

RG S

CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO · PORTO ·

RELATÓRIO
DE GOVERNO
SOCIETÁRIO

2017



Versão aprovada em reunião do Conselho de Administração de 21 de maio de 2018.

ÍNDICE

I. Síntese (Sumário Executivo)	3
II. Missão, Objetivos e Políticas	4
III. Estrutura de capital	8
IV. Participações Sociais e Obrigações detidas	9
V. Órgãos Sociais e Comissões	10
A. Modelo de Governo	10
B. Assembleia Geral	10
C. Administração e Supervisão	11
D. Fiscalização	22
E. Revisor Oficial de Contas (ROC)	23
F. Auditor Externo	24
VI. Organização Interna	25
A. Estatutos e Comunicações	25
B. Controlo interno e gestão de riscos	25
C. Regulamentos e Códigos	28
D. Deveres especiais de informação	30
E. Sítio na Internet	31
F. Prestação de Serviço Público ou de Interesse Geral	32
VII. Remunerações	34
A. Competência para a Determinação	34
B. Comissão de Fixação de Remunerações	34
C. Estrutura das Remunerações	34
D. Divulgação das Remunerações	35
VIII. Transações com partes Relacionadas e Outras	38
IX. Análise de sustentabilidade da entidade nos domínios económico, social e ambiental	39
X. Avaliação do Governo Societário	46
XI. Anexos do RGS	47

ÍNDICE DE TABELAS

n.º1	Grau de cumprimento das metas estabelecidas no Contrato Programa	6
n.º2	Composição do Conselho de Administração	11
n.º3	Distribuição de pelouros pelos membros do Conselho de Administração	13
n.º4	Reuniões do Conselho de Administração	15
n.º5	Acumulação de funções dos membros do Órgão de Administração	16
n.º6	Resumo das atividades CFT-CHSJ	18
n.º7	Fiscal Único	23
n.º8	Remunerações do Fiscal Único	23
n.º9	Competência para determinar remunerações dos órgãos sociais, comissão executiva e dos dirigentes	34
n.º10	Remunerações dos membros do Conselho de Administração	35
n.º11	Remuneração anual auferida pelos membros do Conselho de Administração	36
n.º12	Benefícios Sociais dos membros do Conselho de Administração	36
n.º13	Evolução dos resultados	40
n.º14	Taxa de execução do Contrato Programa por linha de atividade	48
n.º15	Taxa de execução dos objetivos de acesso, qualidade assistencial e eficiência económico-financeira	50
n.º16	Orçamento Económico	51
n.º17	Riscos identificados - Serviço de Gestão de Recursos Humanos	65
n.º18	Riscos identificados - Centro de Ambulatório	67
n.º19	Riscos identificados - Serviços Financeiros	68
n.º20	Riscos identificados - Serviço de Aprovisionamento	69

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.

Através do Decreto-lei n.º 30/2011 de 2 de março, de 1 de abril de 2011, foi criado o CHSJ, resultante da fusão de duas unidades hospitalares: o Hospital de São João e o Hospital de Nossa Senhora da Conceição.

É uma instituição com personalidade coletiva de direito público com natureza pública empresarial e com autonomia financeira, patrimonial e administrativa.

O presente relatório foi elaborado tendo por base o “Manual para a elaboração do Relatório de Governo Societário 2017” disponibilizado pela Unidade Técnica de Acompanhamento e Monitorização do Setor Empresarial do Estado – Ministério das Finanças.

Este relatório pretende “clarificar e sistematizar o processo de cumprimento por parte das entidades do Sector Público Empresarial (SPE) do disposto no artigo 54.º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro que estabelece no seu n.º 1 que as “empresas públicas apresentam anualmente relatórios de boas práticas de governo societário, do qual consta informação anual e completa sobre todas as matérias reguladas pelo [Capítulo II do diploma]” e no n.º 2 que “compete aos órgãos de fiscalização aferir no respetivo relatório o cumprimento da exigência prevista no número anterior.”

Em 28 de novembro de 2017 foi nomeado o Conselho Fiscal para o mandato 2017-2019 através do Despacho S/N dos Ministérios das Finanças e Saúde. Contudo, apenas foi dado a conhecer ao CHSJ a 5 de janeiro de 2018 através de um e-mail reencaminhado pela ARS Norte, I.P. com proveniência do Gabinete do Ministro da Saúde. Desta forma, a efetiva entrada em funções deste Órgão só ocorreu em 2018, pelo que, não se aplica ao período em análise neste Relatório.

Ao longo do exercício de 2017, considera-se que o CHSJ cumpriu as Boas Práticas de Governo Societário, como se poderá verificar ao longo do presente documento.

II. MISSÃO, OBJETIVOS E POLÍTICAS

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

Missão e Visão

O CHSJ tem como missão prestar os melhores cuidados de saúde, com elevados níveis de competência, qualidade 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.

