres técnicos sobre questões que lhes sejam especificamente colocadas.

Em 2023 funcionaram regularmente e emitiram documentos e pedidos ou pareceres para a CFT:

- Consulta de Grupo de VIH
- Consulta de Grupo de Doença Autoimunes da Unidade de Imunologia Clínica
 - Consulta de Grupo de Psoríase
 - Consulta de Grupo de Doença Inflamatória Intestinal.

COMISSÃO FARMACOVIGILÂNCIA

A Comissão de Farmacovigilância tem a sua atividade coordenada pelo Gabinete de Governação Clínica do Departamento da Qualidade. Tem como objetivos estratégicos integrar na sua ação as orientações do 3º Desafio Mundial da Segurança do Paciente da OMS cujo tema é “Medicação sem Dano”.

A sua atividade, tem sido desenvolvida no âmbito da promoção da notificação de eventos adversos, na vigilância e divulgação interna dos efeitos laterais reportados de novo sobre medicamentos em uso na Instituição e de emitir alertas de segurança que de forma preventiva possam contribuir para uma prática segura no circuito do medicamento no Santo António. Tem desenvolvido um papel importante na área dos medicamentos LASA – Look Alike Sound Alike, e dos Medicamentos de Alerta Máximo, sensibilizando e formando os profissionais para os temas assim como divulgando alertas respetivos e metodologias de trabalho mais seguras no circuito do medicamento.

Está prevista a reestruturação da comissão de modo a incluir no seu regulamento e objetivos a atividade de vigilância dos dispositivos médicos em curso, mas não formalmente atribuída a esta entidade.

COMISSÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA

Presidente: Dr.ª Isabel Alexandra Santos

Elementos: Eng. Luís Filipe Pereira; Dr.ª Cristina Fiúza Branco; Enf. Manuel Valente; Dr.ª Rosa Areias; Dr.ª Ernestina Reis; Enf.ª Alexandra Fernandes; Dr. André Luís.

A Comissão da Qualidade e Segurança (CQS) do CHUdSA foi constituída em 2013 na sequência do Despacho n.º 3635/2013. Na recente criação do Centro Hospitalar Universitário de Santo António em 2023, foi entendimento institucional no regulamento do Santo António (SA), incluir a atividade da Comissão da Qualidade e Segurança no espectro de ação do Departamento da Qualidade. O Departamento da Qualidade é uma estrutura transversal dirigido por uma Unidade de Gestão que reporta diretamente ao Conselho de Administração. É constituído por cinco serviços, o Serviço de Humanização, o Serviço de Governação Clínica, o Serviço da Qualidade e Segurança, o Serviço de Gestão da Qualidade e o Serviço de Saúde Ocupacional, cujas atividades também incluem os objetivos da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (ENQS) da Direção Geral da Saúde (DGS). As ações definidas na ENQS concretizada nos objetivos estratégicos do plano nacional para a segurança dos doentes. Este foi recentemente atualizado a 24 de setembro de 2021 e publicado o Despacho n.º 9390/2021, que aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 - 2026 (PNSD 2021 -2026). Assenta em 5 grandes pilares, com os respetivos objetivos estratégicos, a que acrescem as respetivas ações e metas:

- **Pilar 1:** Cultura de segurança;
- **Pilar 2:** Liderança e governança;
- **Pilar 3:** Comunicação;
- **Pilar 4:** Prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente;
- **Pilar 5:** Práticas seguras em ambientes seguros;

O Departamento da Qualidade (DQ) do Santo António, surge como uma estrutura funcional que se articula com a Direção Geral da Saúde (DGS) para concretizar os objetivos da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (ENQS) e para definir e implementar a estratégia da política da qualidade da Unidade Local de Saúde de Santo António (ULSSA) garantindo a obtenção de elevados níveis de qualidade que confirmam ao SA e seus serviços o devido reconhecimento, através da acreditação e certificação por organismos nacionais e internacionais e estimular em todos os serviços a melhoria contínua de qualidade, nos resultados, nos processos e nos recursos, através de programas estruturados.

As ações na ENQS da DGS, concretizam-se em atividades de formação institucional no âmbito da governação clínica e da qualidade e segurança, como por exemplo, sobre notificação de eventos, auditoria clínica e quedas. O DQ articula internamente com a Unidade Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistência aos Antimicrobianos e com o Gabinete do Utente para integração de ações de melhoria contínua da qualidade conjunta.

A Unidade de Gestão do DQ reúne anualmente com o Departamento da Qualidade na Saúde da DGS. Essas reuniões são propostas pela DGS e têm como objetivo sistematizar os aspetos anuais da ENQS a priorizar nas instituições de saúde. O DQ operacionaliza as atividades emanadas pela DGS, nomeadamente o questionário da cultura de segurança dos hospitais. Desempenha um papel importante na divulgação e dinamização das Normas de Orientação Clínica (NOC) emitidas pela DGS, assim como na implementação de auditorias clínicas propostas por estas NOC.

COMISSÃO DE TRANSFUSÃO E ALTERNATIVAS TRANSFUSIONAIS

(Triénio de maio de 2021 a maio de 2024)

Presidente

Marika Mónica Bini Antunes, Imuno-hemoterapeuta, Serviço de Hematologia

Vogais

Ana Margarida Almeida, Pediatra, SCINP

Ana Maria Soares Oliveira, Enfermeira-Gestora, Serviço de Urologia Ana

Rita Teixeira Faria Mota, Enfermeira, SNCIP

André Filipe Monteiro Santos Luís, Cirurgião maxilofacial, Departamento da Qualidade

António Manuel Gamboa Canha, Cirurgião geral, Serviço de Cirurgia

Cidália Manuela Pereira Silva, TSDT, Departamento da Qualidade

Elizabete Maria Neutel Silva, Anestesiologista, Serviço de Anestesiologia

Maria Esmeralda Silva Cleto, Pediatra, Serviço de Pediatria

Graça M. Gouveia Carvalho Buchner, Obstreta, Departamento da Mulher

Helena Sofia Querido dos Santos, Enfermeira, Serviço de Pediatria

Heloísa Sandra Magalhães Babo Castro, Internista, Serviço de Cuidados Intensivos

João de Melo Sampaio de Araújo Correia, internista, Serviço de Medicina

Marco Sampaio Gonçalves Pinto, Imuno-hemoterapeuta, Serviço de Hematologia

Maria Eduarda Ribeiro Valente, Farmacêutica, Serviço de Hematologia

Marta Maria Almeida Pereira, Farmacêutica, Serviços Farmacêuticos

Paula Alexandra Sá, Serviço de Anestesiologia

Sara Cristina Guimarães Gonçalves Morais Figueira, Pediatra, SCINP

SCINP- Serviço de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos
TSDT- Técnica Superior de Diagnóstico e Terapêutica

A Comissão de transfusão e alternativas transfusionais é um dos órgãos consultivos do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Universitário de Santo António (CHUdSA) e está regulamentada pelo artigo 15.º do Regulamento Interno da instituição, aprovado em 04/08/2023 pela Tutela.

Em 2023, a comissão esteve envolvida na revisão da Conferência de Consenso sobre o uso de sangue e hemo-derivados, bem como na elaboração de uma proposta que visava à sua reestruturação para o triénio 2024–2027.

Na proposta da comissão, estão incluídos os profissionais dos serviços de anestesiologia e imuno-hemoterapia, diretamente envolvidos na manutenção e monitorização do Programa de Patient Blood Management (PBM) no Hospital.

Esta comissão, pretende finalizar a desmaterialização do circuito de Hemovigilância, especialmente no que diz respeito aos registos ocorridos durante o transporte de componentes, na administração por parte das equipas de enfermagem e na deteção de incidentes e reações adversas. É importante salientar que as propostas da versão atualizada da Conferência de Consenso e da reestruturação da comissão estão, à data do presente relatório, em fase de validação.

A Comissão continua responsável por:

- Manter o programa de hemovigilância;
- Recolher e analisar os dados;
- Garantir a confidencialidade dos dados referentes aos profissionais e doentes;
- Propor e verificar o cumprimento de medidas de prevenção, quando necessárias;
- Fornecer a informação obtida à comunidade médica sobre as complicações da terapêutica transfusional;
- Garantir os consentimentos informados para a administração e para a recusa de componentes sanguíneos e hemoderivados.

Não se verificaram alterações à constituição da comissão transfusional no ano de 2023.

COMISSÃO TÉCNICA DE CERTIFICAÇÃO DA INTERRUPÇÃO DA GRAVIDEZ

1. Composição e competências da Comissão Técnica de Certificação da Interrupção da Gravidez

Presidente:

Prof. Doutor Luís Guedes Martins (Assistente Hospitalar Graduado de Obstetrícia e Ginecologia, Diretor do Centro de Medicina Fetal-Medicina Fetal Porto / CMIN-CHUP)

Membros efetivos:

Prof. Doutor Luís Guedes Martins (Assistente Hospitalar Graduado de Obstetrícia e Ginecologia, Diretor do Centro de Medicina Fetal-Medicina Fetal Porto / CMIN-CHUP).

Dra. Luísa Ferreira (Assistente Hospitalar Graduada de Obstetrícia e Ginecologia).

Dra. Luísa Carreira (Assistente Hospitalar Graduada de Pediatria/ Neonatologia).

Suplentes:

Dra. Cármen Carvalho (Assistente Hospitalar Graduada de Neonatologia/ Pediatria).

Dra. Cláudia Reis (Assistente Hospitalar Graduada de Genética Médica).

Dra. Natália Tkachenko (Assistente Hospitalar Graduada de Genética Médica).

Dra. Paula Matos (Assistente Hospitalar Graduada de Pediatria/Nefrologia Pediátrica).

Dra. Céu Mota (Assistente Hospitalar Graduada de Pediatria/ Neonatologia/Genética Médica).

Dra. Ana Cristina Cunha (Assistente Hospitalar Graduada de Obstetrícia e Ginecologia, Medicina Fetal).

Composição e competências da Comissão Técnica de Certificação da Interrupção da Gravidez

A competência essencial da comissão é avaliar/analisar os pedidos de interrupção médica da gravidez (efetuados pelos casais/grávida, após aconselhamento extenso) e decidir à luz da Lei corrente o caráter de elegibilidade para prosseguir com o pedido. É, portanto, a sua competência a certificação da situação prevista na alínea c) do n.º 1 do artigo 142.º do Código Penal (Não é punível a interrupção da gravidez efetuada por médico, ou sob a sua direção, em estabelecimento de saúde oficial ou oficialmente reconhecido e com o consentimento da mulher grávida, quando houver seguros motivos para prever que o nascituro virá a sofrer, de forma incurável, de grave doença ou malformação congénita, e for realizada nas primeiras 24 semanas de gravidez, excepcionando-se as situações de fetos inviáveis, caso em que a interrupção poderá ser praticada em qualquer idade gestacional).

Atividade desenvolvida durante o ano de 2023

Todos os pedidos de interrupção médica da gravidez são efetuados em consulta especializada de Medicina Fetal, após aconselhamento extenso, por especialista em Obstetrícia/Ginecologia, com diferenciação em Medicina Fetal.

Em 2023 foram realizadas 40 interrupções médicas da gravidez por anomalias fetais no CMIN. A idade materna média foi 32.14 anos. Cerca de 94% das gestações resultaram de concepção espontânea e 21% apresentavam maus antecedentes obstétricos. A idade gestacional média no momento da reunião da Comissão Técnica de Certificação da Interrupção da Gravidez foi de 16 semanas com 98% dos casos antes das 25 semanas. Aproximadamente 25% dos casos foram referenciados do exterior. Os distúrbios genéticos foram a causa mais registada, sendo a trissomia 21 a cromossomopatia mais frequente. Defeitos do sistema nervoso central e cardíaco foram as outras anomalias mais comuns. O tempo médio compreendido entre o pedido do casal e a decisão da Comissão Técnica de Certificação da Interrupção da Gravidez foi 1.5 dias úteis e 2.5 dias entre esta decisão e o início do processo de IMG. Após protocolo medicamentoso, 2.5% dos casos precisaram de abordagem cirúrgica. Não se registaram complicações major associadas aos procedimentos descritos.

COMISSÃO DE CONTROLO DA INFEÇÃO E RESISTÊNCIA AOS ANTIMICROBIANOS (CCIRA)

A Comissão de Controlo da Infecção e Resistência aos Antimicrobianos (CCIRA) do CHUPorto evoluiu para entidade designada por Unidade Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência de Antimicrobianos (UL-PPCIRA), dando cumprimento ao Despacho 10901/2022 de 8 setembro. Esta é uma comissão está prevista no regulamento interno do CHUdSA, e tem caráter consultivo, colaborar com o órgão de administração do estabelecimento de saúde, por sua iniciativa ou a pedido daquele, nas matérias da sua competência.

Apesar de estar previsto no regulamento interno da instituição, o grupo de trabalho não foi criado e os seus membros não foram designados. Devido à dimensão atual da instituição (ULSSA) e ao fato de que um dos profissionais já não faz parte dos quadros da entidade, a constituição prévia não pode ser retomada. Assim, a informação habitualmente solicitada não poderá ser prestada.

COMISSÃO DE ÉTICA SANTO ANTÓNIO/ICBAS

A Comissão de Ética (CE) tem uma composição multidisciplinar, sendo constituída por onze membros, não pertencentes aos órgãos de administração e gestão hospitalar e/ou académica. No âmbito da CE funciona a Entidade de Verificação da Admissibilidade e Colheita para Transplante (EVA). Esta tem, também, uma composição multidisciplinar, integrando três membros da CE.

A 28 de dezembro de 2018, o Conselho de Administração do Centro Hospitalar Universitário do Porto (CHUP), em consonância com o Diretor do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto (ICBAS), designou os membros da Comissão de Ética CHUP/ ICBAS, para um mandato de quatro anos, renovável uma vez.

A renúncia ao mandato da Presidente e de alguns vogais, por motivos pessoais, levaram a substituições oportunamente deliberadas pelo Conselho de Administração. Os membros da comissão elegeram o Presidente, a Vice-Presidente e propuseram a composição da Entidade de Verificação da Admissibilidade de Colheita para Transplante (EVA).

Recomposição da Comissão de Ética CHUP/ICBAS, nomeada a 28 de dezembro de 2018, por um quadriénio, renovável uma vez, e da Entidade de Verificação da Admissibilidade de Colheita para Transplante. (Boletim Informativo do CHUPorto de setembro de 2020).

Por deliberação do Conselho de Administração de 27 de julho de 2022, por motivo do falecimento do Dr. Gonçalo Senra, foi nomeado para a Comissão de Ética o Mestre Virgínio da Costa Ribeiro. **(“Republicação da Composição” - Boletim Informativo n.º 14/22 de 28 de julho de 2022).**

Composição

Presidente

Prof. Doutor João Nuno Melo Beirão

Domínio do conhecimento: Medicina (Oftalmologia)

Assistente Graduado de Oftalmologia do CHUdSA e Professor Catedrático Convidado do ICBAS

Vice-presidente

Dr.ª Paulina Maria de Carvalho Araújo Fernandes Ferreira Aguiar

Domínio do conhecimento: Ciências Farmacêuticas (Farmácia Hospitalar) Farmacêutica Assistente do CHUdSA

Vogais

Prof. Dr. Aníbal António Braga de Albuquerque

Domínio do conhecimento: Medicina (Cardiologia).

Assistente Graduado Sénior de Cardiologia do CHUdSA e Professor Associado Convidado e Membro da CEIC

Prof.ª Doutora Carla Margarida Coelho Marques Abrantes Teixeira Claro Fonseca

Domínio do conhecimento: Medicina (Anestesiologia, Medicina Intensiva e Emergência Médica, Bioética).

Assistente Graduada do CHUdSA e Professora Associada Convidada do ICBAS

Prof.^a Doutora Cármen Dolores Moreira de Carvalho

Domínio do conhecimento: Medicina (Pediatria, Cuidados Intensivos Pediátricos e Neonatologia, Bioética).

Assistente Graduada do Centro Materno-Infantil do Norte Dr. Albino Aroso do CHUDSA e Professora Associada Convidada do ICBAS

Dr.^a Fernanda Manuela Pereira da Costa

Domínio do conhecimento: Medicina (Pediatria)

Assistente Graduada Sénior do CHUDSA e Professora Associada Convidada do ICBAS, aposentada

Prof. Doutor José António Pinho da Silva

Domínio do conhecimento: Enfermagem (Saúde Mental); Saúde Pública
Enfermeiro-Chefe do CHUDSA

Prof. Doutora Margarida Duarte Cerqueira Martins de Araújo

Domínio do conhecimento: Medicina Veterinária; Farmacologia
Professora Auxiliar do ICBAS

Prof.^a Doutora Maria Strecht Monteiro Mata de Almeida

Domínio do conhecimento: Bioquímica; Sociologia da Cultura, do Conhecimento e da Comunicação.

Professora Auxiliar do ICBAS

Prof. Doutora Susana Vasconcelos Pinto Leite Teixeira de Magalhães

Domínio do conhecimento: Filosofia; Ética

Integrity Officer do Instituto de Investigação e Inovação em Saúde (i3S)

Professora Auxiliar da Universidade Fernando Pessoa.

Mestre Virgínio da Costa Ribeiro

Domínio do conhecimento: Direito.

Juiz de Direito, jubilado

Entidade de Verificação da Admissibilidade de Colheita para Transplante (EVA)

Prof. Doutor João Nuno Melo Beirão

Prof.^a Doutora Carla Margarida Coelho Marques Abrantes Teixeira Claro Fonseca

Prof. Doutor José António Pinho da Silva

Competências

À CE compete exercer as competências gerais e específicas que lhe são atribuídas pelo Decreto-Lei n.º 80/2018, de 15 de outubro, bem como na legislação conexa e complementar, designadamente nos termos da Lei n.º 21/2014, de 16 de abril, e do Regulamento (UE) n.º 536/2014, do Parlamento e do Conselho de 16 de abril.

São **competências gerais** da CE:

- a)** Zelar, no âmbito do funcionamento das respetivas instituições, pela observância de padrões de ética, salvaguardando o princípio da dignidade e integridade da pessoa humana;
- b)** Emitir pareceres, relatórios, recomendações e outros documentos, por sua iniciativa ou por solicitação, sobre questões éticas relacionadas com as atividades das respetivas instituições, e divulgar os que considere particularmente relevantes na área da CE no site das instituições;

c) Elaborar documentos de reflexão sobre questões de bioética no âmbito geral, designadamente com interesse direto no âmbito da atividade das instituições, e divulgá-los na área da CE no site das instituições, promovendo uma cultura de formação e de pedagogia na esfera da sua ação, incluindo a divulgação dos princípios gerais da bioética nas respetivas instituições;

d) Colaborar, a nível regional, nacional e internacional, com outras entidades relevantes no âmbito da ética e bioética, tendo em vista a partilha de melhores práticas;

e) Promover ações de formação sobre assuntos relacionados com a ética e a bioética nas respetivas instituições;

f) Pronunciar-se sobre a elaboração de documentos institucionais que tenham implicações no domínio da ética.

No âmbito da **prática clínica assistencial**, são **competências específicas** da CE:

a) Zelar pelo respeito dos princípios éticos da dignidade da pessoa humana, da beneficência, da justiça e da autonomia pessoal na prestação de cuidados de saúde;

b) Colaborar com os serviços e profissionais da instituição envolvidos na prestação de cuidados de saúde, no domínio da ética;

c) Zelar pela proteção e pelo respeito dos direitos e deveres dos utentes e dos profissionais de saúde da instituição;

d) Prestar assistência ética e mediação na tomada de decisões que afetem a prática clínica e assistencial;

e) Assessorar, numa perspetiva ética, a tomada de decisões de saúde, organizativas e institucionais;

f) Elaborar orientações e recomendações nos casos e nas situações que gerem ou possam gerar conflitos éticos colocados pela prática clínica;

g) Verificar o cumprimento dos requisitos éticos legalmente estabelecidos.

No contexto da **investigação clínica**, são **competências específicas** da CE:

a) Exercer as competências previstas para as comissões de ética para a saúde nos termos da Lei n.º 21/2014, de 16 de abril, na sua redação atual, que aprova a Lei da Investigação Clínica, no que respeita aos estudos clínicos;

b) Exercer as competências da Comissão de Ética para a Investigação Clínica (CEIC) no âmbito dos ensaios clínicos, quando designadas pela CEIC nos termos do Regulamento (UE) n.º 536/2014, do Parlamento e do Conselho, de 16 de abril de 2014, relativo aos ensaios clínicos de medicamentos para uso humano, e da legislação nacional que assegura a sua execução na ordem jurídica interna;

c) Emitir parecer sobre a adequação científica e ética dos investigadores para a realização de estudos de investigação clínica;

d) Avaliar, de forma independente, os aspetos metodológicos, éticos e legais dos estudos de investigação clínica que lhe são submetidos, ou que nelas são delegados pela CEIC, bem como emitir parecer sobre a sua realização;

e) Assegurar o acompanhamento de todos os estudos de investigação clínica que decorrem nas instituições desde o seu início até ao seu termo e a apresentação do relatório final do estudo;

f) Monitorizar a realização dos estudos de investigação clínica efetuados nas respetivas instituições, em especial no que diz respeito a aspetos éticos e à segurança e integridade dos participantes;

g) Assegurar a disponibilização atempada e completa da informação relativa aos estudos de investigação clínica da sua responsabilidade, na plataforma da Rede Nacional das Comissões de Ética para a Saúde (RNCEs) e no Registo Nacional de Estudos Clínicos (RNEC), bem como verificar e validar os dados constantes do RNEC relativamente aos estudos que avalia e acompanha.

No âmbito da **investigação biomédica** é competência da CE a apreciação ética de projetos que envolvam humanos.

No exercício das suas competências, a CE pondera, em especial, o estabelecido na lei, nos códigos deontológicos, assim como nas convenções, declarações e diretrizes internacionais existentes sobre as matérias a apreciar.

Compete-lhe, também, pronunciar-se sobre os pedidos para a utilização de medicamentos, fora das indicações previstas no respetivo Resumo das Características do Medicamento (RCM) – utilização fora do RCM, também designada por off-label - em todas as áreas do CHUdSA.

A Comissão de Ética do CHUdSA/ICBAS, no decurso do ano 2023 reuniu em 18 sessões de trabalho ordinárias que decorreram nos dias: 4 e 25 de janeiro; 15 de fevereiro; 08 e 29 de março; 19 de abril; 10 e 31 de maio; 21 de junho; 12 e 26 de julho; 06 e 27 de setembro; 11 e 25 de outubro; 08 e 22 de novembro e 13 de dezembro.

Em todas as reuniões existiu quórum necessário para reunir e deliberar, de acordo com o Regulamento Interno da CE do CHUdSA/ICBAS.

As faltas às reuniões foram sempre devidamente justificadas.

Na reunião de 6 de setembro, devido à ausência do Presidente, este foi substituído pela Vice-Presidente.

Todos os Membros e Relatores participaram sempre na discussão dos projetos de investigação e nas questões agendadas, via correio eletrónico, zoom, team e presencialmente.

As convocatórias e ordens de trabalho foram sempre enviadas com a antecedência prevista no regulamento interno desta comissão.

No ano de 2023 a CE apreciou, em reuniões plenárias, 365 Projetos de Investigação, sendo que, dos 321 projetos que entraram de novo, 309 foram submetidos ao DEFI / CAC e 12 provenientes do ICBAS.

As deliberações da CE do CHUdSA/ICBAS sobre os Projetos de Investigação, submetidos a apreciação, foram do seguinte teor: Parecer Favorável (Aprovação por Unanimidade e Aprovação por Maioria); Parecer Desfavorável (Não Aprovação) e Não Pronúncia (por desistência ou falta de resposta do Investigador).

Ao longo do ano de 2023 foram apreciados e respondidos pela CE, 31 pedidos de Parecer/Informações de Ética Institucional/Assistencial.

Durante o ano de 2023, a CE do CHUdSA/ICBAS tomou conhecimento pelos Promotores e Investigadores de 133 comunicações de efeitos adversos, encerramentos, relatórios, adendas, alterações substanciais e atualizações em Projetos de Investigação.

Compete às Comissões de Farmácia e Terapêutica e/ou de Ética, da Instituição, pronunciarem-se sobre a utilização do medicamento que vai ser ministrado. Sempre que solicitado, a CE pronunciou-se sobre os pedidos de autorização para a utilização de medicamentos fora das indicações previstas no respetivo resumo das características do medicamento (RCM), também designado por off-label, em todas as áreas do CHUdSA, de acordo com a circular informativa n.º 184/CD, de 12 de novembro de 2010 do INFARMED e da norma n.º 015/2013, atualizada a 04/10/2015, da DGS.

No decurso do ano de 2023 a Comissão de Ética recebeu e apreciou 475 pedidos de utilização off-label de medicamentos, sobre os quais emitiu parecer.

Os Membros da CE participaram em várias reuniões, ações de formação, formação aos profissionais do CHUdSA, seminários e outras atividades para as quais foi solicitada colaboração.

A CE colaborou, também, com o Departamento de Ensino, Formação e Investigação (DEFI) em ações de formação do CHUdSA, nomeadamente: Jornadas “Qualidade e Segurança em Cuidados de Saúde” e “Integração de Novos Profissionais”.

Cinco Membros da Comissão de Ética, foram inscritos e participaram na “15th World Conference – Bioethics, Medical Ethics and Health Law – PORTO OCTOBER 2023 16-19”. O local da Conferência foi no Sheraton Porto Hotel SPA, na data: 16/10/2023 – 19/10/2023.

No dia 16/11/2023, os Membros da Comissão de Ética e elemento do secretariado técnico frequentaram o curso de formação profissional: “Proteção de dados na saúde”, com a duração de 6 horas.

Foi também elaborado o relatório anual de atividades da Entidade de Verificação da Admissibilidade e Colheita para Transplante (EVA) relativo ao ano 2022.

Ao longo do ano de 2023 o secretariado da Comissão de Ética enviou 2731 e-mails e recebeu 7966.

Atualização do documento sobre Consentimento Informado em Investigação Clínica. Procedeu-se a uma atualização do referido documento.

Esta síntese de atividades reflete o crescente, intenso e dedicado trabalho desenvolvido pela Comissão de Ética do CHUdSA/ICBAS. Foram necessárias muitas horas de trabalho individual, de reuniões parcelares preparatórias entre os seus Membros e de contactos (presenciais, telefónicos, e-mail e/ou por escrito) com os investigadores, médicos prescritores de medicamentos fora do RCM, e outros profissionais do CHUdSA e ICBAS, para esclarecimento e apreciação dos documentos recebidos e emissão dos pareceres solicitados.

COMISSÃO COORDENAÇÃO ONCOLÓGICA

Composição:

- Prof. Doutor António Araújo (Assistente Graduado Sénior de Oncologia)
- Dr. José Ramon Vázquez (Assistente Graduado de Anatomia Patológica)
- Dr. José Davide da Silva, (Assistente Graduado Sénior de Cirurgia Geral)
- Prof. Doutor Ricardo Jorge Pinto (Assistente Graduado de Gastrenterologia)
- Prof. Doutora Manuela França (Assistente de Radiologia)
- Prof. Doutor Avelino Fraga (Assistente Graduado Sénior de Urologia)
- Dra. Glória Rodrigues (Farmacêutica Hospitalar; Assistente)
- Dra. Cláudia Casais (Assistente Graduada de Hematologia)
- Dra. Joana Gonçalves (Assistente de Oncologia)
- Dra. Catarina Oliveira (Assistente de Pneumologia).

