

RG S

CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO · PORTO ·

RELATÓRIO
DE GOVERNO
SOCIETÁRIO

2016

ÍNDICE

| | | |
|--------------|--|----|
| I. | Síntese (Sumário Executivo) | 3 |
| II. | Missão, Objetivos e Políticas | 4 |
| III. | Estrutura de capital | 13 |
| IV. | Participações Sociais e Obrigações detidas | 14 |
| V. | Órgãos Sociais e Comissões | 15 |
| A. | Assembleia Geral | 15 |
| B. | Administração e Supervisão | 15 |
| C. | Fiscalização | 36 |
| D. | Revisor Oficial de Contas (ROC) | 37 |
| E. | Auditor Externo | 38 |
| VI. | Organização Interna | 40 |
| A. | Estatutos e Comunicações | 40 |
| B. | Controlo interno e gestão de riscos | 46 |
| C. | Regulamentos e Códigos | 49 |
| D. | Deveres especiais de informação | 51 |
| E. | Sítio da Internet | 52 |
| F. | Prestação de Serviço Público ou de Interesse Geral | 52 |
| VII. | Remunerações | 55 |
| A. | Competência para a Determinação | 55 |
| B. | Comissão de Fixação de Remunerações | 55 |
| C. | Estrutura das Remunerações | 55 |
| D. | Divulgação das Remunerações | 56 |
| VIII. | Transações com partes Relacionadas e Outras | 59 |
| IX. | Análise de sustentabilidade da entidade nos domínios económico, social e ambiental | 60 |
| X. | Avaliação do Governo Societário | 65 |
| XI. | Anexos do RGS | 66 |

I. SÍNTESE (SUMÁRIO EXECUTIVO)

A síntese ou sumário executivo deve permitir a fácil perceção do conteúdo do relatório e, em particular, mencionar as alterações mais significativas em matéria de Boas Práticas de Governo Societário adotadas em 2016.

O Centro Hospital de São João, E.P.E. (CHSJ) é uma unidade hospitalar da região norte que oferece serviços na área da saúde altamente diferenciados, referência em várias especialidades e pioneiro em diversas áreas de assistência médica e na execução de procedimentos cirúrgicos de alta complexidade.

Em 2016, o CHSJ afirma-se uma vez mais, como a maior unidade hospitalar da região Norte e uma das maiores do País, representando 19% dos doentes padrão da região e 7% dos doentes padrão a nível Nacional.

Em 2016 com a promulgação do Despacho n.º 3653/2016 de 11 de março de 2016 e do Despacho n.º 914/2016 de 22 de julho de 2016, o CHSJ foi reconhecido como Centro de Referência para as seguintes onze patologias: Cardiologia de Intervenção Estrutural, Cardiopatias Congénitas, Doenças Hereditárias do Metabolismo, Epilepsia Refratária, Oncologia de Adultos — Cancro do Esófago, Cancro do Testículo, Cancro do Reto, Cancro Hepatobilio-Pancreático, Oncologia Pediátrica, Transplante Rim e de Coração — Adultos. Este reconhecimento confirma o CHSJ como uma entidade prestadora de cuidados de saúde de qualidade e uma referência a nível nacional.

De realçar ainda, a apresentação pública em outubro de 2016, do projeto-piloto destinado a otimizar o aproveitamento de colheitas de órgãos de doadores em paragem cardiocirculatória, que resulta do protocolo assinado entre o Instituto Português do Sangue e Transplantação (IPST), Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) e o CHSJ.

A assinatura deste protocolo tem como objetivo a criação de uma área de integração da emergência pré-hospitalar com um centro de ECMO para a assistência à paragem cardiocirculatória extra-hospitalar refratária. Esta será polarizada no Centro de ECMO (*ExtraCorporeal Membrane Oxygenation*) do CHSJ e inclui as VMER do CHSJ, do Centro Hospitalar do Porto (CHP), do Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia e Espinho (CHVNGE) e da Unidade Local de Saúde (ULS) de Matosinhos.

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).

O CHSJ tem como missão prestar os melhores cuidados de saúde, com elevados níveis de competência, excelência e rigor, fomentando a formação pré e pós-graduada e a investigação, respeitando sempre o princípio da humanização e promovendo o orgulho e sentido de pertença de todos os profissionais.

A visão do CHSJ é ser um exemplo na prestação de cuidados de saúde a nível nacional e internacional, com uma perspetiva de crescimento sustentável, comprometimento, sentido de mudança e diferenciação, ambicionando a criação de valor para todos os seus públicos, reforçando o estatuto de referência no setor da saúde, a nível internacional.

No exercício da sua atividade o CHSJ e os profissionais que constituem a sua equipa de trabalho observam e orientam-se pelos seguintes valores e princípios:

Dotado de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, o CHSJ desenvolve uma organização responsável e eficiente, capaz de gerir os seus recursos e favorecer o desenvolvimento, a participação e o empenho de todos os seus profissionais.

O CHSJ rege-se por valores de comprometimento e de rigor nas suas relações, quer na referência, quer no atendimento especializado, e faz da criatividade e do pragmatismo as bases da parceria capaz de gerar resultados e criar valor para os Utentes.

Valores:

- Competência;
- Humanismo;
- Paixão;
- Rigor;
- Transparência;
- União;
- Solidariedade;
- Ambição.

Princípios:

- Centralidade do doente e promoção da saúde na comunidade;
- Reconhecimento da dignidade e do carácter singular de cada pessoa;
- Centralidade do doente e promoção da saúde na comunidade;
- Postura e prática com elevados padrões éticos;
- Respeito pela natureza e procura de práticas ecologicamente sustentáveis.

2. Indicação de políticas e linhas de ação desencadeadas no âmbito da estratégia definida (vide artigo 38.º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro), 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;

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

O diagnóstico efetuado no quadro da elaboração do Plano Estratégico 2013-2015, utilizando uma análise SWOT de matriz ilustrada na figura abaixo, permitiu identificar sete grandes eixos estratégicos para o triénio 2013-2015 (ainda em vigor ao longo de 2016):

Matriz SWOT:

| | | Análise Externa | |
|-----------------|---------------|--|--|
| | | AMEAÇAS | OPORTUNIDADES |
| Análise Interna | PONTOS FORTES | ENFRENTAR Será necessário enfrentar as ameaças utilizando os pontos fortes | APROVEITAR Será necessário apoiar-nos nos pontos fortes para aproveitar as oportunidades |
| | PONTOS FRACOS | MELHORAR Será necessário corrigir os pontos fracos para enfrentar as ameaças | EMPREENDER Será necessário modificar os pontos fracos para aproveitar as oportunidades |

EIXO 1 – Reforma Hospitalar

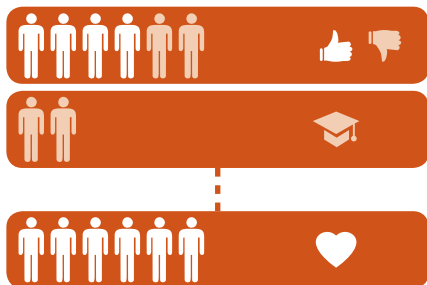
Este eixo, pré-definido pela Tutela, insere-se no contexto do Memorando de Entendimento celebrado entre o Estado Português e as instituições financeiras internacionais (MoU) que prevê a reorganização e racionalização da rede hospitalar, e inclui ações no ajustamento de camas de agudos, nos recursos humanos, nos sistemas de informação, na qualidade, no modelo de governação e na otimização da estrutura organizativa do CHSJ.

EIXO 2 – Clientes – Servir as Expetativas

Aos doentes que são a nossa razão de existir, enquanto profissionais, devemos proporcionar não só a medicina tecnicamente mais avançada, mas também o conforto físico e humano, para que não sejamos apenas referência na diferenciação dos cuidados mas também na humanização dos cuidados.

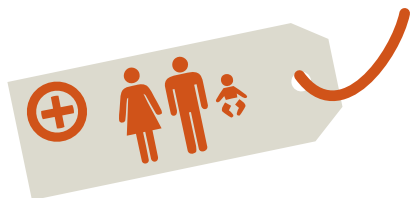
II. MISSÃO, OBJETIVOS E POLÍTICAS

EIXO 3 – Pessoas – Melhorar e Renovar Competências



As pessoas desempenham um papel fundamental na produtividade e qualidade que o Centro Hospitalar de São João tem vindo a demonstrar e pretende reforçar no próximo triénio. Num ambiente muito exigente e de fortes restrições orçamentais gerir pessoas para que estas aumentem as suas capacidades e façam seus os objetivos da Instituição é o principal, e mais atual, desafio que se coloca às instituições.

EIXO 4 – Marca – Dar Confiança



Afirmar a marca São João como sinónimo de confiança e qualidade é o propósito deste eixo e um dos objetivos estratégicos do Centro Hospitalar de São João. É fundamental manter a afirmação da marca São João como sinónimo de confiança, excelência, profissionalismo, humanismo, competência e transparência.

A marca São João será igualmente alavancada na definição e concretização de funções e valências hospitalares e domiciliárias, no estabelecimento de diversas parcerias com outros Hospitais, Centros de Saúde e outras Instituições, numa Política integrada de Investigação e formação clínica, na Comunicação e na Excelência no atendimento e desempenho clínico.

EIXO 5 – Processos – Atingir a Eficiência

É indispensável para a defesa do modelo social, solidário e universal, que inspira o SNS, aumentar a eficiência e assegurar a sustentabilidade financeira dos Hospitais.

O Centro Hospitalar de São João iniciou este percurso, de aumento de eficiência e de sustentabilidade financeira há já alguns anos, e pretende manter/reforçar esta posição no próximo triénio.

EIXO 6 – Proveitos Extra Contrato-Programa

Aumentar os proveitos extra contrato-programa como forma de diminuir a dependência deste e como forma de incrementar a utilização e rentabilização dos equipamentos e dos recursos físicos e humanos da Instituição.

EIXO 7 – Sustentabilidade Ambiental

Afirmar a responsabilidade ambiental do CHSJ mediante a sensibilização e adoção de boas práticas ambientais nas áreas do consumo de água, energia, produção de resíduos e utilização dos equipamentos.

Tendo presente os vetores de orientação referidos, é imperioso para o CHSJ, manter a sua carteira de serviços; reforçar o pendor cirúrgico altamente diferenciado; reforçar algumas áreas médicas estratégicas para o Norte e apostar em atividades clínicas e não clínicas que nos permitam obter receita extra Contrato-Programa.

Mediante as ações e iniciativas estratégicas elencadas para cada um dos eixos estratégicos e, no sentido de traduzir a Missão, a Visão e a Estratégia para uma linguagem operacional, quantificada em termos de iniciativas, objetivos estratégicos, metas e indicadores, foi elaborado um Mapa Estratégico cuja finalidade é apoiar a execução da estratégia e proceder à sua periódica monitorização.

O Contrato-Programa define as orientações e objetivos de gestão no âmbito da prestação de serviços e cuidados de saúde, em termos de produção contratada, bem como a respetiva remuneração e os custos e incentivos institucionais atribuídos em função do cumprimento de objetivos de qualidade e eficiência.

Objetivos de Produção

No exercício de 2016, o CHSJ conseguiu alcançar a maioria dos objetivos contratualizados para a atividade produtiva, conseguindo alcançar os 100% em várias linhas de atividade. Assim, a taxa média de cumprimento do valor (em euros) da atividade assistencial (execução do Contrato Programa – exceto Indicadores de Qualidade e Eficiência Económico-financeira) foi de 99,97%, conforme exemplificado no quadro infra.

| Linha de Atividade | Contrato-Programa | | Realizado | | Taxa de execução |
|--|-------------------|-------------|------------|-------------|------------------|
| | Quantidade | Valor (€) | Quantidade | Valor (€) | |
| Total Consultas Médicas | 707 878 | 48 733 329 | 707 872 | 48 732 914 | 100,00% |
| Primeiras Consultas | 187 264 | 13 180 411 | 187 262 | 13 180 268 | 100,00% |
| Consultas Subsequentes | 520 614 | 35 552 917 | 520 610 | 35 552 645 | 100,00% |
| Doentes Saídos - Agudos | 42 713 | 129 808 703 | 42 696 | 129 759 766 | 99,96% |
| D. Saídos - GDH Médicos (Total) | 23 293 | 71 297 199 | 23 282 | 71 267 429 | 99,95% |
| GDH Cirúrgicos | | 58 511 504 | | 58 492 337 | 99,97% |
| D. Saídos - GDH Cirúrgicos Programados (Total) | 13 877 | 42 427 364 | 13 873 | 42 413 197 | 99,97% |
| D. Saídos - GDH Cirúrgicos Urg (Total) | 5 543 | 16 084 140 | 5 541 | 16 079 140 | 99,96% |
| Dias de Internamento Doentes Residentes/Crónicos | 14 090 | 1 489 606 | 14 083 | 1 488 746 | 99,95% |
| Urgência | | | | | |
| Total Atendimentos SU Polivalente | 233 160 | 23 316 000 | 233 159 | 23 315 900 | 100,00% |
| Hospital de Dia | 70 586 | 2 733 314 | 70 572 | 2 731 350 | 99,98% |
| Unidades Sócio-Ocupacionais/Estruturas Reabilitativas | | | | | |
| Unid. Sócio-Ocupacionais (Instituição) | 2 630 | 80 189 | 2 627 | 80 097 | 99,89% |
| Serviços Domiciliários | | | | | |
| Total de Domicílios | 1 020 | 38 750 | 1 018 | 38 674 | 99,80% |
| GDH Ambulatório | | | | | |
| GDH Médicos de Ambulatório (Total) | 18 971 | 9 582 420 | 18 971 | 9 582 420 | 100,00% |
| GDH Cirúrgicos de Ambulatório (Total) | 18 309 | 26 411 501 | 18 273 | 26 408 612 | 99,80% |

II. MISSÃO, OBJETIVOS E POLÍTICAS

| Linha de Atividade | Contrato-Programa | | Realizado | | Taxa de execução |
|--|-------------------|------------|------------|------------|------------------|
| | Quantidade | Valor (€) | Quantidade | Valor (€) | |
| Sessões de Radioncologia | 23 370 | 3 282 413 | 23 363 | 3 281 242 | 99,97% |
| Programas de Saúde | | | | | |
| Diagnóstico Pré-Natal | | | | | |
| Diagnóstico Pré-Natal - N.º Protocolos I | 1 445 | 54 505 | 1 443 | 54 430 | 99,86% |
| Diagnóstico Pré-Natal - N.º Protocolos II | 1 175 | 75 917 | 1 176 | 75 981 | 100,09% |
| VIH/Sida - Total de Doentes | | | | | |
| N.º Doentes em TARC | 2 040 | 18 697 824 | 2 040 | 18 697 824 | 100,00% |
| IG até 10 Semanas | 457 | | 455 | | 99,56% |
| Esclerose Múltipla - Total de Doentes | | | | | |
| N.º Doentes em terapêutica modificadora | 425 | 5 261 415 | 423 | 5 236 655 | 99,53% |
| Patologia Oncológica | | | | | |
| Cancro da Mama N.º Doentes em Tratamento - 1º ano | 288 | 3 210 900 | 288 | 3 210 900 | 100,00% |
| Cancro da Mama - N.º Doentes em Tratamento - 2º ano | 261 | 1 258 500 | 261 | 1 258 500 | 100,00% |
| Cancro do Colo do Útero - N.º Doentes em Trat. - 1º ano | 14 | 148 831 | 14 | 148 831 | 100,00% |
| Cancro do Colo do Útero - N.º Doentes em Trat. - 2º ano | 11 | 27 837 | 11 | 27 837 | 100,00% |
| Cancro do Cólon e Reto - N.º Doentes em Trat. - 1º ano | 200 | 2 647 344 | 200 | 2 647 344 | 100,00% |
| Cancro do Cólon e Reto - N.º Doentes em Trat. - 2º ano | 179 | 887 317 | 179 | 887 317 | 100,00% |
| Doenças Lisossomais | 35 | | 35 | | 99,89% |
| Doença de Gaucher - N.º Doentes em Tratamento | 12,60 | 2 401 775 | 12,58 | 2 397 963 | 99,84% |
| Doença de Fabry - N.º Doentes em Tratamento | 10,35 | 1 642 388 | 10,33 | 1 639 214 | 99,81% |
| Doença de Hurler - N.º Doentes em Tratamento | 1,00 | 193 797 | 1,00 | 193 797 | 100,00% |
| Doença de Hunter - N.º Doentes em Tratamento | 1,00 | 313 750 | 1,00 | 313 750 | 100,00% |
| Doença de Maroteaux-Lamy - N.º Doentes em Tratamento | 6,00 | 2 092 013 | 6,00 | 2 092 013 | 100,00% |
| Doença de Niemann-Pick - N.º Doentes em Tratamento | 2,00 | 79 304 | 2,00 | 79 304 | 100,00% |
| Doença de Pompe - N.º Doentes em Tratamento | 2,00 | 488 212 | 2,00 | 488 212 | 100,00% |
| Diagnóstico e Tratamento da Infertilidade | | | | | |
| N.º Consultas de Apoio à Fertilidade | 534 | 47 163 | 534 | 47 163 | 100,00% |
| N.º Induções da Ovulação | 77 | 10 201 | 77 | 10 201 | 100,00% |
| N.º Inseminações Intra-Uterinas | 118 | 39 535 | 118 | 39 535 | 100,00% |
| N.º Fertilizações In Vitro | 141 | 295 762 | 141 | 295 762 | 100,00% |
| N.º Injeções Intra-Citoplasmáticas de Espermatozóides | 243 | 560 805 | 243 | 560 805 | 100,00% |

| Linha de Atividade | Contrato-Programa | | Realizado | | Taxa de execução |
|---|-------------------|-----------------------|------------|-----------------------|------------------|
| | Quantidade | Valor (€) | Quantidade | Valor (€) | |
| N.º Injeções Intra-Citoplasmáticas de Espermatozoides recolhidos cirurgicamente | 24 | 70 479 | 24 | 70 479 | 100,00% |
| Outros | | | | | |
| Medicamentos | | 8 664 249 | | 8 664 249 | 100,00% |
| Internos | | 2 949 027 | | 2 949 027 | 100,00% |
| ECMO | 12 | 259 272,00 | 12 | 259 272,00 | 100,00% |
| Valor da produção contratada | | 297 983 896 | | 297 894 900 | 99,97% |
| Incentivos institucionais (5% CP) | | 15 683 363 | | 13 954 478 | 89,0% |
| Total do Contrato Programa | | 313 667 259 | | 311 849 377 | 99,42% |
| Adenda de compensação pela reposição salarial | | 5 135 425,19 | | 5 135 425,19 | |
| TOTAL | | 318 802 684,48 | | 316 984 802,51 | 99,43% |

Objetivos de Qualidade e Eficiência

| 1. Objetivos Nacionais | Peso relativo | Meta CP 2016 | dez-16 | Grau Cump. | IDG* |
|--|---------------|--------------|--------|--------------|--------------|
| A. Acesso | 15% | | | 94,2% | 14,1% |
| A.1 Percentagem de primeiras consultas médicas no total de consultas médicas | 2% | 26,5% | 26,3% | 99,2% | 2,0% |
| A.2 Peso das consultas externas com registo de alta no total de consultas externas | 2% | 15,0% | 12,2% | 81,3% | 1,6% |
| A.3. Cumprimento dos tempos de resposta e de triagem | | | | | |
| A.3.1 Percentagem de utentes referenciados dos cuidados de saúde primários para consulta externa atendidos em tempo adequado | 3% | 75,0% | 73,1% | 97,5% | 2,9% |
| A.3.2 Percentagem de doentes cirúrgicos (neoplasias malignas) inscritos em LIC com tempo de espera ≤ TMRG | 2% | 97,0% | 94,8% | 97,7% | 2,0% |
| A.3.3 Mediana de tempo de espera da LIC, em meses | 2% | 2,60 | 2,80 | 92,3% | 1,8% |
| A.3.4 Percentagem de episódios de urgência atendidos dentro do tempo de espera previsto no protocolo de triagem | 2% | 63,0% | 60,8% | 96,5% | 1,9% |
| A.3.5 Permilagem de doentes sinalizados para a RNCCI, em tempo adequado, no total doentes tratados | 2% | 379,0% | 351,9% | 92,8% | 1,9% |
| B. Desempenho assistencial | 25% | | | 60,0% | 15,0% |
| B.1 Percentagem reinternamentos em 30 dias, na mesma grande categoria de diagnóstico | 2% | 4,59% | | | |
| B.2 Percentagem de doentes saídos com duração de internamento acima do limiar máximo | 2% | 1,0% | | | |
| B.3 Percentagem de cirurgias da anca efetuadas nas primeiras 48 horas | 2% | 75,0% | | | |

II. MISSÃO, OBJETIVOS E POLÍTICAS

| 1. Objetivos Nacionais | Peso relativo | Meta CP 2016 | dez-16 | Grau Cump. | IDG* |
|--|---------------|--------------|-----------|---------------|--------------|
| B.4 Percentagem de cirurgias realizadas em ambulatório no total de cirurgias programadas (GDH) – para procedimentos ambulatorizáveis | 2% | 80,0% | | | |
| B.5 Percentagem de cirurgias realizadas em ambulatório, para procedimentos tendencialmente ambulatorizáveis * | 2% | 7,4% | | | |
| B.6 Índice de demora média ajustada | 3% | 0,90 | | | |
| B.7 Índice de mortalidade ajustada | 3% | 0,83 | | | |
| B.8 Índice de risco e segurança do doente | 6% | 4,00 | | | |
| B.9 Percentagem de embalagens de medicamentos prescritos, que são genéricos (ADAPTADO) | 3% | 54,0% | | | |
| C. Desempenho económico-financeiro | 20% | | | 98,2% | 19,6% |
| C.1 Percentagem dos custos com horas extraordinárias, suplementos e fornecimentos de serviços externos III (selecionados) no total de custos com pessoal | 5% | 11,5% | 12,53% | 91,3% | 4,57% |
| C.2 EBITDA | 5% | -8.576.746 | 101.729 | 201,2% | 6,00% |
| C.3 Acréscimo de dívida vencida (fornecedores externos) | 5% | 6.000.000 | 4.445.804 | 125,9% | 6,00% |
| C.4 Percentagem de proveitos operacionais extra Contrato-Programa no total de proveitos operacionais | 5% | 10,6% | 6,50% | 61,3% | 3,07% |
| 2. Objetivos da Região | 40% | | | 100,6% | 40,2% |
| VV AVC – % de casos com diagnóstico principal de AVC Isquémico com registo de administração de trombolítico | 5,5% | 10,0% | 15,10% | 151,0% | 6,60% |
| Rácio Consultas Externas / Urgências | 5,5% | 2,95 | 2,80 | 94,9% | 5,22% |
| Taxa de referenciação para a RNCCI | 6,0% | 5,0% | 5,30% | 106,0% | 6,36% |
| Tempo de espera para a triagem médica da CE | 6,0% | 10,0 | 5,50 | 145,0% | 7,2% |
| Garantir o início do tratamento da Retinopatia Diabética em 30 dias (%) | 5,5% | 1,00 | 1,00 | 100,0% | 5,5% |
| Cuidados Paliativos | 5,5% | 100% | 88,00% | 88,0% | 4,84% |
| Controlo de Infecção Associado a Cuidados de Saúde | 6,0% | 100% | 75,00% | 75,0% | 4,50% |
| Índice de Desempenho Global | 100% | | | | 89,0% |

No que diz respeito ao grupo de indicadores – **Acesso** - o CHSJ alcançou um grau de execução de 94,2%. Este desfasamento deve-se em especial à taxa de execução do indicador - *Peso das consultas externas com registo de alta no total de consultas externas* (81,3%).

A complexidade e cronicidade das patologias dos doentes seguidos na Consulta Externa do CHSJ dificultam o alcançar da meta que nos é exigida para este indicador. Desta forma, e apesar dos esforços que foram desenvolvidos internamente não

nos foi possível atingir o objetivo em 2016. De salientar, que no âmbito do Contrato-Programa para 2017 a meta para este indicador mantêm-se igual à de 2016 e estamos convictos que, em 2017, iremos alcançar este objetivo devido ao trabalho que se tem vindo a desenvolver.

No grupo de indicadores - **Desempenho Assistencial** – não se encontra apurado o resultado de nenhum indicador devido à falta de dados relevantes para apurar os indicadores B1 a B8 (os quais são apurados em função dos episódios de internamento e

de ambulatório codificados).

No último trimestre de 2016 o Centro Hospitalar de São João, EPE foi uma das três instituições a nível nacional a integrar o projeto-piloto de introdução do sistema de codificação clínica ICD-10 CM/PCS promovido pela ACSS, I.P. (ofício 7542/2016/DPS/ACSS).

Este projeto prevê que todos os episódios codificados após a data de introdução do ICD-10 CM/PCS fossem codificados através deste novo sistema, pelo que, o CHSJ teve de codificar, cerca de, 65% da atividade clínica de 2016 em ICD-10.

No entanto, ao longo destes últimos meses, com a introdução deste novo sistema de codificação clínica, temo-nos deparado com inúmeras dificuldades técnicas que têm atrasado a conclusão do processo de codificação da atividade clínica de 2016.

Estas dificuldades técnicas têm sido gradualmente resolvidas pela ACSS, I.P., no entanto, em março de 2017 ainda se encontra por atualizar a Portaria n.º 234/2015 de 7 de agosto (Regulamento e tabela de preços do SNS).

Sendo esta portaria fundamental para a finalização do processo de codificação da atividade clínica de 2016, e uma vez que a mesma ainda não se encontra disponível, não nos é possível fazer uma avaliação correta da atividade clínica de internamento e de ambulatório, agrupada em GDH para apresentar neste âmbito.

Acresce que, para o indicador B.8 que vale 25% do total deste grupo não temos dados históricos relevantes para perspetivar uma estimativa de execução.

No que se refere ao indicador B9 - *% de embalagens de medicamentos prescritos, que são genéricos (ADAPTADO)*, não dispomos de informação sobre o grau de cumprimento do mesmo. Desta forma, e por uma questão de prudência assumimos uma taxa de execução deste grupo de indicadores de 60,0%, conforme apresentado no quadro inicial.

No grupo de indicadores - **Desempenho económico-financeiro** – apresentamos uma taxa de execução de 98,2% devido à não execução em pleno de 2 dos quatro indicadores.

De referir que o não cumprimento dos dois indicadores se ficou a dever a questões alheias ao controlo do CHSJ, nomeadamente:

- Com a introdução da Lei n.º 18/2016 de 20 de junho, que estabelece as 35 horas como período normal de trabalho dos trabalhadores em funções públicas, o número de horas disponíveis reduziu-se, e portanto, houve uma maior necessidade de recorrer a horas extraordinárias para colmatar a diminuição de horas disponíveis. Esta alteração legislativa tem um impacto significativo na capacidade do CHSJ cumprir a meta inicialmente prevista para o indicador - *Percentagem dos custos com horas extraordinárias, suplementos e fornecimentos de serviços externos III (selecionados) no total de custos com pessoal*;

- Adicionalmente, com a transferência do montante de 8.102.604 euros a incluir no Contrato-Programa de 2016, o CHSJ não conseguirá atingir a meta proposta para o indicador - *Percentagem de proveitos operacionais extra Contrato-Programa no total de proveitos operacionais* - uma vez que os proveitos decorrentes do Contrato Programa aumentam em 2,6%.

Relativamente ao último grupo de indicadores – **Objetivos da Região** – as metas de 5 dos 7 indicadores foram cumpridas, ou até mesmo ultrapassadas, o que nos permitiu apurar uma taxa de execução neste grupo de indicadores de 100,6%.

Apenas os indicadores - **Cuidados Paliativos** – e - **Controlo de Infecção Associado a Cuidados de Saúde** – ficaram aquém do contratualizado pois ambos são indicadores compostos por vários sub-indicadores e o não cumprimento em pleno de um destes sub-indicadores penaliza significativamente a taxa de cumprimento do indicador global.

II. MISSÃO, OBJETIVOS E POLÍTICAS

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

As mudanças significativas que vêm ocorrendo na envolvente da saúde e a pressão económica (conjuntural e, necessariamente, permanente), combinadas com as necessidades crescentes da comunidade em cuidados de saúde (resultantes do envelhecimento, do aumento da prevalência de doenças crónicas, do aparecimento de novas tecnologias e tratamentos, etc.) exigem novas abordagens e uma aposta séria na reforma das instituições.