Valores

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

- Sentido de serviço público;
- Comprometimento com a estratégia e a missão do CHSJ;
- Atividade orientada para os resultados para atingir a excelência;
- Observância das normas e cumprimento dos procedimentos aplicáveis;
- Responsabilidade, diligência e eficiência;
- Envolvimento, colaboração mútua e espírito de equipa;
- Melhoria contínua, aperfeiçoamento técnico e valorização pessoal.

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

- a) Objetivos e resultados definidos pelos acionistas relativos ao desenvolvimento da atividade empresarial a alcançar em cada ano e triénio, em especial os económicos e financeiros;*
- b) Grau de cumprimento dos mesmos, assim como a justificação dos desvios verificados e das medidas de correção aplicadas ou a aplicar.*

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

Para o triénio 2017-2019 a visão estratégica preconizada pelo Conselho de Administração baseia-se nos seguintes Objetivos Estratégicos.

EIXO 1 – O HOSPITAL NA COMUNIDADE

Ação I – Ouvir e valorizar a opinião dos cidadãos e dos seus representantes, do corpo profissional do hospital e dos parceiros sociais e institucionais, procurando o seu envolvimento no desenvolvimento da organização, na gestão operacional e nos processos de decisão;

Ação II – Desenvolver processos de liderança que assegurem a excelência assistencial e a inovação, investindo na valorização do talento de modo a garantir a continuidade institucional;

Ação III – Criar mecanismos que facilitem a comunicação com o hospital e com os seus profissionais, que facilitem a orientação do cidadão no hospital e que eliminem as barreiras físicas de acesso;

Ação IV – Maximizar a prática assistencial em ambulatório, reduzindo a necessidade de internamento, com melhoria de conforto e segurança do utente;

Ação V – Implementação de processos assistenciais integrados com os vários níveis de prestação de cuidados – cuidados primários, cuidados continuados e assistência social – contribuindo para eficiência, segurança, efetividade e ausência de vazios de processo;

Ação VI – Desenvolver processos de inovação assistencial com deslocação de recursos, humanos e tecnológicos, e prática extra-hospitalar, envolvendo doentes e cuidadores em cooperação e colaboração com outros níveis de prestação de cuidados – cuidados primários, cuidados continuados e assistência social.

EIXO 2 – INCLUSÃO, EQUIDADE, ACESSO, HUMANIZAÇÃO

Ação I – Reforçar a capacidade de resposta através do investimento em estruturas e infraestruturas, captação de recursos humanos, redefinição e adaptação de processos e fluxos assistenciais;

Ação II – Promover políticas e práticas que valorizem a diversidade, maximizem equidade e empoderem um ambiente acessível e inclusivo, inscrevendo estes valores como desígnio e cultura da instituição;

Ação III – Promover, em todas as atividades hospitalares, a qualidade, em todas as suas vertentes - segurança, efetividade, eficiência, acessibilidade, foco no doente e equidade - ancorada num sólido sistema de gestão de risco;

Ação IV – Trabalhar em conjunto com os nossos parceiros (saúde, segurança social, organizações sociais e comunitárias) no desenvolvimento e/ou aprofundamento de programas que permitam dar resposta a cidadãos com necessidades múltiplas e complexas;

Ação V – Avaliar e valorizar a opinião expressa de doentes e de familiares acerca da experiência hospitalar global, fundamentando nessa expressão as políticas de melhoria de qualidade e de adaptação de estruturas e processos à população que servimos, tornando o hospital mais amigo do doente e da sua família;

Ação VI – Criar mecanismos que facilitem a comunicação com o hospital e com os seus profissionais, que facilitem a orientação do cidadão no hospital e que eliminem as barreiras físicas de acesso;

Ação VII – Exercer os cuidados de saúde não apenas a favor de políticas de inclusão de minorias, mas também como promotor dessas políticas.

EIXO 3 – INOVAÇÃO, ENSINO E INVESTIGAÇÃO

Ação I – Criar um ambiente favorável à geração de conhecimento através da pesquisa e da investigação, fomentando, sempre que possível, a translação para a prática hospitalar;

Ação II – Procurar sistematicamente a evidência que facilite a adoção de práticas mais seguras e com melhor relação custo-eficácia e custo-utilidade;

Ação III – Privilegiar e fomentar uma política de formação que proporcione a procura da inovação, a melhoria contínua e uma cultura organizacional de aprendizagem e de transmissão de conhecimento;

Ação IV – Promover a investigação e as iniciativas de melhoria de qualidade baseadas nos registos clínicos eletrónicos do doente, promovendo o desenvolvimento e a prática da Medicina de Precisão, baseada na correta utilização do Big Data e do conhecimento network-based, por um lado, e do conhecimento bio-psico-social de cada doente;

Ação V – Promover o desenvolvimento tecnológico, nomeadamente aquele que permite e facilita a participação do doente e da família nos cuidados de saúde;

Ação VI – Investir em áreas clínicas de elevada exigência, diferenciação e multidisciplinaridade, situando o Centro Hospitalar como Centro de Referência nacional e internacional em múltiplas destas áreas;

Ação VII – Manter e desenvolver a cooperação com as escolas de saúde, particularmente, com a Faculdade de Medicina, no âmbito do Centro Universitário de Medicina.