A composição da Comissão de Coordenação Oncológica sofreu alterações em 2022 em consequência da saída de elementos do CHUdSA. A nova composição foi aprovada em reunião do Conselho de Administração de 06.07.2022.

O estabelecido na Portaria n.º 420/1990, de 08 de junho, complementada pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 129/2001, de 17 de agosto, não identifica um período de mandato, pelo que esta Comissão estará indigitada enquanto assim aprouver ao Conselho de Administração.

Competências:

As competências da comissão coordenação Oncológica são as que decorrem da Portaria 420/90, de 08 de junho, nomeadamente as seguintes:

- Organizar as consultas de grupo, multidisciplinares, com o objetivo de analisar e definir a estratégia de diagnóstico e terapêutica relativa a casos clínicos oncológicos;
- Aprovar protocolos de atuação diagnóstica e terapêutica dos diversos tipos de doença oncológica;
- Emitir parecer sobre a estrutura do hospital no âmbito da oncologia;
- Promover e coordenar o registo hospitalar do cancro.

COMISSÃO DE VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA E VENTILOTERAPIA DOMICILIÁRIA

Introdução

A comissão foi criada em 1995 para planear a orientação em ambulatório de doentes com insuficiência respiratória e dependentes crónicos de ventilação artificial, facilitando a alta para o domicílio. Em 1996 abriu a Consulta de Ventiloterapia Domiciliária que incluiu médicos de Cuidados Intensivos e de Medicina Interna.

A comissão evoluiu no desenvolvimento da Ventilação Não Invasiva (VNI), permitindo tratamento da insuficiência respiratória aguda (IRA) fora das unidades intensivas.

Tem sido mantida ao longo dos anos a formação multiprofissional em eficácia e segurança, com a colaboração do DEFI, além da formação em serviço de médicos e enfermeiros.

Em 2002 a comissão incluiu dois enfermeiros e foram identificados interlocutores nos serviços onde se aplica a VNI (serviços de Urgência, Medicina e Cuidados Intensivos).

Em 2006 disponibilizaram-se ventiladores portáteis e promoveu-se a sua uniformização e a distribuição através do Parque de Equipamentos (um projeto pioneiro), além da revisão da política de armazenamento, manutenção, desinfeção e distribuição. Alargou-se o âmbito de utilizadores (Cardiologia, Pediatria) e de indicações.

Em 2008 a comissão passou a incluir todas as unidades do CHU Porto e integrou um Administrador Hospitalar, que foi uma mais-valia no desenvolvimento da VNI.

Em 2009 avançou-se para um concurso de aquisição de serviços respiratórios domiciliários, para doentes com insuficiência respiratória crónica grave em ventilação domiciliária, um passo inovador e de qualidade assistencial.

Em 2010 foi criada a prescrição eletrónica dos cuidados respiratórios crónicos domiciliários, percussora da prescrição nacional.

Em 2011 foi criado no Portal Interno uma página com disponibilização de informação técnica, normas e documentos internos.

Missão

- Promover a utilização racional e adequada da VNI e o acompanhamento dos doentes ventilados cronicamente;
- Estimular a adesão dos profissionais e utentes internados à VNI, proporcionando formação a profissionais, utentes e cuidadores;
- Facilitar a antecipação das altas, garantindo apoio no domicílio;
- Garantir a gestão e requerer a auditoria dos circuitos de materiais e equipamentos.

Âmbito

- Consultadoria técnica, trabalhando em conjunto com os serviços clínicos nas definições dos dispositivos, distribuição, manutenção, reposição e apreciação de inovações;
- Colaboração com estruturas transversais na definição de procedimentos que permitam uma distribuição atempada e adequada de todo o equipamento para a VNI.

Competências

- Divulgar e garantir o cumprimento das boas práticas para utilização da VNI e dos cuidados respiratórios domiciliários de acordo com as normas da DGS;
- Emitir pareceres sobre a política de material;
- Definir e propor uma política de normalização dos equipamentos;
- Desenvolver normas de utilização e procedimentos transversais visando uma utilização racional dos recursos;
- Formação, em serviço e teórico-prática, sobre indicação, benefícios, riscos e regras.

Funcionamento

- A comissão tem um coordenador médico e uma composição multidisciplinar;
- Reúne uma vez por mês e sempre que se justifique;
- Tem um secretariado administrativo partilhado;
- Equipa multidisciplinar e multiprofissional.

Coordenadora

Dr.^a Elga René Freire, Serviço de Medicina

Vogais

Dr.^a Ana Luísa Rego, Unidade de Cuidados Intermédios do Serviço de Cuidados Intensivos (SCI)

Enf.^a Vera Ramos, Serviço de Urgência

Enf.^a Fátima Silva, Serviço de Medicina Física e Reabilitação

Dr.^a Irene Aragão, SCI, Comissão de Normalização de Material de Consumo e Equipamentos Clínicos

Dr.^a Joana Gomes, Serviço de Pneumologia

Dr. João Neves, Serviço de Medicina

Dr.^a Lurdes Morais, Serviço de Pediatria

Enf.^a Rosário Sousa, Serviço de Pediatria.

Atividades:

- Organização de um Curso de VNI, no DEFI no dia 30 de novembro:
 - Multiprofissional;
 - 25 formandos (16 enfermeiros e 9 médicos).
- Colaboração com os responsáveis do parque de equipamentos e do aprovisionamento em relação ao material de VNI e Oxigénio de Alto Fluxo (aparelhos e consumíveis);
- Reunião com o Conselho de Administração do CHUdSA (Dr.^a Beatriz Duarte), no dia 08 setembro. Abordadas as questões do aprovisionamento, manutenção do material de VNI e prescrição;
- Manual de Políticas e Procedimentos do CHUdSA;
- Em elaboração proposta sobre VNI, Oxigénio alto Fluxo e Oxigenoterapia (a aguardar resolução do parque de equipamentos e aprovisionamento);
- Durante o ano de 2023 foram feitas oito reuniões presenciais da comissão.

COMISSÃO HOSPITALAR DE AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS DA SAÚDE – DISPOSITIVOS MÉDICOS (CHATS – DM)

Composição:

A comissão tem como Presidente um médico nomeado pelo CA, que propõe os restantes membros da comissão. Deverá ser constituída por sete profissionais, cinco médicos, entre os quais está incluído o Presidente, um representante do grupo de enfermagem e o diretor do serviço de aprovisionamento:

Severo Torres – AH Graduado Sênior e Diretor de Serviço de Cardiologia, Prof. Associado convidado do ICBAS;

José Maria La Fuente de Carvalho – AH Graduado Sênior de Urologia, Prof. Catedrático Convidado do ICBAS; Humberto Machado – AH Graduado Sênior e Diretor de Serviço de Anestesia, Prof. Associado convidado do ICBAS; Mário Santos – AH de Cardiologia, Prof. Auxiliar Convidado da FMUP e Docente Externo do ICBAS;

Paulo Paiva – AH de Medicina Interna, Prof. Auxiliar Convidado do ICBAS, Diretor da Comissão de Farmácia e Terapêutica; Rui Mota – Engenheiro Mecânico, Diretor do Serviço de Aprovisionamento.

A CHATS – DM é um órgão de assessoria técnica e de ligação entre os serviços de ação médica e o serviço de aprovisionamento. As principais competências podem ser agrupadas em duas categorias: Avaliação de novos Dispositivos Médicos (DM) e Otimização da utilização dos DM existentes.

Em linhas gerais, a CHATS-DM tem acompanhado a despesa em dispositivos médicos, sensibilizando os respetivos Serviços para a implementação de medidas para o seu controle e redução, estimulou a abertura de concursos de dispositivos, monitorizando o seu desenvolvimento, deu parecer sobre a introdução de novos dispositivos e colaborou com o projeto de gestão informatizada das consignações.

COMISSÃO DE PROTEÇÃO CONTRA RADIAÇÕES (CPCR)

Composição:

TSDT Filomena Oliveira – DPR

Dr. João Xavier

Dra. Lúcia Costa

Prof. Doutora Manuela França

TSDT Radiologia Cláudia Machado

TSDT Radiologia Ruben Pinto

TSDT Radiologia António Rodrigues

TSDT Medicina Nuclear Marta Oliveira

Natureza

Nos termos do artigo 14º do Regulamento Interno do CHUdSA, a Comissão de Proteção Contra Radiações (CPCR) é um grupo temático com autonomia, que nos termos do artigo 159º do Decreto-Lei n.º 108/2018 de 3 de dezembro, responde diretamente ao Presidente do Conselho de Administração, na qualidade de Titular da Instalação, com a responsabilidade de garantir o cumprimento dos requisitos da Proteção Radiológica nas várias unidades do CHUdSA, de acordo com a legislação em vigor.

Competências

Mantêm-se as competências constantes dos relatórios anteriores. A Comissão de Proteção contra Radiações (CPCR) visa assegurar o desenvolvimento e implementação de políticas e procedimentos de proteção contra radiações ionizantes, assim como garantir a existência de um fórum institucional de consulta, comunicação e disseminação de informação em matéria de radiação. São suas competências:

- Coordenar os programas de controlo de qualidade dos equipamentos, de avaliação da proteção radiológica das instalações e de licenciamento de equipamentos;

- Realizar a avaliação e verificação inicial dos critérios mínimos de aceitabilidade de equipamentos de radiodiagnóstico médico;
- Avaliar a integridade do equipamento de proteção individual;
- Monitorizar os relatórios de dosimetria individual e promover a iniciação do controlo dosimétrico de novos profissionais;
- Monitorizar as doses recebidas pelos doentes e promover a vigilância dos efeitos determinísticos resultantes de doses elevadas;
- Verificar a conformidade legal e técnica dos requisitos definidos em caderno de encargos para aquisição de equipamentos, abrangendo as condições estruturais para a respetiva instalação;
- Apoiar tecnicamente a Direção de Compras na elaboração de processos de aquisição de materiais e equipamentos de proteção radiológica e propor a sua seleção;
- Desenvolver, implementar e manter atualizados, normas, procedimentos de funcionamento e outros documentos associados, no âmbito da proteção radiológica, nomeadamente o Programa de Proteção Radiológica da Instituição;
- Elaborar pareceres sobre exposição, proteção e boas práticas radiológicas;
- Desenvolver ações de formação em Proteção Radiológica aos profissionais envolvidos em procedimentos com recurso a radiação ionizante.

Constituição

A Comissão é constituída por três médicos (um neurorradiologista, uma radiologista e uma nuclearista), quatro TSDT de radiologia e um TSDT de medicina nuclear, sendo assessorada por dois especialistas em física médica.

A Responsável pela Proteção Radiológica é Técnica de Radiologia e Perita Qualificada Nível 2.

Atividades 2023

A atividade desenvolvida:

- Monitorização dos relatórios de dosimetria individual dos profissionais expostos a radiações e monitorizados por dosímetro termoluminescente;
- Articulação com o Serviço de Saúde Ocupacional no acompanhamento dos profissionais expostos a radiação ionizante;
- Acompanhamento dos processos de licenciamento dos equipamentos emissores de radiação;
- Acompanhamento da avaliação das instalações radiológicas no âmbito da Proteção Radiológica, desencadeando os processos de correção das não conformidades;
- Avaliação e verificação inicial dos critérios mínimos de aceitabilidade de equipamentos de radiodiagnóstico médico;
- Acompanhamento e monitorização do controlo de qualidade dos equipamentos radiológicos, desencadeando ações corretivas;
- Avaliação dos eventos de notificação de dose elevada no paciente, desencadeando a sua análise de risco pelo Físico Responsável pela área de Radiodiagnóstico do CHUdSA;
- Formação em Proteção e Segurança Radiológica a profissionais de valências cirúrgicas que recorrem a radiação ionizante durante as cirurgias ou procedimentos invasivos;
- Emissão de pareceres sobre a aquisição de equipamento de proteção para salas de exames e cirúrgicas, onde são realizados procedimentos com recurso a radiação ionizante;

- Júri de seleção para aquisição de equipamentos e fantasmas para verificação técnica de equipamentos e instalações radiológicas;
- Desenvolvimento de trabalhos de investigação, na vertente da proteção radiológica dos trabalhadores e dos doentes, com apresentação de resultados em eventos científicos.

CONSELHO TÉCNICO DOS TÉCNICOS SUPERIORES DE DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA

Composição:

Ana Gonzaga
Ana Rosa Belo
Ana Maria Silva
Celso Cruz
Eduardo Ribeiro
Hélia Romeira
Isabel Neves
Isaías Paiva
Maria dos Anjos Sá
Maria Elisete Lopes
Marta Oliveira
Paula Fonseca
Susana Vaz Freitas

TSD

Filomena Oliveira

Constituição

O Conselho Técnico (CT) dos Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica do CHUdSA é constituído pelos Técnicos Coordenadores das áreas de Análises Clínicas, Anatomia Patológica, Audiologia, Cardiopneumologia, Dietética, Farmácia, Fisioterapia, Medicina Nuclear, Neurofisiologia, Ortótica, Radiologia, Terapia da Fala e Terapia Ocupacional, sendo presidido pela Técnica Superior Diretora.

Competências

São competências do CT as estabelecidas no regulamento interno do CT, aprovado pelo Conselho de Administração a 17/01/2022.

Foram ainda subdelegadas na Técnica Superior Diretora competências do Vogal Executivo com funções de Diretor Clínico.

Relatório de Atividades 2023

O CTTSDT reuniu ordinariamente na segunda 2ªfeira de cada mês e extraordinariamente sempre que convocado pelo seu Presidente, por decisão própria ou por solicitação de 2/3 dos seus membros;

Foi efetuada uma avaliação da distribuição de recursos humanos por área funcional e por serviço;

Apresentação superior de proposta, devidamente fundamentada, com mapa de necessidades para contratação de TSDT para 2024, por área funcional;

Apresentação superior de proposta para vagas a disponibilizar para concursos de progressão na carreira, das diversas profissões das áreas de diagnóstico e terapêutica em 2024;

Apresentação de proposta para formação dos TSDT para 2024;

Solicitação de abertura de procedimentos concursais para constituição de reservas de recrutamento para o exercício de funções em várias áreas de diagnóstico e terapêutica;

Submissão de propostas para contratação de TSDT para substituições temporárias e definitivas;
 Submissão de proposta para nomeação dos Técnicos Coordenadores Subcoordenadores das áreas profissionais representadas na Instituição, que se concretizou em março e junho, respetivamente;
 Realização das I Jornadas internas dos TSDT do CHUdSA que decorreu a 28/10/2023;

Ao longo do ano foram realizadas ações de celebração dos Dias representativos das várias Profissões;
 Coordenação dos estágios curriculares do ensino pré-graduados;
 Acompanhamento do cumprimento na aplicação de legislação aplicável aos TSDT.

COMISSÃO DE ENFERMAGEM

Esta é uma comissão está prevista no regulamento interno do CHUdSA, e tem caráter consultivo, deve colaborar com o órgão de administração do estabelecimento de saúde, por sua iniciativa ou a pedido daquele, nas matérias da sua competência.

Segundo o Decreto-Lei, nº 71/2019, de 27 de maio, a Comissão de Enfermagem é composta pelo Enfermeiro Diretor e os enfermeiros com a categoria de enfermeiro gestor que se encontram em funções de direção e chefia. No entanto, para a mesma funcionar necessita de uma Lei que a regule.

COMISSÃO DE PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA NO SETOR DA SAÚDE

O Grupo de Prevenção da Violência no Setor da Saúde do Centro Hospitalar e Universitário de Santo António (GPVSS-CHUdSA) é uma comissão pluridisciplinar, nomeada em junho de 2021 e integrada no Departamento da Qualidade em maio de 2022. É até à data constituída por doze membros, nomeadamente:

Composição:

Coordenadora:

| Cristiana Alexandra Rodrigues Almeida (Médica Internista; Ponto-Focal e Coordenadora).

Vogais:

| André Filipe Monteiro Santos Luís (Médico de Cirurgia Maxilo-Facial; Gestor de Risco Clínico).

| António Joaquim Santos P. Sá Marinho (Médico Internista; Equipa de Prevenção da Violência sobre Adultos).

| Crisália Sofia Faria Barbosa (TSDT; Serviços Farmacêuticos).

| José Carlos Baltazar Dias (Enfermeiro Gestor; Departamento de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do CMIN).

| Luís Carlos Martins Delgado (Licenciado em Direito; Administrador Hospitalar do CGMJM).

| Manuel José Gião Valente (Enfermeiro Gestor; Departamento da Qualidade).

| Manuel Rocha Sousa Saraiva (Enfermeiro; UCIP do Serviço de Cuidados Intensivos, HSA).

| Margarida Sara Salazar Mendes Moreira (Médica Psiquiatra; Diretora do Serviço de Humanização).

| Maria Gabriela Machado Pereira (Enfermeira; CICA).

| Marlene Sofia Pereira Nogueira Bonifácio (Assistente Técnica; Serviço de Gestão de Doentes).

| Rosa Susana Pacheco Correia (Psicóloga; CMIN).

O GPVSS, em articulação com as orientações emanadas pelo Grupo Operativo Regional para o Plano de Ação para a Prevenção da Violência no Setor da Saúde (PAPVSS), num paradigma de progressiva e contínua melhoria no âmbito preventivo, tem por base definir, coordenar e monitorizar intervenções que permitam prevenir e limitar, em número e em gravidade, assim como possíveis consequências de situações de violência sobre os profissionais de saúde do CHUdSA.

Durante o ano de 2023, em continuidade do realizado no ano transato, foram desenvolvidas as seguintes atividades pelo GPVSS:

1. Reuniões gerais com uma periodicidade mensal média.
2. Elaboração e publicação no iPortalDoc do “Procedimento Geral - Gestão integrada da segurança e prevenção da violência nos profissionais”.
3. Promoção da definição de interlocutores (Grupo Operativo Local) nos diferentes Departamentos.
4. Divulgação da temática prevenção da violência sobre profissionais no setor da saúde, âmbito do GPVSS, e gestão de conflitos nas ações de formação “Ética e humanização dos cuidados de saúde”, integradas no Plano de Formação Institucional do Departamento de Ensino, Formação e Investigação (DEFI).
5. Ação de sensibilização “Saúde em Segurança – Prevenção da Violência no Setor da Saúde”, realizada no HSA, conjuntamente com a 9ª Esquadra da PSP.
6. Reuniões com os Pontos Focais de Segurança das 9ª e 18ª Esquadras da PSP.
7. Otimização, junto com o Serviço de Sistemas de Informação (SSI), da plataforma eletrónica para “Notificação de Violência Contra Profissionais”, constante no Portal Interno, e do processo de avaliação eletrónica das notificações recebidas.
8. Reuniões parcelares intercalares, com um mínimo de dois elementos do GPVSS, para avaliação de notificações de violência contra profissionais de saúde do CHUdSA, determinando a causa-raiz do problema e medidas preventivas.
9. Monitorização dos seguintes indicadores relativos ao ano 2023:
 - 9.1. N.º de situações de violência a profissionais do CHUdSA notificadas ao SSO, na forma de comunicação de acidente de trabalho;
 - 9.2. N.º de Consultas Médicas do SSO e N.º de Consultas de Psicologia do Trabalho, efetuadas no âmbito dos episódios de violência notificados;
 - 9.3. N.º de incidentes notificados no sistema interno de notificação geral de eventos adversos, enquadrados como “comportamento indevido” e N.º de ocorrências registadas pelos seguranças destacados no CHUdSA, ambos relacionados com violência contra profissionais de saúde;
 - 9.4. N.º de ações/ horas de formação anual efetuadas no DEFI relacionadas com gestão de conflitos, bem-estar e prevenção da violência e N.º de profissionais abrangidos.

D. FISCALIZAÇÃO⁵

1. Identificação do órgão de fiscalização correspondente ao modelo adotado: Fiscal Único, Conselho Fiscal, Comissão de Auditoria, Conselho Geral e de Supervisão ou Comissão para as Matérias Financeiras.

A fiscalização da ULSSA compete a um Conselho Fiscal e a um Revisor Oficial de Contas ou Sociedade de Revisores. O Conselho Fiscal deverá ser constituído por três membros efetivos e um suplente, sendo um deles o Presidente (artigo n.º 79.º, n.º 2 dos Estatutos).

Os membros do conselho fiscal são nomeados por despacho dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde, por um período de três anos, renovável por uma única vez (artigo 79.º, n.º 3 dos Estatutos).

O revisor oficial de contas é nomeado por despacho conjunto dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde, sob proposta fundamentada do Conselho Fiscal, tendo o mandato a duração de três anos, renovável por uma única vez (n.º 4, artigo n.º 79.º, dos Estatutos).

Nestes termos, o despacho conjunto das Finanças e da Saúde de 04-09-2018, designou para o mandato de 2018-2020 os membros do Conselho Fiscal para o CHUPorto e o despacho conjunto das Finanças e da Saúde de 18-12-2018 nomeou o Revisor Oficial de Contas para o mandato de 2018-2020.

À falta de nomeação para os anos de 2021, 2022 e 2023, de acordo com o n.º 6 do artigo 79º dos Estatutos da Entidade, do Decreto-Lei nº 52/2022, de 4 de agosto, cessando o mandato do conselho fiscal, mantêm-se os titulares em exercício de funções, até à designação de novos ou à declaração ministerial de cessação de funções, o que tem vindo a suceder.

O enquadramento dos membros do Conselho Fiscal e do Revisor Oficial de Contas da entidade CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE SANTO ANTÓNIO, E.P.E. tem por base o estipulado na alínea a) do artigo 13º do Decreto-Lei 7-A/2023, de 30 de janeiro, quanto ao enquadramento provisório e transitório até publicação da nomeação dos membros do órgão de fiscalização, mantendo-se assim em funções os elementos do Conselho Fiscal e Revisor oficial de Contas da entidade extinta Centro Hospitalar Universitário do Porto, E.P.E.

2. Apresentação de elementos curriculares relevantes de cada um dos membros do órgão de fiscalização.

PRESIDENTE DO CONSELHO FISCAL

Carla Manuela Serra Gerales

Resumo:

- Manager de Auditoria na Deloitte entre 1996 e 2003.
- Revisora Oficial de Contas desde dezembro de 2001.
- Partner na Crowe Portugal desde 2004.

Experiência profissional:

- Experiência profissional de 28 anos em auditoria financeira, tendo desenvolvido a sua atividade em diversas entidades nacionais e internacionais de natureza privada e pública, abrangendo diversos setores de atividade, nomeadamente, indústria, comércio, saúde, transportes, construção, setor público da educação (universidades e institutos politécnicos), setor público local (Municípios e empresas locais), bem como entidades do setor não lucrativo (associações e fundações);
- Membro do Conselho Fiscal de diversas entidades;
- Coautora do livro “Novo Normativo Contabilístico para as Entidades do Setor não Lucrativo – Casos Práticos”.

Associações Profissionais:

- Membro da Ordem dos Revisores Oficiais de Contas;
- Membro da Ordem dos Economistas;
- Membro da Ordem dos Contabilistas Certificados.

Formação:

- Licenciatura em Economia pela Universidade do Porto (Faculdade de Economia do Porto). | Revisor Oficial de Contas. | Pós-graduação em “Sistema de Normalização Contabilística para as Administrações Públicas” pelo IPCA – Instituto Politécnico do Cávado e do Ave.

VOGAL DO CONSELHO FISCAL

Maria das Dores de Sousa Silva

Experiência profissional:

- Chefe de equipa multidisciplinar da Inspeção-Geral de Finanças - Autoridade de Auditoria (IGF), desde 2015. Inspetora de Finanças da IGF, desde 1996;
- Outras atividades: Formadora no domínio da Contabilidade Pública;
- Membro suplente do Conselho Geral da Comissão de Normalização Contabilística, 2017 a 2020;
- Vogal do júri dos concursos das apostas mútuas da S.C.M. de Lisboa, em 2018;
- Vogal do júri do concurso “Fatura da Sorte”, de 2015 a 2018;
- Monitora do Programa Integrado de Cooperação e Assistência Técnica em Finanças Públicas – Cooperação com São Tomé e Príncipe, em 2010.

⁵ Relativamente ao Fiscal Único deverá ser prestada a informação a que se referem os pontos 1 a 4 deste tópico V.D. Fiscalização e bem assim a informação a que se refere o tópico V.E. Revisor Oficial de Contas (ROC).

Formação:

- Licenciatura em Economia, na Universidade Autónoma de Lisboa;
- Curso de Estudos Superiores Especializados em Auditoria no Instituto Superior de Contabilidade e Administração de Lisboa;
- Pós-Graduação em Gestão e Controlo Financeiro e Orçamental na NOVA Information Management School.

VOGAL DO CONSELHO FISCAL

Fernando Manuel de Sousa de Pires de Matos

Formação:

- Licenciatura em Economia pela Faculdade de Economia do Porto;
- Prémio Doutor José António Sarmento pela melhor classificação em Teoria Geral da Contabilidade.

Experiência Profissional:

- Revisor Oficial de Contas desde março de 1991;
- Professor do ISAG – Instituto Superior de Administração e Gestão em disciplinas de Contabilidade de 1985 a 2005;
- Professor na Universidade Portucalense na disciplina de Cálculo Financeiro de 1985 a 2000;
- Técnico superior no Banco Português do Atlântico – Direção de Estudos em 1986;
- Técnico superior no Banco Nacional Ultramarino – Direção Comercial de 1986 a 1988;
- Membro da Direção Nacional da ANJE de 1990 a 1995;
- Membro do Conselho Fiscal da ANJE de 1996 a 2002;
- Membro do Conselho Fiscal da Gescartão SGPS, S.A. de 2007 a 2008;
- Membro do Conselho Fiscal da APCL Financeira SGPS, S.A. de 2009 a 2010;
- Membro do Conselho Fiscal da VIC (SGPS), S.A. de 2009 a 2011;
- Membro do Conselho Fiscal da Sogrape Investimentos SGPS, S.A. de 2007 a 2015;
- Membro da Comissão de Auditoria da Liga Portuguesa de Futebol profissional;
- Membro do Conselho Fiscal da Fundação da Juventude;
- Partner da Grant Thornton & Associados SROC, Lda.

REVISOR OFICIAL DE CONTAS

André Miguel Andrade e Silva Junqueira Mendonça

André Miguel Andrade e Silva Junqueira Mendonça, 45 anos, é licenciado em Economia, está inscrito na Ordem dos Revisores Oficiais de Contas e na Ordem dos Contabilistas Certificados.

Em 2000 iniciou a sua experiência profissional na KPMG & Associados, SROC, S.A., onde permaneceu até maio de 2009. Em 2015 assumiu o cargo de Administrador Único de Santos Carvalho & Associados, SROC, S.A. (Nexia Portugal) e atualmente coordena uma equipa de 20 profissionais, quatro sócios e um ROC contratado. Em representação da Nexia Portugal, é atualmente responsável em diferentes trabalhos junto de um número significativo de entidades dos setores privado, público e financeiro.

3. Procedimentos e critérios aplicáveis à intervenção do órgão de fiscalização para efeitos de contratação de serviços adicionais ao auditor externo.

Não se aplica por não existir auditor externo.

4. Outras funções dos órgãos de fiscalização e, se aplicável, da Comissão para as Matérias Financeiras.

O órgão de fiscalização não desempenhou outras funções. Não existe Comissão para as Matérias Financeiras.

(Nota: os pontos seguintes apenas são aplicáveis quando o órgão de fiscalização não seja Fiscal Único)

5. Indicação do número estatutário mínimo e máximo de membros e duração estatutária do mandato dos membros, consoante aplicável, do Conselho Fiscal, da Comissão de Auditoria, do Conselho Geral e de Supervisão ou da Comissão para as Matérias Financeiras.

