

2017

RELATÓRIO DE GOVERNO SOCIETÁRIO







SÍNTESE (SUMÁRIO EXECUTIVO)

O Centro Hospitalar do Porto (CHP) é um hospital central e universitário pela sua associação ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto que visa a excelência em todas as suas atividades numa perspetiva global e integrada da saúde.

O CHP integra a Unidade Hospital de Santo António (Edifício Neoclássico, Edifício Dr. Luís de Carvalho, Edifícios das Consultas Externas, o pavilhão laboratorial, o centro de estudos de Immunodepuração, localizado nas instalações do Ex- CICAP e o Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório) a Unidade Maternidade Júlio Dinis, a Unidade Hospital Joaquim Urbano, o Serviço de Pedopsiquiatria com instalações no Hospital Magalhães Lemos, o Centro de Genética Médica e o Centro Materno Infantil do Norte (CMIN).

O CHP, EPE é uma pessoa coletiva de direito público de natureza empresarial, dotado de autonomia administrativa, financeira e patrimonial.

O CHP enquanto empresa pública e Entidade Pública Empresarial apresenta anualmente o relatório de boas práticas de governo societário (artigo 54º do Decreto-Lei nº 133/2013, de 3 de outubro, alterado pela Lei nº 75-A/2014, de 30 de setembro, e pela Lei nº 42/2016, de 28 de setembro).

O presente relatório foi elaborado a partir do modelo apresentado pela Unidade Técnica de Acompanhamento e Monitorização do Setor Público Empresarial (UTAM – Ministério das Finanças), no exercício das suas atribuições de avaliação do cumprimento do Regime Jurídico do Setor Público Empresarial, constante do ANEXO I do Manual para a elaboração do relatório de Governo societário 2017.

O Centro Hospitalar do Porto pertence ao Setor Público Empresarial e é uma Entidade Pública Empresarial (EPE) com Estatutos próprios, autonomia administrativa, financeira e patrimonial.

Com o objetivo de corresponder a toda a informação solicitada com a qualidade que o presente Relatório exige, foram envolvidos todos os serviços e órgãos intervenientes do CHP para a elaboração do Relatório de Governo Societário de 2017.

O documento permite aferir sobre o modelo de governação, dando a conhecer nomeadamente os princípios de bom governo adotados, a estrutura organizacional definida e instrumentos de gestão implementados e em vigor.

É com satisfação que temos vindo a desenvolver procedimentos e mecanismos determinantes para o estabelecimento de um modelo de governo atualizado às exigências da transparência, eficácia e eficiência dos processos organizacionais e constatamos que a organização tem sido capaz de responder aos desafios que lhe têm sido colocados e sabido adaptar-se às permanentes mudanças e atualizações quer ao nível organizacional, da atividade desenvolvida e resposta às orientações estratégicas e setoriais da saúde.

Em conformidade com o disposto no artigo 54º do Decreto-Lei nº 133/2013, de 3 de outubro, alterado pela Lei nº 75-A/2014, de 30 de setembro, e pela Lei nº 42/2016, de 28 de setembro, o presente relatório, tem como objetivo comunicar ao titular da função acionista, o Estado, e o público em geral, com informação atual e completa, os princípios de governo societário e práticas de bom governo que têm vindo a ser adotados, com especial enfoque no princípio da transparência, do controlo de risco e prevenção de conflitos de interesse e na melhoria e reforço contínuo dos instrumentos adequados à promoção da excelência do governo societário.



MISSÃO, OBJETIVOS E POLÍTICAS

1. Missão, visão e valores (vide artigo 43º do RJSPE)

MISSÃO

A prestação de cuidados de saúde humanizados, competitivos e de referência, promovendo a articulação com os outros parceiros do sistema, a valorização do ensino pré e pósgraduado e da formação profissional, a dinamização e incentivo à investigação e, desenvolvimento científico na área da saúde.

VISÃO

Melhor Hospital para cuidar e tratar doentes, melhor local para trabalhar, destacando-se pelas boas práticas clínicas e de gestão.

VALORES

Saúde dos doentes e qualidade do serviço;
Orgulho e sentimento de pertença;
Excelência em todas as atividades, num ambiente que privilegia a qualidade e segurança;
Respeito pelas pessoas, trabalho de equipa e colaboração com outros profissionais;
Responsabilidade, integridade e ética.

ATRIBUIÇÕES

O CHP tem por objetivo principal a prestação de cuidados de saúde à população.

O CHP desenvolverá, complementarmente, atividades de investigação, formação e ensino, sendo a sua participação na formação de profissionais de saúde dependente da respetiva capacidade formativa, podendo ser objeto de contratos programa em que se definam as respetivas formas de financiamento.





2. Indicação de políticas e linhas de ação desencadeadas no âmbito da estratégia definida (vide 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.

A organização tinha como estratégia definida para o ano de 2017 as seguintes linhas estratégicas de desenvolvimento, a saber:

1. Reforma Hospitalar

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

| Ajustamento dos recursos humanos – o Centro Hospitalar do Porto (CHP) reduziu em 10% o pessoal entre 2008 e 2014, redução esta que manteve em 2015. Os pressupostos de qualidade de uma medicina moderna inevitavelmente pressionaram no sentido da inversão da "curva" de decréscimo de RH da última década, contudo não poderemos perder o sentido de uma gestão eficiente e racional dos recursos.

| Manutenção de uma forte aposta nos Sistemas de Informação.

| Qualidade – Acreditação do Centro Materno-Infantil (CMIN) continuando o processo iniciado em 2016.

| Modelo de Governação – criação de Unidades Autónomas de Gestão, algumas das quais englobarão alguns dos atuais departamentos.

2. Integração com a Medicina Geral e Familiar

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

| Internalização no CHP da maioria das análises clínicas dos ACES da nossa área.

| Criação de um Centro Integrado de Diagnóstico e Tratamento (CIDT) que permita dar resposta a MCDT solicitados pelos cuidados primários, nomeadamente da Cardiologia, Gastrenterologia e Imagem.

| Criação de equipas de Gestão da Doença Crónica em colaboração com os ACES.

3. Definir novas áreas de negócio

| Criação de um CIDT.

| Estabelecer parceria com prestador privado na área da Radioterapia de forma a retermos os doentes que necessitam desta técnica.

| Criação de um Serviço de Saúde Mental, dando desenvolvimento à unidade de Psiquiatria de Ligação e reforçando os laços com a vertente comunitária da Psiquiatria.

| Criação de uma Unidade de Internacionalização da atividade clínica particularmente a cirúrgica.

4. Desenvolvimento da Qualidade Assistencial

| Estender a Acreditação a todo o CHP.

| Monitorizar continuamente um conjunto de indicadores de qualidade.

| Reforçar a Ambulatorização de cuidados.

| Encerramento do circuito do medicamento.

| Modernizar e informatização completa dos circuitos de aprovisionamento e logística.

5. Reforço do Ensino, Formação e Investigação

| No âmbito do CCA manter o designio da criação de um centro de cirurgia experimental que permita o treino e desenvolvimento da cirurgia de elevada complexidade.

| Expansão do atual centro de simulação biomédico em parceria com o ICBAS.

| Integração das áreas da formação e investigação no CCA.

6. Sustentabilidade Económica e Financeira

| Encerramento das instalações do Centro de Genética Jacinto de Magalhães e integração destes laboratórios em área de proximidade aos restantes laboratórios do CHP.

| Concentração de toda a área Laboratorial.

| Venda dos terrenos do HJU e do edifício do Centro de Genética Jacinto de Magalhães.

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

| Aprofundar as medidas de racionalização do consumo de fármacos, dispositivos médicos e de MCDT, criação de uma Comissão de Avaliação de Tecnologias da Saúde

| Dispositivos Médicos com regras e objetivos similares às da CFT.

| Criação de uma Unidade que integre a EGA e a gestão de Camas.

- | Criar um Quadro de Pessoal e otimizar a gestão do mesmo.
- | Encerramento do circuito do medicamento.
- | Modernizar e informatização completa dos circuitos de aprovisionamento e logística.

7. Preparar o Futuro

- | Reabilitação da Ala Norte do Edifício Neoclássico.
- | Construir um novo edifício no ex-CICAP destinado ao CCA, centro de simulação e concentração todo o ambulatório num único local.
- | Construir um parque de estacionamento com 400 lugares junto ao novo edifício de consultas.
- | Modernização do Serviço de Urgência.
- | Criação de uma Unidade para doentes Neuro-críticos.
- | Criação de uma Unidade de Cirurgia Robótica.
- | Criar um Serviço de Radioterapia em parceria com um prestador privado no novo edifício de consultas.

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 CHP, nas várias linhas de produção e comparativamente a períodos homólogos, analisaremos agora, na generalidade, o grau de concretização das metas de produção definidas em Contrato-Programa (para produção SNS), bem como dos objetivos de qualidade e eficiência também definidos em Contrato-Programa.

Desvios de Produção SNS

Linha de Produção	Realizado	Contratado	% Realização
Internamento			
GDH Médicos	18.348	20.123	91,2%
GDH Cirúrgicos Programados	10.677	8.964	119,1%
GDH Cirúrgicos Urgentes	4.858	5.027	96,6%
Consulta externa (consultas médicas)			
Primeiras	173.922	170.034	102,3%
Consultas com origem nos CSP referenciadas via CTH	50.346	45.188	111,4%
Consultas Telemedicina	1.709	898	190,3%
Consultas de Saúde Mental na Comunidade	651	652	99,8%
Consultas Centros Referência	135	1.602	8,4%
Consultas (sem majoração de preço)	121.081	121.694	99,5%
Subsequentes	478.010	481.379	99,3%
Consultas Telemedicina	0	0	0,0%
Consultas de Saúde Mental na Comunidade	4.053	3.464	117,0%
Consultas Centros Referência	11.395	4.806	237,1%
Consultas (sem majoração de preço)	462.562	473.109	97,8%
Hospital de Dia (sem gerar GDH)			
Hematologia	5.768	3.630	158,9%
Psiquiatria	4.450	4.156	107,1%
Outros	14.777	14.389	102,7%
Cirurgia de Ambulatório			
GDH Cirúrgicos Programados	14.899	14.129	105,4%
Ambulatório Médico			
GDH Médicos	10.525	10.037	104,9%
Urgência (sem internamento)			
Atendimentos	122.034	110.000	110,9%
Serviço Domiciliário			
Domicílios	1.852	2.876	64,4%



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 0,7%. Refira-se, no entanto, que os GDH médicos e GDH Cirúrgicos Urgentes ficaram abaixo das metas contratadas em 8,8% e 3,4% respetivamente, enquanto os GDH Cirúrgicos Programados superaram o contratado em 19,1%.

A **atividade do Ambulatório**, no que respeita aos GDH Cirúrgicos, ultrapassou os valores contratados em 5,4%, aumento esse também se verificou nos GDH Médicos em 4,9%. Note-se que o mix de distribuição de GDH médicos, cirúrgicos programados e urgentes no internamento, bem como os GDH cirúrgicos e médicos de ambulatório, assenta numa estimativa, dado que à presente data não termos a codificação do ano 2017 totalmente encerrada, em resultado da transição da codificação em ICD9 para ICD 10 e consequentes constrangimentos no arranque e parametrização do novo aplicativo de GDH o SIMH – Sistema de Informação de Morbilidade Hospitalar.

A **Consulta Externa** ficou globalmente acima das metas previstas em 0,1% – as primeiras consultas superaram em 2,3%, as metas prevista, enquanto as subsequentes ficaram aquém em 0,7%. 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**, no que respeita a sessões que não faturam por GDH, superaram largamente os valores de produção previstos na Hematologia, no entanto esta produção, para efeitos faturação, está condicionada à verificação da inclusão de um conjunto mínimo de procedimentos, conforme o estabelecido no capítulo VIII ponto 3 da Circular Normativa nº19/2017 da ACSS de 07-08-2017. No que respeita ao Hospital Dia de Psiquiatria, o desvio foi favorável em cerca de 7,1% e, no Hospital Dia Base os valores realizados ficaram 2,7% acima do previsto.

A **Urgência** para episódios sem destino Internamento ficou acima dos valores contratados em 10,9%.

Os **domicílios** ficaram muito aquém dos valores previstos na Contrato Programa (-35,6%) representado esta linha pouco peso ou relevância orçamental.

Se consideradas todas as linhas objeto de financiamento no Contrato Programa de 2017, valorizada aos preços de produção contratada, concluímos por uma **taxa global de cumprimentos de 100,4%**

Objetivos de Desempenho do Serviço de Urgência

	Peso Relativo Indicador (%) 100	2017		2017
		Meta	Real	Índice de Desempenho
Peso dos episódios de urgência com Prioridade atribuída Verde/Azul/Branca	25	18,00	19,5	22,9
Peso dos episódios de urgência com internamento	25	11,10	11,9	23,2
Peso dos utilizadores frequentes (>4 episódios), no total de utilizadores do Serviço de Urgência	25	3,50	3,7	23,6
Rácio Consultas Externas/Atendimentos em Urgências	25	4,70	4,8	25,5
Índice de Desempenho do Serviço de Urgência				95,2

Em 2017 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 4 indicadores objeto de aferição o CHP atingiu um índice de desempenho de 95,2%.

Objetivos de Qualidade e Eficiência

Áreas	Ponderação	Indicadores CP 2017	Meta	Realizado
Objetivos Nacionais (60%)				
A. Acesso (15%)	3,0%	A.1 Percentagem de primeiras consultas médicas no total de consultas médicas (%)	26,0%	26,4%
	3,0%	A.2 Peso das consultas externas médicas com registo de alta no total das consultas e externas médicas (%)	15,0%	17,7%
	3,0%	A.3 Mediana do tempo de espera da LIC, em meses	2,3	2,7
	3,0%	A.4 Percentagem de episódios de urgência atendidos dentro do tempo de espera previsto no protocolo de triagem	65,0%	64,6%
	3,0%	A.5 Percentagem de doentes referenciados para a RNCCI, em tempo adequado e validados pela EGA, no total de doentes referenciados para a RNCCI	85,0%	n.d.
B. Desempenho Assistencial (25%)	3,0%	B.1 Percentagem de doentes saídos com duração de internamento acima do limiar máximo	1,7%	1,35%
	3,0%	B.2 Percentagem de cirurgias realizadas em ambulatório, para procedimentos tendencialmente ambulatorizáveis	15%	n.d.
	3,0%	B.3 Percentagem de cirurgias da anca efetuadas nas primeiras 48h (%)	68%	52,30%
	2,0%	B.4 Índice de risco e Segurança do Doente	8,0	26
	8,0%	B.5 Índice de PPCIRA	10%	n.d.
	6,0%	B.6 Variação de utilização de biossimilares dispensados (em unidades, 2017/2016)	20%	n.d.
C. Desempenho económico-financeiro (20%)	5,0%	C.1 Percentagem de custos com Horas Extraordinárias, Suplementos e FSE (selecionados), no Total dos Custos com Pessoal (€)	12,5%	15,5%
	5,0%	C.2 Resultado antes Juros, impostos, amortizações e depreciações (EBITDA) (€)	0€	-30.915.387,7
	5,0%	C.3 Acréscimo de dívida vencida (fornecedores externos) (€)	0,0	35.698.340,0
	5,0%	C.4 Percentagem de proveitos operacionais extra Contrato-Programa, no total de proveitos operacionais (%)	9,0%	7,5%
Objetivos da Região (40%)				
D. Objetivos Regionais (40%)	6,5%	D.1 Via Verde AVC - % de casos com diagnóstico principal de AVC Isquémico (%)	13%	n.d.
	6,5%	D.2 Rácio Consultas Médicas / Urgências (%)	4,70%	4,60%
	7,0%	D.3 Taxa de Referência para a RNCCI (%)	5,90%	n.d.
	7,0%	D.4 Tempo de espera para triagem média da consulta externa	8,9	10,00
	6,5%	D.5 Garantir o início do tratamento da Retinopatia Diabética em 30 dias (%)	1,00	1
	6,5%	D.6 Implementação das Equipas intra-hospitalares de cuidados	100,00	91

Do Contrato-Programa do Centro Hospitalar para 2017 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 12.134.299€ (5% do valor global do Contrato Programa) e para o qual o CHP é financiado na proporção do seu cumprimento.

À presente data aguarda-se a validação desses objetivos por parte da ARS Norte e ACSS, bem como os apresentados com a nota "n.d.". No entanto, num "proxy" de cálculo elaborado pelo próprio Hospital e tendo em conta a metodologia de avaliação para a definição de preços e fixação de objetivos do Contrato-Programa de 2017, 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 dos indicadores A.1 - Percentagem de consultas médicas no total de consultas e A.2 - Peso das consultas externas com registos de alta no total das consultas externas médicas, com níveis de cumprimento superiores a 100%. No que respeita ao indicador A.3 - Mediana do tempo de espera da LIC, em meses, o grau de cumprimento ficou-se pelos 82,6% (dados calculados até Novembro), em resultado do esforço do CHP na resolução dos doentes com maior tempo de espera. Note-se que o indicador teve uma evolução positiva de 2016 para 2017 (de 3,4 para 2,7 meses) ao mesmo tempo que o total de doentes em LIC diminui cerca de 1.900 doentes. Já no acesso aos cuidados não programados e mais concretamente no que respeita ao indicador A.4 - Percentagem de episódios de urgência atendidos dentro do tempo de espera previsto no protocolo de triagem o objetivo foi praticamente atingido (99,4%) não obstante os constrangimentos decorrentes do fluxo anormal de doentes em número e complexidade nos períodos críticos de inverno. O indicador A.5 - Percentagem de doentes referenciados para a RNCCI, em tempo adequado e validados pela EGA, no total de doentes referenciados para a RNCCI aguarda as publicações de resultados pelo que de momento não nos é possível concluir quanto ao nível de cumprimento.

Assim, relativamente ao Acesso, poder-se-á concluir por uma concretização global de 12% (num total de 15%), que poderá chegar a 15% se o indicador relativo à RNCCI vier a ser cumprido.

No que concerne aos indicadores de **Desempenho Assistencial**, o indicador B.4 - relacionado com a segurança do doente, e o indicador B.1 - Percentagem de doentes saídos com duração de internamento acima do limiar máximo superaram largamente as metas contratualizadas com níveis de cumprimento muito superiores a 100%, ainda que este último não esteja, presentemente, com a informação do ano totalmente apurada. O indica-



dor, B.3 - Percentagem de cirurgias da anca efetuadas nas primeiras 48h (%), ainda com resultados provisórios, apresenta uma taxa de realização de 76,9%. Para o Indicador B.6 - Variação de utilização de biossimilares dispensados (em unidades, 2017/2016) e o indicador B.5 - Índice de qualidade PPCIRA (Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência antimicrobiana) não dispomos, à presente data, de informação quanto ao seu cumprimento muito embora tenham sido feitas as diligências junto da ARS na solicitação dessa avaliação. De igual modo para o Indicador B.2 - Percentagem de cirurgias realizadas em ambulatório - para procedimentos tendencialmente ambulatorizáveis, também não nos é possível tirar qualquer conclusão relativamente ao seu cumprimento, pois a produção registada no SIMH - Sistema de Morbilidade Hospitalar encontra-se deficitária por dificuldades de migração para o SIMH dos episódios de cirurgia de ambulatórios registados no SONHO situação que só foi resolvida pela SPMS em finais de Novembro de 2017 e que estamos a proceder na recuperação do registo dos episódios codificados. Ao nível do desempenho assistencial o conjunto de indicadores definidos, e para os quais temos avaliação disponível no SICA com referencia a Outubro de 2017, o CHP atingiu no global 8,3% no total de 25%, podendo chegar a um nível cumprimento de 25%, caso os três indicadores, ainda sem avaliação, venham a ser cumpridos a 100%.

