



**RELATÓRIO DE GOVERNO
SOCIETÁRIO 2018
CENTRO HOSPITALAR
UNIVERSITÁRIO DO PORTO**

Versão aprovada em reunião do Conselho de Administração de 15 de maio de 2019.



RELATÓRIO DE GOVERNO
SOCIETÁRIO 2018
**CENTRO HOSPITALAR
UNIVERSITÁRIO DO PORTO**

I

SÍNTESE (SUMÁRIO EXECUTIVO)

II

MISSÃO, OBJETIVOS E POLÍTICAS

III

ESTRUTURA DE CAPITAL

IV

PARTICIPAÇÕES SOCIAIS E
OBRIGAÇÕES DETIDAS

V

ÓRGÃOS SOCIAIS E
COMISSÕES

- A. Modelo de Governo
- B. Assembleia Geral
- C. Administração e Supervisão
- D. Fiscalização
- E. Revisor Oficial de Contas (ROC)
- F. Conselho Consultivo

VI

ORGANIZAÇÃO INTERNA

- A. Estatutos e Comunicações
- B. Controlo interno e gestão de riscos
- C. Regulamentos e Códigos
- D. Deveres especiais de informação
- E. Sítio na Internet
- F. Prestação de Serviço Público ou de Interesse Geral

VII

REMUNERAÇÕES

- A. Competência para a Determinação
- B. Comissão de Fixação de Remunerações
- C. Estrutura das Remunerações
- D. Divulgação das Remunerações

VIII

TRANSAÇÕES COM PARTES
RELACIONADAS E OUTRAS

IX

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

X

AValiação DO GOVERNO
SOCIETÁRIO

XI

ANEXOS DO RGS

I SÍNTESE (SUMÁRIO EXECUTIVO)

A síntese ou sumário executivo deve permitir a fácil percepção do conteúdo do relatório e, em particular, mencionar as alterações mais significativas em matéria de Boas Práticas de Governo Societário adotadas em 2018.

O Centro Hospitalar Universitário do Porto (CHUP) 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 Centro Hospitalar do Porto criado em 01-10-2007 pelo Decreto-Lei nº326/2007 de 28 de setembro, em 2018 através do Decreto-lei nº 61/2018 de 3 de agosto foi reconhecido Centro Académico Clínico passando a denominar-se Centro Hospitalar Universitário do Porto (CHUP).

O Centro Hospitalar Universitário do Porto está integrado no Setor Público Empresarial como Entidade Pública Empresarial (EPE) do Serviço Nacional de Saúde, com Estatutos próprios, autonomia administrativa, financeira e patrimonial.

Atualmente, o CHUP 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 Imunodepuração, 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).

Em conformidade com o disposto no Estatuto Jurídico do Setor Público Empresarial (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 Centro Hospitalar Universitário do Porto apresenta anualmente o Relatório de Governo Societário com o objetivo de comunicar ao titular da função acionista, o Estado, e ao público em geral, os princípios de governo societário e práticas de bom governo que têm vindo a ser adotados com informação atual e completa.

O Relatório de Governo Societário de 2018 segue as orientações definidas no manual e modelo de relatório recomendado pela Unidade Técnica de Acompanhamento e Monitorização do Setor Público Empresarial do Ministério das Finanças (UTAM) no exercício das suas atribuições de avaliação do cumprimento do Regime Jurídico do Setor Público Empresarial.

Com o objetivo de corresponder com toda a informação e qualidade que o Relatório de Governo Societário exige, foram desenvolvidos internamente trabalhos de reunião e sistematização da informação relevante com todos os serviços implicados, para que o documento permita ao utilizador aferir sobre o modelo de governação, conhecer os princípios de bom governo adotados, a estrutura organizacional definida e os instrumentos de gestão implementados e em vigor no CHUP.

Constatamos com satisfação que o CHUP durante 2018, à semelhança de anos anteriores tem sido capaz de inovar assim como de responder aos desafios que lhe têm sido colocados, adaptando-se às permanentes mudanças e atualizações quer ao nível organizacional e da atividade desenvolvida com resposta às solicitações e orientações estratégicas e setoriais da saúde.

O CHUP tem vindo a desenvolver e continuará a empreender procedimentos e mecanismos determinantes para os objetivos da eficácia e eficiência dos processos organizacionais, às exigências da transparência, do controlo de risco da atividade nas diversas vertentes, de prevenção de conflitos de interesse e na melhoria contínua com vista à promoção da excelência do governo societário.



II MISSÃO, OBJETIVOS E POLÍTICAS

1. Indicação da missão e da forma como é prosseguida, assim como da visão e dos valores que orientam a entidade (vide artigo 43.º 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 pós-graduado 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 CHUP tem por objetivo principal a prestação de cuidados de saúde à população. O CHUP desenvolve, complementariamente, 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.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 Universitário do Porto (CHUP) reduziu em 10% o pessoal entre 2008 e 2014, redução esta que manteve até 2017. 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, não descurando a substituição geracional.

| Manutenção de uma forte aposta nos Sistemas de Informação.

| Qualidade – Acreditação do Centro Materno-Infantil (CMIN), processo já concluído e certificado de todos os laboratórios e áreas afins.

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

a.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 CHUP de análises clínicas dos ACeS da nossa área.

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

| Criação da hospitalização domiciliária.

a.3) Definir novas áreas de negócio

| A criação de um Centro Universitário com forte crescimento na área oncológica, tem obrigatoriamente de ter uma unidade de radioterapia e radiocirurgia pelo que o CHUP manterá o seu interesse de obter esse objetivo.

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

a.4) Desenvolvimento da Qualidade Assistencial

| Consolidar a Acreditação a todo o CHUP.

| 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.

a.5) Reforço do Ensino, Formação e Investigação

| No âmbito do Centro Clínico Académico manter o desígnio da criação de um centro de cirurgia experimental que permita o treino e desenvolvimento de cirurgia de elevada complexidade.

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

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

a.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 CHUP.

| 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, incentivar o desenvolvimento e âmbito da Comissão da Avaliação de Tecnologias da Saúde - Dispositivos Médicos.

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

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

a.7) Preparar o Futuro

| Reabilitação da Ala Norte do Edifício Neoclássico.

| 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/Radiocirurgia.

| Construir um novo hospital de dia que permita responder aos desafios futuros da ambulatorização neste domínio.

| Construir um novo edifício ex-CICAP destinado ao CCA, centro de simulação e concentração de todo o ambulatório num local único.

| Construir um parque de estacionamento com 400 lugares junto ao novo edifício de consultas.

b) 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 CHUP, nas várias linhas de produção e comparativamente a períodos homólogos, apresentamos, 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	17.925	18.773	95,5%
GDH Cirúrgicos Programados	10.112	11.168	90,5%
GDH Cirúrgicos Urgentes	5.005	4.609	108,6%
Consulta externa (consultas médicas)			
Primeiras	175.770	183.816	95,6%
Consultas com origem nos CSP referenciadas via CTH	50.740	63.182	80,3%
Consultas Telemedicina	2.478	2.500	99,1%
Consultas de Saúde Mental na Comunidade	760	700	108,6%
Consultas Centros Referência	185	2.000	9,3%
Consultas (sem majoração de preço)	121.574	115.384	105,4%
Subsequentes	484.516	473.225	102,4%
Consultas Telemedicina	0	0	0,0%
Consultas de Saúde Mental na Comunidade	4.357	3.967	109,8%
Consultas Centros Referência	12.014	5.000	240,3%
Consultas (sem majoração de preço)	468.007	464.158	100,8%
Hospital Dia (sem gerar GDH)			
Hematologia	5.978	5.821	102,7%
Psiquiatria	3.704	4.422	83,8%
Outros	15.821	14.906	106,1%
Cirurgia de Ambulatório			
GDH Cirúrgicos Programados	14.905	15.290	97,5%
Ambulatório Médico			
GDH Médicos	10.525	11.808	89,1%
Urgência (sem internamento)			
Atendimentos	123.002	119.000	103,4%
Serviço Domiciliário			
Domicílios	1.833	1.761	104,1%
Planos de Saúde			
Diagnóstico Pré-Natal (Protocolos I e II)	2.459	2.425	101,4%
Diagnóstico e Tratamento da Infertilidade (consultas)	595	572	104,0%
Diagnóstico e Tratamento da Infertilidade (tratamentos)	599	582	102,9%
Banco de Gâmetas	142	168	84,5%
Programa de Tratamento Cirúrgico da Obesidade	191	250	76,4%
Pat. Oncológica - Cancro Cólon e Recto	83	35	237,4%
Doentes em Tratamento Ambulatório TARC	2.732	2.700	101,2%
Doentes em Tratamento - Esclerose Múltipla	341	359	94,9%
Doentes em Tratamento - Doenças lisossomais	19	23	80,4%
Doentes em Tratamento - Hipertensão Pulmonar	118	80	147,9%
Doentes em Tratamento - Polineuropatia Amiloidótica Familiar	327	320	102,1%
Doentes em Tratamento - Hepatite C	262	400	65,5%

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

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

O movimento global do Internamento em GDH ficou abaixo do valor contratualizado em 4,4%. Refira-se, no entanto, que os GDH médicos e GDH Cirúrgicos ficaram abaixo das metas contratadas em 4,5% e 9,5% respetivamente, enquanto os GDH Cirúrgicos urgentes superaram o contratado em 8,6%.

A atividade do Ambulatório, no que respeita aos GDH Cirúrgicos, ficou abaixo dos valores contratados em 2,5%, redução que também se verificou nos GDH Médicos em 10,9%. 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 à presente data não termos a codificação do ano 2018 totalmente inserida no aplicativo de Morbilidade Hospitalar – SIMH, aguardando um processo de migração de dados para o efeito.

De salientar que os impactos negativos, face aos valores contratados, no internamento e no ambulatório e no que respeita à componente cirúrgica foram justificados pelas greves cirúrgicas.

A Consulta Externa ficou globalmente acima das metas previstas em 0,5% - as primeiras consultas ficaram aquém em 4,4%, enquanto as subsequentes ficaram acima em 2,4%. 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 os valores de produção previstos na Hematologia. No entanto esta produção, para efeitos de faturação, está condicionada à verificação da inclusão de um conjunto mínimo de procedimentos, conforme o estabelecido no capítulo VIII ponto 3 da Circular Normativa nº8/2018 da ACSS de 01-06-2018. No que respeita ao Hospital Dia de Psiquiatria, o desvio foi desfavorável em cerca de 16% e, no Hospital Dia Base os valores realizados ficaram 6,1% acima do previsto.

A Urgência para episódios sem destino Internamento ficou acima dos valores contratados em 3,4%.

Os domicílios superaram os valores previstos no Contrato Programa (4,1%).

Na generalidade os programas de financiamento por doente superaram, em termos de produção, os valores contratualizados.

Se consideradas todas as linhas objeto de financiamento no Contrato Programa de 2018, valorizada aos preços de produção contratada, concluímos por uma taxa global de cumprimentos de 96%, taxa de concretização esta afetada pela quebra produtiva em resultado das greves (em particular da greve cirúrgica do pessoal de enfermagem).

De salientar que está prevista a realização de uma adenda e que pode haver ajustamentos que possam otimizar os níveis de desempenho da atividade contratada.

Objetivos de Desempenho do Serviço de Urgência

	2018			
	Peso Relativo Indicador (%)	Meta	Real	Grau de Cumprimento (%)
	100			
Peso dos episódios de urgência com Prioridade atribuída Verde/ Azul/ Branca	25	18	20,1	88,3
Peso dos episódios de urgência com internamento	25	12	11,5	104,2
Peso de utilizadores frequentes (> 4 episódios), no total de utilizadores do Serviço Urgência	25	4	3,5	112,5
Rácio Consultas Externas/ Atendimento em Urgência	25	1,80	4,8	266,7
Índice de Desempenho de Serviço de Urgência				106,3

Em 2018 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 CHUP atingiu um índice de desempenho de 106,3%, assegurando a totalidade de financiamento da componente em função do desempenho.