EIXO 4 – EFICIÊNCIA E SUSTENTABILIDADE

Ação I – Assegurar que todas as operações e instrumentos financeiros, indicadores de atividade e de resultados, suportem as prioridades estratégicas institucionais e sistémicas;

Ação II – Procurar fontes alternativas de financiamento ao contrato-programa, aprofundar processos de melhoria da eficiência operacional respeitando a missão tripartida do hospital – assistência, investigação e ensino – e otimizar a estrutura de custos;

Ação III – Reivindicar a reposição da autonomia operacional da instituição de acordo com os estatutos do hospital e com a legislação em vigor;

Ação IV – Respeitar e aprofundar a transparência nos processos de comunicação da informação institucional à Tutela e à comunidade;

Ação V – Adopção de novas políticas de gestão e de inovação organizacional que promovam o envolvimento e o compromisso dos profissionais e que possibilitem a partilha de objetivos e de resultados;

Ação VI – Desenvolvimento de processos de melhoria contínua que possibilitem o uso mais eficiente dos recursos disponíveis, bem como, que possibilitem o aumento da produtividade;

Ação VII – Aposta e reforço em processos de acompanhamento e monitorização da atividade e seus custos, bem como, das realidades materialmente relevantes;

Ação VIII – Reforçar a Política do Medicamento e do Consumo Clínico.

O processo de Planeamento Estratégico promovido pela Tutela, culmina na assinatura de um Contrato Programa para o triénio, o qual é revisto anualmente através de uma adenda ao documento inicial (Adenda ao Contrato Programa).

Assim, em 22 de junho de 2017, o CHSJ assinou o Contrato-Programa 2017-2019, estando definidas, as Cláusulas Específicas para o ano de 2017 (documento apresentado na página da internet: http://portal-chsj.min-saude.pt/uploads/document/file/655/CHSJ_CP_2017assinado_2_.pdf).

Na persecução dos objetivos contratualizados para 2017, o CHSJ atingiu o seguinte grau de cumprimento das metas estabelecidas no âmbito do Contrato Programa:

TABELA N.º 1 – GRAU CUMPRIMENTO DAS METAS ESTABELECIDAS NO CONTRATO PROGRAMA

Cláusula do Contrato-Programa	Taxa de execução	Observações
Produção	99,4%	Ver detalhe da taxa de execução no Anexo 1
Objetivos de Acesso, Desempenho Assistencial e Eficiência	87,2%	Ver detalhe da taxa de execução no Anexo 1
Sustentabilidade Económico-Financeira	81,72%	Ver detalhe da taxa de execução no Anexo 1

No exercício de 2017, apesar das diversas paralisações da atividade por motivos de greve com efeitos significativos no movimento assistencial, o CHSJ conseguiu alcançar a maioria dos objetivos contratualizados para a atividade assistencial, alcançando uma taxa de execução global (em euros) de 99,4%.

De salientar que, em várias linhas de atividade, o CHSJ conseguiu alcançar uma taxa de cumprimento da atividade assistencial superior a 100%, nomeadamente:

- ECMO - GDH Cirúrgicos – Urgentes;
- GDH Médicos de Ambulatório;

- Sessões de Radioncologia;
- Programa Tratamento Cirúrgico da Obesidade (PTCO);
- Esclerose Múltipla - N.º Doentes terapêutica modificadora;
- Patologia Oncológica - N.º Doentes em Tratamento.

No que diz respeito aos Objetivos de Acesso, Qualidade Assistencial e Eficiência Económico-Financeira previstos no Contrato Programa de 2017, o Índice de Desempenho Global estimado é de 87,2%.

Para o desfasamento do executado face ao contratualizado, contribuem de forma decisiva os seguintes objetivos:

- Acréscimo de dívida vencida (fornecedores externos) – execução de 0%;

Em 2017 recebemos da Tutela mais, cerca de, 22 M€ que em 2016, mas como, cerca de, 4M€ foram transferidos apenas em 28-12-2017 estes não puderam ser utilizados, e portanto, transitaram em saldo. Este acréscimo de verbas foi utilizado para o pagamento de dívidas do ano anterior – apesar de não termos pagamentos em atraso em 31-12-2016, aumentamos o valor da dívida em cerca de 18,7M€. Em 2017 verificou-se um acréscimo de custos em todas as rubricas: Compras em 9,3M€; FSE em 3,7M€ e Custos com Pessoal em 6,5M€, pelo que, não tendo recebido verbas adicionais para cobrir estes aumentos de custos, encerramos o ano não só com um acréscimo global do valor da dívida mas também com pagamentos em atraso.