■ No que respeita aos valores apurados dos indicadores de **Desempenho Económico-Financeiro**, por um não cumprimento do indicador C.2 - EBITDA o e do indicador C.3 - (Acréscimo de Dívida Vencida - fornecedores externos). Já os restantes dois indicadores C.1 - Percentagem de custos com Horas Extraordinárias, Suplementos e Fornecimentos e Serviços Externos III (selecionados) no total dos Custos com Pessoal e o indicador C.4 - Percentagem de proveitos operacionais extra Contrato-Programa no total de proveitos apresentam resultados de concretização de 76% e 83%, respetivamente. O cumprimento dos indicadores de Desempenho económico-financeiro rondará os 8% (em 20%).

■ No que respeita aos **Objetivos Regionais** do Tempo de espera para a triagem médica da Consulta Externa, e Rácio Consultas Externas/Urgências podemos concluir por um cumprimento de 97,9% e 87,6%, respetivamente. O indicador relativo à Implementação das Equipas inter-hospitalares de Cuidados Paliativos atingiu a concretização de 90,9% do objetivo. Saliente-se ainda o cumprimento integral (100%) do indicador D.5 - Garantir o início do tratamento da Retinopatia Diabética em 30 dias (%). Enquanto o indicador D.1 - VV AVC - Percentagem de casos com diagnóstico principal de AVC Isquémico com registo de administração de trombólito, além de não apresentar avaliação, os seus critérios de aferição do BI do indicador disponibilizados pela ARS (no portal SICA) não respeitam a aplicação da codificação da ICD 10 (obrigatória a partir de 01 de Janeiro de 2017) o que não permitiu qualquer diligência na avaliação pelo próprio hospital. De igual modo os Objetivos Regionais relativos à Taxa de Referenciação para a RNCCI, encontra-se sem avaliação, publicada por parte da ARS Norte. Assim, no que respeita aos Indicadores Regionais, teremos um cumprimento de cerca de 25% (em 40%) e que poderá atingir os 38,4% caso os dois indicadores não avaliados venham a ser cumpridos.

Em suma, avaliados os níveis de cumprimento dos indicadores, de acordo com as informações disponíveis à data, dados os constrangimentos inerentes ao processo de avaliação apontamos para uma percentagem de cumprimento do valor de incentivo avaliado através do Índice de Desempenho Global de 53%, podendo este valor atingir cerca de 87% caso os 6 indicadores com avaliação em falta venham a ser considerados cumpridos a 100%. Este valor sofrerá oscilações em resultado de atualização de dados e da validação final pelas entidades Tutelares (ARS e ACSS).

Relativamente a medidas corretivas, o Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Porto, prosseguiu com a política de reuniões trimestrais de divulgação de resultados e acompanhamentos com os seus quadros de gestão intermédia (Diretores de Serviços, Enfermeiros Chefes, Administradores Hospitalares e Diretores de Departamento) onde foram analisados os princípios desvios verificados e discutidas as medidas de correção necessárias.

Em sede de contratualização e apresentação dos Planos de Atividade cada Departamento/Serviço apresenta as suas soluções e propostas de correção.

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

Fatores chave de que dependem os resultados da empresa:

O CHP decorre da fusão do H. St. António, H. Maria Pia, Maternidade Júlio Dinis (todos em 2007), H. Joaquim Urbano (em 2011), Centro Genética Médica Dr. Jacinto Magalhães (em 2013), processos que decorreram sem a correspondente compensação financeira por via de aumento capital ou do próprio financiamento do CHP (verbas de convergência).

Paralelamente, a Tutela ainda não realizou a última parte do reforço de capital social estabelecida em RCM aquando da criação do CHP (13,2M€) – relacionado com o CMIN.

Do ponto de vista económico, o CHP, apesar de em 2014 apresentar pela primeira vez EBITDA positivo, volta a registar um EBITDA negativo não gerando por isso um saldo acumulado positivo desde a sua criação em 2007.

Do ponto de vista financeiro, o CHP tem um elevado endividamento devido:

- | Desequilíbrio económico (muito decorrente das fusões)

- | Modelo de financiamento da atividade dos Hospitais, EPE (subfinanciamento da atividade hospitalar)

- | Elevado investimento estrutural recente (CMIN e equipamento) financiado pelos proveitos operacionais, sem financiamento garantido pelo acionista.

As razões apontadas geraram um deficit superior a 140M de euros gerando uma situação de falência técnica uma vez que todos os capitais próprios foram consumidos, apresentando no final de 2017 uma situação patrimonial muito negativa.

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 entidade, aos objetivos a alcançar no exercício da atividade operacional e ao nível de serviço público a prestar pela entidade (vide n.º 4 do artigo 39.º do RJSPE).

As orientações definidas pelo Ministério da Saúde designadamente as relativas à política sectorial e às orientações do ponto vista estratégico, aos objetivos a alcançar no exercício da atividade operacional e ao nível do serviço público a prestar pelo CHP, 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 pelo CHP e pela Tutela.

A execução do Contrato Programa é internamente monitorizado através dos suportes de informação para a Gestão existentes no CHP, 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 em reunião de Quadros dirigentes, o Conselho e Administração e as direções de Serviços e Departamentos.



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 (vide alínea a) do n.º 1 do artigo 44.º do RJSPE).

O capital estatutário do CHP é atualmente de 166.700.000€ detido na totalidade pelo Estado, podendo ser aumentado ou reduzido por despacho conjunto dos Ministros das Finanças e da Saúde.

Em 2015 pelo Despacho nº10314-B/2015 e ao abrigo do n.º 1 do artigo 3.º e da alínea e) do n.º 2 do artigo 6.º -A, ambos do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 12/2015, de 26 de janeiro, e do n.º 2 do artigo 4.º dos Estatutos constantes do Anexo II ao referido diploma, foi aumentado o capital estatutário do CHP em 2.000.000€ em numerário. O aumento de capital visa apoiar sobretudo os investimentos cofinanciados por fundos comunitários no âmbito do novo quadro comunitário de apoio, Portugal 2020, conforme o referido Despacho "constitui uma oportunidade para apoiar a substituição de equipamentos e a realização de outros investimentos prioritários na área da saúde".

O Despacho nº1265/2017 determinou o aumento de capital estatutário das entidades públicas empresariais cuja identificação e montantes constam do Anexo ao Despacho, a serem aplicados exclusivamente no pagamento de dívida vencida, por ordem de maturidade. Nestes termos, o capital estatutário do CHP foi aumentado em 21.996.000€, mas realizado em janeiro de 2018.

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

O capital do CHP não é representado em ações.

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

Não existem acordos parassociais.

IV.

PARTICIPAÇÕES SOCIAIS E OBRIGAÇÕES DETIDAS

1. Identificação das pessoas singulares (órgãos sociais) e/ou coletivas (entidade) que, direta ou indiretamente, são titulares de participações noutras entidades, com indicação detalhada da percentagem de capital e de votos imputáveis, bem como da fonte e da causa de imputação nos termos do que para o efeito estabelece o Código das Sociedades Comerciais (CSC) no seu artigo 447.º (vide alíneas a) e 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 entidades de natureza associativa ou fundacional (vide alínea c) do n.º 1 do artigo 44.º do RJSPE).

O CHP é 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, quando aplicável 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 entidade.

Não existente.

V.

ÓRGÃOS SOCIAIS E COMISSÕES

A. MODELO DE GOVERNO

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

1. Identificação do modelo de governo adotado.

A administração e fiscalização está estruturada nos termos do Decreto-Lei nº233/2005 de 29 de dezembro alterado e republicado pelo Decreto-Lei nº12/2015 de 26 de janeiro.

São Órgãos do Centro Hospitalar do Porto, E. P.E:

- a) O Conselho de Administração;
- b) O Fiscal Único;
- 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), assim como a remuneração relativa ao ano em referência. Caso tenha ocorrido alteração de mandato durante o ano em reporte, a entidade deverá indicar os mandatos respetivos (o que saiu e o que entrou).

Nos órgãos sociais dos Centros Hospitalares 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.

A nomeação, composição, competências, funcionamento, vinculação e mandato do conselho de administração regem-se pelos artigos 6º, 7º, 11º, 12º e 14º dos estatutos, anexo II do Decreto-Lei nº18/2017 de 10 de fevereiro. Aos membros do conselho de administração aplica-se o estatuto de gestor público, aprovado pelo Decreto-Lei nº 71/2007 de 27 de março, alterado e republicado pelo Decreto-Lei nº 8/2012 de 18 de janeiro, sem prejuízo do disposto no artigo 20º do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde.

Conforme artigo 12º do estatuto do gestor público, os gestores públicos "são designados por nomeação ou por eleição. A nomeação é feita mediante resolução do Conselho de Ministros, devidamente fundamentada e publicada no Diário da República juntamente com uma nota relativa ao currículo académico e profissional do designado, sob proposta dos membros do Governo responsáveis pela área das finanças e pelo respetivo sector de atividade".

Nesta conformidade, os membros do conselho de administração do Centro Hospitalar do Porto, E. P. E., foram nomeados pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 34/2017 de 9 de fevereiro de 2017 sob proposta dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde, para um mandato de três anos, renovável até ao máximo de três renovações consecutivas - mandato de 2017-2019.

2. Caracterização da composição, consoante aplicável, do Conselho de Administração, do Conselho de Administração Executivo e do Conselho Geral e de Supervisão, com indicação do número estatutário mínimo e máximo de membros, duração estatutária do mandato, número de 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 entidade deverá indicar os mandatos respetivos (o que saiu e o que entrou).

Conforme artigo 6º dos Estatutos, o conselho de administração é composto pelo presidente e um máximo de quatro vogais que exercem funções executivas, em função da dimensão e complexidade do hospital, sendo um dos membros o diretor clínico e outro o enfermeiro diretor.

Nestes termos, a composição do Conselho de Administração a 31/12/2017 era a seguinte, conforme Resolução do Conselho de Ministros n.º 34/2017 de 9 de fevereiro de 2017.

Nos termos do n.º 8 do artigo 28.º do Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de março, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 8/2012, de 18 de janeiro, e conforme Resolução do Conselho de Ministros n.º 34/2017 de 9 de fevereiro de 2017, há dois elementos que optaram pela remuneração do lugar de origem.

Mandato (Início - Fim)	Cargo	Nome	Designação		Remuneração	
			Forma	Data	Entidade Pagadora	O/D
2017-2019	Presidente	Paulo Jorge Barbosa Carvalho	Resolução nº34/2017	9 de Fevereiro de 2017	CHP	O
2017-2019	Vogal	Élia do Céu Costa Gomes	Resolução nº34/2017	9 de Fevereiro de 2017	CHP	D
2017-2019	Vogal	Rui Manuel Oliveira Pedroso	Resolução nº34/2017	9 de Fevereiro de 2017	CHP	D
2017-2019	Diretor Clínico	José Fernando da Rocha Barros	Resolução nº34/2017	9 de Fevereiro de 2017	CHP	O
2017-2019	Enfermeiro Diretor	Alfredo Eduardo Argulho Alves	Resolução nº34/2017	9 de Fevereiro de 2017	CHP	D

3. Distinção dos membros executivos e não executivos do Conselho de Administração² e, relativamente aos membros não executivos, identificação dos membros que podem ser considerados independentes, ou, se aplicável, identificação dos membros independentes³ do Conselho Geral e de Supervisão (vide artigo 32.º do RJSPE).

Todos os vogais membros do Conselho de Administração foram nomeados vogais executivos. Conforme a Resolução de Conselho de Ministros n.º 5/2014, de 5 de janeiro de 2014, Resolução do Conselho de Ministros n.º 34/2016, de 30 de novembro e Resolução do Conselho de Ministros n.º 34/2017 de 9 de fevereiro de 2017.

4. 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. Deverão especificamente ser indicadas as atividades profissionais exercidas, pelo menos, nos últimos 5 anos (vide alínea j) do n.º 1 do artigo 44.º do RJSPE).

Os elementos curriculares dos membros do conselho de administração são os publicados na Resolução do Conselho de Ministros n.º 34/2017 de 9 de fevereiro de 2017.

A. PRESIDENTE CA – PAULO JORGE BARBOSA CARVALHO

SINOPSE CURRICULAR

Paulo Jorge Barbosa Carvalho nasceu a 30 de março de 1962, no Porto.

Licenciado em Medicina pela Faculdade de Medicina da UP, que concluiu em outubro de 1986, com a média final de 13 valores.

Completo o Internato Complementar de Medicina Interna em julho de 1995 com a classificação final de 18,4 valores no HGSA, 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.

Realizou concurso público para Assistente Graduado Sénior de Medicina Interna 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 desta entidade (Sistema Nacional de Avaliação em Saúde).

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/HGSA:

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 CHP na qualidade de adjunto do diretor do Departamento.

Foi membro eleito do Conselho Geral do HGSA 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 HGSA - SA.



Em diferentes períodos foi membro da Comissão de Farmácia e Terapêutica.
Diretor do Serviço de Medicina Interna do CHP 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).
Diretor Clínico do CHP entre junho de 2009 e novembro de 2016.
Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Porto desde dezembro de 2016.
Outras funções:
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 Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar desde 1992 e Professor Auxiliar Convidado desde 2005 da disciplina de Clínica Médica do 5.º ano do ICBAS.
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 caráter internacional.
É coautor do livro «O que é a Artrite Reumatoide» destinado a doentes com esta patologia.
É coautor do livro de «guide-lines» de diagnóstico e tratamento das doenças autoimunes elaborado pela Unidade de Imunologia Clínica do CHP.

B. DIRETOR CLÍNICO – JOSÉ FERNANDO DA ROCHA BARROS

SINOPSE CURRICULAR

José Fernando da Rocha Barros
Nasceu a 5 de fevereiro de 1961, em Coreixas, Irivo, Penafiel.
Formação académica:
Licenciatura em Medicina e Doutoramento em Ciências Médicas pelo Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar (ICBAS) da Universidade do Porto (UP).
Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde da Universidade Católica Portuguesa.
Programa de Alta Direção de Instituições de Saúde (V PADIS) da Escola de Gestão e Negócios.
Experiência profissional:
Funções atuais:
Diretor Clínico do Centro Hospitalar do Porto (CHP).
Diretor do Departamento de Neurociências do CHP.
Membro da Comissão Científica do Mestrado Integrado em Medicina (MIM) do ICBAS, UP.
Membro da Comissão Mista no âmbito do Protocolo ICBAS, UP-CHP.
Regente da Unidade Curricular «Dissertação/Projeto/Relatório de Estágio» (6.º ano) e Responsável pelo Módulo «Semiologia Neurológica» (3.º ano) do MIM do ICBAS, UP.
Docente da Pós-Graduação em Medicina da Dor da Faculdade de Medicina da UP.
Presidente da Direção da Sociedade Portuguesa de Cefaleias.
Responsável pela Rede de Referenciação Hospitalar de Neurologia, no âmbito do Ministério da Saúde.
Investigador clínico em Neurogenética, sendo autor ou coautor de artigos, publicados em revistas internacionais com fator de impacto elevado, com dezenas de citações na literatura.
Formação e carreira especial médica:
Assistente Graduado Sênior de Neurologia em 2015, com 19,80 valores (candidato único).
Consultor em 2005, com 18,80 valores (1.º classificado de 14 candidatos).
Assistente Graduado em 2004, por análise curricular documental.
Assistente em 1995, com 18 valores (candidato único).
Internato Complementar (1989-1995), concluído com 18,90 valores, intervalado por 15 meses como oficial miliciano médico do Exército Português.
Internato Geral (1987-88), apto.

Funções concluídas:

Diretor da Consulta Externa do CHP (2005-2016).

Chefe de Equipa do Serviço de Urgência do CHP (2010-2016).

Presidente do Conselho Diretivo do Colégio de Neurologia da Ordem dos Médicos (2012-2016).

Diretor interino do Departamento de Doenças do Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos (2012-2013).

Diretor do Departamento de Ambulatório (2011-2013).

Adjunto do Diretor Clínico (2005-2009 e 2011-2016).

Coordenador do Internato Complementar e da formação pós-graduada do Serviço de Neurologia (2001-2011).

Vogal da Comissão de Farmácia e Terapêutica (2002-2006).

Presidente do Júri do concurso do Fundo de Investigação em Saúde do INFARMED na área cérebro-cardiovascular (2015).

Membro de treze júris de habilitação ou de provimento da carreira especial médica (2002-2015).

Presidente do Júri Nacional de Neurologia da Ordem dos Médicos (2007).

Presidente do Conselho Fiscal da Sociedade Portuguesa de Neurologia (2008-2011).

Fundador, Diretor-adjunto (2000-2004) e Diretor (2005-2007) da revista de neurociências clínicas SINAPSE (ISSN1645-281X).

C. ENFERMEIRO DIRETOR - ALFREDO EDUARDO ARGULHO ALVES

SINOPSE CURRICULAR

Alfredo Eduardo Argulho Alves, nascido a 27 de julho de 1959, na freguesia de Picote, concelho de Miranda do Douro.

Habilitações académicas - Licenciatura em Enfermagem pela ESE D. Ana Guedes, Porto.

Habilitações profissionais: CESE em Enfermagem Médico-Cirúrgica pela Escola Superior de Enfermagem Cidade do Porto e CESE em Administração dos Serviços de Enfermagem pela Escola Superior de Enfermagem da Imaculada Conceição, Porto.

Categoria profissional - Enfermeiro Supervisor do mapa de pessoal do CHP, 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 1 de agosto de 2000 a 31 de agosto de 2002 - funções em regime de requisição na Divisão de Gestão de Recursos Humanos da ARS Norte;

De 1 de setembro de 2002 a 07 de outubro de 2007 - Enfermeiro Diretor do Hospital Geral de Santo António;

De 8 de outubro de 2007 até 14 de novembro de 2011, Enfermeiro Diretor do Centro Hospitalar do Porto, criado pelo DL n.º 326/2007;

De 15 de novembro de 2011 até à presente data (fevereiro de 2017), Enfermeiro Diretor do Centro Hospitalar do Porto EPE, criado pelo Decreto-Lei n.º 30/2011, de 2 de março.

Valorização profissional:

Proferiu mais de duas dezenas de palestras em eventos científicos e é autor 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», realizado no Porto entre outubro e dezembro de 2006;

Mastering Health Care Finance-International Executive Program, organizado pelo Institute of Health Economics and Management da Université de Lausanne.

D. VOGAL DO CA – ÉLIA DO CÉU COSTA GOMES

SINOPSE CURRICULAR

Élia do Céu Costa Gomes nasceu a 7 de julho de 1951, na Guarda.