O Conselho Fiscal deverá ser constituído por três membros efetivos e um suplente, sendo um deles o Presidente (artigo 15.º, n.º 2 dos Estatutos). O membro suplente do Conselho Fiscal, em 2021, passou a efetivo. O Mandato do Conselho Fiscal é de três anos, renovável uma vez.

6. Composição, consoante aplicável, do Conselho Fiscal, da Comissão de Auditoria, do Conselho Geral e de Supervisão ou da Comissão para as Matérias Financeiras, ao longo do ano em referência, identificando os membros efetivos e suplentes, data da primeira designação e data do termo de mandato de cada membro. Caso tenha ocorrido alteração de mandato durante o ano em reporte, a empresa deverá indicar os mandatos respetivos (o que saiu e o que entrou). Informação a apresentar segundo o formato seguinte:

Mandato (Início-Fim)	Cargo	Nome	Designação	
			Forma (1)	Data
2018-2020	Presidente	Carla Manuela Serra Galdes	Despacho SES e SET	31 de agosto e 4 de setembro de 2018
2018-2020	Vogal	Maria das Dores de Sousa Silva	Despacho SES e SET	31 de agosto e 4 de setembro de 2018
2018-2020	Vogal	Fernando Manuel de Sousa Pires de Matos (2)	Despacho SES e SET	31 de agosto e 4 de setembro de 2018

Número estatutário mínimo e máximo de membros - 4 / 4

Legenda: (1) SES- Secretário de Estado da Saúde; SET – Secretário de Estado do Tesouro

(2) Vogal efetivo a partir de 2 de setembro de 2021

O conselho fiscal é constituído por três membros efetivos e por um suplente, sendo um deles o presidente do órgão;

Os membros do conselho fiscal são nomeados por despacho dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde, por um período de três anos, renovável por uma única vez;

O revisor oficial de contas é nomeado por despacho dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde, sob proposta fundamentada do conselho fiscal, tendo o mandato a duração de três anos, renovável por uma única vez.” (n.º 2, 3 e 4 do artigo 79.º, do capítulo IV, do Decreto-lei nº 52/2022, de 4 de agosto).

À falta de nomeação para os anos de 2021, 2022 e 2023, de acordo com o n.º 6 do artigo 79.º dos Estatutos da Entidade, do Decreto-Lei nº 52/2022, de 4 de agosto, cessando o mandato do conselho fiscal, mantêm-se os titulares em exercício de funções, até à designação de novos ou à declaração ministerial de cessação de funções, o que tem vindo a suceder.

O enquadramento dos membros do Conselho Fiscal e do Revisor Oficial de Contas da entidade CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE SANTO ANTÓNIO, E.P.E. tem por base o estipulado na alínea a) do artigo 13º do Decreto-Lei 7-A/2023, de 30 de janeiro, quanto ao enquadramento provisório e transitório até publicação da nomeação dos membros do órgão de fiscalização, mantendo-se assim em funções os elementos do Conselho Fiscal e Revisor oficial de Contas da entidade extinta Centro Hospitalar Universitário do Porto, E.P.E.

7. Identificação, consoante aplicável, dos membros do Conselho Fiscal, da Comissão de Auditoria, do Conselho Geral e de Supervisão ou da Comissão para as Matérias Financeiras que se considerem independentes, nos termos do n.º 5 do artigo 414.º do CSC.

Consideram-se independentes, para efeitos do nº 5 do artigo 414.º do Código das Sociedades Comerciais, todos os membros do Conselho Fiscal, na sua atual composição.

8. Caracterização do funcionamento do Conselho Fiscal, da Comissão de Auditoria, do Conselho Geral e de Supervisão ou da Comissão para as Matérias Financeiras, indicando designadamente, consoante aplicável:

a) Número de reuniões realizadas e respetivo grau de assiduidade por parte de cada membro, apresentados segundo o formato seguinte:

N.º Reuniões	Local de realização	Intervenientes na reunião	Ausências dos membros do Órgão de Fiscalização
Ata nº 60 de 08.03.2023	Largo Prof. Abel Salazar - Porto	Presidente e Vogais do Conselho Fiscal, Vogal do Conselho de Administração, Diretora Financeira e Diretora de Informação de Gestão	Não se verificaram ausências
Ata nº 61 de 14.04.2023	Videoconferência	Presidente e Vogais do Conselho Fiscal, Vogal do Conselho de Administração, Diretora Financeira e Revisor Oficial de Contas	Não se verificaram ausências
Ata nº 62 de 29.05.2023	Largo Prof. Abel Salazar - Porto	Presidente e Vogais do Conselho Fiscal, Vogal do Conselho de Administração, Diretora Financeira, Diretora de Informação de Gestão e Diretora de Auditoria Interna e Revisor Oficial de Contas	Não se verificaram ausências
Ata nº 63 de 30.06.2023	Videoconferência	Presidente e Vogais do Conselho Fiscal e Revisor Oficial de Contas	Não se verificaram ausências
Ata nº 64 de 24.07.2023	Videoconferência	Presidente e Vogais do Conselho Fiscal e Revisor Oficial de Contas	Não se verificaram ausências
Ata nº 65 de 18.09.2023	Largo Prof. Abel Salazar - Porto	Presidente e Vogais do Conselho Fiscal	Não se verificaram ausências
Ata nº 66 de 21.09.2023	Videoconferência	Presidente e Vogais do Conselho Fiscal	Não se verificaram ausências
Ata nº 67 de 30.10.2023	Largo Prof. Abel Salazar - Porto	Presidente e Vogais do Conselho Fiscal, Vogal do Conselho de Administração, Diretora Financeira, Diretora de Informação de Gestão e Diretora de Auditoria Interna	Não se verificaram ausências
Ata nº 68 de 28.11.2023	Largo Prof. Abel Salazar - Porto	Presidente e Vogais do Conselho Fiscal, Vogal do Conselho de Administração, Diretora de Informação de Gestão, Diretora de Auditoria Interna e Revisor Oficial de Contas	Não se verificaram ausências
Ata nº 69 de 18.12.2023	Largo Prof. Abel Salazar - Porto	Presidente e Vogais do Conselho Fiscal e Vogal do Conselho de Administração	Não se verificaram ausências

b) Cargos exercidos em simultâneo em outras empresas, dentro e fora do grupo, e outras atividades relevantes exercidas pelos membros daqueles órgãos no decurso do exercício.

Os membros do Conselho Fiscal não prestaram, nem prestam quaisquer outros serviços à ULSSA.

Durante o exercício, os membros do órgão de fiscalização desempenharam as funções referidas no ponto 2 acima, no âmbito das suas atividades profissionais, conforme determina o artigo 51º do decreto-Lei nº 133/2013 ou em outra legislação aplicável.

E. REVISOR OFICIAL DE CONTAS (ROC)

1. Identificação dos membros efetivo e suplente: Sociedade de Revisores Oficiais de Contas (SROC) ou ROC e respetivos números de inscrição na Ordem dos Revisores Oficiais de Contas (OROC) e na Comissão do Mercado de Valores Mobiliários (CMVM), caso aplicável, e dos sócios ROC que a representam. Indicação do número de anos em que o ROC exerce funções consecutivamente junto da empresa e/ou grupo. Caso tenha ocorrido alteração de mandato durante o ano em reporte, a empresa deverá indicar os mandatos respetivos (o que saiu e o que entrou). Informação a apresentar segundo o formato seguinte:

Anos de 2021, 2022 e 2023:

Identificação do ROC

Santos Carvalho & Associados, SROC., S.A., registada na Ordem dos Revisores Oficiais de Contas (OROC) sob o n.º 71 e na Comissão de Mercado de Valores Mobiliários (CMVM) sob o n.º 20161406, com sede na Avenida da Boavista, 2881 – 2.º, Escritórios 14 e 15, 4100-136 Porto, representada pelo Revisor Oficial de Contas André Miguel Andrade e Silva Junqueira Mendonça, registado na OROC sob o n.º 1530.

Mandato 2018-2020:

Identificação do ROC para o mandato 2018-2020 Santos Carvalho & Associados, SROC., S.A., registada na Ordem dos Revisores Oficiais de Contas (OROC) sob o n.º 71 e na Comissão de Mercado de Valores Mobiliários (CMVM) sob o n.º 20161406, com sede na Avenida da Boavista, 2881 – 2.º, Escritórios 14 e 15, 4100-136 Porto, representada pelo Revisor Oficial de Contas André Miguel Andrade e Silva Junqueira Mendonça, registado na OROC sob o n.º 1530.

Mandato (Início-Fim)	Cargo	Identificação SROC / ROC			Designação			N.º de anos de funções exercidas no grupo	N.º de anos de funções exercidas na empresa
		Nome	N.º inscrição na OROC	N.º registo na CMVM	Forma (1)	Data	Contratada		
2018-2020	ROC	Santos Carvalho & Associados, SROC, S.A.	71	20161406	D	13/12/2018	03/01/2019	0	6
		representada por André Miguel Andrade e Silva Junqueira Mendonça	1530	20161140		03/01/2019			

Legenda: (1) Assembleia Geral (AG) / Deliberação Unânime por Escrito (DUE) / Despacho (D)

Nota: Mencionar o efetivo (SROC e ROC) e o suplente (SROC e ROC)

Foi designada ROC do CHUPorto, por despacho conjunto das Finanças e Saúde, de 13 de dezembro de 2018, a sociedade Santos Carvalho & Associados, SROC, S.A., representada por André Miguel Andrade e Silva Junqueira Mendonça, para um mandato de 2018 a 2020. O referido despacho não nomeou um ROC suplente.

À falta de nomeação para o ano de 2021, 2022 e 2023 de acordo com o n.º 6 do artigo 79.º dos Estatutos (Decreto-lei n.º 52/2022, de 4 de agosto), cessando o mandato do revisor oficial de contas, mantêm-se os titulares em exercício de funções até à designação de novos ou à declaração ministerial de cessação de funções, o que tem vindo a suceder.

2. Indicação das limitações, legais e outras, relativamente ao número de anos em que o ROC presta serviços à empresa.

Os estatutos dos hospitais, centros hospitalares, institutos portugueses de oncologia e unidades locais de saúde, EPE, (Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto) dispõem que o ROC é nomeado por um período de três anos, renovável por uma única vez, e que, após a cessação de mandato, o ROC se deve manter em funções até ocorrer nova nomeação ou até à declaração ministerial de cessação de funções.

3. Indicação do número de anos em que a SROC e/ou o ROC exerce funções consecutivamente junto da empresa/grupo, bem como indicação do número de anos em que o ROC presta serviços nesta empresa, incluindo o ano a que se refere o presente relatório, bem assim como a remuneração relativa ao ano em referência, apresentados segundo o formato seguinte:

Mandato (Início-Fim)	Cargo	Identificação SROC / ROC			Designação			N.º de anos de funções exercidas
		Nome	N.º inscrição na OROC	N.º registo na CMVM	Forma (1)	Data	Contratada	
2018-2020	ROC	Santos Carvalho & Associados, SROC, S.A.	71	20161406	D	13/12/2018	03/01/2019	3
2021-2023	ROC	Santos Carvalho & Associados, SROC, S.A.	71	20161406	*	-	-	3

Legenda: (1) Assembleia Geral (AG) / Deliberação Unânime por Escrito (DUE) / Despacho (D)/ Tendo terminado o mandato, o Revisor Oficial de Contas mandatado para 2018-2020; manteve-se em funções nos termos e ao abrigo do n.º 6 do artigo 79.º dos Estatutos do Serviço Nacional de Saúde publicado com o Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto (*).

Nome	Remuneração Anual 2023 (€)
	Bruta
SANTOS CARVALHO & ASSOCIADOS, SROC, S.A. representada por André Miguel Andrade e Silva Junqueira Mendonça	24.475,00 €*

*Acréscio IVA à taxa legal em vigor

4. Descrição de outros serviços prestados pela SROC à empresa e/ou prestados pelo ROC que representa a SROC, caso aplicável.

O ROC emitiu ainda dois relatórios no âmbito do Plano de Recuperação e Resiliência, pelos quais foi remunerado em 1.500 euros (acrescidos de IVA à taxa legal).

F. CONSELHO CONSULTIVO (CASO APLICÁVEL)

1. Composição, ao longo do ano em referência, com indicação do número estatutário mínimo e máximo de membros, duração estatutária do mandato, número de membros efetivos e suplentes, data da primeira designação e data do termo de mandato de cada membro. Caso tenha ocorrido alteração de mandato durante o ano em reporte, a empresa deverá indicar os mandatos respetivos (o que saiu e o que entrou).

O Despacho n.º 12493/2014 nomeou o Presidente do Conselho Consultivo o Eng.º Luís Valente Oliveira, com efeito a partir de 10 de outubro de 2014, cuja atividade não é remunerada.

Em 2015 e de acordo com o número 1 do artigo 18.º dos estatutos, o Conselho Consultivo foi constituído pelos restantes elementos: um representante do Município do Porto; um representante da ARS Norte; um representante dos Utentes; um representante eleito pelos Trabalhadores; um representante do Voluntariado a Liga dos Amigos do CHUPorto e dois Profissionais de saúde escolhidos pelo CA.

Mandato (Início - Fim)	Cargo	Nome	Data
2014	Presidente	Professor Eng.º Luís Valente Oliveira	2014
2015	Representante da ARS Norte	Dr. Ponciano Oliveira	2015*
2015	Representante do Município do Porto	Dr. Fernando Paulo	2015
2015	Representante dos Utentes	Enf.º Carlos Figueiras	2015
2015	Representante eleito pelos Trabalhadores	Enf.º António Manuel Silva	2015
2015	Representante do voluntariado	Dr Manuel Campos	2015
2015	Profissional de saúde	Dr. António Leuschner	2015
2015	Profissional de saúde	Dr. Rui Medon	2015*

*Cessou funções em 2021 e até à data não foi substituído.

Em 2015 e de acordo com o número 1 do artigo 18.º dos estatutos, o Conselho Consultivo foi constituído pelos restantes elementos: um representante do Município do Porto; um representante da ARS Norte; um representante dos Utentes; um representante eleito pelos Trabalhadores; um representante do Voluntariado a Liga dos Amigos do CHP e dois Profissionais de saúde escolhidos pelo CA.

Em 2016 o Conselho Consultivo reuniu em 9 de maio, de acordo com o número 1 do artigo 20º dos Estatutos do CHP, tendo sido elaborada a ata n.º 2/2016 da reunião.

Em 2017 Conselho Consultivo reuniu em 3 de junho, de acordo com o número 1 do artigo 23º dos Estatutos do CHUP tendo sido elaborada a ata n.º 3/2017 da reunião.

Em 2018 o Conselho Consultivo reuniu no dia 21 de junho de acordo com o número 1 do artigo 23º dos Estatutos do CHUP tendo sido elaborada a ata n.º 1/2018 da reunião.

Em 2019 o Conselho Consultivo reuniu no dia 10 de julho de acordo com o número 1 do artigo 23º dos Estatutos do CHUP tendo sido elaborada a ata n.º 1/2019 da reunião.

Em 2021 o Conselho Consultivo reuniu no dia 15 de fevereiro de acordo com o número 1 do artigo 23º dos Estatutos do CHU Porto tendo sido elaborada a ata n.º 1/2021 da reunião.

Em 2022 o Conselho Consultivo não reuniu.

Relativamente a 2023, o Conselho Consultivo (CC) do CHUdSA não foi nomeado pela Tutela. Dado que se tratava de uma nova entidade, a nomeação era crucial, uma vez que não era possível transferir dois CC para a mesma entidade (o do CHUP e o do HML).

G. AUDITOR EXTERNO (CASO APLICÁVEL)

1. Identificação do auditor externo designado e do sócio ROC que o representa no cumprimento dessas funções, bem como o respetivo número de registo na CMVM, assim como a indicação do número de anos em que o auditor externo e o respetivo sócio ROC que o representa no cumprimento dessas funções exercem funções consecutivamente junto da empresa e/ou do grupo, bem assim como a remuneração relativa ao ano em referência.

Não há auditor externo pelo que esta informação não se aplica.

2. Explicitação⁶ da política e periodicidade da rotação do auditor externo e do respetivo sócio ROC que o representa no cumprimento dessas funções, bem como indicação do órgão responsável pela avaliação do auditor externo e periodicidade com que essa avaliação é feita.

Não há auditor externo pelo que esta informação não se aplica.

3. Identificação de trabalhos, distintos dos de auditoria, realizados pelo auditor externo para a empresa e/ou para empresas que com ela se encontrem em relação de domínio, bem como indicação dos procedimentos internos para efeitos de aprovação da contratação de tais serviços e indicação das razões para a sua contratação.

Não há auditor externo pelo que esta informação não se aplica.

4. Indicação do montante da remuneração anual paga pela empresa e/ou por pessoas coletivas em relação de domínio ou de grupo ao auditor e a outras pessoas singulares ou coletivas pertencentes à mesma rede⁷ e discriminação da percentagem respeitante aos seguintes serviços, apresentada segundo o formato seguinte:

Não há auditor externo pelo que esta informação não se aplica.

⁶ Acompanhada de menção à legislação aplicável.

⁷ Para efeitos desta informação, o conceito de rede é o decorrente do Regime Jurídico da Supervisão de Auditoria, aprovado pelo artigo 2.º da Lei n.º 148/2015, de 9 de setembro, na sua redação atual.







ORGANIZAÇÃO INTERNA

- A. ESTATUTOS E COMUNICAÇÕES
- B. CONTROLO INTERNO E PREVENÇÃO DE RISCOS
- C. REGULAMENTO E CÓDIGOS
- D. DEVERES ESPECIAIS DE INFORMAÇÃO
- E. SÍTIO NA INTERNET
- F. PRESTAÇÃO DE SERVIÇO PÚBLICO OU DE INTERESSE GERAL (CASO APLICÁVEL)

A. ESTATUTOS E COMUNICAÇÕES

1. Indicação das regras aplicáveis à alteração dos estatutos da empresa.

Os Estatutos do CHUdSA constam do capítulo IV do Decreto-Lei n.º 52/2022 de 4 de agosto que aprovou o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde e os Estatutos dos hospitais, centros hospitalares, institutos portugueses de oncologia e unidades locais de saúde do SNS.

A Entidade é uma E.P.E. do Serviço Nacional de Saúde e integra o Setor Público Empresarial pelo que a alteração dos Estatutos é realizada através de Decreto-Lei, devendo os projetos de alteração ser devidamente fundamentados e aprovados pelo titular da função acionista – artigo 36.º do RJSPE.

2. Caracterização dos meios e política de comunicação de irregularidades ocorridas na empresa.

O CHUdSA orienta a sua atividade por valores de transparência, responsabilidade, integridade e ética. Complementarmente a Entidade estabeleceu princípios institucionais e definiu definidas orientações de conduta claras para todos os profissionais, órgãos e quadros dirigentes, divulgadas através do seu Código de Ética.

Com base nos princípios norteadores dos Estatutos de uma política interna de comunicação de irregularidades, o CA do CHUdSA aprovou, em 17/02/2016, o regulamento que estabelece as regras e procedimentos da comunicação interna de irregularidades, proposto pelo Serviço de auditoria interna.

Na sequência do Regime Geral de Prevenção da Corrupção — Decreto-lei n.º 109-E/2021 — a entidade tem em curso a implementação do canal de denúncias nos termos do Regime de Proteção de Denunciantes que a Lei n.º 93/2021 veio estabelecer pela transposição da Diretiva Europeia (EU) 2019/1937 do Parlamento Europeu e do Conselho e em consequência a adaptação/atualização do regulamento existente de comunicação interna de irregularidades.

3. Indicação das políticas antifraude adotadas e identificação de ferramentas existentes com vista à mitigação e prevenção de fraude organizacional.

A entidade tem um plano de prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas, incluindo riscos de gestão, que tem vindo a ser desenvolvido e implementado com base no referencial e metodologia do CPC e do TC e subsidiariamente em outras normas (Norma NP ISSO 31000:2018 – Gestão do risco, Linhas de orientação: a Norma de Gestão de Riscos da Federation of European Risk Management Associations (FERMA) e o Enterprise Risk Management – integrated framework do COSO (Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission).

Na sequência das medidas de prevenção da corrupção do Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro, que criou o Mecanismos Nacional Anticorrupção e que estabelece o regime geral de prevenção da corrupção, o plano existente está a ser reestruturado e desenvolvido por forma a cobrir os riscos e as situações que possam expor a entidade, a atos de corrupção e infrações conexas, incluindo áreas de administração, de direção, operacionais ou de suporte e que contenha:

- a) A identificação, análise e classificação dos riscos e das situações que possam expor a entidade a atos de corrupção e infrações conexas, incluindo aqueles associados ao exercício de funções pelos titulares dos órgãos de administração e direção, considerando a realidade do setor e as áreas geográficas em que a entidade atua;
- b) Medidas preventivas e corretivas que permitam reduzir a probabilidade de ocorrência e o impacto dos riscos e situações identificados.

Pretende-se que este plano de prevenção de risco de corrupção e infrações conexas incluindo riscos de gestão, seja o resultado de uma reflexão interna desenvolvida pelos serviços numa perspetiva contínua, responsabilização e envolvimento de todos os colaboradores na atividade e cultura organizacional, através do qual os serviços identificam os potenciais riscos, as causas desses riscos e implementam controlos adequados à sua mitigação.

B. CONTROLO INTERNO E PREVENÇÃO DE RISCOS⁸

1. Informação sobre a existência de um Sistema de Controlo Interno (SCI) compatível com a dimensão e complexidade da empresa, de modo a proteger os investimentos e os seus ativos (este deve abarcar todos os riscos relevantes para a empresa).

O CHUdSA dispõe de um Sistema de Controlo Interno, competindo ao Conselho de Administração assegurar a sua implementação e manutenção.

O sistema de controlo interno compreende o conjunto de estratégias, políticas, processos, regras e procedimentos estabelecidos no CHUdSA com vista a garantir:

- a) Um desempenho eficiente da atividade que assegure a utilização eficaz dos ativos e recursos, a continuidade, a segurança e a qualidade da prestação de cuidados de saúde, através de uma adequada gestão e controlo dos riscos da atividade, da prudente e correta avaliação dos ativos e responsabilidades, bem como da definição de mecanismos de prevenção e de proteção do serviço público contra atuações danosas;
- b) A existência de informação financeira e de gestão que suporte as tomadas de decisão e os processos de controlo, tanto no nível interno como no externo;

⁸ Querendo, a empresa poderá incluir síntese ou extrato(s) de Manual ou Código que satisfaça(m) o requerido. Tal formato de prestação da informação implica que o texto seja acompanhado das adequadas referências que permitam identificar as partes da síntese ou extrato(s) que satisfazem cada uma das alíneas.

c) O respeito pelas disposições legais e regulamentares aplicáveis, bem como pelas normas profissionais e deontológicas aplicáveis, pelas regras internas e estatutárias, regras de conduta e de relacionamento, orientações tutelares e recomendações aplicáveis de entidades externas como o Tribunal de Contas.

Existem Procedimentos e Instruções de trabalho, bem como outra documentação de suporte ao funcionamento dos Serviços/Departamentos, disponíveis no Manual de Políticas e Procedimentos (MPP) no Portal Interno e nos próprios Serviços.

No que respeita a gestão de riscos clínicos e não clínicos do âmbito da atividade do Departamento da Qualidade, o CHUDSA mantém e tem desenvolvido a gestão de riscos de modo a melhorar a segurança e a qualidade da resposta do hospital e a mitigar os riscos para doentes, profissionais e população.

Enquadrado no Processo de Acreditação da Qualidade, na unidade do Hospital Santo António e no centro materno Infantil do Norte o Manual de Políticas e Procedimentos (MPP) encontra-se disponível no Portal Interno. A extensão ao HML é um desafio para 2024.

De entre os vários mecanismos e instrumentos que são parte integrante do sistema de controlo interno, destacamos os seguintes:

- a.** Código de Ética;
- b.** Regulamento Interno – homologado nos termos da alínea c) do n.º 1 do artigo n.º 67.º do Decreto-Lei n.º 52/2022, pelo membro do Governo responsável pela área da saúde em 4/8/2023;
- c.** Manual de Políticas e Procedimentos (MPP);
- d.** Segregação de Funções;
- e.** Apresentação e discussão de resultados dos Departamentos/Serviços com a análise dos desvios com o CA para posteriores medidas corretivas;
- f.** Gestão de riscos clínicos e não clínicos, através do Departamento da Qualidade, de modo a melhorar a qualidade da resposta do CHUDSA e a minorar os riscos para doentes, profissionais e população;
- g.** Continuação dos trabalhos tendentes manutenção da Acreditação Internacional da Qualidade pelo CHKS do Hospital de Santo António, do Centro Materno-Infantil do Norte Albino Aroso, dos 16 centros de referência nacionais de doenças raras ou complexas, juntando-se após a fusão o Hospital Magalhães Lemos (com Manual de Políticas e Procedimentos dos diversos Serviços/departamentos envolvidos, divulgado no portal interno);
- h.** Certificação para doze dos serviços com maior risco e exigência de qualidade e segurança (NPEN ISO 9001 – 11 Serviços e ISO 13485:2017 - Dispositivos Médicos).
- i.** Plano de prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas, incluindo riscos de gestão;
- j.** Regulamento de Comunicação Interna de Irregularidades;
- k.** Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD).

2. Identificação de pessoas, órgãos ou comissões responsáveis pela auditoria interna e/ou pela implementação de sistema de prevenção e controlo de risco que permita antecipar e minimizar os riscos inerentes à atividade desenvolvida.

O Conselho de Administração é o órgão máximo com responsabilidades no sistema de controlo interno e de gestão do risco, incluindo de corrupção e infrações conexas e o sistema de comunicação interna de irregularidades, competindo-lhe assegurar a sua implementação e manutenção.

Compete aos Diretores e Administradores dos Departamentos, Serviços e Direções a responsabilidade pela organização, aplicação e acompanhamento do sistema de controlo interno, o plano de prevenção de riscos corrupção e infrações conexas, incluindo os riscos de gestão relativamente às áreas da sua atuação.

Cabe aos serviços identificar, recolher e comunicar qualquer ocorrência de risco e respetiva avaliação de gravidade e medidas de controlo adotadas, responsabilizando-se pela eficácia e implementação das medidas de controlo do risco nas áreas da sua responsabilidade.

O serviço de auditoria interna apoia os serviços na conceção da gestão de riscos de corrupção e infrações conexas destinada à elaboração do plano de prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas e apresenta os relatórios de avaliação.

Compete à auditoria interna (artigo n.º 86.º do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto) a realização de auditorias internas, a avaliação dos processos de controlo interno e de gestão de riscos, nos domínios contabilístico, financeiro, operacional, informático e de recursos humanos, contribuindo para o seu aperfeiçoamento contínuo, em especial:

- a)** Fornecer ao conselho de administração ou ao conselho diretivo análises e recomendações sobre as atividades revistas para melhoria do funcionamento dos serviços;
- b)** Receber as comunicações de irregularidades sobre a organização e funcionamento do estabelecimento de saúde, E. P. E. apresentadas pelos demais órgãos estatutários, trabalhadores, colaboradores, utentes e cidadãos em geral;
- c)** Elaborar o plano anual de auditoria interna;
- d)** Elaborar anualmente um relatório sobre a atividade desenvolvida, em que se refiram os controlos efetuados, as anomalias detetadas e as medidas corretivas a adotar;
- e)** Elaborar o plano de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas e os respetivos relatórios anuais de execução.