Objetivos de Qualidade e Eficiência

Áreas	Ponderação	Indicadores CP 2018	Meta	Realizado
Objetivos Nacionais (60%)				
A. Acesso (15%)	3%	A.1 Percentagem de primeiras consultas médicas no total de consultas médicas (%)	27.0	26.4
	3%	A.2 Peso das consultas externas médicas com registo de alta no total das consultas externas médicas (%)	17.0	19.0
	3%	A.3 Mediana do tempo de espera da LIC, em meses	3.3	2.8
	3%	A.4 Percentagem de episódios de urgência atendidos dentro do tempo de espera previsto no protocolo de triagem	65.0	64.8
	3%	A.5 Percentagem de doentes referenciados para a RNCCI, em tempo adequado e validados pela EGA, no total de doentes referenciados para a RNCCI	80.0	n.d
B. Desempenho assistencial (25%)	3%	B.1 Percentagem de doentes saídos com duração de internamento acima do limiar máximo	13,5	1,02*
	3%	B.2 Percentagem de cirurgias realizadas em ambulatório, para procedimentos tendencialmente ambulatorizáveis	11,0	26*
	3%	B.3 Percentagem de cirurgias da anca efetuadas nas primeiras 48h (%)	60,0	2*
	2%	B.4 Índice de risco e Segurança do Doente	8,0	55,0
	8%	B.5 Índice de PPCIRA	10,0	n.d
		B.6 Variação de utilização de biossimilares dispensados (em unidades, 2017/2016)		
	2%	B.6.1 -Quota biossimilares por DCI (Infliximab)	30,0	60,1
	2%	B.6.2-Quota biossimilares por DCI (Rituximab)	15,0	16,2
C. Eficiência (20%)	5%	C.1 Percentagem de custos com Horas Extraordinárias, Suplementos e FSE (selecionados), no Total dos Custos com Pessoal (€)	14,9%	13,0%
	5%	C.2 Gastos com Pessoal por Doente Padrão, face ao melhor do grupo	Valor do melhor do grupo	n.d
	5%	C.2 Gastos com Produtos Farmacêuticos por Doente Padrão, face ao melhor do grupo	Valor do melhor do grupo	n.d
	5%	C.2 Gastos com Material de Consumo Clínico por Doente Padrão, face ao melhor do grupo	Valor do melhor do grupo	n.d
Objetivos Regionais (40%)				
D. Objetivos Regionais (40%)	8%	D.1 Tempo de espera para triagem médica da consulta externa	8,0	14,0
	8%	D.2 Programa de Rastreio da Retinopatia Diabética (RRD)	1,0	n.d
	8%	D.3 Programa de Rastreio do Cancro do Colo do Útero (RCCU)	85,0	n.d
	8%	D.4 Programa de Rastreio do Cancro do Colon e Reto (RCCR)	75,0	n.d
	8%	D.5 Implementação das Equipas inter-hospitalares de cuidados paliativos	100,0	n.d

* dados finais por apurar (resultados provisórios)

Do Contrato-Programa do Centro Hospitalar para 2018 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 12.491.383€ (5% do valor global do Contrato Programa) e para o qual o CHUP 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 dos apresentados com a nota "n.d".

No entanto, num “proxy” de cálculo elaborado pelo próprio Hospital, tendo em conta a metodologia de avaliação para a definição de preços e fixação de objetivos do Contrato-Programa de 2018 e de acordo com a informação disponível no SICA – Sistema de Informação, Contratualização e Acompanhamento (mapa “Índice de Desempenho Global”), podemos constatar que:

I Relativamente ao Acesso, considerou-se o cumprimento acima de 100% nos indicadores A.2 – Peso das consultas externas com registos de alta no total das consultas externas médicas (111,8%) e do indicador A.3 – Mediana do tempo de espera da LIC, em meses (115,2%). Relativamente à Percentagem de consultas médicas no total de consultas (indicador A.1) a taxa de execução ficou relativamente próxima dos 100% (com 97,8% de concretização). De igual modo, o 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 (99,7%), não obstante os constrangimentos decorrentes do fluxo anormal de doentes em número e complexidade nos períodos críticos do ano. O indicador A.5 – Percentagem de doentes referenciados para a RNCCI, avaliados/confirmados pela EGA até 2 dias úteis após a referenciação, no total de doentes referenciados para a RNCCI, aguarda a publicação 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 12,9% (num total de 15%), que poderá superar os 15% se o indicador relativo à RNCCI vier a ser cumprido.

I 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 superam 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 indicador, B.3 - Percentagem de cirurgias da anca efetuadas nas primeiras 48h (%), ainda com resultados provisórios, apresenta uma taxa de realização irreal ao que não nos permite, para já, concluir quanto ao seu cumprimento. 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 da informação e que estamos a proceder na recuperação do registo dos episódios codificados, mas atendendo ao histórico de ambulatorização na instituição entendemos que não haja dificuldades quanto ao seu cumprimento. O indicador B.6 - Quota de utilização de biossimilares em unidades, por DCI (imflicimab, rituximab, etanercept), em 2018 apresenta níveis de superação largamente superiores a 100% nos 3 subindicadores previstos. Para 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.

Ao nível do desempenho assistencial, para o conjunto de indicadores definidos, atendendo à informação disponível no SICA e ao histórico de cumprimento dos indicadores ao nível da PPCIRA e de ambulatorização, o CHUP poderá atingir no global 24,4% no total de 25%, podendo chegar a um nível cumprimento de 27,4%, caso o indicador Percentagem de cirurgias da anca efetuadas nas primeiras 48h, venha a ser cumprido a 100%.

I No que respeita aos indicadores de eficiência, o indicador C.1 - Percentagem de custos com Horas Extraordinárias, Suplementos e Fornecimentos e Serviços Externos III (selecionados) no total dos Custos com Pessoal supera as metas contratualizadas (+100%). No entanto os indicadores C.2, custos com pessoal por doente padrão, custos com produtos farmacêuticos por doente padrão e custos com material de consumo clínico por doente padrão, cuja avaliação depende do resultado face ao melhor do grupo, não é possível à data de fecho do presente relatório concluir o seu nível de cumprimento. Ainda assim, tomado por referência os dados publicados no site do ACSS, por referência ao período acumulado a novembro 2018, poderá haver uma boa expectativa de concretização dado que o CHUP aparece, no universo dos hospitais do grupo, em 1º lugar no indicador relativo aos custos com material de consumo clínico por doente padrão, em 2º lugar no indicador de custos com pessoal por doente padrão e em 4º lugar nos custos com produtos farmacêuticos por doente padrão.

Face ao referido será prematuro apontar para um resultado possível para o conjunto dos indicadores de eficiência (que caso fossem cumpridos na totalidade representariam 20% do total dos definidos).

I No que respeita aos Objetivos Regionais do tempo de espera para a triagem médica da Consulta Externa, o CHUP revelou alguma dificuldade no seu cumprimento dado o volume de referências do exterior não só da sua área como as decorrentes da introdução do princípio da liberdade de escolha (LAC). De salientar que somos a 2ª entidade em termos nacionais de entre as instituições multivalência com maior percentagem de referências fora da sua área direta. Os restantes indicadores de âmbito regional aguardam os resultados, a apurar nos relatórios de avaliação por parte da ARS do Norte. O global dos indicadores definidos pela ARS norte concorrem para o índice de desempenho global e representam 40% do total.

Após avaliação individual do nível de cumprimento dos indicadores, de acordo com os dados disponíveis e face aos constrangimentos inerentes ao processo de avaliação, e sobretudo tendo em conta que à presente data conseguimos avaliar 13 dos 22 indicadores, não nos é possível estimar o Índice de Desempenho Global.

Relativamente a medidas corretivas, o Conselho de Administração do Centro Hospitalar Universitário do Porto, prosseguiu com a política de reuniões 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.

I A capacidade de resposta adequada aos desafios relacionados com o aumento progressivo das necessidades em saúde da população e das orientações emitidas pela Tutela acionista, nem sempre acompanhadas do necessário volume de financiamento.

I O equilíbrio dos resultados de exploração e o suporte financeiro do acionista Estado. A este respeito destaca-se:

- A inovação dos dispositivos médicos e respetivos custos associados sem qualquer financiamento adicional;
- Crescimento do peso dos custos dos medicamentos na estrutura de custos derivado da entrada de novos doentes crónicos (paramiloidose, hepatite C, esclerose múltipla, doenças autoimunes, transplantação, doenças raras-terapêuticas órfãs);
- Índice de case-mix enquanto fator de ajustamento de preços sem atualização, não refletindo a diferenciação ao longo dos anos.
- A qualidade e segurança, são dois vetores nucleares no desenvolvimento de qualquer organização moderna e particularmente no setor da saúde, pelo que o CHUP deverá manter um forte investimento neste domínio.
- A manutenção do investimento na diferenciação e investigação para maximizar a sua atratividade, aproveitando a “janela” de oportunidade que é a aplicação efetiva da livre escolha por parte dos utentes.
- A segurança e a disponibilidade da informação fazem manter uma forte aposta nos Sistemas de Informação.

4. Evidenciação da atuação em conformidade com as orientações definidas pelos ministérios setoriais, designadamente as relativas à política setorial a prosseguir, às orientações específicas a cada 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 setorial e às orientações do ponto de vista estratégico, aos objetivos a alcançar no exercício da atividade operacional e ao nível do serviço público a prestar pelo CHUP, 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 CHUP e pela Tutela.

A execução do Contrato Programa é internamente monitorizada através dos suportes de informação para a Gestão existentes no CHUP, 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.

III ESTRUTURA DE CAPITAL

1. 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 CHUP a 31/12/2018 apresentava o montante de 169.866.000€ detido na totalidade pelo Estado, podendo ser aumentado ou reduzido por despacho conjunto dos Ministros das Finanças e da Saúde.

Durante o ano de 2018 verificou-se o registo de um aumento de capital em espécie, no montante de 3.166.000€, correspondente aos bens imóveis que integram o Hospital Joaquim Urbano, conforme previsto no Decreto-Lei n.º 30/2011 de 2 de março.

Entretanto há ainda a referir o Despacho nº1265/2017 que 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 CHUP foi aumentado em 21.996.000€, mas realizado em janeiro de 2018.

Em 2015 o 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 CHUP em 2.000.000€ em numerário. O aumento de capital visou apoiar sobretudo os investimentos cofinanciados por fundos comunitários no âmbito do novo quadro comunitário de apoio, Portugal 2020, conforme o despacho constituiu uma oportunidade para apoiar a substituição de equipamentos e a realização de outros investimentos prioritários na área da saúde.

Há ainda a referir a Resolução do Conselho de Ministros (RCM) 38-A/2007 de 28 de fevereiro que estipulou um aumento de capital estatutário, faseado e em função do ritmo de concretização dos investimentos previstos no plano de negócios no valor total de € 76.100.000, reprogramado em 2008 pela RCM 116/2008, de 23 de julho, da seguinte forma:

Total	2007	2008	2009	2010
76.100.000€	6.758.000€	26.289.000€	28.489.000€	14.564.000€

Relembra-se que faltam realizar 13.186.000 euros relativos à RCM 116/2008, por incorporação do CMIN no CHUP.

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

O capital do CHUP 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 CHUP 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 dos ESTATUTOS no anexo II do Decreto-Lei n.º 18/2017 de 10 de fevereiro e da Lei n.º 148/2015 de 9 de setembro que estabelece o Regime Jurídico da Supervisão da Auditoria para as entidades classificadas de interesse público.

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

- a) O Conselho de Administração
- b) O Conselho Fiscal e Revisor Oficial de Contas
- c) O Conselho Consultivo.

No entanto a administração e fiscalização esteve estruturada nos termos 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.

Eram Órgãos do Centro Hospitalar Universitário 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). 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 6.º, 7.º, 11.º, 12.º e 14.º dos estatutos, anexo II do Decreto-Lei n.º 18/2017 de 10 de fevereiro.

Aos membros do conselho de administração aplica-se o estatuto de 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, sem prejuízo do disposto no artigo 20.º do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde.

Conforme artigo 12.º 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 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.

Atendendo à vacatura de um dos cargos de vogal executivo do conselho de administração do CHUP, por motivo de renúncia, a Resolução do Conselho de Ministros n.º 30/2019 de 31 de janeiro de 2019, designou para o restante do mandato em curso dos membros do conselho de administração, sob proposta do Ministro das Finanças e da Ministra da Saúde, novo vogal executivo para o conselho de administração do CHUP.

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 31/12/2018 era a seguinte, conforme Resolução do Conselho de Ministros n.º 34/2017 de 9 de fevereiro de 2017 e Resolução do Conselho de Ministros n.º 30/2019 de 31 de janeiro de 2019.

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 n.º 34/2017	9 de fevereiro de 2017	CHUP	O
2017-2019	Vogal	Élia do Céu Costa Gomes	Resolução n.º 34/2017	9 de fevereiro de 2017	CHUP	D
2017-agosto 2018	Vogal	Rui Manuel Oliveira Pedroso	Resolução n.º 34/2017	9 de fevereiro de 2017	CHUP	D
01/02/2019 - 2019	Vogal	Rita Gonçalves Moreira	Resolução n.º 30/2019	31 de janeiro de 2019	CHUP	D
2017-2019	Diretor Clínico	José Fernando da Rocha Barros	Resolução n.º 34/2017	9 de fevereiro de 2017	CHUP	O
2017-2019	Enfermeiro Diretor	Alfredo Eduardo Argulho Alves	Resolução n.º 34/2017	9 de fevereiro de 2017	CHUP	D

Número estatutário mínimo e máximo de membros - [número mínimo] / [número máximo]: 1 Presidente e no máximo 4 vogais.