Qualificações académicas:

Licenciatura em Direito, pela Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra - 1978.

Pós-graduação em Administração Hospitalar pela Escola Nacional de Saúde Pública - 1982.

Atividade profissional/cargos:

1982 a 1985 exerceu funções no Gabinete de Planeamento e no Serviço de Aprovisionamento dos Hospitais da Universidade de Coimbra, onde foi diretora do Serviço.



1985 Precedendo concurso inicia funções como Administradora de 3.ª Classe no Centro Hospitalar do Vale do Sousa onde integrou o Conselho de Gerência, exercendo as funções consignadas no Decreto-Lei n.º 30/77, para os Administradores Principais.

1988 Precedendo concurso inicia funções no Hospital de São João como administradora de 2.ª classe, posteriormente nomeada Administradora de 1.ª classe.

1990 Nomeada Administradora-Delegada do Hospital Distrital de Valongo.

1996 Nomeada Administradora-Delegada do Hospital de Magalhães Lemos.

2000 Retoma funções no Hospital de S. João do Porto como Administradora do Centro de Responsabilidade de Oftalmologia.

De junho de 2000 a 2008 - nomeada Administradora Delegada do Hospital Geral de Santo António e posteriormente Vogal Executiva do Conselho de Administração do HGSA, S. A., e HGSA, E. P. E.

2008 Nomeada Vogal Executiva do Conselho de Administração do Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, E. P. E.

2011 Nomeada Vogal Executiva do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Porto, E. P. E.

2014 Em 30 de janeiro de 2014, foi nomeada por Resolução do Conselho de Ministros, sob proposta dos Ministros de Estado e das Finanças e da Saúde, Vogal Executiva do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Porto, E. P. E., cargo que exerce até à presente data.

Formação relevante:

2005 PADIS - Programa de Alta Direção de Instituições de Saúde (AESE).

2006 Curso de Controlo de Gestão e Avaliação de Performance (EGP - UPBS).

2007 Mastering Health Care Finance (Harvard Medical International/Institute of Health Economics/Escola de Negócios da Universidade do Porto).

2012 Sensibilização sobre as novas regras de contratação pública e a sua aplicação nos Hospitais EPE - (Instituto Nacional da Administração and Management, em colaboração com o Centro Hospitalar do Porto).

2013 Training Program in Health Economics and Health Technology Assessment (HTA) - Università Bocconi, Milano, Italy.

2013 Kaizen Strategy (Instituto Kaizen).

2014 Leadership in Healthcare Delivery - Nova School of Business and Economics, Lisboa.

E. VOGAL DO CA – RUI MANUEL OLIVEIRA PEDROSO

SINOPSE CURRICULAR

Rui Manuel Oliveira Pedroso nasceu a 19 de julho de 1970, em Gondomar, Porto.

Analista, Trader e Consultor financeiro em Mercados Financeiros (de 1995 a final de 1999).

Diretor-Geral de empresas financeiras, responsável pela ligação com entidades supervisoras como CMVM e Banco de Portugal (1997 a final de 1999).

Diretor Executivo de Espaço Atlântico - Formação Financeira, S. A., na área da formação profissional, licenciaturas e ensino pós-graduado (set. 2001-set. 2002).

Professor convidado de várias entidades formativas, em temáticas como Mercados Financeiros, Análise Financeira, Avaliação de Obrigações, Gestão de Empresas, ao nível da formação profissional, licenciaturas e ensino pós-graduado (1995-2004).

Quadro do Grupo Português de Saúde, enquanto Diretor da Unidade de Negócios de «outsourcing» da Gestão Clínica de Sinistros de Acidentes Trabalho de companhias de Seguros (2002-2005); Gerente da Empresa de Prestação de Serviços Clínicos UNIMED/Norte.

Quadro do Grupo Privado de Saúde Trofa Saúde como Assessor do Conselho de Administração para a criação da Rede de Clínicas e Hospitais do Grupo (2005-2007); Diretor Comercial e Relações Institucionais do Hospital da Trofa (set. 2005-set. 2007).

Administrador do Hospital Particular de Lisboa do Grupo Trofa Saúde (set. 2007-mar. 2008).

Quadro do Grupo José de Melo Saúde, como Diretor-Geral do Dr. Campos Costa. Imagiologia Clínica, S. A. (abr. 2008 a dez. 2011).

Administrador/gerente e Diretor-geral de um grupo de empresas do setor dos resíduos, com presença mundial, em particular em países como Emirados Árabes Unidos, Brasil, Peru, Espanha e Portugal (jan. 2012 a jan. 2014).

Vogal do CA do Centro Hospitalar do Porto, com os pelouros Financeiro, Planeamento e Sistemas de Informação; Desde out. de 2016: Jurídico e Serviço de Instalações e Equipamentos; Articulação com os restantes serviços do Hospital e com os órgãos da Tutela (ARS Norte, ACSS, Ministério da Saúde);

Habilitações: 2015 - Programa Leadership in healthcare delivery/2011 - Programa de Corporate

Governance/2006 - PADIS - Programa de Alta Direção de Instituições de Saúde/2004 - Pós-Graduação Gestão

de Unidades de Saúde/1995 - licenciado em Gestão Financeira pelo IESF - Instituto de Estudos Financeiros e Fiscais.

5. Evidências da apresentação das declarações⁴ de 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 entidade, 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).

Oportunamente foram elaboradas as declarações de cada um dos membros do CA e apresentadas às respetivas entidades para efeito do cumprimento do artigo 52º do Decreto-Lei nº133/2013, sendo apresentadas em anexo ao presente documento.

6. 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.

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

Os Estatutos no Anexo II do Decreto-Lei nº 18/2017 de 10 de fevereiro, definem as competências do Conselho de Administração no art.º7 e as competências próprias do Presidente do Conselho de Administração, do Diretor clínico e do Enfermeiro diretor, respetivamente nos art.º 8º, 9º e 10º.

Nos termos dos artigos 35º e seguintes do Código do Procedimento Administrativo, do nº 3 do art.º 7º dos Estatutos constantes do Anexo II do Decreto-Lei nº 18/2017, de 10 de fevereiro e no uso das faculdades conferidas pelo despacho nº 12655/2016, de 12 de outubro, do Secretário de Estado da Saúde, publicado no Diário da República, 2ª série, nº 202, de 20 de outubro de 2016, o Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Porto - EPE delega nos seus membros as seguintes competências:

Presidente do Conselho de Administração – Dr. Paulo Barbosa

Para além das competências próprias definidas no art.º 8º dos Estatutos do CHP, delegam-se as seguintes:

1. Determinar as medidas adequadas, se for caso disso, sobre as queixas e reclamações apresentadas pelos utentes.

2. No âmbito da gestão dos recursos humanos e desde que em conformidade legal:

- a) Autorizar o trabalho a tempo parcial e em semana de quatro dias, de acordo com o legalmente estabelecido;
- b) Autorizar a prestação e o pagamento de trabalho em dias de descanso semanal, complementar e feriados;
- c) Apreciar e autorizar os pedidos de comissão gratuita de serviço do pessoal afeto às áreas do respetivo pelouro, que não se encontrem em conformidade com as diretivas do Conselho de Administração;
- d) Justificar ou injustificar faltas;
- e) Autorizar os trabalhadores a comparecer em juízo quando requisitados nos termos da lei de processo;
- f) Autorizar a inscrição e a participação do pessoal em estágios, congressos, reuniões, seminários, colóquios, cursos de formação ou outras iniciativas semelhantes quando importem custos adicionais para a Instituição;
- g) Autorizar pedidos de equiparação a bolseiro no país ou no estrangeiro;
- h) Autorizar a atribuição de abonos e regalias a que os funcionários, agentes ou contratados tenham direito;
- i) Autorizar 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;

j) Promover e exonerar pessoal com vínculo à administração pública;

k) Celebrar, prorrogar, renovar e rescindir contratos de pessoal, a termo ou sem termo praticando os atos resultantes da caducidade ou revogação dos mesmos, em conformidade com as disposições legais em vigor;

l) Homologar as classificações de serviço de todo o pessoal;

m) 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;

n) Promover a verificação domiciliária de doença, nos termos dos artigos 33º, 34º e 35º do Decreto-Lei n.º 100/99, de 31 de Março;

o) Promover a submissão dos funcionários e agentes a junta médica da ADSE, nos termos dos artigos 36º, 37º e 39º do Decreto-Lei n.º 100/99, de 31 de Março;

p) Autorizar os pedidos de apresentação a junta médica da Caixa Geral de Aposentações;

q) Confirmar as condições legais de progressão dos funcionários e agentes e autorizar os abonos daí decorrentes;

r) Decidir dos pedidos de concessão do estatuto de trabalhador estudante;

s) Autorizar a passagem de certidões de documentos arquivados no processo individual dos funcionários, agentes e contratados, bem como a restituição de documentos aos interessados;

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) Aceitar a dispensa de prestação de trabalho noturno, de acordo com o previsto na lei;

w) Autorizar a mobilidade interna;

x) Autorizar dispensa para amamentação;

y) Autorizar a integração em júris de concurso em outras instituições;

z) Aprovar horários de trabalho nos termos do regulamento aprovado pelo CA;

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;

As alíneas w), x), y), z) e aa) referem-se às áreas que estão sob a sua responsabilidade.

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

Vogal do Conselho de Administração – Dr.ª Élia Costa Gomes

1. No âmbito do aprovisionamento:

a) Autorizar a abertura de procedimentos, realização de despesa, adjudicação e outros atos inerentes a procedimentos de aquisição de bens e serviços até ao montante de 195.000,00 €, e de medicamentos até ao limite do orçamento anual;

b) Praticar todos os atos subsequentes à autorização de despesa e escolha do procedimento;

c) Autorizar a imobilização de reparações que aumentem o valor do bem reparado ou a duração provável da sua utilização, nos termos do Art.º 7º do CIBE;

d) Autorizar a despesa de aquisição de imobilizado nos termos do Art.º 34.º do CIBE

e) Autorizar a aquisição de artigos novos, ouvidas as comissões técnicas, exceto medicamentos.

2. No âmbito da gestão dos recursos humanos nas áreas sob a sua responsabilidade e desde que em conformidade legal:

a) Monitorizar o trabalho extraordinário;

b) Autorizar os pedidos de comissão gratuita de serviço;

c) Autorizar a participação e dispensa para estágios, reuniões, seminários, colóquios, cursos de formação e outras iniciativas semelhantes, desde que dos mesmos não resultem quaisquer encargos;

d) Autorizar a mobilidade interna;

e) Autorizar dispensa para amamentação;

f) Aprovar horários de trabalho nos termos do regulamento aprovado pelo CA;

g) 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;

h) Autorizar a integração em júris de concurso em outras Instituições;

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

Vogal do Conselho de Administração – Dr. Rui Pedroso

1. Assegurar a regularidade da cobrança das dívidas e autorizar a realização e o pagamento da despesa do Centro Hospitalar do Porto.

2. Acompanhar a execução dos planos de atividades dos Centros /Departamentos, responsabilizando aqueles pela gestão adequada e eficiente dos recursos colocados à sua disposição;

3. No âmbito da gestão dos recursos humanos nas áreas sob a sua responsabilidade e desde que em conformidade legal:

- a) Monitorizar o trabalho extraordinário;
- b) Autorizar os pedidos de comissão gratuita de serviço;
- c) Autorizar a participação e dispensa para estágios, reuniões, seminários, colóquios, cursos de formação e outras iniciativas semelhantes, desde que dos mesmos não resultem quaisquer encargos;
- d) Autorizar mobilidade interna;
- e) Autorizar dispensa para amamentação;
- f) Aprovar horários de trabalho nos termos do regulamento aprovado pelo CA;
- g) 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;
- h) Autorizar a integração em júris de concurso em outras Instituições.

4. Elaborar os planos anuais e plurianuais e respetivos Orçamentos a submeter à apreciação e aprovação do Conselho de Administração.

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

Diretor Clínico – Prof. Dr. José Barros

Para além das competências próprias definidas no art.º 9º dos Estatutos do CHP anexo ao Dec. Lei nº 244/12, de 9 de novembro:

1. Assinar os termos de responsabilidade relativos às deslocações de utentes a outras Unidades de Saúde para realização de exames ou tratamento.

2. No âmbito da gestão dos recursos humanos nas áreas sob a sua responsabilidade e desde que em conformidade legal:

- a) Monitorizar o trabalho extraordinário;
- b) Autorizar os pedidos de comissão gratuita de serviço.
- c) Autorizar a participação e dispensa para estágios, reuniões, seminários, colóquios, cursos de formação e outras iniciativas semelhantes ao pessoal médico ou técnico, desde que dos mesmos não resultem quaisquer encargos;
- d) Autorizar a mobilidade interna do pessoal médico ou técnico;
- e) Autorizar dispensa para amamentação;
- f) Aprovar horários de trabalho nos termos do regulamento aprovado pelo CA;
- g) 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;
- h) Autorizar a integração em júris de concurso em outras Instituições.

3. Acompanhar a execução dos planos de atividades dos Centros /Departamentos, responsabilizando aqueles pela gestão adequada e eficiente dos recursos colocados à sua disposição;

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



Enfermeiro-Diretor – Enf. Eduardo Alves

Para além das competências próprias definidas no art.º 10º dos Estatutos do CHP anexo ao Dec. Lei nº 244/12, de 9 de novembro:

1. No âmbito da gestão dos recursos humanos nas áreas sob a sua responsabilidade e desde que em conformidade legal:

- a) Monitorizar o trabalho extraordinário;
- b) Autorizar os pedidos de comissão gratuita de serviço;
- c) Autorizar a participação e dispensa para estágios, reuniões, seminários, colóquios, cursos de formação e outras iniciativas semelhantes, desde que dos mesmos não resultem quaisquer encargos;
- d) Autorizar a mobilidade interna do pessoal de enfermagem;
- e) Autorizar a dispensa para amamentação;
- f) Aprovar horários de trabalho nos termos do regulamento aprovado pelo CA;
- g) 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.
- h) Autorizar a integração em júris de concurso em outras instituições.

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

As presentes competências produzem efeitos desde 10 de fevereiro de 2017, ficando por este meio ratificados todos os atos, entretanto praticados no âmbito das competências agora definidas.

O Despacho n.º 12493/2014 nomeou o Presidente do Conselho Consultivo do Centro Hospitalar do Porto, E. P. E., o Eng. Luis 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 18º 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 nº2/2016 da reunião.

Em 2017 Conselho Consultivo reuniu em 3 de junho, de acordo com o número 1 do artigo 23º dos Estatutos do CHP tendo sido elaborada a ata nº3/2017 da reunião.

8. Caracterização do funcionamento do Conselho de Administração, indicando designadamente:

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

2017	Dr Paulo Barbosa	Prof Doutor José Barros	Drª Élia Gomes	Dr Rui Pedroso	Enf Eduardo Alves
Nr Ausências	4	5	6	5	4
Nº Reuniões realizadas Ano 2017	53				
% assiduidade	92%	91%	89%	91%	92%

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

Membro do CA	Acumulação de Funções		
	Entidade	Função	Regime
Paulo Jorge Barbosa Carvalho	ICBAS	Docência	Público
Élia do Céu Costa Gomes			
Rui Manuel Oliveira Pedroso			
José Fernando da Rocha Barros	ICBAS	Docência	Público
Alfredo Eduardo Argulho Alves	ESC SUP ENFERMAGEM - CRUZ VERMELHA DE OLIVª AZEMÉIS	Docência	Privado

c) Órgãos da entidade 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, a avaliação do desempenho das funções de gestão compete aos membros do Governo responsáveis pela área das finanças e pelo respetivo setor de atividade, nos termos do nº2 do artigo 6º do Estatuto do Gestor Público (Decreto-Lei nº71/2007 de 27 de março, alterado e republicado pelo Decreto-Lei nº8/2012 de 18 de janeiro e Decreto-Lei nº39/2016 de 28 de julho).

De acordo com o nº1 do artigo 6º 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 24º do Decreto-Lei nº133/2013 de 3 de outubro com as últimas alterações da Lei nº 42/2016) bem como os definidos no contrato-programa.

d) Comissões 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.

As Comissões de apoio técnico são órgãos de caráter consultivo do Conselho de Administração e atualmente são as seguintes:

- | Comissão Médica;
- | Comissão de Enfermagem;
- | Conselho dos Técnicos Superiores de Saúde;
- | Conselho Técnico dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica;
- | Comissão de Ética para a Saúde;
- | Comissão de Humanização e Qualidade de Serviços;
- | Comissão de Controlo da Infecção Hospitalar;
- | Comissão de Farmácia e Terapêutica;
- | Comissão de Coordenação Oncológica;
- | Comissão de Transfusão e Alternativas Transfusionais;
- | Comissão Técnica de Certificação da Conformidade da Interrupção da Gravidez;
- | Comissão de Normalização do Material de Consumo Clínico e Equipamentos;
- | Comissão de Sistemas de Informação;
- | Unidade Hospitalar de Gestão de Inscritos para Cirurgia;
- | Equipa de Gestão de Camas.

A composição de cada uma das comissões de apoio técnico, competências e síntese das atividades desenvolvidas constam do Regulamento Interno do CHP, homologado em 05/07/2013 pela Administração Regional de Saúde do Norte, nos artigos 11º ao 25º, aqui: <http://www.chporto.pt/ver.php?cod=000B>

D. FISCALIZAÇÃO⁵

1. Identificação do órgão de fiscalização correspondente ao modelo adotado e 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, 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 entidade deverá indicar os mandatos respetivos (o que saiu e o que entrou).

De acordo com o artigo 5º dos Estatutos – Anexo II do Decreto-Lei nº 233/2005 alterado e republicado pelo Decreto-Lei nº 12/2015 de 26 de janeiro, o órgão de fiscalização é o Fiscal Único. Ver o ponto D relativo ao Revisor Oficial de Contas abaixo.

No entanto, com as alterações introduzidas nos Estatutos pelo Decreto-Lei nº18/2017 de 10 de fevereiro, o CHP enquanto entidade de interesse público, nos termos do Regime da Lei nº 148/2015, deverá ter um Conselho Fiscal e 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 15º dos Estatutos nº2)

⁵ Relativamente ao Fiscal Único deverá ser prestada a informação a que se referem os pontos 3 e 4 b), c) e d) deste tópico C. Fiscalização e bem assim a informação a que se refere o tópico D. Revisor Oficial de Contas (ROC).



*Transparência e controle
do risco para a excelência
do Governo Societário*





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 15º nº3 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 (artigo 15º nº4 dos Estatutos).

Nestes termos, o CHP aguarda o Despacho(s) das nomeações do Conselho Fiscal e Revisor Oficial de Contas.

2. 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.

Como referido no ponto anterior, 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 15º nº3 dos Estatutos) pelo que se aguarda o Despacho(s) das nomeações do Conselho Fiscal e Revisor Oficial de Contas.

3. Apresentação de elementos curriculares relevantes de cada um dos membros do Conselho Fiscal, da Comissão de Auditoria, do Conselho Geral e de Supervisão ou da Comissão para as Matérias Financeiras e outros. Deverão especificamente ser indicadas as atividades profissionais exercidas, pelo menos, nos últimos 5 anos.