O grande desafio com que se depara o Centro Hospitalar é o de assegurar cuidados de saúde com níveis de excelência, no exercício de uma gestão responsável, procurando a eficiência e a sustentabilidade. Mais do que nunca, uma estratégia centrada no doente, na eficiência e no envolvimento das pessoas, ancorada em parcerias com outros prestadores de cuidados de saúde, sustentada pela constante procura de fontes alternativas de receita será a pedra basilar para proporcionar a prestação de cuidados de saúde em ambiente apropriado, com elevada qualidade e eficiência.

4. Evidenciação da atuação em conformidade com as orientações definidas pelos ministérios setoriais, designadamente as relativas à política sectorial 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 pelos ministérios setoriais, designadamente as relativas à política sectorial a prosseguir, às orientações específicas a cada empresa, aos objetivos a alcançar no exercício da atividade operacional e ao nível de serviço público a prestar pela empresa, são contratualizadas anualmente com a tutela sectorial, nomeadamente através do Contrato-Programa que inclui, para além das obrigações assistenciais, o Orçamento Económico e os Objetivos de Qualidade e Eficiência, que determinam o Índice de Desempenho Global (IDG) da Instituição.

A taxa de execução do contrato-programa em 2016 foi de 99,43 %, o IDG foi de 89,0% e a taxa de execução do Orçamento Eco-

nómico foi de 102,8 % nos proveitos e 99,4 % nos custos.

Por outro lado, com a homologação do Plano Estratégico 2013-2015 do CHSJ, EPE, por despacho de 11.11.2014, de Sua Excelência o Secretário de Estado de Saúde, é evidente o alinhamento no que respeita à política sectorial a prosseguir, às orientações específicas, aos objetivos a alcançar no exercício da atividade operacional e ao nível de serviço público a prestar pela empresa. De acordo com instruções do Ministério da Saúde, atendendo ao momento do calendário em que se implementou a contratualização com as instituições do Serviço Nacional de Saúde (SNS), decorrente da aprovação do Orçamento de Estado para 2016, foi prolongado para o ano de 2016 o prazo de vigência do Contrato-Programa definido para o triénio 2013/2015.

III. ESTRUTURA DE CAPITAL

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

O capital estatutário do Centro Hospitalar de São João, E.P.E. é de 115.000.000 Euros, detido integralmente pelo Estado e o respetivo valor é fixado por despacho dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das Finanças e da Saúde.

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

Não Aplicável

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

Não Aplicável

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) nos seus artigos 447.º e 448.º (vide alíneas a) e b) do n.º1 do artigo 44.º do RJSPE).

Os membros do Conselho de Administração do CHSJ, EPE no exercício de 2016, não são titulares de participações qualificadas noutras entidades.

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.º1 do artigo 44.º do RJSPE).

O CHSJ, EPE participa como membro associado do SUCH – Serviço de Utilização Comum dos Hospitais, associação sem fins lucrativos que tem por finalidade a realização de uma missão de serviço público, com enfoque no setor da Saúde.

3. Indicação do número de ações e obrigações detidas por membros dos órgãos de administração e de fiscalização, nos termos do n.º 5 do artigo 447.º do CSC.

Não Aplicável

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

Não Aplicável

V. ÓRGÃOS SOCIAIS E COMISSÕES

3. 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).

| Mandato (Início - Fim) | Cargo | Nome | Designação | | Remuneração | |
|---------------------------|---|---|---|------------|-------------------|----------|
| | | | Forma (1) | Data | Entidade Pagadora | (O/D)(2) |
| 2014-2016 | Presidente do Conselho de Administração | António Luís Trindade Sousa e Lobo Ferreira | Resolução do Conselho de Ministros n.º 1/2014, de 2 de Janeiro de 2014 | 02-01-2014 | CHSJ, E.P.E. | D |
| 2014-2016 | Vogal Enfermeiro Diretor | Eurídice Maria Corrêa Portela | Resolução do Conselho de Ministros n.º 1/2014, de 2 de Janeiro de 2014 | 02-01-2014 | CHSJ, E.P.E. | D |
| 2014-2016 | Vogal Executivo | João Porfírio Carvalho de Oliveira | Resolução do Conselho de Ministros n.º 1/2014, de 2 de Janeiro de 2014 | 02-01-2014 | CHSJ, E.P.E. | D |
| 2014-2016 | Vogal Executivo | Manuel Amaro Fernandes Ferreira | Resolução do Conselho de Ministros n.º 1/2014, de 2 de Janeiro de 2014 | 02-01-2014 | CHSJ, E.P.E. | D |
| 2016-2018 | Presidente do Conselho de Administração | António Joaquim Freitas de Oliveira e Silva | Resolução do Conselho de Ministros n.º 4-H/2016, de 15 de Fevereiro de 2016 | 15-02-2016 | CHSJ, E.P.E. | D |
| 2016-2018 | Vogal Diretor Clínico | José Artur Osório de Carvalho Paiva | Resolução do Conselho de Ministros n.º 4-H/2016, de 15 de Fevereiro de 2016 | 15-02-2016 | CHSJ, E.P.E. | O |
| 2016-2018 | Vogal Enfermeiro Diretor | Maria Filomena Passos Teixeira Cardoso | Resolução do Conselho de Ministros n.º 4-H/2016, de 15 de Fevereiro de 2016 | 15-02-2016 | CHSJ, E.P.E. | D |
| 2016-2018 | Vogal Executivo | Luís Carlos Fontoura Porto Gomes | Resolução do Conselho de Ministros n.º 4-H/2016, de 15 de Fevereiro de 2016 | 15-02-2016 | CHSJ, E.P.E. | D |
| 2016-2018 | Vogal Executivo | Ilídio Renato Garrido Matos Pereira | Resolução do Conselho de Ministros n.º 4-H/2016, de 15 de Fevereiro de 2016 | 15-02-2016 | CHSJ, E.P.E. | D |

Legenda: (1) Resolução (R) / Assembleia Geral (AG) / Deliberação Unânime p Escrito (DUE) / Despacho (D)

(2) O/D – Origem / Destino

Conforme previsto no artigo 6.º do Anexo II do Decreto-Lei n.º 12/2015, de 26 de janeiro 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 E. P. E., sendo um dos membros o diretor clínico e outro o enfermeiro - diretor.

No que se refere ao ano em análise no presente relatório (2016), na sequência da publicação da Resolução de Conselho de Ministros n.º 1/2014, de 2 de Janeiro, o Conselho de Administração do Centro Hospitalar de São João, E.P.E. em funções até 14 de fevereiro seria o nomeado pela referida Resolução.

No entanto, a Resolução de Conselho de Ministros 4-H/2016 de 15 de Fevereiro de 2016, determinou a nomeação de um novo do Conselho de Administração para o Centro Hospitalar de São João, E. P. E., para o mandato 2016-2018, até ao limite máximo de três renovações consecutivas, sob proposta dos Ministros das Finanças e da Saúde, composto pelos seguintes membros: António Joaquim Freitas de Oliveira e Silva (Presidente), José Artur Osório de Carvalho Paiva (Diretor Clínico), Maria Filomena Passos Teixeira Cardoso (Enfermeira Diretora), Luís Carlos Fontoura Porto Gomes e Ilídio Renato Garrido Matos Pereira, respetivamente, para os cargos de Presidente e Vogais Executivos do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de São João. E. P. E..

4. Distinção dos membros executivos e não executivos do Conselho de Administração ¹ e, relativamente aos membros não executivos, identificação dos membros que podem ser considerados independentes ², ou, se aplicável, identificação dos membros independentes do Conselho Geral e de Supervisão (vide artigo 32.º do RJSPE).

Todos os membros do Conselho de Administração exercem funções executivas.

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

I. Os elementos curriculares relevantes de cada um dos membros que integraram, o Conselho de Administração no período 2014-2016 (até 14 de fevereiro) e as respetivas atividades profissionais exercidas nos últimos 5 anos constam da RCM n.º 1/2014 que procedeu à nomeação deste Conselho de Administração.

António Luís Trindade Sousa e Lobo Ferreira

Licenciado em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Doutorado em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Especialista em Medicina Interna pela Ordem dos Médicos

Assistente Graduado de Medicina Interna do Hospital de S. João

¹ Conforme decorre da aplicação do n.º 1 do artigo 278.º e n.ºs 1 e 2 do artigo 407.º do CSC.

² A independência dos membros do Conselho Geral e de Supervisão e dos membros da Comissão de Auditoria afere-se nos termos da legislação vigente. Quanto aos demais membros do Conselho de Administração, considera-se independente quem não esteja associado a qualquer grupo de interesses específicos na entidade nem se encontre em alguma circunstância suscetível de afetar a sua isenção de análise ou de decisão.

Professor Auxiliar da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Membro do Grupo de Programa do Medicamento Hospitalar do Gabinete do Secretário de Estado da Saúde

2011 – Fevereiro de 2016 - Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de São João, E.P.E.

2007 – 2011 — Presidente do Conselho de Administração do Hospital de São João, E.P.E.

Investigador da Unidade de Investigação e Desenvolvimento Cardiovascular do Porto na área da Insuficiência Cardíaca.

Autor ou coautor de mais de 40 publicações em revistas internacionais indexadas.

Eurídice Maria Corrêa Portela

FORMAÇÃO:

Curso Geral de Enfermagem – 1976

Especialização em Enfermagem Médico -cirúrgica – 1990

Estudos Superiores Especializados em Enfermagem – 1993

Curso de Administração de Serviços de Enfermagem – 1995

PERCURSO PROFISSIONAL:

1976/1988 – Serviço de Cirurgia 2 – Hospital de São João – Porto
Enfermeira de 2ª

Enfermeira de 1ª

Enfermeira Graduada

1990/1992 – Serviço de Cirurgia Vascular – Hospital de São João – Porto

Enfermeira Graduado (com funções de gestão)

Enfermeira Especialista

1992/1999 – Bloco Operatório Central – Hospital de São João – Porto

Enfermeira Especialista

Enfermeira Chefe

1999/2005 – Direção de Enfermagem – Hospital de São João – Porto

Enfermeira Supervisora

Desde junho 2005 – Administração – Hospital de São João/Centro Hospitalar de São João EPE — Porto

João Porfírio Carvalho de Oliveira

FORMAÇÃO:

Pós -Graduação em Administração e Gestão da Saúde, Universidade Lusíada do Porto, 2013;

Leadership in Healthcare Delivery, Universidade Nova, 2013;

PADIS – Programa de Alta Direção de Instituições de Saúde, AESE, 2007;

Mastering Health Care Finance, Harvard Medical, 2007;

Gestão por Objetivos e Avaliação de Desempenho, Serga, 2007;

Gestão Logística, AEP, 2003;

E -Business, EGP, 2001;

Employeeship, TMI, 2001;

Licenciatura em Matemáticas Aplicadas, Universidade Lusíada do Porto, 1993.

Carreira Profissional:

2011 – Nomeado Vogal Executivo do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de S. João (Despacho n.º 15836/2011, de 22 de novembro de 2011)

2009 – 2011 — Vogal Executivo do Conselho de Administração do Hospital de S. João, EPE

2006 – 2009 — Diretor do Serviço de Aprovisionamento – Hospital de São João, E.P.E.

2002 – 2005 — Diretor Logístico e Gestor de Informação da Uponsor na Península Ibérica.

1997 – 2001 — Gestor de Informação das três unidades na Península Ibérica. UponsorEcoplás, SA, UponsorTermoplás, SA e UponsorResiplast, SAU.

1995 – 1997 — IT Manager – Minas e Metalurgia, SA.

1992 – 1995 — Analista Programador e formador na SegafredoZanetti, IllyCaffè e Centro de Formação Prof. Indústria do Calçado.

Manuel Amaro Fernandes Ferreira

FORMAÇÃO:

Leadership in Healthcare Delivery, Universidade Nova, 2013;

PADIS – Programa de Alta Direção de Instituições de Saúde, AESE, 2012;

Mestre em Finanças e Fiscalidade na Faculdade de Economia do Porto (2008/2010), com realização de tese de mestrado subordinada ao tema – «Princípios Estruturantes de um *Balanced Scorecard* Estratégico para Sistemas Integrados de Saúde».

Pós-Graduado em Finanças e Fiscalidade pela Escola de Gestão do Porto – UBPS (2007/2008);
Licenciado em Gestão de Empresas pela Universidade de Évora(1987/1992).

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL:

Vogal Executivo do Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE (2011 – 2013);
Diretor do Centro de Empresas de Viana do Castelo do Banco BPI(Abr/2010 -Dez/2010);
Vogal Executivo do Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE (Out/2008 – Mar/2010);
Vogal Executivo do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Alto Minho, EPE (Jan/06 – Set/08);
Vogal Executivo do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Alto Minho, SA (Ago/05 – Dez/05);
Gerente de Conta da Banca de Empresas do Banco BPI – Centro de Empresas de Braga (1997 – Ago/05);
Gestor de Cliente Empresas do Banco de Fomento e Exterior – Porto(1995 – 1997);
Assistente Comercial do Banco de Fomento e Exterior – Porto(1993 – 1995);

OUTRA EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL E FORMAÇÃO RELEVANTE:

Coordenador da equipa de projeto que elaborou o Plano Estratégico para a constituição da Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE por integração de todos os Centros de Saúde do distrito de Viana do Castelo e do Centro Hospitalar do Alto Minho, E.P.E. (Decreto Lei n.º 183/2008).

II. Os elementos curriculares relevantes de cada um dos membros que integram atualmente o Conselho de Administração e as respetivas atividades profissionais exercidas nos últimos 5 anos constam da RCM n.º 4-H/2016 de 15 de Fevereiro de 2016 que procedeu à nomeação deste Conselho de Administração.

António Joaquim Freitas de Oliveira e Silva

Data de nascimento: 5 de março de 1960.

Naturalidade: Oliveira de Azeméis.

Licenciado em Medicina pelo Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, da Universidade do Porto, 1987.

Especialista em Medicina Interna pela Ordem dos Médicos desde 1995.

Competência em Emergência Médica pela Ordem dos Médicos em agosto de 2003.

Assistente Graduado Sénior de Medicina Interna desde julho de 2010.

Coordenador da Emergência Pré -Hospitalar do Hospital de São João de 1997 a 1999.

Diretor do Serviço de Urgência do Hospital de São João de 2003 a 2005.

Adjunto do Diretor Clínico do Hospital de São João de junho de 2005 a março de 2007.

Coordenador da Unidade de Acidente Vascular Cerebral do Hospital de São João 2006 -2007 e 2011 -2014.

Diretor Clínico do Hospital de São João de março de 2007 a Abril de 2010.

Diretor do Serviço de Medicina Interna do Hospital de Braga de Abril de 2014 a fevereiro de 2016.

Membro do Conselho Diretivo do Colégio da Especialidade de Medicina Interna da Ordem dos Médicos entre 2000 e 2009.

Membro do Conselho Nacional para o Serviço Nacional de Saúde da Ordem dos Médicos desde 2011.

Membro da Comissão Científica para as Boas Práticas Clínicas da Direção -Geral da Saúde até fevereiro de 2014.

Autor e Coautor de múltiplas publicações nas áreas da Medicina Interna e de Emergência Hospitalar.

V. ÓRGÃOS SOCIAIS E COMISSÕES

José Artur Osório de Carvalho Paiva

Nascido no Porto, em 18 de setembro de 1960. Licenciado em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto em 1984. Especialista de Medicina Interna desde 1992. Docente da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto desde 1995.

Competência em Emergência Médica desde 2003. Competência em Gestão de Sistemas de Saúde desde 2004.

Subespecialista de Medicina Intensiva desde 2004. Chefe de Serviço de Medicina Interna do Centro Hospitalar de São João desde 2005. Doutorado em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto desde 2005. Professor Associado Convidado da Faculdade de Medicina do Porto desde 2006.

EM TERMOS DE CARGOS EXERCIDOS:

Presidente da Comissão de Ressuscitação Intra-Hospitalar do Hospital de São João entre 1997 e 2003;

Secretário -Geral (1997 -2000) e Presidente da Assembleia Geral (2000 -2003) do Conselho Português de Ressuscitação;

Secretário -geral do Grupo de Infecção e Sépsis, entre 2000 e 2006;

Gestor da empresa RAR -Serviços de Assistência Clínica entre 1998 e 2001;

Coordenador da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente da Urgência do Hospital de São João entre 2000 e 2006;

Presidente da Comissão de Antibióticos do Hospital de São entre 2003 e 2005;

Diretor de Serviço de Urgência do Hospital de São entre 2005 e 2008;

Presidente da Comissão Regional do Doente Crítico da ARS -Norte entre 2009 e 2011;

Desde 2006, Diretor da Unidade Autónoma de Gestão de Urgência e Medicina Intensiva do Centro Hospitalar de São João;

Desde 2009, Coordenador Nacional da Via Verde de Sépsis, na Direção -Geral da Saúde;

Desde 2009, Diretor do Serviço de Medicina Intensiva do Centro Hospitalar de São João; Coordenador do Programa Nacional de Prevenção de Resistência a Antimicrobianos, na Direção - Geral da Saúde, entre 2010 e 2013;

Diretor do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência a Antimicrobianos, programa de saúde prioritário,

na Direção -Geral da Saúde, entre 2013 e 2016;

Em 2011 -2012, Presidente da Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência do Ministério da Saúde;

Desde março de 2015, Presidente do Colégio de Medicina Intensiva da Ordem dos Médicos;

Desde abril de 2015, elemento do Programa STOP Infecção Hospitalar, da Fundação Calouste Gulbenkian.

Revisor de revistas internacionais e autor de mais de 100 artigos publicados em revistas indexadas, vários capítulos de livros e múltiplas palestras.

Maria Filomena Passos Teixeira Cardoso

FORMAÇÃO PROFISSIONAL:

1980 — Curso de Enfermagem Geral na Escola de Enfermagem D. Ana Guedes.

1985 — Curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

1993 — Curso de Administração de Serviços de Enfermagem.

1997 — Mestre em Ciências de Enfermagem pelo ICBAS.

2004 — Pós -Graduação - Master em Gestão de Serviços de Saúde na Universidade Lusíada.

ATIVIDADE PROFISSIONAL:

Maternidade de Júlio Dinis: Serviço de Neonatologia, de Setembro de 1980 a julho 1990.

Hospital de S. João: Unidade de Hemato-Oncologia Pediátrica, Enfermeira Especialista de julho de 1990 a abril de 1993; Direção de Enfermagem, de junho de 1993 a maio de 1998; Adjunta da Enfermeira Diretora, desde março de 1994; Enfermeira Chefe em junho de 1994; Enfermeira Supervisora em setembro de 1995.

Maternidade Júlio Dinis: Enfermeira Diretora, de maio de 1998 a setembro de 2007.

Centro Hospitalar do Porto, E. P. E.: Enfermeira Supervisora, integrando o Conselho de Gestão da Unidade Maternidade Júlio Dinis, de outubro de 2007 a agosto de 2008.

Universidade Fernando Pessoa: Docente a tempo integral, desde setembro de 2008 a 15 de dezembro de 2009; Colaboradora desde 2003 até ao presente.

Em 2012 Título de Especialista.

Administração Regional de Saúde do Norte: Vogal do Conselho

Diretivo, de 16 de dezembro de 2009 a 7 de outubro de 2011.
Centro Hospitalar de S. João, E. P. E.: Enfermeira Supervisora, desde 7 de fevereiro de 2012, funções de vogal do Conselho Diretivo da Unidade Autónoma de Gestão da Urgência e Medicina Intensiva, da Clínica da Mulher e do Hospital Pediátrico Integrado.

Luís Carlos Fontoura Porto Gomes

HABILITAÇÕES ACADÉMICAS:

Licenciatura em Gestão pela Faculdade de Economia da Universidade do Porto.

FORMAÇÃO PROFISSIONAL:

Análise Financeira de Empresas — *EGP University of Porto Business School*, em 2009; European Health Leadership Programme— Executive Education organizado pelo INSEAD, em França, em 2009; PADIS, organizado pela AESE — Escola de Direção e Negócios, em 2008;

Mastering Health Care Finance — International Executive Program, organizado pelo IEMS — *Institute of Health Economics and Management da Université Lausanne*, em parceria com a *Harvard Medical School* e o Hospital Geral de Santo António, em 2007.

ATIVIDADE PROFISSIONAL:

Fevereiro de 2014 a fevereiro de 2016 — Auditor para o Investimento do Centro Hospitalar de São João, EPE (CHSJ).

Outubro de 2011 a janeiro de 2014 — Vogal Executivo do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Porto, EPE (CHP).

Dezembro de 2009 a outubro de 2011 — Vogal Executivo do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Norte, I. P. (ARS Norte).

Abril de 2008 a dezembro de 2009 — Diretor da Unidade Operacional de Estudos e Planeamento da Administração Central do Sistema de Saúde, I. P. (ACSS).

Janeiro de 2008 a abril de 2008 — Assessor do Conselho Diretivo da ARS Norte para os processos da Parceria Público-Privadas (PPP) do Hospital de Braga e das PPP referentes aos Centros Hospitalares de Vila Nova de Gaia/Espinho e Póvoa do Varzim/Vila do Conde, bem como para os processos de empresarialização e monitorização mensal do desempenho dos Hospitais da Região Norte.

Setembro de 2006 a janeiro de 2008 — Assessor do Conselho de Administração (CA) do IGIF (atual, ACSS) para os processos de empresarialização, planeamento estratégico e acompanhamento e monitorização mensal do desempenho dos Hospitais do SNS. Setembro de 2001 a janeiro de 2006 — Consultor na Andersen (atual, Deloitte) na área de incentivos e na área fiscal.

Ilídio Renato Garrido Matos Pereira

DATA E LOCAL DE NASCIMENTO: 03.09.1974, Lisboa.

DADOS ACADÉMICOS:

Licenciatura em Direito; Pós -Graduação em Gestão e Administração Hospitalar (Ass. Portuguesa de Bioética/Faculdade de Medicina da Universidade do Porto); Mestrando em Gestão de Unidades de Saúde (não concluída a tese final na Universidade do Minho); Curso Geral de Gestão (*Porto Business School*).

PERCURSO PROFISSIONAL:

Diretor do Serviço de Gestão de Recursos Humanos no Centro Hospitalar de São João, EPE; Professor convidado na Escola Superior de Enfermagem da Cruz Vermelha Portuguesa, na Pós -graduação em Gestão e Administração de Serviços de Saúde; Vogal executivo do Conselho de Administração no Hospital Nossa Senhora da Conceição de Valongo (2010 -2012); Vereador na Câmara Municipal da Póvoa de Varzim (2009 -2013); Advogado (2004 -2010); Membro suplente do Conselho Superior de Magistratura (2010); Chefe de Gabinete do Governo Civil do Porto (2005 -2007); Assistente Parlamentar — Parlamento Europeu — Comissão de Liberdades Cívicas, Justiça e assuntos Internos (Bruxelas e Estrasburgo 2000 -2002).

V. ÓRGÃOS SOCIAIS E COMISSÕES

6. Evidências da apresentação das declarações³ 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).

Foi emitida por cada um dos membros do Conselho de Administração declaração referente à não detenção de participações patrimoniais na entidade e à inexistência de quaisquer relações com os seus fornecedores, clientes, instituições financeiras ou quaisquer outros parceiros de negócio, suscetíveis de gerar conflitos de interesse (ver anexo III).

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

22

Não Aplicável

8. 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.

Em 2016 as repartições de competências entre os membros do Conselho de Administração foram as seguintes:

³ Conforme decorre da aplicação do n.º1 do artigo 278.º e n.ºs 1 e 2 do artigo 407.º do CSC.

Até 14 de fevereiro de 2016

| | Presidente do CA | Diretora Clínica | Enfermeira Diretora | Vogal Executivo | Vogal Executivo |
|---|---|----------------------|--|----------------------------------|---------------------------------------|
| Pelouros | António Luís Trindade Sousa e Lobo Ferreira | Margarida Tavares | João Porfírio Carvalho de Oliveira | Euridice Maria Corrêa Portela | Manuel Amaro Fernandes Ferreira |
| Responsável de Acesso à Informação | X | | | | |
| Serviço de Organização Administrativa | X | | | | |
| Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa | X | | | | |
| Gabinete Jurídico e Contencioso | | | | | X |
| Gabinete de Comunicação e Marketing | X | | | | |
| Serviço de Auditoria Interna | X | | | | |
| Serviço de Operações Hoteleiras | | | X | | |
| Serviço de Gestão de Recursos Humanos | | | | | X |
| Centro de Logística, Compras e Património | | | X | | |
| Centro de Controlo de Negócio | | | | | X |
| Serviço de Certificação | | | X | | |
| Serviço de Humanização | X | | | | |
| Centro de Epidemiologia Hospitalar | | X | | X | |
| Centro de Ambulatório | | X | | X | |
| UAG de Medicina | | X | | X | |
| UAG de Cirurgia | | X | | X | |
| UAG da Urgência e Medicina Intensiva | | X | | X | |
| Hospital Pediátrico Integrado | | X | | X | |
| Clínica da Mulher | | X | | X | |
| Clínica da Psiquiatria e Saúde Mental | | X | | X | |

| | Presidente do CA | Diretora Clínica | Enfermeira Diretora | Vogal Executivo | Vogal Executivo |
|--|---|----------------------|--|----------------------------------|---------------------------------------|
| Pelouros | António Luís Trindade Sousa e Lobo Ferreira | Margarida Tavares | João Porfírio Carvalho de Oliveira | Euridice Maria Corrêa Portela | Manuel Amaro Fernandes Ferreira |
| Centro de Imagiologia | | X | | X | |
| Centro de Medicina Laboratorial | | X | | X | |
| Centro de Diálise | | X | | X | |
| Centro de Medicina Física e de Reabilitação | | X | | X | |
| Comissão de Ética para a Saúde | | X | | | |
| Comissão de Farmácia e Terapêutica | | X | | | |
| Comissão de Controlo da Infecção | | X | | | |
| Comissão de Coordenação Oncológica | | X | | | |
| Comissão da Qualidade e Segurança do Doente | | X | | | |
| Comissão Técnica de Certificação da Interrupção da Gravidez | | X | | | |
| Comissão Hospitalar da Transfusão | | X | | | |
| Direção do Internato Médico | | X | | | |
| Entidade de Verificação da admissibilidade da colheita para Transplante | | X | | | |
| Equipa de Gestão de Altas | | X | | | |
| Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação | | X | | | |
| Unidade de Nutrição e Dietética | | X | | | |
| Unidade de Hospitalar de Gestão de Inscritos para Cirurgia | | X | | | |

Após 14 de fevereiro de 2016

| Pelouros | Presidente do CA | Diretor Clínico | Enfermeira Diretora | Vogal Executivo | Vogal Executivo |
|---|--------------------------|------------------|---------------------|----------------------|------------------|
| | António Oliveira e Silva | José Artur Paiva | Filomena Cardoso | Renato Garrido Matos | Luís Porto Gomes |
| Serviço de Auditoria Interna | X | | | | |
| Serviço de Comunicação e Marca | X | | | | |
| Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa | X | | | | |
| Serviço de Humanização | X | | | | |
| Serviço de Organização Administrativa | X | | | | |
| Gabinete Jurídico e Contencioso | X | | | | |
| Responsável do Acesso à Informação | X | | | | |
| Entidade de Verificação da Admissibilidade da Colheita para Transplante (EVA) | X | | | | |
| UAG de Medicina | | X | | | |
| UAG de Cirurgia | | X | | | |
| UAG da Urgência e Medicina Intensiva | | X | | | |
| Hospital Pediátrico Integrado | | X | | | |
| Clínica da Mulher | | X | | | |
| Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental | | X | | | |
| Centro de Imagiologia | | X | | | |
| Centro de Medicina Laboratorial | | X | | | |
| Centro de Diálise | | X | | | |
| Centro de Medicina Física e de Reabilitação | | X | | | |
| Centro de Ambulatório | | X | | | |
| Centro de Epidemiologia Hospitalar | | X | | | |

V. ÓRGÃOS SOCIAIS E COMISSÕES

| Pelouros | Presidente do CA | Diretor Clínico | Enfermeira Diretora | Vogal Executivo | Vogal Executivo |
|---|--------------------------|------------------|---------------------|----------------------|------------------|
| | António Oliveira e Silva | José Artur Paiva | Filomena Cardoso | Renato Garrido Matos | Luís Porto Gomes |
| Serviço de Certificação | | X | | | |
| Serviços Farmacêuticos na vertente clínica | | X | | | |
| Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação | | X | | | |
| Unidade Hospitalar de Gestão de Inscritos para Cirurgia | | X | | | |
| Comissão de Ética para a Saúde | | X | | | |
| Comissão de Farmácia e Terapêutica | | X | | | |
| Comissão de Controlo da Infecção Hospitalar/ GCL-PPCIRA | | X | | | |
| Comissão da Qualidade e Segurança do Doente | | X | | | |
| Comissão de Coordenação Oncológica | | X | | | |
| Comissão Técnica de Certificação da Interrupção da Gravidez | | X | | | |
| Comissão Hospitalar de Transusão | | X | | | |
| Direção do Internato Médico | | X | | | |
| Serviço de Gestão de Recursos Humanos | | | X | | |
| Unidade de Esterilização | | | X | | |
| Equipa de Gestão de Altas | | | X | | |
| Unidade de Nutrição e Dietética | | | X | | |
| Serviço de Aprovisionamento | | | | X | |
| Serviço de Instalações e Equipamentos | | | | X | |
| Serviços Farmacêuticos, na vertente de logística e compras | | | | X | |
| Serviço de Operações Hoteleiras | | | | X | |
| Serviço de Sistemas e Tecnologias de informação | | | | | X |
| Unidade de Desenvolvimento de Software | | | | | X |

| Pelouros | Presidente do CA | Diretor Clínico | Enfermeira Diretora | Vogal Executivo | Vogal Executivo |
|---|--------------------------|------------------|---------------------|----------------------|------------------|
| | António Oliveira e Silva | José Artur Paiva | Filomena Cardoso | Renato Garrido Matos | Luís Porto Gomes |
| Serviço de Inteligência de Negócio e Ciência de Dados | | | | | X |
| Serviço de Arquivo | | | | | X |
| Serviços Financeiros | | | | | X |
| Serviço de Controlo de Gestão | | X | | | X |

No que se refere a delegações de competências, em particular a delegação da administração quotidiana da entidade foram deliberadas as seguintes delegações de competências:

- Delegar no Sr. Diretor Clínico a competência para decidir sobre pedidos de comissão gratuita de serviço de médicos internos de formação específica para realização de estágios no estrangeiro, com duração máxima de 3 meses (com efeitos a 1 de março de 2017);

- Delegar no Sr. Diretor Clínico a competência para decidir sobre os estágios de profissionais da carreira médica, técnicos superiores de saúde e técnicos de diagnóstico e terapêutica (com efeitos a 1 de dezembro de 2016);

- Delegar na Sra. Enfermeira Diretora a competência para decidir sobre os estágios da carreira de enfermagem e de todas as demais categorias profissionais não previstas na alínea anterior (com efeitos a 1 de dezembro de 2016);

- Delegar no Sr. Diretor Clínico a competência para decidir sobre as comunicações de denúncia de contratos de trabalho de profissionais da carreira médica (com efeitos a 1 de novembro de 2016).