As competências e responsabilidades dos serviços de auditoria, atualmente regulamentadas na secção IV do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, têm vindo a ser alargadas quanto ao âmbito e responsabilidades.

Os Estatutos das entidades hospitalares determinam que o auditor interno é apoiado por uma equipa de até três técnicos auditores e as recomendações da IGAS dão indicação para que as entidades e a tutela tomem as medidas necessárias a dotarem os serviços de auditoria de recursos humanos adequados e um mínimo de três elementos.

Por outro lado, a dimensão da Entidade CHUdSA e a complexidade da atividade desenvolvida, traduzida nas suas operações e no volume do orçamento envolvido, corroboram a necessidade de uma equipa de auditoria adequada a essa realidade, de pelo menos dois técnicos de auditoria além da auditora interna.

Em junho de 2023, foi contratado um técnico de auditoria interna.

3. Em caso de existência de um plano estratégico e de política de risco da empresa, transcrição da definição de níveis de risco considerados aceitáveis e identificação das principais medidas adotadas.

A política de risco do CHUdSA tem por base a identificação e descrição dos tipos de risco identificados no capítulo VI. B.6, nomeadamente: riscos clínicos, riscos gerais, riscos de corrupção e infrações conexas, riscos de informação, riscos de reputação e imagem, riscos de compliance ou conformidade e riscos financeiros.

Considerando estas categorias de risco, a identificação, avaliação, acompanhamento, controlo, gestão e mitigação dos riscos têm-se estruturado em três grandes processos:

1. Risco Clínico,
2. Risco Geral e de Segurança e Higiene do Trabalho,
3. Risco de Prevenção da Corrupção e infrações Conexas, incluindo de gestão, informação, reputação e compliance.

O risco é a combinação do grau de probabilidade com a gravidade da consequência, através da qual é determinada a graduação do risco. Cada risco é avaliado e estimado na matriz de risco estabelecida para a sua graduação e classificado como elevado, moderado ou fraco, de acordo com o processo de identificação, avaliação, acompanhamento, controlo, gestão e mitigação de riscos.

A avaliação o risco deve permitir que o risco seja priorizado com base na probabilidade e impacto nos resultados e com base nessa avaliação, a política é a de minimizar o risco, não estando previsto nesta fase haver riscos considerados aceitáveis.

4. Explicitação, ainda que por inclusão de organograma, das relações de dependência hierárquica e/ou funcional face a outros órgãos ou comissões da empresa.

O Serviço de Auditoria Interna do CHUdSA depende, em termos orgânicos, do Presidente do Conselho de Administração, nos termos dos Estatutos, n.º 86º do capítulo IV do Decreto-lei n.º 52/2022 de 4 de agosto.

5. Indicação da existência de outras áreas funcionais com competências no controlo de riscos.

O CHUdSA tem áreas funcionais específicas com competências no controlo do risco clínico, dos riscos gerais e riscos de informação, nomeadamente:

a. Gabinete de Governação Clínica (GGC) – Ao SGC incumbe assegurar que a governação clínica constitui uma prioridade estratégica da organização, com vista à melhoria contínua dos cuidados e dos resultados na saúde e na promoção e consolidação das diversas vertentes que contribuem para a “Segurança do Doente” no CHUSA.

Em articulação com o Serviço de Qualidade e Segurança (SQS) tem como competências fundamentais: identificar, analisar e hierarquizar os riscos presentes na Instituição.

Compete-lhe, ainda, definir as prioridades de ação face aos critérios de aceitabilidade e de controlo desses riscos, sua probabilidade de ocorrência e potencial impacto. Para esta atividade contribuem de forma substancial a informação proporcionada pelo sistema de notificação de eventos, anónimo e confidencial, o programa de auditorias clínicas transversais desenvolvidas na instituição e as inspeções de higiene e segurança desenvolvidos em todos os serviços.

b. Serviço de Qualidade e Segurança (SQS) - Ao SQS compete a definição de uma política integrada da gestão do risco geral (não clínico), bem como a promoção da Segurança e Higiene no Trabalho na Instituição em colaboração com o SSO, tendo em vista a melhoria contínua das condições existentes e a gestão dos riscos profissionais que ponham em causa a segurança e a saúde dos trabalhadores. Compete-lhe ainda a definição dos planos de emergência interno assim como a sua divulgação. É responsável pela programação anual dos simulacros de incêndio em colaboração com as entidades externas envolvidas na sua execução.

c. Serviço de Saúde Ocupacional (SSO) – O SSO tem a responsabilidade de garantir a todos os profissionais a promoção da saúde e prevenção da saúde nos locais de trabalho, condicionado pelo contexto da organização, ambiente e os riscos profissionais. Tem responsabilidades associadas ao aconselhamento, acompanhamento médico e monitorização de todos os profissionais da instituição, com um propósito eminentemente preventivo, suportado em acompanhamento periódico nos termos da Lei, mas facultando ao trabalhador a iniciativa de contacto, sempre que o entender oportuno. A integração de uma Psicóloga no SSO trouxe uma nova área de acompanhamento, que se revelou particularmente importante e crítica no contexto do período pandémico. Funciona por auto-referenciação, referenciação médica e referencia para outros níveis de abordagem sempre que necessário.

A sua intervenção tem incidido de forma muito ativa nas questões do bem-estar psicossocial dos trabalhadores, na temática da gestão do stress, na importância da qualidade do sono e na gestão de conflitos interprofissionais.

d. Encarregado(a) da Proteção de Dados - em 2023, o Centro Hospitalar Universitário do Porto, manteve a proteção de dados como fator estratégico, através do desenvolvimento do sistema de gestão de proteção de dados e segurança da informação.

A integração do HML no Centro Hospitalar colocou diversos desafios em termos de alocação de recursos e capacidade de resposta, o que levou à definição e aprovação de um Modelo de Governação de Proteção de Dados para CHUdSA. No âmbito deste modelo, foi constituída e nomeada a Comissão da Proteção de Dados que tem como atribuições, entre outras, a monitorização sistemática do grau de implementação, nas unidades orgânicas das medidas mandatárias e recomendadas no âmbito da proteção de dados; o apoio na implementação de processos e diretrizes no âmbito da proteção de dados e segurança da informação; a promoção das boas práticas relativas à proteção de dados e segurança da informação.

Destaca-se igualmente, a aposta no reforço das competências dos colaboradores através de ações de formação sobre a proteção de dados a saúde concretizadas pela EPD, que abrangeram 255 formandos.

Merece igualmente destaque, o seminário “Mind Your Own Data – Comemoração do Dia da Proteção de Dados”, aberto ao público em geral que contou com 120 participantes e no qual, palestrantes internos e externos, abordaram temas como o acesso a dados pessoais, a utilização secundária de dados de saúde, introdução da IA na saúde, proteção de dados e Investigação políticas públicas de cibersegurança, o papel do EPD, entre outros.

e. Responsável pelo Acesso à Informação - A fim de dar cumprimento ao estatuído na Lei n.º 26/2016, de 22 de agosto, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 58/2019, de 8 de agosto, nos termos do seu artigo n.º 9.º, o Conselho de Administração do CHUdSA, designou um responsável pelo acesso à informação (RAI), a quem compete garantir que o acesso a dados é sempre feito dentro da legalidade, cumprindo as disposições da supracitada Lei.

O acesso a informação e a documentos nominativos, nomeadamente quando incluam dados de saúde, rege-se pela presente lei:

- Quer quando efetuado pelo titular dos dados;
- Por terceiro se estiver munido de autorização escrita do titular dos dados que seja explícita e específica quanto à sua finalidade e quanto ao tipo de dados a que quer aceder;
- Ou por terceiro se demonstrar fundamentadamente ser titular de um interesse direto, pessoal, legítimo e constitucionalmente protegido suficientemente relevante, após ponderação (vide n.º 3 do art.º 1.º e n.º 5.º do art.º 6.º).

De igual modo compete ao RAI acompanhar a tramitação dos pedidos de acesso e reutilização de dados clínicos para fins educativos ou de investigação e desenvolvimento.

Sendo que, não podem ser objeto de reutilização, documentos nominativos, salvo autorização do titular, disposição legal que a preveja expressamente ou quando os dados pessoais possam ser anonimizados sem possibilidade de reversão, devendo nesse caso aplicar-se, no âmbito da autorização concedida e nos termos do n.º 1 do artigo 23.º, a previsão de medidas especiais de segurança destinadas a proteger os dados sensíveis.

O legislador, quando invoca a autorização dos titulares dos registos clínicos, ou a anonimização dos mesmos, pretende assegurar a privacidade, a confidencialidade, direito à intimidade da vida privada do titular dos registos clínicos e o sigilo institucional, sem prejudicar o objetivo da realização de um espaço europeu de investigação e de uma sociedade do conhecimento.

O acesso e a reutilização da informação administrativa são assegurados de acordo com os demais princípios da atividade administrativa, designadamente os princípios da igualdade, da proporcionalidade, da justiça, da imparcialidade e da colaboração com os particulares.

6. Identificação e descrição dos principais tipos de riscos (económicos, financeiros, operacionais e jurídicos) a que a empresa se expõe no exercício da atividade.

a) Riscos clínicos que decorrem da atividade clínica, suscetíveis de afetar negativamente a saúde e a qualidade de vida do doente, sob a gestão do Gabinete de Governação Clínica.

b) Riscos gerais que afetam todas as atividades do hospital: são os riscos de incêndio; de segurança de pessoas, incluindo de violência e/ou agressão, de rapto de crianças e de fuga de doentes; de segurança do património do hospital e dos bens dos profissionais e utentes; ameaças de bomba; riscos das edificações e das instalações técnicas; riscos provenientes de materiais, de fluxos (incluindo gases medicinais e não medicinais) e de efluentes; riscos ambientais; catástrofes naturais; riscos profissionais. Encontra-se sob a ação e responsabilidade do Serviço de Qualidade e Segurança.

c) Riscos de gestão resultantes da inadequação ou deficiências administrativas, contabilísticas e de gestão.

d) Riscos de corrupção e infrações conexas (decreto-lei 109 E/2021 de 9 de dezembro).

e) Riscos da informação, os que são resultado de erros ou falhas na segurança da informação (acessos não autorizados ou inadequados) de deficiente gestão, preservação da informação e garantia de confidencialidade em particular da informação clínica e de dados pessoais; erros ou falhas na informação administrativa, contabilística e de gestão.

f) Riscos de reputação e imagem, resultantes de uma perceção negativa da imagem pública da instituição, fundamentada ou não, por parte do acionista (Tutela), clientes, fornecedores, colaboradores, órgãos da imprensa, opinião pública e outros *stakeholders*.

g) Riscos de *compliance* ou conformidade, resultantes de violações ou desconformidades relativamente às leis, regulamentos, contratos, códigos de conduta, práticas instituídas ou princípios éticos.

h) Riscos financeiros resultantes de desequilíbrio económico-financeiro persistente.

7. Descrição do processo de identificação, avaliação, acompanhamento, controlo, prevenção e mitigação de riscos.

Considerando as categorias de risco identificadas referidas anteriormente, o processo de identificação, avaliação, acompanhamento, controlo, gestão e mitigação de riscos estrutura-se, resumidamente, da seguinte forma:

Risco Clínico

As atividades de gestão do risco clínico encontram-se disseminadas por toda a organização, uma vez que todos os profissionais são entendidos como parceiros e colaboradores nas atividades de identificação de riscos e no planeamento e implementação de mecanismos que permitam mitigá-los.

O Serviço de Governação Clínica (SGC) do Departamento da Qualidade (DQ) procura a segurança do doente e a qualidade dos cuidados prestados na instituição. A gestão do risco clínico insere-se na atividade do SGC e tem, na sua essência, a identificação proactiva e reativa de aspetos críticos para a segurança do doente, a análise sistemática da causa raiz e das relações de causa-efeito dos mesmos, e o estabelecimento de estratégias para a sua prevenção, minimização e controlo.

Está formalmente nomeado um Gestor de Risco Clínico integrado no SGC. O SGC coordena a Comissão de Farmacovigilância, colabora com a Comissão de Proteção contra Radiação, integra a Comissão de Transfusão e Alternativas Transfusionais e colabora com a Comissão de Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos (CCIRA).

Para além dos mencionados está integrado no Departamento da Qualidade um conjunto de grupos temáticos, com autonomia: Equipa para Proteção de Violência em Adultos; Grupo de Apoio ao Luto; Grupo de Prevenção da Violência no Setor da Saúde; Grupo de Prevenção e Tratamento de Feridas; Núcleo de Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco; e Núcleo de Ação de Saúde sobre Género, Violência e Ciclo de Vida.

Existe no CHUdSA uma rede de interlocutores com funções no âmbito das atividades do DQ, designados por Interlocutores da Qualidade e Segurança (InQS). São nomeados pelas direções de cada Serviço, clínico e não clínico. No que concerne às atividades do InQS mais diretamente relacionadas com a gestão do risco clínico, as mesmas dizem respeito à participação na realização de auditorias de Risco Clínico no seu Serviço e à colaboração na identificação de áreas a melhorar. Trimestralmente o DQ reúne com todos os InQS da instituição para divulgação da análise dos resultados das auditorias em curso, identificação de novas áreas a tratar e difusão de informações relevantes relacionadas com o tema.

Prevenção do Risco Clínico

A intervenção na prevenção do risco clínico é inerente à promoção da segurança do doente. É uma área de intervenção complexa, multifatorial e multidisciplinar.

Merecem particular destaque o papel crucial da formação dos profissionais nos temas da segurança do doente, o desenvolvimento de protocolos, a implementação de normas de orientação clínica e o desenvolvimento de auditorias clínicas. Com base na identificação das necessidades formativas institucionais e individuais nas matérias da segurança e qualidade, o SGC e o DQ colaboram anualmente com o Departamento de Ensino e Formação (DEFI) na elaboração do plano de formação de interesse institucional aprovado pelo Conselho de Administração.

No âmbito documental, existe uma biblioteca clínica virtual na Intranet onde se disponibilizam os Protocolos e Normas de Orientação Clínica (POC e NOC). Os POC são produzidos pelos diversos serviços clínicos do CHUdSA. As NOC são emanadas pela Direção Geral da Saúde (DGS). A sua função é a de facilitar aos profissionais informação sobre os cuidados apropriados em determinadas condições, baseados na evidência, diminuindo o risco inerente à variabilidade dos procedimentos. Estes protocolos e NOC são passíveis de auditoria clínica.

A definição de áreas prioritárias de intervenção obedece a requisitos externos, de organismos superiores nesta matéria – a Organização Mundial de Saúde, o Ministério da Saúde e a DGS - e a exigências internas que resultam da identificação, caracterização e priorização de áreas específicas de intervenção.

Na identificação das áreas críticas para a Gestão de Risco Clínico, realçamos o papel da notificação espontânea, anónima e confidencial de eventos, pelo sistema de notificação de eventos adversos, disponível no CHUdSA desde 2005. A análise da tipologia dos eventos assente na gravidade e na frequência dos mesmos orienta o tipo de monitorização preventiva do risco através da implementação de medidas que podem incluir a aplicação de checklists, de sistemas de alerta e de avaliações periódicas. Este sistema tem no CHUdSA um histórico significativo. Amplamente divulgado, com uma frequência de notificação que denota a confiança dos utilizadores e permite, de forma diária ao nível da Instituição, identificar a pirâmide de eventos, os pontos críticos do sistema, os fatores contributivos e as consequentes ações corretivas a implementar.

As auditorias clínicas desempenham um papel fundamental em todas as fases da gestão do risco clínico. Desta assunção resulta o desenvolvimento de um plano de auditorias que procura responder à priorização das áreas identificadas, incluindo naturalmente as áreas mais críticas. A avaliação e o controlo da implementação dos procedimentos e protocolos existentes na Instituição baseiam-se num sistema de auditorias transversais e de serviço, coordenadas pelo Serviço de Governação Clínica.

Com o exposto pretende-se cumprir o objetivo fundamental de crescer no processo de melhoria contínua e na consolidação da Cultura de Segurança do Doente no CHUdSA, minimizando os riscos para utentes e profissionais, proporcionando cuidados seguros e de excelência.

Risco Geral

Ao Serviço da Qualidade e Segurança (SQS) compete a definição de uma política integrada da gestão do risco geral (não clínico), bem como a promoção da Segurança e Higiene no Trabalho na Instituição, tendo em vista a melhoria contínua das condições de trabalho existentes e a identificação, mitigação e gestão dos riscos profissionais que ponham em causa a segurança e a saúde dos trabalhadores. O SQS trabalha em permanente e profícua colaboração com o Serviço de Saúde Ocupacional. Dando sequência ao trabalho que o Serviço de Qualidade e Segurança (SQS) tem vindo a desenvolver no Centro Hospitalar Universitário de Santo António E.P.E., em matéria de Risco Geral e de Segurança e Higiene no Trabalho, o ano 2023 assistiu à realização de visitas aos Serviços, contando com a participação do Serviço de Saúde Ocupacional, tendo como objetivo mitigar os riscos associados aos diferentes serviços e postos de trabalho.

Estas visitas enquadram-se no âmbito das visitas periódicas aos locais de trabalho, tendo como intuito a identificação dos fatores de risco a que os profissionais e/ou utentes possam estar expostos e, face às situações detetadas, foram propostas medidas de controlo adequadas, tendo em vista a promoção da melhoria contínua das condições de trabalho existentes, tendo por base uma checklist previamente elaborada e que passou em 2023 a incluir os riscos psicossociais.

Integrado igualmente no processo de melhoria contínua, o Serviço de Qualidade e Segurança (SQS) manteve as atividades de investigação dos fatores contributivos que estiveram na origem das notificações rececionadas e classificadas como situações do âmbito do Risco Geral ou da Segurança e Higiene no Trabalho.

Foram mantidas atividades de investigação para análise das causas que estiveram na origem da ocorrência de acidentes de trabalho. Em ambos os casos se procedeu à implementação de ações de melhoria, sempre que estas foram consideradas necessárias e/ou relevantes.

Mantiveram-se as rotinas periódicas de análise da qualidade da água para consumo, assim como das águas residuais, de modo a detetar eventuais anomalias que possam comprometer o ambiente e a segurança dos ocupantes dos edifícios. De igual modo, foram mantidas as avaliações da qualidade do ar interior nos edifícios, em particular nas salas/espacos de maior risco, para a deteção precoce de poluentes que possam existir no ar interior, assim como carências na renovação do ar nessas salas/espacos, que possam comprometer a segurança dos ocupantes do edifício.

Riscos de Corrupção e Infrações Conexas incluindo riscos de gestão, informação, reputação e compliance

O processo de identificação, avaliação, acompanhamento, controlo, prevenção e mitigação de riscos implica uma atuação disciplinada em várias fases:

- a) Identificação e definição do risco.
- b) Análise do risco.
- c) Avaliação e Graduação do risco - cada risco identificado deverá ser atribuído uma graduação a partir da avaliação da probabilidade e da gravidade da consequência.

Cada risco será avaliado e estimado na matriz de risco estabelecida para a sua graduação e classificado como elevado, moderado ou fraco.

O Conselho de Administração é o órgão máximo com responsabilidades no sistema de controlo interno e de gestão do risco, incluindo de corrupção e infrações conexas, competindo-lhe assegurar a sua implementação e manutenção.

Os Diretores e Administradores dos Departamentos e Serviços são os responsáveis pela organização, aplicação e acompanhamento do Plano de Risco na parte respetiva às áreas de sua responsabilidade.

O Serviço de Auditoria Interna apoia os serviços e elabora os relatórios avaliação.

Na sequência das medidas de prevenção da corrupção do Decreto-Lei n.º 109-E/2021 de 9 de dezembro, que criou o Mecanismo Nacional Anticorrupção e que estabelece o regime geral de prevenção da corrupção, o plano existente está a ser reestruturado e desenvolvido por forma a cobrir os riscos e as situações que possam expor a entidade, a atos de corrupção e infrações conexas, incluindo áreas de administração, de direção, operacionais ou de suporte e que contenha:

- a) A identificação, análise e classificação dos riscos e das situações que possam expor a entidade a atos de corrupção e infrações conexas, incluindo aqueles associados ao exercício de funções pelos titulares dos órgãos de administração e direção, considerando a realidade do setor e as áreas geográficas em que a entidade atua;
- b) Medidas preventivas e corretivas que permitam reduzir a probabilidade de ocorrência e o impacto dos riscos e situações identificados.

8. Identificação dos principais elementos do SCI e de prevenção de risco implementados na empresa relativamente ao processo de divulgação de informação financeira.

Relativamente ao processo de informação financeira o sistema de controlo interno do CHUdSA abrange as áreas da Contabilidade Geral/Orçamental/Analítica, Gestão de Contas a Pagar, Gestão de Contas a Receber e Gestão de Tesouraria.

O sistema de controlo interno no que se refere à informação financeira visa garantir a qualidade da informação produzida, a integridade e exatidão dos registos contabilísticos.

Destacamos os principais elementos do SCI e de gestão de risco implementados nesta área:

- Procedimentos e Instruções de trabalho que formalizam as regras e tarefas de controlo instituídas, bem como outra documentação de suporte ao funcionamento dos Serviços/Departamentos, disponíveis no MPP e nos próprios Serviços;
- Segregação de Funções;
- Reporte e análise interna de informação de execução orçamental, económica e financeira.

Em matéria de controlo financeiro e deveres especiais de informação, a entidade submete aos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde, os seguintes elementos:

- Os planos de desenvolvimento organizacional;
- Os documentos de prestação de contas;
- Os indicadores de atividade, económico-financeiros, de recursos humanos e outros definidos pelos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde.

C. REGULAMENTOS E CÓDIGOS

1. Referência sumária aos regulamentos internos aplicáveis e regulamentos externos a que a empresa está legalmente obrigada, com apresentação dos aspetos mais relevantes e de maior importância.

O CHUdSA, EPE pessoa coletiva de direito público de natureza empresarial, integrado na administração indireta do Estado, dotado de autonomia administrativa, financeira e patrimonial (ponto 2, do artigo 63.º do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto), foi criado e modificado pelos seguintes diplomas:

- Decreto-Lei n.º 7-A/2023, de 30 de janeiro, que cria o Centro Hospitalar Universitário de Santo António, E.P.E., por fusão do Centro Hospitalar Universitário do Porto, E. P.E., e do Hospital Magalhães Lemos, E.P.E.;
- Decreto-Lei n.º 326/2007, de 28 de setembro, que cria o Centro Hospitalar do Porto, EPE integrando por fusão o HGSA, o HMP e a MJD com efeitos em 01-10-2007;
- Decreto-Lei n.º 30/2011, de 2 de março, que altera o Centro Hospitalar do Porto EPE, por fusão do Centro Hospitalar do Porto, E.P.E. e do Hospital Joaquim Urbano;
- Decreto-Lei n.º 68/2013, de 17 de maio, o qual procede à transferência de competências do INSA, I.P., exercidas pelo Centro de Genética Médica Doutor Jacinto Magalhães no âmbito dos laboratórios de unidades do Departamento de Genética do INSA, I P., para o Centro Hospitalar do Porto, E.P.E.;

A atividade desenvolvida durante 2023 pelo CHUdSA, esteve enquadrada pela seguinte legislação:

- Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, que aprovou o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, o regime de criação, organização e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde (ACES); e os Estatutos dos hospitais, centros hospitalares, institutos portugueses de oncologia e unidades locais de saúde (ULS), integrados no setor empresarial do Estado ou no setor público administrativo.
- Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro, Regime jurídico do setor público empresarial, na versão atual, estabelece os princípios e regras aplicáveis ao sector público empresarial, incluindo as bases gerais do estatuto das empresas públicas e contem os princípios e regras aplicáveis à monitorização e controlo a que estão submetidas as empresas públicas.
- Lei n.º 95/2019, de 04 de setembro, que aprova a Lei de Bases da Saúde e revogou anterior Lei n.º 48/90, de 24 de agosto.

Em matéria de aquisições de bens e serviços, o CHUdSA, E.P.E., rege-se pelo Código dos Contratos Públicos, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 18/2008, com as sucessivas atualizações até à data.

O decreto-lei estabelece a disciplina aplicável à contratação pública e o regime substantivo dos contratos públicos que revistam a natureza de contrato administrativo.

Trata-se do primeiro diploma com um tal duplo objeto no ordenamento jurídico português, assumindo-se, por isso, como um importante marco histórico na evolução do direito administrativo nacional e, em especial, no domínio da atividade contratual da Administração. Para além do objetivo de alinhamento com as mais recentes diretivas comunitárias, a cuja transposição é feita no diploma, o CCP procede ainda a uma nova sistematização e a uma uniformização de regimes substantivos dos contratos administrativos atomizados até agora.

Desde 2012, o CHUdSA encontra-se abrangido pela Lei dos Compromissos e dos Pagamentos em Atraso (LCPA) (Lei n.º 8/2012, de 21 de fevereiro), que estabelece as regras aplicáveis à assunção de compromissos e aos pagamentos em atraso das entidades públicas e cujo princípio fundamental reside no facto de a execução orçamental não poder conduzir à acumulação de pagamentos em atraso.

Na sequência da aprovação da LCPA, veio o Decreto-Lei n.º 127/2012, de 21 de junho disciplinar os Procedimentos à aplicação da LCPA e à operacionalização da prestação de informação.

No âmbito de regulamentação interna, o Regulamento Interno para o triénio 2023–2025 do CHUdSA foi homologado em 04/08/2023 pelo Dr. Ricardo Mestre, Secretário de Estado da Saúde, nos termos da alínea b) do número 1 do artigo 67.º do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, e no uso das competências delegadas através do Despacho n.º 12167/2022, de 10 de outubro. Atualmente, encontra-se disponível para consulta na intranet e na sua página oficial na Internet.

Existem Procedimentos e Instruções de trabalho, bem como outra documentação de suporte ao funcionamento dos Serviços/Departamentos, disponíveis no Manual de Políticas e Procedimentos (MPP) no Portal Interno e nos próprios Serviços.

2. Código de Ética:

a) Referência à existência de um código de ética que contemple exigentes comportamentos éticos e deontológicos, indicando a data da última atualização e a forma como é efetuada a sua divulgação junto dos seus colaboradores, clientes e fornecedores;

O Código de Ética pode ser consultado em: https://www.chporto.pt/documentos/Instituicao/bom_governo/Codigo_Conduta_2017.pdf.

O Código de Ética está disponível no site institucional e está também divulgado no portal interno acessível a todos os colaboradores (artigo 47.º do Decreto-Lei n.º 133/2013).

O Código de Ética tem por base o Despacho n.º 9456-C/2014 – Enquadramento de Princípios Orientadores do Código de ética dos serviços e organismos do Ministério da Saúde, foi aprovado pelo CA em 27 de setembro de 2017 e encontra-se atual.

O Código de ética é aplicável a todos os profissionais.

b) Menção relativa ao cumprimento da legislação e da regulamentação em vigor sobre medidas vigentes tendo em vista garantir um tratamento equitativo junto dos seus clientes e fornecedores e demais titulares de interesses legítimos, designadamente colaboradores da empresa, ou outros credores que não fornecedores ou, de um modo geral, qualquer empresa que estabeleça alguma relação jurídica com a empresa (vd. artigo 47.º do RJSPE).

Tal como é transmitido no Código de Ética, os colaboradores comprometem-se:

- A respeitar as leis e os regulamentos aplicáveis à sua atividade em vigor na Instituição;
- A promover o espírito de equipa, lealdade, solidariedade e colaboração, visando cumprir adequadamente a sua missão, atribuições ou tarefas.
- A pautar as suas relações por critérios de transparência, abertura e respeito no trato social; a reger o seu relacionamento com outros por um espírito de cooperação, sobretudo através da prestação de informações, sem deixar de cumprir os deveres de reserva profissional.