- Tempo de espera para a triagem médica da CE – execução de 63,6%

A entrada em vigor do Despacho n.º 6170-A/2016 de 9 de maio que veio estabelecer o Livre Acesso e Circulação (LAC) dos utentes no Serviço Nacional de Saúde, levou a um aumento de 64% da Lista de Espera para a Consulta (LEC) do CHSJ, entre 31/12/2015 e 31/12/2017. Desta forma, ao longo do ano de 2017 a maioria dos indicadores de monitorização da LEC apresentaram uma performance inferior à registada em 2016 e o indicador - Tempo de espera para a triagem médica da CE – foi um dos que piorou face ao desempenho de 2016.

Assim, e dado que a meta contratualizada para 2017 (6 dias), tinha subjacente o desempenho de 2016, os 8,2 dias alcançados em 2017, conduziu a uma execução deste indicador de 63,6%.

- Índice PPCIRA – execução de 70%

Desempenho ficou aquém do contratualizado pois é um indicador 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.

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 setorial a prosseguir, às orientações específicas a cada entidade, aos objetivos a alcançar no exercício da atividade operacional e ao nível de serviço público a prestar pela entidade (vide n.º 4 do artigo 39.º do RJISPE).

No Setor da Saúde as orientações setoriais encontram-se reunidas num documento divulgado anualmente pela ACSS, I.P., denominado - *Termos de Referência para contratualização de cuidados de saúde no SNS*.

Os Termos de Referência suportam o processo de contratualização que operacionaliza as orientações da Política de Saúde e consideram medidas transversais às várias entidades do Ministério da Saúde.

O processo de contratualização de cuidados de saúde pretende contribuir para o objetivo geral do SNS de garantir elevados níveis de acesso, de qualidade e de eficiência dos cuidados presta-

III. ESTRUTURA DE CAPITAL

dos à população, incentivando a melhoria global da performance na gestão dos recursos disponíveis no Setor da Saúde, e contempla três instrumentos essenciais:

- a) A contratação de atividade – contratar o volume e o mix de serviços de acordo com as necessidades da população, aproximando a oferta à procura efetiva;
- b) Os modelos de financiamento e as modalidades de pagamento - alavancar o comportamento dos prestadores e alinhar os objetivos individuais com o processo global de prestação de cuidados;
- c) A medição da performance – medir e comparar o desempenho das instituições em áreas estratégicas e prioritárias a nível nacional, através de indicadores de processo, output e resultado.

Desta forma, a Adenda ao Contrato Programa assinada anualmente entre o CHSJ e a Tutela, representada pela ACSS, I.P. e pela ARS-Norte, I.P., identifica os objetivos a alcançar no exercício da atividade operacional e o nível de serviço público a prestar pelo CHSJ.

O Contrato-Programa assinado pelo CHSJ, para o ano de 2017, encontra-se publicado na página da internet: http://portal-chsj.min-saude.pt/uploads/document/file/655/CHSJ_CP_2017_assinado_2_.pdf, conforme referido anteriormente.

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 152.500.000 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.

Em 2017, o CHSJ foi objeto de um aumento de capital resultante do Despacho n.º 1265/17 de 29 de dezembro, do Senhor Secretário de Estado do Tesouro, no valor de 37.500.000,00€.

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) no seu artigo 447.º (vide alíneas a) e b) do n.º 1 do artigo 44.º do RJSPE).

Os membros do Conselho de Administração do CHSJ, EPE no exercício de 2017, 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.º 1 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, quando aplicável 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

A. Modelo de Governo

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

1. Identificação do modelo de governo adotado.

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, que estabelece os princípios e regras aplicáveis ao Setor Público Empresarial, e do artigo 18.º do Anexo da Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro, com os Estatutos definidos no Anexo II do 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, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro.

Em 31 de Julho de 2013, foi homologado o Regulamento Interno do Centro Hospitalar de São João, E.P.E., o qual foi revisto após a nomeação, em 15 de fevereiro de 2016, do Conselho de Administração atualmente em funções. Este último documento foi homologado por despacho de Sua Excelência a Sra. Secretária de Estado da Saúde, exarado em 22 de fevereiro de 2018.

Assim, de acordo com o disposto no artigo 7.º do Regulamento Interno em vigor no ano de 2017, em conformidade com o estipulado nos Estatutos, são órgãos do Centro Hospitalar de São João, E.P.E.:

- a) O Conselho de Administração;
- b) O Fiscal Único;
- c) E o Conselho Consultivo.