V. ÓRGÃOS SOCIAIS E COMISSÕES

9. Caracterização do funcionamento do Conselho de Administração, do Conselho Geral e de Supervisão e do Conselho de Administração Executivo⁴, indicando designadamente:

a) Número de reuniões realizadas e grau de assiduidade de cada membro às reuniões realizadas⁵;

Em 2016, foram realizadas 45 reuniões do Conselho de Administração, tendo o grau de assiduidade de cada membro sido o seguinte (excetuando os períodos de férias):

| Cargo | Nome | Assiduidade (%) |
|---|---|-----------------|
| Presidente do Conselho de Administração | António Ferreira (até 14 fev.) | 67% |
| | António Oliveira e Silva (após 14 fev.) | 100% |
| Diretor Clínico | José Artur Paiva (após 14 fev.) | 98% |
| Enfermeira Diretora | Eurídice Portela (até 14 fev.) | 100% |
| | Filomena Cardoso (após 14 fev.) | 100% |
| Vogal Executivo | João Oliveira (até 14 fev.) | 100% |
| | Renato Matos (após 14 fev.) | 98% |
| Vogal Executivo | Amaro Ferreira (até 14 fev.) | 100% |
| | Luís Porto Gomes (após 14 fev.) | 95% |

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:

⁴ Deve ser ajustado ao modelo de governo adotado.

⁵ A informação poderá ser apresentada sob a forma de um quadro.

| Membro do Órgão de Administração | Acumulação de Funções | | |
|--|---|----------|------------------------------|
| | Entidade | Função | Regime |
| António Luís Trindade Sousa e Lobo Ferreira (i) | FMUP | Docência | Público |
| António Joaquim Freitas de Oliveira e Silva (ii) | | Docência | Público ou Interesse Público |
| José Artur Osório de Carvalho Paiva (ii) | FMUP | Docência | Público ou Interesse Público |
| Maria Filomena Passos Teixeira Cardoso (ii) | Universidade Fernando Pessoa | Docência | Público ou Interesse Público |
| Ilídio Renato Garrido Matos Pereira (ii) | Escola Superior de Enfermagem Cruz Vermelha Portuguesa de Oliveira de Azeméis | Docência | Público ou Interesse Público |

(i) Resolução do Conselho de Ministros n.º 1/2014, de 2 de Janeiro de 2014

(ii) Resolução do Conselho de Ministros n.º 4-H/2016, de 11 de Fevereiro de 2016

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, compete ao Fiscal Único a avaliação do desempenho dos gestores executivos, com base no cumprimento das orientações de gestão definidas no Contrato-Programa, celebrado entre a ACSS e o Centro Hospitalar de São João, E.P.E., que fixa as orientações específicas e os objetivos quantificados a atingir no exercício económico de 2016.

d) Comissões⁶ 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 carácter consultivo que têm por função colaborar com o Conselho de Administração, por sua iniciativa ou a pedido daquele, nas matérias da sua competência.

São comissões de apoio técnico do CHSJ:

- Comissão de Ética para a Saúde (CES) - A Comissão de Ética para a Saúde (CES) é um órgão consultivo, multidisciplinar e independente, cuja atividade se rege pelo respetivo Regulamento, homologado pelo Conselho de Administração, e de acordo com o previsto no Decreto-Lei n.º 97/97, de 10 de maio, em observância do disposto na Lei n.º 46/2004, de 19 de agosto. A CES tem como finalidade refletir sobre os aspetos éticos que impendem sobre a atividade hospitalar, assistencial, docente e de investigação.

Compete à CES apreciar e emitir pareceres sobre todos os aspetos éticos da prática médica desenvolvida pelo CHSJ, pronunciar-se sobre protocolos de investigação científica, promover a divulgação dos princípios gerais da bioética pelos meios julgados adequados, designadamente através de estudos, pareceres e outros documentos ou iniciativas.

- Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) - constituída por três médicos e três farmacêuticos; após a tomada de posse do novo Conselho de Administração da instituição foi nomeada uma nova comissão, que reuniu pela primeira vez em 17 de março.

⁶ Conforme decorre da aplicação do n.º 1 do artigo 278.º e n.ºs 1 e 2 do artigo 407.º do CSC.

V. ÓRGÃOS SOCIAIS E COMISSÕES

- Unidade de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (UPCIRA) - O Despacho nº 15423/2013, de 26 de Novembro, veio criar os grupos de coordenação regional e local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), tendo em vista a implementação dos objetivos deste programa de saúde prioritário e as recomendações do Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças (ECDC). No Centro Hospitalar São João este grupo veio substituir a Comissão de Controlo de Infecção e identifica-se como UPCIRA.
- Comissão de Qualidade e Segurança do Doente (CQS) - tem a responsabilidade de promover e desenvolver uma cultura de qualidade e segurança, traduzível na contínua melhoria da qualidade e eficiência dos cuidados de saúde prestados, na promoção da segurança dos doentes e dos profissionais, e no apoio e informação das atividades de gestão, contribuindo para a missão do CHSJ de prestação de cuidados de saúde diferenciados e humanizados de elevada qualidade e eficiência.
- Comissão de Coordenação Oncológica - presidida pelo Diretor Clínico ou por um dos seus adjuntos rege-se, quanto à sua composição e competências, pela Portaria n.º 420/90, de 8 de julho. A Comissão de Coordenação Oncológica tem como objetivo principal promover ativamente a integração de cuidados prestados no CHSJ na área oncológica, de forma a rentabilizar os recursos existentes, potenciando e melhorando o desempenho nesta área e promovendo a colaboração dos profissionais através da partilha de conhecimentos e meios disponíveis.
- Comissão técnica de certificação da interrupção de gravidez - A comissão técnica de certificação das situações previstas na alínea c) do n.º 1 do artigo 142º do Código Penal (lei n.º 16/2007 de 17 de abril), nomeada de acordo com o artigo 20º da Portaria n.º 741-A/2007 de 21 de junho, e homologada pelo conselho de administração do CHSJ (art. 26º do Regulamento Interno do CHSJ) está em funções desde 2 de janeiro de 2014. Tem como elementos efetivos Carla Ramalho (presidente), Eduarda Marques (secretária), Teresa Loureiro, Manuela Rodrigues e João Paulo Oliveira e como suplentes Manuela Cunha e Angelina Martins.
- Comissão Hospitalar de Transusão (CHT) - é presidida pelo Diretor Clínico (que pode delegar no Diretor do Serviço de Imunohemoterapia), e integra o Diretor do Serviço de Imunohemoterapia, médicos e enfermeiros dos serviços/especialidades que mais frequentemente utilizam serviços de medicina transfusional, um médico e um enfermeiro de Imunohemoterapia, e representantes dos Serviços Farmacêuticos, da auditoria clínica, do Serviço de Controlo de Gestão, do Serviço de Gestão da Informação, do Instituto Português do Sangue e Transplantação e dos doentes. A CHT reúne regularmente, tem uma agenda formal e mantém os registos das suas decisões. São funções da CHT, designadamente: Definir as políticas transfusionais adaptadas às atividades clínicas do CHSJ; Promover a divulgação e o uso de normas internacionais, nacionais e locais relativamente ao processo clínico transfusional; Rever e atualizar regularmente a documentação do hospital relativa à transfusão; Promover auditorias clínicas para avaliar o processo transfusional do CHSJ comparativamente com normas relevantes relativas ao uso dos componentes/derivados do sangue, de acordo com a melhor prática clínica; Promover a formação e treino de todos os profissionais, com funções clínicas ou laboratoriais, envolvidos no processo transfusional; Garantir que os incidentes transfusionais são analisados e que a informação utilizada possa ajudar a melhorar a prática clínica, evitando a repetição dos mesmos, pela assunção de medidas corretivas e preventivas. De seguida apresenta-se uma breve síntese das atividades desenvolvidas, no decurso do ano de 2016, pelas comissões de apoio técnico no exercício das suas competências.

a) Comissão de Ética

A Comissão de Ética Centro Hospitalar São João / Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (CE), em 2016, manteve um ligeiro crescimento no número de pareceres que lhe foram solicitados, numa tendência ininterrupta dos últimos anos (passando dos cerca de 150 pareceres em 2006 para os 732 pareceres em 2016), sendo que 363 foram relativos a projetos de investigação, 315 a pedidos assistenciais de medicação *off-label*, 48 a outros pareceres relativos a matérias várias, e 6 a pedidos de colheitas em dador vivo (EVA).

Merece ser relevada a atividade da CE na elaboração de pareceres sobre projetos de investigação para estudantes e investigadores da FMUP (44% de todos os pedidos de pareceres para projetos de investigação feitos à CE).

Foi convidada a participar por 3 vezes em reuniões de Serviço para colaborar em decisões de carácter assistencial (Unidade da Dor, Neonatologia e Medicina Intensiva Pediátrica).

Reuniu com utentes que solicitaram apoio à CE, para decisões assistenciais.

Participou ativamente, com apresentações de comunicações em duas reuniões nacionais promovidas pela RedÉtica (Coimbra e Évora).

Participou em duas ações de formação no CHSJ sobre 'Ética na prática hospitalar'.

Participou na 'Cerimónia da Bata Branca', da FMUP (transição para o ciclo clínico).

Participou numa conferência no Hospital de Guimarães.

Participou em reunião de trabalho com a ORBEA (Órgão Responsável pelo Bem-estar Animal).

Participou em reunião de trabalho com o RAI (Responsável pelo Acesso à Informação) e com o Centro de Epidemiologia Hospitalar, sobre questões de acesso à informação em Saúde.

Procedeu à revisão dos documentos de submissão, que irão começar a ser utilizados em 2017.

Colaborou com o Centro de Epidemiologia na elaboração do documento 'Policy and standard procedure for obtaining informed consent', no âmbito da candidatura do CHSJ à rede europeia de Centros de Referência.

A Entidade de Verificação da Admissibilidade da Colheita para Transplante (EVA) funcionou junto desta CE, e em 2016 elaborou pareceres para 6 pedidos.

b) Comissão de Farmácia e Terapêutica

Durante o ano de 2016 realizaram-se 30 reuniões, inicialmente com periodicidade mensal, atualmente semanal, de forma a permitir uma resposta mais rápida às diversas solicitações, particularmente os pedidos de autorização de uso de medicamentos não incluídos no formulário nacional, reduzindo o tempo de espera que possa causar prejuízo aos doentes. Foram convidados a participar nas reuniões plenárias outros peritos médicos nomeadamente farmacologistas clínicos ou especialistas em

áreas específicas para apreciação de processos pontuais.

Por outro lado, foram criados grupos de trabalho para apoio à comissão em áreas terapêuticas particularmente relevantes: medicamentos biológicos, tratamento anti-retrovírico, corticoides e anti-angiogénicos de uso ocular, tratamento de cancro do pulmão não pequenas células, esclerose múltipla. Foi nomeado um grupo de trabalho específico para apreciação dos produtos usados em tratamento de feridas no CHSJ.

No âmbito das suas competências foram feitas, ao longo do ano, as seguintes avaliações de novos produtos: medicamentos – 29; desinfetantes – 3; material de penso – 1; manipulados – 1; dispositivos Médicos – 2.

Foram apreciadas 9 propostas de utilização de amostras de novos produtos farmacêuticos.

Em resposta a pedidos específicos foram feitas 232 apreciações casuísticas para utilização excecional de medicamentos.

No ano de 2016 foram ainda avaliados pela CFT, 19 protocolos elaborados por serviços clínicos ou por iniciativa da própria comissão e seus grupos de trabalho:

- Protocolo Terapêutico: "Utilização de triamcinolona intramucosa em estenose esofágica";
- Protocolo de Analgesia em Cirurgia Vascular;
- Protocolo: Aplicação Intra-operatória de Mitomicina C (durante trabeculectomia);
- Vigilância Ginecológica em mulheres sob tratamento com Tamoxifeno;
- Abordagem Diagnóstica e Terapêutica da Hemorragia Uterina Anómala;
- Abordagem no Caso de Hemorragia Uterina Anómala com Contraceção Hormonal;
- Cirurgia programada em doentes com Diabetes Mellitus;
- Protocolo para Uso Terapêutico de Imunoglobulina Anti-linfócito de Cavalos;
- Protocolo de Esquemas Terapêuticos em Doentes Pediátricos com Neuroblastoma;
- Protocolo R-GemOx;
- Proposta de Abordagem Terapêutica da Anemia Ferropénica nos Doentes do foro gastroenterológico;
- Protocolos de "Analgesia de Parto para PCEA e de adminis-

V. ÓRGÃOS SOCIAIS E COMISSÕES

tração manual”;

- Protocolo: “Protocolo de Tratamento na infeção de pé diabético”;
- Medicamentos usados no Transplante Pulmonar;
- Protocolo: “Protocolo de Utilização de FLAMINAL HYDRO e FLAMINAL FORTE na Unidade de Queimados”;
- Protocolo de tratamento com corticóides e agentes antiangiogénicos oculares;
- Protocolo: Tratamento Cancro Pulmonar de Células Não Pequenas estágio IV;
- Doença Inflamatória Intestinal: Recomendações Terapêuticas;
- Tratamento de anemia com ferro por via endovenosa: Recomendações Terapêuticas.

No âmbito das competências atribuídas às CFT hospitalares relativamente à utilização de fármacos para tratamento da hepatite C foram, durante o ano de 2016, avaliados 270 processos de tratamento desta patologia.

A CFT do CHSJ esteve representada na Comissão Nacional de Farmácia e Terapêutica, tendo participado em todas as reuniões plenárias realizadas ao longo do ano, elaborando propostas de parecer para inclusão de medicamentos no Formulário Nacional do Medicamento e colaborando na redação de orientações clínicas da CNFT.

c) Unidade de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (UPCIRA)

Durante o ano de 2016 a UPCIRA manteve atividades em todas as áreas que lhe são atribuídas no âmbito da prevenção e controlo de infeção e promoção de uso judicioso do antibiótico como forma de redução de emergência de resistências bacterianas.

Neste destaca-se a progressão registada nas atividades do Programa de Apoio à Prescrição de Antimicrobianos (PAPA), com a adoção de uma intervenção de avaliação sistemática de todas as prescrições de antibióticos da classe dos carbapenemos e uma consolidação das atividades de intervenção persuasiva em serviços alvo. Para além disso foi continuado o

desenvolvimento de ferramentas de suporte, com melhorias nas soluções existentes e criação de novas utilidades (caso dos antibiogramas cumulativos seletivos e dinâmicos, atualmente em fase de protótipo).

O ano de 2016 foi marcado pela ocorrência de um surto hospitalar de bactérias Enterobacterales, produtoras de carbapenemases, que exigiu uma intervenção intensiva e imediata em 2 serviços e implementação de medidas transversais a todos os restantes como forma de controlo e prevenção de ocorrência de novos eventos.

No contexto deste surto, foi feita investigação de todos os casos, rastreio de contactos, introdução de um plano de contingência com vista a isolamento adequado dos doentes interrompendo a transmissão nosocomial, o que foi alcançado. Por outro lado, foi implementado um plano multidisciplinar que visou conter quaisquer novos casos que pudessem surgir por introdução no hospital (rastreios na admissão hospitalar) ou por emergência local de resistências. Relativamente a este último aspecto foi fundamental a coordenação da equipa PAPA/UPCIRA dedicada, que em colaboração com profissionais dos Serviços afetados, de Patologia Clínica e Farmácia, conceberam uma estratégia de melhoria da abordagem diagnóstica e terapêutica de infeção cujos resultados, avaliados pela redução do consumo de carbapenemos, diminuindo assim a pressão seletiva, sem comprometer a eficácia terapêutica, são notórios.

Para além destes pontos atrás realçados, no âmbito das funções que lhe são atribuídas, descrevem-se a seguir as principais atividades realizadas pela UPCIRA no ano de 2016.

- Campanha de Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI)
 - Implementação da primeira fase desta campanha
 - Comemoração dia Higiene Mãos: divulgação na Intranet, distribuição de folhetos, elaboração de cartaz
 - Auditoria global higiene de mãos
 - Avaliação limpeza e descontaminação de superfícies (incluindo avaliação por luminescência)
 - Ações de formação diversas

- Projeto STOP Infecção Hospitalar:
 - Coordenação das equipas locais deste programa
 - Reuniões de análise de evolução do programa com as equipas de Medicina Interna, Ortopedia, Cirurgia Geral, Medicina Intensiva e UCI Infeciologia
 - Participação em Sessão de Aprendizagem e audioconferências
 - Elaboração de relatórios periódicos
 - Extensão das atividades a outros serviços do hospital
- Vigilância epidemiológica e medidas de controlo de infeção:
 - Microrganismos multirresistentes: sinalização e instituição/verificação de medidas de isolamento adequadas:
 - *Acinetobacter baumannii* – 14 novos casos identificados e sinalizados.
 - *Clostridium difficile* – 32 novos casos identificados e sinalizados.
 - *Pseudomonas aeruginosa* – 209 novos casos identificados e sinalizados.
 - *Enterococcus* Resistentes à Vancomicina – 86 novos casos identificados e sinalizados.
 - *Enterobactereaceas* ESBL + - 364 novos casos identificados e sinalizados.
 - *Enterobactereaceas* Resistentes a Carbapenemos – 85 novos casos identificados e sinalizados.
 - Casos de tuberculose detetados no CHSJ, implementação e verificação de medidas de isolamento e avaliação de risco – 67 casos;
 - Coordenação local dos Programas de Vigilância Epidemiológica das Infecções da Corrente Sanguínea, Infecção Local Cirúrgica e Infecção em UCI.
- Programa de Assistência a Prescrição de Antimicrobianos
 - Desenvolvimento: melhoramento de relatórios de monitorização da prescrição de antimicrobianos em parceria com a Unidade de Desenvolvimento de Software;
 - Avaliação de todas as prescrições de carbapenemos do hospital;
 - Monitorização da prescrição de antimicrobianos alvo de vigilância específica a partir dos relatórios eletrónicos e intervenções diretas junto de médicos prescritores nos Serviços de Ortopedia, Cirurgia Vascular, Cirurgia Plástica, Cirurgia Torácica, Pneumologia, Neurocirurgia, Nefrologia, Pediatria;
 - Participação em Reuniões e Visitas de Serviço;
 - Dia Europeu do Antibiótico – divulgação na intranet e na internet; envio de textos a todos os médicos.
- Formação:
 - Centro de Formação – Infecções Associadas a Cuidados de Saúde;
 - PBCI - Assistentes Operacionais;
 - Cursos Prevenção e Controlo de Infecção Associada aos Cuidados de Saúde e Uso de Antimicrobianos para médicos – Internos de Ano Comum e Formação Específica;
 - Formações para médicos e enfermeiros de ACES: Infecções pele e tecidos moles;
 - Colaboração com a FMUP, ESEP, CHVNG, Instituto Piaget e ESE da Cruz Vermelha no ensino pré e pós-graduado;
 - Estágios: 4 IFEs de Infeciologia por períodos de 3 meses; enfermeiros de especialidade Médica e Cirúrgica.
- Auditorias: Serviço Obstetrícia, Bloco Central, Hospital Pediátrico Integrado – Salas de atividades lúdicas e terapêuticas, Serviço de Esterilização; auditoria implementação do feixe de intervenção da ILC
- Revisão de protocolo interno de abordagem do doente com Tuberculose
- Colaborações com outros Serviços
 - SSO: vigilância da qualidade da água; vigilância de tuberculose
 - SSO, SPC, SIE e SOH: controlo/higiene de ambiente e superfícies
 - UAG Cirurgia: Grupo de trabalho Regulamento do Bloco Operatório

V. ÓRGÃOS SOCIAIS E COMISSÕES

d) Comissão da Qualidade e Segurança do Doente

Apresenta-se uma descrição das principais atividades e resultados no ano 2016, de acordo com as prioridades estratégicas definidas pela Direção-Geral da Saúde (DGS). Estas atividades foram desenvolvidas pelos vários serviços do CHSJ, com o apoio do Centro de Epidemiologia Hospitalar, sempre que solicitado.

O eixo prioritário “Melhoria da qualidade clínica e organizacional” foca-se essencialmente nas normas emitidas pela DGS, mais especificamente na análise e avaliação do nível de cumprimento das mesmas, bem como em projetos de melhoria implementados no CHSJ. Nesse âmbito, foram analisadas e discutidas mais de 50 normas, como por exemplo as relacionadas com o Plano de Prevenção de Controlo de Infecção e Resistências aos Antimicrobianos, do Sistema de Triagem dos Serviços de Urgência, dos registos sobre alergias, prevenção e tratamento da úlcera de pressão.

34

Foram realizadas cerca de 200 auditorias para avaliar o respetivo cumprimento no CHSJ, destacando-se positivamente a crescente autonomia dos serviços clínicos na realização de auditorias aos seus contextos da prática de acordo com as checklists emanadas pela DGS ou concebidas internamente no Centro Hospitalar.

Como projetos de boas práticas destaca-se:

- A prática do Consentimento Informado na Instituição;
- Definição de um Regulamento de Boas práticas em Bloco Operatório;
- Um programa dirigido à Literacia do cidadão; o projeto: “Uso ótimo do Sangue” que obteve a Menção - Honrosa do Programa de Boas Práticas promovido pela APDH;
- O processo eletrónico transfusional;
- Continuidade dos projetos relacionados com o PPCIRA;
- E, por último, um diagnóstico de situação para a melhoria dos cuidados no Hospital de Dia de Quimioterapia.

Procedeu-se a consolidação das iniciativas relativas à prescrição eletrónica de MCDT 's, de tratamento e incorporações de novos alertas (medicamentos LASA na prescrição e administra-

ção de fármacos) e foi mantida a implementação dos projetos relacionados com a identificação do doente, prevenção das quedas e úlceras de pressão, como ferramentas de reforço da segurança dos doentes.

Destaca-se este ano a formação de mais de 800 profissionais no âmbito da prevenção e tratamento da úlcera de pressão.

Relativamente ao cumprimento da utilização da lista de verificação de segurança cirúrgica, o CHSJ obteve uma proporção de não conformidade de 9,1% e este ano grande parte dos Blocos Operatórios foram auditados no âmbito da segurança cirúrgica, com previsão de implementação de novas medidas para 2017.

Atendendo a que a informação transparente ao cidadão e aumento da sua capacitação promove a sua segurança, este ano atribuiu-se especial enfoque na informação transmitida aos doentes através da elaboração e entrega de vários folhetos informativos e dinamização do portal da instituição, nomeadamente no que se refere ao acesso ao Serviço de Urgência e centros de referência.

O reconhecimento da qualidade das unidades de saúde é uma mais-valia para a confiança que o cidadão deposita nas instituições. Para além da implementação dos sistemas de gestão da qualidade segundo a norma NP EN ISO 9001:2015, foi iniciado o processo de programa nacional de acreditação em saúde “Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía” – ACSA nos Centros de Referência reconhecidos nacionalmente.

e) Comissão de Coordenação Oncológica

Em 2016, e no seguimento do trabalho efetuado em anos transatos, prosseguiu-se com a integração de novos elementos nas constituições dos diversos grupos oncológicos e com a elaboração de protocolos terapêuticos instituídos pelo hospital e disponíveis no sistema de prescrição *on-line*.

Em termos de consultas de Grupo verificou-se um aumento no total de número de consultas pelos diversos grupos (9,6%) quando comparado com o ano de 2015, mantendo-se a tendência de crescimento verificada nos últimos anos.

f) Comissão Técnica de Certificação da Interrupção da Gravidez

Durante o ano de 2016 a comissão apreciou 33 pedidos que foram considerados enquadráveis na legislação.

Foram efetuadas 33 interrupções de gravidez ao abrigo da alínea c) do artigo n.º 142 do Código Penal, referentes a 34 fetos. Foram efetuadas cinco interrupções com recurso a feticídio (duas depois das 24 semanas) e dois feticídios seletivos em gravidez múltipla com discordância de malformações.

A avaliação dos casos submetidos a interrupção foi efetuada segundo a metodologia habitual, com apresentação em reunião (reunião multidisciplinar do Centro de Diagnóstico Pré-Natal de 1 de fevereiro de 2016) e elaboração de relatório (Relatório das interrupções médicas da gravidez, Centro de Diagnóstico Pré-Natal).

g) Comissão Hospitalar de Transfusão

Ao longo de 2016 as principais atividades realizadas por esta comissão, no âmbito das funções que lhe são conferidas, são as que se detalham de seguida.

Elaboração de um procedimento relativo ao processo transfusional (por elementos da Comissão Hospitalar de Transfusão) e tendo em consideração a prescrição eletrónica na aplicação jOne.

Formação sobre prescrição de transfusão em jOne aos médicos dos serviços Médicos, incluindo Pediatria Médica e Cirúrgica.

Elaboração da 5ª versão do MSBOS (*Maximum Surgical Blood Order Schedule*, ou seja, o número de unidades de concentrados de eritrócitos que devem ser preparadas previamente à cirurgia).

Análise dos incidentes transfusionais e implementação de medidas corretivas.

Continuação da formação em medicina transfusional aos médicos internos do CHSJ, em colaboração com a Diretora do Internato Médico e o Centro de Formação, a qual tinha iniciado em outubro de 2015 e terminou em fevereiro de 2016.