No atendimento ao público deve ser salvaguardada:

- A atuação de modo consciencioso, correto, cortês e acessível, garantindo o exercício dos direitos dos cidadãos e o cumprimento dos seus deveres;
- A resposta completa e precisa às questões colocadas pelos cidadãos e o seu encaminhamento, sempre que o assunto em apreço seja da responsabilidade ou competência de outra entidade;
- A prestação de informações e de esclarecimentos, para assegurar que o cidadão esteja ciente dos seus direitos e deveres, tendo sempre em mente as suas características individuais, especialmente a capacidade de compreender a informação que lhe é fornecida e os esclarecimentos necessários para permitir ou não qualquer tipo de intervenção de saúde, quando necessário.
- A compreensão da informação prestada quando o cidadão não tem domínio da língua portuguesa e quando os cidadãos são informados sobre os meios pelos quais podem exercer o seu direito de participação.

Em matéria de Respeito pelos Direitos Humanos e Laborais a Instituição através do Código de Ética, compromete-se a respeitar e a promover os Direitos Humanos e as práticas laborais condignas e os seus colaboradores comprometem-se a agir de acordo com os compromissos da Instituição no âmbito dos direitos humanos e laborais, a cumprir e fazer cumprir as normas de higiene e segurança no trabalho.

Também no Código de ética, em matéria de Igualdade de oportunidades, a Instituição garante a plena igualdade de oportunidades a todos os seus colaboradores combatendo de forma persistente todas as formas de discriminação:

- Respeito pelo princípio da não discriminação;
- Respeito à reserva da intimidade da vida privada;
- Respeito pela promoção da liberdade de oportunidades.

3. Regime Geral da Prevenção da Corrupção⁹ (RGPC: anexo do Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro¹⁰):

a) Referência à existência do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PPR, vd. artigo 6.º do RGPC);

O plano de prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas, incluindo riscos de gestão, tem vindo a ser desenvolvido com base no referencial e metodologia do CPC e do TC e subsidiariamente outras normas de gestão de risco (Norma NP ISSO 31000:2018 – Gestão do risco, Linhas de orientação: a Norma de Gestão de Riscos da Federation of European Risk Management Associations (FERMA) e o Enterprise Risk Management – integrated framework do COSO (Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission)).

No entanto, na sequência das medidas de prevenção da corrupção do Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro, que criou o Mecanismos Nacional Anticorrupção e que estabelece o regime geral de prevenção da corrupção, o plano existente está a ser reestruturado e desenvolvido por forma a cobrir os riscos e as situações que possam expor a entidade, a atos de corrupção e infrações conexas, incluindo áreas de administração, de direção, operacionais ou de suporte e que contenha:

- a)** A identificação, análise e classificação dos riscos e das situações que possam expor a entidade a atos de corrupção e infrações conexas, incluindo aqueles associados ao exercício de funções pelos titulares dos órgãos de administração e direção, considerando a realidade do setor e as áreas geográficas em que a entidade atua;
- b)** Medidas preventivas e corretivas que permitam reduzir a probabilidade de ocorrência e o impacto dos riscos e situações identificados.

Por outro lado, as alterações institucionais e organizacionais operadas, durante o ano de 2023 em resultado da criação do CHUdSA (por fusão do Centro Hospitalar Universitário do Porto com o Hospital Magalhães Lemos), e da reorganização da entidade em Unidade Local de Saúde (ULS) com efeitos a 1 janeiro de 2024, produziram alterações significativas com impacto na organização interna ao nível dos serviços, direções e recursos humanos e que requerem avaliação a este nível e consequentemente a reestruturação e desenvolvimento do Plano de Prevenção de Risco (PPR) de acordo com a realidade atual.

⁹ O RGPC é aplicável "aos serviços e às pessoas coletivas da administração direta e indireta do Estado, das regiões autónomas, das autarquias locais e do setor público empresarial que empreguem 50 ou mais trabalhadores (...)" (n.º 2 do artigo 2.º do RGPC). "Os serviços e as pessoas coletivas da administração direta e indireta do Estado, das regiões autónomas, das autarquias locais e do setor público empresarial que não sejam considerados empresas abrangidas adotam instrumentos de prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas adequados à sua dimensão e natureza, incluindo os que promovam a transparência administrativa e a prevenção de conflitos de interesses" (n.º 5 do artigo 2.º do RGPC).

¹⁰ O Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro, cria o Mecanismo Nacional Anticorrupção (MENAC) e estabelece o regime geral da prevenção da corrupção (RGPC). Entrou em vigor 180 dias após a sua publicação (artigo 29.º), tendo revogado a Lei n.º 54/2008, de 4 de setembro (artigo 27.º), com efeitos a 6 de junho de 2023 (n.º 3 do artigo 28.º, que remete para o artigo 3.º da Portaria n.º 155-B/2023, de 6 de junho, que declara a instalação definitiva do MENAC).

Pretende-se que este plano de prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas seja o resultado de uma reflexão interna desenvolvida pelas direções e serviços numa perspetiva contínua, responsabilização e envolvimento de todos os colaboradores na atividade e cultura organizacional, através do qual identificam os potenciais riscos desta natureza, causas desses riscos e se implementem controlos adequados à sua mitigação.

b) Referência à elaboração de relatório de avaliação intercalar nas situações identificadas de risco elevado ou máximo (vd. alínea a) do n.º 4 do artigo 6.º do RGPC);

O relatório de avaliação intercalar nas situações identificadas de risco elevado ou máximo é elaborado no mês de outubro nos termos do artigo 6º n.º 4 b) do Decreto-lei 109-E/2021 de 9 de dezembro. Em 2023 não estão identificadas situações, no entanto as alterações institucionais e organizacionais, atrás referidas, resultantes da criação do CHUdSA (por fusão do CHUPorto com o Hospital Magalhães Lemos), e da reorganização em ULS com efeitos a 1 janeiro de 2024, produziram alterações significativas com impacto na organização interna ao nível dos serviços, direções e recursos humanos e que requerem avaliação a este nível. Em consequência, os recursos disponíveis têm estado concentrados no desenvolvimento do PPR e as situações que venham a ser identificadas de risco elevado ou máximo serão alvo de relatório de avaliação intercalar em outubro de 2024.

c) Referência à elaboração de relatório de avaliação anual (vd. alínea b) do n.º 4 do artigo 6.º do RGPC e n.º 1 do artigo 46.º do RJSPE, que remete para a alínea a) do n.º 1 do artigo 2.º da Lei n.º 54/2008, de 4 de setembro, a que corresponde a atual alínea g) do n.º 3 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro);

O relatório de avaliação anual é elaborado no mês de abril do ano seguinte a que respeita a execução, contendo nomeadamente a quantificação do grau de implementação das medidas preventivas e corretivas identificadas, bem como a previsão da sua plena implementação nos termos do artigo 6º n.º 4 b) do Decreto-lei 109-E/2021 de 9 de dezembro e artigo 46.º RJSPE; ou seja, no mês de abril de 2024.

d) Referência à existência de um código de conduta, por parte das entidades abrangidas, nos termos e de acordo com o disposto no artigo 7.º do RGPC.

O Código de Conduta Ética pode ser consultado em: https://www.chporto.pt/documentos/Instituicao/bom_governo/Codigo_Conduta_2017.pdf.

O Código está disponível no site institucional e está também divulgado no portal interno acessível a todos os colaboradores (artigo 47.º do Decreto-Lei n.º 133/2013) e tem por base o Despacho n.º 9456-C/2014 – Enquadramento de Princípios Orientadores do Código de ética dos serviços e organismos do Ministério da Saúde, foi aprovado pelo CA em 27 de setembro de 2017 e encontra-se atual.

O ano de 2023 foi de grandes mudanças para a Instituição com a criação do CHUdSA com início em fevereiro desse ano e a criação da ULSSA pelo Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, com efeito a partir de janeiro de 2024.

Dadas as sucessivas modificações em tão curto espaço de tempo, optou-se por rever o Código Conduta Ética já para a Unidade Local de Saúde de Santo António, estando à data a ser reformulado para que reflita a realidade da Unidade Local de Saúde de Santo António e dê cumprimento ao que está preconizado no artigo 7.º do Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro, que estabelece o Regime Geral de Prevenção à Corrupção (RGPC).

O Código de Ética em atualização deverá estabelecer os valores, princípios e regras de atuação para todos os dirigentes, trabalhadores e colaboradores da organização, sem distinção de vínculo jurídico-laboral, em termos de ética profissional, com especial consideração pelas normas penais referentes à corrupção e infrações conexas e aos riscos de exposição inerentes.

D. DEVERES ESPECIAIS DE INFORMAÇÃO

1. Indicação da plataforma utilizada para cumprimento dos deveres de informação a que a empresa se encontra sujeita, nomeadamente os relativos ao reporte de informação económica e financeira (vd. alíneas d) a i) do n.º 1 do artigo 44.º do RJSPE), a saber:

Para cumprimento dos deveres de obrigação de divulgação de informação, previstas no artigo n.º 44º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro, o CHUdSA utilizou, durante 2023, as plataformas de reporte de dados do SIRIEF — Sistema de Recolha de Informações Económicas e Financeiras, os serviços “online” da ACSS — Administração Central do Sistema de Saúde, o site institucional e o site do SNS: SNS — Portal do SNS.

a) Prestação de garantias financeiras ou assunção de dívidas ou passivos de outras empresas, mesmo nos casos em que assumam organização de grupo;

Não há prestação de garantias financeiras ou assunção de dívidas ou passivos de outras entidades nem mesmo casos em que assumam organização de grupo.

b) Grau de execução dos objetivos fixados, justificação dos desvios verificados e indicação de medidas de correção aplicadas ou a aplicar;

[Santo António - Centro Hospitalar Universitário de Santo António \(chporto.pt\)](https://www.chporto.pt)

c) Planos de atividades e orçamento, anuais e plurianuais, incluindo os planos de investimento e as fontes de financiamento;

[Santo António - Centro Hospitalar Universitário de Santo António \(chporto.pt\)](https://www.chporto.pt)

d) Orçamento anual e plurianual;

[Santo António - Centro Hospitalar Universitário de Santo António \(chporto.pt\)](#)

e) Documentos anuais de prestação de contas;

[Santo António - Centro Hospitalar Universitário de Santo António \(chporto.pt\)](#)

f) Relatórios trimestrais de execução orçamental acompanhados dos relatórios do órgão de fiscalização.

[Santo António - Centro Hospitalar Universitário de Santo António \(chporto.pt\)](#)

E. SÍTIO NA INTERNET

1. Indicação da hiperligação para acesso direto ao sítio na internet da empresa onde se encontram divulgados os seguintes elementos (vd. artigo 53.º do RJSPE):

a) Sede e, caso aplicável, demais elementos mencionados no artigo 171.º do CSC;

[Santo António - Centro Hospitalar Universitário de Santo António \(chporto.pt\)](#)

b) Estatutos e regulamentos de funcionamento dos órgãos e/ou comissões;

[Santo António - Centro Hospitalar Universitário de Santo António \(chporto.pt\)](#)

c) Titulares dos órgãos sociais e outros órgãos estatutários e respetivos elementos curriculares, bem como as respetivas remunerações e outros benefícios;

[Santo António - Centro Hospitalar Universitário de Santo António \(chporto.pt\)](#)

d) Documentos de prestação de contas anuais e, caso aplicável, semestrais;

[Santo António - Centro Hospitalar Universitário de Santo António \(chporto.pt\)](#)

e) Obrigações de serviço público a que a empresa está sujeita e os termos contratuais da prestação de serviço público;

[Santo António - Centro Hospitalar Universitário de Santo António \(chporto.pt\)](#)

f) Modelo de financiamento subjacente e apoios financeiros recebidos do Estado nos últimos três exercícios.

[Santo António - Centro Hospitalar Universitário de Santo António \(chporto.pt\)](#)

2. Indicação da hiperligação para acesso direto ao sítio na internet da empresa onde se encontram publicitados os seguintes documentos¹¹:

a) Regulamentos internos aplicáveis e regulamentos externos a que a empresa está legalmente obrigada;

[Santo António - Centro Hospitalar Universitário de Santo António \(chporto.pt\)](#)

b) Código de Ética;

[Santo António - Centro Hospitalar Universitário de Santo António \(chporto.pt\)](#)

c) Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PPR);

[Santo António - Centro Hospitalar Universitário de Santo António \(chporto.pt\)](#)

d) Relatório de avaliação intercalar nas situações identificadas de risco elevado ou máximo;

[Santo António - Centro Hospitalar Universitário de Santo António \(chporto.pt\)](#)

e) Relatório de avaliação anual no âmbito da execução do PPR;

[Santo António - Centro Hospitalar Universitário de Santo António \(chporto.pt\)](#)

f) Código de Conduta;

[Santo António - Centro Hospitalar Universitário de Santo António \(chporto.pt\)](#)

g) Relatório sobre remunerações por género;

[Santo António - Centro Hospitalar Universitário de Santo António \(chporto.pt\)](#)

h) Informação anual do modo como foi prosseguida a missão da empresa, do grau de cumprimento dos seus objetivos, da forma como foi cumprida a política de responsabilidade social, de desenvolvimento sustentável e os termos de prestação do serviço público, e em que medida foi salvaguardada a sua competitividade, designadamente pela via da investigação, do desenvolvimento, da inovação e da integração de novas tecnologias no processo produtivo (vd. artigo 45.º do RJSPE);

[Santo António - Centro Hospitalar Universitário de Santo António \(chporto.pt\)](#)

3. Quando aplicável, indicação das hiperligações para acesso direto ao sítio na internet da empresa onde se encontram publicitados os documentos objeto de remissão no RGS;

Não aplicável.

¹¹ Todos os documentos devem estar devidamente assinados e datados e, nos casos aplicáveis, incluir também referência ao ato de aprovação pelo órgão de administração e respetiva data.

4. No caso de entidades abrangidas, nos termos do artigo 2.º do RGPC, indicação das hiperligações para acesso direto aos elementos listados no n.º 1 do artigo 12.º do RGPC.

a) Lei orgânica e outros diplomas habilitantes, órgãos de direção e fiscalização, estrutura orgânica e organograma;

<https://www.chporto.pt/vOBOC/conselho-de-administracao>
<https://www.chporto.pt/vOBOO/conselho-consultivo-conselho-fiscal>
https://www.chporto.pt/documentos/Instituicao/Organograma_CHUdSA_1.pdf
<https://www.chporto.pt/vOBOP0A/estatutos-regulamento-interno>

b) Documentos de enquadramento estratégico e operacional e elenco dos principais serviços prestados ao público na área de missão;

<https://www.chporto.pt/vOBOP0A/estatutos-regulamento-interno>
https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/AM2023_CHUdSA_SIGNED.pdf

c) Plano de atividades, orçamento e contas, relatório de atividades e balanço social;

<https://www.chporto.pt/vOBOP0H/plano-de-atividades-e-orcamento>
<https://www.chporto.pt/vOBOP0E/relatorio-e-contas>

“O balanço social é levado ao conhecimento e apreciação do membro do Governo competente até 31 de março do ano seguinte àquele a que diz respeito, pelo que este documento de gestão encontra-se em fase de elaboração, será publicado logo que disponível (nº 3 do artigo 1º do Decreto-Lei n.º 190/96, de 9 de outubro).”

d) Documentos de enquadramento legal ou que comportem interpretação do direito vigente relativos às áreas de missão;

https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1992&tabela=leis&ficha=1&pagina=1&so_miolo=&
<https://www.chporto.pt/vOBOP0A/estatutos-regulamento-interno>

e) Informação básica sobre direitos e obrigações dos cidadãos e sobre os procedimentos a observar na relação destes com a Administração Pública;

<https://www.chporto.pt/vOEOM/direitos-e-deveres-dos-utentes>

f) Guias descritivos dos mais relevantes procedimentos administrativos relativos aos bens ou serviços prestados;

<https://www.chporto.pt/vOBOP0A/estatutos-regulamento-interno>
<https://www.chporto.pt/vOCOH0A/rea-clinica-assistencial>

g) Tabelas atualizadas dos preços dos bens ou serviços prestados;

https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/AM2023_CHUdSA_SIGNED.pdf

https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/12/Portaria-24_2023.pdf
<https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/portaria/2017-116351585>

h) Compromissos plurianuais e pagamentos e recebimentos em atraso;

https://www.chporto.pt/documentos/2024/Compromissos_plurianuais/_Compromissos_Plurianuais_2023_1_.pdf

<https://www.chporto.pt/vOBOP0I/dividas-a-fornecedores-externos>

i) Relação dos benefícios e subvenções concedidos, com indicação do respetivo valor;

Não existente.

j) Relação de doações, heranças, ofertas ou donativos recebidos, com indicação do respetivo valor;

Santo António - Centro Hospitalar Universitário de Santo António (chporto.pt)

k) Avisos sobre o recrutamento de dirigentes e trabalhadores, bem como os despachos de designação dos dirigentes;

<https://www.chporto.pt/recrutamentos>

l) Avisos sobre os procedimentos pré-contratuais mais relevantes;

Santo António - Centro Hospitalar Universitário de Santo António (chporto.pt)
<https://www.base.gov.pt/Base4/pt/pesquisa/?type=entidades&texto=517392259>

m) Contactos para interação com o cidadão e as empresas, incluindo formulário para reclamações e sugestões;

<https://www.chporto.pt/vOEOW/gabinete-do-cidadao>

n) Informação sobre sistemas procedimentais ou de gestão acreditados pelo Instituto Português de Acreditação, I. P., se aplicável.

O CHUdSA não dispõe de sistemas procedimentais ou de gestão acreditados pelo Instituto Português de Acreditação, I.P.

F. PRESTAÇÃO DE SERVIÇO PÚBLICO OU DE INTERESSE GERAL (CASO APLICÁVEL)

1. Referência ao contrato celebrado com a empresa pública em que lhe tenha sido confiada a prestação de um serviço público ou de interesse geral, respeitante à remuneração dessa atividade (vd. n.º 3 do artigo 48.º do RJSPE).

O processo de contratualização que se encontra implementado no Serviço Nacional de saúde (SNS) estabelece o relacionamento entre acionistas, financiadores/compradores e prestadores de cuidados de saúde, encontrando-se vertido num Contrato-Programa trienal, atualizado anualmente por um Acordo Modificativo a este Contrato-Programa, através do qual se explicitam os resultados a alcançar em cada instituição do SNS.

Este processo de contratualização baseia-se na responsabilidade de todas as entidades envolvidas, nomeadamente: Tutela (Ministério da Saúde e Ministério das Finanças), Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), Administrações Regionais de Saúde (ARS) e Entidades Prestadoras de Cuidados (Hospitais, Centros Hospitalares e Unidades Locais de Saúde. Os estabelecimentos de saúde E.P.E. são financiados nos termos da Base 23 da Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, e o financiamento deve refletir as necessidades de saúde da população abrangida e permitir um adequado planeamento da oferta de cuidados de saúde.

O pagamento dos atos e serviços prestados pelos estabelecimentos de saúde pelo Estado, é feito através de contratos-programa plurianuais celebrados conjuntamente pela entidade hospitalar, pela Direção Executiva do SNS e ACSS, I. P., ARSN, I.P., onde são estabelecidos, designadamente:

- a) A atividade contratada;
- b) Os objetivos e as metas qualitativas e quantitativas;
- c) A calendarização das metas referidas na alínea anterior;
- d) Os meios e instrumentos para prosseguir os objetivos, designadamente de investimento;
- e) Os indicadores para avaliação do desempenho dos serviços e do nível de satisfação dos utentes e as demais obrigações assumidas pelas partes, tendo como referencial os preços praticados no mercado para os diversos atos clínicos.

Mais se refere que a contratualização da atividade e definição dos níveis de produção e respetiva remuneração entre outros parâmetros de atividade é feita nos termos referidos e não se enquadra no âmbito do n.º 3 do artigo 48.º do Decreto-Lei n.º 133/2013 que se refere à concessão de subvenções públicas de acordo com o Decreto-Lei n.º 167/2008 que estabelece este regime jurídico.

2. Caso não tenha contrato celebrado ou, tendo, caso haja apresentado nova proposta, referência às propostas de contratualização da prestação de serviço público apresentadas ao titular da função acionista e ao membro do governo responsável pelo respetivo setor de atividade (vd. n. os 1, 2 e 4 do artigo 48.º do RJSPE). A empresa deve apresentar declaração¹² do seguinte:

a) Que elaborou uma proposta de contratualização da prestação de serviço público;

De acordo com o que foi mencionado anteriormente, este ponto não se aplica.

b) Que essa proposta foi apresentada ao titular da função acionista e ao membro do Governo responsável pelo respetivo setor de atividade; e

De acordo com o que foi mencionado anteriormente, este ponto não se aplica.

c) que a proposta cumpre com todos os requisitos legais definidos no n.º 1 do artigo 48.º do RJSPE.

De acordo com o que foi mencionado anteriormente, este ponto não se aplica.

¹² Esta declaração, no próprio RGS, pode apenas mencionar que foi cumprido o disposto no n.º 1 do artigo 48.º do RJSPE.



VII

REMUNERAÇÕES

- A. COMPETÊNCIA PARA A DETERMINAÇÃO
- B. COMISSÃO DE FIXAÇÃO DE REMUNERAÇÕES
- C. ESTRUTURA DAS REMUNERAÇÕES
- D. DIVULGAÇÃO DAS REMUNERAÇÕES

A. COMPETÊNCIA PARA A DETERMINAÇÃO

1. Indicação quanto à competência para a determinação da remuneração dos órgãos sociais, dos membros da comissão executiva ou administrador delegado e dos dirigentes da empresa.

Esta matéria é regulada pelo disposto no artigo 28.º do Estatuto do Gestor Público, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de março, na sua versão atual, referindo que o vencimento mensal dos gestores públicos é determinado em função de critérios decorrentes da complexidade, exigência e responsabilidade inerentes às respetivas funções, fixados por resolução do Conselho de Ministros.

Nesta sequência o Despacho n.º 2282/2023, de 16 de fevereiro, que nomeou o Conselho de Administração do CHUdSA para o triénio 2023-25, determina que “a remuneração dos membros do conselho de administração desta entidade pública empresarial obedece ao disposto no n.º 5 da Resolução do Conselho de Ministros n.º 18/2012, de 21 de fevereiro, e à classificação atribuída pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 36/2012, de 26 de março, na sua redação atual.”

No que respeita à remuneração do Conselho Fiscal e ROC foram fixadas por Despachos conjunto das Finanças e da Saúde em 31/08/2018 e 04/09/2018 para o Conselho fiscal e em 13/12/2018 para o ROC.

2. Identificação dos mecanismos¹³ adotados para prevenir a existência de conflitos de interesses, atuais ou potenciais, entre os membros de órgãos ou comissões societárias e a empresa, designadamente na aprovação de despesas por si realizadas (vd. artigo 51.º do RJSPE).

As despesas efetuadas diretamente por cada membro do Conselho de Administração são submetidas a autorização ao Conselho de Administração.

No âmbito do artigo 51.º do Decreto-Lei n.º 133/2013 de 3 de outubro, foram efetuadas as declarações de independência dos membros do Conselho de Administração.

Além destas declarações, de acordo com o Estatuto do Gestor Público no artigo n.º 22, n.º 8 e da Lei n.º 52/2019, de 31 de julho, que estabelece o “Regime do exercício de funções por titulares de cargos políticos e altos cargos públicos” no artigo n.º 13, n.º 1 do, cada um dos membros do Conselho de Administração remete as declarações de Rendimentos, Património e Interesses ou impedimentos para o exercício de funções de membros do Conselho de Administração ao Tribunal Constitucional.

Nos termos do artigo 25.º, n.º 1 da Lei n.º 52/2019, de 31 de julho, que estabelece o “Regime do exercício de funções por titulares de cargos políticos e altos cargos públicos”, “enquanto não estiver em funcionamento a plataforma eletrónica para a entrega da declaração única, os titulares de cargos políticos e de altos cargos públicos, e equiparados, entregam-na junto do Tribunal Constitucional, em formato de papel.

3. Dar conhecimento do cumprimento por parte dos membros do órgão de administração do que dispõe o artigo 51.º do RJSPE, isto é, de que se abstêm de intervir nas decisões que envolvam os seus próprios interesses, designadamente na aprovação de despesas por si realizadas.

Dá-se conhecimento de que foram apresentadas as declarações de independência nos termos do artigo 51.º do Decreto-Lei n.º 133/2013, nas quais cada um dos membros declara que não intervém nas decisões que envolvam os seus próprios interesses, designadamente na aprovação de despesas por si realizadas, conforme determina o artigo 51.º do Decreto-Lei n.º 133/2013 ou em outra legislação aplicável.

Habitualmente estas declarações eram publicadas em anexo a este relatório, no entanto desde 2022 o modelo de Relatório de Governo Societário da UTAM apenas solicita que se dê conhecimento do procedimento efetuado, o qual no CHUdSA inclui a manutenção em arquivo das declarações e evidências do envio a todas as entidades definidas por lei, nomeadamente ao CA, ao Conselho Fiscal e ROC, bem como à IGF (Decreto-Lei n.º 71/2007 de 27 de março e n.º 1 do artigo 52.º do Decreto-lei n.º 133/2013 de 3 de outubro, nas versões atuais).

B. COMISSÃO DE FIXAÇÃO DE REMUNERAÇÕES

Composição da comissão de fixação de remunerações, incluindo identificação das pessoas singulares ou coletivas contratadas para lhe prestar apoio.

Não existe comissão para a fixação de remunerações, razão pela qual esta informação não é aplicável.

¹³ Mecanismos diversos dos inerentes à evidência ou menção a que se refere o ponto 3 seguinte.

C. ESTRUTURA DAS REMUNERAÇÕES

1. Descrição da política de remuneração dos órgãos de administração e de fiscalização.

A política de remunerações dos gestores públicos é regulada pelo Estatuto do Gestor Público, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de março, na sua versão atual.

Resumidamente, a política de remunerações define o vencimento mensal e as regras para outros abonos.

O vencimento mensal é determinado em função de critérios decorrentes da complexidade, exigência e responsabilidade inerentes às respetivas funções, fixados por resolução do Conselho de Ministros identificadas na secção A.

Quanto ao órgão de fiscalização, a remuneração dos elementos do Conselho fiscal e do ROC está fixada por Despacho conjunto das Finanças e da Saúde.

2. Informação sobre o modo como a remuneração é estruturada de forma a permitir o alinhamento dos objetivos dos membros do órgão de administração com os objetivos de longo prazo da empresa.

A remuneração é estruturada de forma a permitir o alinhamento dos objetivos dos membros do órgão de administração com os objetivos de longo prazo da entidade, assente num contrato de gestão proposto pela Tutela e subscrito por cada um dos membros da Administração. A remuneração variável encontra-se suspensa e dependente da legislação em vigor para cada ano.

3. Referência, se aplicável, à existência de uma componente variável da remuneração, critérios de atribuição e informação sobre eventual impacto da avaliação de desempenho nesta componente.

A remuneração variável será atribuída nos termos dos objetivos de gestão. No entanto a mesma encontra-se suspensa nos termos do referido anteriormente.

4. Explicitação do diferimento do pagamento da componente variável da remuneração, com menção do período de diferimento.

Idem.

5. Caracterização dos parâmetros e fundamentos definidos no contrato de gestão para efeitos de atribuição de prémio.

Idem.