Legenda: (1) O/D – Origem / Destino

3. Distinção dos membros executivos e não executivos do Conselho de Administração¹ e, relativamente aos membros não executivos, identificação dos membros que podem ser considerados independentes², ou, se aplicável, identificação dos membros independentes 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 do 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, Resolução do Conselho de Ministros n.º 34/2017 de 9 de fevereiro de 2017 e Resolução do Conselho de Ministros n.º 30/2019 de 31 de janeiro de 2019.

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 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 e Resolução do Conselho de Ministros n.º 30/2019 de 31 de janeiro de 2019.

A. Presidente CA**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 Convocado 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 carácter internacional.

É coautor do livro «O que é a Artrite Reumatoide» destinada 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**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 Referência 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 Sénior 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 (IS-SN1645-281X).

C. Enfermeiro Diretor

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

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 Aproveitamento 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**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.

*Renunciou funções em 31-08-2018.

F. Vogal do CA**SINOPSE CURRICULAR****Rita Gonçalves Moreira****

Nascida a 11 de março de 1980

Habilitações Académicas e Profissionais

Licenciatura em Administração e Gestão de Empresas pela Universidade Católica Portuguesa — Centro Regional do Porto em 2004; diversas formações na área da gestão; participação em congressos e conferências no âmbito da saúde.

Experiência Profissional:

Consultora na Deloitte (setembro 2004 a junho de 2008); Chefe do Departamento de Planeamento de Gestão da Prio SGPS (junho de 2008 a dezembro de 2009); Chefe do Departamento de Planeamento de Gestão da Prio Foods SGPS (janeiro de 2010 a abril de 2011); Assessora do Conselho Diretivo da

Administração Regional de Saúde do Norte, IP (abril de 2011 a dezembro de 2011); Assessora do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Porto, EPE (janeiro de 2012 a maio de 2016); Vice-Presidente da Administração Regional de Saúde do Norte, IP (maio 2016-janeiro 2019).

**Iniciou funções a 01-02-2019

5. Evidências da apresentação das declarações 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 as quais são 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.º 7 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 os 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 34º 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 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;

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 a mobilidade interna;
- 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;

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 – 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 tratamen

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 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;

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.º 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.

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

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

2018	Dr Paulo Barbosa	Prof. Doutor José Barros	Drª Élia Gomes	Dr Rui Pedroso	Enf.º Eduardo Alves
Nº Ausências	4	7	6	5	7
Nº Reuniões realizadas Ano 2018	52				
% assiduidade	92%	87%	88%	90%	87%

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, apresentados segundo o formato seguinte:

Membro do CA	Acumulação de Funções		
	Entidade	Função	Regime
Paulo Jorge Barbosa Carvalho	ICBAS, UP	Professor auxiliar convidado da unidade curricular "Clínica Médica" (5º ano) do Mestrado Integrado em Medicina.	Público
José Fernando da Rocha Barros	ICBAS, UP	Professor catedrático convidado. Regente da unidade curricular "Dissertação/ Projeto/ Estágio" (6º ano) e responsável pelo módulo de "Semiologia Neurológica" da unidade curricular Semiologia e Fisiopatologia II (3º ano) do Mestrado Integrado em Medicina (MIM). Membro da comissão científica do MIM.	
Alfredo Eduardo Argulho Alves	n.a.	n.a.	n.a.
Élia do Céu Costa Gomes	n.a.	n.a.	n.a.
Rui Manuel Oliveira Pedroso*	n.a.	n.a.	n.a.

* Informação até à data da cessação das s/ funções no CHUP, dia 31 de agosto de 2018.

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. Fiscalização

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

Com as alterações introduzidas nos Estatutos pelo Decreto-Lei nº18/2017 de 10 de fevereiro, o CHUP 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 despacho conjunto das Finanças e da Saúde de 06-09-2018, designou para o mandato de 2018-2020 os membros do Conselho Fiscal para o CHUP e o despacho conjunto das Finanças e da Saúde de 18-12-2018 nomeou o Revisor Oficial de Contas para o mandato de 2018-2020.

Entretanto, até à entrada em funções do Conselho fiscal e do ROC, 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 e revogado pelo decreto-lei nº 18/2017 de 10 de fevereiro, o órgão de fiscalização foi o Fiscal Único.

2. 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). Informação a apresentar segundo o formato seguinte:

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

Número estatutário mínimo e máximo de membros - [número mínimo] / [número máximo] : 4 / 4
 Legenda: SES – Secretário de Estado da Saúde; SET – Secretário de Estado do Tesouro.

3. Apresentação de elementos curriculares relevantes de cada um dos membros do órgão de fiscalização. Deverão especificamente ser indicadas as atividades profissionais exercidas, pelo menos, nos últimos 5 anos.

Conselho fiscal e ROC:

Presidente do Conselho Fiscal

SINOPSE CURRICULAR

Carla Manuela Serra Galdes

Manager de Auditoria na Deloitte entre 1996 e 2003.
 Revisora Oficial de Contas desde dezembro de 2001.
 Partner na Crowe Portugal desde 2004.
 Experiência profissional
 Experiência profissional de 22 anos em auditoria financeira, tendo desenvolvido a sua atividade em diversas entidades nacionais e internacionais de natureza privada e pública, abrangendo diversos setores de atividade, nomeadamente, indústria, comércio, saúde, transportes, construção, setor público da educação (universidades e institutos politécnicos), setor público local (Municípios e empresas locais), bem como entidades do setor não lucrativo (associações e fundações).
 Membro do Conselho Fiscal de diversas entidades.
 Coautora do livro “Novo Normativo Contabilístico para as Entidades do Setor não Lucrativo – Casos Práticos”.
 Associações Profissionais
 Membro da Ordem dos Revisores Oficiais de Contas.
 Membro da Ordem dos Economistas.
 Membro da Ordem dos Contabilistas Certificados.
 Formação .
 Licenciatura em Economia pela Universidade do Porto (Faculdade de Economia do Porto).
 Revisor Oficial de Contas.
 Pós-graduação em “Sistema de Normalização Contabilística para as Administrações Públicas” pelo IPCA – Instituto Politécnico do Cávado e do Ave.

Vogal do Conselho Fiscal

SINOPSE CURRICULAR

Maria das Dores de Sousa Silva

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

Vogal do Conselho Fiscal**SINOPSE CURRICULAR****Júlio Fernando Seara Sequeira da Mota Lobão**

Nasceu a 21 de Abril de 1975 em Braga.

Analista financeiro e consultor na área dos mercados financeiros (de 1994 a 2001).

Economista com exercício de funções de direção em empresas no sector de formação profissional (de 2001 a 2007).

Professor-Adjunto no Instituto de Estudos Financeiros e Fiscais (de 2000 a 2007) e no Instituto Superior de Entre Douro e Vouga (de 2007 a 2008).

Professor Auxiliar na Universidade Lusíada de V.N. Famalicão (de 2007 a 2009) e na Universidade Lusíada do Porto (de 2007 a 2010).

Consultor científico do programa de literacia financeira “No Poupar Está o Ganho” desenvolvido pela Fundação Dr. António Cupertino de Miranda (de 2016 a 2017).

Desde 2009, Professor Auxiliar na Faculdade de Economia da Universidade do Porto (FEP), onde leciona na área das Finanças.

Desde 2011, consultor na área das finanças com exercício de funções de peritagem técnica em diversos processos judiciais no Tribunal de Trabalho do Porto, Tribunal do Trabalho de Matosinhos e Tribunal Judicial da Comarca do Porto.

Habilitações académicas:

2007: Doutoramento em Ciências Empresariais pela Universidade do Minho.

2002: Mestrado em Economia pela Faculdade de Economia da Universidade do Porto.

1998: Licenciatura em Economia pela Faculdade de Economia da Universidade do Porto.

Publicações:

Autor de seis livros no campo da gestão financeira, e de dezenas de artigos publicados em revistas científicas nacionais e internacionais na sua área de especialidade.

Revisor Oficial de Contas**SINOPSE CURRICULAR****André Miguel Andrade e Silva Junqueira Mendonça**

André Miguel Andrade e Silva Junqueira Mendonça, 41 anos, é licenciado em Economia, está inscrito na Ordem dos Revisores Oficiais de Contas e na Ordem dos Contabilistas Certificados.

Em 2000 iniciou a sua experiência profissional na KPMG & Associados, SROC, S.A., onde permaneceu até maio de 2009, quando aceitou o convite de Santos Carvalho & Associados, SROC, S.A. (NEXIA Portugal) para assumir o papel de Partner no seu departamento de auditoria.

Em 2015, assumiu o cargo de Administrador Único da Nexia Portugal e atualmente coordena uma equipa de 26 profissionais e quatro sócios (todos com background das big-four).

Em representação da Nexia Portugal, é atualmente responsável em diferentes trabalhos junto de um número significativo de entidades dos setores privado, público e financeiro.

Fiscal único**Elementos curriculares relevantes****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 2016l):

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

Membro do IPAI/IIA – Instituto Português de Auditores Internos (corpos sociais).

Fiscal Único suplente

Elementos curriculares relevantes

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

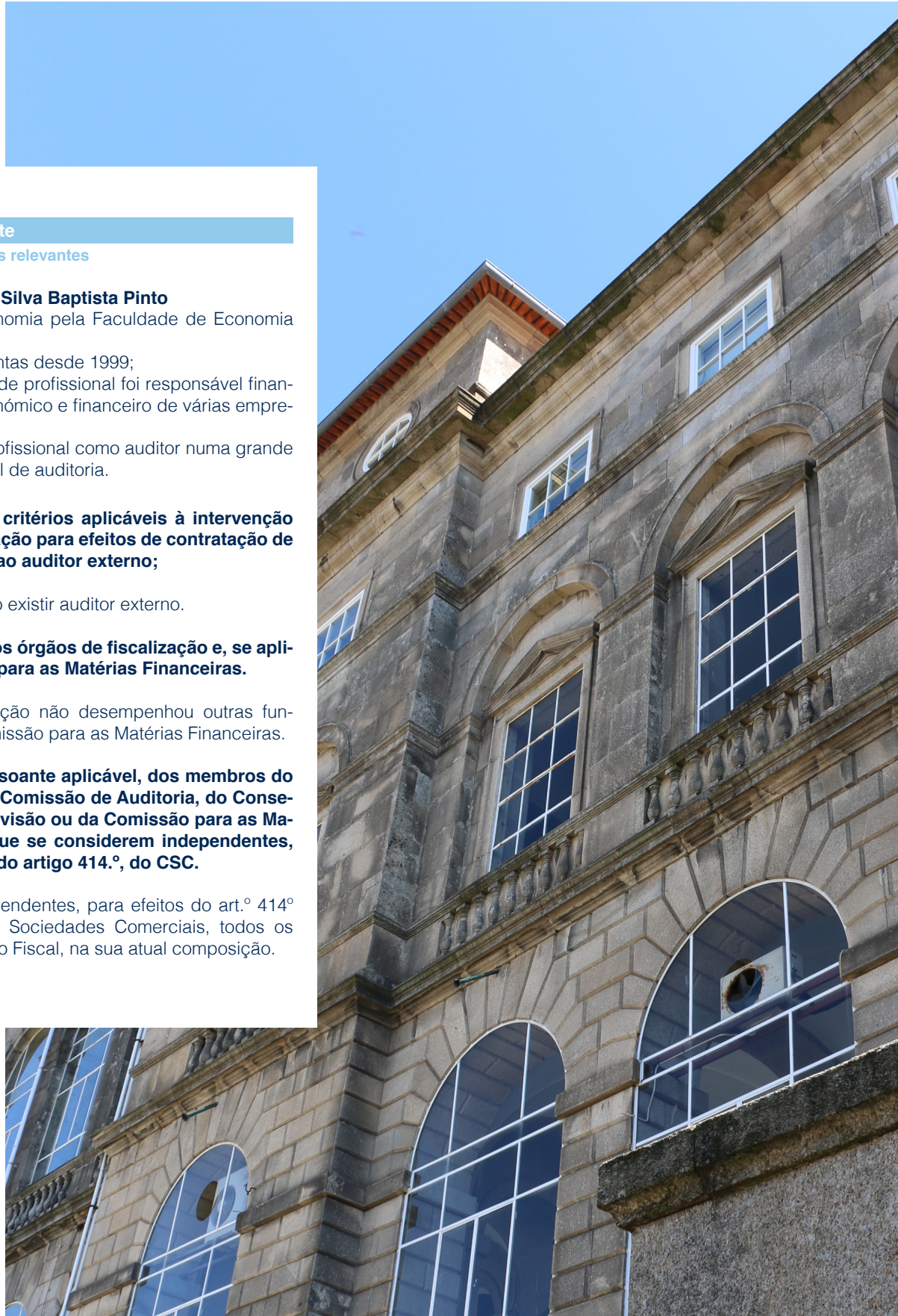
Não se aplica por não existir auditor externo.