Através de um questionário anónimo, preenchido imediatamente antes e após a formação, foi efetuada uma avaliação do impacto da formação em medicina transfusional, no nível de conhecimentos dos médicos internos, tendo-se concluído que houve uma melhoria significativa (trabalho apresentado sob a forma de poster no congresso internacional da ISBT- *International Society of Blood Transfusion*).

Alargamento da implementação da prescrição eletrónica de transfusões e respetivos registos, nos serviços Cirúrgicos, através da aplicação jOne, em conjunto com a Unidade de Desenvolvimento de Software, Serviço de Sistemas e Tecnologias de Informação e Comunicação e o Centro de Epidemiologia Hospitalar. Neste âmbito têm sido realizadas reuniões mensais com elementos dos quatro serviços envolvidos de modo a identificar, analisar e corrigir desconformidades tendo em vista a otimização de todo o processo.

V. ÓRGÃOS SOCIAIS E COMISSÕES

C. Fiscalização

Não aplicável (Ver ponto D referente ao Revisor Oficial de Contas).

1. Identificação do órgão de fiscalização correspondente ao modelo adotado e composição, consoante aplicável, do Conselho Fiscal, da Comissão de Auditoria, do Conselho Geral e de Supervisão ou da Comissão para as Matérias Financeiras, ao longo do ano em referência, com indicação do número estatutário mínimo e máximo de membros, duração estatutária do mandato, número de membros efetivos e suplentes, data da primeira designação e data do termo de mandato de cada membro. Caso tenha ocorrido alteração de mandato durante o ano em reporte, a entidade deverá indicar os mandatos respetivos (o que saiu e o que entrou). Informação a apresentar segundo o formato seguinte:

| Mandato (Início-Fim) | Cargo | Nome | Designação | | Estatuto Remuneratório Mensal Fixado (€) |
|-------------------------|-------|------|----------------------|------|--|
| | | | Forma ⁽¹⁾ | Data | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

(Número estatutário mínimo e máximo de membros –
[número mínimo]/[número máximo])

Legenda: (1) Resolução (R) / Assembleia Geral (AG) / Deliberação Unânime p Escrito (DUE) / Despacho (D)

2. 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.

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

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

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 |
|--------------|--|---|--|
| Ex: 5 | Identificar o local (ex. sede da empresa) | Identificar para cada reunião todos os participantes (ex. Presidente do CF; Vogais do CF; ROC e Diretor Financeiro) | (ex. não se verificaram ausências) |
| Ex: 6 | Identificar o local (ex. outro que não a sede) | Identificar para cada reunião todos os participantes (ex. Presidente do CF e Vogal do CF) | (ex. em falta o Vogal do CF ABCD) |

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;

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

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

- Fiscal Único suplente: Dr. Jorge Manuel da Silva Baptista Pinto, inscrito na Ordem dos Revisores Oficiais de Contas sob o n.º 1086.

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

De acordo com o estabelecido no artigo 15.º dos Estatutos, o mandato do Fiscal Único tem a duração de três anos, renovável apenas uma vez.

D. 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).

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:

No que se refere à Instituição Centro Hospitalar de São João, E.P.E., trata-se do primeiro mandato da Sociedade Rodrigo Carvalho & M. Gregório, SROC, relativo ao triénio 2014-2016.

Nos termos do Despacho n.º 10607/2014, SET, de 06/08/2014, foram designados para o Centro Hospitalar de São João, E.P.E., para o triénio 2014-2016 os seguintes órgãos sociais:

-Fiscal Único Efetivo: Rodrigo Carvalho & M. Gregório — SROC, Lda, inscrita na Ordem dos Revisores Oficiais de Contas sob o n.º 170, representada pelo Dr. Rodrigo Mário de Oliveira Carvalho, inscrito na Ordem dos Revisores Oficiais de Contas sob o n.º 889;

V. ÓRGÃOS SOCIAIS E COMISSÕES

| Mandato (Início - Fim) | Cargo | Identificação SROC/ROC | | | Designação | | | Nº de anos de funções exercidas na sociedade |
|---------------------------|-----------------------|--------------------------------------|-------------------------|--------------------|---|------------|------------------|--|
| | | Nome | Nº de inscrição na OROC | Nº Registo na CMVM | Forma (1) | Data | Data do Contrato | |
| 2014-2016 | Fiscal Único Efetivo | Rodrigo Carvalho & M. Gregório | SROC 170 | 20161474 | Despacho n.º 10607/2014, SET, de 06/08/2014 | 06-08-2014 | 8-set-2014 | 3 |
| 2014-2016 | Fiscal Único Suplente | Jorge Manuel da Silva Baptista Pinto | ROC 1086 | 20160698 | Despacho n.º 10607/2014, SET, de 06/08/2014 | 06-08-2014 | - | 3 |

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

| Nome | Remuneração Anual 2016 (€) | | | |
|--------------------------------|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| | Bruta (1) | Reduções Remuneratórias (2) | Reversão Remuneratória (3) | Valor Final (4)=(1)-(2)+(3) |
| Rodrigo Carvalho & M. Gregório | 16.456,92 | 1.316,55 | 822,81 | 15.963,18 |

38

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

Não são prestados outros serviços pela SROC ao Centro Hospitalar de São João, E.P.E.

E. Auditor Externo

Não Aplicável. Durante o ano de 2016 o CHSJ não contratou nenhum serviço de Auditoria Externa.

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, apresentados segundo o formato seguinte:

| Identificação do Auditor Externo (SROC/ROC) | | | Contratação | | Remuneração Anual 2016 (€) | | | |
|---|-----------------------|---------------------|-------------|---------|------------------------------------|---------------------------|----------------------------|-------------------------------|
| Nome | N.º inscrição na OROC | N.º registo na CMVM | Data | Período | Valor da Prestação de Serviços (1) | Redução Remuneratória (2) | Reversão Remuneratória (3) | Valor Final (4) = (1)-(2)+(3) |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | [Total] | [Total] | [Total] | [Total] |

2. *Explicitação⁷ 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.*

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.*

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 rede⁸ e discriminação da percentagem respeitante aos seguintes serviços, apresentada segundo o formato seguinte:*

| Remuneração paga à SROC (inclui contas individuais e consolidadas) | | |
|---|-----|------|
| Valor dos serviços de revisão de contas | [€] | [%] |
| Valor dos serviços de consultoria fiscal | [€] | [%] |
| Valor de outros serviços que não os das alíneas anteriores | [€] | [%] |
| Total pago pela entidade à SROC | [€] | 100% |
| Por entidades que integrem o grupo (inclui contas individuais e consolidadas) | | |
| Valor dos serviços de revisão de contas | [€] | [%] |
| Valor dos serviços de consultoria fiscal | [€] | [%] |
| Valor de outros serviços que não os das alíneas anteriores | [€] | [%] |
| Total pago pelas entidades do grupo à SROC | [€] | 100% |

Nota: deverá indicar-se o valor dos honorários envolvidos recebidos pelos trabalhos e a percentagem sobre os honorários totais faturados pela empresa à entidade/grupo.

⁷ Acompanhada de menção à legislação aplicável.

⁸ 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.

VI. ORGANIZAÇÃO INTERNA

A. Estatutos e Comunicações

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

Os Estatutos do Centro Hospitalar de São João, E.P.E. encontram-se aprovados pelo Decreto-Lei n.º 233/2005 de 29 de dezembro, na redação que lhe foi conferida pelo Decreto-Lei n.º 244/2012 de 9 de novembro e pelo Decreto-Lei n.º 12/2015 de 26 de Janeiro.

O CHSJ é uma EPE (Entidade Pública Empresarial), integrada no Setor Público Empresarial regendo-se pelo Decreto-Lei n.º 233/2005, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 12/2015 de 26 de janeiro. Nesta conformidade as alterações aos estatutos são feitas ao abrigo do disposto no n.º 3 do artigo 18º do regime jurídico da gestão hospitalar, aprovado pela Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro e no Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro, e nos termos da alínea a) do n.º 1 do artigo 198º da Constituição, como referido no preâmbulo do Decreto-Lei n.º 12/2015 de 26 de janeiro.

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

Conforme previsto no artigo 17.º-A do Anexo II do Decreto-Lei n.º 12/2015, os Hospitais E. P. E. devem dispor de um sistema de controlo interno e de comunicação de irregularidades, competindo ao Conselho de Administração assegurar a sua implementação e manutenção e ao Auditor Interno a responsabilidade pela sua avaliação. Neste âmbito, foi aprovado pelo Conselho de Administração no ano de 2014, o Regulamento de Comunicação de Irregularidades do CHSJ, EPE.

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

No Plano de Prevenção de Riscos de Gestão, incluindo os de Corrupção e Infrações Conexas, que pretende sistematizar o sistema de gestão de riscos do Centro Hospitalar de São João,

E.P.E., estão identificados os riscos relevantes, sendo, paralelamente, efetuada a respetiva avaliação, assim como as medidas preventivas adotadas como resposta aos riscos estabelecidos, nomeadamente nas áreas de Aprovisionamento, Recursos Humanos e Financeira:

| Riscos Identificados - Aproveitamento | Escala de Risco | | | Medidas Preventivas | Implementação Medidas/ Monitorização |
|--|-----------------|----------|---------|---|--|
| | Fraco | Moderado | Elevado | | |
| Aquisição de bens e serviços cujo procedimento concursal não respeite o CCP, nomeadamente, a violação das regras gerais de autorização de despesa, violação dos princípios gerais de contratação, participação económica em negócio, repetição de procedimentos de aquisição do mesmo bem/serviço ao longo do ano, fraccionamento da despesa). | X | | | a) Em conjunto com o Serviço de Certificação, desenvolvimento de um Manual e implementação de modelo de gestão por processos (processo de certificação do Serviço de Aproveitamento conforme a NP EN ISO 9001/2008) b) Aumento da competitividade, aumentando o leque de fornecedores consultados. c) O júri é designado procedimento a procedimento e tem composição distinta consoante o objeto do procedimento, atenta a constituição das equipas do SAP (setor). | Em matéria de aquisições o CHSJ aplica exclusivamente o Código dos Contratos Públicos. Adicionalmente, destaca-se que o Serviço de Aproveitamento concluiu em 2014 o seu processo de certificação, estando prevista a sua revisão anual e respetivas auditorias. |
| Aquisição de bens e serviços por ajuste direto (incluindo aquisições diversas ao mesmo fornecedor, e/ou para favorecimento de fornecedores e violação dos princípios gerais de contratação). | | X | | | |
| Empreitadas públicas. | | X | | | |
| Entrega, pelos fornecedores, de quantidades de materiais inferiores às contratadas. | X | | | Todo o material é verificado pelos funcionários e a conferência não é realizada sempre pelo mesmo funcionário. | É efetuada conferência dos bens e serviços prestados (no caso da aquisição de serviços pelo Serviço que detém a responsabilidade da gestão operacional do contrato). |
| Fornecimento por familiares ou pessoas com relações de forte amizade ou inimizade. | Não definido | | | a) Ampla divulgação do regime de impedimentos (SA em parceria com Auditoria Interna). b) Segregação de funções com delegação de competência [quem elabora o processo administrativo é um funcionário do SAP, tem parecer da comissão de Apoio Técnico (se for o caso), e o Júri propõe ao Conselho de Administração]. c) Os funcionários procederam à assinatura da declaração de inexistência de incompatibilidades (artigo 4.º do Decreto-lei n.º 14/2014, de 22 de janeiro) e comprometeram-se a comunicar qualquer alteração ou situação pontual de impedimento que se verifique em qualquer momento. | Realização de auditorias internas ao SAP pelo SAI. No âmbito das instruções do GCC/IGAS será realizado um trabalho em 2017. |
| Informação privilegiada. | | | | | |
| Intervenção em processo em situação de impedimento. | | | | | |
| Violação de segredo por funcionário. | | | | | |
| Conluio entre os adjudicatários e os funcionários. | | | | | Desenvolvimento do Código de Ética a nível da Instituição. |
| Passagem de informação privilegiada. | | | | | |
| Favorecimento de fornecedores de forma a obter benefícios. | | | | | |

| Riscos Identificados - Aprovisionamento | Escala de Risco | | | Medidas Preventivas | Implementação Medidas/ Monitorização |
|---|-----------------|----------|---------|--|--|
| | Fraco | Moderado | Elevado | | |
| Apresentação de documentos fora de prazo ou apresentação de documentos falsos (incluindo uma consideração como válida da adjudicação a um fornecedor que não está habilitada para tal). | X | | | a) Verificação periódica e aleatória de processos pela Auditoria Interna. b) Utilização da plataforma eletrónica nos processos de aquisição, podendo também ser aferidas as datas em questão, o que diminui o risco associado. | Utilização por re-gra da Plataforma Electrónica para a contratação. |
| Existência de trabalhos a mais no âmbito das empreitadas, bem como o risco de avançar com a execução dos trabalhos sem prévia autorização do órgão competente e realizar novo procedimento para efetuar o pagamento destes trabalhos. | | X | | a) O SAP procede à verificação, no caso das empreitadas, de que a execução de trabalhos de suprimento de erros e omissões e de trabalhos a mais não excede os limites quantitativos estabelecidos na lei. b) Implementação de normas internas que garantam a boa e atempada execução dos contratos por parte dos fornecedores/prestadores de serviços/empreiteiros (SIE). | Actualmente, e em conjunto com o Serviço de Certificação, foi desenvolvido um Manual e implementação de modelo de gestão por processos. O órgão competente autoriza previamente os trabalhos a mais após informação dos serviços técnicos e devido enquadramento do SAP. |
| Renovação de contratos (ou seja, falha no sistema de alerta do termo dos contratos, provocando a sua renovação automática, sem possibilidade de avaliação da necessidade de renovação). | | X | | a) Verificação, pelo SAP, da base de dados de contratos e respectiva calendarização, com elaboração de listagem mensal dos contratos susceptíveis de renovação, para que a avaliação da mesma se processe com uma antecedência mínima de 60 dias em relação à data de denúncia; b) Criação/implementação de um sistema de alertas informático. | Criação de BD em Excel para controlo contratos. Procuramos ver soluções de SW no mercado para gestão de contratos e alertas (EX. "Gatewitt"). No entanto, tem-se procurado evitar celebração de contratos com renovação automática, passando-se a exigir sempre a renovação expressa. Manifestada necessidade de solução informática ao Vogal Executivo de forma a termos alertas geridos por aplicação e não de forma manual (excel ou outlook), dada a dimensão do CHSJ. |

| Riscos Identificados - Recursos Humanos | Escala de Risco | | | Medidas Preventivas | Implementação Medidas/ Monitorização |
|--|-----------------|----------|---------|--|---|
| | Fraco | Moderado | Elevado | | |
| Processo de Recrutamento e Seleção de Pessoal (por ex.: Favorecimento na contratação de pessoal; Intervenção no procedimento de selecção ou no procedimento de avaliação do pessoal de elementos com relações de proximidade; relações familiares ou de parentesco com os candidatos ou com os avaliados). | X | | | a) Definição de um procedimento transversal a toda a Instituição com medidas anuais de controlo. b) Sensibilizar os intervenientes decisores no âmbito dos procedimentos de recrutamento e selecção, de avaliação ou de outros actos de gestão de pessoal para a necessidade de fundamentação das suas decisões. | Com a entrada em vigor do Despacho n.º 12083/2011, todas as contratações carecem de autorização ministerial. Porém, existem procedimentos diferentes consoante o grupo profissional (Ex. Médicos - Abertura de vagas via despacho ARSN... Enfermeiros - Abertura de vagas via Bolsa... Restantes categorias - Abertura de vagas via IEFP...). De referir ainda que em 2014 foi concluído processo de Certificação que permitiu documentar todos estes procedimentos. Prevê-se para o último trimestre de 2017 aprovar e implementar um Manual consolidado dos procedimentos de recrutamento e selecção. |
| Processo de Processamento de Abonos, incluindo processamento de remunerações, abonos, processamento/conferência de ajudas de custo e processamento da recuperação de vencimento de exercício perdido. | | X | | Verificação anual num período aleatório, do cumprimento do programa específico para esta área, no âmbito do sistema de controlo interno existente (por ex: conferência da folha de processamento dos vencimentos e de ajudas de custo, numa base de amostragem, em meses sorteados, no sentido de confirmar a adequação das remunerações processadas e dos descontos efectuados ao trabalhador - segurança social, IRS e, de outros abonos recebidos). | De acordo com o definido no PPRGCIC, a área de Recursos Humanos foi identificada como uma das áreas com riscos associados. Neste contexto, o Serviço de Auditoria Interna desenvolveu um trabalho de avaliação na área de Recursos Humanos, desenvolvendo testes/análises relativamente a áreas de Recursos Humanos com riscos identificados, pretendendo sobretudo informar o Conselho de Administração e o Serviço de Gestão de Recursos Humanos sobre algumas situações detectadas, potenciais impactos e recomendações propostas para mitigar o risco. Será efetuado o follow-up em 2017. |
| Processo de Processamento de Absentismo (por ex.: Justificação indevida de faltas; Atribuição de férias em número superior ou devido). | X | | | Verificação anual por amostragem baseada em ausências prolongadas ou com padrões repetitivos. | |
| Processo de Registo de Assiduidade. | | X | | Verificação semestral por amostragem baseada nos saldos dos trabalhadores do Sistema de Registo Biométrico. | |

VI. ORGANIZAÇÃO INTERNA

| Riscos Identificados - Recursos Humanos | Escala de Risco | | | Medidas Preventivas | Implementação Medidas/Monitorização |
|---|-----------------|----------|---------|---|---|
| | Fraco | Moderado | Elevado | | |
| Processo de Avaliação de Desempenho, nomeadamente, no que respeita à ausência ou deficiente fundamentação dos resultados das decisões de avaliação. | | X | | Verificação anual por Amostragem baseada nas avaliações que se situem fora da média. | Dada a pertinência da temática em questão, reforçou-se a frequência das reuniões do Conselho de Coordenação da Avaliação. Foi constituído no GRH um grupo de trabalho, designado por Gabinete de Avaliação de Desempenho, constituído por 3 Técnicos Superiores, responsável pelo Acompanhamento de todo o processo de avaliação do CHSJ. |
| Processo de Gestão de Carreiras. | X | | | Verificação anual das Promoções/Progressões existentes. | Tendo em conta a LOE para 2017, trata-se de um risco reduzido, dada a limitação existente no que se refere a promoções/progressões. |
| Prestadores de Serviço em nome individual. | | X | | Tendo em conta a transferência do processamento dos profissionais Prestadores de Serviços (do Serviço de Aproveitamento para o SGRH a partir de Fev/2013), formalização de procedimento interno que garanta a seu controlo e correção. Verificação Semestral. | Trabalho de cooperação com a Auditoria Interna. |

| Riscos Identificados - Financeiros | Escala de Risco | | | Medidas Preventivas | Implementação Medidas/ Monitorização |
|---|-----------------|----------|---------|---|--|
| | Fraco | Moderado | Elevado | | |
| Conferência de valores (pagamento de facturas). | X | | | a) Privilegiar os recebimentos por Transferência Bancária, bem como funcionalidades de Homebanking; b) Reduzir ao mínimo possível a utilização de cheques e dinheiro; c) Emissão obrigatória de recibos informatizados que possibilitem a conferência de emissão por listagem diária; d) Procedimentos efectivos e documentados. a) Recurso a meios de recebimento via Multibanco b) Controlo diário do montante recebido por colaborador c) Emissão obrigatória de recibos informatizados d) Conferência de emissão por listagem diária e) Conciliação bancária mensal a) Conciliação bancária mensal b) Circularização periódica de saldos de fornecedores e clientes c) Fundos de maneo e de caixa em sistema de fundo fixo e controlo sistemático dos fundos de maneo d) Cheques em trânsito para além de prazo a determinar, são investigados e eventualmente anulados e) Os cheques por utilizar e os cheques emitidos que foram anulados estão convenientemente guardados f) Segregação de funções g) Existência de normas para movimentação de contas bancárias a) Segregação de funções b) Circularização periódica de saldos de fornecedores c) Revisão do Procedimento de alteração de dados de fornecedores a) Criação de modelo de gestão da tesouraria disponível para pagamentos, que estabeleça as regras para seleção das de facturas a pagar, identificando de forma sistemática as excepções consideradas. Decisão dos pagamentos validada por membro do CA responsável pelos serviços Financeiros. | As medidas referidas já se encontram implementadas |
| Emissão de recibos (de modo a eliminar a receita ou recebimento de dinheiro) | X | | | | |
| Cobranças não depositadas oportuna e integralmente | X | | | | |
| Desvio de Fundos | X | | | | |
| Alteração não autorizada a dados mestre de fornecedores ou alteração com base em informação externa não validada (por exemplo, via email) | X | | | | |
| Pagamentos preferenciais a fornecedores | X | | | | |

VI. ORGANIZAÇÃO INTERNA

B. Controlo interno e gestão de riscos⁹

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 Centro Hospitalar de São João, E.P.E. dispõe de vários mecanismos implementados que contribuem para a redução dos riscos relevantes, dos quais destacamos:

- Serviço de Auditoria Interna;
- Plano de Prevenção de Riscos de Gestão, incluindo os de Corrupção e Infrações Conexas e respetivo Relatório Anual;
- Regulamento Interno;
- Regulamento de Comunicação de Irregularidades;
- Segregação de Funções;
- Formação Contínua;
- Serviço de Certificação;
- Centro de Epidemiologia Hospitalar;
- Regulamento da Comissão de Ética.

Ciente da relevância de um Sistema de Controlo Interno eficaz e eficiente, e, no sentido de reforçar o sistema de controlo interno já existente, o Conselho de Administração procedeu, em 2013, ao reforço da função Auditoria Interna, com a criação do Serviço de Auditoria Interna.

Adicionalmente, e de forma a dar cumprimento ao disposto no n.º 4 do artigo 17.º-A do Decreto-Lei n.º 244/2012, foi aprovado em 2014 o Regulamento de Comunicação de Irregularidades do CHSJ, EPE, através do qual são definidas as regras e procedimentos de comunicação de irregularidades.

Paralelamente, foi efetuada em 2015 a revisão do Plano de Pre-

venção de Riscos de Gestão, incluindo os de Corrupção e Infrações Conexas, que pretende sistematizar o sistema de gestão de riscos do Centro Hospitalar de São João, E.P.E.

Tendo em conta as indicações fornecidas em normas internacionalmente aceites sobre gestão do risco, nomeadamente o “Enterprise Risk Management – an integrated Framework” (2004), do COSO, optou-se, por estabelecer um Plano mais amplo (em contraponto com o “mínimo” recomendado pelo Conselho de Prevenção da Corrupção), abrangendo os riscos de gestão mais relevantes, onde naturalmente se incluem, com papel relevante, os de corrupção e infrações conexas.

Também no que respeita ao Risco Clínico e Operacional, o CHSJ assegura a manutenção de um sistema de gestão de risco, assente em atividades de identificação, de avaliação de riscos potenciais, de prevenção e de controlo de perdas.

Paralelamente, o CHSJ mantém operacional um plano de emergência para desastres internos ou externos, o qual consta de documento próprio, assim como um plano específico destinado à segurança de pessoas (utentes, profissionais, voluntários e visitantes) e bens.

Em 2016, foram realizados 11 simulacros de incêndio internos e 2 simulacros de incêndio com a colaboração de entidades externas, nomeadamente Proteção Civil, Corpo de Bombeiros, INEM e Polícia de Segurança Pública.

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.

Dando cumprimento ao estabelecido nos novos Estatutos do Centro Hospitalar de São João, E.P.E., foi criado o Serviço de Auditoria Interna, a quem compete a avaliação dos processos de controlo interno e de gestão de riscos, nos domínios contabilístico, financeiro, operacional, informático e de recursos humanos, contribuindo para o seu aperfeiçoamento contínuo.

⁹ Querendo, a entidade poderá incluir síntese ou extrato(s) de Manual ou Código que satisfaça(m) o requerido. Tal formato de prestação da informação implica que o texto seja acompanhado das adequadas referências que permitam identificar as partes da síntese ou extrato(s) que satisfazem cada uma das alíneas.

Os procedimentos inerentes à gestão de risco clínico são assegurados pelo Centro de Epidemiologia Hospitalar.

Os Responsáveis pelo Serviço de Auditoria Interna e pelo Centro de Epidemiologia Hospitalar são respetivamente Dra. Carolina Silva e Professora Dra. Ana Azevedo.

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 Plano de Prevenção de Riscos de Gestão, incluindo os de Corrupção e Infrações Conexas, que pretende sistematizar o sistema de gestão de riscos do Centro Hospitalar de São João, E.P.E., estão identificados os riscos relevantes, sendo, paralelamente, efetuada a respetiva avaliação, assim como as medidas preventivas adotadas como resposta aos riscos estabelecidos, nomeadamente nas áreas de Aprovisionamento, Recursos Humanos e Financeira.

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 depende, conforme definido no estatuto dos Hospitais EPE, em termos orgânicos, do Presidente do Conselho de Administração.

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

Os procedimentos inerentes à gestão de risco clínico são assegurados pelo Centro de Epidemiologia Hospitalar.

De referir ainda que a atividade gestionária do CHSJ estrutura-se em níveis intermédios de gestão que agregam serviços de forma articulada contribuindo para a prossecução dos objetivos estabelecidos, nomeadamente ao nível da gestão de risco, conforme estabelecido no Regulamento Interno da Instituição.

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

No que respeita aos riscos económicos, as mudanças significativas que vêm ocorrendo na envolvente, a pressão económica, conjuntamente com as necessidades crescentes da população em cuidados de saúde (resultantes do envelhecimento, do aumento da prevalência de doenças crónicas, da inovação tecnológica e farmacológica) e as dificuldades económicas e financeiras sobejamente conhecidas, marcam a realidade atual da instituição.

Em termos de riscos financeiros, são de destacar as avultadas verbas de que o CHSJ é credor, com o respetivo impacto em termos de Prazo Médio de Recebimentos. Este facto é agravado pela elevada dependência do financiamento por Contrato-Programa.

De realçar que um Prazo Médio de Recebimentos elevado tem uma consequência direta no Prazo Médio de Pagamentos.

São ainda de destacar as decisões centrais com impacto negativo nos custos e nas despesas, efetuadas durante o exercício, com impacto direto negativo na execução orçamental, uma vez que não estavam previstas.

No que respeita a riscos operacionais realçamos ainda a dificuldade atual em realizar investimentos. Neste quadro é possível verificar que o investimento não tem acompanhado o nível das amortizações, significando que, os investimentos não estão, sequer, a ser suficientes para garantir a renovação do imobilizado que chega ao fim da sua vida útil económica.

Na vida de um Centro Hospitalar, o investimento é um fator crucial para a criação de valor para os utentes. A descontinuidade de uma política de realização de investimentos, enquadrados naturalmente na estratégia do Centro Hospitalar, é essencial para manter o valor já criado e assegurar a criação de valor no futuro. Em última análise, não assegurar, pelo menos, a renovação do imobilizado, pode consubstanciar-se em perda de quan-

VI. ORGANIZAÇÃO INTERNA

tidade e qualidade dos serviços prestados que, impreterivelmente, se traduzirá em perda do valor económico gerado.

São ainda de referir os constrangimentos legais no que se refere à substituição de pessoas. Em termos jurídicos, destaca-se ainda a Legislação Laboral com os consequentes impactos em termos de gestão de carreiras.

As regras atualmente existentes, nomeadamente a necessidade de autorização superior para a renovação de contratos e contratação de novos recursos, e a morosidade a elas inerente, assim como a ausência de normativo legal para a implementação de incentivos à meritocracia, dificultam ainda mais a gestão dos recursos humanos.

Por outro lado, a obsessão centralista tem sido um obstáculo, legalmente solidificado, à estratégia descentralizadora e responsabilizadora que vinha sendo instituída neste hospital através da criação das unidades autónomas de gestão. O princípio da contratualização interna e correspondente “*accountability*” sofreu fortes restrições legais e a possibilidade de instituir os mais básicos métodos de gestão foi fortemente afetada.