Considerando que o n.º 1 do artigo 15.º dos Estatutos do referido Centro Hospitalar de São João, dispõe que nas E.P.E., abrangidas pelo regime constante da Lei n.º 148/2015, de 9 de setembro, a fiscalização e controlo da legalidade da gestão financeira e patrimonial é exercida por um conselho fiscal e por um revisor oficial de contas ou por uma sociedade de revisores oficiais de contas que não seja membro daquele órgão, obrigatoriamente, de entre os auditores registados na Comissão do Mercado de Valores Mobiliários.

Em 2018 o CHSJ passou a incluir o Conselho Fiscal como órgão da instituição, nomeado pelo Despacho S/N dos Ministérios das Finanças e Saúde, em substituição da figura do Fiscal Único.

Nos termos e ao abrigo do disposto na alínea a) do n.º 1 e nos n.ºs 4 e 5 do artigo 18.º dos Estatutos constantes do anexo II do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro, alterado pelos Decretos – Leis n.º 50 -A/2007, de 28 de fevereiro, 18/2008, de 29 de janeiro, 176/2009, de 4 de agosto, 136/2010, de 27 de dezembro e 183/2015, de 31 de agosto, aplicável por força dos n.º 3 do artigo 1.º e 1 do artigo 5.º ambos do Decreto-Lei n.º 30/2011, de 2 de março, foi nomeado o Professor Doutor Serafim Correia Pinto Guimarães para o cargo de Presidente do Conselho Consultivo do Centro Hospitalar de São João, E. P. E., cargo este não remunerado. Posteriormente, foram nomeados os seguintes elementos do Conselho Consultivo:

Representante da Administração Regional de Saúde do Norte:

António José Pimenta Marinho

Representante dos Utentes: Dietmar Appelt

Representante dos Trabalhadores: Raquel Peneda

Representante do Voluntariado: Manuela Duarte

Nomeada pelo Conselho de Administração: Maria Lourdes Bastos

Nomeado pelo Conselho de Administração: José Guimarães dos Santos

B. Assembleia Geral

O CHSJ como EPE, não tem Assembleia Geral, pelo que todo este ponto não lhe é aplicável.

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

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

C. Administração e Supervisão

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

2. Caracterização da composição, consoante aplicável, do Conselho de Administração, do Conselho de Administração Executivo e do Conselho Geral e de Supervisão, com indicação do número estatutário mínimo e máximo de membros, duração estatutária do mandato, número de membros efetivos, data da primeira designação e data do termo de mandato de cada membro. Caso tenha ocorrido alteração de mandato durante o ano em reporte, a entidade deverá indicar os mandatos respetivos (o que saiu e o que entrou).

A Resolução de Conselho de Ministros n.º 4-H/2016 de 15 de fevereiro, determinou a nomeação do Conselho de Administração para o Centro Hospitalar São João, E.P.E., para o mandato 2016-2018. A composição, mandato, vinculação e estatuto dos membros do Conselho de Administração são regulados, respetivamente, pelos artigos 6.º, 12.º e 13.º dos Estatutos do CHSJ, sendo adicionalmente aplicável o disposto no Estatuto do Gestor Público.

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.

TABELA N.º 2 – COMPOSIÇÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Mandato (Início - Fim)	Cargo	Nome	Designação		Remuneração	
			Forma (1)	Data	Entidade Pagadora	(O/D) (2)
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

Número estatutário mínimo e máximo de membros - [número mínimo] / [número máximo]

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

(2) O/D – Origem / Destino

3. Distinção dos membros executivos e não executivos do Conselho de Administração¹ e, relativamente aos membros não executivos, identificação dos membros que podem ser considerados independentes², ou, se aplicável, identificação dos membros independentes do Conselho Geral e de Supervisão (vide artigo 32.º do RJSPE).

Todos os membros do Conselho de Administração exercem funções executivas.

4. Apresentação de elementos curriculares relevantes de cada um dos membros, consoante aplicável, do Conselho de Administração, do Conselho Geral e de Supervisão e do Conselho de Administração Executivo. Deverão especificamente ser indicadas as atividades profissionais exercidas, pelo menos, nos últimos 5 anos (vide alínea j) do n.º 1 do artigo 44.º do RJSPE).

Os elementos curriculares dos membros do Conselho de Administração do CHSJ são apresentados em anexo a este relatório (Anexo 2).

5. 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 uma declaração referente à não detenção de parti-

pações 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 as quais se apresentam em anexo (Anexo 3).

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

Não Aplicável.

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

Ao abrigo das competências previstas nos Estatutos dos centros hospitalares com a natureza de entidades públicas empresariais – aprovados em Anexo II ao Decreto-Lei n.º 18/2017 de 10 de fevereiro – e em consonância com a estrutura orgânica do CHSJ, aos membros do Conselho de Administração foram atribuídas as seguintes responsabilidades:

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.