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

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

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

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



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

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

N.º Reuniões	Local de realização	Intervenientes na reunião	Ausências dos membros do Órgão de Fiscalização
1 de 18.09. 2018	Centro Hospital Universitário do Porto	Presidente, Vogais, Presidente do Conselho de Administração	n/ aplicável
2 de 04.10.2018	Centro Hospital Universitário do Porto	Presidente, Vogais	n/ aplicável
3 de 22.10.2018	Centro Hospital Universitário do Porto	Presidente, Vogais	n/ aplicável
4 de 19.11.2018	Centro Hospital Universitário do Porto	Presidente, Vogais, Presidente do Conselho de Administração, Diretora Financeira e Diretora Serviço de Informação de Gestão	n/ aplicável
5 de 27.12.2018	Centro Hospital Universitário do Porto	Presidente, Vogais, Presidente, Diretora Financeira e Diretora Serviço de Informação de Gestão	n/ aplicável

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;

Não prestou nem presta quaisquer outros serviços ao CHUP, EPE.

Durante o exercício, os membros do órgão de fiscalização desempenham as funções referidas no ponto 3 acima, no âmbito das suas atividades profissionais.

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 2018-2020:

Identificação do ROC para o mandato de 2018 a 2020

Santos Carvalho & Associados, SROC, SA, registada como SROC nº71 junto da OROC e na CMVM com o nº 20161406, com sede na Avenida da Boavista, 2881 – 2º - escritórios 14 e 15, 4100-136 Porto, representada pelo Revisor Oficial de Contas nº 1530, André Miguel Andrade e Silva e Junqueira Mendonça.

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.

Nos termos do artigo 54.º da Lei n.º 140/2015, de 7 de setembro:

“2 - Nas entidades de interesse público, o período máximo de exercício de funções de revisão legal das contas pelo sócio responsável pela orientação ou execução direta da revisão legal das contas é de sete anos, a contar da sua primeira designação, podendo vir a ser novamente designado depois de decorrido um período mínimo de três anos.

3 - Nas entidades de interesse público, o período mínimo inicial do exercício de funções de revisão legal das contas pelo revisor oficial de contas ou pela sociedade de revisores oficiais de contas é de dois anos e o período máximo é de dois ou três mandatos, consoante sejam, respetivamente, de quatro ou três anos.

4 - O período máximo de exercício de funções do revisor oficial de contas ou das sociedades de revisores oficiais de contas na mesma entidade de interesse público pode ser excecionalmente prorrogado até um máximo de 10 anos, desde que tal prorrogação seja aprovada pelo órgão competente, sob proposta fundamentada do órgão de fiscalização. “

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:

Mandato (Início-Fim)	Cargo	Identificação SROC / ROC	Designação					N.º de anos de funções exercidas no grupo	N.º de anos de funções exercidas na entidade
			N.º inscrição na OROC	N.º registo na CMVM	Forma (1)	Data	Contratada		
2018-2020	ROC	Santos Carvalho & Associados, SROC, SA representada pelo Revisor Oficial de Contas nº 1530, André Miguel Andrade e Silva e Junqueira Mendonça	71	20161406	Despacho	13-12-2018	-	n/a	0

Identificação SROC / ROC	Remuneração Anual 2018 (€)
	Bruta

Santos Carvalho & Associados, SROC, SA representada pelo Revisor Oficial de Contas nº 1530, André Miguel Andrade e Silva e Junqueira Mendonça.

26.700,00 €

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

Não aplicável.

F. Conselho Consultivo (caso aplicável)

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

O Despacho n.º 12493/2014 nomeou o Presidente do Conselho Consultivo do Centro Hospitalar do Porto, E. P. E., atualmente Centro Hospitalar Universitário do Porto, 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 CHUP tendo sido elaborada a ata nº3/2017 da reunião.

Em 2018 o Conselho Consultivo reuniu no dia 21 de junho de acordo com o número 1 do artigo 23º dos Estatutos do CHUP tendo sido elaborada a ata nº1/2018 da reunião.

G. Auditor Externo (caso aplicável)

1. Identificação do auditor externo designado e do sócio ROC que o representa no cumprimento dessas funções, bem como o respetivo número de registo na CMVM, assim como a indicação do número de anos em que o auditor externo e o respetivo sócio ROC que o representa no cumprimento dessas funções exercem funções consecutivamente junto da 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. Explicitação, acompanhada de menção à legislação aplicável, 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 serviços. (Para efeitos desta informação, o conceito de rede é o decorrente da alínea p) do artigo 2.º do Regime Jurídico da Supervisão de Auditoria, aprovado pelo artigo 2.º da Lei n.º 148/2015, de 9 de setembro).

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

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 Universitário do Porto (CHUP) orienta a sua atividade por valores de responsabilidade, integridade, transparência e ética. De forma complementar a estes princípios institucionais, o CHUP 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 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 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 CHUP tem um Plano de Prevenção de Risco de Gestão incluindo de Corrupção e Infrações Conexas que incorpora as sucessivas recomendações do CPC, tendo como referencial a metodologia do CPC, do TC e as normas de Gestão de Risco reconhecidas internacionalmente, nomeadamente a Norma NP ISO 31000:2018 – Gestão do risco, Linhas de orientação: a Norma de Gestão de Riscos da Federation of European Risk Management Associations (FERMA) e o Enterprise Risk Management – integrated framework do COSO (Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission).

O plano de prevenção de risco de gestão incluindo de corrupção e infrações conexas é um instrumento de aplicação da política antifraude e corrupção onde se identificam potenciais riscos, causas desses riscos e onde se definem 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 CHUP dispõe de um Sistema de Controlo Interno, competindo ao Conselho de Administração assegurar a sua implementação e manutenção.

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

VI ORGANIZAÇÃO INTERNA

A. Estatutos e Comunicações

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

Os Estatutos do CHUP encontram-se no ANEXO II do Decreto-Lei nº18/2017 de 10 de fevereiro.

O CHUP é uma EPE (Entidade Pública Empresarial), integrada no Setor Público Empresarial regendo-se 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)

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 CHUP 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 CHUP. 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 CHUP 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 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

de da resposta do CHUP 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 Gestão incluindo de Corrupção e Infrações Conexas.

┃ Regulamento de Comunicação Interna de irregularidades.

┃ Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD).

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

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

Compete aos Diretores e Administradores dos Departamentos e Serviços a responsabilidade pela organização, aplicação e acompanhamento do sistema de controlo interno do plano de prevenção de riscos de gestão, incluindo de corrupção e infrações conexas na parte respetiva às suas áreas de atuação.

Cabe aos Serviços identificar, recolher e comunicar qualquer ocorrência de risco e respetiva avaliação de gravidade e medidas de controlo associadas, responsabilizando-se pela eficácia das medidas de controlo do risco na área de responsabilidade respetiva.

Ao Serviço de Auditoria Interna compete apoiar os serviços na conceção da gestão de riscos como instrumento de apoio ao processo de gestão, monitorizar e avaliar o sistema de controlo interno e de gestão de risco através nomeadamente da avaliação do Plano de Prevenção do risco de Gestão incluindo de corrupção e Infrações Conexas, elaborando Relatório Anual de avaliação e execução.

Ao Serviço de Auditoria Interna - artigo 19º do Decreto-Lei nº18/2017 de 10 de fevereiro - 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.

O Serviço de Auditoria Interna do CHUP é constituído unicamente pela Auditoria Interna. Considerando as exigências da dimensão e complexidade das operações inerentes à atividade do CHUP, as crescentes responsabilidades que têm vindo a ser atribuídas pelo acionista e as solicitações internas de apoio e intervenção pela auditoria interna com particular importância na implementação do sistema de prevenção de riscos de gestão corrupção e infrações conexas, foi solicitado pela auditoria interna a dotação do Serviço de recursos adequados às exigências do CHUP e da Função Auditoria Interna.

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 CHUP 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.

No que se refere ao Plano de Prevenção de Riscos de Gestão incluindo de Corrupção e Infrações Conexas, a política de risco tem por base a avaliação do risco, realizada de acordo com as normas internacionalmente aceites sobre gestão de risco. Estão identificadas causas que podem dar origem ao risco, o tipo de resposta, (aceitar, reduzir, transferir ou eliminar) e definidos controlos à sua mitigação. Na sequência, a avaliação o risco deve permitir que o risco seja priorizado com base na probabilidade e impacto nos resultados.

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 CHUP depende, em termos orgânicos, do Presidente do Conselho de Administração, nº14 do artigo 19º do Decreto-lei nº 18/2017 de 10 de fevereiro.

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

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

I 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.

I 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.

I 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.

I Encarregada da Proteção de Dados - A Proteção de Dados Pessoais é um valor subjacente à atividade do Centro Hospitalar Universitário do Porto, quer cumprindo a legislação em vigor (Lei n.º 67/98 de 26 de Outubro - Proteção de Dados Pessoais; Lei n.º 12/2005, de 26 de Janeiro – Informação Genética Pessoal e Informação de Saúde ; Lei nº 26/2016 de 22 de Agosto - Acesso aos Documentos Administrativos e Informação Administrativa; ...) bem como adotando as medidas organizativas e técnicas necessárias, nomeadamente no âmbito da segurança da informação.

De acordo com essa visão e na sequência da aprovação do Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD), cujo cumprimento é obrigatório para 27 Estados Membros da UE desde de 25 de maio de 2018, o CHUP nomeou a Encarregada de Proteção de Dados (EPD) e um Grupo de Trabalho.

O Grupo de Trabalho coordenado pela EPD, elaborou uma proposta de implementação do RGPD no CHUP, que foi aprovada pelo Conselho de Administração em 7 de dezembro de 2017.

O Projeto de Implementação engloba colaboradores do CHUP das diversas áreas de atividade integrados em 3 núcleos de competências (processual, jurídica e tecnológica) bem como 2 equipas externas de apoio – técnico e jurídico e decorreu durante o ano de 2018. Este projeto consubstancia um contributo para a estratégia de Gestão da Informação, bem como para os mecanismos de Governação de Dados e respetiva arquitetura tecnológica para a sua implementação.

I Responsável pelo Acesso à Informação - Afim de dar cumprimento ao estatuído na Lei nº 26/2016, de 22 de agosto, nos termos do seu art.º 9º, o Conselho de Administração do CHUP, designou um responsável pelo acesso à informação (RAI), a quem compete garantir que o acesso a dados é sempre feito dentro da legalidade, cumprindo as disposições da supracitada Lei.

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

- quer quando efetuado pelo titular dos dados;
- por terceiro se estiver munido de autorização escrita do titular dos dados que seja explícita e específica quanto à sua finalidade e quanto ao tipo de dados a que quer aceder;
- ou por terceiro se demonstrar fundamentadamente ser titular de um interesse direto, pessoal, legítimo e constitucionalmente protegido suficientemente relevante, após ponderação (vide nº 3 do art.º 1º e n 5º do art.º 6º).

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

Sendo que, não podem ser objeto de reutilização, documentos nominativos, salvo autorização do titular, disposição legal que a preveja expressamente ou quando os da-

dos pessoais possam ser anonimizados sem possibilidade de reversão, devendo nesse caso aplicar -se, no âmbito da autorização concedida e nos termos do n.º 1 do artigo 23.º, a previsão de medidas especiais de segurança destinadas a proteger os dados sensíveis.

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

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

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

Os riscos no CHUP entendem-se do seguinte modo:

- a)** Riscos clínicos que decorrem da atividade clínica, suscetíveis de afetar negativamente a saúde e a qualidade de vida do doente, sob a gestão do Gabinete de Governação Clínica.
- b)** Riscos gerais que afetam todas as atividades do hospital são os riscos de incêndio; de segurança de pessoas, incluindo de violência e/ou agressão, de rapto de crianças e de fuga de doentes; de segurança do património do hospital e dos bens dos profissionais e utentes; ameaças de bomba; riscos das edificações e das instalações técnicas; riscos provenientes de materiais, de fluxos (incluindo gases medicinais e não medicinais) e de efluentes; riscos ambientais; catástrofes naturais; riscos profissionais. Sob a ação e responsabilidade Gabinete de Higiene e Segurança.
- c)** Riscos de gestão resultantes da inadequação ou deficiências administrativas, contabilísticas e de gestão nos processos da Produção, Gestão de Compras, Logística, Contabilidade Geral/Orçamental/Análítica, Gestão de Imobilizado, Gestão de Contas a Pagar, Gestão de Recursos Humanos, Gestão de Contas a Receber e Gestão de Tesouraria.
- d)** Riscos da informação, os que são resultado de erros ou falhas na segurança da informação (acessos não autorizados ou inadequados) de deficiente gestão, preservação da informação e garantia de confidencialidade em particular da informação clínica e de dados pessoais; erros ou falhas na informação administrativa, contabilística e de gestão.
- e)** Riscos de reputação e imagem, resultantes de uma perceção negativa da imagem pública da instituição, fundamentada ou não, por parte do acionista (Tutela), clientes, fornecedores, colaboradores, órgãos da imprensa, opinião pública e outros stakeholders.
- f)** Riscos de compliance ou conformidade, resultantes de violações ou desconformidades relativamente às leis, regulamentos, contratos, códigos de conduta, práticas instituídas ou princípios éticos.

g) Riscos financeiros resultantes de prejuízo e desequilíbrio económico-financeiro persistente.