6. Referência a regimes complementares de pensões ou de reforma antecipada para os administradores e data em que foram aprovados em assembleia geral, em termos individuais.

Não existem.

D. DIVULGAÇÃO DAS REMUNERAÇÕES

1. Indicação do montante anual da remuneração auferida, de forma agregada e individual, pelos membros do órgão de administração da empresa, proveniente da empresa, incluindo remuneração fixa e variável e, relativamente a esta, menção às diferentes componentes que lhe deram origem, podendo ser feita remissão para ponto do relatório onde já conste esta informação. A apresentar segundo os formatos seguintes.

Membro do Órgão de Administração	Estatuto do Gestor Público			
	Fixado	Classificação	Remuneração mensal (fev-dez) bruta (€)	
			Vencimento	Despesas de representação
Paulo Jorge Barbosa Carvalho	S	B	5.167,86 €	2.028,60 €
José Fernando da Rocha Barros	S	B	5.463,17 €	1.622,88 €
Alfredo Eduardo Argulho Alves	S	B	4.057,21 €	1.622,88 €
Rita Sofia Silva Veloso	S	B	4.057,21 €	1.622,88 €
Maria Beatriz da Silva Duarte Vieira Borges	S	B	4.057,21 €	1.622,88 €

Nos termos do nº8 do artigo 28º do Decreto-lei nº71/2007, de 27 de março, na sua redação atual e pelo Despacho nº2282/2023 de 16 de fevereiro foi autorizado ao Presidente do Conselho de administração e ao Diretor Clínico a opção pelo vencimento do lugar de origem.

Membro do Órgão de Administração	Remuneração fev-dez 2023 (€)		
	Fixa	Variável	Bruta
Paulo Jorge Barbosa Carvalho	79.161,06 €	0,00 €	79.161,06 €
José Fernando da Rocha Barros	77.946,55 €	0,00 €	77.946,55 €
Alfredo Eduardo Argulho Alves	62.480,99 €	0,00 €	62.480,99 €
Rita Sofia Silva Veloso	62.480,99 €	0,00 €	62.480,99 €
Maria Beatriz da Silva Duarte Vieira Borges	62.480,99 €	0,00 €	62.480,99 €
	344.550,58 €	0,00 €	344.550,58 €

Não estão considerados os valores dos subsídios de férias e de Natal na componente da remuneração fixa, embora tenham sido integralmente processados.

Membro do Órgão de Administração	Benefícios Sociais (€)							
	Valor do Subsídio de Refeição		Regime de Proteção Social		Seguro de Vida	Seguro de Saúde	Outros	
[Nome]	Diário	Encargo fev-dez	[identificar]	Encargo fev-dez	Encargo anual da empresa	Encargo anual da empresa	[identificar]	Encargo fev-dez
Paulo Jorge Barbosa Carvalho	6 €	1.265,60 €	CGA	11.485,83 €	0,00 €	0,00 €	-	0,00 €
José Fernando da Rocha Barros	6 €	1.265,60 €	CGA	10.299,90 €	0,00 €	0,00 €	-	0,00 €
Alfredo Eduardo Argulho Alves	6 €	1.283,60 €	CGA	7.762,71 €	0,00 €	0,00 €	-	0,00 €
Rita Sofia Silva Veloso	6 €	1.271,60 €	SEGURANÇA SOCIAL	6.870,13 €	0,00 €	0,00 €	-	0,00 €
Maria Beatriz da Silva Duarte Vieira Borges	6 €	1.248,00 €	SEGURANÇA SOCIAL	6.678,83 €	0,00 €	0,00 €	-	0,00 €
		6.334,40 €		43.097,40 €	0,00 €	0,00 €	-	0,00 €

2. Indicação dos montantes pagos, por outras empresas em relação de domínio ou de grupo ou que se encontrem sujeitas a um domínio comum.

Não existem outras empresas em relação de domínio ou de grupo, pelo que esta informação não é aplicável.

3. Indicação da remuneração paga sob a forma de participação nos lucros e/ou de pagamento de prémios e explanação dos motivos por que tais prémios e/ou participação nos lucros foram concedidos.

Não há este tipo de remuneração pelo que esta informação não é aplicável.

4. Referência a indemnizações pagas ou devidas a ex-administradores executivos relativamente à cessação das suas funções durante o exercício.

Não houve indemnizações pagas ou devidas a ex-administradores executivos relativamente à cessação das suas funções durante o exercício.

5. Indicação do montante anual da remuneração auferida, de forma agregada e individual, pelos membros do órgão de fiscalização da empresa, podendo ser feita remissão para ponto do relatório onde já conste esta informação.

Membro do Órgão de Fiscalização	Remuneração fev-dez 2023 (€)
	Bruta
Carla Manuela Serra Galdes	18.782,66 €
Maria das Dores de Sousa Silva	14.257,88 €
Fernando Manuel de Sousa Pires de Matos	14.257,88 €
	47.298,42 €

Nome	Remuneração Anual 2023 (€)
	Bruta
SANTOS CARVALHO & ASSOCIADOS, SROC, S.A. representada por André Miguel Andrade e Silva Junqueira Mendonça	24.475,00 € a)

a) Acresce o valor do IVA à taxa legal em vigor;

b) Podendo, ainda, acrescer o reembolso de despesas de transporte, alojamento e outras suportadas no exercício das funções;

6. Indicação da remuneração no ano de referência dos membros da mesa da assembleia geral.

Não existe Assembleia geral nos órgãos sociais dos hospitais, centros hospitalares e unidades locais de saúde do SNS pelo que a informação não se aplica.





TRANSAÇÕES COM PARTES RELACIONADAS E OUTRAS

1. Apresentação de mecanismos implementados pela empresa para efeitos de controlo de transações com partes relacionadas¹⁴ e indicação das transações que foram sujeitas a controlo no ano de referência.

As transações levadas a cabo com entidades relacionadas são as decorrentes dos serviços assistenciais prestados a beneficiários do Serviço Nacional de Saúde, objeto de contratualização com a Tutela e vertidas em sede de Contrato-Programa.

A atividade assistencial prestada aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde tem como resultado a faturação à ACSS, I.P., que constitui a maior parcela da faturação de prestação de serviços do CHUdSA, E.P.E.

O Contrato-Programa é monitorizado e avaliado pela Direção Executiva, pela ACSS e ainda pela DGO no que respeita ao Orçamento Económico. Em termos de mecanismos de controlo há ainda a referir a divulgação da existência de relacionamentos entre partes relacionadas, bem como a divulgação da informação acerca destas nos documentos de prestação de contas anuais, nos termos da NCP 20. Em 2023 esta informação pode ser consultada no Relatório e Contas na nota 20 - Divulgações de partes relacionadas (capítulo 15 - Anexo às Demonstrações Financeiras).

Entidade Terceira	NIF	Faturação emitida pelo CHUdSA de fevereiro a dezembro 2023	Faturação emitida pelas Entidades Terceiras de fevereiro a dezembro 2023 pelas Entidades em 2018	Saldo de Cliente 31-12-2023	Adiantamentos de Clientes 31/12/2023	Saldo de Fornecedor 31-12-2023
ACSS	508188423	396.666.495,82	51.120,00	0,00	147.057.158,65	34.080,00
Instituto Nacional Emergência Médica, IP	501356126	88.393,46	0,00	88.393,46		0,00
Instituto Português do Sangue e da Transplantação,IP	502423943	218.587,20	816.554,37	0,00		170.150,85
Instituto Nacional Saude Dr.Ricardo Jorge, IP,INSA IP	501427511	5.181,35	73.316,23	5.122,28		28.189,40
Entidade Reguladora da Saúde	507021266	0,00	28.491,66	0,00		0,00
Hospital Dr. Francisco Zagalo	501510150	0,00	0,00	0,00		0,00
ARS Norte, IP	503135593	2.166.777,41	2.274.780,66	2.454.923,39		1.040.349,80
ARS Centro, IP	503122165	92.038,74	0,00	416.891,75		0,00
ARS Lisboa V.T., IP	503148776	0,00	0,00	3.733,17		0,00
ARS Algarve, IP	503148709	1.526,40	0,00	0,00		0,00
Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE	506361659	14.030,00	855,73	68.678,00		855,73
Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE	506361608	0,00	0,00	0,00		0,00
Hospital Distrital Figueira Foz, EPE	506361527	1.352,10	0,00	1.352,10		0,00
Hospital de Santa Maria Maior, EPE	506361381	160.049,31	0,00	128.016,58		0,00
Hospital Distrital de Santarém, EPE	506361462	3.304,50	0,00	3.490,50		0,00
Hospital Garcia de Orta, EPE	506361470	1.172,10	0,00	2.817,10		0,00
Unidade Local de Saúde Matosinhos, E.P.E.	506361390	390.833,64	56.769,67	426.363,11		46.880,86
Centro Hospitalar e Univ. de Coimbra, EPE	510103448	22.180,60	46.974,62	31.240,30		36.549,70
Instituto Portug.Oncologia - Lisboa , EPE	506361616	0,00	0,00	113,80		0,00
Instituto Português Oncologia - Porto , EPE	506362299	72.753,52	72.468,81	97.254,76		68.032,10
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E.	507618319	11.540,20	418,20	14.658,00		418,20
Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.	507606787	28.486,00	0,00	29.149,20		0,00
Hospital Espírito Santo Évora, EPE	508085888	556,30	0,00	556,30		0,00
Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, EPE	508080142	34.332,88	118,60	47.395,38		118,60
Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE	508100496	517.462,07	119.237,63	1.010.831,81		119.237,63
Centro Hospitalar Médio Ave, EPE	508093937	44.431,15	0,00	99.789,66		0,00
Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE	508142156	390.488,84	1.775,10	1.351.646,47		1.775,10
Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE	508318262	628.181,47	2.882,33	730.570,67		2.882,33
Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE	508481287	74.438,90	0,00	122.457,40		0,00
Centro Hospitalar Povoas Varzim/Vila Conde, EPE	508741823	40.305,93	0,00	110.775,19		0,00
Unidade Local de Saúde Alto Minho, EPE	508786193	118.315,19	0,00	2.068.755,94		0,00
Unidade Local de Saúde Guarda, EPE	508752000	21.569,03	0,00	21.867,73		0,00
Hospital Magalhães Lemos, EPE	502828790	0,00	0,00	0,00		0,00
ULSBA - Unidade Local de Saúde Baixo Alentejo, EPE	508754275	8.878,00	0,00	8.878,00		0,00
Unidade local de Saúde de Castelo Branco, EPE	509309844	0,00	0,00	0,00		0,00
Centro Hospitalar Entre o Douro e Vouga, EPE	508878462	193.997,57	0,00	273.611,34		0,00
Centro Hospitalar de Leiria-Pombal, EPE	509822932	0,00	0,00	0,00		0,00
Hospital Fernando da Fonseca, EPE	503035416	237,80	17.221,00	1.046,30		17.221,00
Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE	509186998	3.017,80	0,00	3.519,70		0,00
Centro Hospitalar São João, EPE	509821197	706.609,07	15.231,60	11.526.915,36		10.017,60
Hospital de Braga, E.P.E.	515545180	1.610.246,00	0,00	1.952.333,03		0,00
Centro Hospitalar de Baixo Vouga, EPE	510123210	113.240,32	0,00	262.050,50		0,00
Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE	509822940	20.295,37	0,00	35.267,15		0,00
Unidade Local de Saúde de Nordeste, EPE	509932584	53.257,00	0,00	90.821,23		0,00
Unidade Local Saúde do Litoral Alentejano, EPE	510445152	5.612,00	0,00	5.612,00		0,00
Centro Hospitalar Universitário do Algarve, EPE	510745997	5.035,20	0,00	5.035,20		0,00
Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães, EPE	508080827	0,00	0,00	372.382,00		0,00
Centro Hospitalar do Oeste	514993871	0,00	0,00	0,00		0,00
Unidade Local de Saúde Norte Alentejano, EPE	508094461	4.002,00	0,00	4.002,00		0,00
SPMS, EPE - Sev. Partilhados do Ministério da Saude	509540716	0,00	6.344,02	0,00		0,00
Direção-Geral da Saúde	600037100	2.070,00	0,00	0,00		0,00

¹⁴ Para efeitos do conceito de parte relacionada tenha-se em conta o que se encontra definido na NCRF 5 (Norma contabilística e de relato financeiro 5. Divulgações de Partes Relacionadas), e também no n.º 4 do artigo 63.º do CIRC (Código do Imposto sobre o Rendimento das Pessoas Coletivas).

2. Informação sobre outras transações:

a) Procedimentos adotados em matéria de aquisição de bens e serviços;

- Decreto-Lei n.º 18/2008, de 29 de janeiro, revisto pelo Decreto-Lei n.º 111-B/2017, de 31 de agosto, na redação em vigor, onde se estabelece a disciplina aplicável à contratação pública e o regime substantivo dos contratos públicos que revistam a natureza de contratos administrativos; reforma operada pela Lei n.º 30/2021, de 21 de maio, com início de vigência em 21 de junho de 2021 (cria regras especiais transitórias para articulação com o PRR e altera substancialmente o CCP);
- Despacho n.º 851-A/2017, de 16 de janeiro, que “Emite recomendações no âmbito dos procedimentos que mitiguem o risco e previnam a violação dos princípios da transparência, concorrência e prossecução do interesse público, na área da contratação pública”;
- Lei n.º 8/2012, de 21 de fevereiro – Lei dos Compromissos e dos Pagamentos em Atraso (LCPA), que estabelece as regras aplicáveis à assunção de compromissos e aos pagamentos em atraso das entidades públicas;
- Decreto-Lei n.º 127/2012, de 21 de junho, que contempla as normas legais disciplinadoras dos procedimentos necessários à aplicação da LCPA e à operacionalização da prestação da informação;
- Acórdão do STA de 04-11-2021 estabelecendo a orientação segundo a qual «I - A violação do artigo 7.º do Decreto-Lei n.º 127/2012, de 21 de junho implica a nulidade do contrato. II - Nos termos conjugados dos artigos 5.º, n.º 4 e 9.º n.º 2 da Lei n.º 8/2012, de 21 de fevereiro não é possível a sanção da referida nulidade nem aplicação da solução do artigo 289º do CC de restituição do valor da prestação»;
- Lei n.º 118/2019, de 17 de setembro em particular os seguintes artigos: 1 - As ações de contencioso pré[1]contratual que tenham por objeto a impugnação de atos de adjudicação relativos a procedimentos aos quais é aplicável o disposto no n.º 3 do artigo 95.º ou na alínea a) do n.º 1 do artigo 104.º do Código dos Contratos Públicos, desde que propostas no prazo de 10 dias úteis contados desde a notificação da adjudicação a todos os concorrentes, fazem suspender automaticamente os efeitos do ato impugnado ou a execução do contrato, se este já tiver sido celebrado. 4 - O efeito suspensivo é levantado quando, ponderados todos os interesses suscetíveis de serem lesados, o diferimento da execução do ato seja gravemente prejudicial para o interesse público ou gerador de consequências lesivas claramente desproporcionadas para outros interesses envolvidos;
- Lei n.º 27-A/2020, de 24 de julho, artigo 7.º Altera o artigo 48.º da Lei Orgânica do Tribunal de Contas (consagrando o limiar de € 750.000,00 para isenção dos contratos de sujeição a procedimento de visto prévio do Tribunal);
- Decreto-Lei n.º 78/2022, de 7 de novembro, que altera a Lei n.º 30/2021, de 21 de maio que aprova medidas especiais de contratação pública;
- Lei n.º 30/2021, de 21 de maio, que aprova medidas especiais de contratação pública, em ordem à agilização dos investimentos do PRR e altera várias normas do CCP;
- Decreto-Lei n.º 36/2022, de 20 de maio, que estabelece um regime excecional e temporário de revisão de preços nas empreitadas (em face do incremento de preços associado ao aumento das matérias-primas).

De referir que a legislação que previa o carácter de excecionalidade na tramitação administrativa de determinados procedimentos decorrente da pandemia, foi revogada, como sejam:

- Decreto-Lei n.º 10-A/2020, de 13 de março, capítulo II: aprova um Regime Excecional de contratação pública e de autorização de despesa;
- Decreto-Lei n.º 10-E/2020, de 24 de março, que alarga o âmbito de aplicação daquele Decreto-Lei n.º 10-A/2020;
- Lei n.º 1-A/2020, de 19 de março, relativa à resposta à situação epidemiológica provocada pelo coronavírus sars-cov-2 na versão atualizada pela Lei n.º 4-B/2021, de 01 de fevereiro.

b) Identificação das transações que não tenham ocorrido em condições de mercado;

Nada a assinalar.

c) Lista de fornecedores com transações com a empresa que representem mais de 5% dos fornecimentos e serviços externos (no caso de ultrapassar 1 milhão de euros).

Código	NIFEntidade	Valor Faturado 2023 c/IVA	Peso	NIF
982313	Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus - Casa de Saúde do Bom Jesus (IPSS)	7.585.720,00 €	10,04%	500989001
982311	Instituto São João de Deus - Casa de Saúde São João Deus (IPSS)	6.734.929,00 €	8,91%	500927731
9800343	Such - Serviço de Utiliz. Comum dos Hospitais	6.378.520,35 €	8,57%	500900469
9800336	Santa Casa Misericórdia Porto	4.975.902,38 €	6,75%	500239894
982312	Instituto São João de Deus - Casa de Saúde de S. José de Areias de Vilar (IPSS)	4.416.689,00 €	5,84%	500927731



IX

ANÁLISE DE SUSTENTABILIDADE DE EMPRESA NOS DOMÍNIOS ECONÓMICO, SOCIAL E AMBIENTAL

Caracterização dos elementos seguidamente explicitados, podendo ser feita remissão para ponto do relatório onde já conste esta informação¹⁵:

1. Estratégias adotadas e grau de cumprimento das metas fixadas.

No período de fevereiro a dezembro de 2023, após uma análise detalhada e considerando universos comparáveis anuais, observa-se um reforço dos padrões de sustentabilidade da empresa em diversos domínios. Destaca-se especialmente a melhoria progressiva do desempenho produtivo em algumas linhas de produção, com foco particular na consulta externa e atividade cirúrgica. É importante mencionar que, apesar das perturbações causadas pela greve no ano de 2023, a instituição continua a otimizar sua capacidade instalada, o que também resulta em melhorias no acesso.

1.1 Otimização da performance produtiva, igualando, por serviço, o melhor resultado observado no biénio anterior.

Indicador	Ano 2021*	Ano 2022*	Janeiro 2023*	Fevereiro -Dezembro 2023	Ano 2023	Var. 2021-2022	Var. 2022-2023
Doentes Saídos	35.528	35.504	3.227	31.457	34.684	-0%	-2%
CHUPorto	33.406	33.156	3.033	29.780	32.813	-1%	-1%
HML	2.122	2.348	194	1.677	1.871	11%	-20%
Consultas Médicas	759.702	780.858	74.780	710.754	785.534	3%	1%
CHUPorto	718.977	743.696	71.451	679.758	751.209	3%	1%
HML	40.725	37.162	3.329	30.996	34.325	-9%	-8%
Doentes Operados Ambulatório	24.894	26.868	2.687	23.582	26.269	8%	-2%
CHUPorto	24.894	26.868	2.687	23.582	26.269	8%	-2%
HML	-	-	-	-	-	-	-
Sessões Hospital de Dia	100.606	107.203	9.895	101.702	111.597	7%	4%
CHUPorto	72.561	80.913	7.417	75.926	83.343	12%	3%
HML	28.045	26.290	2.478	25.776	28.254	-6%	7%
Atendimentos em Urgência	131.199	146.383	11.827	135.930	147.757	12%	1%
CHUPorto	131.199	146.383	11.827	135.930	147.757	12%	1%
HML	-	-	-	-	-	-	-
Visitas Domiciliárias	6.107	6.382	547	5.685	6.232	5%	-2%
CHUPorto	2.627	3.020	226	2.484	2.710	15%	-10%
HML	3.480	3.362	321	3.201	3.522	-3%	5%
Doentes-Padrão	112.345	115.541	11.032	109.325	120.357	3%	4%

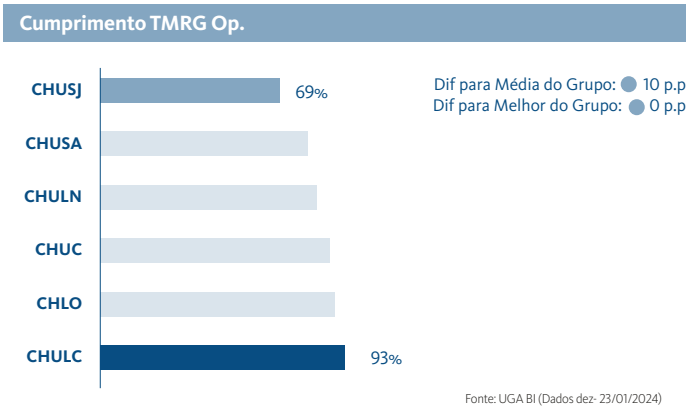
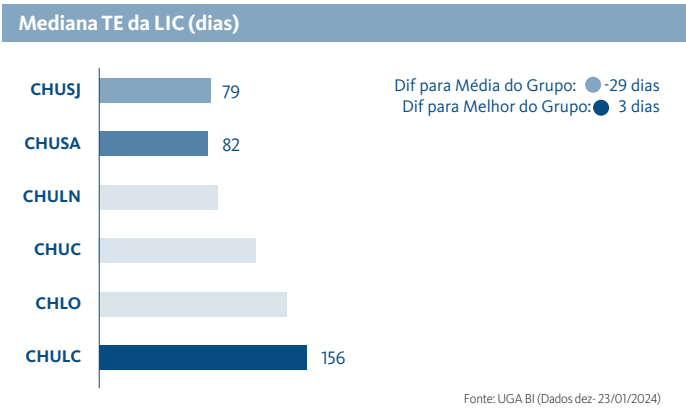
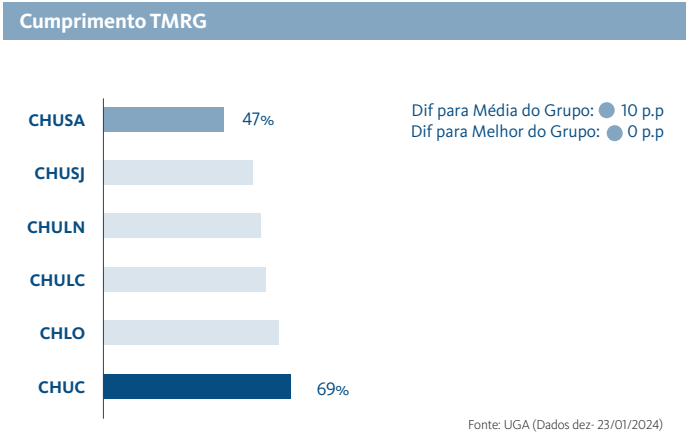
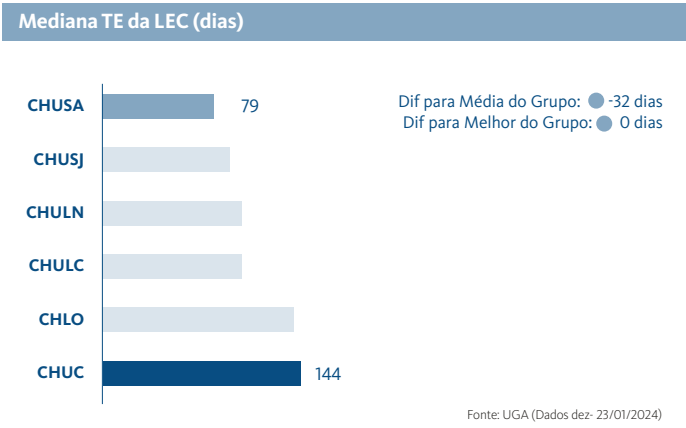
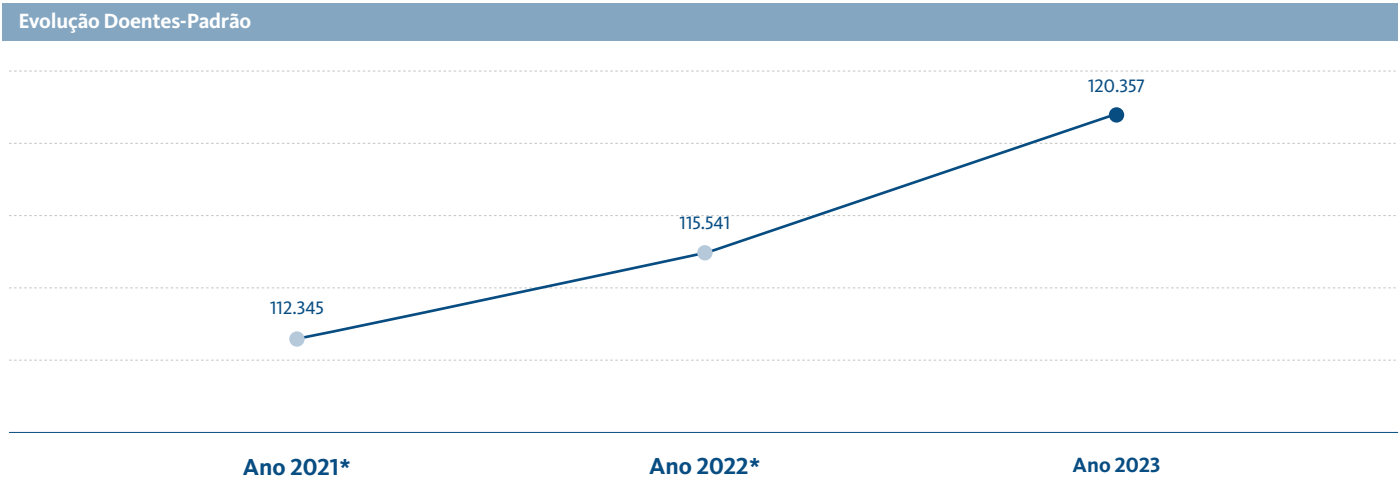
* Reconstituição do histórico através da soma da produção do ex-HML e do ex-CHUPorto.

Em 2020 verificou-se uma quebra de produção nas diferentes linhas de atividade, em resultado do surto pandémico. Sendo o CHUPorto um dos principais Hospitais na linha da frente no combate à pandemia, imperativamente teve de dar resposta com o necessário ajustamento e redimensionamento da atividade. Assim, inevitavelmente, foi afetado no seu desempenho produtivo por força do cancelamento da atividade programada (Despacho da Senhora Ministra da Saúde de 16 de março de 2020), particularmente na 1ª vaga da COVID-19, e o direcionamento dos seus recursos para os cuidados a estes doentes, facto este que veio contrariar a tendência de crescimento da atividade verificada em anos anteriores. Em 2021, não obstante a perturbação da atividade pela necessidade de tratamento de doentes COVID-19, o CHUPorto inverteu a tendência de decréscimo verificada no ano transato, superando mesmo os níveis de produção atingidos em 2019 (ano pré-pandemia), na cirurgia de ambulatório e na consulta externa. Em 2022 a afluência de doentes covid, particularmente concentrada nos dois primeiros meses do ano, à exceção do internamento que apresentou uma ligeira quebra, não contrariou a tendência de recuperação de atividade, uma vez que o CHUPorto volta a atingir níveis históricos consecutivos na atividade cirúrgica e nas consultas médicas realizadas.

Em janeiro de 2023, os efeitos do surto pandémico praticamente já não se fizeram sentir – o número de doentes tratados com esta patologia foi pouco mais de 1/5 do verificado no mesmo período de 2022.