Elementos curriculares relevantes - Fiscal único: Rodrigo, Gregório & Associado, SROC, Lda., inscrita na Ordem dos Revisores Oficiais de Contas sob o nº170 e na CMVM sob o nº 20161474, representada pelo Dr. Rodrigo Mário de oliveira Carvalho, inscrito na Ordem dos Revisores Oficiais de Contas sob o nº 889 e na CMVM sob o nº 20160508, com domicílio profissional na Av. da República, 1629, 1º Esq., em Vila Nova de Gaia.

Habilitações Académicas

Licenciado em Economia pela Faculdade de Economia da Univ.do Porto, em 1973.

Pós-graduação em Contabilidade e Auditoria na Universidade do Minho, em 1998 (Parte escolar do Mestrado).

Curso Contabilista, ICP, IPP, em 1968

Curso de Perito Aduaneiro, ICP, IPP, em 1969

Atividade Profissional

Atividades docentes em auditoria – Professor coordenador Aposentado do ISCAP/IPP

Elementos curriculares relevantes - Fiscal único: Rodrigo, Gregório & Associado, SROC, Lda., inscrita na Ordem dos Revisores Oficiais de Contas sob o nº170 e na CMVM sob o nº 20161474, representada pelo Dr. Rodrigo Mário de oliveira Carvalho, inscrito na Ordem dos Revisores Oficiais de Contas sob o nº 889 e na CMVM sob o nº 20160508, com domicílio profissional na Av. da República, 1629, 1º Esq., em Vila Nova de Gaia.

Habilitações Académicas

Licenciado em Economia pela Faculdade de Economia da Univ.do Porto, em 1973.

Pós-graduação em Contabilidade e Auditoria na Universidade do Minho, em 1998 (Parte escolar do Mestrado).

Curso Contabilista, ICP, IPP, em 1968

Curso de Perito Aduaneiro, ICP, IPP, em 1969

Atividade Profissional

Atividades docentes em auditoria – Professor coordenador Aposentado do ISCAP/IPP

| Professor Coordenador no Instituto Superior de Contabilidade e Administração do Porto (IPP), desde 1998/2016:

| Como Coordenador da área de auditoria:

Coordenador da área de auditoria, ISCAP, IPP

Diretor do Curso de Mestrado de Auditoria (até 2014)

Membro do Conselho Técnico-Científico

| Como Docente (até janeiro de 2016):

Docente de Auditoria e Revisão de Contas e de Auditoria da Administração Pública, do Curso de Mestrado de Auditoria, IPP

Docente de Auditoria, do Curso de Licenciatura de Contabilidade e Administração, IPP

Orientador de teses e projetos profissionais, além da participação em júris externos diversos para graus académicos.

Como representante da OROC já participou em júri para título académico de especialista.

Atividades como revisor/auditor e consultor

| As atividades como Revisor Oficial de Contas /auditor inscrito na OROC sob o nº 889 e CMVM sob o nº20160508, sócio/partner da Sociedade Rodrigo, Gregório & Associado, SROC, Lda, Inscrita na OROC com o nº 170 e CMVM sob o nº 20161474, abrange as atividades relacionadas com auditorias financeiras e auditorias operacionais e de processos, e todas as atividades relacionadas.

| As atividades como consultor são também desenvolvidas em regime independente, abrangendo peritagens judiciais, avaliação de empresas, consultoria fiscal, etc.

| Como representante da sociedade de revisão de contas, exerce o cargo de revisor oficial de contas e fiscal único em dezenas de entidades e empresas que cobrem uma gama considerável de setores de atividades

(mais de 25), públicas e privadas, de base geográfica nacional.

| Neste domínio exerce funções de fiscal único em várias entidades de interesse público;

| Exerceu funções de gestão financeira e controlo orçamental e de gestão até 1995.

Associações Profissionais

| Inscrito na OROC e na CMVM, como sócio/partner de SROC, sob os nºs 170/20161474.

| Inscrito na OROC e na CMVM, como Revisor Oficial de Contas, sob o nºs 889/20160508.

| Inscrito na OTOC, como Técnico Oficial de Contas, sob o nº 13917

Elementos curriculares relevantes do Fiscal Único suplente, Dr. Jorge Manuel da Silva Baptista Pinto,

| Licenciatura em Economia pela Faculdade de Economia do Porto (1986);

| Revisor Oficial de Contas desde 1999;

| Durante a sua atividade profissional foi responsável financeiro e consultor económico e financeiro de várias empresas;

| Início da atividade profissional como auditor numa grande empresa internacional de auditoria.

4. 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:

O funcionamento do Fiscal Único decorre das suas competências, constantes do artigo 16º dos estatutos do CHP- anexo II do Decreto-lei nº233/2005 alterado e republicado pelo Decreto-lei nº12/2015 de 26 de janeiro.

Entretanto com as alterações introduzidas nos Estatutos pelo Decreto-Lei nº18/2017 de 10 de fevereiro, o CHP enquanto entidade de interesse público, nos termos do Regime da Lei nº 148/2015, deverá ter um Conselho Fiscal e 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 15º dos Estatutos nº2).

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 15º nº3 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 (artigo 15º nº4 dos Estatutos).

Nestes termos, o CHP aguarda o Despacho(s) da nomeação do Conselho Fiscal e do Revisor Oficial de Contas.

E. REVISOR OFICIAL DE CONTAS (ROC)

1. Identificação, membros efetivo e suplente, da Sociedade de Revisores Oficiais de Contas (SROC), do 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 e indicação do número de anos em que o ROC exerce funções consecutivamente junto da entidade e/ou grupo. Caso tenha ocorrido alteração de mandato durante o ano em reporte, a entidade deverá indicar os mandatos respetivos (o que saiu e o que entrou).

Mandato 2016-2018

Identificação do ROC, Fiscal Único Efetivo: Dr. Rodrigo Mário de Oliveira Carvalho, inscrito na Ordem dos Revisores Oficiais de Contas sob o nº 889 e na CMVM sob o nº 20160508.

Identificação da SROC: Rodrigo, Gregório & Associado, SROC, Lda., inscrita na Ordem dos Revisores Oficiais de Contas sob o nº170 e na CMVM sob o nº 20161474.

Identificação do ROC, Fiscal Único Suplente: Dr. Jorge Manuel da Silva Baptista Pinto, inscrito na Ordem dos Revisores Oficiais de Contas sob o nº 1086 e na CMVM sob o nº 20160698.

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

O ROC iniciou funções em dezembro para o mandato de 2016-2018 e o tempo decorrido corresponde ao período com início em 29/12/2016, não atingindo as limitações legais estabelecidas nos Estatutos no nº 4 do artigo 17º do Decreto-lei 18 de 10 de Fevereiro de 2017, onde se refere: "4 — O mandato do fiscal único tem a duração de três anos, renovável apenas uma vez" e "6 — Cessando o mandato, o fiscal único mantém -se em exercício de funções até à designação de novo titular ou 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 entidade/grupo, bem como indicação do número de anos em que o ROC presta serviços nesta entidade, incluindo o ano a que se refere o presente relatório, bem assim como a remuneração relativa ao ano em referência, apresentados segundo os formatos seguintes:

Em 29/12/2016 o Despacho SEATF nº 1523/2016 nomeou o atual Fiscal Único para o mandato 2016-2018, pelo que exerce funções consecutivamente há 1 ano. A remuneração em 2017 foi de 12.189,99 euros, a qual acresce IVA à taxa legal em vigor.

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

Nem a SROC, nem o ROC que representa a SROC, prestaram ou prestam quaisquer outros serviços ao CHP, EPE. Relativamente aos cargos exercidos fora do CHP, estão descritos no ponto V.D.3 e V.E.1 deste relatório.

F. AUDITOR EXTERNO

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 entidade 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. Explicitação² 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 entidade e/ou para entidades 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 entidade e/ou por pessoas coletivas em relação de domínio ou de grupo ao auditor e a outras pessoas singulares ou coletivas pertencentes à mesma rede e discriminação da percentagem respeitante aos seguintes serviços.

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



VI.

ORGANIZAÇÃO INTERNA

A. ESTATUTOS E COMUNICAÇÕES

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

Os Estatutos do CHP encontram-se no ANEXO II do Decreto-Lei nº233/2005 de 29 de dezembro, alterado e republicado pelo Decreto-Lei nº18/2017 de 10 de fevereiro.

O CHP é uma EPE (Entidade Pública Empresarial), integrada no Setor Público Empresarial regendo-se pelo Decreto-Lei nº233/2005, alterado e republicado pelo Decreto-Lei nº18/2017 de 10 de fevereiro. Nesta conformidade as alterações aos estatutos são feitas ao abrigo do disposto no Decreto-Lei nº133/2013, de 3 de outubro, alterado pela Lei nº75-A/2014, de 30 de setembro, e nos termos da alínea a) do nº1 do artigo 198º da Constituição, como referido no preâmbulo do Decreto-Lei nº18/2017 de 10 de fevereiro.

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

O Centro Hospitalar do Porto (CHP) orienta a sua atividade por valores de responsabilidade, integridade, transparência e ética. De forma complementar a estes princípios institucionais, o CHP tem definidas orientações de conduta claras para todos os profissionais, órgãos e quadros dirigentes, divulgadas através do seu código de ética.

Por outro lado, os Estatutos do CHP consagram os princípios de uma política interna de comunicação de irregularidades, criando deste modo mais condições para fomentar uma cultura de maior transparência e responsabilização.

Deste modo, assente nos princípios orientadores definidos nos Estatutos constantes do anexo II do Decreto-Lei nº18/2017 de 10 de fevereiro, nomeadamente no artigo 20º, nº1 e nº4 e no artigo 19º, nº2, alínea b), mediante proposta do Serviço de Auditoria Interna (SAI), o Conselho de Administração (CA) aprovou em 17/02/2016 o regulamento que define as regras e procedimentos da comunicação interna de irregularidades do CHP e que se encontra implementado à data de elaboração do presente relatório.

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

O CHP tem um Plano de Gestão de Risco de Corrupção e Infrações Conexas, elaborado de acordo com as recomendações do Tribunal de Contas. O Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas encontra-se em atualização. O plano de gestão de risco é o instrumento de aplicação da política antifraude e corrupção onde estão identificados os potenciais riscos de corrupção e infrações conexas, em especial na área da contratação. Estão identificadas causas que podem dar origem a risco e definidos os controlos para a sua mitigação.



B. CONTROLO INTERNO E GESTÃO DE RISCOS

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

O CHP dispõe de um Sistema de Controlo Interno, competindo ao Conselho de Administração assegurar a sua implementação e manutenção e ao Auditor Interno a responsabilidade pela sua avaliação.

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

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;

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;

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.

O CHP tem um conjunto de Manuais de procedimentos administrativos e contabilísticos nas áreas seguintes: Contabilidade Geral/Orçamental/Analítica, Gestão de Imobilizado, Gestão de Compras, Gestão de Contas a Pagar, Gestão de Recursos Humanos, Gestão de Contas a Receber, Produção, Logística e Gestão de Tesouraria. Estes manuais têm como objetivo estabelecer e divulgar de forma sistemática, simples e coerente os procedimentos de controlo interno aprovados e em uso dos principais processos do CHP. Os manuais foram elaborados a partir das orientações da ACSS, que estabeleceu e divulgou as melhores práticas de controlo em relação aos principais processos - tendo presente a segregação de funções e o impacto operacional e financeiro - da atividade hospitalar, de forma a permitir aos hospitais o desenvolvimento dos seus próprios manuais de procedimentos e a implementação e sistematização de um sistema de controlo interno.

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

Enquadrado no Processo de Acreditação de Qualidade, na unidade do Hospital Santo António existe o Manual de Políticas e Procedimentos (MPP) disponível no Portal Interno, cuja extensão às outras unidades se vai fazendo de forma gradual.

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

Código de Ética.

Regulamento Interno.

Manuais de Procedimentos Administrativos e Contabilísticos.

Segregação de Funções.

Reuniões trimestrais de Quadros - Diretores/Responsáveis de Serviço, de apresentação de resultados trimestrais pelo Conselho de Administração e discussão com os Serviços/Departamentos.

Gestão de riscos clínicos e não clínicos, através do Departamento da Qualidade, de modo a melhorar a qualidade da resposta do CHP e a minorar os riscos para doentes, profissionais e população.

Acreditação Internacional da Qualidade pelo CHKS (com Manual de Políticas e Procedimentos dos diversos Serviços/departamentos envolvidos, divulgado no portal interno).

Certificação para doze dos serviços com maior risco e exigência de qualidade e segurança (NPEN ISO 9001).

Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas.

Regulamento de Comunicação Interna de irregularidades.

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

Compete ao Conselho de Administração assegurar a implementação e manutenção sistema de controlo interno e de comunicação de irregularidades, do qual faz parte a implementação de sistema de gestão e controlo de risco, e ao auditor interno a responsabilidade pela sua avaliação, como mencionam o nº1, nº2 e nº3 do artigo 19º do Decreto-Lei nº18/2017.

O CHP tem o Serviço de Auditoria Interna de acordo com o artigo 19º do Decreto-Lei nº18/2017 de 10 de fevereiro.

O Serviço de auditoria Interna do CHP é constituído unicamente pela Auditora Interna, Sofia Cancela Pires.

Ao Serviço de Auditoria Interna compete a análise e a avaliação dos processos de controlo interno e de gestão de risco nos domínios contabilístico, financeiro, operacional, informático e de recursos humanos, contribuindo para o seu aperfeiçoamento contínuo. Ao serviço de auditoria interna compete em especial:

- a) Fornecer ao conselho de administração 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 hospital 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.

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

No âmbito da política de melhoria contínua da qualidade e da atividade do Departamento da Qualidade, o CHP dispõe de um plano e orçamento plurianuais, assim como documentos anuais obrigatórios, plano, orçamento e relatório de gestão, a submeter à aprovação do Conselho de Administração. Relativamente ao Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas o mesmo encontra-se em fase atualização e melhoria. A política de risco tem por base a avaliação do risco, realizada de acordo com as normas internacionalmente aceites sobre gestão de risco. Na sequência dessa avaliação o risco será priorizado com base na probabilidade e impacto. Serão identificadas as causas que podem dar origem ao risco, o tipo de resposta (aceitar, reduzir, transferir ou eliminar) e definidos os controlos adequados à sua mitigação.

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

O Serviço de Auditoria Interna do CHP depende, em termos orgânicos, do Presidente do Conselho de Administração.

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

O CHP tem áreas funcionais específicas com competências no controlo de riscos operacionais, clínicos, não clínicos e riscos gerais, nomeadamente:

O Gabinete de Governação Clínica (GGC) – Ao GGC 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 qualidade de vida dos doentes. Em articulação com o Gabinete de Higiene e Segurança (GHS) tem como competência: identificar, analisar e hierarquizar os riscos presentes na Instituição. Define as prioridades de ação face aos critérios de aceitabilidade e de controlo desses riscos, sua probabilidade de ocorrência e potencial impacto com base no programa de registo e análise de falhas de segurança inerentes à prática corrente dos cuidados de saúde.

O Gabinete de Higiene e Segurança (GHS) – Ao GHS compete a definição de uma política integrada de risco, higiene e segurança para a instituição bem como pela sua implementação.

O Serviço de Saúde Ocupacional e Medicina Familiar (SSOMF) – O SSOMF tem a responsabilidade de garantir a todos os profissionais a promoção e prevenção da saúde nos locais de trabalho, condicionado pelo contexto da organização, ambiente e os riscos profissionais.

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

Os riscos no CHP entendem-se do seguinte modo:

- a) Riscos clínicos, sob a alçada do GGC e que são os que decorrem da atividade clínica e são suscetíveis de afetar negativamente a saúde e a qualidade de vida do doente.
- b) Riscos gerais, os que são globais e afetam todas as atividades do hospital, incluídos na ação do GHS: 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.
- c) Riscos de gestão: Riscos inerentes e de controlo interno dos principais processos de Produção, Gestão de Compras, Logística, Contabilidade Geral/Orçamental/Analítica, Gestão de Imobilizado, Gestão de Contas a



Pagar, Gestão de Recursos Humanos, Gestão de Contas a Receber e Gestão de Tesouraria; Riscos financeiros, incluindo o de ter prejuízo e desequilíbrio económico-financeiro persistente; Riscos da informação (sua gestão, preservação e garantia de confidencialidade), Riscos de imagem e credibilidade externa e Riscos de Compliance.

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

O Gabinete de Governação Clínica (GGC) 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 GGC e tem, na sua essência, a identificação proactiva e reativa de aspetos críticos para a segurança do doente, a análise sistemática e de causa-efeito dos mesmos e o estabelecimento de estratégias para a sua minimização e controlo. Está formalmente nomeado um Gestor de Risco Clínico integrado no GGC. O GGC coordena a Comissão de Farmacovigilância e colabora com a Comissão de Proteção contra Radiação. O Gestor de Risco Clínico integra a Comissão de Transfusão e Alternativas Transfusionais e colabora com a Comissão de Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos (CCIRA).

Existe no CHP 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 respeitante às atividades do InQS mais diretamente relacionadas com o GGC, participa na realização de auditorias de Risco Clínico no seu Serviço e colabora na identificação de áreas a melhorar. Trimestralmente, o DQ reúne com os InQS para divulgação da análise dos resultados das auditorias em curso e identificação de novas áreas a tratar e difusão de informações relacionadas.

Prevenção do Risco Clínico. A intervenção na prevenção do risco clínico e inerente promoção da segurança do doente é uma área de intervenção complexa, multifatorial e multidisciplinar. Destacamos o papel crucial da formação dos profissionais nos temas da segurança do doente, o desenvolvimento de protocolos e a implementação de normas de orientação clínica. Com base na identificação das necessidades formativas institucionais e individuais sobre a segurança e qualidade, o GGC participa anualmente com o Departamento de Ensino, Formação e Investigação (DEFI) na elaboração do plano de formação de interesse institucional aprovado pelo Conselho de Administração.

No âmbito documental, foi construída 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 CHP. 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 imposições externas de organismos superiores nesta matéria, a Organização Mundial de Saúde, o Ministério da Saúde e a DGS e a imposições internas que resultam da identificação, caracterização e priorização de áreas individualizadas.

Na identificação das áreas críticas para a Gestão de Risco, realçamos o papel da notificação espontânea de eventos pelo sistema de notificação, disponível no CHP 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.

As auditorias clínicas desempenham um papel fundamental em todas as fases da gestão do risco clínico. Desenvolvemos um plano de auditorias que procura responder à priorização das áreas identificadas incluindo naturalmente as áreas mais críticas. Salientamos em seguida algumas áreas onde o plano de auditorias tem incidência.

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 Gabinete de Governação Clínica.

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

Relativamente ao processo de informação financeira o sistema de controlo interno do CHP abrange as áreas da Contabilidade Geral/Orçamental/Analítica, Gestão de Contas a Pagar, Gestão de Contas a Receber e Gestão de Tesouraria, formalizado em manuais administrativos e contabilísticos. 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:

- Manuais administrativos e contabilísticos que formalizam as regras e procedimentos de controlo instituídos e

existem ainda, complementarmente, instruções de trabalho e outros procedimentos mais específicos.

| 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, o CHP tem instituído submeter aos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde, os seguintes elementos:

- Os planos de atividades e os orçamentos, até ao final do mês de novembro de cada ano;
- Os documentos de prestação de contas, até ao final do mês de março de cada ano;
- Os indicadores de atividade, económico-financeiros, de recursos humanos e outros definidos pelos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde, com a periodicidade que for estabelecida. Por outro lado, como refere o artigo 11º do Decreto-Lei nº18/2017.

| Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas.