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

Considerando as categorias de risco identificadas e referidas no ponto anterior, o processo de identificação, avaliação, acompanhamento, controlo, gestão e mitigação de riscos estrutura-se resumidamente da seguinte forma:

I Risco Clínico

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

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

A intervenção na prevenção do risco clínico é inerente à 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, no âmbito do DQ, 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 CHUP. As NOC são emanadas pela Direção Geral da Saúde (DGS). A sua função é a de facilitar aos profissionais informação sobre os cuidados apropriados em determinadas condições, baseados na evidência, diminuindo o risco inerente à variabilidade dos procedimentos. Estes protocolos e NOC são passíveis de auditoria clínica.

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

Na identificação das áreas críticas para a Gestão de Risco Clínico, realçamos o papel da notificação espontânea de eventos pelo sistema de notificação de eventos adversos, disponível no CHUP 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. Desta assunção resulta o desenvolvimento de um plano de auditorias que procura responder à priorização das áreas identificadas, incluindo naturalmente as áreas mais críticas. A avaliação e o controlo da implementação dos procedimentos e protocolos existentes na Instituição baseiam-se num sistema de auditorias transversais e de serviço, coordenadas pelo Gabinete de Governação Clínica, tudo contribuindo para o objetivo fundamental de minimizar os riscos para utentes e profissionais, proporcionando cuidados seguros e de excelência.

I Risco Geral e de Segurança e Higiene do Trabalho

O Risco Geral e de Segurança e Higiene do Trabalho é da competência do Gabinete de Higiene e Segurança (GHS). Foram realizadas visitas aos Serviços existentes na Unidade Hospital de Santo António e no Polo Ex-CICAP. Estas visitas enquadram-se no âmbito das visitas periódicas aos locais de trabalho, tendo como intuito a identificação dos fatores de risco a que os profissionais e/ou utentes possam estar expostos e, face às situações detetadas, foram propostas medidas de controlo adequadas, tendo em vista a promoção da melhoria contínua das condições existentes.

Integrado igualmente no processo de melhoria contínua, o Gabinete de Higiene e Segurança (GHS) manteve as atividades de investigação dos fatores contributivos que estiveram na origem das notificações rececionadas e classificadas como situações do âmbito do Risco Geral ou da Segurança e Higiene do Trabalho. Foram igualmente mantidas atividades de investigação para análise das causas que estiveram na origem da ocorrência de acidentes de trabalho. Em ambos os casos procedeu-se à implementação de ações de melhoria, sempre que estas foram consideradas necessárias e/ou relevantes.

Por fim, e de forma a testar os procedimentos de atuação em caso de emergência que se encontram instituídos, no mês de novembro foram realizados simulacros de incêndio e de evacuação nas instalações da Unidade Hospital de Santo António, do Polo Ex-CICAP e do Centro Materno Infantil do Norte, tendo estes sido realizados em articulação com as entidades de socorro externas.

I Risco de Gestão incluindo de Corrupção e Infrações Conexas, Informação, Reputação e Compliance

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

a) Identificação e definição do risco – Nesta fase deve proceder-se ao reconhecimento e à classificação de factos cuja probabilidade de ocorrência e respetiva gravidade de consequências configurem riscos de gestão incluindo riscos de corrupção e de infrações conexas.

b) Análise do risco – para classificar o risco segundo critérios de probabilidade e de gravidade na ocorrência, estabelecem-se conjuntos de critérios, medidas e ações, distribuindo-se por tipos consoante as consequências sejam estratégicas ou operacionais;

O nível de risco é a combinação do grau de probabilidade com a gravidade da consequência da respetiva ocorrência, através da qual se determina a graduação do risco.

c) Avaliação e Graduação do risco - A cada risco identificado é atribuída uma graduação a partir da avaliação da probabilidade e da gravidade da consequência, divididos por tipos consoante as consequências sejam estratégicas ou operacionais.

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

O processo de identificação, descrição, estimativa, tratamento e prevenção do risco de gestão incluindo de corrupção e infrações conexas, realizado no CHUP, incorpora as recomendações do CPC e tem como referencial a metodologia do Tribunal de Contas e as normas internacionalmente aceites sobre a Gestão de Risco, nomeadamente: a Norma NP ISO 31000:2018 – Gestão do risco, Linhas de orientação; a Norma de Gestão de Riscos da Federation of European Risk Management Associations (FERMA) e o Enterprise Risk Management – integrated framework do Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission (COSO).

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

Os Diretores e Administradores dos Departamentos e Serviços são os responsáveis pela organização, aplicação e acompanhamento do Plano de Prevenção do Risco de Gestão incluindo de Corrupção e Infrações Conexas na parte respetiva às suas áreas de responsabilidade. Identificam, recolhem e comunicam qualquer ocorrência de risco e respetiva avaliação de gravidade e medidas de controlo associadas. Responsabilizam-se pela eficácia das medidas de controlo do risco na área de atuação respetiva.

O Serviço de Auditoria Interna apoia os serviços na conceção da gestão de riscos como instrumento de apoio ao processo de gestão, monitoriza o PPRGCIC e elabora o Relatório Anual de Execução.

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 CHUP 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 CHUP submete aos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde, os seguintes elementos:

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

■ Plano de Prevenção de Riscos de Gestão incluindo 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 CHUP, 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 CHUP, é enquadrada pela seguinte legislação:

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

■ Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro, alterado pela Lei n.º 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 n.º 48/90, de 24 de agosto (Lei de Bases da Saúde) com as alterações da Lei n.º 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 n.º 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 n.º 11/93 de 15 de janeiro - Estatuto do Serviço Nacional de Saúde.

Em matéria de aquisições de bens e serviços, o CHUP 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 CHUP encontra-se abrangido pela Lei dos Compromissos e dos Pagamentos em Atraso (LCPA) (Lei n.º 8/2012, de 21 de fevereiro), que estabelece as regras aplicáveis à assunção de compromissos e aos pagamentos em atraso das entidades públicas e cujo princípio fundamental reside no facto de a execução orçamental não poder conduzir à acumulação de pagamentos em atraso. Em 2015 a Lei n.º 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 n.º 127/2012, de 21 de junho disciplinar os procedimentos necessários à aplicação da LCPA e à operacionalização da prestação de informação. O Decreto-Lei n.º 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 pelo Decreto-Lei nº 18/2017 de 10 de fevereiro e à atribuição em 2018 do estatuto de Centro Académico Clínico, passando a denominar-se Centro Hospitalar Universitário do Porto (CHUP), através do Decreto-lei nº 61/2018 de 3 de agosto, está em elaboração o novo Regulamento Interno do CHUP.

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 CHUP 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).

O CHUP 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, acessível a todos os colaboradores (artigo 47º do Decreto-Lei nº133/2013).

O Código de ética encontra-se atual e foi 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 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 atra-

vés dos quais podem exercer o seu direito de participação.

O Código de Ética está de acordo com as diretivas emitidas pela Ministério da Saúde através do Despacho nº 9456-C/2014 – Enquadramento de Princípios 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 relativa 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 Plano de Prevenção de Riscos de Gestão incluindo de Corrupção e infrações Conexas (PRGCIC) do CHUP é de 13 de fevereiro de 2019, tendo sido atualizado e melhorado de acordo com a metodologia do Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC), do Tribunal de Contas e das melhores práticas de gestão de risco reconhecidas a nível mundial: ISO 31000 Gestão de Risco (NP do IPQ); COSO Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission e FERMA – Federation of European Risk Management Associations.

O Plano obedece às Recomendações do CPC (Lei nº 54/2008 de 4 de setembro) emitidas à data de atualização, nomeadamente as seguintes:

! recomendação nº1 de 1 de julho de 2009, nos termos da qual “os órgãos dirigentes máximos das entidades gestoras de dinheiros, valores ou patrimónios públicos, seja qual for a sua natureza, devem elaborar planos de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas.

! recomendação de 1 de julho de 2015 que alargou o âmbito dos Planos de Gestão de Risco de Corrupção e Infrações Conexas atribuindo às entidades públicas o dever de identificar de modo exaustivo os riscos de gestão, incluindo os de corrupção e infrações conexas, bem como as correspondentes medidas preventivas.

! recomendação de 7 de janeiro de 2015 sobre prevenção de riscos de corrupção na contratação pública - O CPC atribui às entidades que celebram contratos públicos, a responsabilidade de reforçar a atuação na identificação, prevenção e gestão de riscos de corrupção e infrações conexas nos contratos públicos, de incentivar a existência de recursos humanos com formação adequada, de garantir a transparência nos procedimentos de contratação pública através de publicidade em plataformas eletrónicas, de assegurar o funcionamento dos mecanismos de controlo de eventuais conflitos de interesses na contratação pública e reduzir o recurso ao ajuste direto.

! recomendação de 7 de novembro de 2012, nos termos da qual os organismos públicos devem incluir nos seus Planos, mecanismos de acompanhamento e de gestão de conflito de interesses.

Os diversos serviços/responsáveis foram interpelados a identificar e/ou a sistematizar os eventos de risco e controlos implementados e/ou a implementar considerados adequados e necessários para reduzir ou eliminar os riscos identificados nas suas áreas de atuação.

O Plano é o resultado de uma reflexão interna desenvolvida com os responsáveis dos serviços numa perspetiva de melhoria contínua, responsabilização e envolvimento de todos os colaboradores na atividade e cultura organizacional.

O PPRGCIC é constituído pelo conjunto das matrizes de risco por processo e atividade, onde os serviços identificam e avaliam os riscos, quanto à probabilidade de ocorrência e impacto da consequência, e se enumeram medidas de controlo à minimização dos riscos de gestão, incluindo de corrupção e infrações conexas.

O Relatório anual de execução do Plano de Prevenção de Riscos de Gestão incluindo de Corrupção e Infrações Conexas aprovado em 27 de fevereiro de 2019, foi elaborado e apresentado pela Auditora Interna ao CA nos termos da alínea e) do artigo 19º do Anexo II do Decreto-lei nº18/2017 de 10 de fevereiro.

Sítio institucional na internet onde se encontra publicitado o respetivo Relatório Anual de Execução do PGRIC:

<https://www.chporto.pt/ver.php?cod=000G>

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>

f) 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 CHUP e o site do SNS.

O CHUP 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 CHUP, remete ainda toda a informação solicitada para a publicação no site do Setor Empresarial do Estado.

E. Sítio 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=000A>

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=000D>

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

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

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=000D>

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

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

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 respetivo 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, prevenindo 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, este ponto não é aplicável.

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

Em consonância com o referido no ponto anterior, este ponto 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, este ponto 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 n.º 1523/2016.

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

2. Identificação dos mecanismos 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 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 responsabili-

dade inerentes às respetivas funções, fixados por resolução do Conselho de Ministros identificadas na secção A.

A remuneração dos elementos do Conselho fiscal e do ROC está fixada por Despacho conjunto das Finanças e da Saúde.

Como já referido o órgão de fiscalização atual é o conselho Fiscal e o Revisor Oficial de Contas, no entanto devemos referir que a remuneração do Fiscal Único estava fixada por Despacho da SEATF, no caso foi 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. A apresentar segundo os formatos seguintes:

Membro do Órgão de Administração	Estatuto do Gestor Público			
	Fixado [S/N]	Classificação [A/B/C]	Remuneração mensal bruto (€)	
			Vencimento Mensal	Despesas 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 Pedrosa	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 2018 (€)		
	Fixa	Variável	Bruta
Paulo Jorge Barbosa Carvalho	85.348,66 €	0,00 €	85.348,66 €
Élia do Céu Costa Gomes	68.601,67 €	0,00 €	68.601,67 €
Rui Manuel Oliveira Pedrosa	55.456,45 €	0,00 €	55.456,45 €
José Fernando da Rocha Barros	84.102,34 €	5898,23*	90.000,57 €
Alfredo Eduardo Argulho Alves	69.488,56 €	0,00 €	69.488,56 €
		Total	368.895,91 €

NOTAS: O Vogal Executivo Rui Manuel Oliveira Pedrosa renunciou ao cargo com efeitos a 31 de agosto de 2018

* Por despacho de Sua Exc.^a o Ministro da Saúde, Adalberto Campos Fernandes, de 27 de setembro de 2017, foi autorizado o exercício de atividade médica, de natureza assistencial, de forma remunerada, ao Prof. José Fernando da Rocha Barros, Diretor Clínico, no C.H.U.P., nos termos do nº 2, artigo 3º dos Estatutos dos Centros Hospitalares, constante do anexo II, do Decreto-Lei nº 18/2017, de 10 de fevereiro.