3. Tem-se por desejável ser adequadamente evidenciada a receção das declarações por parte dos destinatários. Para o efeito considere-se o que refere a Inspeção-Geral de Finanças no sítio na internet desta última, acessível através da hiperligação <http://www.igf.gov.pt/deveres-de-comunicacao/deveres-de-informacao-gestores-publicos1.aspx>. "(...) Para cumprimento desta obrigação legal, a IGF disponibiliza um formulário eletrónico ao qual o gestor público deve solicitar o acesso, através do envio de mensagem de correio eletrónico para o endereço de mail gestorespublicos@igf.gov.pt, que também está disponível para o esclarecimento de quaisquer dúvidas. Após o recebimento da resposta com o respetivo link de acesso, deve preencher integralmente o formulário e submetê-lo no sistema, podendo no final imprimir as suas respostas".

TABELA N.º 3 - DISTRIBUIÇÃO DE PELOUROS PELOS MEMBROS DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

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 Planeamento e Controlo de Gestão	X				
Serviço de Auditoria Interna	X				
Serviço de Comunicação e Marca	X				
Gabinete Jurídico e Contencioso	X				
Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa	X				
Serviço de Humanização	X				
Serviço de Organização Administrativa	X				
Responsável do Acesso à Informação	X				
UAG de Medicina		X			
UAG de Cirurgia		X			
UAG da Urgência e Medicina Intensiva		X			
Centro Pediátrico		X			
Clínica da Mulher		X			
Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental		X			
Centro de Imagiologia		X			
Centro de Medicina Laboratorial		X			
Centros de Responsabilidade Integrada (CRI)		X			
Centros de Referência		X			
Centro de Epidemiologia Hospitalar		X	X		
Centro de Ambulatório		X			
Serviços Farmacêuticos na vertente clínica		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
Unidade de Nutrição e Dietética		X			
Gabinete de Coordenação de Colheitas e Transplantação		X			
Unidade Hospitalar de Gestão de Inscritos para Cirurgia		X			
Entidade de Verificação da Admissibilidade da Colheita para Transplante (EVA)		X			
Unidade Local de Gestão de Acesso (ULGA)		X			
Comissão de Ética para a Saúde		X			
Comissão de Farmácia e Terapêutica		X			
Comissão de Controlo de infeção 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		
Serviços Farmacêuticos, na vertente de logística e compras				X	
Serviço de Aprovisionamento				X	
Serviço de Instalações e Equipamentos				X	
Serviço de Operações Hoteleiras				X	
Serviço de Sistemas e Tecnologias de informação					X
Unidade de Desenvolvimento de Software					X
Serviço de Inteligência de Dados					X
Serviço de Arquivo					X
Serviços Financeiros					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).

8. 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;

Ao longo do exercício de 2017 foram realizadas 47 reuniões e o grau de assiduidade de cada membro foi o abaixo apresentado, refletindo, nomeadamente, o motivo Férias.

TABELA N.º 4 - REUNIÕES DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Cargo	Nome	Assiduidade (%)
Presidente do Conselho de Administração	António Joaquim Freitas de Oliveira e Silva	95,74%
Diretor Clínico	José Artur Osório de Carvalho Paiva	85,10%
Enfermeira Diretora	Maria Filomena Passos Teixeira Cardoso	85,10%
Vogal Executivo	Ilídio Renato Garrido Matos Pereira	91,49%
Vogal Executivo	Luís Carlos Fontoura Porto Gomes	82,98%

4. Deve ser ajustado ao modelo de governo adotado.

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

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:

TABELA N.º 5 – ACUMULAÇÃO DE FUNÇÕES DOS MEMBROS DO ÓRGÃO DE ADMINISTRAÇÃO

Membro do Órgão de Administração	Acumulação de Funções		
	Entidade	Função	Regime
António Joaquim Freitas de Oliveira e Silva (i)	-	Docência	Público ou Interesse Público
José Artur Osório de Carvalho Paiva (i) e (ii)	FMUP	Docência	Público ou Interesse Público
	CHSJ	Atividade médica assistencial	-
Maria Filomena Passos Teixeira Cardoso (i)	Universidade Fernando Pessoa	Docência	Público ou Interesse Público
Ilídio Renato Garrido Matos Pereira (i)	Católica Porto Business School	Docência	Público ou Interesse Público
	Escola Superior de Enfermagem Cruz Vermelha Portuguesa de Oliveira de Azeméis	Docência	Público ou Interesse Público

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

(ii) Despacho n.º 4087/2017 de 12 de maio de 2017

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 2017.

d) Comissões ⁶ 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.

De acordo com o artigo 20.º do Regulamento Interno do CHSJ, “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;
- Comissão de Farmácia e Terapêutica;
- Comissão de Controlo da Infecção Hospitalar/ Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência Antimicrobiana;
- Comissão da Qualidade e Segurança;
- Comissão de Coordenação Oncológica;
- Comissão Técnica de Certificação da Interrupção da Gravidez;
- Comissão Hospitalar de Transfusão.