C. REGULAMENTOS E CÓDIGOS

1. Referência sumária aos regulamentos internos aplicáveis e regulamentos externos a que a entidade está legalmente obrigada, com apresentação dos aspetos mais relevantes e de maior importância. Indicação da hiperligação do sítio na internet da entidade onde estes elementos se encontram disponíveis para consulta.

O CHP, EPE é uma pessoa coletiva de direito público de natureza empresarial, dotado de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, criado e modificado pelos diplomas legais seguintes:

Decreto-Lei nº326/2007 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 nº30/2011 de 2 de março, que altera o Centro Hospitalar do Porto EPE, por fusão do Centro Hospitalar do Porto, EPE e do Hospital Joaquim Urbano;

Decreto-Lei nº 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.

No que diz respeito à atividade desenvolvida pelo CHP, é enquadrada pela seguinte legislação:

| Estatutos - anexo II do Decreto-Lei nº18/2017 de 10 de fevereiro.

| Decreto-Lei nº 133/2013, de 3 de outubro, alterado pela Lei nº 75 -A/2014, de 30 de setembro, com as últimas alterações da Lei nº 42/2016, 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 nº 48/90, de 24 de agosto (Lei de Bases da Saúde) com as alterações da Lei nº 27/2002, de 8 de novembro que aprovou o novo regime jurídico da gestão hospitalar e procedeu à primeira alteração à Lei nº 48/90, de 24 de agosto.

| Lei nº 27/2002, de 8 de novembro que aprovou o Regime jurídico da gestão hospitalar com as alterações do Decreto-Lei nº 18/2017, de 10 de fevereiro.

| Decreto-Lei nº 11/93 de 15 de janeiro - Estatuto do Serviço Nacional de Saúde.

Em matéria de aquisições de bens e serviços, o CHP EPE rege-se pelo Código dos Contratos Públicos, aprovado pelo Decreto-Lei 18/2008, com as alterações da Retificação nº 42/2017, que estabelece a disciplina aplicável à contratação pública e o regime substantivo dos contratos públicos que revistam a natureza de contrato administrativo. Desde 2012, o CHP encontra-se abrangido pela Lei dos Compromissos e dos Pagamentos em Atraso (LCPA) (Lei nº 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. Em 2015 a Lei nº 8/2012, de 21 de fevereiro foi alterada e republicada pela Lei nº 22/2015 de 17 março.

Na sequência da aprovação da LCPA, veio o Decreto-Lei nº 127/2012, de 21 de junho disciplinar os procedimentos necessários à aplicação da LCPA e à operacionalização da prestação de informação.

O Decreto-Lei nº 127/2012, de 21 de junho em 2015 foi alterado e republicado pelo Decreto-Lei nº 99/2015 de 2 de junho.

No âmbito de regulamentação interna, o Regulamento Interno do CHP homologado em 05/07/2013 pelo Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde Norte, IP, está disponível no sítio da internet em www.chporto.pt.

Na sequência da alteração aos estatutos, nomeadamente pelo Decreto-Lei nº 18/2017 de 10 de fevereiro está em elaboração o novo Regulamento Interno.



Existem diversos procedimentos e instruções de trabalho, bem como outra documentação de suporte ao funcionamento dos Serviços/Departamentos. Em particular na unidade do Hospital Santo António existe o Manual de Políticas e Procedimentos (MPP) disponível no Portal Interno, enquadrado no Processo de Acreditação de Qualidade, cuja extensão às outras unidades se vai fazendo de forma gradual.

Com o objetivo de estabelecer e divulgar de forma sistemática, simples e coerente o Sistema de Controlo Interno, o CHP tem Manuais de procedimentos administrativos e contabilísticos dos principais processos, aprovados e em uso nas áreas seguintes: Contabilidade Geral/Orçamental/Analítica, Gestão de Imobilizado, Gestão de Compras, Gestão de Contas a Pagar, Gestão de Recursos Humanos, Gestão de Contas a Receber, Produção, Logística e Gestão de Tesouraria. Os manuais foram elaborados a partir das orientações da ACSS, que estabeleceu e divulgou as melhores práticas de controlo em relação aos principais processos - tendo presente a segregação de funções e o impacto operacional e financeiro - da atividade hospitalar, de forma a permitir aos hospitais o desenvolvimento dos seus próprios manuais de procedimentos e a implementação e sistematização de um sistema de controlo interno.

2. Referência à existência de um código de ética, com a data da última atualização, que contemple exigentes comportamentos éticos e deontológicos. Indicação onde este se encontra disponível para consulta, assim como indicação da forma como é efetuada a sua divulgação junto dos seus colaboradores, clientes e fornecedores. Informação sobre as medidas vigentes tendo em vista garantir um tratamento equitativo junto dos seus clientes e fornecedores e demais titulares de interesses legítimos, designadamente colaboradores da entidade, ou outros credores que não fornecedores ou, de um modo geral, qualquer entidade que estabeleça alguma relação jurídica com a entidade (vide artigo 47.º do RJSPE). Indicação se o código de ética foi elaborado ou não tendo em conta a normas portuguesas NP 4460-1:2007 "Ética nas organizações Parte 1: Linhas de orientação para o processo de elaboração e implementação de códigos de ética nas organizações" e NP 4460-2:2010 "Ética nas organizações Parte 2: Guia de orientação para a elaboração, implementação e operacionalização de códigos de ética nas organizações".

O CHP tem Código de Ética que pode ser consultado em www.chporto.pt. Para além de estar disponível no site, o Código de Ética está divulgado no portal interno do CHP, acessível a todos os colaboradores (artigo 47º do Decreto-Lei nº133/2013).

O Código de ética foi atualizado e aprovado pelo CA em 27 de setembro de 2017.

O Código de ética é aplicável a todos os profissionais. Tal como é transmitido no Código de Ética, os colaboradores do CHP comprometem-se a respeitar as leis e os regulamentos aplicáveis à sua atividade em vigor na Instituição; a promover entre si o espírito de equipa, lealdade, solidariedade e colaboração, com vista ao adequado desempenho da 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 terceiros por um espírito de estreita cooperação, designadamente através da prestação de informações, sem prejuízo dos deveres de reserva profissional.

No atendimento ao público deve ser salvaguardada: uma 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 exata 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, de modo a assegurar que o cidadão está consciente dos seus direitos e deveres, tendo sempre presente as suas circunstâncias individuais, designadamente a capacidade para compreender a informação que lhe é prestada e os esclarecimentos para consentir ou aceitar qualquer proposta de intervenção de saúde, quando aplicável; a informação prestada é compreendida quando o cidadão não domina a língua portuguesa e a informação aos cidadãos sobre os meios através dos quais podem exercer o seu direito de participação.

O Código de Ética foi elaborado de acordo com as diretivas emitidas pela **Ministério da Saúde através do Despacho nº 9456-C/2014 – Enquadramento de Principios Orientadores do Código de ética dos serviços e organismos do Ministério da Saúde.**

3. Referência à existência do Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PGRIC) para prevenir fraudes internas (cometida por um Colaborador ou Fornecedor de Serviços) e externas (cometida por Clientes ou Terceiros), com a data da última atualização, assim como a identificação das ocorrências e as medidas tomadas para a sua mitigação. Indicação relativa ao cumprimento da legislação e da regulamentação em vigor relativo à prevenção da corrupção e sobre a elaboração do Relatório Identificativo das Ocorrências, ou Risco de Ocorrências (vide alínea a) do n.º 1 do artigo 2.º da Lei n.º 54/2008, de 4 de setembro). Indicação da hiperligação para acesso direto ao sítio na internet da entidade onde se encontra publicitado o respetivo Relatório Anual de Execução do PGRIC (vide artigo 46.º do RJSPE).

O CHP tem um Plano de Gestão de Risco de Corrupção e Infrações Conexas, elaborado de acordo com as recomendações do Tribunal de Contas. Na sequência das recomendações do relatório de avaliação do Serviço de Auditoria Interna em 2016, o plano encontra-se em atualização e melhoria, nomeadamente aperfeiçoamento da área da contratação pública, recomendações posteriores do Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC), cumprimento do artigo 46º do Decreto-Lei nº133/2013, legislação e regulamentação em vigor sobre prevenção da corrupção e elaboração de relatório identificativo das ocorrências, ou risco de ocorrências.

D. DEVERES ESPECIAIS DE INFORMAÇÃO

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

Para cumprimento dos deveres de obrigação de divulgação de informação, previstas no artigo nº44º do Decreto-Lei nº133/2013 de 3 de outubro, o CHP utiliza as plataformas de reporte de dados do SIRIEF – Sistema de Recolha de Informação Económica e Financeira, os serviços online da ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde, o site institucional e site do SNS www.sns.gov.pt

Para cada alínea indica-se a hiperligação para o site institucional.

a) Prestação de garantias financeiras ou assunção de dívidas ou passivos de outras entidades, 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;

<http://www.chporto.pt/ver.php?cod=000E>

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

<http://www.chporto.pt/ver.php?cod=000H>

d) Orçamento anual e plurianual;

<http://www.chporto.pt/ver.php?cod=000H>

e) Documentos anuais de prestação de contas;

<http://www.chporto.pt/ver.php?cod=000E>

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

<http://www.chporto.pt/ver.php?cod=000E>

2. Indicação da plataforma utilizada para cumprimento dos deveres de transparência a que a entidade se encontra sujeita, nomeadamente os relativos a informação a prestar anualmente ao titular da função acionista e ao público em geral sobre o modo como foi prosseguida a sua missão, 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 (vide n.º 1 do artigo 45.º do RJSPE).

As plataformas utilizadas são o SIRIEF – Sistema de Recolha de Informação Económica e Financeira, os serviços online da ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde, o site Institucional do CHP e o site do SNS.

O CHP publica toda a informação relevante no seu site, nomeadamente a publicação do Relatório e Contas, o Relatório de Governo Societário e o Relatório Anual do Acesso a Cuidados de Saúde. O CHP, remete ainda toda a informação solicitada para a publicação no site do Setor Empresarial do Estado.

E. SÍLIO NA INTERNET

1. Indicação do(s) endereço(s) utilizado(s) na divulgação dos seguintes elementos sobre a entidade (vide artigo 53.º do RJSPE):

O sítio da internet do CHP é o seguinte: www.chporto.pt.

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

<http://www.chporto.pt/ver.php?cod=0A0F>

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

<http://www.chporto.pt/ver.php?cod=0O0A>

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

<http://www.chporto.pt/ver.php?cod=0O0D>

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

<http://www.chporto.pt/ver.php?cod=0O0E>

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

<http://www.chporto.pt/ver.php?cod=0O0D>

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

<http://www.chporto.pt/ver.php?cod=0O0D>

F. PRESTAÇÃO DE SERVIÇO PÚBLICO OU DE INTERESSE GERAL

1. Referência ao contrato celebrado com a entidade pública que tenha confiado à entidade a prestação de um serviço público ou de interesse geral, respeitante à remuneração dessa atividade (vide 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).

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. Referência às propostas de contratualização da prestação de serviço público apresentadas ao titular da função acionista e ao membro do governo responsável

pelo respectivo setor de atividade (vide n.ºs 1, 2 e 4 do artigo 48.º do RJSPE), das quais deverão constar os seguintes elementos: Associação de metas quantitativas a custos permanentemente auditáveis; Modelo de financiamento, prevendo penalizações em caso de incumprimento; Critérios de avaliação e revisão contratuais; Parâmetros destinados a garantir níveis adequados de satisfação dos utentes; Compatibilidade com o esforço financeiro do Estado, tal como resulta das afetações de verbas constantes do Orçamento do Estado em cada exercício; Metodologias adotadas tendo em vista a melhoria contínua da qualidade do serviço prestado e do grau de satisfação dos clientes ou dos utentes. A entidade deve apresentar evidência do seguinte:

Em consonância com o referido no ponto anterior, este ponto não é aplicável.

a. que elaborou uma proposta de contratualização da prestação de serviço público;

Em consonância com o referido no ponto anterior, esta alínea não é aplicável.

b. que essa proposta foi apresentada ao titular da função acionista e ao membro do Governo responsável pelo respectivo setor de atividade; e

Em consonância com o referido no ponto anterior, esta alínea não é aplicável.

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

Em consonância com o referido no ponto anterior, esta alínea não é aplicável.

VII.

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 entidade.

Esta matéria é regulada pelo disposto no artigo 28º do Estatuto do Gestor Público, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de março, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 8/2012, de 18 de janeiro, 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 a Resolução do Conselho de Ministros 34/2017, de 2 de março que nomeou o Conselho de Administração do CHP para o triénio 2017-19, 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, alterada pelas Resoluções do Conselho de Ministros n.ºs 97/2012, de 21 de novembro, 45/2013, de 19 de julho, e 48/2013, de 29 de julho". Refere ainda que "Foi ouvida, nos termos do n.º 3 do artigo 13.º do Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de março, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 8/2012, de 18 de janeiro, e alterado pelo Decreto-Lei n.º 39/2016, de 28 de julho, a Comissão de Recrutamento e Seleção para a Administração Pública, que se pronunciou favoravelmente sobre as nomeações constantes da presente resolução."

No que respeita à remuneração do Fiscal Único, esta foi fixada pelo Despacho SEATF nº 1523/2016.

2. Identificação dos mecanismos⁸ adotados para prevenir a existência de conflitos de interesses, atuais ou potenciais, entre os membros de órgãos ou comissões societárias e a entidade, designadamente na aprovação de despesas por si realizadas (vide artigo 51.º

⁸ Mecanismos diversos dos inerentes à evidenciação ou menção a que se refere o ponto 3, seguinte.



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 51º do Decreto-Lei nº133/2013 de 3 de outubro, foram efetuadas as declarações de independência dos membros do Conselho de Administração.

Para além das declarações anteriores e de acordo com o Estatuto do Gestor Público no seu art.º22, nº8 e o nº1 do art.º 11º da Lei nº64/93, de 26 de agosto foram remetidas à Procuradoria-Geral da República declarações de inexistência de incompatibilidades ou impedimento para o exercício de funções dos membros do Conselho de Administração.

3. Evidenciação ou menção de que resulte inequívoco o 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

As declarações de independência dos membros do Conselho de Administração foram elaboradas de acordo com o artigo 51º do Decreto-Lei nº133/2013, sendo apresentadas em anexo ao presente documento.

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.

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, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 8/2012, de 18 de janeiro. 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.

No que se refere à remuneração do Fiscal Único é fixada por Despacho da SEATF, no caso atual pelo Despacho n.º 1523/2016-SEATF.

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 entidade.

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 entidade, proveniente da entidade, 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:

O CHP deu cumprimento à manutenção da redução em 5% da remuneração fixa mensal ilíquida dos gestores públicos, nos termos do artigo 12º da Lei nº 12-A/2010 de 30 de junho, bem como ao previsto na Lei nº 42/2016, de 28 de dezembro.

Membro do Órgão de Administração	Estatuto do Gestor Público			
	Fixado (S/N)	Classificação (A/B/C)	Vencimento	Despesas de Representação
Paulo Jorge Barbosa Carvalho	S	B	4.997,60	1.663,00
Élia do Céu Costa Gomes	S	B	3.891,00	1.556,00
Rui Manuel Oliveira Pedroso	S	B	3.891,00	1.556,00
José Fernando da Rocha Barros	S	B	4.997,60	1.556,00
Alfredo Eduardo Argulho Alves	S	B	3.891,00	1.556,00

Membro do Órgão de Administração	Remuneração Anual 2017 (€)				
	Fixa (1)	Variável (2)	Valor Bruto (3) = (1) + (2)	Reduções Remuneratórias (4)	Valor Bruto Final (5) = (3) - (4)
Paulo Jorge Barbosa Carvalho	89.840,70€		89.840,70€	4.492,15€	85.348,55€
Élia do Céu Costa Gomes	73.146,00€		73.146,00€	3.657,27€	69.488,73€
Rui Manuel Oliveira Pedroso	73.146,00€		73.146,00€	3.657,27€	69.488,73€
José Fernando da Rocha Barros	88.556,70€		88.556,70€	4.403,47€	84.153,23€
Alfredo Eduardo Argulho Alves	73.146,00€		73.146,00€	3.657,40€	69.488,60€
			397.835,40€	19.867,56€	377.967,84€

Nota CHP: Coluna Fixa - inclui Rem Base, Despesas de Representação, Subsídio de Férias e Subsídio de Natal

(1) O valor da remuneração Fixa corresponde ao vencimento+despesas de representação (sem reduções).

(4) redução prevista no artigo 12º da Lei nº 12-A/2010, de 30 de junho.

Membro do Órgão de Administração	Benefícios Sociais (€)							
	Subsídio de Refeição		Regime de Proteção Social		Encargo Anual Seguro de Saúde	Encargo Anual Seguro de Vida	Outros	
	Valor / Dia	Montante pago Ano	Identificar	Encargo Anual			Identificar	Valor
Paulo Jorge Barbosa Carvalho	4,52 € - a partir de 1 de janeiro € 4,77 € a partir de 1 de agosto.	1.068,37€	CGA	20.274,00€	0,00€	0,00€		
Élia do Céu Costa Gomes	4,52 € - a partir de 1 de janeiro € 4,77 € a partir de 1 de agosto.	972,70€	CGA	16.508,89€	0,00€	0,00€		
Rui Manuel Oliveira Pedroso	4,52 € - a partir de 1 de janeiro € 4,77 € a partir de 1 de agosto.	1.041,50€	SEGURANÇA SOCIAL	16.509,12€	0,00€	0,00€		
José Fernando da Rocha Barros	4,52 € - a partir de 1 de janeiro € 4,77 € a partir de 1 de agosto.	1.055,83€	CGA	20.230,00€	0,00€	0,00€		
Alfredo Eduardo Argulho Alves	4,52 € - a partir de 1 de janeiro € 4,77 € a partir de 1 de agosto.	1.039,23€	CGA	16.509,53€	0,00€	0,00€		
		5.177,63€		90.031,54€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€



Membro do Órgão de Administração	Encargos com Viaturas								
	Viatura Atribuída (S/N)	Celebração de Contrato (S/N)	Valor de Referência da Viatura (€)	Modalidade (1)	Ano Início	Ano Termo	Valor da Renda Mensal (€)	Gasto Anual com Rendas (€)	Prestações Contratuais Remanescentes (Nº)
Paulo Jorge Barbosa Carvalho	S	N	34.997,98€	Aquisição	2015	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Élia do Céu Costa Gomes	S	N	35.000,00€	Leasing	2007	2010	n.a.	n.a.	n.a.
Rui Manuel Oliveira Pedrosa	S	N	33.812,20€	Leasing	2008	2011	n.a.	n.a.	n.a.
José Fernando da Rocha Barros	S	N	34.900,00€	Leasing	2007	2010	n.a.	n.a.	n.a.
Alfredo Eduardo Argulho Alves	S	N	29.700,00€	Leasing	2006	2009	n.a.	n.a.	n.a.