Membro do Órgão de Administração	Benefícios Sociais(€)					
	Valor do Subsídio de Refeição		Regime de Proteção Social		Seguro de Vida	Seguro de Saúde
	Diário	Identificar	[Identificar]	Encargo anual da entidade	Encargo anual da entidade	Encargo anual da entidade
Paulo Jorge Barbosa Carvalho	4,77 €	1.106,64 €	CGA	20.270,34 €	0,00 €	0,00 €
Élia do Céu Costa Gomes	4,77 €	1.039,86 €	CGA	16.397,96 €	0,00 €	0,00 €
Rui Manuel Oliveira Pedrosa	4,77 €	696,42 €	SEGURANÇA SOCIAL	13.170,63 €	0,00 €	0,00 €
José Fernando da Rocha Barros	4,77 €	1.073,25 €	CGA	21.375,20 €	0,00 €	0,00 €
Alfredo Eduardo Argulho Alves	4,77 €	1.063,71 €	CGA	16.503,14 €	0,00 €	0,00 €
	Total	4.979,88 €		87.717,27 €	0,00 €	0,00 €

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 órgão de fiscalização atual do CHUP é composto pelo Conselho fiscal e pelo ROC com as seguintes remunerações:

Conselho Fiscal	Remuneração Anual 2018 (€)
	Bruta
Carla Manuela Serra Galdes	6.127,40 €
Maria das Dores Sousa Silva	4.595,52 €
Júlio Fernando Seara Sequeira da Mota Lobão	4.595,52 €
Total	15.318,44 €

A nomeação do Conselho Fiscal produziu efeitos a 4 de setembro de 2018, pelo que os valores correspondem às remunerações pagas no período compreendido entre 4 de setembro e 31 de dezembro de 2018.

ROC	Remuneração Anual 2018 (€)
	Bruta
Santos Carvalho & Associados, SROC, SA representada pelo Revisor Oficial de Contas nº 1530, André Miguel Andrade e Silva e Junqueira Mendonça.	26.700,00 €

Com as alterações introduzidas nos Estatutos pelo Decreto-Lei nº18/2017 de 10 de fevereiro, o CHUP 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.

Nestes termos, o despacho conjunto das Finanças e da Saúde de 06-09-2018, designou para o mandato de 2018-2020 os membros do Conselho Fiscal para o CHUP e o despacho conjunto das Finanças e da Saúde de 18-12-2018 nomeou o Revisor Oficial de Contas para o mandato de 2018-2020.

Entretanto, até à entrada em funções do Conselho fiscal e ROC e 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 e revogado pelo decreto-lei nº 18/2017 de 10 de fevereiro, o órgão de fiscalização foi o Fiscal Único.

Fiscal Único	Remuneração Anual 2018 (€)
	Bruta
Rodrigo, Gregório & Associado, Sroc, Lda (NIF: 504844369)	14.994,97 €

6. Indicação da remuneração no ano de referência dos membros da mesa da assembleia geral.

Não existe Assembleia geral nos órgãos dos Centros Hospitalares pelo que a informação não se aplica.

VIII TRANSAÇÕES COM PARTES RELACIONADAS E OUTRAS

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

O CHUP 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 CHUP 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;

Dec-Lei nº 111-B/2017, de 31-08 que introduziu reformas ao DL nº 18/2008;

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 CHUP.

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 2018 c/ IVA	Peso	NIF
9800343-Such - Serviço De Utiliz. Comum Dos Hospitais	2.900.411,12 €	7,82%	500900469
972000-Administração Regional De Saude Do Norte, Ip	2.822.822,05 €	7,61%	503135593
9807552-Iberdrola Portugal Unipessoal, Lda.	2.653.095,17 €	7,15%	502124083
9801925-Itau-Ist.tecnico Alimentação, Sa	2.461.498,12 €	6,63%	500142858
9800336-Santa Casa Misericórdia Porto	2.148.178,38 €	5,79%	500239894



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

Caracterização dos elementos seguidamente explicitados, podendo ser feita remissão para ponto do relatório onde já conste esta informação:

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

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

Departamento/Indicador	Ano 2016	Ano 2017	Ano 2018	Var. 2015-2016	Var. 2016-2017	Var. 2017-2018
Centro de Genética Médica Dr. Jacinto Magalhães						
Consultas Médicas	2.261	3.031	3.253	-4%	34%	7%
Centro de Transplantação						
Doentes Saídos	312	275	286	3%	-12%	4%
Consultas Médicas	4.184	4113	4.030	3%	-2%	-2%
Dep. da Infância e Adolescência						
Doentes Saídos	2.267	2.191	2.174	0%	-3%	-1%
Consultas Médicas	68.854	72.956	76.807	6%	6%	5%
Doentes Operados Ambulatório	634	709	714	1%	12%	1%
Dep. da Mulher e da Medicina Reprodutiva						
Doentes Saídos	8.474	8.603	8.409	3%	2%	-2%
Consultas Médicas	83.639	84.537	79.824	-1%	1%	-6%
Doentes Operados Ambulatório	1853	2.141	2.100	-4%	16%	-2%
Dep. da Qualidade						
Consultas Médicas	6392	7161	7.983	-2%	12%	11%
Dep. de Anestesiologia, Cuidados Intensivos e Emergência						
Doentes Saídos	652	687	704	-8%	5%	2%
Consultas Médicas	16.469	16.040	16.456	-4%	-3%	3%
Dep. de Cirurgia						
Doentes Saídos	7190	7151	6.708	2%	-1%	-6%
Consultas Médicas	92.646	90.486	92.890	0%	-2%	3%
Doentes Operados Ambulatório	5.331	5326	4.935	5%	0%	-7%
Dep. de Medicina						
Doentes Saídos	8.588	8316	8.328	6%	-3%	0%
Consultas Médicas	206.886	207.956	215.232	2%	1%	3%
Doentes Operados Ambulatório	759	604	603	-3%	-20%	0%
Dep. de Neurociências						
Doentes Saídos	4102	3.983	3.923	0%	-3%	-2%
Consultas Médicas	124745	123.129	121.519	2%	-1%	-1%
Doentes Operados Ambulatório	9123	9738	10.254	6%	7%	5%
Dep. de Ortofisioterapia						
Doentes Saídos	3.212	3.123	2.919	-3%	-3%	-7%
Consultas Médicas	48.806	50.839	51.427	-1%	4%	1%
Doentes Operados Ambulatório	689	720	762	6%	4%	6%
Dep. de Pedopsiquiatria e Saúde Mental da Infância e da Adolescência						
Doentes Saídos	95	116	96	7%	22%	-17%
Consultas Médicas	19650	18.931	17.535	-9%	-4%	-7%
Urgência e Emergência						
Doentes Saídos	18	15	7	0%	-17%	-53%
Consultas Médicas		299	733	#DIV/0!	#DIV/0!	145%
Exterior						
Doentes Saídos	123	136	98	100%	200%	200%
Total CHP						
Doentes Saídos	35.033	34.596	33.652	3%	-1%	-3%
Consultas Médicas	674.532	679.478	687.689	1%	1%	1%
Doentes Operados Ambulatório	18.389	19.238	19.368	4%	5%	1%

No total do CHUP, como se observa, as variações foram positivas cumprindo a performance produtiva.

Numa análise serviço a serviço observa-se que as variações negativas são em número inferior às variações positivas. De notar que a quebra verificada no internamento, nos serviços cirúrgicos, tem implícito fatores externos à gestão do CHUP, como seja a greve cirúrgica do pessoal de enfermagem. Esta condicionante atenuou o crescimento verificado no ambulatório cirúrgico.

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

Indicador	Ano 2016		Ano 2017		Ano 2018		Var. 2016-2017		Var. 2017-2018	
	Total €	€/Doente-Padrão	Total €	€/Doente-Padrão	Total €	€/Doente-Padrão	Total €	€/Doente-Padrão	Total €	€/Doente-Padrão
Produtos Farmacêuticos	90.438.938	907,3	99.739.708	981,5	105.451.714	1043,6	10%	8%	6%	6%
Medicamentos PAF	14.989.390	150,4	15.249.245	150,1	16.963.928	167,9	2%	0%	11%	12%
Medicamentos Hepatite C	417.728	4,2	4.028.031	39,6	2.791.254	27,6	864%	846%	-31%	-30%
Material de Consumo Clínico	26.461.767	265,5	28.227.954	277,8	30.240.764	299,3	7%	5%	7%	8%
Material de Consumo Hoteleiro	1.155.449	11,6	1.038.267	10,2	1.054.272	10,4	-10%	-12%	2%	2%
Outros Materiais de Consumo										
(Administrativo, Manutenção e Conservação, Alimentar)	1.168.677	11,7	1.214.833	12,0	1.317.323	13,0	4%	2%	8%	9%
Total Consumos	119.224.831	1196,1	130.220.762	1281,5	138.064.073	1366,3	9%	7%	6%	7%

* Valores de doente Padrão disponíveis no SICA em 12/04/2019

Objetivo não cumprido essencialmente pela introdução de novos medicamentos e da complexidade dos doentes.

A título de exemplo, o valor por doente padrão cresceu em 2017 e 2018 no material de consumo clínico dada a diferenciação das cirurgias/procedimentos realizados.

Em grandezas independentes da diferenciação clínica, como é o caso do material de consumo hoteleiro em que otimizamos mais de 30% no ano de 2017, tem um ligeiro crescimento em 2018, encontram-se assim espelhadas as estratégias adotadas para cumprimento das metas.

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

Indicador	Ano 2016		Ano 2017		Ano 2018		Var. 2016-2017		Var. 2017-2018	
	Quantidade	Quantidade Ponderada	Quantidade	Quantidade Ponderada	Quantidade	Quantidade Ponderada	Quantidade	Quantidade Ponderada	Quantidade	Quantidade Ponderada
MCDT Realizados na Instituição	4.412.937	9.177.211	5.608.780	10.772.964	5.886.440	11.305.360	27%	17%	5%	5%
MCDT Realizados no Exterior	60.706	239.132	37.174	449.965	56.704	583.330	-39%	88%	53%	30%
Total	4.473.643	9.416.343	5.645.954	11.222.930	5.943.144	11.888.690	26%	19%	5%	6%

Crescimento de MCDT com ritmo inferior ao verificado em 2017 dada a preocupação na racionalização da prescrição de MCDT, apesar do aumento da produção (por exemplo na consulta externa) por força da pressão do cumprimento dos TMRG, aliada ao défice de recursos humanos, proporcionou um aumento do recurso ao exterior, embora em exames menos complexos tendo-se realizado internamente os exames mais diferenciados.

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 2016	Ano 2017	Ano 2018	Var. 2016-2017	Var. 2017-2018
Nº Camas Internamento*	726	756	745	4%	-1%
Tx Ocupacional	93,8%	93,3%	95,6%	-1%	2%
Demora Média**	7,9	8,3	8,6	5%	4%
Tx Realização Contrato-Programa***	98,9%	100,4%	95,9%	1%	-4%

* Lotação média acumulada (exclui 34 berços).

** Critérios de Contrato-Programa.

*** SICA 12-04-2016 (ano 2015), 27-07-2017 (ano 2016), 05-04-2018 (ano 2017) e 12-04-2019 (ano 2018)

A taxa de ocupação acima dos 95%, aliada a uma taxa de execução do Contrato Programa acima de 95%, e não obstante os fatores externos que condicionaram a produção, são exemplo da rentabilização da capacidade instalada.

1.5. Manutenção do CHUP como entidade formadora certificada.

O CHUP manteve-se em 2018 como entidade formadora certificada, nomeadamente no suporte básico de vida (SBV), com total garantia dos cursos por formadores internos. A percentagem de formandos em SBV, relativamente ao total de recursos humanos do CHUP, foi de 11% .

A capacitação dos profissionais a nível formativo proporcionou o contributo adequado à acreditação da Instituição pelo Caspe Healthcare Knowledge Systems (CHKS).

Em 2018, a percentagem de número de formandos por ação aumentou, orientação com vista a otimizar a presença nos cursos e a diminuir o impacto na prestação de cuidados.

	Ano 2016	Ano 2017	Ano 2018
Nº de cursos	69	108	89
Nº de ações	273	397	222
Nº de formandos	3827	5276	4504
% Nº formandos/Nº de ações	14,0	13,3	20,3
Volume total de formação (h)	21744	22046	19792

1.6. Continuidade da execução da formação financiada para estabilidade de despesa.

Em 2018, o CHUP deu continuidade à execução da candidatura à tipologia de operações 3.30 do Programa Operacional Inclusão Social e Emprego (PO ISE), "Formação de Profissionais de Saúde". O prazo de execução da candidatura foi alargado, permitindo então o aumento da taxa de execução respetiva. O quadro de cursos da formação financiada foi então dividido por 2017 e 2018. A formação financiada correspondeu a 51,1% da formação total.

Formação financiada obtida através do PO ISE tipologia de operações 3.30 Execução em 2017 e 2018

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

A elaboração do plano de formação manteve como estratégia tirar partido do conhecimento instalado dos profissionais do hospital mantendo a despesa com a formação institucional estável. Os formadores externos ministraram os cursos quando não existiu formador interno compatível com os conteúdos. Houve investimento para capacitação dos profissionais do CHUP obterem o certificado de competências pedagógicas com organização de curso dirigido para tal, de modo a ultrapassar esta obrigatoriedade para os nossos formadores.