6. Que incluam ou tenham a participação de elementos do órgão de administração ou supervisão.

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

A Comissão de Ética do Centro Hospitalar de S. João (CHSJ) / Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP) é um órgão consultivo, multidisciplinar e independente, cuja atividade se rege de acordo com o previsto no Decreto-Lei n.º 97/95 de 10 de maio, na Lei n.º 46/2004 de 19 de Agosto, na Lei n.º 12/2005 de 26 de Janeiro, no Decreto-Lei n.º 102/2007 de 2 de Abril, e na Lei n.º 21/2014 de 16 de Abril.

À CES cabe zelar pela observância de padrões de ética no ensino e no exercício das ciências médicas, na assistência e na investigação, no relacionamento profissional e nas práticas de gestão, de forma a proteger e garantir a dignidade e integridade da pessoa humana; salvaguardar os princípios da bioética, postulando o respeito pela dignidade humana, pela autonomia individual e pela justiça, numa atenção preferencial à beneficência e à vulnerabilidade; emitir pareceres; proceder à análise e reflexão sobre temas da prática biomédica que envolvam questões de ética e difundir a sua atividade.

A Comissão de Ética Centro Hospitalar São João / Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (CE), em 2017, manteve um número semelhante de pareceres que lhe foram solicitados relativamente a 2016 (732 – 2016 / 731 – 2017). De realçar o facto de, pela primeira vez, ser maior o número de pareceres assistenciais (353) do que os pareceres para projetos de investigação (324).

Foi convidada a participar por 11 vezes em reuniões de Serviço para colaborar em decisões de carácter assistencial (Obstetrícia, Neonatologia, Oncologia, Genética, UCIPU, Neurocríticos, Cirurgia Cardiorácica, Neurologia Pediátrica, Medicina Intensiva Pediátrica).

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

Colaborou com o Serviço de Humanização nas VIII Jornadas de Humanização, subordinadas ao tema 'Humanização, Ética e Cultura', em 29 de Junho de 2017, onde se assinalou o 30º aniversário da CE (presentes como convidados muitos dos antigos membros, tendo sido entregue medalha comemorativa).

Participou ativamente, com apresentações de comunicações, em duas reuniões nacionais promovidas pela RedÉtica (Porto – 18 de Maio, e Viseu – 2 de Novembro), e na Comissão Organizadora do Seminário de Primavera, que decorreu no Porto, a 18 de Maio.

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

Participou na reunião de receção aos médicos internos, a convite da Direcção do Internato Médico, com uma conferência intitulada 'Ética e prática clínica'.

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

Cooperou com o RAI (Responsável pelo Acesso à Informação) e com o Centro de Epidemiologia Hospitalar, em matéria relativa ao acesso à informação em Saúde, na definição de um novo circuito de submissão dos projetos de investigação no CHSJ, que foi aprovado pelo Conselho de Administração em 21 de dezembro de 2017.

A Entidade de Verificação da Admissibilidade da Colheita para Transplante (EVA) funcionou junto desta CES, e, em 2017, elaborou pareceres para 13 pedidos.

COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA DO CENTRO HOSPITALAR SÃO JOÃO (CFT-CHSJ)

As Comissões de Farmácia e Terapêutica das entidades de natureza hospitalar do setor público têm por missão propor, no âmbito das respetivas unidades de saúde, as orientações terapêuticas e a utilização mais eficiente dos medicamentos, no âmbito da política do medicamento, apoiadas em bases sólidas de farmacologia clínica e evidência da economia da saúde sobre custo-efetividade, monitorizando a prescrição dos medicamentos, a sua utilização e garantindo a todos os utentes a equidade no acesso à terapêutica (despacho n.º 2325/2017).

À CFT compete:

- a) Atuar como órgão de ligação entre os serviços de ação

médica e os serviços farmacêuticos;

b) Pronunciar-se sobre a adequação da terapêutica prescrita aos doentes, quando solicitado pelo seu presidente e sem quebra das normas deontológicas;

c) Selecionar, entre as alternativas terapêuticas previstas no Formulário Nacional de Medicamentos a lista de medicamentos que serão disponibilizados pela instituição, e implementar e monitorizar o cumprimento dos critérios de utilização de medicamentos emitidos pela Comissão Nacional de Farmácia e Terapêutica e dos protocolos da entidade;

d) Monitorizar os dados resultantes da utilização de medicamentos;

e) Representar a instituição na articulação com a CNFT e colaborar com a mesma disponibilizando a informação e os pareceres acerca da utilização dos medicamentos na sua instituição, sempre que para isso for solicitada;

f) Analisar com cada serviço hospitalar os custos da terapêutica que lhe são imputados, auditando periodicamente e identificando desvios na utilização dos medicamentos;

g) Em articulação com o Monitor da Prescrição Médica, monitorizar a prescrição interna de medicamentos e de meios complementares de diagnóstico e terapêutica;

h) Diligenciar a promoção de estratégias efetivas na utilização racional do medicamento na instituição;

i) Colaborar com o Sistema Nacional de Farmacovigilância;

j) Articular com as diferentes Comissões com responsabilidades no âmbito do medicamento, nomeadamente com o GCL-PPCIRA, estabelecendo mecanismos de monitorização e utilização racional de antimicrobianos.