Membro do Órgão de Administração	Gastos Anuais Associados a Deslocações em Serviço (€)				
	Deslocações em Serviço	Custo com Alojamento	Ajudas de Custo	Outros	
				Identificar	Valor
Paulo Jorge Barbosa Carvalho	185,91€	0,00€	0,00€		0,00€
Élia do Céu Costa Gomes	185,91€	0,00€	0,00€		0,00€
Rui Manuel Oliveira Pedrosa	243,91€	0,00€	0,00€		0,00€
José Fernando da Rocha Barros	0,00€	0,00€	0,00€		0,00€
Alfredo Eduardo Argulho Alves	0,00€	0,00€	0,00€		0,00€
					615,73€

FISCAL ÚNICO

Mandato (Início-Fim)	Cargo	Identificação SROC/ROC			Designação			Nº de Anos de Funções exercidas no grupo	Nº de Anos de Funções exercidas na sociedade
		Nome	Nº de Inscrição na OROC	Nº Registo na CMVM	Forma (1)	Data	Data do Contrato		
2016-2018	Fiscal Único Efetivo	RODRIGO, GREGÓRIO & ASSOCIADO, SROC, LDA.	SROC nº170/ROC nº889	20161474	Desp. SEATF nº1523/2016	12/29/2016	12/30/2016	1	1

O Despacho SETF nº 471/2012 proferido em 05/04/2012 nomeou o Fiscal Único para 2011-2013. O exercício efetivo de funções iniciou-se em abril de 2012 tendo o Fiscal Único emitido os pareceres relativos aos períodos de 2012 a 2015. Não tendo havido posteriormente despacho de nomeação ou recondução do Fiscal Único, o mesmo manteve-se em funções de acordo com o nº7 do artigo 15º do Decreto-Lei nº233/2005 alterado e republicado pelo Decreto-Lei nº12/2015 de 26 de janeiro. Entretanto, no dia 27 de junho de 2016 o Fiscal Único informou o Conselho de Administração da intenção de apresentar a renúncia ao cargo com comunicação à DGTF. O Conselho de Administração providenciou junto da DGTF no sentido de obter orientações e comunicou a situação através do ofício nº11389 de 4/10/2016 enviado à DGTF, à ACSS e ao Gabinete do Senhor Secretário de Estado da Saúde. Em 29/12/2016 o Despacho SEATF nº 1523/2016 nomeou o atual Fiscal Único para o mandato 2016-2018.

Nome ROC/FU	Valor Anual do Contrato de Prestação de Serviços - 2017 (€)			Valor Anual de Serviços Adicionais - 2017 (€)			
	Valor (1)	Reduções (2)	Valor Final (3) - (1)-(2)	Identificação do Serviço	Valor (1)	Reduções (2)	Valor Final (3) - (1)-(2)
RODRIGO, GREGÓRIO & ASSOCIADO, SROC, LDA.	14.993,69 €	- €	4.993,69 €				

O CHP deu cumprimento ao previsto no n.º 1 do art.º 19º da Lei nº 42/2016, de dezembro, Orçamento do Estado para 2017, bem como ao previsto na Lei nº 25/2017, de 3 de março.

2. Indicação dos montantes pagos, por outras entidades em relação de domínio ou de grupo ou que se encontrem sujeitas a um domínio comum.

Não existem outras entidades 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 entidade, podendo ser feita remissão para ponto do relatório onde já conste esta informação.

O Fiscal Único auferiu em 2017, uma remuneração de 12.189,99 euros, a qual acresce IVA à taxa legal em vigor.

6. Indicação da remuneração no ano de referência dos membros da mesa da assembleia geral, podendo ser feita remissão para ponto do relatório onde já conste esta informação.

Não existe mesa da assembleia geral, pelo que esta informação não é aplicável.

VIII.

TRANSAÇÕES COM PARTES RELACIONADAS E OUTRAS

1. Apresentação de mecanismos implementados pela entidade para efeitos de controlo de transações com partes relacionadas⁹ e indicação das transações que foram sujeitas a controlo no ano de referência.

O CHP não tem partes relacionadas, não há nenhuma participação de capital em investimentos financeiros.

2. Informação sobre outras transações:

a) Procedimentos adotados em matéria de aquisição de bens e serviços;

As aquisições do CHP EPE regem-se pelos diplomas legais seguintes:

Decreto-Lei 18/2008, com todas as alterações introduzidas até à Retificação n.º 42/2017, de 30/11, que estabelece a disciplina aplicável à contratação pública e o regime substantivo dos contratos públicos que revistam a natureza de contrato administrativo;

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 de informação.

No que se refere à regulamentação interna, existe um Manual de Procedimentos Administrativos e Contabilísticos da Gestão de Compras com os procedimentos e controlos identificados para a minimização dos riscos inerentes a esta área. Este Manual foi definido a partir das orientações da ACSS, tendo sido já atualizado. O Manual continuará a ser revisto e atualizado para a melhor adaptação à realidade e às mudanças e exigências de controlo interno da área de compras do CHP.

b) Identificação das transações que não tenham ocorrido em condições de mercado;

Nada a assinalar.

c) Lista de fornecedores com transações com a entidade que representem mais de 5% dos fornecimentos e serviços externos (no caso de ultrapassar 1 milhão de euros).



Entidade	Valor 2017	NIF
Administração Regional de Saúde do Norte, IP	2.679.540,21€	503135593
ITAU - Ist. Técnico Alimentação, SA	2.389.017,12€	500142858
Santa Casa Misericórdia Porto	2.255.723,53€	500239894
SUCH - Serviço de Utiliz Comum dos Hospitais	2.175.318,94€	500900469
Iberdrola Portugal Unipessoal, LDA	2.052.408,24€	502124083

IX.

ANÁLISE DE SUSTENTABILIDADE DA ENTIDADE NOS DOMÍNIOS ECONÓMICO, SOCIAL E AMBIENTAL

1. Estratégias adotadas e grau de cumprimento das metas fixadas.

1.1 Otimização da performance produtiva, igualando, por serviço, o melhor resultado observado no biênio anterior.

Departamento/Indicador	Ano 2014	Ano 2015	Ano 2016	Ano 2017	Var. 2014-2015	Var. 2015-2016	Var. 2016-2017
Centro de Genética Médica Dr. Jacinto Magalhães							
Consultas Médicas	1 742	2 367	2 261	3 031	36%	-4%	34%
Centro de Transplantação							
Doentes Sidos	313	304	312	275	-3%	3%	-12%
Consultas Médicas	3 962	4 047	4184	4113	2%	3%	-2%
Dep. da Infância e Adolescência							
Doentes Sidos	2 092	2 258	2267	2191	8%	0%	-3%
Consultas Médicas	57 693	65 234	68854	72956	13%	6%	6%
Doentes Operados Ambulatório	637	626	634	709	-2%	1%	12%
Dep. da Mulher e da Medicina Reprodutiva							
Doentes Sidos	7 754	8 261	8474	8603	7%	3%	2%
Consultas Médicas	79 772	84 273	83639	84537	6%	-1%	1%
Doentes Operados Ambulatório	1 657	1 935	1853	2141	17%	-4%	16%
Dep. da Qualidade							
Consultas Médicas	6 357	6 504	6392	7161	2%	-2%	12%
Dep. de Anestesiologia, Cuidados Intensivos e Emergência							
Doentes Sidos	607	708	652	687	17%	-8%	5%
Consultas Médicas	17 334	17 168	16469	16040	-1%	-4%	-3%
Dep. de Cirurgia							
Doentes Sidos	7 614	7 054	7190	7151	-7%	2%	-1%
Consultas Médicas	91 388	92 311	92646	90486	1%	0%	-2%
Doentes Operados Ambulatório	5 150	5 055	5331	5326	-2%	5%	-0%
Dep. de Medicina							
Doentes Sidos	7 914	8 077	8588	8316	2%	6%	-3%
Consultas Médicas	192 694	203 207	206886	207956	5%	2%	1%
Doentes Operados Ambulatório	858	785	759	604	-9%	-3%	-20%
Dep. de Neurociências							
Doentes Sidos	4 128	4 085	4102	3983	-1%	0%	-3%
Consultas Médicas	122 609	122 264	124745	123129	-0%	2%	-1%
Doentes Operados Ambulatório	8 100	8 600	9123	9738	6%	6%	7%
Dep. de Ortopsiatria							
Doentes Sidos	3 148	3 295	3212	3123	5%	-3%	-3%
Consultas Médicas	49 111	49 060	48806	50839	-0%	-1%	4%
Doentes Operados Ambulatório	812	647	689	720	-20%	6%	4%

Departamento/Indicador	Ano 2014	Ano 2015	Ano 2016	Ano 2017	Var. 2014-2015	Var. 2015-2016	Var. 2016-2017
Dep. de Pedopsiquiatria e Saude Mental da Infancia e da Adolescencia							
Doentes Sidos	112	89	95	116	-21%	7%	22%
Consultas Médicas	20 999	21 510	19650	18931	2%	-9%	-4%
Urgencia e Emergencia							
Doentes Sidos	105	18	18	15	-83%	0%	-17%
Consultas Médicas				299			
Exterior							
Doentes Sidos			123	136	-	100%	200%
Total CHP							
Doentes Sidos	33 787	34 149	35 033	34 596	1%	3%	-1%
Consultas Médicas	643 661	667 945	674 532	679 478	4%	1%	1%
Doentes Operados Ambulatório	17 214	17 648	18 389	19 238	3%	4%	5%

No total do CHP a performance produtiva manteve-se com elevado desempenho tendo garantido o acesso aos doentes quer por uma variação positiva das consultas médicas quer dos doentes operados em ambulatório (+5%). A diminuição de 1% ocorrida nos Doentes Sidos é largamente compensada pelos doentes operados em ambulatório traduzindo-se numa situação eficiente e tecnicamente atualizada.

1.2 Redução do Consumo de Produtos Farmacêuticos e de Material de Consumo Clínico.

Indicador	Ano 2015		Ano 2016		Ano 2017		Var. 2015-2016		Var. 2016-2017	
	Total €	€/Doente Padrão	Total €	€/Doente Padrão	Total €	€/Doente Padrão	Total €	€/Doente Padrão	Total €	€/Doente Padrão
Produtos Farmacêuticos	86 492 546	886,4	90 438 938	907,1	99 739 708	1022,1	5%	2%	10%	13%
Medicamentos PAF	12 495 216	128,1	14 989 390	150,3	15 249 245	156,3	20%	17%	2%	4%
Medicamentos Hepatite C	2 670 594	27,4	417 728	4,2	4 028 031	41,3	-84%	-85%	864%	885%
Material de Consumo Clínico	23 954 183	245,5	26 461 767	265,4	28 227 954	289,3	10%	8%	7%	9%
Material de Consumo Hoteleiro	1 657 413	17,0	1 155 449	11,6	1 038 267	10,6	-30%	-32%	-10%	-8%
Outros Materiais de Consumo (Administrativo, Manutenção e Conservação, Alimentar)	1 090 669	11,2	1 168 677	11,7	1 214 833	12,4	7%	5%	4%	6%
Total Consumos	113 194 811	1 160,0	119 224 831	1195,9	130 220 762	1334,5	5%	3%	9%	12%

Objetivo não cumprido essencialmente por dois motivos:

- 1 - Redução significativa de notas de crédito (rappel, negociações comerciais, etc.) em resultado da deterioração financeira do hospital e da consequente relação com os fornecedores;
- 2 - Pela alteração do padrão de tratamento, por exemplo Hepatite C ou transformação da cirurgia tradicional em ambulatório e técnica associada, provoca aumento do Material de Consumo Clínico e consequente diminuição do material de consumo hoteleiro.

1.3 Redução da prescrição de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica.

Indicador	Ano 2015		Ano 2016		Ano 2017		Var. 2015-2016		Var. 2016-2017	
	Quantidade	Quantidade Ponderada	Quantidade	Quantidade Ponderada	Quantidade	Quantidade Ponderada	Quantidade	Quantidade Ponderada	Quantidade	Quantidade Ponderada
MCDT Realizados na Instituição	4 860 299	9 667 547	4 412 937	9 177 211	5 608 780	10 772 964	-9%	-5%	27%	17%
MCDT Realizados no Exterior	23 536	794 926	60 706	239 132	37 174	449 965	158%	-70%	-39%	88%
Total	4 883 835	10 462 473	4 473 643	9 416 343	5 645 954	11 222 930	-8%	-10%	26%	19%

Meta não cumprida uma vez que o recurso à realização no exterior cresceu substancialmente por via da inexistência de médicos radiologistas em número suficiente para um hospital da dimensão e complexidade do CHP.

Saliente-se ainda que o não cumprimento dos MCDT não realizados na instituição sofreu pela internalização das análises do ACeS Gondomar, cumprindo um designio do Ministério da Saúde e criando eficiências e poupanças no SNS como um todo, bem como a tentativa de cumprimento dos TMRG definidos pela tutela.



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 2015	Ano 2016	Ano 2017	Var. 2015-2016	Var. 2016-2017
Nº Camas Internamento*	706	726	756	3%	4%
Tx Ocupação	89,6%	94,9%	93,3%	6%	-2%
Demora Média**	7,4	7,9	8,3	7%	5%
Tx Realização Contrato-Programa***	96,0%	98,9%	100,4%	3%	1%
* Lotação média acumulada (exclui 34 berços).					
** Critérios do Contrato-Programa.					
*** SIICA 12-04-2016 (ano 2015); 27-07-2017 (ano 2016) e 05-04-2018 (ano 2017).					

Estratégia com grau de cumprimento superior a 100% uma vez que com uma demora média crescente, poderia levar a uma diminuição de doentes tratados. Assistiu-se a um reforço de camas e uma taxa de ocupação acima dos 90% ao que a taxa de execução do contrato programa atingiu os 100,4%.

1.5 Redução do custo unitário dos tratamentos por via da intensificação da utilização dos meios disponíveis, dentro dos limites da capacidade das equipas.

Indicador	Ano 2015	Ano 2016	Ano 2017*	Var. 2015-2016	Var. 2016-2017
Custo/Episódio de Urgência - Urgência	131,6 €	135,8 €	135,7 €	3,2%	-0,1%
Custo/Doente Tratado - Internamento	2 633,1 €	2 675,7 €	2 728,4 €	1,6%	2,0%
Custo/Consulta Externa - Consulta Externa	147,1 €	156,6 €	170,2 €	6,4%	8,7%
Custo/Sessão de Hospital Dia - Hospital Dia	203,5 €	210,5 €	346,2 €	3,4%	64,5%
Custo/Análise Ponderada - MCDT	4,0 €	4,8 €	4,3 €	19,8%	-12,0%
Custo/Exame Ponderado de Imagiologia	3,6 €	3,7 €	3,8 €	3,1%	2,7%
Custo/Ida ao Bloco Convencional	1 887,2 €	2 031,1 €	2 282,2 €	7,6%	12,4%
Custo/Cirurgia do Ambulatório	657,4 €	661,9 €	667,2 €	0,7%	0,8%
Custo/Dia de Internamento - Internamento	499,2 €	491,4 €	500,6 €	-1,5%	1,9%
* Dados a Novembro de 2017					

Estratégia global não cumprida com os crescimentos acima apresentados destacando-se o custo da sessão de Hospital Dia (+64%) em virtude da alteração da carteira de serviços, com forte aumento no tratamento de oncologia. Outra situação é o crescimento de 12,4% no bloco convencional, em virtude da ambulatorização de um conjunto de procedimentos (+5%), restando a realização em bloco convencional de procedimentos mais complexos e consequentemente mais onerosos.

1.6 Manutenção do CHP como entidade formadora certificada no suporte básico de vida o que permitiu a capacitação dos profissionais nesta área fundamental para os cuidados de saúde.

O CHP manteve-se em 2017 como entidade formadora certificada no suporte básico de vida (SBV), o que permitiu a capacitação dos profissionais nesta área fundamental para os cuidados de saúde. A manutenção de formadores internos para ministrar a maioria das ações foi uma das estratégias para redução da despesa com a formação institucional e que foi cumprida. Todas as ações de formação em SBV foram ministradas por formadores internos.

Em 2017, o CHP submeteu com sucesso a candidatura à tipologia de operações 3.30 do Programa Operacional Inclusão Social e Emprego (PO ISE), "Formação de Profissionais de Saúde". A medida vocacionou-se para o desenvolvimento de competências necessárias ao acompanhamento da modernização, da diversificação e da melhoria da qualidade das respostas dos serviços.

Formação Financiada obtida através do PO ISE - Tipologia de Operações 3.30

Número	Proposto	Aprovado
Cursos	83	75
Ações	374	351
Formandos	6342	6080

Indicador	Ano 2015	Ano 2016	Ano 2017	Var. 2015-2016	Var. 2016-2017
Nº Horas de Formação SBV	1 997	1 764	2 068	-11,7%	17,2%
Nº de Formandos SBV	542	493	454	-9,0%	-7,9%
% Formandos SBV / Total RH do CHP	13	12	10	-5,6%	-14,4%

Objetivo cumprido tendo o CHP aumentado o número de horas de formação.

A variação negativa no nº de formandos é apenas momentânea, uma vez que existe um controlo apertado das datas de validade dos certificados.

1.7 Manutenção de formadores internos para ministrar a maioria das ações como estratégia para redução da despesa com a formação institucional.

Indicador	Ano 2015	Ano 2016	Ano 2017	Var. 2015-2016	Var. 2016-2017
Nº Ações de Formação Internas totais (formação planeada e extra-plano solicitada pelos profissionais e chefias)	255	293	337	14,9%	15,0%
Nº de Formadores Internos para formação planeada e extra-plano solicitada pelos profissionais e chefias)	89	95	75	6,7%	-21,1%
% Formações dadas por Formadores Internos	89	88,7	75	-0,3%	-15,4%

Estratégia com grau de cumprimento superior a 100%, tendo o CHP reforçado com meios internos o nº de ações totais realizadas.

1.8 Na área de valorização curricular foi mantida a possibilidade da prática estatuto de bolseiro, destinado aos profissionais ligados a projetos académicos e a atribuição de bolsas de diferenciação curricular.

Indicador	Ano 2015	Ano 2016	Ano 2017	Var. 2015-2016	Var. 2016-2017
Nº Bolsas atribuídas a profissionais	31	30	45	-3,2%	50,0%
Verba atribuída para bolsas individuais (€)	39 700	43 000	29 650	8,3%	-31,0%
Verba atribuída a projetos de investigação (€)	30 000	30 000	30 000	0,0%	0,0%
Nº de Profissionais em doutoramento através da parceria com o ICBAS/UP	63	70	71	11,1%	1,4%
Nº de Profissionais com doutoramento concluído no ano em análise	8	6	13	-25,0%	116,7%
Nº de Profissionais doutorados em atividade na Instituição	55	62	80	12,7%	29,0%

Estratégia cumprida enquanto hospital universitário tendo o número de profissionais doutorados da entidade crescido 29%, com crescimento de 1,4% dos profissionais em doutoramento e de 117% do nº de conclusões de doutoramento em 2017.