Apesar de algumas dificuldades decorrentes do centralismo administrativista, que certos organismos centrais utilizam seletivamente, o Centro Hospitalar de São João foi capaz de cumprir a sua missão, garantir a atividade assistencial dentro de parâmetros de qualidade elevados, promover e criar inovação tanto em áreas clínicas e assistenciais como em áreas de suporte à decisão, em particular no âmbito das tecnologias de informação e, ainda, expandir a sua influência regional, nacional e internacional, assegurando, apesar de tudo, uma gestão a mais equilibrada possível, encerrando o ano com EBITDA positivo, para o qual também contribuiu, em parte, a influência de medidas centrais de política geral no âmbito do medicamento.

Adicionalmente, convém referir que o CHSJ, EPE dispõe de Plano de Prevenção de Riscos de Gestão, incluindo os de Corrupção e Infrações Conexas, onde estão identificados os riscos relevantes nomeadamente nas áreas de Aprovisionamento, Recursos Humanos e Financeira sendo, paralelamente, efetu-

ada a respetiva avaliação, assim como as medidas preventivas adotadas como resposta aos riscos estabelecidos.

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

Numa primeira fase é efetuada uma Avaliação do Risco, onde são aferidos os riscos, em termos de probabilidade de ocorrência e impacto, de forma a determinar como deverão ser geridos. Seguidamente são selecionadas as respostas ao risco, e desenvolvido um conjunto de ações, de forma a alinhar os riscos com a sensibilidade ao risco da entidade.

Posteriormente, são estabelecidas e executadas políticas e procedimentos de controlo de forma a assegurar que as respostas ao risco são efetuadas de forma efetiva. Em redor destas atividades existem sistemas de informação e comunicação ou divulgação. Estes permitem que as pessoas da entidade identifiquem a informação necessária para conduzir, gerir e controlar as operações.

O processo de gestão de risco deverá ser monitorizado e efetuadas alterações, sempre que necessário. Desta forma, o sistema pode reagir de forma constante, modificando-se sempre que as condições o requeiram. A monitorização é efetuada por atividades contínuas e/ou avaliações periódicas. Deverão ser implementadas atividades de monitorização de forma a avaliar periodicamente o risco, verificar a eficácia dos controlos para os gerir e elaborados relatórios periódicos de acompanhamento e avaliação dos resultados para o Conselho de Administração.

De realçar ainda a forte aposta nas tecnologias de apoio à gestão e tomada de decisão dos profissionais e gestores da área da Saúde. Exemplo máximo desta aposta é o HVITAL, solução de *Business intelligence* desenvolvida internamente, que permite aos órgãos de gestão estruturar e relacionar toda a informação que a Instituição produz, procurando assim ter uma visão mais clara e consistente do desempenho da organização, impulsionando a qualidade e a eficiência, e controlar e reduzir os custos, apoiando o Sistema de Controlo Interno.

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

De acordo com o art.15º dos Estatutos dos Hospitais, EPE, o Fiscal único é o órgão responsável pelo controlo da legalidade, da regularidade e da boa gestão financeira e patrimonial da instituição, competindo-lhe especificamente verificar a regularidade dos registos contabilísticos e documentos que lhe servem de suporte, assim como dar parecer sobre o relatório de gestão do exercício e certificar as contas.

De referir ainda, que com a entrada em vigor do Decreto-Lei n.º 244/2012, foram criadas condições para revalorizar a atividade de fiscalização, ajustando o perfil de recrutamento do fiscal único, ao mesmo tempo que se reforçou o princípio da segregação entre a administração e a fiscalização da entidade no modelo de organização vigente.

Para além dos mecanismos internos, todo o processo de divulgação de informação financeira é acompanhado e validado por entidades externas, nomeadamente, o Tribunal de Contas, a DGTF, IGF e ACSS.

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 do sítio da entidade onde estes elementos se encontram disponíveis para consulta.

O Centro Hospitalar de São João, E.P.E. foi criado pelo Decreto-Lei n.º 30/2011, de 2 de Março, com o regime aplicado nos termos do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de Outubro, e do artigo 18.º do Anexo da Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro, com os Estatutos aprovados pelo Decreto-Lei n.º 233/2005 de 29 de dezembro, na redação que lhe foi conferida pelo Decreto-Lei n.º 244/2012 de 9 de novembro e pelo Decreto-Lei n.º 12/2015 de 26 de janeiro.

Na sequência da submissão do Regulamento Interno à Tutela, para cumprimento do disposto nos Estatutos, foi homologado pela Administração Regional de Saúde do Norte, por delegação de competências, em 31 de Julho de 2013, o Regulamento Interno do Centro Hospitalar de São João, E.P.E..

De acordo com o consagrado no seu artigo 63.º, o Regulamento Interno do Centro Hospitalar de São João entrou formalmente em vigor em 09 de Agosto de 2013, no dia seguinte à sua publicação. O Regulamento Interno da instituição encontra-se disponível para consulta na *Intranet* e *Internet*.

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 RJISPE).

Em 12/12/2007, foram aprovadas as alterações e homologado o Regulamento da Comissão de Ética para a Saúde do Hospital de São João, o qual contempla, não só a matéria legal relativa a Ensaios Clínicos (Lei n.º 46/2004, de 19 de Agosto) e às boas práticas clínicas, no que respeita aos medicamentos para uso humano (Decreto-Lei n.º 102/2007, de 2 de Abril), bem como, alguns aspetos intrínsecos à sua natureza, composição e competências. O regulamento encontra-se disponível na *Intranet* e *Internet*.

Adicionalmente, o Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC) aprovou, em reunião de 7 de Novembro de 2012, a Recomendação n.º 5/2012, que prevê, nomeadamente, que “As Entidades de natureza pública, ainda que constituídas ou regidas pelo direito privado, devem dispor de mecanismos de acompanhamento e de gestão de conflitos de interesses, devidamente publicita-

VI. ORGANIZAÇÃO INTERNA

dos, que incluam também o período que sucede ao exercício de funções públicas, com indicação das consequências legais.”

Neste sentido, encontra-se neste momento em fase de aprovação e implementação, a versão do Código de Ética que permita dar cumprimento à referida recomendação, assegurando que são recolhidos e incorporados todos os contributos adequados.

3. Referência à existência do Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PGRCCIC) para prevenir fraudes internas (cometida por um Colaborador ou Fornecedor de Serviços) e externas (cometida por Clientes ou Terceiros), 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 relativas 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 do local no sítio da entidade onde se encontra publicitado o respetivo Relatório Anual de Execução do PGRCCIC (vide artigo 46.º do RJSPPE).

No Plano de Prevenção de Riscos de Gestão, incluindo os de Corrupção e Infrações Conexas, que pretende sistematizar o sistema de gestão de riscos do Centro Hospitalar de São João, E.P.E., estão identificadas as medidas preventivas relativas aos riscos relevantes, nomeadamente ao nível da prevenção de fraudes internas e externas. Anualmente é elaborado o respetivo relatório, procedendo-se a análise da sua implementação, avaliando não só as medidas de prevenção propostas, mas também apreciando o próprio Plano, para que se possa proceder aos ajustamentos necessários e à apresentação de propostas de melhoria, tendo em conta a experiência entretanto adquirida.

A elaboração do PGRCCIC teve por base a construção das Matrizes de Gestão de Risco, para cada uma das áreas de risco consideradas relevantes, que incluem:

- Fatores potenciais de risco – identificação dos fatores suscetíveis de afetarem a concretização dos objetivos do CHSJ e passíveis de gerarem a prática de atos de incumprimento;

- Avaliação do risco – classificação desses fatores quanto à sua sensibilidade ao risco, ou seja, probabilidade de ocorrência e nível de impacto esperado;

- Resposta ao risco – definição de medidas preventivas, incluindo procedimentos de controlo, que visam evitar e/ou minimizar os efeitos negativos dos fatores identificados;

De acordo com as recomendações e orientações do Conselho de Prevenção da Corrupção, o PGRCCIC visa:

- Identificar as situações potenciadoras de riscos de corrupção e infrações conexas;

- Estabelecer as medidas preventivas e corretivas, que permitam reduzir esses riscos, através da minimização da probabilidade da sua ocorrência e do impacto esperado;

- Definir um sistema de controlo e de monitorização das medidas implementadas e respetivos efeitos.

Considerando a atividade do CHSJ, as recomendações do CPC, o conhecimento sobre a Organização detido pelos Membros do CA, os relatórios do Fiscal Único, os resultados das ações de auditoria interna realizadas, foram estabelecidas como áreas mais suscetíveis de gerarem fatores potenciais riscos, as seguintes:

- Aprovisionamento;

- Recursos Humanos.

O Plano está publicado no Portal do SNS e no sítio da Internet da instituição no seguinte endereço:

https://portal-chsj.min-saude.pt/uploads/document/file/253/PlanoPrevencaoRiscosInfracoesConexas_CHSJ_V2015.pdf

Em 2015 foi revisto o Plano, para que para além de ser alargado aos Riscos de Gestão, fosse também alargado aos cargos de direção de topo, assegurando assim o cumprimento da Recomendação de 1 de Julho de 2015 do Conselho de Prevenção da Corrupção.

Considerando as recomendações do Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC), o processo de acompanhamento e o carácter relativamente dinâmico do Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas, está prevista para o ano de 2017 a

revisão do referido Plano, pretendendo sobretudo contribuir para aumentar a eficiência e eficácia da utilização deste importante instrumento de gestão.

Dando cumprimento à legislação e regulamentação vigente, o Plano é objeto de acompanhamento, monitorização e avaliação, sendo elaborado um relatório identificativo das ocorrências, ou risco de ocorrências, de factos mencionados na alínea a) do n.º 1 do artigo 2º da Lei n.º 54/2008, de 4 de setembro.

O referido relatório de execução encontra-se publicado no Portal do SNS e no sítio da Internet da instituição, podendo ser consultado através do seguinte endereço:

<http://portal-chsj.min-saude.pt/pages/449>

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), a saber:

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

Não aplicável.

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

A informação acima mencionada é reportada através do SICA (Sistema de Informação de Contratualização e Acompanhamento).

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

A informação acima mencionada é reportada através do SICA e do SIRIEF (Sistema de Recolha de Informação Económica e Financeira).

d) Orçamento anual e plurianual;

A informação acima mencionada é reportada através do SICA e do SIRIEF.

e) Documentos anuais de prestação de contas;

A informação acima mencionada é reportada de forma desmaterializada no SIRIEF, sendo adicionalmente remetida para a ARSN, ACSS e DGO.

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

A informação acima mencionada é reportada de forma desmaterializada no SIRIEF.

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).

O ponto acima mencionado encontra-se cumprido através da divulgação da informação em <http://portal-chsj.min-saude.pt/>. Para além do referido no ponto anterior, são divulgados no sítio do CHSJ, EPE, o Relatório Anual de Acesso a Cuidados de Saúde, o Relatório e Contas, o presente relatório e informação relativa a tempos máximos de resposta garantidos.

VI. ORGANIZAÇÃO INTERNA

E. Sítio da Internet

1. Indicação do(s) endereço(s) utilizado(s)¹⁰ na divulgação dos seguintes elementos sobre a entidade (vide artigo 53.º do RJS-PE):

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

<http://portal-chsj.min-saude.pt>

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

http://www.dgtf.pt/ResourcesUser/SEE/Documentos/see_chsj/ch_05_09_2015_estatutos.pdf

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

http://www.dgtf.pt/ResourcesUser/SEE/Documentos/see_chsj/chsjoao_10_05_2016_modelo_governo_orgaos_sociais.pdf

d) Documentos de prestação de contas anuais¹¹ e, caso aplicável, semestrais;

http://portal-chsj.min-saude.pt/pages/26?folder_id=88

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

http://portal-chsj.min-saude.pt/uploads/document/file/362/Rel_GovSocietario_2015_atualiz.pdf

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

http://www.dgtf.pt/ResourcesUser/SEE/Documentos/see_chsj/chsjoao_11_05_2016_esforco_financeiro_publico.pdf

A informação anteriormente mencionada encontra-se divulgada no sítio da Internet do CHSJ, EPE em <http://portal-chsj.min-saude.pt>

¹⁰ A informação deve incluir a indicação da "hiperligação" correspondente.

¹¹ Conforme resulta do n.º 2 do artigo 70.º do CSC, devem estar acessíveis pelo menos durante cinco anos.

saude.pt/ e no respetivo microsite da Internet integrado no sítio do Setor Empresarial do Estado, da DGTf: <http://www.dgtf.pt/sector-empresarial-do-estado-see/informacao-sobre-as-empresas/entity/centro-hospitalar-de-sao-joao-epe>

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 Contrato-Programa celebrado entre o Ministério da Saúde, representado pela ARS Norte, e o CHSJ, EPE, celebrado para o triénio e revisto anualmente através de Adendas, define as orientações e objetivos de gestão no âmbito da prestação de serviços de cuidados de saúde, em termos de quantidades de produção contratada, a respetiva remuneração, os custos inerentes a realização dessa atividade e incentivos institucionais atribuídos em função do cumprimento de uma bateria de objetivos de qualidade e eficiência económico-financeira.

2. Exposição das 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)¹², das quais deverão constar os seguintes elementos:

a) Associação de metas quantitativas a custos permanentemente auditáveis;

A proposta de Contratualização elaborada pelo CHSJ para o ano de 2016 teve por base as orientações da Tutela, as quais foram divulgadas através do documento - *Termos de Referência para contratualização hospitalar no SNS – Contrato-Programa 2016* – da ACSS.

Adicionalmente as condições e procedimentos de pagamento das prestações de saúde realizadas no âmbito do Contrato-

¹² Caso não tenha contrato celebrado ou, tendo, caso haja apresentado novas propostas.

Programa assinado foram divulgadas pela Circular Normativa n.º16/2016/DPS/ACSS de 01 de julho de 2016.

As metas previstas para o ano de 2016 constam do Acordo Modificativo de 2016 celebrado ao abrigo do Contrato-Programa 2013-2015 (documentos apresentados no Anexo 5 deste relatório).

b) Modelo de financiamento, prevendo penalizações em caso de incumprimento;

O Centro Hospitalar é financiado pelos serviços prestados tendo por base a produção, contratada e de acordo com as regras previstas no Contrato Programa.

O Contrato-Programa baseia-se no documento orientador para o processo de contratualização - *Termos de Referência para contratualização hospitalar no SNS – Contrato-Programa 2016* – da ACSS e no documento que define as condições e procedimentos de pagamento das prestações de saúde realizadas, que para o ano de 2016, foram divulgadas através da Circular Normativa n.º16/2016/DPS/ACSS de 01 de julho de 2016.

Estes documentos contemplam a aplicação de penalizações em caso de incumprimentos e fixam as condições em que tal pode ocorrer.

c) Critérios de avaliação e revisão contratuais;

Estes pontos estão previstos nos documentos referidos anteriormente, - *Termos de Referência para contratualização hospitalar no SNS – Contrato-Programa 2016* – da ACSS e Circular Normativa n.º16/2016/DPS/ACSS de 01 de julho de 2016 que define as condições e procedimentos de pagamento das prestações de saúde realizadas.

d) Parâmetros destinados a garantir níveis adequados de satisfação dos utentes;

O Acordo Modificativo ao Contrato-Programa define anualmente objetivos nacionais de qualidade, em termos de acesso e de desempenho, que visam garantir uma prestação de cuidados atempada e adequada.

Neste âmbito, e para além do Contrato-Programa celebrado entre o Ministério da Saúde e o CHSJ, EPE, é de referir a Contratualização Interna, onde anualmente, as Estruturas Intermédias de Gestão (EIG's), estabelecem com o Conselho de Administração o contrato-programa anual que fixa os objetivos e os meios necessários para os atingir e definem os mecanismos de avaliação periódica.

e) Compatibilidade com o esforço financeiro do Estado, tal como resulta das afetações de verbas constantes do Orçamento do Estado em cada exercício;

No que se refere a este ponto, são de destacar os resultados económico-financeiros alcançados no último triénio, nomeadamente no que se refere ao EBITDA positivo.

O Centro Hospitalar encontra-se ao abrigo da Lei n.º 108/2012, de 21 de Fevereiro, e respetivos regulamentos, não podendo aumentar, em cada ano, os pagamentos em atraso.

f) Metodologias adotadas tendo em vista a melhoria contínua da qualidade do serviço prestado e do grau de satisfação dos clientes ou dos utentes.

No sentido de potenciar a melhoria contínua da qualidade do serviço prestado é de referir a atividade desenvolvida pelo Serviço de Humanização, nomeadamente, através da implementação de inquéritos de satisfação aos utentes que permitem à instituição aferir o nível de satisfação dos mesmos. Em 2016, tal como aconteceu em anos anteriores, realizaram-se inquéritos de satisfação aos utentes internados adultos e pediátricos e também aos profissionais do CHSJ.

É também de realçar a atividade do Serviço de Certificação do CHSJ que acompanha o processo de implementação do SGQ - Sistema de Gestão da Qualidade nos serviços do CHSJ.

Este sistema visa a certificação das entidades de acordo com a NP EN ISO 9001:2015, em que 2016 são já diversos os serviços, certificados ou em processo de certificação, nomeadamente:

- Anatomia Patológica;
- Cirurgia Geral;

VI. ORGANIZAÇÃO INTERNA

- Serviço de Humanização;
- Operações Hoteleiras;
- Aprovisionamento;
- Dermatologia e Venereologia;
- Imunoalergologia;
- Ortopedia;
- Arquivo, Segurança e Acesso à Informação;
- Direção do Internato Médico;
- Imunohemoterapia;
- Patologia Clínica;
- Centro de Ambulatório;
- Esterilização;
- Instalações e Equipamentos;
- Pneumologia;
- Centro de Mama;
- Gabinete de Coordenação da Colheita e Transplante;
- Nefrologia;
- Recursos Humanos;
- Certificação;
- Gastroenterologia;
- Neonatologia;
- Serviços Farmacêuticos;
- Cirurgia de Ambulatório;
- Ginecologia com integração da Unidade da Medicina de Reprodução;
- Obstetrícia;
- Sistemas e Tecnologias de Informação e Comunicação.

- Epilepsia Refratária (EPR)
- Cardiopatias Congénitas (CCG)
- Cancro do Esófago (ESO)
- Transplante de Coração (TXC)
- Cancro Hepatobilio-Pancreático (HBP)
- Cancro do Testículo (TES)
- Cancro do Reto (RET)

Apoiou ainda as certificações concedidas pela Direção Geral da Saúde, de acordo com a Lei n.º 12/2009 de 26 de Março, alterada pela Lei n.º 1/2015 de 8 de Janeiro em cumprimento da alínea i) do n.º 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar n.º 14/2013 de 26 de janeiro, para autorização dos seguintes bancos de tecidos:

- Serviço de Ortopedia - Banco de Tecidos Músculo-Esqueléticos;
- Serviço de Oftalmologia - Banco de Olhos.

Este processo será alargado a outros serviços durante o ano de 2017, e vem sendo reforçado ao longo dos últimos anos.

Em 2016 esteve também envolvido no planeamento e arranque das certificações de acordo com o Programa Nacional de Acreditação em Saúde coordenado pela Direção Geral da Saúde, baseado no modelo da *Agência de Calidad Sanitaria de Andalucia* (ACSA) para os seguintes Centros de Referência:

- Transplante renal (TXR)
- Oncologia Pediátrica (OPD)
- Doenças Hereditárias do Metabolismo (DHM)
- Cardiologia de Intervenção Estrutural (CIE)

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.

| Remuneração dos membros dos órgãos sociais | |
|---|--|
| | Decreto-Lei n.º 8/2012, de 18 de Janeiro (Estatuto do Gestor Público); |
| | Resolução de Conselho de Ministros n.º 16/2012, de 14 de Fevereiro |
| | Resolução de Conselho de Ministros n.º 18/2012, de 21 de Fevereiro |
| | Resolução de Conselho de Ministros n.º 36/2012, de 26 de Março |
| | Despacho n.º 10607/2014, SET, de 06/08/2014 |
| Remuneração dos membros da Comissão executiva | Não Aplicável |
| Remuneração dos dirigentes | Despacho Conselho de Administração |

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

As declarações de inexistência de incompatibilidades ou impedimentos para o exercício de altos cargos públicos dos membros do Conselho de Administração são remetidas à Procuradoria-Geral da República.

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.

Foi emitida pelos Membros do Conselho de Administração declaração em como se abstêm de interferir nas decisões que envolvam os seus próprios interesses. De referir ainda a aplicação do artigo 22.º do Estatuto do Gestor Público, nomeadamente, no que se refere ao seu ponto 7, em que é referido expressa-

¹² Mecanismos diversos dos inerentes à evidenciação ou menção a que se refere o ponto 3, seguinte.

mente que "O gestor deve declarar-se impedido de tomar parte em deliberações quando nelas tenha interesse, por si, como representante (...)"

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 Aplicável.

C. Estrutura das Remunerações

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

As remunerações do Conselho de Administração foram definidas nos termos dos seguintes diplomas:

- Decreto-Lei n.º 8/2012, de 18 de Janeiro (Estatuto do Gestor Público);
- Resolução de Conselho de Ministros n.º 16/2012, de 14 de Fevereiro (que aprovou os critérios de determinação do vencimento dos gestores públicos);
- Resolução de Conselho de Ministros n.º 18/2012, de 21 de Fevereiro (que aprovou os critérios de determinação do vencimento

VIII. REMUNERAÇÕES

dos gestores das entidades públicas integradas no Serviço Nacional de Saúde);

• Resolução de Conselho de Ministros n.º 36/2012, de 26 de Março (Classificações atribuídas nos termos das RCM n.º 16/2012 e n.º 18/2012).

No que respeita à remuneração do Fiscal Único, esta foi fixada pelo Despacho n.º 10607/2014, SET, de 06/08/2014.

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.

As remunerações são definidas por normativos legais emanados pelo Governo, sem qualquer intervenção dos Órgãos Sociais.

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.

De acordo com o disposto nos artigos 18º e 30º do Estatuto do Gestor Público, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de Março, na sua última redação divulgada através do Decreto-Lei n.º 39/2016, de 28/07, é obrigatória a celebração de contrato de gestão nas empresas públicas, nos quais se devem definir as formas de concretização das orientações impostas nos termos do artigo n.º 11º do Decreto-Lei n.º 558/99, de 17 de Dezembro, os parâmetros de eficiência da gestão, os objetivos específicos e os valores das componentes remuneratórias consideradas, bem como os prémios de gestão passíveis de atribuição no final do exercício ou do mandato.

Até à presente data e na vigência do atual Conselho de Administração (em funções desde 15 de fevereiro de 2016) não foram celebrados contratos de gestão, fixando objetivos de gestão nos termos acima referidos.

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

Não Aplicável.

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

Ver ponto 3.

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 Aplicável.

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:

| Estatuto de Gestor Público | | | | |
|---|--------|---------------|------------------------------|---------------------------|
| Membro do Órgão de Administração | Fixado | Classificação | Remuneração mensal bruta (€) | |
| | | | Vencimento | Despesas de Representação |
| António Luís Trindade Sousa e Lobo Ferreira | S | B | 4.752,55 | 1.663,39 |
| Eurídice Maria Corrêa Portela | S | B | 3.891,47 | 1.556,59 |
| João Porfírio Carvalho de Oliveira | S | B | 3.891,47 | 1.556,59 |
| Manuel Amaro Fernandes Ferreira | S | B | 3.891,47 | 1.556,59 |
| António Joaquim Freitas de Oliveira e Silva | S | B | 4.752,55 | 1.663,39 |
| José Artur Osório de Carvalho Paiva | N | B | 4.982,07 | 1.556,59 |
| Maria Filomena Passos Teixeira Cardoso | S | B | 3.891,47 | 1.556,59 |
| Luís Carlos Fontoura Porto Gomes | S | B | 3.891,47 | 1.556,59 |
| Ilídio Renato Garrido Matos Pereira | S | B | 3.891,47 | 1.556,59 |

| Remuneração Anual 2016(€) | | | | | | |
|---|-------------------|--------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------|----------------------------------|
| Membro do Órgão de Administração | Fixa* (1) | Variável (2) | Valor Bruto (3) =(1)+(2) | Reduções Remuneratórias (4) | Reversões Remuneratórias (5) | Valor Final (6) = (3)-(4)+(5) |
| António Luís Trindade Sousa e Lobo Ferreira | 12.202 | 0 | 12.202 | 1.192 | 122 | 11.133 |
| Eurídice Maria Corrêa Portela (a) | 13.158 | 9.905 | 23.064 | 2.811 | 358 | 20.612 |
| João Porfírio Carvalho de Oliveira | 8.544 | 0 | 8.544 | 973 | 138 | 7.708 |
| Manuel Amaro Fernandes Ferreira | 8.544 | 0 | 8.544 | 973 | 138 | 7.708 |
| António Joaquim Freitas de Oliveira e Silva | 77.058 | 0 | 77.058 | 9.589 | 3.861 | 71.330 |
| José Artur Osório de Carvalho Paiva (b) | 78.292 | 13.414 | 91.706 | 10.929 | 5.318 | 86.095 |
| Maria Filomena Passos Teixeira Cardoso | 64.693 | 0 | 64.693 | 8.034 | 3.178 | 59.838 |
| Luís Carlos Fontoura Porto Gomes | 65.246 | 0 | 65.246 | 8.034 | 3.178 | 60.390 |
| Ilídio Renato Garrido Matos Pereira | 65.246 | 0 | 65.246 | 8.034 | 3.178 | 60.390 |
| | 416.301,25 | | 50.567,36 | 19.469,45 | 385.203,35 | |

Legenda:

(*) Vencimento e despesas de representação (sem redução remuneratória)

(1) A coluna da Remuneração Anual 2016 (€) inclui: a remuneração base, despesas de representação e abono referente à utilização de viaturas;

a) Inclui abonos devidos à compensação por férias não gozadas (coluna da remuneração Variável) e ao subsídio de férias processado aquando da saída por aposentação (coluna da remuneração Fixa);

b) De acordo com a Resolução do Conselho de Ministros n.º 4-H/2016, de 15 de Fevereiro de 2016 e Decreto-Lei n.º 183/2015 de 31 agosto - opção pelo vencimento de origem;

Na coluna da remuneração "variável" estão evidenciados os valores de Trabalho Extraordinário.

VIII. REMUNERAÇÕES

| Membro do Órgão de Administração | Benefícios Sociais | | | | | | | |
|---|------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|-----------------|----------------|-------------|---------------|
| | Valor do Sub. Refeição | | Regime de Proteção Social | | Seguro de Saúde | Seguro de vida | Outros | |
| | Diário | Encargo Anual da entidade | Identificar | Encargo Anual da entidade | | | Identificar | Valor |
| António Luís Trindade Sousa e Lobo Ferreira | 4,27 | 128,10 | CGA | 2.380,10 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Eurídice Maria Corrêa Portela | 4,27 | 128,10 | SS | 4.969,30 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| João Porfírio Carvalho de Oliveira | 4,27 | 128,10 | SS | 1.904,64 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Manuel Amaro Fernandes Ferreira | 4,27 | 123,83 | SS - Cx. AFEB | 1.892,62 | 0 | 0 | SAMS | 495,97 |
| António Joaquim Freitas de Oliveira e Silva | 4,27 | 883,89 | SS | 13.621,41 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| José Artur Osório de Carvalho Paiva | 4,27 | 888,16 | CGA | 20.447,63 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Maria Filomena Passos Teixeira Cardoso | 4,27 | 862,54 | CGA | 14.210,57 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Luís Carlos Fontoura Porto Gomes | 4,27 | 900,97 | SS | 14.833,96 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Ilídio Renato Garrido Matos Pereira | 4,27 | 866,81 | SS | 14.834,63 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | | 4.790,94 | | 89.094,86 | 0 | 0 | | 495,97 |

58

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 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 aplicável.

4. Referência a indemnizações pagas ou devidas a ex-administradores executivos relativamente à cessação das suas funções durante o exercício.

Não foram pagas, nem são devidas, nenhuma indemnizações a ex-administradores executivos.

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.

| Nome | Remuneração Anual 2016 (€) | | | |
|--------------------------------|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| | Bruta (1) | Reduções Remuneratórias (2) | Reversão Remuneratória (3) | Valor Final (4)=(1)-(2)+(3) |
| Rodrigo Carvalho & M. Gregório | 16.456,92 | 1.316,55 | 822,81 | 15.963,18 |

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

Não aplicável.

VIII. TRANSAÇÕES COM PARTES RELACIONADAS E OUTRAS

1. Apresentação de mecanismos implementados pela entidade para efeitos de controlo de transações com partes relacionadas¹⁴ e indicação das transações que foram sujeitas a controlo no ano de referência.