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

Política de Gestão Partilhada

a) Planeamento anual assente numa metodologia de construção partilhada pressupondo a divulgação de orientações estratégicas pelo Conselho de Administração e a participação dos níveis intermédios e gestão, 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 promovem 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 CHUP 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 dos serviços 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. Reconhecimento Externo da Qualidade Clínica e Organizacional:

O grau de cumprimento da estratégia da qualidade apresentada pode ser demonstrado pelo reconhecimento externo da mesma por entidades independentes, onde devem destacar-se:

A. Excelência Clínica – Prémio TOP 5_18 Excelência dos Hospitais atribuído ao CHUP pelo 5º 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, Pediatria, Ginecologia, Obstetrícia, Cuidados Intensivos, Cirurgia Vascular, Cirurgia Geral, Avaliação da Dor Aguda, Neurologia, Cirurgia de Ambulatório, Cardiologia e Tromboembolismo Venoso no internamento;

C. 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;

D. Centros incluídos na Rede de Referência Europeia (2);

E. Ao de Hospital de Santo António foi atribuída, em Julho de 2015, a Acreditação Internacional pelo CHKS com validade até Julho de 2018.

Este modelo de Acreditação não prevê graus parciais de cumprimento como resultado final. A entidade tem o grau de acreditação somente se cumprir 100% dos critérios obrigatórios.

A implementação desta metodologia de Acreditação no Hospital de Santo António, cujo início remonta a 2001, evoluiu em 2018 para um desafio muito mais ambicioso: alargar a implementação da metodologia e o âmbito da Acreditação Internacional ao Centro Materno Infantil do Norte e aos 16 Centros de Referência reconhecidos por Despachos dos Senhores Ministros da Saúde ao CHUP, e por utilizar como referencial de Acreditação a versão de 2016 do Manual CHKS, muito mais exigente do que as anteriores, nunca antes utilizada em Portugal, e com escasso tempo para implementação. Apesar da ambição do projeto e de todas as suas componentes, os resultados da auditoria realizada entre 9 e 13 de Julho de 2018 foram muito positivos: Dos 2.851 critérios avaliados, foram considerados não cumpridos 16 critérios e parcialmente cumpridos 125 critérios.

Dos 16 Centros de Referência 6 obtiveram já a decisão de Acreditação Internacional. Os demais 10, com um total de 28 critérios que não obtiveram cumprimento integral, serão sujeitos a auditoria focalizada a realizar em Maio de 2019.

F. Certificação ISO 9001 em 12 Serviços, dos quais 6 transitaram com sucesso para o referencial ISO 9001-2015:

- 1 - Serviço de Nutrição e Alimentação;
- 2 - Serviços Farmacêuticos;
- 3 - Programa de Transplante de Córnea
- 4 - Serviço de Hematologia Clínica;
- 5 - Serviço de Microbiologia;
- 6 - Centro de Procriação Medicamente Assistida – CHUP;
- 7 - Unidade de Esterilização Central;
- 8 - Serviço de Logística;
- 9 - Serviço de Hospital de Dia Polivalente;
- 10 - Serviço de Urgência;
- 11 - Serviço de Nefrologia;
- 12 - 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 CHUP encontra-se radicada no seu Regulamento Interno, documento estruturante e orientador da sua ação, através da sua definição de Missão:

O CHUP 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 CHUP se orienta na sua atividade traduzem as preocupações do art.º 49º do RJSPE:

- 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.

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

No que respeita, particularmente, à proteção dos consumidores, o CHUP 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:

A. Manual de Acolhimento - Este manual é distribuído pelo Enfermeiro, preferencialmente, no momento de admissão, a todos os utentes adultos internados com o objetivo de fornecer informações globais sobre o CHUP;

B.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;

C. Panfleto com Direitos da Criança Hospitalizada - É distribuído de forma sistemática a todas as crianças hospitalizadas, seus acompanhantes ou responsáveis. O exemplar é disponibilizado pelo Enfermeiro, preferencialmente, no momento da admissão, no caso de internamento. Em situação de Consulta Externa/ Urgência, o panfleto encontra-se disponível nas áreas de espera. Alguns exemplares podem ainda encontrar-se disponíveis nos serviços, em locais de fácil acesso.

D. Meios audiovisuais - Disponibilização de informação sobre os direitos e deveres dos utentes, visitas, acompanhantes e crianças hospitalizadas através de televisores instalados nas salas de espera ou zonas comuns.

E. Questionários de avaliação da satisfação - questionário que pode ser disponibilizado em papel ou através de um meio

eletrónico para preenchimento. Um questionário de avaliação do grau de satisfação tem diferentes tipos de perguntas/dimensões cuja análise estatística é feita com três objetivos:

- 1 - Fazer uma medição dos níveis de satisfação geral, das dimensões e dos respetivos atributos de satisfação;
- 2 - Diagnosticar e determinar quais os atributos e dimensões que explicam os níveis de satisfação encontrados;
- 3 - Contribuir para o processo de melhoria contínua da prestação de cuidados.

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 Local de Gestão do Acesso – ULGA, pela Direção da Consulta Externa e pela Direção do Departamento de Cirurgia. Estas entidades monitorizam – e estimulam o cumprimento – dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG) estabelecidos na Lei e na Carta de Direitos do Doente, em função da prioridade clínica que lhes está atribuída: normal, prioritário ou muito prioritário.

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 CHUP, 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 CHUP prossegue objetivos de responsabilidade social, designadamente no que aos clientes internos diz respeito, particularmente em matéria de transparência, quando torna acessível às partes interessadas todas as informações sobre questões que as afetam e procurando, em tempo útil, prestar os esclarecimentos solicitados. Neste contexto, encontram-se os processos de seleção e recrutamento, de processamento de abonos sociais e remunerações, da formação profissional e sem discriminação de género, raça, idade, orientação sexual ou religiosa.

É de salientar que a Casa de Pessoal do CHUP, está estreada nos seus sócios, mas também, de forma efetiva, na administração da instituição. As atividades por aquelas desenvolvidas contam com as instalações e logística do CHUP e constituem fator motivacional dos seus profissionais e de união, já que os profissionais aposentados nela também participam.

b) Definição de políticas adotadas para a promoção da proteção ambiental e do respeito por princípios de legalidade e ética empresarial, assim como as regras implementadas tendo em vista o desenvolvimento sustentável (vide artigo 49.º do RJSPE);

O CHUP 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 implementação 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 CHUP 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).

Em 2018 o CHUP nomeou interlocutores institucionais para a implementação da Resolução do Conselho de Ministros n.º 141/2018 que aprovou medidas tendentes à promoção da utilização mais sustentável de recursos e à adoção de soluções circulares na Administração Pública, promovendo designadamente a redução do consumo de papel, demais consumíveis de impressão e produtos de plástico, privilegiando a proteção ambiental, a otimização de processos e a modernização de procedimentos administrativos.

O CHUP 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 ainda de reforçar que o Conselho de Administração do CHUP, apresenta particular preocupação em promover a igualdade de género, pelo que deliberou a criação de um grupo de trabalho com o objetivo de, estudar, identificar e propor medidas que permitam a implementação de planos com impactos na igualdade de género.

É de salientar que a Casa de Pessoal do CHUP, está estada nos seus sócios, mas também e efetivamente na administração do hospital. As atividades por aquela desenvolvidas contam com as instalações e logística do CHUP 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 CHUP também desenvolve mecanismos que pretendem melhorar a qualidade de vida no trabalho dos seus colaboradores e a promoção do seu bem-estar psíquico e social, razão pela qual iniciou em 2018 a construção de uma política de gestão do stress e do ambiente de trabalho, assente em três pilares fundamentais:

1. Contratação de um psicólogo do trabalho, em curso;
2. Programa de formação, dirigido primordialmente a posições de enquadramento;
3. Reforço da atividade do Grupo de Trabalho de Gestão do Luto;

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);

Apesar de já apresentar uma diferença com algum significado, quando avaliamos todos os abonos processados em dezembro/2018, esta disparidade é justificada pela maior disponibilidade do sexo masculino para a realização de trabalho extraordinário, sobretudo noturno, o que mais não reflete as características culturais em que nos inserimos.

Abonos Totais Dez/2018	
Homens	Mulheres
2.618,55€	1.992,62€

A conciliação entre a vida profissional e pessoal tem sido uma preocupação deste Centro Hospitalar Universitário do Porto que se pode traduzir no facto de terem sido autorizados todos os horários flexíveis autorizados para acompanhamento de filhos menores (288). O mesmo se encontra refletido na dispensa diária de 2 horas para amamentação /aleitação de 134 mulheres (a dezembro de 2018).

A concessão do estatuto de trabalhador estudante (98 trabalhadores – 23H e 75M) 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 e à elaboração do relatório a que se refere o n.º 2 da Resolução do Conselho de Ministros n.º 18/2014, de 7 de março;

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

Funções Chefia	
Homens	Mulheres
40%	60%

Na valorização dos seus recursos humanos o Centro Hospitalar Universitário do Porto tem investido quer na formação interna, quer na externa. Do universo de 4.431 profissionais (inclui 406 internos), durante o ano de 2018 foram realizadas 222 ações de formação a que corresponde 4504 participantes e 19792 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 CHUP à melhoria curricular e aquisição de diferenciação académica e pós-graduada.

No planeamento de formação institucional foram contempladas as temáticas explicitadas abaixo.

Distribuição da formação planeada por áreas temáticas

Área temática	Nº de Cursos	Nº de Ações	Nº de Formandos
Emergência médica interna	8	55	615
Doente crítico e emergente	6	7	116
Qualidade assistencial	41	84	1457
Gestão do risco e segurança	14	52	1911
Competências técnicas	1	1	32
Competências relacionais	8	16	293
Tecnologias da informação e comunicação	6	6	70
Gestão	1	1	10

Todos os grupos profissionais, à exceção do dirigente, participaram em ações de formação planeada, conforme se descreve na tabela abaixo.

Grupo profissional	Nº de participantes	Nº de presenças	Nº de horas
Dirigente Superior	-	-	-
Dirigente Intermédio	7	12	68
Assistente técnico	494	607	2793
Assistente operacional (AAM)	514	613	1476
Assistente operacional (Outros)	28	50	72
Enfermeiro	2016	2256	8531
Informático	1	7	2
Médico	1064	1278	5037
Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	212	257	1031
Técnico Superior	59	69	235
Técnico Superior de Saúde	65	83	380
Outros	44	49	167
Total	4504	5281	19792

O CHUP contribuiu ativamente para a valorização dos seus profissionais atribuindo 25 bolsas individuais para diferenciação curricular no primeiro semestre. Por razões intrínsecas à Comissão de Bolsas e Prémios do CHUP, as bolsas do segundo semestre de 2018 serão atribuídas em abril de 2019. A atribuição de bolsas por género esteve equilibrada com o género dos efetivos profissionais do CHUP (72% das bolsas foram atribuídas a mulheres). As bolsas foram atribuídas a quatro diferentes grupos profissionais, recebendo o grupo de enfermagem 56,8% da verba.

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.

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 CHUP salvaguarda a competitividade científica e tecnológica nos seus campos de competência naturais, através de investigação, inovação e desenvolvimento nas áreas da Medicina Clínica, da Medicina Básica e das Ciências da Saúde, em conformidade com a nomenclatura Fields of Science da OCDE.

O 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 foram implementadas as seguintes medidas:

- Incremento de investigação a nível dos Centros de Referência Nacionais e Redes Europeias (European Reference Network) do CHUP;
- Participação ativa na rede nacional para a investigação clínica através do consórcio Portuguese Clinical Research Infrastructures Network (PtCRIN) e manter-se como membro da European Clinical Research Infrastructures Network (ECRIN) com financiamento da 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 126 ensaios clínicos no ano de 2018, representando um aumento de 9,3%. O Centro Hospitalar aumentou no ano de 2018 os seus efetivos doutorados, que contabilizam agora 84 profissionais, e articulou-se com o ICBAS para 9 novos projetos de investigação inseridos em teses de doutoramento.

O investimento do CHUP na investigação pode ser apreciado no Inquérito ao Potencial Científico e Tecnológico de 2017 (IPCTN17), disponível em 2019. A Direção-Geral de Estatísticas de Educação e Ciência relativamente ao volume de despesa intramuros em atividades de I&D, entre as instituições de saúde a nível nacional, colocou o CHUP 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. O CHUP consolidou assim a posição do ano transato.