1.9. Na área de I&D foi estabelecida e concretizada uma estratégia de realização de consórcios para investigação, possibilitando a competitividade. Existiu ainda a aposta em terapêuticas inovadoras sem custos acrescidos (ensaios clínicos) e o estímulo à aplicação de verbas como modo de gerar mais investigação.

Indicador	Ano 2015	Ano 2016	Ano 2017	Var. 2015-2016	Var. 2016-2017
Nº de Ensaios Clínicos	86	104	117	20,9%	12,5%
Receita emitida dos estudos de investigação (€)	1 483 039	1 653 824	1 579 108	11,5%	-4,5%
Receita cobrada dos estudos de investigação (€)	1 335 275	1 779 866	1 491 229	33,3%	-16,2%

Na área de I&D houve continuidade na aplicação de terapêuticas inovadoras através do aumento do número de ensaios clínicos. Estes, a par de estimular as melhores práticas de seguimento dos doentes, qualificam os profissionais e constituem fonte de financiamento. O financiamento obtido permitiu aos serviços investigação aplicada, e ao CHP a capacidade de disponibilizar verbas para proporcionar valorização curricular aos profissionais.



2. Políticas prosseguidas com vista a garantir a eficiência económica, financeira, social e ambiental e a salvaguardar normas de qualidade.

Política de Gestão Partilhada, assente nos seguintes pilares:

- a) Planeamento anual assente numa metodologia de construção *bottom-up* pressupondo a participação dos profissionais, níveis intermédios e gestão de topo, no respeito pelas linhas orientadoras definidas pela Tutela;
- b) Ciclo de planeamento encerrado pela celebração de contrato escrito, com níveis de produção estabelecidos, indicadores de acesso, qualidade e eficiência;
- c) Acompanhamento periódico da concretização da atividade e custos, assinalando desvios e estimulando correções, em sessões públicas, lideradas pelo órgão de gestão, com a presença dos responsáveis intermédios;
- d) 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;
- e) Monitorização de indicadores clínicos de benchmarking que promovam a supervisão ao nível da qualidade assistencial, eficiência e produtividade face aos hospitais similares;
- f) Acesso ao perfil de prescrição de medicamentos e de requisição de meios complementares de diagnóstico a todos os médicos (análise do perfil do indivíduo e comparação ao standard), respetivas hierarquias e responsáveis pela gestão, de forma a modelar comportamentos individuais à melhor prática baseada na evidência.

Política de Gestão da Qualidade e Estratégia de Concretização

A Política de Gestão da Qualidade configura para o CHP o compromisso de cumprir e fazer cumprir uma estratégia de concretização das diversas vertentes da política de qualidade através, nomeadamente:

I. Missão, Visão e Valores partilhados e assimilados por todo o centro hospitalar, que informarão as decisões descentralizadas e que moldarão uma cultura que favoreça a excelência de resultados em saúde, a orientação para os doentes, o respeito pelas pessoas, a responsabilidade e ética, a abertura ao debate, a participação em equipas e ações de melhoria contínua;

II. Estratégia de qualidade que considere as prioridades definidas e a necessidade de desenvolver o sistema de gestão da qualidade, particularmente:

II.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;

II.2. Procura de melhoria contínua da qualidade e de redução do desperdício, através:

- de projetos que melhorem os recursos, os processos e os resultados,
- da fixação de objetivos de qualidade para todos os serviços,
- da análise de indicadores de qualidade e comparação com os melhores desempenhos, nacionais e internacionais,
- da avaliação e controlo do desempenho e de melhoria da prestação de contas no hospital;

II.3. Definição e cumprimento de normas de boa prática clínica, com sistemática auditoria clínica e revisão de utilização;

II.4. 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;

II.5. Formação e desenvolvimento, de profissionais e gestores, e promoção do trabalho em equipa nos cuidados de saúde, na melhoria contínua da qualidade e na gestão.

II.6. 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. 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 do serviço prestados;

IV. Estrutura que integra as Comissões nas áreas fundamentais e um Departamento da Qualidade, com o papel de apoio e facilitação do cumprimento dos objetivos de qualidade e com a missão, funções e composição que se encontram enunciadas no Regulamento Interno;

V. Inclusão nos Planos Anuais de todos os serviços e departamentos de objetivos de qualidade, em conformidade com os que foram contratualizados externamente pelo hospital e outros, considerando a especificidade e a necessidade de melhoria de desempenho de cada serviço.



O grau de cumprimento da estratégia da qualidade apresentada pode ser demonstrado por:

- A.** Excelência Clínica – Prémio TOP5_17 Excelência dos Hospitais atribuído ao CHP nas vertentes "Prémio Consistência" e "Prémio Evolução Clínica", pelo 4º ano consecutivo. <http://www.iasist.pt>;
- B.** SINAS – Participação no Programa Nacional de Avaliação em Saúde promovido pela Entidade Reguladora da Saúde, atribuindo ratings de qualidade, nas seguintes áreas clínicas: Ortopedia, Ginecologia, Obstetrícia, Cuidados Intensivos, Cirurgia Vascular, Cirurgia Geral, Tratamento da Dor, Neurologia, Cirurgia de Ambulatório, Cardiologia e Tromboembolismo Venoso; Centros de Referência atribuídos ao CHP (16). 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;
- C.** Centros incluídos na Rede de Referência Europeia (2);
- D.** Acreditação Internacional com validade até Julho de 2018 – Acreditação pelo CHKS, cujo modelo não prevê graus parciais de cumprimento como resultado final. A entidade tem o grau de acreditação somente se cumprir 100% dos critérios obrigatórios;
- E.** Certificação ISO 9001 em 12 Serviços:

Serviço de Nutrição e Alimentação
Serviços Farmacêuticos
Programa de transplante de córnea
Serviço de Hematologia Clínica
Serviço de Microbiologia
Centro de Procriação Medicamente Assistida – CHP
Unidade de Esterilização Central
Serviço de Logística
Serviço de Hospital de Dia Polivalente
Serviço de Urgência
Serviço de Nefrologia
Laboratório Centralizado (CORELAB).

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 (vide artigo 49.º do RJSPE);

A política de responsabilidade social e de desenvolvimento sustentável do CHP encontra-se radicada no seu Regulamento Interno, documento estruturante e orientador da sua ação, através da sua definição de Missão:

O CHP é um hospital central e universitário (...) que visa a excelência em todas as suas atividades, numa perspetiva global e integrada da saúde.

Tem por missão a prestação de cuidados de saúde humanizados, competitivos e de referência, promovendo a articulação com os outros parceiros do sistema, a valorização do ensino pré e pós graduado e da formação profissional, a dinamização e incentivo à investigação e desenvolvimento científico na área da saúde.

Também os valores pelos quais o CHP se orienta na sua atividade traduzem as preocupações do artº 49º do RJSPE:

- a) Saúde dos doentes e qualidade do serviço;
- b) Orgulho e sentimento de pertença;
- c) Excelência em todas as atividades, num ambiente que privilegia a qualidade e segurança;
- d) Respeito pelas pessoas, trabalho de equipa e colaboração com outros profissionais;
- e) Responsabilidade, integridade e ética.

A Missão e Valores que se acaba de transcrever encontram eco no Código de Ética de CHP, que configura um referencial para a atuação, ações e comportamentos de todos os profissionais.

No que respeita, particularmente, à proteção dos consumidores, o CHP dá cumprimento ao estabelecido na Lei nº15/2014, de 21 de Março – Direitos e deveres do utente dos serviços de saúde, através da transposição para procedimento interno – PG.DQ.GER.003 – Direitos e Deveres do Utente nos 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, visitantes e acompanhantes, nomeadamente:

- | 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 CHP;
- | Cartazes – São colocados de forma bem visível e em destaque na entrada dos Serviços e Unidades do Hospital, bem como nos locais onde haja acesso de utentes, visitantes e acompanhantes, como por exemplo, Consultas Externas, Urgências, Blocos Operatórios;
- | 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.
- | 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.
- | 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.

Na vertente acessibilidade, atributo essencial de qualidade dos serviços prestados ao consumidor de cuidados de saúde, estão implementados mecanismos de monitorização e controlo do acesso, pela Unidade Hospitalar de Inscritos para Cirurgia – UHGIC – e pela Direção da Consulta Externa. 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.

São de realçar as preocupações institucionais com os grupos vulneráveis da população e com a pessoa idosa. Neste âmbito foi criada a Equipa de Prevenção de Violência em Adultos –EPVA – e foi 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 Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco, que atua no âmbito do sistema de proteção legalmente instituído.

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 CHP, 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 nº 126/2014 de 22 de agosto, e pelo Regulamento ERS nº 65/2015 assegurado pelo Gabinete do Cidadão do CHP, 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 CHP prossegue objetivos de responsabilidade social, designadamente no que aos consumidores 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 e sem discriminação de género, raça, idade, orientação sexual ou religiosa. É de salientar que a Casa de Pessoal do CHP, está esteada nos seus sócios, mas também e efetivamente na administração do hospital. As atividades por aquelas desenvolvidas



contam com as instalações e logística do CHP e constitui um fator motivacional dos seus profissionais e de união, já que os profissionais aposentados nela 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 (vide artigo 49.º do RJSPE);

O CHP tem implementado medidas de sustentabilidade ambiental de diversa natureza, de entre as quais se destacam:

| Política de redução de consumos energéticos e proteção ambiental, pela substituição sistemática da iluminação tradicional por iluminação com tecnologia LED;

| Política de redução de consumos energéticos e proteção ambiental, pela automatização de controlo automático da iluminação;

| Política de redução de consumos energéticos e proteção ambiental, pela renovação gradual dos equipamentos de climatização;

| Política de redução de consumos energéticos e proteção ambiental, pela substituição de componentes eletrónicos nos equipamentos de progressão vertical;

| Análises regulares da qualidade da água para consumo, no sentido de deteção precoce de anomalias que possam comprometer o ambiente;

| Utilização permanente de Estações de tratamento de águas residuais, no sentido de garantir a mais eficaz e segura proteção ambiental, no que a efluentes líquidos respeita;

| Contratualização de recolha e tratamento de resíduos sólidos, no sentido de garantir a mais eficaz e segura proteção ambiental, no que a efluentes sólidos respeita;

| O CHP 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).

| O CHP prossegue objetivos de responsabilidade social, designadamente no que aos consumidores 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 e sem discriminação de género, raça, idade, orientação sexual ou religiosa.

| É de salientar que a Casa de Pessoal do CHP, está esteada nos seus sócios, mas também e efetivamente na administração do hospital. As atividades por aquela desenvolvidas contam com as instalações e logística do CHP e constitui um fator motivacional dos seus profissionais e de união, já que os profissionais aposentados nela participam.

| A valorização profissional encontra-se descrita na alínea E)

| Sendo uma entidade pública empresarial congrega profissionais de laços jurídicos diferentes, que se encontram protegidos por diversos diplomas legais, o que implica e obriga a que os mesmos sejam respeitados.

| O CHP 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 (vide n.º 2 do artigo 50.º do RJSPE);

Dos 4.273 profissionais do CHP, 75% são colaboradores do sexo feminino.

A diferença da média da remuneração base (dezembro de 2017) entre homens e mulheres não é relevante:

Remuneração base	
Homens	Mulheres
1.602,45 €	1.428,66 €

Apesar de já apresentar uma diferença com algum significado, quando avaliamos todos os abonos processados em dezembro/2017, esta disparidade é justificada pela maior disponibilidade do sexo masculino para a realização de trabalho extraordinário, sobretudo noturno, o que mais não reflete que as características culturais em que nos inserimos.

Abonos totais Dez/2017	
Homens	Mulheres
2.158,18 €	1.677,30 €

A conciliação entre a vida profissional e pessoal tem sido uma preocupação deste CHP que se pode traduzir no facto de terem sido autorizados todos os horários flexíveis autorizados para acompanhamento de filhos menores (17 H e 164 M). O mesmo se encontra refletido na dispensa diária de 2 horas para amamentação / aleitação de 131 mulheres (a dezembro de 2017).

A concessão do estatuto de trabalhador estudante (81 trabalhadores – 19H e 62M) denota também esta preocupação conciliadora e motivadora dos seus profissionais.

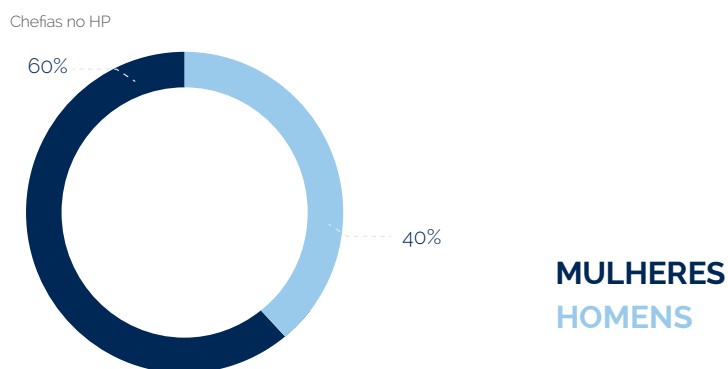
d) Referência a medidas concretas no que respeita ao Princípio da Igualdade do Género, conforme estabelecido no n.º 1 da Resolução do Conselho de Ministros n.º 19/2012, de 23 de fevereiro;

A adoção de medidas concretas no que respeita ao Princípio de Igualdade do Género estão salvaguardadas, desde logo, pela Constituição da República Portuguesa e pela obrigatoriedade legal de tornar claro nos processos de recrutamento que não existe discriminação de género.

Política de Igualdade - em cumprimento da alínea H) do artigo 9.2 da Constituição da República Portuguesa, a Administração Pública, enquanto entidade empregadora, promove ativamente uma política de igualdade de oportunidades entre homens e mulheres no acesso ao emprego e na progressão profissional, providenciando escrupulosamente no sentido de evitar toda e qualquer forma de discriminação

Não há diferenciação nestes processos, como também não o há em processos de promoção, em remunerações ou ainda em nomeações para cargos de chefia.

Das remunerações já pudemos verificar na alínea C) não haver desigualdade, o mesmo se poderá dizer quanto ao acesso a cargos de direção/chefia:



Na valorização dos seus recursos humanos o CHP tem investido quer na formação interna, quer na externa. Do universo de 4.273 profissionais (inclui 382 Internos), durante o ano de 2017, foram realizadas 5.276 ações de formação a que corresponde 2.598 participantes e 22.045 horas.

e) Identificação das políticas de recursos humanos definidas pela entidade, 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 (vide n.º 1 do artigo 50.º do RJSPE);

A política de valorização dos profissionais reflete-se na formação e no estímulo proporcionado pelo CHP à melhoria curricular e aquisição de diferenciação académica e pós-graduada.

No planeamento de formação institucional foram contemplados 78 cursos com as temáticas explicitadas abaixo.



Distribuição da formação planeada por áreas temáticas

Área Temática	Número Cursos
Emergência médica interna	9
Doente crítico e emergente	4
Qualidade Assistencial	23
Gestão do risco e segurança	16
Competências técnicas	7
Competências relacionais	8
Tecnologias da informação e comunicação	5
Gestão	6
Total	78

Todos os grupos profissionais participaram em ações de formação, conforme se descreve na tabela abaixo.

Formação por Grupo Profissional

Grupo Profissional	Nº de Participantes	Nº de Presenças	Nº de Horas
Dirigente Superior	4	20	210
Dirigente Intermédio	1	3	36
Assistente Técnico	347	1034	5155
Assistente Operacional	485	895	2868,5
Enfermeiro	878	1800	7554
Informático	14	21	24,5
Médico	559	935	3237
Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica	137	250	824
Técnico Superior	49	127	785,5
Técnico Superior de Saúde	41	83	328,5
Outros	83	108	1023
Total	2.598	5.276	22.046

O CHP contribuiu ativamente para a valorização dos seus profissionais atribuindo 45 bolsas individuais para diferenciação curricular, sendo 23 destinadas a enfermeiros e 21 a médicos. A atribuição de bolsas por género esteve equilibrada com o género dos efetivos profissionais do CHP (71% das bolsas foram atribuídas a mulheres). A produtividade e o mérito nos campos formativos, de ensino e de investigação foram gratificados através dos "Prémios Sollari Allegro" para os serviços e investigadores.

Na valorização dos seus recursos humanos o CHP tem investido quer na formação interna, quer na externa. Do universo de 4.273 profissionais (inclui 382 Internos), durante o ano de 2017, foram realizadas 5.276 ações de formação a que corresponde 2.598 participantes e 22.045 horas.

f) Informação sobre a política de responsabilidade económica, com referência aos moldes em que foi salvaguardada a competitividade da entidade, designadamente pela via de investigação, inovação, desenvolvimento e da integração de novas tecnologias no processo produtivo (vide 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 CHP 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 (FOS-2007) da OCDE.

O Centro Hospitalar possui um departamento organizado (Departamento de Ensino, Formação e Investigação – DEFI) para suporte, dinamização e incentivo de projetos académicos, de ensaios clínicos e de projetos científicos de enquadramento nacional e europeu.

Através deste departamento o CHP implementou as seguintes medidas:

- | Dar continuidade à integração na rede nacional para a investigação clínica através do consórcio Portuguese Clinical Research Infrastructures Network (PtCRIN) e, em parceria com o ICBAS, obter financiamento para Portugal se manter como membro da European Clinical Research Infrastructures Network (ECRIN) junto da Fundação para a Ciência e Tecnologia.

- | Aumentar a atividade em ensaios clínicos;

- | Fomentar os trabalhos académicos a nível do 3º ciclo de estudos;

- | Aplicar intramuros as verbas que provêm de estudos de investigação (ensaios clínicos, estudos observacionais, estudos com dispositivos médicos) possibilitando gerar mais inovação.

A nível de investigação aplicada, tiveram atividade 117 ensaios clínicos no ano de 2017, representando ligação a 26 diferentes empresas farmacêuticas e na área da inovação. Nove porcentos destes estudos foram de iniciativa académica, ou seja, em que o CHP se assumiu como promotor ou estabeleceu parceria com fundações (PENTA), com centros académicos (Université Catholique de Louvain) ou universitários (University Medical Centre Utrecht). Neste seguimento, em 2017 tiveram atividade 6 estudos com dispositivos médicos, 5 deles associados a empresas fabricantes e um de iniciativa académica. Estes produtos são utilizados em Cardiologia de intervenção e neuro modulação, áreas de conhecimento privilegiado do CHP.

O Centro Hospitalar aumentou no ano de 2017 os seus efetivos doutorados, que contabilizam agora 80 profissionais e recebeu 20 novos projetos de investigação inseridos em teses de doutoramento.

O investimento do CHP na investigação pode ser apreciado no Inquérito ao Potencial Científico e Tecnológico de 2016 (IPCTN16), publicado em março de 2018. A Direção-Geral de Estatísticas de Educação e Ciência relativamente ao volume de despesa intramuros em atividades de I&D, entre 78 instituições de saúde a nível nacional, colocou o CHP em 1º lugar como instituição com maior volume de despesa, em 1º na área da Medicina Clínica, em 2º nas Ciências da Saúde e em 2º na Medicina Básica.