As transações mais relevantes que são levadas a cabo com entidades relacionadas são as decorrentes dos serviços assistenciais prestados a beneficiários do Serviço Nacional de Saúde, objeto de contratualização com a Tutela e vertidas em sede de Contrato-Programa. Da atividade assistencial prestada aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde, resulta a faturação à ACSS, IP, que constitui cerca de 97% da faturação do CHSJ, EPE. De referir ainda que o Contrato-Programa é monitorizado e avaliado pela ARS Norte, pela ACSS e ainda pela DGO no que respeita ao Orçamento Económico.

2. Informação sobre outras transações:

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

Os procedimentos adotados para a aquisição de bens e serviços decorrem da observância e cumprimento do Código dos Contratos Públicos.

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

Não foram efetuadas compras fora das condições do mercado.

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).

SUCH – 7.571.462,23€

SUCH-VEOLIA – 3.075.950,56€

ENDESA – 3.233.567,05€

¹⁴ Para efeitos do conceito de parte relacionada tenha-se em conta o que se encontra definido na NCRF 5 (Norma contabilística e de relato financeiro 5, Divulgações de Partes Relacionadas), e também no n.º 4 do artigo 63.º do CIRC (CÓDIGO DO IMPOSTO SOBRE O RENDIMENTO DAS PESSOAS COLETIVAS).

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 ¹⁵:

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

Esta informação consta do n.º 2 do ponto I deste relatório.

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

Em primeiro lugar é de referir que os últimos anos foram marcados por uma profunda mudança estrutural no Centro Hospitalar de São João, fatores que possibilitaram o crescimento da atividade assistencial e o controlo dos custos estruturais, assegurando assim o equilíbrio económico-financeiro contínuo da Instituição. Este mesmo facto pode ser constatado pelos resultados económico-financeiros alcançados no último triénio:

| Da Demonstração de Resultados | 2013 | 2014 | 2015 |
|--------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| EBITDA | 15.905.219€ | 4.510.320€ | 101.729€ |

Um dos fatores impulsionadores de sucesso é o desenvolvimento de projetos de responsabilidade social, uma vez que a sustentabilidade é enquadrada na estratégia e políticas adotadas, sendo as questões sociais enquadradas na cadeia de valor.

No que respeita à responsabilidade social, destacamos o papel desempenhado pelo Serviço de Humanização, Serviço que integra na sua dependência, a Unidade de Ação Social, o Gabinete do Cidadão, o Gabinete de Assistência Médica no Estrangeiro, a Casa Mortuária, o Atrium da Hospitalidade e a Central Telefónica.

¹⁵ Querendo, a entidade poderá incluir síntese ou extrato(s) do seu Relatório de Sustentabilidade que satisfaça(m) o requerido. Tal formato de prestação da informação, implica que o texto seja acompanhado das adequadas referências que permitam identificar as partes da síntese ou extrato(s) que satisfazem cada uma das alíneas.

Também o projeto “Bebés de S. João”, que desde a sua origem foi acolhido pela estrutura do Serviço de Humanização, continua a desenvolver amplamente a sua ação voluntária junto das mães carenciadas, particularmente, mães adolescentes e mães solteiras, cujos filhos nasçam no CHSJ.

De referir ainda que, a Fundação Infantil Ronald McDonald (FIRM) construiu a 2.ª Casa Ronald McDonald em Portugal, localizada no perímetro do pólo do Porto do Centro Hospitalar de São João.

Recentemente, foi estabelecido um consórcio entre o CHSJ e a Faculdade de Medicina da Universidade do Porto denominado CUME – Centro Universitário de Medicina (Portaria n.º 294/2015, de 18 de Setembro) que visa, entre outras coisas, a “introdução de programas inovadores e parcerias estratégicas que possibilitem avanços qualitativos na participação da comunidade e contribuam para a obtenção de financiamentos externos”, “o desenvolvimento ao máximo do potencial disponível, tanto ao nível dos recursos humanos como materiais, assegurando a combinação da investigação básica, translacional e de serviços com cuidados clínicos e educação médica que é necessária para alcançar melhorias significativas dos cuidados de saúde” bem como o “desenvolvimento de ações colaborativas que promovam cuidados de saúde de qualidade com base nas contribuições das ciências médicas básicas e clínicas e dos serviços de ação médica do centro hospitalar”.

Em junho de 2016, o Centro Hospitalar de São João (CHSJ) recebeu, uma Homenagem da República da Guiné-Bissau pelo acolhimento urbano e tratamento humanitário prestado aos doentes Guineenses.

Além desta distinção, foram ainda atribuídas pelo Embaixador da República da Guiné-Bissau, em Portugal, duas outras, a António Ferreira, ex-presidente do CHSJ, pela sua ação dinâmica e humanitária na promoção do desenvolvimento e bem-estar da população da Guiné-Bissau, e a Joaquina Ribeiro Sousa, enfermeira aposentada, pelo seu trabalho dedicado em repetidas ações de caráter humanitário que muito contribuíram para o desenvolvimento e bem-estar das crianças Guineenses.

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);

Ver ponto anterior.

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);

A relevância da sustentabilidade ambiental no CHSJ é bem visível pelo facto de, no Plano Estratégico 2013-2015 ter sido incluído um eixo estratégico dedicado a esta mesma temática.

A atividade hospitalar é um dos principais setores consumidores de energia elétrica, além de produzir uma quantidade significativa de resíduos. Nesse contexto, a eco-eficiência constitui uma ferramenta essencial para que os hospitais possam conciliar maior eficiência económica e menor impacto ambiental. Para consegui-lo, é necessária a divulgação e promoção da política ambiental na instituição como, a título de exemplo:

- Racionalização de consumos energéticos e de água;
- Monitorização da poluição (emissões gasosas e efluentes líquidos);
- Redução da produção de resíduos;
- Implementação de boas práticas nas atividades;
- Implementação de auditorias para melhoria do sistema.

Esta gestão pressupõe que cada um adote práticas que permitam diminuir os custos ambientais e a utilização desnecessária dos recursos existentes.

De referir ainda a realização de ações de sensibilização para o tema da Sustentabilidade Ambiental, nomeadamente, com a elaboração e divulgação de campanhas de implementação de regras obrigatórias na utilização dos equipamentos.

No ano de 2016, as principais ações relacionadas com a sustentabilidade ambiental desenvolvidas no CHSJ foram:

- Separação das borras de café nas máquinas de venda automática e bares do CHSJ, de forma a eliminar a quantidade de resíduo grupo I/II a depositar em aterro;
- Plantação de 21 árvores;
- Projeto “Dê vida às suas folhas de papel” – incentivo para a reutilização e reciclagem de papel.

Para além das iniciativas acima referida, a sensibilização dos funcionários para as boas práticas ambientais continuará a ser objeto de formação.

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);

No que respeita à política de igualdade seguida, e em cumprimento da alínea h) do artigo 9.º da Constituição, o CHSJ, enquanto entidade empregadora do Setor Empresarial do Estado, promove ativamente uma política de igualdade de oportunidades entre homens e mulheres no acesso ao emprego, na progressão profissional e ao nível remuneratório, providenciando escrupulosamente no sentido de evitar toda e qualquer forma de discriminação.

O reflexo da política atrás mencionada é bem visível quando analisamos a estrutura de pessoal do CHSJ, em que 73% dos profissionais são do género feminino, representando assim uma clara maioria dos ativos da Instituição.

A reforçar o facto atrás mencionado é de referir que 33,3% do pessoal dirigente é do sexo feminino, o que demonstra a presença plural de mulheres e homens nos cargos de chefia, de acordo com o preconizado na Resolução do Conselho de Ministros n.º 19/2012, de 23 de Fevereiro.

De referir ainda que não existem diferenças remuneratórias entre homens e mulheres no CHSJ, EPE.

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

O forte empenho da instituição em apoiar a conciliação entre a vida pessoal, familiar e profissional dos seus colaboradores é um imperativo para todos os órgãos diretivos desta instituição, facto esse que pode ser demonstrado pelo significativo número de colaboradores que usufruem de horário flexível no CHSJ (242).

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;

Ver ponto anterior.

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);

As pessoas desempenham um papel fundamental na produtividade e qualidade dos serviços prestados que o Centro Hospitalar de São João tem vindo a demonstrar ao longo dos últimos anos.

Num ambiente muito exigente e de fortes restrições orçamentais gerir pessoas para que estas aumentem as suas capacidades e façam seus os objetivos da Instituição é o principal, e mais atual, desafio que se coloca às instituições.

A boa gestão deste recurso mistura sempre duas questões fundamentais – competências e boas práticas laborais.

As regras atualmente existentes, nomeadamente a necessidade de autorização superior para a renovação de contratos e contratação de novos recursos, e a morosidade a elas inerente, assim como, a ausência de normativo legal para a implementação de incentivos à meritocracia, colocam a gestão dos recursos humanos como um dos desafios mais difíceis na gestão de uma instituição.

Neste âmbito são de destacar as seguintes linhas de ação do CHSJ, EPE no que se refere a políticas de Recursos Humanos:

• Política de Remuneração

O CHSJ continua empenhado em praticar uma política de remunerações mais clara e transparente para todos os Grupos Profissionais. Alguns suplementos/incentivos já foram revisitados mas, neste momento, considera-se prudente aguardar pela anunciada publicação da legislação sobre a harmonização dos suplementos na administração pública, antes de qualquer nova alteração.

• Desenvolvimento Pessoal e Profissional

Neste âmbito destaca-se a elaboração de uma Política de Contratações do CHSJ com atualização de conteúdo funcional de cada Grupo Profissional; a reclassificação profissional de funcionários que tenham qualificações para tal e desempenhem funções de categoria profissional superior, quando tal for legalmente possível; a requalificação profissional de colaboradores que estejam desfasados das funções que exercem ou que manifestamente tenham dificuldade no exercício das mesmas e a criação de uma base de dados com todos os pedidos de transferência de serviço (criação de uma bolsa de mobilidade inter-serviços dentro da instituição).

• Envolvimento e Sentido Corporativo

No que se refere a este ponto, pretende-se potenciar e reconhecer competências e aptidões dos colaboradores que não sejam desenvolvidas na sua atividade profissional, nomeadamente, desenvolvendo *workshops* e ações formativas em que os formadores sejam os próprios colaboradores, permitindo que o trabalhador sinta que a instituição valoriza as suas competências para além da sua atividade diária ou desenvolvendo exposições e iniciativas culturais em que os intervenientes ou obras expostas sejam da autoria de colaboradores do CHSJ.

A produtividade de qualquer organização depende da produtividade dos seus colaboradores e as linhas de ação acima referidas são iniciativas que o CHSJ definiu como potenciadoras de aumentos de produtividade dos profissionais dadas as limitações inerentes a uma empresa pública neste âmbito de atuação.

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.).

No que respeita ao modelo empresarial adotado no CHSJ, o seu pressuposto fundamental baseia-se na implementação de um modelo de gestão intermédia desconcentrada como estratégia para maximizar a partilha de recursos e a criação de sinergias para atingir os mais elevados níveis de eficiência, garantindo o adequado nível local de autoridade e responsabilidade.

A revisão do Regulamento Interno, homologado em 2013, veio consolidar o conceito das estruturas intermédias de gestão adotado para a área de produção, abrangendo igualmente as áreas de apoio e suporte. A reorganização das áreas de apoio e suporte é materializada na existência de centros integrados, cujo funcionamento assenta numa lógica de integração e complementaridade, concentração e partilha de recursos, bem como na compatibilização da ação estratégica.

Anualmente, as Estruturas Intermédias de Gestão estabelecem com o Conselho de Administração o contrato-programa anual que fixa os objetivos e os meios necessários para os atingir e definem os mecanismos de avaliação periódica. No modelo de contratualização são definidos objetivos ao nível da produção, Investimento, Recursos Humanos, Custos e Proveitos, planeados de acordo com as necessidades da população e como as disponibilidades financeiras. As Estruturas Intermédias de Gestão, bem como o Serviço de Controlo de Gestão contribuem para uma eficiente utilização da capacidade instalada, em termos de aproveitamento de recursos e infraestruturas existentes, propondo medidas adequadas à sua máxima rentabilização, existindo a preocupação constante de melhoria de eficiência no uso de recursos escassos, através do aproveitamento de siner-

gias entre os serviços.

De realçar ainda a forte aposta nas tecnologias de apoio à gestão e tomada de decisão dos profissionais e gestores da área da Saúde. Exemplo máximo desta aposta é o HVITAL, solução de *Business Intelligence*, desenvolvida internamente, com o apoio de uma entidade externa, que permite aos órgãos de gestão estruturar e relacionar toda a informação que a Instituição produz, procurando assim ter uma visão mais clara e consistente do desempenho da organização, impulsionando a qualidade e a eficiência, controlar e reduzir os custos.

Concomitantemente, surge no âmbito desta plataforma, uma forte aposta no auxílio daqueles que mais precisam de informação no momento da prestação de cuidados de saúde, procurando funcionar como sistema de apoio à decisão clínica.

Esta plataforma, interliga e correlaciona toda a informação relevante, permitindo estudar clínica, epidemiológica e financeiramente as várias populações de doentes que recorrem ao hospital, percebendo qual a terapêutica que habitualmente lhes está a ser aplicada e os exames que realizam, que patologias e sintomas apresentam, de que zonas do país provêm, qual o seu diagnóstico, entre muitas outras variáveis.

Atualmente o CHSJ está a potenciar as capacidades desta tecnologia para a colocar ainda mais próxima dos seus utentes, procurando que a mesma, através da análise eficiente da informação, ajude a detetar mais rapidamente situações anómalas que possam colocar em risco os pacientes internados no CHSJ, sendo uma ferramenta avançada para apoio à segurança do doente. Desta forma, garante-se que a intervenção em áreas como a infeção hospitalar, o consumo de antibióticos, bem como o risco de deterioração clínica em pacientes internados é cada vez mais eficaz.

O apoio que esta plataforma de *Business Intelligence* tem dado à tomada de decisão clínica no CHSJ permitiu-lhe obter uma série de prémios, dos quais destacamos os mais recentes:

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

- Prémio HIMSS - Elsevier Digital Healthcare Awards 2016 - este reconhecimento foi anunciado pelo Presidente e CEO da HIMSS, Stephen Lieber, no arranque da conferência "World of Health IT 2016", que decorreu em Barcelona, Espanha;
- Prémio mundial de Inovação em Saúde da Microsoft (*Microsoft MSHUG Innovation Awards*) na Flórida, EUA, em 2014;
- Ainda em 2014, Prémio europeu "ITEuropa - Big Data & Analytics Solution of the Year", em Londres, Inglaterra.

Outra área de forte aposta por parte do CHSJ é a investigação, reconhecendo esta atividade como essencial para a construção de conhecimento e para o desenvolvimento das instituições e da sociedade em geral, o Centro de Investigação do CHSJ foi reforçado e reestruturado o seu âmbito de atuação.

Assim, no que diz respeito à atividade de investigação realizada no CHSJ, ao longo de 2016, destacam-se as seguintes iniciativas:

- Foram aprovados e iniciados 41 novos Ensaio Clínicos e mantiveram-se ativos 73 Ensaio anteriores, num total de 114 Ensaio com atividade;
- Foram ainda aprovados 10 novos estudos observacionais promovidos por entidades externas;
- Após emissão de parecer favorável pela Comissão de Ética para a Saúde foram ainda objeto de apreciação pela Unidade de Investigação 234 projetos de investigação a desenvolver no CHSJ, 108 dos quais por funcionários da própria instituição.

X. AVALIAÇÃO DO GOVERNO SOCIETÁRIO

1. *Verificação do cumprimento das recomendações recebidas¹⁶ relativamente à estrutura e prática de governo societário (vide artigo 54.º do RJSPE), através da identificação das medidas tomadas no âmbito dessas orientações. Para cada recomendação¹⁷ deverá ser incluída:*

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);

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.

O cumprimento das recomendações do acionista relativas às contas de 2015, não é passível de aferição, uma vez que, à data atual, as mesmas não foram ainda objeto de aprovação.

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.*

¹⁶ Reporta-se também às recomendações que possam ter sido veiculadas a coberto de relatórios de análise da UTAM incidindo sobre Relatório de Governo Societário do exercício anterior.

¹⁷ A informação poderá ser apresentada sob a forma de tabela com um mínimo de quatro colunas: "Referência"; "Recomendação"; "Aferição do Cumprimento"; e "Justificação e mecanismos alternativos".

XI. ANEXOS DO RGS

Como anexos ao relatório da entidade deverão ser incluídos pelo menos os seguintes documentos:

1. Ata ou extrato da ata da reunião do órgão de administração em que haja sido deliberada a aprovação do RGS 2016.

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

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

4. 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 2015¹⁸.

5. Adenda ao Contrato-Programa 2016.

¹⁸ Apenas no caso do documento em apreço não se encontrar disponível em SiRIEF. Na eventualidade de não se ter ainda verificado a aprovação dos documentos de prestação de contas relativos ao exercício de 2015 por parte do(s) titular(es) da função acionista tal deve ser objeto de menção específica.

ATA DA REUNIÃO DA ASSEMBLEIA GERAL



SÃO JOÃO

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO, E.P.E. ATA NÚMERO 10/2017 – REUNIÃO ORDINÁRIA DE DEZASSEIS DE MARÇO DE DOIS MIL E DEZASSETTE



Local e duração da reunião:
Sala de reuniões do Conselho de Administração – Centro Hospitalar de São João (Piso 01)
10.20 - 12.55 Horas

Membros do Conselho de Administração presentes na reunião:
Dr. António Joaquim Freitas de Oliveira e Silva • Presidente do Conselho de Administração
Prof. Doutor José Artur Osório de Carvalho Paiva • Diretor Clínico
Enfermeira Maria Filomena Passos Teixeira Cardoso • Enfermeira Diretora
Dr. Ilídio Renato Garrido Matos Pereira • Vogal Executivo
Dr. Luís Carlos Fontoura Porto Gomes • Vogal Executivo

Assessor Executivo do Conselho de Administração:
Alexandre José Morais Teixeira

- EXTRATO DA ATA DA REUNIÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO -

5. POLÍTICA HOSPITALAR

> Relatório de Governo Societário – 2016:

Em conformidade e para cumprimento das disposições aplicáveis, o Conselho de Administração aprovou o Relatório de Governo Societário do Centro Hospitalar de São João, EPE atinente ao exercício do ano 2016.

Para os fins convenientes, foi elaborado o presente extrato da ata n.º 10/2017
o qual será assinado pelo Presidente do Conselho de Administração:

Presidente do Conselho de Administração

Dr. António Oliveira e Silva

RELATÓRIO E PARECER DO FISCAL ÚNICO



RELATÓRIO E PARECER DO FISCAL ÚNICO

1. Nos termos da lei e do mandato que nos conferiram, apresentamos o relatório sobre a atividade fiscalizadora desenvolvida e sobre os documentos de prestação de contas do CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO, E.P.E. (adiante designado CHSJ EPE), relativamente ao exercício terminado em 31 de dezembro de 2016.
2. No decurso do exercício, acompanhámos com a periodicidade e a extensão que considerámos adequada a atividade do CHSJ EPE. Verificámos a regularidade da escrituração contabilística e da respectiva documentação, vigiando também pela observância dos estatutos e da lei, tendo recebido da Administração e dos diversos serviços todos os esclarecimentos solicitados.
3. Verificamos também, no âmbito do artº 420º do CSC, que o CHSJ EPE procedeu ao cumprimento das orientações legais vigentes para o SEE, designadamente o cumprimento das orientações relativas às remunerações vigentes em 2016.
4. Dando cumprimento ao disposto no artº 28º do Decreto-Lei nº 133/2013, de 3 de outubro e no artigo 86º da Lei nº 7-A/2016, de 30 de março, as empresas públicas não financeiras do setor empresarial do Estado, no quadro da respetiva gestão financeira, devem manter as suas disponibilidades e aplicações junto do IGCP, nos termos do regime jurídico aplicável à tesouraria, tendo o órgão de fiscalização do CHSJ EPE aferido o cumprimento deste requisito legal.
5. Como consequência do trabalho de fiscalização, apreciamos o Relatório de Gestão e os documentos de prestação de contas do exercício, e emitimos nesta data a Certificação Legal de Contas e o Relatório Anual de Auditoria nos termos da alínea i) do nº 2 do artº 16º do Anexo II do DL nº 233/2005, de 29 de dezembro.
6. Também nos termos do nº 2 do artº 54º, do DL nº 133/2013, de 3 de outubro, aferimos o cumprimento da exigência da apresentação do Relatório de boas práticas de governo



societário anual, pelo Conselho de Administração, do qual consta informação atual e completa sobre todas as matérias reguladas no capítulo II da legislação citada.

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

Porto, 31 de março de 2017

Rodrigo, Gregório & Associado, SROC, Lda.
Inscrita na OROC sob o nº 170 e na CMVM sob o nº 20161474

Representada pelo sócio/partner
Rodrigo Mário de Oliveira Carvalho, ROC nº 889

DECLARAÇÕES DO GESTOR PÚBLICO

ANEXO

[Nomeação: Resolução de Conselho de Ministros
n.º 4-H/2016-15 de fevereiro para o triénio 2016-2018]

Exmo. Senhor
Inspetor-Geral de Finanças
Rua Angelina Vidal, n.º 41
1199-005 LISBOA

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

IDENTIFICAÇÃO DO GESTOR PÚBLICO

| |
|--|
| Nome: António Joaquim Freitas de Oliveira e Silva |
| NIF: 111327474 |
| Morada: RUA JOSE JOAQUIM GOMES DA SILVA, 55 6.º ESQ. |
| Código Postal: 4450-171 MATOSINHOS |
| E-mail: antonio.silva@hsjoao.min-saude.pt |
| Telefone: 917 331 011 |

NOMEAÇÃO/ELEIÇÃO

| |
|--|
| Empresa/Entidade (*): Centro Hospitalar de São João, E.P.E. |
| Tipo (Empresa Pública, Empresa Municipal, Instituto, outro-identificar): Empresa Pública |
| NIF: 509 821 197 |
| Morada da Sede: Alameda Professor Hernâni Monteiro |
| Código Postal: 4200-319 Porto |
| E-mail: ca@chs.j.min-saude.pt |
| Telefone: 225 512 100 |
| Fax: 225 025 766 |

| |
|--|
| Cargo para que foi nomeado/eleito: Presidente do Conselho de Administração |
| Data de início do mandato (dd/mm/aaaa): 15/02/2016 |
| Data prevista de termo do mandato (dd/mm/aaaa): 31/12/2018 |

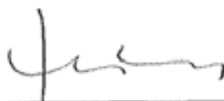
(*) Deve enviar à IGF uma declaração por cada nomeação/eleição.

DECLARAÇÕES DO GESTOR PÚBLICO

Tendo sido nomeado/eleito para o cargo referido, na empresa/entidade acima indicada, declaro:

1. Em cumprimento do disposto no nº 1 do art.º 52º do DL 133/2013, de 3 de outubro, e no nº 9 do art.º 22º, do DL nº 71/2007, 27 de março, que **não detenho** participações e interesses patrimoniais, direta ou indiretamente, na empresa/entidade onde exerço funções.
2. De acordo com o nº 9 do art.º 22º, do DL nº 71/2007, 27 de março, que **não detenho** participações e interesses patrimoniais, direta ou indiretamente, em qualquer outra empresa/entidade.
3. Nos termos do preceituado no nº 1 do art.º 52º do DL 133/2013, de 3 de outubro, que **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.

Data:



(Assinatura)

• Centro Hospitalar São João •
**António
Oliveira e Silva**
Presidente do Conselho
de Administração

DECLARAÇÕES DO GESTOR PÚBLICO

ANEXO

[Nomeação: Resolução de Conselho de Ministros
n.º 4-H/2016-15 de fevereiro para o triénio 2016-2018]

Exmo. Senhor
Inspetor-Geral de Finanças
Rua Angelina Vidal, n.º 41
1199-005 LISBOA

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 52º do DL n.º 133/2013, de 3 de outubro.

IDENTIFICAÇÃO DO GESTOR PÚBLICO

| |
|---|
| Nome: José Artur Osório de Carvalho Paiva |
| NIF: 127055703 |
| Morada: AVENIDA FERNAO DE MAGALHAES, N.º 1014 - 3.º |
| Código Postal: 4350-154 PORTO |
| E-mail: japaiva@chs.j.min-saude.pt |
| Telefone: 913 899 800 |

NOMEAÇÃO/ELEIÇÃO

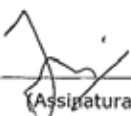
| |
|--|
| Empresa/Entidade (*): Centro Hospitalar de São João, E.P.E. |
| Tipo (Empresa Pública, Empresa Municipal, Instituto, outro-identificar): Empresa Pública |
| NIF: 509 821 197 |
| Morada da Sede: Alameda Professor Hernâni Monteiro |
| Código Postal: 4200-319 Porto |
| E-mail: ca@chs.j.min-saude.pt |
| Telefone: 225 512 100 |
| Fax: 225 025 766 |

| |
|--|
| Cargo para que foi nomeado/eleito: Diretor Clínico |
| Data de início do mandato (dd/mm/aaaa): 15/02/2016 |
| Data prevista de termo do mandato (dd/mm/aaaa): 31/12/2018 |

(*) Deve enviar à IGF uma declaração por cada nomeação/eleição.

Tendo sido nomeado/eleito para o cargo referido, na empresa/entidade acima indicada, declaro:

1. Em cumprimento do disposto no nº 1 do art.º 52º do DL 133/2013, de 3 de outubro, e no nº 9 do art.º 22º, do DL nº 71/2007, 27 de março, que **não detenho** participações e interesses patrimoniais, direta ou indiretamente, na empresa/entidade onde exerço funções.
2. De acordo com o nº 9 do art.º 22º, do DL nº 71/2007, 27 de março, que **não detenho** participações e interesses patrimoniais, direta ou indiretamente, em qualquer outra empresa/entidade.
3. Nos termos do preceituado no nº 1 do art.º 52º do DL 133/2013, de 3 de outubro, que **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.



(Assinatura)

DECLARAÇÕES DO GESTOR PÚBLICO

ANEXO

[Nomeação: Resolução de Conselho de Ministros
n.º 4-H/2016-15 de fevereiro para o triénio 2016-2018]

Exmo. Senhor
Inspetor-Geral de Finanças
Rua Angelina Vidal, n.º 41
1199-005 LISBOA

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 52º do DL n.º 133/2013, de 3 de outubro.

IDENTIFICAÇÃO DO GESTOR PÚBLICO

| |
|--|
| Nome: Maria Filomena Passos Teixeira Cardoso |
| NIF: 107086085 |
| Morada: RUA ALVES REDOL, 225 HAB. 03 |
| Código Postal: 4050-037 PORTO |
| E-mail: mfilomena.cardoso@chs.j.min-saude.pt |
| Telefone: |

NOMEAÇÃO/ELEIÇÃO

| |
|--|
| Empresa/Entidade (*): Centro Hospitalar de São João, E.P.E. |
| Tipo (Empresa Pública, Empresa Municipal, Instituto, outro-identificar): Empresa Pública |
| NIF: 509 821 197 |
| Morada da Sede: Alameda Professor Hernâni Monteiro |
| Código Postal: 4200-319 Porto |
| E-mail: ca@chs.j.min-saude.pt |
| Telefone: 225 512 100 |
| Fax: 225 025 766 |

| |
|--|
| Cargo para que foi nomeado/eleito: Enfermeira Diretora |
| Data de início do mandato (dd/mm/aaaa): 15/02/2016 |
| Data prevista de termo do mandato (dd/mm/aaaa): 31/12/2018 |

(*) Deve enviar à IGF uma declaração por cada nomeação/eleição.

Tendo sido nomeado/eleito para o cargo referido, na empresa/entidade acima indicada, declaro:

1. Em cumprimento do disposto no nº 1 do art.º 52º do DL 133/2013, de 3 de outubro, e no nº 9 do art.º 22º, do DL nº 71/2007, 27 de março, que **não detenho** participações e Interesses patrimoniais, direta ou indiretamente, na empresa/entidade onde exerço funções.
2. De acordo com o nº 9 do art.º 22º, do DL nº 71/2007, 27 de março, que **não detenho** participações e Interesses patrimoniais, direta ou indiretamente, em qualquer outra empresa/entidade.
3. Nos termos do preceituado no nº 1 do art.º 52º do DL 133/2013, de 3 de outubro, que **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.