X 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 CHUP 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 CHUP 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 CHUP cumpre 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 de monitorização tendente à continuação do 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, 15 de maio de 2019

O Conselho de Administração

Paulo Jorge Barbosa Carvalho - **Presidente**

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

Rita Gonçalves Moreira - **Vogal Executivo**

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

Alfredo Eduardo Argulho Alves - **Enfermeiro Diretor**



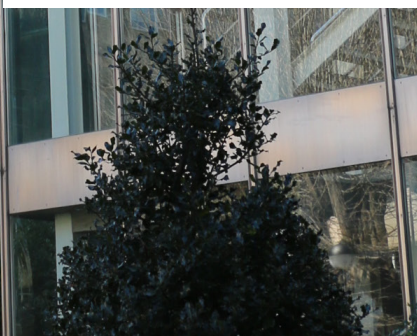
XI ANEXOS DO RGS

Como anexos ao relatório da entidade são incluídos todos os seguintes documentos:

1. Demonstração não financeira relativa ao exercício de 2018 que deverá conter informação referente ao desempenho e evolução da sociedade quanto a questões ambientais, sociais e relativas aos trabalhadores, igualdade de género, não discriminação, respeito pelos direitos humanos, combate à corrupção e tentativas de suborno (vide artigo 66.º-B do CSC) (aplicável às grandes empresas que sejam entidades de interesse público, que à data do encerramento do seu balanço excedam um número médio de 500 trabalhadores durante o exercício anual – cfr. n.º 1 do mesmo artigo).

O n.º 8 do artigo 66.º-B do CSC dispõe que “uma empresa que elabore um relatório separado do relatório de gestão, correspondente ao mesmo exercício anual, que inclua as informações exigidas para a demonstração não financeira previstas no n.º 2 e seja elaborado nos termos previstos nos n. os 3 a 6, fica isenta da obrigação de elaborar a demonstração não financeira prevista no n.º 1”.

O CHUP elabora o presente relatório denominado de Relatório de Governo Societário separado do relatório de gestão que corresponde ao mesmo exercício anual, inclui as informações exigidas para a demonstração não financeira previstas no nº2 do artigo 66-B do CSC e está elaborado nos termos previstos nos nºs 3 a 6 do mesmo artigo. Assim o CHUP cumpre pela apresentação do Relatório de Governo Societário de 2018 a obrigação de elaborar a demonstração não financeira prevista no nº1 do artigo 66.º-B do CSC.



2. Ata ou extrato da ata da reunião do órgão de administração em que haja sido deliberada a aprovação do RGS 2018



Extrato da ATA N.º 20/2019

“Aos quinze dias do mês de maio do ano dois mil e dezanove pelas dez horas, no Centro Hospitalar Universitário do Porto, EPE, reuniu o Conselho de Administração, estando presentes, o Presidente do Conselho de Administração Dr. Paulo Barbosa, a Vogal Executiva Dr.^a. Élia Costa Gomes, a Vogal Executiva Dr.^a Rita Moreira, o Diretor Clínico Prof. Doutor José Barros e o Sr. Enfermeiro Diretor, Enf.^o Eduardo Alves. -----

De acordo com a ordem de trabalhos estabelecida, foram tomadas as seguintes deliberações: -----

...

1. Apreciar, aprovar e autorizar a divulgação do Relatório & Contas do Centro Hospitalar Universitário do Porto, EPE, relativo a 2018, bem como, o Relatório de Governo Societário do Centro Hospitalar Universitário do Porto, EPE, relativo ao ano 2018. -----

...

Todas as deliberações tomadas 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, da qual e para constar, foi lavrada a presente ata, que uma vez lida e achada conforme, por todos vai ser assinada. -----“

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
15 / 5 / 2019

 Dr. PAULO BARBOSA Presidente	 Dr.ª ÉLIA GOMES Vogal Executiva
 Prof. Doutor JOSÉ BARROS Diretor Clínico	 Dr.ª RITA MOREIRA Vogal Executiva
 Enf.º EDUARDO ALVES Enfermeiro Diretor	

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

Conselho Fiscal

RELATÓRIO E PARECER DO CONSELHO FISCAL**INTRODUÇÃO**

Em conformidade com as disposições legais e estatutárias aplicáveis, designadamente as constantes nas alíneas a) e h) do artigo 16.º dos estatutos do Centro Hospitalar Universitário do Porto, E.P.E., doravante designado por “CHUP”, e de acordo com os termos do mandato que nos foi conferido, cabe ao Conselho Fiscal apresentar o relatório da sua ação fiscalizadora bem como emitir parecer sobre o Relatório de Gestão e as demonstrações financeiras e orçamentais relativas ao exercício findo em 31 de dezembro de 2018, os quais são responsabilidade do Conselho de Administração.

FISCALIZAÇÃO

O Conselho Fiscal foi designado por despacho conjunto dos Ministérios da Saúde e Finanças, de 4 de setembro de 2018. Desde a data da sua nomeação, o Conselho Fiscal acompanhou, nos termos da sua competência, a atividade do CHUP, tendo realizado até ao momento 11 reuniões, conforme atas exaradas no livro respetivo. No âmbito das suas funções, acompanhou a regularidade dos registos contabilísticos, a qualidade do processo de preparação e divulgação da informação financeira e das respetivas políticas contabilísticas e critérios valorimétricos, o cumprimento da Lei e Estatutos em vigor e os sistemas de gestão de riscos e de controlo interno, tendo efetuado reuniões, com a frequência e extensão que considerou adequadas, com a Administração e responsáveis pela área financeira, contabilidade, auditoria interna, bem como com o Revisor Oficial de Contas, tendo obtido todas as informações solicitadas e esclarecimentos necessários para uma adequada compreensão das alterações patrimoniais e dos resultados.

No âmbito das suas funções o Conselho Fiscal examinou o balanço em 31 de dezembro de 2018, a demonstração dos resultados por natureza, a demonstração das alterações no património líquido, a demonstração dos fluxos de caixa, relativos ao ano findo naquela data, e o anexo às

demonstrações financeiras, que inclui um resumo das políticas contabilísticas significativas. Adicionalmente, foram examinadas as demonstrações orçamentais que compreendem a demonstração do desempenho orçamental, a demonstração da execução orçamental da receita, a demonstração da execução orçamental da despesa, a demonstração da execução do plano plurianual de investimentos e o anexo às demonstrações orçamentais, relativas ao exercício findo naquela data. Nesta análise foi observada a adequação das políticas contabilísticas adotadas e dos critérios valorimétricos em vigor.

O Conselho Fiscal procedeu ainda à apreciação do Relatório de Gestão do ano de 2018, emitido pelo Conselho de Administração, e da Certificação Legal das Contas emitida pelo Revisor Oficial de Contas em 28 de junho de 2019, que inclui duas reservas e cinco ênfases, tendo concordado com o seu conteúdo.

Adicionalmente, o Conselho Fiscal recebeu do Revisor Oficial de Contas um documento designado Relatório Adicional ao Conselho Fiscal referente ao exercício de 2018, emitido nos termos do disposto no artigo 24.º do Regime Jurídico de Supervisão de Auditoria, aprovado pela Lei 148/2015, de 9 de setembro, que inclui, as matérias previstas nos n.ºs 2 a 4 do artigo 11.º do Regulamento (EU) n.º 537/2014, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 16 de abril de 2014, relativo aos requisitos específicos para a revisão legal das contas das entidades de interesse público.

Da análise efetuada, julga este Conselho Fiscal ser importante referir que:

- Na presente data não foram ainda aprovados pela Tutela o Relatório de Gestão e as Demonstrações Financeiras referentes ao exercício de 2017.
- Os contratos-programa celebrados com o Ministério da Saúde constituem o instrumento de definição e de quantificação das atividades a realizar pelo CHUP, no âmbito do Serviço Nacional de Saúde. Na presente data não se encontram validados pela Tutela os contratos-programa referentes ao ano de 2013 e seguintes, sendo expectável que venham a ser identificados ajustamentos materiais para as demonstrações financeiras do CHUP na data em que aqueles venham a ser validados.
- Também por razões alheias ao Conselho de Administração, encontra-se pendente o processo referente às dívidas a receber do Centro Hospitalar Universitário de São João, E.P.E. e da Região Autónoma dos Açores, não reconhecidas por estes, cuja resolução poderá ter um impacto significativo nas contas do CHUP.



Conselho Fiscal

- O EBITDA, no final de 2018, totalizou cerca de 52 M€ negativos, o que representa um agravamento de cerca de 21 M€ face ao valor de 2017 e de 17 M€ face ao orçamentado.
- O património do CHUP encontra-se totalmente perdido, por um período de três exercícios económicos consecutivos, o que determina o enquadramento na situação prevista no n.º 3 do artigo 35º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro - Regime Jurídico do Setor Público Empresarial, segundo o qual:

“Nos casos em que as empresas públicas apresentem capital próprio negativo por um período de três exercícios económicos consecutivos, os órgãos de administração dessas empresas propõem obrigatoriamente ao titular da função acionista, em alternativa, medidas concretas destinadas a superar a situação deficitária ou a extinção das mesmas, num período que não ultrapasse 90 dias após a aprovação das contas do terceiro exercício em que se verifique a situação de capital próprio negativo.”

Nestas condições, o Conselho de Administração terá de agir em conformidade com o disposto na legislação referida.

- A 31 de dezembro de 2018, o montante de compromissos assumidos pelo CHUP era superior aos seus fundos disponíveis, calculados de acordo com o previsto na Lei n.º 8/2012, de 21 de fevereiro (Lei dos Compromissos e Pagamentos em Atraso). Salientamos ainda que, em 27 de fevereiro de 2019, o Conselho de Administração dirigiu o ofício CA/SC/004/2019 ao Chefe de Gabinete de S. Ex.ª Secretário de Estado do Orçamento, dando nota da dificuldade de cumprimento da Lei dos Compromissos e Pagamentos em Atraso, que, desde janeiro, se encontram negativos.
- Foi dado cumprimento ao Princípio da Unidade de Tesouraria previsto no artigo 28.º do Regime Jurídico do Setor Público Empresarial, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro, e no artigo 135.º da Lei n.º 114/2017, de 29 de dezembro (Orçamento do Estado para 2018).
- Em conformidade com o disposto no n.º 2 do artigo 54.º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro, o Conselho Fiscal aferiu o cumprimento da exigência de apresentação do Relatório de boas práticas do governo societário.
- O Conselho Fiscal verificou terem sido cumpridas as orientações legais vigentes para o Setor Empresarial do Estado, designadamente o cumprimento das orientações relativas às remunerações vigentes em 2018.

PARECER

Face ao exposto, exceto quanto às qualificações constantes da Certificação Legal das Contas, o Relatório de Gestão, o Relatório de Governo Societário, as demonstrações financeiras e orçamentais e a proposta de aplicação dos resultados do exercício de 2018 merecem a concordância do Conselho Fiscal.

Desejamos ainda manifestar ao Conselho de Administração e aos serviços o nosso apreço pela colaboração prestada.

Porto, 8 de julho de 2019

A Presidente



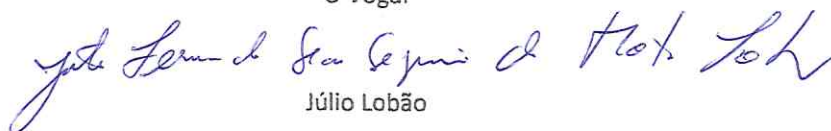
Carla Geraldès

A Vogal



Maria das Dores Silva

O Vogal



Júlio Lobão

4. Declarações a que se refere o artigo 51º e 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 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. **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]



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



**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 Pública 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.

[Prof. Dr. José Barros]

[Diretor Clínico do CHP]



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



**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 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.ª Élia Costa Gomes]

[Vogal do Conselho de Administração do CHP]

CENTRO HOSPITALAR DO PORTO

Morada/Address: Largo Prof. Abel Salazar 4099-001 PORTO, Portugal | secretaria.geral@chporto.min-saude.pt | Telefone/Phone: +351 222077500 | Fax: +351 223320318
www.chporto.pt

IN 508331471



**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 Pedroso
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 Pedroso]

[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 : 01-02-2019

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.

Rita Gonçalves Moreira

NIF: 212948830

Nomeada Vogal do Conselho de Administração

Data de início do mandato: 01/02/2019

Data prevista de termo do mandato: 31-12-2019

Empresa/Entidade: Centro Hospitalar Universitário do Porto

Tipo: Entidade Pública 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.

[Drª Rita Moreira]

[Vogal do Conselho de Administração CHUP]

4.2. Declarações conforme artigo 51º do Decreto-Lei n.º 133/2013, 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)



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



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)



DECLARAÇÃO DE INDEPENDÊNCIA
(artigo 51º 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, 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, 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

(Alfredo Eduardo Argulho Alves)



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

Eu, Rita Gonçalves Moreira, 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, 01/02/2019

(Rita Gonçalves Moreira)

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 2017.

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.

Os documentos em apreço, Relatório e Contas e Relatórios do Governo Societário ambos de 2017 foram em devido tempo colocados no SIRIEF para aí estarem disponíveis cumprindo a obrigação de divulgação.

Mais se informa que até à data não há conhecimento de terem sido aprovados os documentos de prestação de contas do exercício de 2017 por parte dos titulares da função acionista, por razões alheias ao CHUP.



RGS 2018

Centro Hospitalar Universitário do Porto

www.chporto.pt