AVALIAÇÃO DO GOVERNO SOCIETÁRIO

1. Verificação do cumprimento das recomendações recebidas relativamente à estrutura e prática de governo societário (vide artigo 54.º do RJSPE), através da identificação das medidas tomadas no âmbito dessas orientações.

O presente Relatório tem como objetivo informar sobre o cumprimento dos Princípios de Governo Societário pelo CHP de acordo com o disposto no artigo 54º do Decreto-Lei nº 133/2013 de 3 de outubro.

A avaliação do governo societário de acordo com os princípios referidos é feita pela avaliação da adequação da estrutura e prática de governo societário, assim:

A estrutura de governo societário do CHP está de acordo com o definido na Secção IV do Capítulo I nos artigos 30º a 33º do Decreto-Lei nº 133/2013 de 3 de outubro.

No que se refere às Práticas de bom governo o CHP cumpre na generalidade o previsto na Secção II do Capítulo II do Decreto-Lei nº 133/2013 de 3 de outubro, havendo, no entanto, necessidade de permanentes avaliações e correspondentes ações para o cumprimento na sua totalidade.

Para além do exposto não é do nosso conhecimento outras recomendações que tenham sido emitidas no âmbito desta matéria.

Para cada recomendação deverá ser incluída:

Na sequência do referido no ponto anterior esta informação não é aplicável

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 entidade para efeitos de prossecução do mesmo objetivo da recomendação.

Na sequência do referido no ponto anterior esta informação não é aplicável

2. Outras informações: a entidade 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, 19 de abril de 2018

O Conselho de Administração

Paulo Jorge Barbosa Carvalho - **Presidente**

Élia do Céu Costa Gomes - **Vogal Executivo**

Rui Manuel Oliveira Pedroso - **Vogal Executivo**

José Fernando da Rocha Barros - **Diretor Clínico**

Alfredo Eduardo Argulho Alves - **Enfermeiro Diretor**

ANEXOS DO RGS

1. Demonstração não financeira relativa ao exercício de 2017 que deverá conter informação referente ao desempenho e evolução da sociedade quanto a questões ambientais, sociais e relativas aos trabalhadores, igualdade de gênero, não discriminação, respeito pelos direitos humanos, combate à corrupção e tentativas de suborno (vide artigo 66-B do CSC) (caso aplicável).

O CHP elabora o presente relatório, o Relatório de Governo Societário, relatório separado do relatório de gestão, correspondente ao mesmo exercício anual que inclui as informações exigidas para a demonstração não financeira previstas no nº2 do artigo 66-B do CSC e que é elaborado nos termos previstos nos nºs 3 a 6 do mesmo artigo, estando assim o CHP isento da obrigação de elaborar a demonstração não financeira prevista no nº1.



2. Ata ou extrato da ata da reunião do órgão de administração em que haja sido deliberada a aprovação do RGS 2017.



EXTRATO DA ATA N.º 17/2018

“Aos dezanove dias do mês de abril do ano dois mil e dezoito, pelas dez horas, no Centro Hospitalar do Porto, EPE., reuniu o Conselho de Administração, estando presentes, o Presidente do Conselho de Administração, Dr. Paulo Barbosa, os Vogais Executivos, Dr^a Élia Costa Gomes e Dr. Rui Pedroso, o Diretor Clínico, Prof. Doutor José Barros e o Enfermeiro Diretor, Enf.º Eduardo Alves.-----

De acordo com a Ordem de Trabalhos estabelecida foram tomadas as seguintes deliberações: -----

...

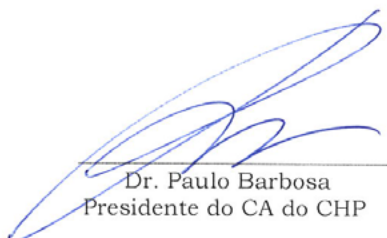
1- Aprovar, o Relatório de Governo Societário do Centro Hospitalar do Porto, EPE, relativo ao ano de 2017.-----

2- Aprovar o Relatório & Contas do Centro Hospitalar do Porto, EPE, relativo a 2017.-----

...

Todas as deliberações tomadas nesta reunião foram aprovadas por unanimidade, e fundamentam-se nos termos da presente ata e dos respetivos processos.-----

E nada mais havendo a tratar, foi encerrada a sessão pelo Presidente, da qual e para constar foi lavrada a presente ata que uma vez lida e achada conforme por todos vai ser assinada. -----“



Dr. Paulo Barbosa
Presidente do CA do CHP



Dr. Rui Pedroso
Vogal Executivo do CA do CHP

3. Relatório do órgão de fiscalização a que se refere o n.º 2 do artigo 54.º do RJSPE.



RELATÓRIO E PARECER DO FISCAL ÚNICO

1. Nos termos da lei e do mandato que nos conferiram, apresentamos o relatório sobre a atividade fiscalizadora desenvolvida e sobre os documentos de prestação de contas do CENTRO HOSPITALAR DO PORTO, E.P.E. (adiante designado CHP EPE), relativamente ao exercício terminado em 31 de dezembro de 2017.

2. No decurso do exercício, acompanhámos com a periodicidade e a extensão que considerámos adequada a atividade do CHP EPE. Verificámos a regularidade da escrituração contabilística e da respectiva documentação, vigiando também pela observância dos estatutos e da lei, tendo recebido da Administração e dos diversos serviços todos os esclarecimentos solicitados.

3. Verificamos também, no âmbito do art.º 420º do CSC, que o CHP EPE procedeu ao cumprimento das orientações legais vigentes para o SEE, designadamente o cumprimento das orientações relativas às remunerações vigentes em 2017, assim como aferimos o cumprimento da exigência constante no n.º 1 do artigo 54º do RJSPE, o qual estabelece que as empresas públicas devem apresentar anualmente relatórios de boas práticas de governo societário.

4. Dando cumprimento ao disposto no artº 28º do Decreto-Lei nº 133/2013, de 3 de outubro e no artigo 86º da Lei nº 7-A/2016, de 30 de março, as empresas públicas não financeiras do setor empresarial do Estado, no quadro da respetiva gestão financeira, devem manter as suas disponibilidades e aplicações junto do IGCP, nos termos do regime jurídico aplicável à tesouraria, tendo o órgão de fiscalização do CHP EPE aferido o cumprimento deste requisito legal.



5. Como consequência do trabalho de fiscalização, apreciamos o Relatório de Gestão e os documentos de prestação de contas do exercício, e emitimos nesta data a Certificação Legal de Contas e o Relatório Anual de Auditoria nos termos da alínea i) do nº 2 do artº 16º do Anexo II do DL nº 233/2005, de 29 de dezembro.

6. Em face do exposto, e exceto quanto às qualificações constantes da Certificação Legal de Contas, o Fiscal único é de opinião que o Relatório de Gestão, o Relatório de boas práticas de governo societário, as Demonstrações Financeiras e a proposta de aplicação de resultados do exercício, apresentados pelo Conselho de Administração estão em conformidade com as disposições legais e estatutárias e merecem a nossa concordância.

Porto, 26 de abril de 2018

Rodrigo, Gregório & Associados, SROC, Lda.

Inscrita na OROC sob o nº 170 e na CMVM sob o nº 20161474

Representada pelo sócio/partner

Rodrigo Mário de Oliveira Carvalho, ROC nº 889

4. Declarações a que se refere o artigo 52.º do RJSPE.

4.1. Declarações conforme nº1 do artigo 52º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro



À Inspeção Geral de Finanças

Data : 15/03/2017

Assunto: Deveres de informação decorrentes do disposto no n.º 9 do art.º 22º do DL n.º 71/2007, de 27 de março, alterado e republicado pelo DL n.º 8/2012, de 18 de janeiro, e no n.º 1 do art.º 52.º do DL n.º 133/2013, de 3 de outubro.

Paulo Jorge Barbosa Carvalho
NIF: 119654270
Nomeado Presidente do Conselho de Administração
Data de início do mandato: 10/02/2017
Data prevista de termo do mandato: 31/12/2019

Empresa/Entidade: Centro Hospitalar do Porto

Tipo: Entidade Publica Empresarial

NIF: 508331471

Código Postal: 4050-001

Telefone: 222007361

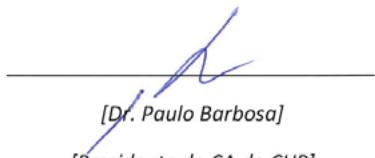
Morada da Sede: Largo Professor Abel Salazar

E-mail: ca@chporto.min-saude.pt

Fax: 220900644

Tendo sido nomeado para o cargo referido, na empresa acima indicada, declaro, em cumprimento disposto no n.º 1 do art. 52º do DL 133/2013, de 3 de outubro, e no n.º 9 do art.º 22.º, do DL n.º 71/2007, de 27 de março que:

1. **Não detenho** participações e interesses patrimoniais, direta ou indiretamente, na empresa/entidade onde exerço funções.
2. **Detenho** participações e interesses patrimoniais na empresa:
- Cooperativa Eléctrica do Vale D'Este; NIPC: 500960577; Código Postal: 4760-563 Louro; Tel. 252309650, 29 Unidades de participações partilhadas.
3. **Não mantenho** quaisquer relações com os fornecedores, clientes, instituições financeiras ou quaisquer outros parceiros de negócio, da empresa onde exerço funções, suscetíveis de gerar conflitos de interesse.


[Dr. Paulo Barbosa]

[Presidente do CA do CHP]



**À
Inspeção Geral de Finanças**

Data : 15/03/2017

Assunto: Deveres de informação decorrentes do disposto no n.º 9 do art.º 22º do DL n.º 71/2007, de 27 de março, alterado e republicado pelo DL n.º 8/2012, de 18 de janeiro, e no n.º 1 do art.º 52.º do DL n.º 133/2013, de 3 de outubro.

Rui Manuel Oliveira Pedrosa
NIF: 197848176
Nomeado Vogal do Conselho de Administração
Data de início do mandato: 10/02/2017
Data prevista de termo do mandato: 31/12/2019

Empresa/Entidade: Centro Hospitalar do Porto
Tipo: Entidade Publica Empresarial
NIF: 508331471
Código Postal: 4050-001
Telefone: 222007361
Morada da Sede: Largo Professor Abel Salazar
E-mail: ca@chporto.min-saude.pt
Fax: 220900644

Tendo sido nomeado para o cargo referido, na empresa acima indicada, declaro, em cumprimento do disposto no n.º 1 do art. 52º do DL 133/2013, de 3 de outubro, e no n.º 9 do art.º 22.º, do DL n.º 71/2007, de 27 de março que:

1. **Não detenho** participações e interesses patrimoniais, direta ou indiretamente, na empresa/entidade onde exerço funções.
2. **Não detenho** participações e interesses patrimoniais, direta ou indiretamente, em qualquer outra empresa/entidade;
3. **Não mantenho** quaisquer relações com os fornecedores, clientes, instituições financeiras ou quaisquer outros parceiros de negócio, da empresa onde exerço funções, suscetíveis de gerar conflitos de interesse.



[Dr. Rui Pedrosa]

[Vogal do Conselho de Administração do CHP]

**À
Inspeção Geral de Finanças**

Data : 15/03/2017

Assunto: Deveres de informação decorrentes do disposto no n.º 9 do art.º 22º do DL n.º 71/2007, de 27 de março, alterado e republicado pelo DL n.º 8/2012, de 18 de janeiro, e no n.º 1 do art.º 52.º do DL n.º 133/2013, de 3 de outubro.

Élia do Céu da Costa Gomes
NIF: 174159862
Nomeada Vogal do Conselho de Administração
Data de início do mandato: 10/02/2017
Data prevista de termo do mandato: 31/12/2019

Empresa/Entidade: Centro Hospitalar do Porto
Tipo: Entidade Publica Empresarial
NIF: 508331471
Código Postal: 4050-001
Telefone: 222007361
Morada da Sede: Largo Professor Abel Salazar
E-mail: ca@chporto.min-saude.pt
Fax: 220900644

Tendo sido nomeada para o cargo referido, na empresa acima indicada, declaro, em cumprimento disposto no n.º 1 do art. 52º do DL 133/2013, de 3 de outubro, e no n.º 9 do art.º 22.º, do DL n.º 71/2007, 27 de março que:

1. **Não detenho** participações e interesses patrimoniais, direta ou indiretamente, na empresa/entidade onde exerço funções.
2. **Não detenho** participações e interesses patrimoniais, direta ou indiretamente, em qualquer outra empresa/entidade.
3. **Não mantenho** quaisquer relações com os fornecedores, clientes, instituições financeiras ou quaisquer outros parceiros de negócio, da empresa onde exerço funções, suscetíveis de gerar conflitos de interesse.



[Drª Élia Costa Gomes]

[Vogal do Conselho de Administração do CHP]



**À
Inspeção Geral de Finanças**

Data : 15/03/2017

Assunto: Deveres de informação decorrentes do disposto no n.º 9 do art.º 22º do DL n.º 71/2007, de 27 de março, alterado e republicado pelo DL n.º 8/2012, de 18 de janeiro, e no n.º 1 do art.º 52.º do DL n.º 133/2013, de 3 de outubro.

Alfredo Eduardo Argulho Alves
NIF: 141800585
Nomeado Enfermeiro Diretor
Data de início do mandato: 10/02/2017
Data prevista de termo do mandato: 31/12/2019

Empresa/Entidade: Centro Hospitalar do Porto

Tipo: Entidade Publica Empresarial

NIF: 508331471

Código Postal: 4050-001

Telefone: 222007361

Morada da Sede: Largo Professor Abel Salazar

E-mail: ca@chporto.min-saude.pt

Fax: 220900644

Tendo sido nomeado para o cargo referido, na empresa acima indicada, declaro, em cumprimento disposto no n.º 1 do art. 52º do DL 133/2013, de 3 de outubro, e no n.º 9 do art.º 22.º, do DL n.º 71/2007, 27 de março que:

1. **Não detenho** participações e interesses patrimoniais, direta ou indiretamente, na empresa/entidade onde exerço funções.
2. **Não detenho** participações e interesses patrimoniais, direta ou indiretamente, em qualquer outra empresa/entidade:
3. **Não mantenho** quaisquer relações com os fornecedores, clientes, instituições financeiras ou quaisquer outros parceiros de negócio, da empresa onde exerço funções, suscetíveis de gerar conflitos de interesse.



[Enfº Eduardo Alves]

[Enfermeiro Diretor do CHP]

**À
Inspeção Geral de Finanças**

Data : 15/03/2017

Assunto: Deveres de informação decorrentes do disposto no n.º 9 do art.º 22º do DL n.º 71/2007, de 27 de março, alterado e republicado pelo DL n.º 8/2012, de 18 de janeiro, e no n.º 1 do art.º 52.º do DL n.º 133/2013, de 3 de outubro.

José Fernando da Rocha Barros
NIF: 133321983
Nomeado Diretor Clínico
Data de início do mandato: 10/02/2017
Data prevista de termo do mandato: 30/12/2019

Empresa/Entidade: Centro Hospitalar do Porto

Tipo: Entidade Publica Empresarial

NIF: 508331471

Código Postal: 4050-001

Telefone: 222007361

Morada da Sede: Largo Professor Abel Salazar

E-mail: ca@chporto.min-saude.pt

Fax: 220900644

Tendo sido nomeado para o cargo referido, na empresa acima indicada, declaro, em cumprimento disposto no n.º 1 do art. 52º do DL 133/2013, de 3 de outubro, e no n.º 9 do art.º 22.º, do DL n.º 71/2007, de 27 de março que:

1. **Não detenho** participações e interesses patrimoniais, direta ou indiretamente, na empresa/entidade onde exerço funções.
2. **Não detenho** participações e interesses patrimoniais, direta ou indiretamente, em qualquer outra empresa/entidade:
3. **Não mantenho** quaisquer relações com os fornecedores, clientes, instituições financeiras ou quaisquer outros parceiros de negócio, da empresa onde exerço funções, suscetíveis de gerar conflitos de interesse.



[Prof. Dr. José Barros]

[Diretor Clínico do CHP]



4.2 Declarações conforme artigo 51º do Decreto-lei nº133/2013, de 3 de outubro



DECLARAÇÃO DE INDEPENDÊNCIA
(artigo 51º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro)

Eu, Paulo Jorge Barbosa Carvalho, Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Porto EPE, declaro que não intervenho nas decisões que envolvam os meus próprios interesses, designadamente na aprovação de despesas por mim realizadas, conforme determina o artigo 51.º do Decreto-Lei n.º 133/2013 ou em outra legislação aplicável.

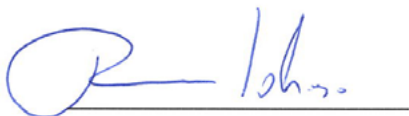
Porto, 15/03/2017

(Paulo Jorge Barbosa Carvalho)

DECLARAÇÃO DE INDEPENDÊNCIA
(artigo 51.º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro)

Eu, Rui Manuel Oliveira Pedroso, Vogal do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Porto EPE, declaro que não intervenho nas decisões que envolvam os meus próprios interesses, designadamente na aprovação de despesas por mim realizadas, conforme determina o artigo 51.º do Decreto-Lei n.º 133/2013 ou em outra legislação aplicável.

Porto, 15/03/2017



(Rui Manuel Oliveira Pedroso)



DECLARAÇÃO DE INDEPENDÊNCIA
(artigo 51.º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro)

Eu, Élia do Céu Costa Gomes, Vogal do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Porto EPE, declaro que não intervenho nas decisões que envolvam os meus próprios interesses, designadamente na aprovação de despesas por mim realizadas, conforme determina o artigo 51.º do Decreto-Lei n.º 133/2013 ou em outra legislação aplicável.

Porto, 15/03/2017



(Élia do Céu Costa Gomes)

DECLARAÇÃO DE INDEPENDÊNCIA

(artigo 51º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro)

Eu, Alfredo Eduardo Argulho Alves, Enfermeiro Diretor do Centro Hospitalar do Porto EPE, declaro que não intervenho nas decisões que envolvam os meus próprios interesses, designadamente na aprovação de despesas por mim realizadas, conforme determina o artigo 51.º do Decreto-Lei n.º 133/2013 ou em outra legislação aplicável.

Porto, 15/03/2017

[Signature]

(Alfredo Eduardo Argulho Alves)



DECLARAÇÃO DE INDEPENDÊNCIA
(artigo 51.º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro)

Eu, José Fernando da Rocha Barros, Diretor Clínico do Centro Hospitalar do Porto EPE declaro que não intervenho nas decisões que envolvam os meus próprios interesses, designadamente na aprovação de despesas por mim realizadas, conforme determina o artigo 51.º do Decreto-Lei n.º 133/2013 ou em outra legislação aplicável.

Porto, 15/03/2017



(José Fernando da Rocha Barros)

5. Ata da reunião da Assembleia Geral, Deliberação Unânime por Escrito ou Despacho que contemple a aprovação por parte dos titulares da função acionista dos documentos de prestação de contas (aí se incluindo o Relatório e Contas e o RGS) relativos ao exercício de 2016.

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. (nº2 do artigo 37º e nº1 artigo 39º 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 saúde.

Relativamente ao ano de 2014, 2015 e 2016 os documentos de prestação de contas do CHP não foram até à data aprovados, por razões que são alheias ao CHP.