Durante o período de fevereiro a dezembro de 2023, que corresponde à nova entidade **Centro Hospitalar Universitário de Santo António**, houve um esforço continuado para recuperar a atividade perdida devido à pandemia de COVID-19. Apesar das perturbações causadas pela greve durante o ano de 2023, esta instituição continua a destacar-se como um dos hospitais com melhores indicadores de acesso dentro dos hospitais do mesmo grupo. O aumento sustentado ao longo dos anos no número de doentes padrão também reflete o impacto positivo da resposta aos utentes, como evidenciado no gráfico a seguir.

¹⁵ Querendo, a empresa poderá incluir síntese ou extrato(s) do seu Relatório de Sustentabilidade que satisfaça(m) o requerido. Tal formato de prestação da informação, implica que o texto seja acompanhado das adequadas referências que permitam identificar as partes da síntese ou extrato(s) que satisfazem cada uma das alíneas.



1.2 Redução do Consumo de Produtos Farmacêuticos e de Material de Consumo Clínico por Doente Padrão.

Indicador	Ano 2022*		Janeiro 2023*		Fevereiro-Dezembro 2023		Ano 2023		Var. 2022/2023	
	Total €	€/Doente-Padrão	Total €	€/Doente-Padrão	Total €	€/Doente-Padrão	Total €	€/Doente-Padrão	Total €	€/Doente-Padrão
Produtos Farmacêuticos	145.577.918	1.260,0	15.824.228	1.434,4	136.824.705	1.251,5	152.648.933	1.268,3	5%	1%
Medicamentos PAF	28.450.075	246,2	3.815.857	345,9	27.473.122	251,3	31.288.979	260,0	10%	6%
Medicamentos Atrofia Muscular Espinhal	6.954.319	60,2	420.822	38,1	1.939.380	17,7	2.360.203	19,6	-66%	-67%
Material de Consumo Clínico	38.447.747	332,8	2.774.040	251,5	37.978.370	347,4	40.752.410	338,6	6%	2%
Material de Consumo Hoteleiro	1.924.299	16,7	157.781	14,3	1.805.007	16,5	1.962.788	16,3	2%	-2%
Outros Materiais de Consumo (Administrativo, Manutenção e Conservação, Alimentar)	1.892.833	16,4	137.679	12,5	1.469.331	13,4	1.607.010	13,4	-15%	-18%
Total Consumos	187.842.796	1.625,8	18.893.728	1.712,6	178.077.413	1.628,9	196.971.141	1.636,6	5%	1%

* Reconstituição do histórico através da soma da produção do ex-HML e do ex-CHUPorto.
** Valores de Doente-Padrão disponíveis no SICa em 20-03-2024.

Em 2023, o crescimento em áreas de medicação não convertíveis em unidade de medida de doente-padrão, por continuarem a não estar abrangidas pelo financiamento do Contrato programa, foi agravado pelo efeito do aumento de preços não acompanhado, na mesma medida, pela evolução dos preços do Contrato Programa, tendo tido o inevitável efeito negativo neste rácio.

A evolução no total de Produtos Farmacêuticos foi de 5%, próxima da taxa de inflação do ano 2023. Não obstante, o custo por doente-padrão cresceu apenas 1%.

No que respeita ao material de consumo clínico, no ano 2023, o custo gerado nesta rubrica foi de certo modo controlado e não agravado, apresentado uma variação próxima da taxa de inflação, apesar de o CHUdSA manter um nível elevado de produção cirúrgica diferenciada, que onera particularmente as rubricas de material de consumo clínico, donde o custo por doente-padrão cresceu apenas 2%.

A evolução total nos consumos por doente-padrão em 1%, encontra-se fundamentada essencialmente pela evolução dos custos com medicamentos, nomeadamente os relativos a inovação terapêutica não acompanhada pela inclusão em Contrato Programa e/ou evolução do financiamento.

1.3 Otimização da prescrição de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT).

Indicador	Ano 2022*		Janeiro 2023*		Fevereiro-Dezembro 2023		Ano 2023		Var. 2022*- 2023	
	Quantidade	Quantidade Ponderada	Quantidade	Quantidade Ponderada	Quantidade	Quantidade Ponderada	Quantidade	Quantidade Ponderada	Quantidade	Quantidade Ponderada
MCDT Realizados na Instituição	7.009.583	14.860.120	663.610	1.353.212	6.646.404	13.075.668	7.310.014	14.428.880	4%	-3%
MCDT Realizados no Exterior	95.943	775.549	9.226	71.600	77.632	664.639	86.858	736.240	-9%	-5%
Total	7.105.526	15.635.669	672.836	1.424.813	6.724.036	13.740.307	7.396.872	15.165.120	4%	-3%
MCDT - Pedidos pela Consulta	3.417.533	-	333.377	-	3.245.492	-	3.578.869	-	5%	-
MCDT/Consulta	4,38	-	4,46	-	4,57	-	4,56	-	4%	-

* Reconstituição do histórico através da soma da produção do ex-HML e do ex-CHUPorto.

** Atualização retrospectiva da informação relativa a Janeiro 2023.

O esforço de recuperação da atividade em período pós-pandemia e a necessidade da correta aferição do diagnóstico dos doentes de forma célere, tem colocado alguma pressão na realização desta atividade. O aumento da atividade interna, demonstra a otimização e racionalização da capacidade instalada para solucionar tal pressão. É importante ressaltar que, apesar de ainda ser residual (representando apenas 1,2% do total de exames realizados no ano de 2023) e de se concentrar num universo específico de MCDT, o recurso de atividade no exterior diminuiu em comparação com o período anterior.

1.4 Rentabilização da capacidade instalada, através da intensificação da utilização de instalações e equipamentos, de forma a maximizar a produção e o número de doentes tratados.

Indicador	Ano 2022****	Janeiro 2023****	Fevereiro-Dezembro 2023	Ano 2023	Var. 2022-2023
Nº Camas Internamento*	1110	1128	1115	1115	0%
Tx Ocupação	94,3%	97,0%	95,6%	95,8%	2%
Demora Média**	9,0	9,6	9,7	9,7	7%
Tx Realização Contrato-Programa***	96,9%	-	98,8%	-	-

* Lotação média acumulada (exclui 34 berços).

** Critérios do Contrato-Programa.

*** SICA exportado em 20-03-2024.

**** Reconstituição do histórico através da soma da produção do ex-HML e do ex-CHUPorto.

A taxa de ocupação de internamento, acima dos 85%, aliada a uma taxa de execução do Contrato Programa próxima dos 97% em 2022 e 99% em 2023, são exemplo da rentabilização da capacidade instalada e da maximização da sua atividade produtiva.

1.5 Manutenção do CHUdSA como entidade formadora certificada

O CHUdSA manteve-se em 2023 como entidade formadora certificada, nomeadamente no suporte básico de vida (SBV). Garantiu ainda, através de oferta formativa, que os seus profissionais estavam aptos para o suporte avançado de vida, suporte de vida pediátrico e suporte de vida neonatal. A capacitação dos profissionais a nível formativo manteve as condições a acreditação da Instituição pelo *Caspe Healthcare Knowledge Systems (CHKS)*.

No período pós pandemia Covid-19 era esperado a recuperação de indicadores, o que se verificou (tabela 1). Relembramos que no período anterior houve interrupção da formação para profissionais de enfermagem pelo elevado número de doentes internados por infeção por SARS-COV-2.

ANO	2021	2022	2023
Nº de cursos	62	65	76
Nº de ações	244	232	285
Nº de presenças	3780	4014	5295
Volume Total de Formação	18.160	14.702	26.819

Em 2023 foi estabelecido um protocolo com a academia SPMS com o propósito de reforçar e diversificar o programa formativo.

Ponto específico 2023: reuniões, cursos e promoção de encontros dos conselhos das redes europeias

As ações e cursos de índole formativa foram normalizados na abrangência temática na abertura ao exterior incluindo as reuniões inseridas nos Board de redes europeias (como exemplo o TransplantChild).

A Comissão de Controle de Infecção e de Resistências aos Antimicrobianos (CCIRA) manteve a atualização de ensino de atitudes e uso de equipamentos face a doenças infecciosas.

Relativamente às ações junto da comunidade foram realizadas, com a colaboração do Serviço de Museu e Documentação, atividades lúdicas e formativas quer para a idade pediátrica (CMIN-Dia Mundial do Rim), quer para a idade adulta (sessões de esclarecimento do projeto WalkingPad).

1.6 Estabilidade de Despesa

Em 2023 foi encerrada a candidatura à tipologia de operações 3.30 do Programa Operacional Inclusão Social e Emprego (PO ISE), “Formação de Profissionais de Saúde”, POISE-03-4538-FSE-000540.

Para garante da estabilidade da despesa com a formação institucional, o CHUdSA, além de candidatura ao programa PO ISE, manteve como estratégia o recurso a formadores internos da Instituição, recorrendo apenas a formadores externos quando internamente não existia capacidade formadora na área em questão.

2. Políticas prosseguidas com vista a garantir a eficiência económica, financeira, social e ambiental e a salvaguardar normas de qualidade.

2.1 Política de Gestão Partilhada assente nos seguintes pilares:

- a) Planeamento anual assente numa metodologia de construção partilhada, pressupondo a divulgação de orientações estratégicas pelo Conselho de Administração e a participação dos níveis intermédios de gestão, no respeito pelas linhas orientadoras definidas pela Tutela;
- b) Ciclo de planeamento desenvolvido em reuniões internas de contratualização com as Clínicas, Departamentos, Serviços Transversais e as Diferentes Direções, tendo em vista a definição de níveis de produção a realizar, indicadores de acesso, qualidade e eficiência a observar;
- c) Monitorização da atividade clínica realizada, através da possibilidade de consulta de plataforma de *business intelligence*, com diferentes níveis de acesso em função das responsabilidades atribuídas ao profissional;

d) Participação em programa de benchmarking de indicadores clínicos que promovem a supervisão ao nível da qualidade assistencial, eficiência e produtividade face a instituições similares.

2.2 Política de Gestão da Qualidade e Estratégia de Concretização

A Política de Gestão da Qualidade configura para o CHUSA o compromisso de cumprir e fazer cumprir uma estratégia de concretização das diversas vertentes da política da qualidade através, nomeadamente:

I. Da definição de uma Missão, Visão e Valores partilhados e assimilados por todo o centro hospitalar, que promovem uma cultura que favorece a excelência de resultados em saúde, a orientação para os doentes, o respeito pelas pessoas, a responsabilidade e ética, a abertura ao debate, o trabalho em equipa e ações de melhoria contínua.

II. Do estabelecimento de uma Estratégia da Qualidade que considera as prioridades definidas e a necessidade de desenvolver o sistema de gestão da qualidade, assente particularmente:

1. cumprimento dos standards internacionais de qualidade organizacional (acreditação, certificação) assim como das leis, regulamentos e normas vigentes nas áreas da saúde e da qualidade;
2. Na procura da melhoria contínua da qualidade e da redução do desperdício, através:

- i. de projetos que melhorem os recursos, os processos e os resultados,
- ii. da fixação de objetivos de qualidade para todos os serviços,
- iii. da análise de indicadores de qualidade e comparação com os melhores desempenhos, nacionais e internacionais,
- iv. da avaliação e controlo do desempenho e da melhoria da prestação de contas no âmbito da instituição;

3. Na definição e cumprimento de normas de boa prática clínica, com sistemática auditoria clínica e revisão de utilização;

4. Na prevenção e minimização de riscos, clínicos e não clínicos, de modo a evitar eventos adversos e acidentes, assegurando um ambiente seguro para os doentes e profissionais;

5. Na formação e desenvolvimento, de profissionais e gestores, no desenvolvimento de competências comportamentais e da liderança eficaz, na gestão do stress e bem-estar profissional, na melhoria contínua da qualidade, na gestão e promoção do trabalho em equipa nos cuidados de saúde e na consolidação da humanização dos cuidados, com particular enfoque nos doentes mais vulneráveis.

6. Na implementação de programas de melhoria dirigidos aos profissionais pela saúde ocupacional, para prevenção da doença e promoção da saúde, análise e correção de fatores de insatisfação, com base em inquéritos estruturados a realizar periodicamente.

III. Da definição pelo Conselho de Administração das prioridades de atuação no âmbito da qualidade, designadamente na melhoria da efetividade clínica, segurança das pessoas, melhoria do atendimento e dos serviços prestados;

IV. Do estabelecimento de uma estrutura organizacional que integra Grupos Temáticos com autonomia, Comissões nas áreas fundamentais e um Departamento da Qualidade, com o papel de dinamização, apoio e facilitação do cumprimento dos objetivos da qualidade e com a missão, funções e composição que se encontram enunciadas no Regulamento Interno.

V. Do reconhecimento Externo da Qualidade Clínica e Organizacional: O grau de cumprimento da estratégia da qualidade apresentada pode ser demonstrado pelo reconhecimento externo da mesma por entidades independentes, onde devem destacar-se:

1. A Excelência Clínica – Prémio TOP 5 Excelência dos Hospitais atribuído ao CHUSA em 6 anos consecutivos: 2014, 2015, 2016, 2017, 2018 e 2019 (<http://www.iasist.pt>). Não houve atribuição de Prémio após esta data.

2. SINAS – Participação no Sistema Nacional de Avaliação em Saúde promovido pela Entidade Reguladora da Saúde - A ERS interrompeu o SINAS, no final do ano de 2022.

No início de 2023 o CHUdSA participou na apresentação do novo modelo de avaliação em desenvolvimento pela ERS.

Com a experiência adquirida no SINAS, a ERS pretende criar um sistema de avaliação dos estabelecimentos de saúde a que designaram - Modelo de supervisão pelo risco e sistema nacional de classificação de estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde (SAM4). Este sistema, ao contrário do SINAS, será de carácter obrigatório.

No seguimento da apresentação do novo sistema de avaliação, e em resposta ao pedido da ERS de entidades voluntárias disponíveis para participar no projeto piloto da fase de recolha de informação in loco, apresentámos uma candidatura espontânea que foi aceite pela ERS.

3. Manutenção do investimento nos trabalhos para obtenção da Acreditação Internacional pelo CHKS dos 16 Centros de Referência atribuídos ao CHUSA (Despacho nº11297/2015 de 8 de outubro; Despacho nº3653/2016 de 11 de março; Despacho nº 9414/2016 de 22 de julho; Despacho nº 6669/2017 de 2 de julho):

- i.** Centro de Referência da Paramiloidose Familiar;
- ii.** Centro de Referência do Cancro do Esófago;
- iii.** Centro de Referência do Cancro do Testículo;
- iv.** Centro de Referência do Transplante Renal de Adulto;
- v.** Centro de Referência do Transplante de Pâncreas;
- vi.** Centro de Referência do Cancro do Reto;
- vii.** Centro de Referência dos Sarcomas das Partes Moles e Ossos;
- viii.** Centro de Referência das Coagulopatias Congénitas;
- ix.** Centro de Referência das Doenças Hereditárias do Metabolismo;
- x.** Centro de Referência da Epilepsia Refratária;
- xi.** Centro de Referência da Fibrose Quística;
- xii.** Centro de Referência de Neurorradiologia de Intervenção na Doença Cerebrovascular;
- xiii.** Centro de Referência do Cancro Hepatobiliopancreático;
- xiv.** Centro de Referência do Transplante Renal Pediátrico;
- xv.** Centro de Referência do Transplante Hepático
- xvi.** Centro de Referência dos Implantes Cocleares.

4. Rede de Referência Europeia

Consolidação dos Centros já incluídos na Rede Europeia:

- i.** ERN-RITA Imunodeficiências primárias, Unidade de Imunologia Clínica da Clínica de Medicina;
- ii.** ERN-RITA Doenças autoinflamatórias e autoimunitárias, Unidade de Imunologia Clínica da Clínica de Medicina;
- iii.** ERN-EURO-NMD Doenças neuromusculares, Unidade Corino de Andrade e Serviço de Neurofisiologia;
- iv.** ERN-EURO-NMD Doenças neuromusculares raras, Unidade Funcional de Doenças Neuromusculares – pediátricas e de adultos;
- v.** ERN-LUNG Doenças respiratórias pediátricas e de adultos, Unidade de Pneumologia CMIN e Unidade de Doença Vascular Pulmonar da Clínica de Medicina;
- vi.** ERN-ERNICA Doenças hereditárias e congénitas (Malformações do trato digestivo-diafragma e parede abdominal), Gastrenterologia e Cirurgia Pediátricas;
- vii.** ERN-ReCONNET Doenças músculo-esqueléticas e do tecido conjuntivo, Unidade de Imunologia Clínica da Clínica de Medicina;
- viii.** ERKNet Doenças renais raras, Nefrologia Pediátrica e Serviço de Nefrologia adultos;
- ix.** EurobloodNet Doenças hematológicas, Serviço de Hematologia Clínica;
- x.** ERN TRANSPLANT – CHILD, transplantes pediátricos de órgãos sólidos e células estaminais hematopoéticas;
- xi.** EpiCare, Diagnóstico e tratamento de epilepsias raras e complexas;
- xii.** ERN – EURACAN, diagnóstico, tratamento e prestação de cuidados de saúde aos doentes adultos com tumores sólidos;

5. Manutenção do investimento nos trabalhos para obtenção da Acreditação Internacional pelo CHKS às Unidades Hospital de Santo António, Centro Materno-Infantil do Norte e Hospital Magalhães Lemos.

Este modelo de Acreditação não prevê graus parciais de cumprimento como resultado final. A entidade tem o grau de acreditação somente se cumprir 100% dos critérios obrigatórios. A implementação desta metodologia de Acreditação no Hospital de Santo António e no Hospital Magalhães Lemos - cujo início remonta a 2001 – evoluiu após 2018 para um desafio muito mais ambicioso: alargar a implementação da metodologia e o âmbito da Acreditação Internacional ao Centro Materno Infantil do Norte e aos 16 Centros de Referência reconhecidos por Despachos dos Senhores Ministros da Saúde ao CHUSA.

Na sequência da fusão do CHUPorto com o Hospital Magalhães Lemos a ambição em termos de Acreditação Internacional tornou-se maior, dada a natureza específica das normas aplicáveis em Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental, atentas as necessidades especiais dos seus doentes, assim como os riscos associados a estabelecimentos com aquela vocação.

Concretizada a relação contratual para todo o universo CHUSA, prevê-se que a auditoria externa internacional ocorra em fevereiro de 2025.

6. Mantiveram a Certificação ISO 11 Serviços, em ciclos de renovação iniciados em 2021 e 2022:

- i.** Serviços Farmacêuticos;
- ii.** Programa de transplante de córnea;
- iii.** Serviço de Hematologia Clínica;
- iv.** Serviço de Microbiologia;
- v.** Centro de Procriação Medicamente Assistida;
- vi.** Unidade de Esterilização Central;
- vii.** Serviço de Logística;
- viii.** Serviço de Hospital de Dia Polivalente
- ix.** Serviço de Urgência;
- x.** Serviço de Nefrologia
- xi.** Laboratório Centralizado (CORELAB)

Manteve a Certificação ISO 13485:2017 (Dispositivos Médicos) a Unidade de Esterilização Central.

7. Ocorreu a interrupção da Certificação ISO 22000:2018 (Segurança Alimentar). Por decisão da Unidade, foi suspensa a Certificação no âmbito da Segurança Alimentar da Unidade de Alimentação, cuja caducidade ocorreu em julho de 2023. Correspondendo a um desejo antigo do Serviço de Saúde Ocupacional, e uma vez consolidada a colaboração de uma Psicóloga cujo principal enfoque é de melhorar a saúde no trabalho de todos os profissionais do CHUSA, o ano 2023 foi rico em iniciativas de várias ordens.

O Gabinete de Psicologia garante apoio psicológico a profissionais do CHUSA, realizando consultas de Psicologia, tanto por referência dos médicos do trabalho que identificam essa necessidade nos profissionais que acompanham, estando igualmente disponível para situações de auto-referenciação.

Para além da atividade de consulta, tem desenvolvido iniciativas de sensibilização para a importância da saúde no trabalho, gestão do stress, prevenção de comportamentos desviantes, de entre as quais se destacam:

- i.** Organização da Palestra “Inteligência Emocional e Gestão de Conflitos”;
- ii.** Organização da palestra “COMO SER + FELIZ?” Realizada no dia 10 de maio de 2023 em alusão ao Dia Internacional de Felicidade;
- iii.** Organização da atividade “Dançar pelo Bem Estar” em horário pós-laboral, sábado 18 de novembro, evento alusivo ao dia mundial da Saúde Mental;
- iv.** Organização da Campanha “COMO TE SENTES” A ser divulgada online no dia 4 de setembro - Dia Nacional do Psicólogo, com apelo à importância das emoções e divulgação da disponibilidade da consulta de Psicologia;
- v.** Organização da campanha de Prevenção do Consumo Problemático de Álcool, com divulgação online (Email Divulgação e Portal Interno) no dia 15 de junho, no dia 13 de julho e no dia 10 de agosto, bem como pela afixação de cartazes A3 nos expositores junto aos pontógrafos, entre 15 de junho ao dia 31 de agosto.

3. Forma de cumprimento dos princípios inerentes a uma adequada gestão empresarial:

a) Definição de uma política de responsabilidade social e de desenvolvimento sustentável e dos termos do serviço público prestado, designadamente no âmbito da proteção dos consumidores (vd. artigo 49.º do RJSPE);

A política de responsabilidade social e de desenvolvimento sustentável do CHUSA encontra-se radicada no seu Regulamento Interno, documento estruturante e orientador da sua ação, através da sua definição de Missão: *“O Santo António tem uma missão hospitalar ampla, da assistência corrente à de alta diferenciação científica, das doenças prevalentes na comunidade às patologias complexas, integrando-as com o ensino, a investigação, a formação e o desenvolvimento humano, em compromisso solidário com o sistema nacional de saúde. (...) Visa consolidar-se como um centro de inovação, reconhecido pela sociedade, desenvolvendo-se de acordo com modelos dinâmicos, criativos, competitivos e comprometidos com princípios de sustentabilidade global e cidadania, assentes em integridade e transparência, culminando em benefícios para as pessoas.”*

Também os valores pelos quais o CHUSA se orienta na sua atividade traduzem as preocupações do artigo 49.º do RJSPE:

- a)** Empatia e Inclusão;
- b)** Integridade;
- c)** Compromisso;
- d)** Interdisciplinaridade;
- e)** Qualidade;
- f)** Proficiência e Reconhecimento.

A Missão e Valores que se acaba de transcrever encontram eco no Código de Ética de CHUSA, que configura um referencial para a ação/ atuação, atitudes e comportamentos de todos os profissionais.

No que respeita, particularmente, à proteção dos consumidores, o CHUSA dá cumprimento ao estabelecido na Lei n.º 15/2014, de 21 de março – Direitos e deveres do utente dos serviços de saúde, e na Base 2 da Lei de Bases da Saúde, através da transposição para procedimento interno - PG.DQ.GER.003 - Direitos e Deveres do Utente dos Serviços de Saúde - dos seus princípios e normas.

O conhecimento dos direitos e deveres pelo utente e pelos utilizadores dos serviços de saúde contribui para a melhoria progressiva dos Cuidados e dos Serviços, entendendo-se que utentes exigentes promovem cuidados de excelência. Este procedimento representa, assim, mais um passo no caminho da dignificação dos utentes, do pleno respeito pela sua particular condição e da humanização dos cuidados de saúde, caminho que os utentes, os profissionais e a comunidade devem percorrer lado a lado.

Neste âmbito, foi criado um conjunto de ferramentas e circuitos através dos quais se pretende assegurar a distribuição e a acessibilidade desta informação aos utentes, crianças hospitalizadas, visitas e acompanhantes, nomeadamente:

A. Manual de Acolhimento – Este manual é distribuído pelo Enfermeiro, preferencialmente, no momento de admissão, a todos os utentes adultos internados com o objetivo de fornecer informações globais sobre o CHUSA;

B. Cartazes - São colocados de forma bem visível e em destaque na entrada dos Serviços e Unidades do CHUSA, bem como nos locais onde haja acesso de utentes, visitas e acompanhantes como, por exemplo, Consultas Externas, Urgências, Blocos Operatórios;

C. Panfleto com Direitos da Criança Hospitalizada – É distribuído de forma sistemática a todas as crianças hospitalizadas, seus acompanhantes ou responsáveis. O exemplar é disponibilizado pelo Enfermeiro, preferencialmente, no momento da admissão, no caso de internamento. Em situação de Consulta Externa/ Urgência, o panfleto encontra-se disponível nas áreas de espera. Alguns exemplares podem ainda encontrar-se disponíveis nos serviços, em locais de fácil acesso.

D. Meios audiovisuais – Disponibilização de informação sobre os direitos e deveres dos utentes, visitas, acompanhantes e crianças hospitalizadas através de televisores instalados nas salas de espera ou zonas comuns, com seleção de conteúdos dirigidos e disponibilizados através da Corporate TV.

E. Questionários de avaliação da satisfação - questionário que pode ser disponibilizado em papel ou através de um meio eletrónico para preenchimento. Um questionário de avaliação do grau de satisfação tem diferentes tipos de perguntas/dimensões cuja análise estatística é feita com três objetivos:

1. Fazer uma medição dos níveis de satisfação geral, das dimensões e dos respetivos atributos de satisfação;
2. Diagnosticar e determinar quais os atributos e dimensões que explicam os níveis de satisfação encontrados;
3. Contribuir para o processo de melhoria contínua da prestação de cuidados.

F. Em 2023 promoveu-se o desenvolvimento de novas funcionalidades na APP móvel Santo António, que pode ser instalada no telemóvel dos utentes, onde os mesmos recebem toda a informação relacionada com os seus tratamentos como podem:

- a. Fazer sugestões, reclamações e elogios;
- b. Obter informação sobre o CHUSA e locais de atividade com recurso a solução de georreferenciação;
- c. Receber informações sobre agendamento de consultas e interações para alteração de datas das mesmas;
- d. Ser notificado do agendamento de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica;
- e. Obter informações sobre o Serviço de Urgência, Internamento e Hospital de Dia Polivalente;
- f. Ter acesso informação relativa a direitos e deveres do utente;
- g. Formular pedidos de acesso à informação clínica, pedidos de atestado multiusos para doentes oncológicos e pedidos de certificados de óbito;
- h. Consultar informações sobre visitas;
- i. Obter notícias relativas ao CHUSA;
- j. Consultar histórico de episódios;
- k. Consultar dívida de taxas moderadoras e solicitar código MB para pagamento das mesmas;
- l. Aceder ao histórico de dádivas de sangue;
- m. Associar filhos menores de 12 anos, para melhor acompanhar e gerir os seus processos de tratamento e acesso a cuidados de saúde;

n. Agendar o levantamento de medicamentos na Farmácia Hospitalar;

o. Manter-se informado sobre o circuito de familiares ou relativos que se encontrem em tratamento no Serviço de Urgência;

p. Receber notificações sobre alterações de funcionamento ou matérias de interesse do doente.

Outras funcionalidades estão em desenvolvimento, sempre visando a melhoria do acesso à informação e a facilitação da comunicação entre utente e CHUSA.

G. Comunicação - O empenho do CHUSA e dos seus profissionais na disponibilização de um atendimento de excelência mobilizou uma equipa de projeto para a transformação do modelo de atendimento telefónico tradicional, que importava insatisfação formalmente reportada pelos utentes e milhares de telefonemas que não eram atendidos, obrigando o utente a várias tentativas de contacto. Através de um sistema automático de atendimento o utente pode, em tempo real, deixar uma mensagem com a sua questão.