(Assinatura)

DECLARAÇÕES DO GESTOR PÚBLICO

ANEXO

[Nomeação: Resolução de Conselho de Ministros
n.º 4-H/2016-15 de fevereiro para o triénio 2016-2018]

Exmo. Senhor
Inspetor-Geral de Finanças
Rua Angelina Vidal, n.º 41
1199-005 LISBOA

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 52º do DL n.º 133/2013, de 3 de outubro.

IDENTIFICAÇÃO DO GESTOR PÚBLICO

| |
|--|
| Nome: Ilídio Renato Garrido Matos Pereira |
| NIF: 203581768 |
| Morada: RUA DO PROFESSOR NOVAIS DA CRUZ, N.º 63 4.º DT.º |
| Código Postal: 4490-264 PÓVOA DE VARZIM |
| E-mail: renatogarridomatos@chs.j.min-saude.pt |
| Telefone: 961 316 033 |

NOMEAÇÃO/ELEIÇÃO

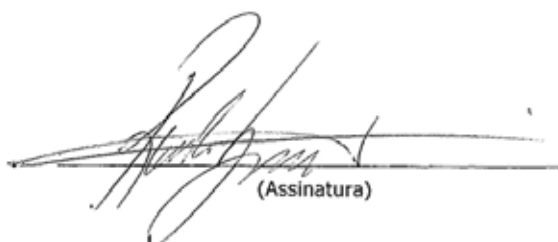
| |
|--|
| Empresa/Entidade (*): Centro Hospitalar de São João, E.P.E. |
| Tipo (Empresa Pública, Empresa Municipal, Instituto, outro-identificar): Empresa Pública |
| NIF: 509 821 197 |
| Morada da Sede: Alameda Professor Hernâni Monteiro |
| Código Postal: 4200-319 Porto |
| E-mail: ca@chs.j.min-saude.pt |
| Telefone: 225 512 100 |
| Fax: 225 025 766 |

| |
|--|
| Cargo para que foi nomeado/eleito: Vogal Executivo |
| Data de início do mandato (dd/mm/aaaa): 15/02/2016 |
| Data prevista de termo do mandato (dd/mm/aaaa): 31/12/2018 |

(*) Deve enviar à IGF uma declaração por cada nomeação/eleição.

Tendo sido nomeado/eleito para o cargo referido, na empresa/entidade acima indicada, declaro:

1. Em cumprimento do disposto no nº 1 do art.º 52º do DL 133/2013, de 3 de outubro, e no nº 9 do art.º 22º, do DL nº 71/2007, 27 de março, que **não detenho** participações e interesses patrimoniais, direta ou indiretamente, na empresa/entidade onde exerço funções.
2. De acordo com o nº 9 do art.º 22º, do DL nº 71/2007, 27 de março, que **não detenho** participações e interesses patrimoniais, direta ou indiretamente, em qualquer outra empresa/entidade.
3. Nos termos do preceituado no nº 1 do art.º 52º do DL 133/2013, de 3 de outubro, que **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.



(Assinatura)

DECLARAÇÕES DO GESTOR PÚBLICO

ANEXO

[Nomeação: Resolução de Conselho de Ministros
n.º 4-H/2016-15 de fevereiro para o triénio 2016-2018]

Exmo. Senhor
Inspetor-Geral de Finanças
Rua Angelina Vidal, n.º 41
1199-005 LISBOA

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 52º do DL n.º 133/2013, de 3 de outubro.

IDENTIFICAÇÃO DO GESTOR PÚBLICO

| |
|--|
| Nome: Luís Carlos Fontoura Porto Gomes |
| NIF: 222473770 |
| Morada: RUA DOM LUIS DE ATAIDE, N.º 48 |
| Código Postal: 4150-471 PORTO |
| E-mail: luis.portogomes@chs.j.min-saude.pt |
| Telefone: 961 255 329 |

NOMEAÇÃO/ELEIÇÃO

| |
|--|
| Empresa/Entidade (*): Centro Hospitalar de São João, E.P.E. |
| Tipo (Empresa Pública, Empresa Municipal, Instituto, outro-identificar): Empresa Pública |
| NIF: 509 821 197 |
| Morada da Sede: Alameda Professor Hernâni Monteiro |
| Código Postal: 4200-319 Porto |
| E-mail: ca@chs.j.min-saude.pt |
| Telefone: 225 512 100 |
| Fax: 225 025 766 |

| |
|--|
| Cargo para que foi nomeado/eleito: Vogal Executivo |
| Data de início do mandato (dd/mm/aaaa): 15/02/2016 |
| Data prevista de termo do mandato (dd/mm/aaaa): 31/12/2018 |

(*) Deve enviar à IGF uma declaração por cada nomeação/eleição.

Tendo sido nomeado/eleito para o cargo referido, na empresa/entidade acima indicada, declaro:

1. Em cumprimento do disposto no nº 1 do art.º 52º do DL 133/2013, de 3 de outubro, e no nº 9 do art.º 22º, do DL nº 71/2007, 27 de março, que **não detenho** participações e interesses patrimoniais, direta ou indiretamente, na empresa/entidade onde exerço funções.

2. De acordo com o nº 9 do art.º 22º, do DL nº 71/2007, 27 de março, que **detenho** as seguintes participações e interesses patrimoniais (*noutras empresas/entidades*):

Sociedade Agrícola Porta da Igreja, Lda.
NIF: 504879421
Rua Gonçalo Cristóvão, nº 236, 9º Piso, 4000-265 Porto
Telf. e Fax: 222087923
email: egimacar@hotmail.com

3. Nos termos do preceituado no nº 1 do art.º 52º do DL 133/2013, de 3 de outubro, que **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.

Data:


(Assinatura)



Exmo. Senhor
Dr. Pimenta Marinho
Ilmo. Presidente do Conselho Diretivo
Administração Regional de Saúde do Norte, IP
Rua de Santa Catarina, 1288
4000-447 PORTO

CHSJ 2017 JUN 02 008521

Assunto: Adenda ao Acordo Modificativo 2016 – CHSI
V/ referência: DC AF-CHSI

Correspondendo à solicitação que nos foi dirigida através do ofício n.º 07764, de 24 de maio de 2017, devolve-se em anexo, já devidamente assinada e rubricada, a Adenda ao Acordo Modificativo 2016 – Reposição salarial, regularização de transferências e reajustamento de quantidades.

Apresento a V. Exa. os meus melhores cumprimentos.

O Presidente do Conselho de Administração

(Dr. António Oliveira e Silva)

C/c: Serviço de Controlo de Gestão
Serviços Financeiros

ONSi, 2 de junho de 2017

CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO
PORTO (Sede) Alameda Professor Hernând Monteiro 4200-319 Porto T+351 229 512 100 gcal@chj.nova.sau.de.pt
VALONGO Rua da Misericórdia 4440-563 Valongo T+351 224 220 019 www.chj.pt



ADENDA AO ACORDO MODIFICATIVO 2016

Reposição Salarial, Regularização de Transferências no âmbito do Acordo Modificativo 2016 e Reajustamento de quantidades entre linhas de produção

Tomando em consideração as circunstâncias excecionais ocorridas durante o ano de 2016, conforme a seguir se enuncia:

- Encargos adicionais decorrentes da reposição salarial prevista Orçamento de Estado 2016 e implementada durante o ano de 2016;
- Atribuição a Entidades Públicas Empresariais, integradas no setor da saúde, de verbas adicionais no âmbito do Acordo Modificativo 2016, tendo como finalidade o pagamento de dívidas, e conduzindo ao reforço dos adiantamentos correspondentes ao referido Acordo; e
- Condicionantes ocorridas, por alteração extraordinária de circunstâncias que determinaram os termos do acordo, não possíveis de prever inicialmente, ou por consequências daquela alteração;

é celebrada a presente Adenda ao Acordo Modificativo 2016, que reajusta o volume contratado por linha de atividade e atualiza as demonstrações financeiras, substituindo o Apêndice I – Cuidados de Saúde Secundários, Apêndice II – Objetivos de Qualidade e Eficiência Económico-financeira, Apêndice V – Demonstração de Resultados – Rendimentos e Ganhos e Gastos e Perdas, Apêndice VI – Demonstração de Fluxos de Caixa e Apêndice VII – Balanço Previsional, do referido Acordo.

Celebrada aos 08 dias do mês de maio, de 2017

PRIMEIRO OUTORGANTE

Administração Regional da Saúde do Norte, IP

SEGUNDO OUTORGANTE

Centro Hospitalar São João, EPE

«Centro Hospitalar São João»
António
Oliveira e Silva
Presidente do Conselho
de Administração

ADENDA AO CONTRATO-PROGRAMA 2016

APÊNDICE I Atividade Hospitalar

ACSS

SECRETARIA MUNICIPAL
DE SAÚDE DE SÃO JOÃO DO OESTE

Instituição:

Centro Hospitalar de São João, EPE

Contratualização 2016

| | Doentes Equivalentes | | | Preço Unitário (€) | Quantidade | Valor (€) |
|--|----------------------|--------|--------|--------------------|------------|------------------|
| | ICM | N.º | % | | | |
| 1. Consultas Externas: | | | | | | |
| N.º de 1.ªs consultas médicas (s/ majoração) | | | | 88,02 € | 122.159 | 8.309.255,18 € |
| N.º de 1.ªs consultas referenciadas (CTH) | | | | 74,82 € | 62.397 | 4.668.543,54 € |
| N.º de 1.ªs consultas (Telemedicina) | | | | 74,82 € | | |
| N.º de 1.ªs consultas na comunidade (Saúde mental) | | | | 74,82 € | | |
| N.º de 1.ªs consultas Cre | | | | 74,82 € | 2.708 | 202.812,58 € |
| N.º de consultas subsequentes médicas (s/majoração) | | | | 68,02 € | 499.915 | 34.004.218,30 € |
| N.º de consultas subsequentes (Telemedicina) | | | | 74,82 € | | |
| N.º de consultas subsequentes na comunidade (Saúde mental) | | | | 74,82 € | | |
| N.º de consultas subsequentes Cre | | | | 74,82 € | 20.669 | 1.548.693,18 € |
| Valor Total das Consultas: | | | | | | 98.733.328,76 € |
| 2. Internamento: | | | | | | |
| Doentes Saídos | | | | | | |
| GDH Médicos | 1,3867 | 20.862 | 96,27% | 2.285,00 € | 21.670 | 66.103.531,39 € |
| GDH Médicos Cre | 1,3867 | 1.562 | 96,27% | 2.399,25 € | 1.623 | 5.196.836,44 € |
| GDH Cirúrgicos | 1,3867 | 12.762 | 96,27% | 2.285,00 € | 13.256 | 40.437.784,44 € |
| GDH Cirúrgicos Cre | 1,3867 | 598 | 96,27% | 2.399,25 € | 621 | 1.989.569,91 € |
| GDH Cirúrgicos Urgentes | 1,3867 | 5.191 | 96,27% | 2.170,75 € | 5.392 | 15.625.839,32 € |
| GDH Cirúrgicos Urgentes Cre | 1,3867 | 145 | 96,27% | 2.279,29 € | 151 | 458.298,76 € |
| Dias de Internamento de Doentes Crónicos | | | | | | |
| Doentes Medicina Física e Reabilitação | | | | 205,10 € | 4.750 | 974.225,00 € |
| Doentes de Psiquiatria Crónicos no Hospital | | | | 39,17 € | 7.280 | 284.374,20 € |
| Doentes de Psiquiatria no Exterior (Ordens Religiosas) | | | | 39,17 € | | |
| Doentes de Psiquiatria no Exterior (Outras Inst.) | | | | 39,17 € | 1.350 | 52.879,50 € |
| Instituições | | | | | | |
| Doentes Crónicos Ventilados | | | | 244,01 € | 730 | 178.127,30 € |
| Doentes de Reabilitação Psicossocial | | | | 39,17 € | | |
| Doentes Crónicos de Hansen | | | | 70,75 € | | |
| Valor Total do Internamento: | | | | | | 131.301.877,26 € |
| 3. Episódios de GDH de Ambulatório: | | | | | | |
| GDH Cirúrgicos | 0,6321 | | | 2.285,00 € | 18.053 | 26.074.823,47 € |
| GDH Cirúrgicos Cre | 0,6321 | | | 2.399,25 € | 222 | 336.677,64 € |
| GDH Médicos | 0,2198 | | | 2.285,00 € | 16.808 | 8.440.695,86 € |
| GDH Médicos Cre | 0,2198 | | | 2.399,25 € | 2.185 | 1.141.723,90 € |
| Valor Total dos GDH de Ambulatório: | | | | | | 35.953.920,87 € |
| 4. Urgências: | | | | | | |
| Atendimentos (SU - Polivalente) | | | | 17M€/170.000 ep. | 233.160 | 23.316.000,00 € |
| Atendimentos (SU - Médico-Cirúrgica) | | | | 5M€/100.000 ep. | | |
| Atendimentos (SU - Básica) | | | | 1.4M€/35.000 ep. | | |
| Valor Total dos Atendimentos Urgentes: | | | | | | 23.316.000,00 € |
| Programa ECMO-VA | | | | 21.606,01 € | 12 | 259.272,00 € |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|-------------|--------|-------------------------|
| 9. Sessões de Radiooncologia: | | | | | | |
| Tratamentos simples | | | | 104,53 € | 17,635 | 1.843.366,55 € |
| Tratamentos complexos | | | | 250,92 € | 5,735 | 1.439.026,20 € |
| 10. Releção de Implantes Cocleares: | | | | | | |
| Implante coclear unilateral | | | | 18.750,00 € | | |
| Implante coclear bilateral | | | | 32.500,00 € | | |
| 11. Serviços Domiciliares: | | | | | | |
| | | | | 107,88 € | 1,020 | 1.089.299,60 € |
| 12. Cartão PO: | | | | | | |
| | | | | 62,95 € | | |
| 13. Outros: | | | | | | |
| Medicamentos de cedência hospitalar em ambulatório | | | | | | 8.643.540,00 € |
| Internos | | | | | | 2.949.026,76 € |
| Valor da Produção Contratada | | | | | | 297.997.063,00 € |
| Incentivos Institucionais | | | | | | 15.683.529,63 € |
| Convergência | | | | | | 0,00 € |
| Valor Total do Contrato | | | | | | 313.670.592,63 € |
| Reposição Salarial | | | | | | 59.354.25,19 € |

APÊNDICE II Objetivos de Qualidade e Eficiência Económico-Financeira



Associação de
Hospitais de São João

Instituição:

Centro Hospitalar de São João, EPE

Contratualização 2016

| Objetivos Nacionais | Pesos Relativos (%) | Meta |
|---|----------------------------|--------------|
| A. Acesso | 60,00 | |
| A.1 Percentagem das primeiras consultas médicas no total de consultas médicas (%) | 15,00 | |
| A.2 Peso das consultas externas médicas com registo de aila no total de consultas externas médicas (%) | 2,00 | 26,5 |
| A.3.1 Percentagem de utentes referenciados dos cuidados de saúde primários para consulta externa atendidos em tempo adequado (%) | 2,00 | 15,0 |
| A.3.2 Percentagem de inscritos em LIC (neoplasias malignas) com tempo de espera ≤ TMRG (%) | 3,00 | 75,0 |
| A.3.3 Mediana do tempo de espera da LIC, em meses | 2,00 | 97,0 |
| A.3.4 Percentagem de episódios de urgência atendidos dentro do tempo de espera previsto no protocolo de triagem | 2,00 | 2,6 |
| A.3.5 Percentagem de doentes sinalizados para a RNCCI, em tempo adequado, no total de doentes tratados (%) | 2,00 | 63,0 |
| B. Desempenho Assistencial | 25,00 | |
| B.1 Percentagem de reinternamentos em 30 dias, na mesma Grande Categoria de Diagnóstico | 2,00 | 379,00 |
| B.2 Percentagem de doentes saídos com duração de internamento acima do limiar máximo (%) | 2,00 | 4,59 |
| B.3 Percentagem de cirurgias da anca efetuadas nas primeiras 48 horas (%) | 2,00 | 1,00 |
| B.4 Percentagem de cirurgias realizadas em ambulatório no total de cirurgias programadas (GDH) -- para procedimentos ambulatorizáveis | 2,00 | 75,00 |
| B.5 Percentagem de cirurgias realizadas em ambulatório, para procedimentos tendencialmente ambulatorizáveis | 2,00 | 60,0 |
| B.6 Índice de Demora Média Ajustada | 2,00 | 7,4 |
| B.7 Índice de Mortalidade Ajustada | 3,00 | 0,9000 |
| B.8 Índice de risco e segurança do doente | 3,00 | 0,8300 |
| B.9 Percentagem de embalagens de medicamentos genéricos prescritos, no total de embalagens de medicamentos prescritos | 6,00 | 4 |
| C. Desempenho Económico/Financeiro | 20,00 | |
| C.1 Percentagem de Custos com Horas Extraordinárias, Suplementos e FSE (selecionados), no Total de Custos com Pessoal (€) | 3,00 | 54,0 |
| C.2 Resultado antes juros, impostos, amortizações e depreciações (EBITDA) (€) | 5,00 | 12,5 |
| C.3 Acréscimo da Dívida Vencida (fornecedores externos) (€) | 5,00 | 101.729,39 |
| C.4 Percentagem de proveitos operacionais extra contrato-programa, no total de proveitos operacionais (%) | 5,00 | 6.000.000,00 |
| Objetivos Regionais | Pesos Relativos (%) | Meta |
| Via Verde AVC - % de casos com diagnóstico principal de AVC Isquémico (%) | 40,00 | |
| Rácio Consultas Médicas / Urgências (%) | 5,50 | 10,00 |
| Taxa de Referência para a RNCCI (%) | 5,50 | 2,85 |
| Tempo de espera para triagem média da consulta externa | 6,00 | 5,00 |
| Garantir o início do tratamento da Retinopatia Diabética em 30 dias (%) | 6,00 | 10,00 |
| Implementação das Equipes inter-hospitalares de cuidados paliativos | 5,50 | 1,00 |
| Prevenção e Controlo da Infecção e de Resistências aos Antimicrobianos | 5,50 | 100,00 |
| | 6,00 | 100,00 |

f

Objetivos de Desempenho do serviço de urgência

| | Pesos Relativos (%) | Meta |
|---|---------------------|-------|
| U.1 Variação percentual de episódios de urgência com prioridade verde/azul/branca | 25,00 | -3,70 |
| U.2 Variação percentual de episódios de urgência com internamento | 25,00 | 0,00 |
| U.3 Variação percentual de utilizadores frequentes (>4 episódios) | 25,00 | -1,50 |
| U.4 Rácio Consultas Externas/Atendimentos em Urgência | 25,00 | 2,90 |

ADENDA AO CONTRATO-PROGRAMA 2016

APÊNDICE V Demonstração Previsional De Resultados - Proveitos e Ganhos



Instituição:
Centro Hospitalar de São João, EPE

Contratualização 2016

| | Valor Estimado 2015 | Valor Contratualizado 2016 | % Var 2016 / 2015 |
|---|---------------------|----------------------------|-------------------|
| 71-Vendas e prestações de serviços | 317.472.323,60 € | 325.584.078,76 € | 2,6% |
| 711-Vendas | 43.650,25 € | 9.766,29 € | -77,6% |
| 712-Prestações de serviços | 317.428.673,35 € | 325.574.292,47 € | 2,6% |
| 7121 - Instituições SNS | 305.748.677,39 € | 316.356.903,86 € | 3,5% |
| 71211-Internamento - SNS CP | 130.585.361,52 € | 131.554.985,79 € | 0,7% |
| 712111-GDH Médicos | 71.439.469,79 € | 71.553.856,50 € | 0,2% |
| 712112-GDH Cirúrgicos | 43.113.988,86 € | 42.427.384,36 € | -1,6% |
| 712113-GDH Cirúrgicos Urgentes | 14.656.561,87 € | 16.084.139,09 € | 9,7% |
| 712114-Dias Internamento Doentes Crónicos | 1.375.341,20 € | 1.488.605,84 € | 8,3% |
| 71212-Consulta - SNS CP | 49.156.417,83 € | 48.733.329,02 € | -0,9% |
| 712121-Primeiras Consultas | 13.363.800,36 € | 13.180.411,70 € | -1,4% |
| 712122-Consultas Subsequentes | 35.792.617,27 € | 35.552.917,32 € | -0,7% |
| 71213-Urgência/SAP - SNS CP | 23.640.858,29 € | 22.599.119,00 € | -4,4% |
| 712131-Atendimentos (SU-Polivalente) | 23.640.858,29 € | 22.599.119,00 € | -4,4% |
| 712132-Atendimentos (SU-Médica Cirúrgica) | | | |
| 712139-Atendimentos (SU-Básica) | | | |
| 71214-GDH Ambulatório | 33.465.799,47 € | 35.993.920,89 € | 7,6% |
| 712141-GDH Cirúrgicos | 24.598.899,30 € | 26.411.500,77 € | 7,4% |
| 712142-GDH Médicos | 8.867.100,17 € | 9.582.420,12 € | 8,1% |
| 71215-Hospital de dia - SNS CP | 2.699.311,80 € | 2.813.502,89 € | 8,2% |
| 71218-Outras Prestações de Serviços de Saúde - SNS CP | 66.300.928,88 € | 74.682.088,27 € | 12,6% |
| 712181-Serviço domiciliário - SNS CP | 54.879,80 € | 38.749,87 € | -29,4% |
| 712182-Programas de gestão da doença crónica | 37.633.491,50 € | 39.351.210,67 € | 4,6% |
| 712183-Saúde Sexual e Reprodutiva | 1.173.538,07 € | 1.283.914,96 € | 9,4% |
| 7121831-IVG até às 10 semanas | 122.050,91 € | 129.547,80 € | 5,4% |
| 7121832-PMA Diagnóstico e Tratamento da Infertilidade | 953.687,04 € | 1.023.945,22 € | 7,4% |
| 7121833-Diagnóstico Pré-Natal | 98.900,12 € | 130.421,94 € | 34,6% |
| 712184-Plano de convergência/Custos de Contexto - SNS CP | 14.038.900,00 € | 19.089.901,83 € | 35,5% |
| 712185-Valor Capicional (valor a facturar pelas ULS) - SNS CP | | | |
| 712186-Sessões de Radioterapia | 2.772.483,28 € | 3.282.412,98 € | 18,4% |
| 712187-Medicamentos de cedência em ambulatório | 7.999.998,27 € | 8.666.849,20 € | 8,3% |
| 712188-Internos | 2.577.639,86 € | 2.949.026,76 € | 14,4% |
| 712189-Outras prestações serviços de saúde - SNS CP | | | |
| 71219 - Outras prestações de serviços - SNS CP | | | |
| 7122 - Outras Entidades Responsáveis | 11.679.995,96 € | 9.217.388,61 € | -21,1% |
| 71221-Internamento | 2.754.501,66 € | 1.413.646,64 € | -48,7% |
| 71222-Consulta | 2.693.856,73 € | 2.083.469,29 € | -22,0% |
| 71223-Urgência/SAP | 689.508,31 € | 808.469,08 € | 17,3% |
| 712231-Urgência | 689.508,31 € | 808.469,08 € | 17,3% |
| 712232-Serviço de atendimento permanente | | | |
| 712239-Outros | | | |
| 71223-Urgência/SAP | | | |
| 71224-Quartos particulares | 234,00 € | | |
| 71225-Hospital de dia | -17.192,13 € | | |
| 71226-Meios compl. de diagnóstico e terapêutica | 2.334.770,65 € | 1.739.284,78 € | -25,5% |

| | Valor Estimado 2015 | Valor Contratualizado 2016 | % Var 2016 / 2015 |
|--|-------------------------|----------------------------|-------------------|
| 712261-Meios complementares diagnóstico - Outras Ent Resp | 1.797.574,47 € | 1.454.379,29 € | -19,1% |
| 7122611-Patologia Clínica | 1.017.772,33 € | 789.954,12 € | -22,4% |
| 7122612-Anatomia patológica | 90.304,40 € | 101.391,44 € | 12,3% |
| 7122613-Imagiologia | 234.642,34 € | 209.774,89 € | -10,6% |
| 7122614-Cardiologia | 93.496,85 € | 67.697,64 € | -27,6% |
| 7122616-Medicina nuclear | 21.681,64 € | 331,39 € | -98,5% |
| 7122617-Gastroenterologia | 89.409,50 € | 60.149,30 € | -33,3% |
| 7122619-Outros | 270.267,41 € | 225.070,51 € | -18,7% |
| 712262-Meios complementares terapêutica - Outras Ent Resp | 537.198,18 € | 284.905,49 € | -47,0% |
| 7122621-Hemodálise | 451.078,92 € | 222.845,98 € | -50,6% |
| 7122622-Medicina física e de reabilitação | 15.349,20 € | 17.469,70 € | 13,8% |
| 7122623-Litotricia | 658,20 € | 316,20 € | -52,0% |
| 7122624-Quimioterapia | 8.208,10 € | 4.962,60 € | -39,5% |
| 7122625-Radioterapia | 29.411,36 € | 10.035,12 € | -65,9% |
| 7122629-Outros | 32.450,40 € | 29.275,89 € | -9,9% |
| 71227 - Taxas moderadoras | 3.091.626,80 € | 3.064.805,51 € | -0,9% |
| 712271 - Consultas | 1.109.348,00 € | 1.017.485,59 € | -8,3% |
| 712272 - Urgência/SAP | 856.061,40 € | 662.037,09 € | -22,7% |
| 712273 - Internamento | | | |
| 712276 - Meios complementares diagnóst. e terapêut. | 1.126.217,40 € | 1.385.232,83 € | 23,0% |
| 712279 - Outros | | | |
| 712261-Meios complementares diagnóstico - Outras Ent Resp | | | |
| 712262-Meios complementares terapêutica - Outras Ent Resp | | | |
| 71227 - Taxas moderadoras - Outras Ent Resp | | | |
| 71228-Outras Prestações de Serviços de Saúde | 142.889,92 € | 97.714,33 € | -31,5% |
| 712281-Serviço domiciliário | | | |
| 712282-GDH de Ambulatório - Outras Ent Resp | 142.889,92 € | 97.714,33 € | -31,5% |
| 7122821-GDH Cirúrgicos | 91.793,60 € | 31.012,48 € | -66,2% |
| 7122822-GDH Médicos | 50.908,32 € | 66.701,85 € | 31,0% |
| 712282-GDH de Ambulatório - Outras Ent Resp | | | |
| 712289-Outras prestações serviços de saúde - Outras Ent Resp | | | |
| 71229 - Outras prestações de serviços | | | |
| 712291 - Convenções internacionais | | | |
| 712294 - Unidades terapêuticas de Sangue | | | |
| 712295 - Serviços prestados pela ACSS, IP | | | |
| 712296 - Análises sanitárias | | | |
| 712299 - Outras | | | |
| 71229 - Outras prestações de serviços - Outras Ent Resp | | | |
| Sub-Total | 117.372.333,00 € | 82.584.076,70 € | -30,2% |
| Sub-Total Geral | 2.914,7 | 2.914,7 | |
| 72-Impostos e taxas | | | |
| Sub-Total Geral | | | |
| 73-Proveitos suplementares | 385.915,14 € | 261.289,83 € | -32,3% |
| Sub-Total Geral | 12.000,00 € | 12.000,00 € | |
| 74-Transf. e subsídios correntes obtidos | | | |
| 741-Transferências-Tesouro | | | |
| 742-Transferências correntes obtidas | | | |
| 7421-Da ACSS | | | |
| 7422-Da PIDDAC | | | |

ADENDA AO CONTRATO-PROGRAMA 2016

| | | | |
|--|------------------|------------------|--------|
| 7423-De FSE | | | |
| 7429 Outras Transferências Correntes Obtidas | | | |
| 743-Sub. correntes obtidos-Outros entes públicos | | | |
| 749-Sub. correntes obtidos-De outras entidades | | | |
| Sub-Total | | | |
| Sub-Total Geral | | | |
| 75-Trabalhos para a própria entidade | | | |
| Sub-Total | | | |
| 76-Outros proventos e ganhos operacionais | 14.578.008,43 € | 11.546.069,58 € | -20,8% |
| 7611-ACSS IP | 2.914.249,71 € | 2.575.677,06 € | -11,6% |
| 762-Reembolsos | 1.816.391,48 € | 2.808.804,07 € | 54,6% |
| 763-Produtos de fabricação interna | | | |
| 768-Outros não espec. afilios valor acrescentado | | | |
| 769-Outros | 9.847.367,24 € | 6.161.588,43 € | -37,4% |
| Sub-Total | 14.578.008,43 € | 11.546.069,58 € | -20,8% |
| Sub-Total Geral | | | |
| 78-Proventos e ganhos financeiros | 1.387.281,46 € | 899.388,24 € | -35,2% |
| Sub-Total Geral | | | |
| 79-Proventos e ganhos extraordinários | 2.346.009,50 € | 4.153.079,13 € | 77,2% |
| Sub-Total Geral | | | |
| TOTAL GERAL | 397.187.538,31 € | 442.400.662,20 € | 11,1% |

APÊNDICE V
Demonstração Previsional De Resultados - Custos e Perdas



Instituição:
Centro Hospitalar de São João, EPE

Contratualização 2016

| | Valor Estimado 2015 | Valor Contratualizado 2015 | % Var 2016 / 2015 |
|---|-------------------------|----------------------------|-------------------|
| 612-Mercadorias | | | |
| 616-Matérias de consumo | 129.555.083,62 € | 128.633.184,96 € | -0,7% |
| 6161-Produtos Farmacêuticos | 94.325.351,33 € | 91.816.500,14 € | -2,6% |
| 61611-Medicamentos | 96.012.962,44 € | 83.079.019,63 € | -3,4% |
| 61612/9-Reagentes/Outros produtos farmacêuticos | 8.312.388,89 € | 8.767.480,51 € | 5,5% |
| 6162-Material consumo clínico | 32.821.023,66 € | 34.405.600,32 € | 4,8% |
| 6163-Produtos alimentares | | | |
| 6164-Material consumo hotelciro | 1.273.317,69 € | 1.356.578,42 € | 6,5% |
| 6165-Material consumo administrativo | 362.633,40 € | 369.816,49 € | 1,9% |
| 6166-Material manutenção e conservação | 772.557,34 € | 654.691,59 € | -15,3% |
| 6169-Outro material de consumo | | | |
| SUB-TOTAL | 224.435.087,10 € | 223.633.481,96 € | -0,4% |
| W/S/TOTAL GERAL | 224.435.087,10 € | 223.633.481,96 € | -0,4% |
| 6211-Assistência ambulatoria | | | |
| 6212-Meios complementares diagnóstico | | | |
| 62121-Patologia clínica | | | |
| 62122-Anatomia patológica | | | |
| 62123-Imagiologia | | | |
| 62124-Cardiologia | | | |
| 62125-Electroencefalografia | | | |
| 62128-Medicina nuclear | | | |
| 62127-Gastroenterologia | | | |
| 62128-Pneumologia/Imunopatologia | | | |
| 62129-Outros | | | |
| 6213-Meios complementares terapêutica | | | |
| 62131-Hemodiálise | | | |
| 62132-Medicina física e reabilitação | | | |
| 62133-Litotricia | | | |
| 62139-Outros | | | |
| 6214-Prescrição medicam. e cuid. farmac. | | | |
| 6215-Internamentos | | | |
| 6216-Transporte de doentes | | | |
| 6217-Aparelhos complementares de terapêutica | | | |
| 6218-Trabalhos executados no exterior | 11.174.142,32 € | 12.292.516,23 € | 10,0% |
| 62181-Em entidades do M. Saúde | 881.610,82 € | 4.376.290,86 € | 398,4% |
| 621811-Assistência ambulatoria | 648.233,15 € | 707.331,10 € | 9,1% |
| 621812-Meios complementares de diagnóstico | 233.377,87 € | 3.668.959,86 € | 1.472,1% |
| 621813-Meios complementares de terapêutica | | | |
| 621814-Prescrição medicam. e cuid. farmac. | | | |
| 621815-Internamentos e transporte de doentes | | | |
| 621819-Outros trabalhos executados no exterior | | | |
| 62189-Em outras entidades | 10.292.531,50 € | 7.916.225,27 € | -23,1% |
| 621891-Assistência ambulatoria | 3.168.523,51 € | 3.204.474,68 € | 1,1% |
| 621892-Meios complementares diagnóstico | 4.375.023,59 € | 1.794.449,23 € | -59,0% |
| 621893-Meios complementares terapêutica | | | |
| 621894-Prescrição medicam. e cuid. farmac. | 2.129.973,59 € | 2.152.659,45 € | 1,1% |
| 621895-Internamentos e transporte de doentes | | | |
| 621896-Aparelhos complementares de terapêutica | 619.010,81 € | 764.641,91 € | 23,5% |
| 621897-Assistência no estrangeiro | | | |
| 621898-Terapêutica social | | | |
| 621899-Outros trabalhos executados no exterior | | | |

ADENDA AO CONTRATO-PROGRAMA 2016

| | | | |
|--|------------------|------------------|--------|
| 6219-Outros subcontratos | | | |
| Sub-total | 10.474.822,25 € | 10.992.516,20 € | 10,0% |
| % S/ Total Geral | 0,0% | 0,0% | 0,0% |
| 6221-Fornecimentos e serviços I | 8.476.519,65 € | 7.761.921,96 € | -8,4% |
| 6222-Fornecimentos e serviços II | 1.283.877,42 € | 1.358.622,04 € | 5,8% |
| 6223-Fornecimentos e serviços III | 19.108.988,63 € | 19.544.418,50 € | 2,3% |
| 6229-Outros fornecimentos e serviços | | | |
| Sub-total | 28.869.385,70 € | 29.664.962,50 € | 10,3% |
| % S/ Total Geral | 0,0% | 0,0% | 0,0% |
| 63-Transf. correntes conced. e prest. sociais | | | |
| % S/ Total Geral | | | |
| 641-Remunerações dos órgãos directivos | 317.599,94 € | 373.474,82 € | 17,0% |
| 642-Remunerações do pessoal | 125.733.889,74 € | 133.838.438,97 € | 6,4% |
| 6421-Remunerações base do pessoal | 88.570.922,87 € | 93.563.253,46 € | 5,6% |
| 64211-RCTFP por tempo indeterminado | 42.489.348,03 € | 43.594.673,59 € | 2,6% |
| 64212-Pessoal c/ contrato a termo resoluto | 10.704.673,71 € | 11.445.192,07 € | 6,9% |
| 64213-Pessoal em regime Contrato Individual | 34.629.242,82 € | 37.690.108,15 € | 8,8% |
| 64214-Pessoal em qualquer outra situação | 787.460,31 € | 833.279,85 € | 6,0% |
| 6422-Suplementos da remunerações | 29.977.942,13 € | 23.787.033,27 € | -13,4% |
| 64221-Trabalho extraordinário | 5.509.930,22 € | 6.708.888,66 € | 21,6% |
| 642211-Horas extraordinárias | 4.282.112,57 € | 5.314.002,29 € | 23,8% |
| 642212-Prevenções | 1.217.817,65 € | 1.394.886,37 € | 14,5% |
| 64222-Trabalho em regime de turnos | 4.353.315,21 € | 4.685.720,06 € | 7,6% |
| 642221-Noites e suplementos | 4.145.795,77 € | 4.491.238,53 € | 8,3% |
| 642222-Subsídio de turno | 207.519,44 € | 194.481,55 € | -6,3% |
| 64223-Abono para falhas | | | |
| 64224-Subsídio de refeição | 4.683.220,68 € | 4.624.840,60 € | -1,3% |
| 64225-Ajudas de custo | 14.701,94 € | 27.633,12 € | 88,0% |
| 642267-Vestuário e Art. Pess/Alim. e Alojam. | | | |
| 642261-PECEC/SIGIC | 4.750.654,37 € | 5.619.684,56 € | 18,3% |
| 6422629-Outros Suplementos | 1.666.119,71 € | 2.120.466,16 € | 27,3% |
| 6423-Prostações sociais directas | 165.035,58 € | 168.912,06 € | 2,3% |
| 6424-Subsídios de férias e de Natal | 16.019.969,16 € | 16.319.240,18 € | 1,9% |
| 6425 - Prémios de desempenho | | | |
| 643 Pensões | 276.388,68 € | 229.612,83 € | -16,9% |
| 645-Encargos sobre remunerações | 29.910.736,20 € | 31.021.375,37 € | 3,7% |
| 646-Seguros de acld. trab. e doenças profissionais | 969.988,90 € | 1.223.787,17 € | 26,2% |
| 647-Encargos sociais voluntários | 487.461,39 € | 409.122,94 € | -16,1% |
| 648-Outros custos com pessoal | 323.734,84 € | 284.016,13 € | -12,3% |
| 649-Estágios Profissionais | 78.246,19 € | 9.560,89 € | -67,8% |
| Sub-total | 153.034.033,87 € | 164.184.391,43 € | 10,5% |
| % S/ Total Geral | 0,0% | 0,0% | 0,0% |
| 65-Outros custos e perdas operacionais | 229.481,43 € | 309.657,95 € | 34,9% |
| % S/ Total Geral | 0,0% | 0,0% | 0,0% |
| 66-Amortizações do exercício | 8.398.283,79 € | 7.871.058,53 € | -6,3% |
| % S/ Total Geral | 0,0% | 0,0% | 0,0% |
| 67-Provisões do exercício | 5.064.485,45 € | 435.944,60 € | -92,3% |
| % S/ Total Geral | 0,0% | 0,0% | 0,0% |
| 68-Custos e perdas financeiras | 41.130,74 € | 38.559,22 € | -6,3% |
| % S/ Total Geral | 0,0% | 0,0% | 0,0% |
| 69-Custos e perdas extraordinários | 765.870,50 € | 814.896,27 € | 6,4% |
| % S/ Total Geral | 0,0% | 0,0% | 0,0% |
| TOTAL GERAL | 3.975.677,41 € | 4.186.016,43 € | 5,1% |

or S

APÊNDICE VI
Demonstração Previsional De Fluxos De Caixa



Instituição:

Centro Hospitalar de São João, EPE

Contratualização 2016

| | Valor Estimado 2015 | Valor Contratualizado 2016 | % Var 2016 / 2015 |
|---|------------------------|----------------------------|-------------------|
| Margem Bruta | | | |
| Fluxos de Atividades Operacionais | | | |
| Recebimentos (R): | 317.798.744,95 € | 321.263.423,10 € | 101,1% |
| Contrato-programa (produção) | 317.627.718,60 € | 314.014.416,41 € | -1,14% |
| Dívidas de Terceiros (outras entidades) | | | |
| Contrato-Programa (convergência) | | | |
| Incentivos | | | |
| Subsídios à Exploração | | | |
| Taxas Moderadoras (R) | | | |
| Outros (inclui outros operacionais e extraordinários) | 171.016,35 € | 7.249.006,69 € | 4.138,78% |
| Pagamentos (O): | -313.071.099,64 € | -316.671.187,10 € | -1,15% |
| Fornecedores e outros c/c | -153.882.127,94 € | -149.383.221,68 € | -2,94% |
| Custos com Pessoal | -158.016.489,04 € | -160.786.133,84 € | 0,90% |
| Transf. Correntes conced. a Prost. Sociais | | | |
| Outros (inclui outros operac. e extraord.) | -3.172.482,66 € | -524.831,88 € | -83,46% |
| Fluxos de Atividades Operacionais | 47.727.645,31 € | 4.592.236,00 € | -90,3% |
| Fluxos de Atividades de Investimento | | | |
| Recebimentos provenientes de (R): | 1.390.090,15 € | 894.430,66 € | -35,66% |
| Investimentos Financeiros | | | |
| Imobilizações Corpóreas | | | |
| Imobilizações Incorpóreas | | | |
| Subsídios ao Investimento | | | |
| Juros e Proventos Similares | 1.390.090,15 € | 894.430,66 € | -35,66% |
| Dividendos | | | |
| Outros | | | |
| Pagamentos (despesas) de (O): | -6.809.090,61 € | -7.020.697,65 € | -11,57% |
| Investimentos Financeiros | -28.820,82 € | -49.868,28 € | 85,93% |
| Imobilizações Corpóreas | -6.782.219,99 € | -5.971.029,67 € | -11,95% |
| Imobilizações Incorpóreas | | | |
| Fluxos de Atividades de Investimento | -5.418.950,66 € | -5.126.107,67 € | 5,40% |
| Fluxos de Atividades de Financiamento | | | |
| Recebimentos provenientes de (R): | 3.000.000,00 € | 0,00 € | -100,00% |
| Empréstimos Obtidos | | | |
| Aumentos de Capital e P. Suplementares | 3.000.000,00 € | 0,00 € | -100,00% |
| Subsídios e Doações | | | |
| Vendas de Ações Próprias | | | |
| Cobertura de Prejuízos | | | |
| Pagamentos (despesas) de (O): | -41.130,74 € | -38.559,22 € | -6,25% |
| Empréstimos Obtidos | | | |
| Amortizações de Contratos de Leasing | | | |
| Juros e Custos Similares | -41.130,74 € | -38.559,22 € | -6,25% |
| Dividendos | | | |
| Reduções de Capital e P. Suplementares | | | |
| Aquisição de Ações Próprias | | | |
| Fluxos de Atividades de Financiamento | -41.130,74 € | -38.559,22 € | -6,25% |
| Variação de Caixa e seus equivalentes | 2.267.563,91 € | 575.790,19 € | -25,3% |
| Caixa no início do período | 8.168.429,03 € | 10.435.982,94 € | 27,76% |
| Caixa no fim do período | 10.435.982,94 € | 9.860.192,75 € | -5,52% |

ADENDA AO CONTRATO-PROGRAMA 2016

| | Valor Estimado 2015 | Valor Contratualizado 2016 | % Var 2016 / 2015 |
|-------|---------------------|-------------------------------|-------------------|
| TOTAL | 0,000 | 0,000 | |



APÊNDICE VII
Balanco Previsional - Activo



Instituição:
Centro Hospitalar de São João, EPE

Contratualização 2016

| | AL - Activo Líquido 2015 | AB - Activo Bruto 2016 | AP - Amortizações ou Provisões 2016 | AL - Activo Líquido 2016 |
|--|-----------------------------|---------------------------|---|-----------------------------|
| Imobilizado | | | | |
| Bens de domínio público | | | | |
| 451 - Terrenos e recursos naturais | | | | |
| 452 - Edifícios | | | | |
| 453 - Outras construções e infra-estruturas | | | | |
| 455 - Bens do patrimônio hist., artist. e cultural | | | | |
| 459 - Outros bens de domínio público | | | | |
| 445 - Imobilizações em Curso de Bens de Domínio Público | | | | |
| 446 - Adiantamento por Conta de Bens de Domínio Público | | | | |
| Bens de domínio público | | | | |
| Imobilizações Incorpóreas | | | | |
| 431 - Despesas de instalação | | | | |
| 432 - Despesas de Investigação e Desenvolvimento | 0,00 | 45.488,46 | 45.488,46 | 0,00 |
| 443 - Imobilizações em Curso de Imobilizações Incorpóreas | | | | |
| 449 - Adiantamentos por Conta de Imobilizações Incorpóreas | | | | |
| Imobilizações Incorpóreas | 0,00 | 45.488,46 | 45.488,46 | 0,00 |
| Imobilizações Corpóreas | | | | |
| 421 - Terrenos e Recursos Naturais | | | | |
| 422 - Edifícios e Outras Construções | 55.793.410,07 | 94.345.284,88 | 38.873.084,95 | 55.472.179,91 |
| 423 - Equipamento Básico | 8.639.406,52 | 71.533.108,07 | 62.809.599,34 | 8.723.508,73 |
| 424 - Equipamento de Transporte | 69.921,09 | 350.417,63 | 292.491,14 | 57.926,49 |
| 425 - Ferramentas e Utensílios | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 426 - Equipamento administrativo e Informático | 1.706.716,45 | 23.433.317,77 | 21.497.492,94 | 1.935.824,83 |
| 427 - Taras e Vasilhama | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 429 - Outras Imobilizações Corpóreas | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 442 - Imobilizações em Curso de Imobilizações Corpóreas | 10.226.135,44 | 8.214.459,55 | 0,00 | 8.214.459,55 |
| 448 - Adiantamentos por Conta de Imobilizações Corpóreas | | | | |
| Imobilizações Corpóreas | 75.435.589,97 | 197.378.567,89 | 123.372.668,97 | 74.403.899,51 |
| Investimentos Financeiros | | | | |
| 411 - Partes de Capital | | | | |
| 412 - Obrigações e Títulos de Participação | | | | |
| 414 - Investimentos em Imóveis | | | | |
| 415 - Outras Aplicações Financeiras | 35.260,81 | 94.713,37 | | 94.713,37 |
| 441 - Imobilizações em Curso de Investimentos Financeiros | | | | |
| 447 - Adiantamentos por Conta de Investimentos Financeiros | | | | |
| Investimentos Financeiros | 35.260,81 | 94.713,37 | | 94.713,37 |
| Crediente | | | | |
| Existências | | | | |
| 36 - Matérias-primas, Substâncias e de Consumo | 10.915.798,81 | 9.137.279,62 | | 9.137.279,62 |
| 34 - Sub-produtos, Desperdícios, Resíduos e Refugo | | | | |
| 33 - Produtos Acabados e Intermediários | | | | |

ADENDA AO CONTRATO-PROGRAMA 2016

| | | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|------------------------|-----------------------|
| 32 - Mercadorias | | | | |
| 37 - Adiantamento por Conta de Compras | | | | |
| Existências | 10.915.798,81 | 9.157.279,52 | | 91.37.279,52 |
| Dívidas de Terceiros - Médio e Longo Prazo | 3.699.257,06 | 4.082.336,99 | 612.350,55 | 3.469.986,44 |
| Dívidas de Terceiros - Curto prazo | | | | |
| 28 - Empréstimos Concedidos | | | | |
| 211 - Clientes c/c | 2.207.428,31 | 6.062.502,51 | 3.716.057,31 | 2.346.445,20 |
| 213 - Utentes c/c | 20.278,24 | 36.103,38 | 22.028,31 | 14.075,07 |
| 215 - Instituições do MS | 53.662.093,68 | 79.426.631,03 | 0,00 | 79.426.631,03 |
| 216 - Clientes e Utentes de Cobrança Duvidosa | 0,00 | 552.116,46 | 500.929,14 | 51.187,32 |
| 251 - Devedores pela Execução do Orçamento | 0,00 | | | |
| 229 - Adiantamentos a Fornecedores | 1.697.538,91 | 1.607.323,41 | 0,00 | 1.607.323,41 |
| 2619 - Adiantamentos a Fornecedores de Imobilizado | 0,00 | | | |
| 24 - Estado e Outros Entes Públicos | 235.632,09 | 112.635,68 | 0,00 | 112.635,68 |
| 263/34+267+268 - Outros devedores | 678.819,11 | 4.510.503,78 | 2.156.890,72 | 2.353.623,04 |
| Dívidas de Terceiros - Curto prazo | 54.501.290,34 | 92.308.016,23 | 639.986,15 | 65.312.120,75 |
| Títulos Negociáveis | | | | |
| 151 - Ações | | | | |
| 152 - Obrigações e Títulos de Participação | | | | |
| 153 - Títulos da Dívida Pública | | | | |
| 159 - Outros Títulos | | | | |
| 18 - Outras Aplicações de Tesouraria | | | | |
| Títulos Negociáveis | | | | |
| Depósitos em Inst. Finance e Caixa | | | | |
| 13 - Contas no Tesouro | 10.386.254,76 | 9.850.362,90 | | 9.850.362,90 |
| 12 - Depósitos em Instituições Financeiras | 41.545,05 | 540,07 | | 540,07 |
| 11 - Caixa | 8.183,13 | 9.289,78 | | 9.289,78 |
| Depósitos em Inst. Finance e Caixa | 10.435.982,94 | 9.850.192,75 | | 9.859.192,75 |
| Acréscimos e Diferimentos | | | | |
| 271 - Acréscimos do Provelto | 89.462.675,18 | 90.892.816,41 | | 90.892.816,41 |
| 272 - Custos Diferidos | 1.171.407,85 | 2.109.385,06 | | 2.109.385,06 |
| Acréscimos e Diferimentos | 90.634.083,03 | 93.002.201,47 | | 93.002.201,47 |
| Total da Amortizações | | | 123.516.156,83 | |
| Total de Provisões | | | 1.434.935,48 | |
| TOTAL do ACTIVO | 250.657.782,56 | 406.406.796,77 | 1.305.26.402,86 | 275.889.395,91 |

Handwritten signature

APÊNDICE VII
Balço Previsional - Fundos Próprios e Passivo



Instituição:
Centro Hospitalar de São João, EPE

Contratualização 2016

| | Fundos Próprios e Passivo 2015 | Fundos Próprios e Passivo 2016 |
|--|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Fundos Próprios | | |
| 51 - Património | 115.000.000,00 | 115.000.000,00 |
| 56 - Reservas de Reavaliação | | |
| Sub-total | 115.000.000,00 | 115.000.000,00 |
| Reservas | | |
| 571 - Reservas Legais | 603.873,25 | 603.873,25 |
| 572 - Reservas Estatutárias | 0,00 | |
| 574 - Reservas Livres | 304.281,52 | 304.281,52 |
| 575 - Subsídios | 0,00 | |
| 576 - Doações | 20.259.144,31 | 20.706.476,72 |
| 577 - Reservas Decorrentes da Transferência de Activos | | |
| Sub-total | 21.167.299,08 | 21.614.631,49 |
| Resultados Transferidos | 11.998.192,19 | 10.120.416,04 |
| Resultado líquido do exercício | 57.257.777,70 | 40.231.177,54 |
| Fundo Patrimonial | 118.013.522,24 | 114.367.564,71 |
| Passivo | | |
| Provisões | | |
| 291 - Provisões para Cobranças Duvidosas | | |
| 292 - Provisões para Riscos | 9.484.031,72 | 8.782.547,85 |
| Provisões | 9.484.031,72 | 8.782.547,85 |
| Dívidas a Terceiros - Médio e Longo Prazo | | |
| Terceiros | | |
| 213 - Utentes c/c | | |
| 219 - Adiantamentos do Clientes, Utentes e Instit. MS | 40.709.366,35 | 52.446.751,18 |
| 221 - Fornecedores c/c | 34.620.676,44 | 50.748.092,41 |
| 226 - Fornecedores - Facturas recep. e conf. | 0,00 | |
| 23 - Empréstimos obtidos | 0,00 | |
| 262 - Credores pela Execução do Orçamento | 0,00 | |
| 2611 - Fornecedores de Imobilizado c/c | 1.782.718,39 | 1.216.161,39 |
| 24 - Estado e Outros Entes Públicos | 5.909.626,82 | 6.092.457,06 |
| 2613/4 - Outros Credores | 796.356,00 | 4.271.924,83 |
| Terceiros | 83.818.744,60 | 114.775.386,87 |
| Acréscimos e Diferimentos | | |
| 273 - Acréscimos de Custos | 25.109.932,12 | 24.753.856,85 |
| 274 - Projeitos Diferidos | 14.201.721,88 | 13.101.037,83 |
| Acréscimos e Diferimentos | 39.311.654,00 | 37.854.894,68 |
| Passivo | 102.614.930,32 | 161.412.824,20 |
| Fundos Próprios e Passivo | 250.657.782,56 | 275.880.395,91 |

ADENDA AO CONTRATO-PROGRAMA 2016

APÊNDICE II Objetivos de Qualidade e Eficiência Económico-Financeira

ACSS

INSTITUTO DE SAÚDE
CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO, EPE

Instituição:
Centro Hospitalar de São João, EPE

Contratualização 2016

| Objetivos Nacionais | Pesos Relativos (%) | Meta |
|--|----------------------------|--------------|
| A. Acesso | 60,00 | |
| A.1 Percentagem das primeiras consultas médicas no total de consultas médicas (%) | 15,00 | |
| A.2 Peso das consultas externas médicas com registo de alta no total de consultas externas médicas (%) | 2,00 | 28,5 |
| A.3.1 Percentagem de utentes referenciados dos cuidados de saúde primários para consulta externa atendidos em tempo adequado (%) | 2,00 | 15,0 |
| A.3.2 Percentagem de inscritos em LIC (neoplasias malignas) com tempo de espera ≤ TMRG (%) | 3,00 | 75,0 |
| A.3.3 Percentagem de inscritos em LIC (neoplasias malignas) com tempo de espera ≤ TMRG (%) | 2,00 | 97,0 |
| A.3.3 Mediana de tempo de espera da LIC, em meses | 2,00 | 2,6 |
| A.3.4 Percentagem de episódios de urgência atendidos dentro do tempo de espera previsto no protocolo de triagem | 2,00 | 83,0 |
| A.3.5 Percentagem de doentes sinalizados para a RNCCI, em tempo adequado, no total de doentes tratados (%) | 2,00 | 379,00 |
| B. Desempenho Assistencial | 25,00 | |
| B.1 Percentagem de reinternamentos em 30 dias, na mesma Grande Categoria de Diagnóstico | 2,00 | 4,59 |
| B.2 Percentagem de doentes saídos com duração de internamento acima do limiar máximo (%) | 2,00 | 1,00 |
| B.3 Percentagem de cirurgias da anca efetuadas nas primeiras 48 horas (%) | 2,00 | 75,00 |
| B.4 Percentagem de cirurgias realizadas em ambulatório no total de cirurgias programadas (GDH) – para procedimentos ambulatorizáveis | 2,00 | 80,0 |
| B.5 Percentagem de cirurgias realizadas em ambulatório, para procedimentos tendencialmente ambulatorizáveis | 2,00 | 7,4 |
| B.6 Índice de Demora Média Ajustada | 3,00 | 0,9000 |
| B.7 Índice de Mortalidade Ajustada | 3,00 | 0,8300 |
| B.8 Índice de risco e segurança do doente | 6,00 | 4 |
| B.9 Percentagem de embalagens de medicamentos genéricos prescritos, no total de embalagens de medicamentos prescritos | 3,00 | 54,0 |
| C. Desempenho Económico/Financeiro | 20,00 | |
| C.1 Percentagem de Custos com Horas Extraordinárias, Suplementos e FSE (selecionados), no Total de Custos com Pessoal (€) | 5,00 | 12,5 |
| C.2 Resultado antes juros, impostos, amortizações e depreciações (EBITDA) (€) | 5,00 | 101.729,39 |
| C.3 Acréscimo de Dívida Vencida (forçadores externos) (€) | 5,00 | 6.000.000,00 |
| C.4 Percentagem de proveitos operacionais extra contrato-programa, no total de proveitos operacionais (%) | 5,00 | 12,5 |
| Objetivos Regionais | Pesos Relativos (%) | Meta |
| Via Verde AVC - % de casos com diagnóstico principal de AVC Isquémico (%) | 40,00 | |
| Rácio Consultas Médicas / Urgências (%) | 5,50 | 10,00 |
| Rácio Consultas Médicas / Urgências (%) | 5,50 | 2,95 |
| Taxa de Referenciação para a RNCCI (%) | 6,00 | 5,00 |
| Tempo de espera para triagem média da consulta externa | 6,00 | 10,00 |
| Garantir o início do tratamento da Retinopatia Diabética em 30 dias (%) | 5,50 | 1,00 |
| Implementação das Equipas inter-hospitalares de cuidados paliativos | 5,50 | 100,00 |
| Prevenção e Controlo da Infecção e de Resistências aos Antimicrobianos | 6,00 | 100,00 |

Objetivos de Desempenho do serviço de urgência

| | Pesos Relativos (%) | Meta |
|---|---------------------|-------|
| U.1 Variação percentual de episódios de urgência com prioridade verde/azul/branca | 25,00 | -3,70 |
| U.2 Variação percentual de episódios de urgência com internamento | 25,00 | 0,00 |
| U.3 Variação percentual de utilizadores frequentes (>4 episódios) | 25,00 | -1,50 |
| U.4 Rácio Consultas Externas/Atendimentos em Urgência | 25,00 | 2,90 |



Centro Hospitalar de **São João**, EPE.
Alameda Professor Hernâni Monteiro
4202-451 Porto

T +351 225 512 100
E geral@chs.j.min-saude.pt
W www.chsj.pt