O novo mecanismo recorre à inteligência artificial, para converter a mensagem de voz deixada pelos utentes num texto escrito, remetido automaticamente para um email institucional. O utente é, posteriormente, contactado por um colaborador com a solução da sua questão – segurança e eficácia.

O assistente virtual utiliza tecnologia de Voicebot com recurso a Machine Learning, processamento de linguagem natural e Data Mining sendo capaz de aprender e evoluir ao longo do tempo.

Este sistema de atendimento telefónico, que combina uma solução de inteligência artificial com a tecnologia IVR (interactive voice response) e permite evitar filas de espera e perda de chamadas, já que é capaz de atender um número ilimitado de chamadas em simultâneo e registar em texto todas as mensagens de voz deixadas pelos utentes. Desta forma garante-se a resposta da forma mais automática e rápida possível àquelas que são as intenções mais comuns de contacto.

Acessibilidade:

Na vertente acessibilidade, atributo essencial da qualidade dos serviços prestados ao consumidor de cuidados de saúde, estão implementados mecanismos de monitorização e controlo do acesso, pela Unidade Local de Gestão do Acesso – ULGA, pela Direção da Consulta Externa e pela Direção do Departamento de Cirurgia. Estas entidades monitorizam – e estimulam o cumprimento – dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG) estabelecidos na Lei e na Carta de Direitos do Doente, em função da prioridade clínica que lhes está atribuída: normal, prioritário ou muito prioritário.

Grupos vulneráveis:

É de realçar a preocupação institucional com os grupos vulneráveis da população e com a pessoa idosa.

Neste âmbito existe na instituição a Equipa de Prevenção de Violência em Adultos –EPVA – e está institucionalizada formação de sensibilização e transmissão de competências de intervenção e monitorização junto deste grupo vulnerável.

No outro grupo de particular vulnerabilidade – a criança – existe o Núcleo de Ação e Saúde para Crianças e Jovens em Risco, que atua no âmbito do sistema de proteção legalmente instituído.

No âmbito do Plano de Ação Nacional da Violência no Setor da Saúde (PAPVSS) com enquadramento no Despacho n.º 1/2020, de 30 de janeiro de 2020, foi nomeado um grupo de trabalho para implementar as orientações definidas pelo Grupo Operativo Regional. Esta iniciativa visa a adoção de boas práticas no setor da saúde promovendo relações saudáveis e prevenindo situações de violência interpessoal. Neste âmbito foi desenvolvido um Plano de Prevenção da Criminalidade que define as estratégias para a minimização dos riscos intrínsecos a eventuais atos de criminalidade, no qual se incluem, entre outros, a prevenção e deteção de atos de violência verbal e/ou física sobre os profissionais de saúde em particular no serviço de urgência.

Políticas Institucionais dirigidas às necessidades do Consumidor/ Doente/ Utente:

Para além das iniciativas elencadas, há um conjunto estruturado de procedimentos de aplicação transversal e obrigatória, que ilustram a preocupação com o consumidor de cuidados de saúde, com a forma como é organizada a sua passagem pelo CHUSA, seja em regime de internamento ou em ambulatório, tenha a condição de doente crónico, agudo ou crítico, dos quais é oportuno salientar:

1. Política de admissão;
2. Identificação do utente;
3. Política de transferência de doentes;
4. Política de alta;
5. Política de acompanhamento do doente terminal;
6. Política para lidar com a morte;
7. Estratégia de comunicação (que inclui doentes e familiares, assim como associações de utentes);
8. Gestão das reclamações, sugestões, elogios/ louvores.

O último item mencionado, constitui um passo adiante, na medida em que, sem prejuízo do escrupuloso cumprimento do regime instituído pelo Decreto-Lei n.º 126/2014 de 22 de agosto, e pelo Regulamento ERS n.º 65/2015 assegurado pelo Gabinete do Cidadão do CHUSA, que garante ao consumidor a possibilidade de reclamar – ser ouvido – e o direito a uma resposta, estimula-se o estabelecimento de uma relação de parceria com o utente ou seu acompanhante, convidando-os a participar na melhoria contínua dos serviços prestados através da apresentação de sugestões, e a reconhecer a ação dos serviços, equipas ou profissionais como indutor de excelência.

Adicionalmente, o CHUSA prossegue objetivos de responsabilidade social, designadamente no que aos clientes internos diz respeito, particularmente em matéria de transparência, quando torna acessível às partes interessadas todas as informações sobre questões que as afetam e procurando, em tempo útil, prestar os esclarecimentos solicitados. Neste contexto, encontram-se os processos de seleção e recrutamento, de processamento de abonos sociais e remunerações, da formação profissional, sempre sem discriminação de género, raça, idade, orientação sexual ou religiosa.

É de salientar que a Casa de Pessoal do CHUSA, está esteada nos seus sócios, mas também, de forma efetiva, na administração da instituição. As atividades por aquelas desenvolvidas contam com as instalações e logística do CHUSA e constituem fator motivacional dos seus profissionais e de união, já que os profissionais aposentados nela também participam.

b) Definição de políticas adotadas para a promoção da proteção ambiental e do respeito por princípios de legalidade e ética empresarial, assim como as regras implementadas tendo em vista o desenvolvimento sustentável (vd. artigo 49.º do RJSPE);

O CHUdSA tem implementado medidas de sustentabilidade ambiental de diversa natureza, de entre as quais se destacam:

No que diz respeito à eletrotecnia temos as seguintes medidas em execução:

- Política de redução de consumos energéticos e proteção ambiental, pela substituição sistemática da iluminação tradicional por iluminação com tecnologia LED; (Temos cerca de 80% da iluminação do CHU Porto com tecnologia LED) exceto o CMIN que por ser um edifício recente ainda não foi intervencionado.
- Política de redução de consumos energéticos e proteção ambiental, pela implementação de controlo automático da iluminação;
- O controlo automático da iluminação é feito através da GTC em algumas áreas do CMIN.
- Política de redução de consumos energéticos e proteção ambiental, pela substituição de componentes eletrónicos nos equipamentos de progressão vertical;
- Nos equipamentos de progressão vertical temos 30% das instalações com variação de velocidade eletrónica e recuperação de energia nos 5 elevadores do núcleo central do Ed Dr. Luís de Carvalho

Na parte de AVAC:

Política de redução de consumos energéticos e proteção ambiental, pela renovação gradual de sistemas e de equipamentos de AVAC (aquecimento, ventilação e ar condicionado), nomeadamente chillers, uta's, ventiloconvetores, etc.

Análises regulares da qualidade da água para consumo, no sentido de deteção precoce de anomalias que possam comprometer o ambiente e a segurança dos ocupantes do edifício, com periodicidade mensal; Avaliações periódicas da qualidade do ar interior, com o intuito da deteção precoce de poluentes no ar interior dos edifícios e carências na renovação do ar novo nos espaços, que possam comprometer o ambiente e a segurança dos ocupantes do edifício, com periodicidade semestral;

Na parte de água e resíduos:

- Utilização permanente de estações de tratamento de águas residuais, no sentido de garantir a mais eficaz e segura proteção ambiental, no que respeita a efluentes líquidos, no qual se inclui a adoção de sistema gerador de ozono para eliminação de substâncias orgânicas produtoras de odores e destruição de bactérias e vírus presentes no ar, com ETAR's no HSA e CMIN;

- Contratualização de recolha e tratamento de resíduos sólidos, no sentido de garantir a mais eficaz e segura proteção ambiental, nomeadamente, no que diz respeito a resíduos hospitalares perigosos, com a empresa SUCH.
- Utilização permanente de caldeiras a gás natural para aquecimento de águas e produção de vapor, que garante menores emissões gasosas de poluentes para a atmosfera;
- Contratualização de recolha e tratamento de resíduos sólidos, no sentido de garantir a mais eficaz e segura proteção ambiental, nomeadamente, no que diz respeito a resíduos hospitalares perigosos.

O CHUPorto investiu e continua a investir na proteção ambiental quando encetou e tem em desenvolvimento processos de desmaterialização de documentos, utilizando ferramentas que permitem a circulação e arquivo virtual da documentação (na Conferência do Clima, realizada em Paris, em dezembro de 2015, a digitalização foi também apontada como um dos elementos de transição para um mundo com baixa emissão de carbono).

c) Adoção de planos de igualdade tendentes a alcançar uma efetiva igualdade de tratamento e de oportunidades entre homens e mulheres, a eliminar discriminações e a permitir a conciliação entre a vida pessoal, familiar e profissional (vd. n.º 2 do artigo 50.º do RJSPE);

Nos termos da legislação em vigor n.º 2 do artigo 50.º do RJSPE, as empresas públicas estão obrigadas a adotar planos de igualdade que promovam uma efetiva igualdade de tratamento e de oportunidades entre homens e mulheres, que eliminem discriminações e que permitam a conciliação entre a vida pessoal, familiar e profissional.

O plano de ação para a igualdade de género e não discriminação, encontra-se disponível para consulta na seguinte hiperligação:

https://www.chporto.pt/documentos/Instituicao/Plano_igualdade_de_genero/PLANO_ACAO_IGUALDADE_GENERO_2023.pdf

d) Referência a medidas concretas no que respeita ao Princípio da Igualdade do Género, conforme estabelecido no n.º 1 da Resolução do Conselho de Ministros n.º 19/2012, de 23 de fevereiro e à elaboração do relatório a que se refere o n.º 2 da Resolução do Conselho de Ministros n.º 18/2014, de 7 de março;

As medidas concretas em relação ao Princípio de Igualdade de Género são integralmente respaldadas pela Constituição da República Portuguesa, sendo igualmente reforçadas pela obrigação legal de assegurar a transparência nos processos de recrutamento, com a finalidade de eliminar qualquer forma de discriminação de género. Em estrita consonância com a alínea H) do artigo 9.2 da Constituição da República Portuguesa, o Centro Hospitalar Universitário de Santo António, na sua qualidade de entidade empregadora, empenha-se ativamente na promoção de uma política de igualdade de oportunidades entre homens e mulheres no acesso ao emprego e no desenvolvimento profissional.

Esta entidade, com zelo e dedicação, empenha-se na prevenção de qualquer forma de discriminação, estendendo esse compromisso não apenas aos processos de recrutamento, mas também abrangendo as áreas de promoções, remunerações e nomeações para cargos de liderança. No que diz respeito ao acesso a cargos de direção/chefia, a distribuição é equitativa entre homens e mulheres, conforme evidenciado no quadro abaixo:

Funções Chefia	
Homens	Mulheres
42%	58%

Do estudo das remunerações pagas por género verifica-se uma diferença com algum significado, quando analisados os abonos processados em dezembro/2023. Esta disparidade é justificada pela maior disponibilidade do sexo masculino para a realização de trabalho extraordinário, sobretudo noturno, o que mais não reflete as características culturais em que nos inserimos. O Centro Hospitalar Universitário de Santo António deu cumprimento ao n.º 2 da Resolução de Conselho de Ministros 18/2014, de 7 de março.

Abonos totais de dezembro 2023	
Homens	Mulheres
2.974,22€	2.290,97€

O Centro Hospitalar Universitário de Santo António apresentou o plano de ação para a igualdade de género e não discriminação, a que nos referimos na alínea anterior, tem como principais objetivos:

- Garantir o princípio da igualdade entre mulheres e homens nas condições de trabalho,
- Promover a conciliação da vida profissional com a vida familiar e pessoal dos(as) colaboradores(as)
- Assegurar o princípio da igualdade entre mulheres e homens na proteção na parentalidade
- Assegurar a todos os trabalhadores e trabalhadoras sessões de formação sobre a temática da igualdade entre mulheres e homens.

Nos termos do n.º 2 da Resolução do Conselho de Ministros n.º 18/2014, de 07 de Março foi elaborado o relatório sobre as remunerações pagas a mulheres e homens, o qual se encontra aprovado pelo Conselho de Administração, divulgado internamente e disponibilizado no site institucional do CHUdSA em <https://www.chporto.pt/vOBOVOD/relatorio-sobre-remuneracoes-pagas>

O relatório publicado no site da ULSSA foi aprovado pelo Conselho de Administração em 2021. O do próximo triénio já está a ser elaborado.

e) Identificação das políticas de recursos humanos definidas pela empresa, as quais devem ser orientadas para a valorização do indivíduo, para o fortalecimento da motivação e para o estímulo do aumento da produtividade, tratando com respeito e integridade os seus trabalhadores e contribuindo ativamente para a sua valorização profissional (vd. n.º 1 do artigo 50.º do RJSPE);

Novas metodologias de trabalho

Em 2023, foram incluídos novos temas na oferta formativa incluindo ações sobre sustentabilidade ambiental e transformação digital na saúde.

Valorização curricular

O que respeita às temáticas da formação institucional, foi incrementado a inovação e a necessidade institucional (tabela abaixo).

Área temática	Cursos	Ações	Formandos
Emergência médica interna	10	75	846
Doente crítico e emergente	6	6	104
Qualidade assistencial	33	86	1502
Gestão do risco e segurança	13	63	1668
Competências relacionais	5	35	435
Gestão	5	13	544
Sustentabilidade e Digitalização	2	5	177
Tecnologias de Informação e comunicação	2	2	19
Totais	76	285	5295

Na área de competências relacionais o CHUdSA proporcionou cursos com as seguintes temáticas:

- Gestão de stress;
- Gestão de competências pessoais, sociais e comportamentais.

Todos os grupos profissionais participaram em ações de formação planeada, conforme se descreve na tabela abaixo.

Grupo profissional	Nº de participantes	Nº de presenças
Assistente Operacional	383	473
Assistente Técnico	258	530
Dirigentes	34	150
Enfermeiros	1189	2970
Farmacêuticos	16	41
Informáticos	5	6
Médicos	321	520
Técnicos Superiores	61	142
Técnico Superior de Saúde	18	36
Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica	131	286
Outros	109	141
Totais	2525	5295

O CHUdSA contribuiu ativamente para a valorização de quarenta e dois dos seus profissionais atribuindo bolsas individuais para diferenciação curricular num total de 30.000,00€.

Em 2023 manteve-se o incentivo à produtividade científica e ao mérito nos campos formativos, de ensino e de investigação dos Serviços e dos investigadores com atribuição dos “Prémios Sollari Allegro” para os Serviços e investigadores (4.000€ para os Serviços e 6.000€ para trabalhos de doutoramento).

O estímulo à investigação foi proporcionado através de bolsas específicas para projetos e trabalhos de doutoramento. A atribuição destas bolsas é realizada por análise de mérito científico avaliado por uma comissão independente. Manteve-se a distribuição das verbas com um total atribuído de 20.000,00€ para projetos de investigação e 10.000,00 € para trabalhos de doutoramento tendo sido entregue 1.250€ para projetos de investigação e 25.000€ para trabalhos de doutoramento. O encargo total do Fundo para a Investigação e Desenvolvimento totalizou em 2023 o investimento de 66.250€.

A concretização de projetos académicos foi também proporcionada com a atribuição de equiparações a bolseiro, quer a nível de 2º como de 3º ciclos de estudos.

f) Informação sobre a política de responsabilidade económica, com referência aos moldes em que foi salvaguardada a competitividade da empresa, designadamente pela via de investigação, inovação, desenvolvimento e da integração de novas tecnologias no processo produtivo (vd. n.º 1 do artigo 45.º do RJSPE). Referência ao plano de ação para o futuro e a medidas de criação de valor para o acionista (aumento da produtividade, orientação para o cliente, redução da exposição a riscos decorrentes dos impactes ambientais, económicos e sociais das atividades, etc.).

O CHUdSA salvaguarda a competitividade científica e tecnológica nos seus campos de competência naturais, através de investigação, inovação e desenvolvimento nas áreas da Medicina Clínica, da Medicina Básica e das Ciências da Saúde, em conformidade com a nomenclatura Fields of Science da OCDE.

O Departamento de Ensino, Formação (DEFI), o Centro Académico Clínico e a Direção de Inovação e Projetos são as estruturas de suporte, dinamização e incentivo de projetos académicos, de ensaios clínicos e de projetos científicos de enquadramento nacional e europeu. Através destes Serviços foram implementadas as medidas abaixo descritas.

Estímulo da investigação:

- Nas áreas das Redes Europeias;
- Apoio a candidaturas da linha de financiamento FCT;
- Apoio a candidaturas financiadas por Fundos Europeus;
- Acompanhamento científico dos projetos;
- Comunicação científica externa e interna otimizadas;

Medidas para aumento da organização e produtividade científicas:

- Fomentar os trabalhos académicos a nível do 3º ciclo de estudos, mantendo o protocolo com o ICBAS, Universidade do Porto; em 2023 setenta e sete profissionais do CHUdSA desenvolveram trabalhos de doutoramento no ICBAS;
- Participação ativa na rede nacional para a investigação clínica através do consórcio Portuguese Clinical Research Infrastructures Network (PtCRIN) e manter-se como membro da European Clinical Research Infrastructures Network (ECRIN) com financiamento da FCT;
- Participação ativa na investigação aplicada à área Pediátrica através da rede STAND4Kids;
- Aplicação intramuros das verbas que provêm de estudos de investigação (ensaios clínicos, estudos observacionais, estudos com dispositivos médicos) possibilitando gerar mais inovação através de bolsas de investigação e estudos clínicos;
- Registos da produtividade científica – indicadores para os profissionais.
- Porto4Ageing, parceria que reúne mais de 90 organizações, a maioria estabelecida dentro da Área Metropolitana do Porto, na Região Norte de Portugal. A parceria envolve Decisores/Prestadores de Cuidados; Empresas/Indústria; Academia/Investigação e Sociedade Civil/Utilizadores.
- Associação com o i3S, Instituto de Investigação em Saúde. Os principais projetos conjuntos foram desenvolvidos em Neurociências.

Investigação clínica aplicada

- A nível de investigação aplicada, em 2023 estiveram em execução 152 ensaios clínicos e foram submetidos 283 estudos clínicos.



AVALIAÇÃO DO GOVERNO SOCIETÁRIO

1. Menção à disponibilização em SISEE ou SiRIEF da ata da reunião da Assembleia Geral, Deliberação Unânime por Escrito ou Despacho que contemple a aprovação dos documentos de prestação de contas (aí se incluindo o Relatório e Contas e o RGS) relativos ao exercício de 2022 por parte dos titulares da função acionista ou, caso não se tenha ainda verificado a sua aprovação, menção específica desse facto.

A função acionista nas empresas públicas do sector empresarial do Estado é exercida exclusivamente pelo membro do Governo responsável pela área das finanças, com faculdade de delegação, sem prejuízo da devida articulação com o membro do Governo responsável pelo respetivo sector de atividade. O exercício da função acionista no caso das entidades públicas empresariais processa-se por resolução do Conselho de Ministros ou por despacho do titular da função acionista (n.º 2 do artigo 37.º e n.º 1 artigo 39.º Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro).

No caso, a aprovação dos documentos de prestação de contas cabe aos membros do governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde. Os documentos em apreço, Relatório e Contas e Relatórios do Governo Societário de 2017, 2018, 2019, 2020 e 2021 foram em devido tempo colocados no SiRIEF para aí estarem disponíveis cumprindo a obrigação de divulgação.

Até à data não foi recebida a deliberação Unânime por Escrito ou Despacho que contemple a aprovação dos documentos de prestação de contas e do relatório de governo societário de 2017, 2018, 2019, 2020 e 2021. Deste modo, não é possível disponibilizar em SiRIEF o documento de aprovação de contas e do relatório de governo societário por parte dos titulares da função acionista do exercício de 2022.

2. Verificação do cumprimento das recomendações recebidas¹⁶ relativamente à estrutura e prática de governo societário (vd. artigo 54.º do RJSPE), através da identificação das medidas tomadas no âmbito dessas orientações. Para cada recomendação¹⁷ deverá ser incluída:

Relativamente à estrutura e prática de governo societário não foram recebidas recomendações.

O Relatório de Governo Societário do CHUdSA tem vindo a informar o cumprimento dos Princípios de Governo Societário de acordo com o disposto no artigo 54.º do Decreto-Lei n.º 133/2013 de 3 de outubro.

A estrutura de governo societário do CHUdSA está de acordo com o definido na Secção IV do Capítulo I nos artigos 30.º a 33.º do Decreto-Lei n.º 133/2013 de 3 de outubro e em termos das Práticas de Bom Governo, o CHUdSA tem cumprido o previsto na Secção II do Capítulo II do Decreto-Lei n.º 133/2013 de 3 de outubro.

a) Informação que permita aferir o cumprimento da recomendação ou remissão para o ponto do relatório onde a questão é desenvolvida (capítulo, subcapítulo, secção e página);

Na sequência do referido no ponto anterior esta informação não é aplicável.

b) Em caso de não cumprimento ou cumprimento parcial, justificação para essa ocorrência e identificação de eventual mecanismo alternativo adotado pela empresa para efeitos de prossecução do mesmo objetivo da recomendação.

Na sequência do referido no ponto anterior esta informação não é aplicável.

3. Outras informações: a empresa deverá fornecer quaisquer elementos ou informações adicionais que, não se encontrando vertidas nos pontos anteriores, sejam relevantes para a compreensão do modelo e das práticas de governo adotadas.

Não existem outras informações.

Porto, 29 de abril de 2024

O Conselho de Administração

Paulo Jorge Barbosa Carvalho - Presidente

Maria Beatriz da Silva Duarte Vieira Borges - Vogal Executiva

Rita Sofia da Silva Veloso - Vogal Executiva

José Fernando da Rocha Barros - Diretor Clínico para a Área dos Cuidados de Saúde Hospitalares

Alfredo Eduardo Argulho Alves - Enfermeiro Diretor

Ana Correia de Oliveira - Diretora Clínica para a Área dos Cuidados de Saúde Primários

¹⁶ Reporta-se também às recomendações que possam ter sido veiculadas a coberto de relatórios de análise da UTAM incidindo sobre Relatório de Governo Societário do exercício anterior.

¹⁷ A informação poderá ser apresentada sob a forma de tabela com um mínimo de quatro colunas: "Referência"; "Recomendação"; "Aferição do Cumprimento"; e "Justificação e mecanismos alternativos".



ANEXOS DO RGS

Como anexos ao relatório da empresa deverão ser incluídos pelo menos os seguintes documentos:

1. Relatório do órgão de fiscalização a que se refere o n.º 2 do artigo 54.º do RJSPE ou, no caso das empresas que não tenham órgão de fiscalização nomeado pela tutela, declaração dando conta desta situação.



RELATÓRIO E PARECER DO CONSELHO FISCAL SOBRE O RELATÓRIO DE GOVERNO SOCIETÁRIO DE 2023

Introdução

Com a publicação do Decreto-Lei nº 7-A/2023, de 30 de janeiro, o Centro Hospitalar Universitário do Porto, E.P.E. (CHUPorto), foi extinto, por fusão com o Hospital de Magalhães Lemos, E.P.E., sendo criada, com efeitos a 1 de fevereiro de 2023, uma nova entidade pública empresarial denominada Centro Hospitalar Universitário de Santo António, E.P.E. (CHUdSA). Através do Decreto-Lei nº 102/2023, de 7 de novembro, foram integrados no CHUdSA, os Agrupamentos de Centros de Saúde do Grande Porto II – Gondomar e do Grande Porto V – Porto Ocidental, passando entidade a denominar-se Unidade Local de Saúde de Santo António, E.P.E., (ULS SA) tendo esta alteração produzido efeitos a partir de 1 de janeiro de 2024.

Nessa sequência e em cumprimento do disposto no nº 2 do artigo 54º do Decreto-Lei nº 133/2013, de 3 de outubro, que aprovou o Regime Jurídico do Setor Público Empresarial, vimos apresentar o Relatório e Parecer do Conselho Fiscal sobre o Relatório de Governo Societário relativo ao período de onze meses findo em 31 de dezembro de 2023, emitido em 29 de abril de 2024, pelo Conselho de Administração da ULS SA.

Principais considerações

Da apreciação efetuada, concluímos que o Relatório de Governo Societário:

- Apresenta informação verdadeira e completa sobre as matérias referentes às práticas de bom governo constantes do Capítulo II do referido diploma legal, detalhando tais matérias de forma adequada às características da entidade.
- Encontra-se estruturado de acordo com o Manual emitido para o efeito pela UTAM – Unidade Técnica de Acompanhamento e Monitorização do Setor Público Empresarial do Estado (Ministério das Finanças).

Parecer

Face ao exposto, somos de parecer que o Relatório de Governo Societário relativo ao período de onze meses findo em 31 de dezembro de 2023, emitido e aprovado pelo Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde de Santo António, E.P.E., em 29 de abril de 2024, dá adequado cumprimento ao exigido no n.º 2 do art.º 54.º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro, pelo que poderá ser aprovado pelo acionista único da entidade.

Porto, 16 de maio de 2024

O Conselho Fiscal

Carla Manuela Serra Gerales

Presidente – Carla Manuela Serra Gerales



Maria das Dores Sousa e Silva

Vogal – Maria das Dores de Sousa e Silva

Manuel Pires de Matos

Vogal – Manuel Pires de Matos

Endereço/ Address: Largo do Professor Abel Salazar | 4099-001 PORTO, Portugal
Telef./ Phone: (00-351) 222077500 | secretaria.geral@chporto.min-saude.pt | www.chporto.pt

2. Demonstração não financeira relativa ao exercício de 2023: aplicável às empresas de interesse público que à data do encerramento do seu balanço excedam um número médio de 500 trabalhadores durante o exercício anual – cf. n.º 1 do mesmo artigo)¹⁶.

Deverá conter informação referente ao desempenho e evolução da sociedade quanto a questões ambientais, sociais e relativas aos trabalhadores, igualdade de género, não discriminação, respeito pelos direitos humanos, combate à corrupção e tentativas de suborno (vd. artigo 66.º-B do CSC).

Com a revogação da alínea l) do artigo 3º do regime Jurídico de Supervisão e Auditoria anexo à Lei n.º 148/2015, de 9 de setembro, pela Lei n.º 99-A/2021 de 31/12, o CHUdSA não está incluído na definição de Entidade de Interesse Público. Consequentemente não se lhe aplica o artigo 66º-B do Código das Sociedades Comerciais - segundo o qual as grandes empresas que sejam entidades de interesse público que à data de encerramento do seu balanço excedam um número médio de 500 trabalhadores durante o exercício anual, devem incluir no seu relatório de gestão uma demonstração não financeira.

Mesmo que assim não fosse, o CHUdSA estaria isento de elaborar a demonstração não financeira, uma vez que apresenta anualmente o Relatório de Governo Societário nos termos do Regime Jurídico do Setor Público Empresarial do Decreto lei n.º 133/2013 de 3 de outubro.

O Relatório de Governo Societário é apresentado separadamente do relatório de gestão, corresponde ao mesmo exercício anual e o conteúdo da informação deste Relatório de Governo Societário é em tudo coincidente com toda a informação da demonstração não financeira do n.º 2 do artigo 66.º-B do CSC.

¹⁶ O n.º 8 do artigo 66.º-B do CSC dispõe que "uma empresa que elabore um relatório separado do relatório de gestão, correspondente ao mesmo exercício anual, que inclua as informações exigidas para a demonstração não financeira previstas no n.º 2 e seja elaborado nos termos previstos nos n.ºs 3 a 6, fica isenta da obrigação de elaborar a demonstração não financeira prevista no n.º 1". Assim, caso a empresa pretenda ser dispensada da apresentação da demonstração não financeira, deve atestar que o RGS inclui toda a informação e cumpre todas as formalidades exigidas pela lei.