A CFT-CHSJ é constituída por seis elementos, três médicos e três farmacêuticos e reúne semanalmente.

Resumo das atividades desenvolvidas durante o ano de 2017:

TABELA N.º 6 – RESUMO DAS ATIVIDADES CFT – CHSJ

Atividade(s)	N.º
Nº de Reuniões	48
Nº de Pedidos de tratamento hepatite C avaliados	265
Nº de Autorizações de Uso Especial submetidas ao INFARMED	416
Nº de pedidos analisados	556
Autorização de amostras	1
Manipulados	1
Material de Penso - Formulário	5
Medicamento - Casuístico	419
Medicamento - Formulário	43

Pareceres Emitidos

Rutura de Medicamentos: Amoxicilina+ Ác. Clavulânico Pó sol inj Fr IV (1.2 e 2.2 gramas), Cloreto Potássio 600 mg Comp L e Azitromicina 500 mg Sol Inj IV.

Profilaxia de infeções oportunistas em doentes HIV.

Regularização da dispensa em farmácia de ambulatório.

Definição de critérios para a sua dispensa em Farmácia de Ambulatório.

Dispensa de Metotrexato inj pela Farmácia de Ambulatório - Consulta de Dermatologia e Gastro

Parecer da CFT quanto à precificação do biossimilar do Rituximab

Indicação para a o uso de Rifampicina isolada

Utilização do erlotinib, afatinib ou gefitinib em doentes portadores de mutação ativadora do EGFR

Dispensa de heparina de baixo peso moléculas na farmácia de ambulatório, aos doentes oncológicos pediátricos que dela necessitem.

Flufenazina, decanoato 25 mg/ml Sol inj Fr 1 ml IM - produto em rutura no Mercado Nacional

Rutura de Acetilsalicilato de Lisina IV. Parecer da CFT

Protocolos Elaborados

Protocolo para Administração de Fármacos Antimicrobianos e Fibrinolítico por Via Intratecal ou Intraventricular

Protocolo de administração de misoprostol previamente a procedimentos histeroscópicos

Proposta de Autorização de Terapêutica de Anomalias Vasculares com Bleomicina e Doxiciclina (aprovação da Comissão de Ética para a Saúde (CES))

Protocolo de Atuação: Hipoglicemia no Doente com Diabetes Mellitus 1

Protocolo de Atuação: Crise Adrenal

Recomendações de terapêutica farmacológica da Terapêutica antiretroviral nos doentes com infeção por VIH 1 e VIH 2.

Linhas de Orientação para a Prescrição de Anti-psicóticos Injetáveis em Formas de Absorção Prolongada em Doentes Internados ou em Sessões de Hospital de Dia no CHSJ

Protocolo de tratamento com corticóides e agentes antiangiogénicos oculares

Protocolo de utilização do Infliximab na pediatria

Protocolo: profilaxia antibiótica cirúrgica

Recomendações para Abordagem da Neutropenia Febril em doente Hematológico

Protocolo de Atuação na Neutropenia Febril em Internamento

Protocolo de Atuação na Suspeita Neutropenia Febril: Serviço de Urgência e Ambulatório

Recomendações para Introdução de Antifúngicos na Neutropenia Febril em Hematologia

Protocolo de Profilaxia Pós Exposição (PPE) em Pediatria

Protocolo de Tratamento de Infeções Osteoarticulares

Protocolo PETHEMA LPA: "Tratamento da Leucemia Aguda Promielocítica de Novo"

Protocolo de Administração de Micofenolato de Mofetil a doentes com patologia pulmonar difusa

Protocolo de prescrição do Fumarato de Dimetilo na Esclerose Múltipla

COMISSÃO DE CONTROLO DA INFEÇÃO HOSPITALAR/GRUPO DE COORDENAÇÃO LOCAL DO PROGRAMA DE PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÕES E DE RESISTÊNCIA ANTIMICROBIANA

O Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência Antimicrobiana desenvolve a sua atividade de forma integrada com o Centro de Epidemiologia Hospitalar.

O GCL-PPCIRA é um órgão multidisciplinar de apoio técnico ao Conselho de Administração que tem como missão a prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde e a preservação da eficácia dos antimicrobianos através da promoção do seu uso adequado.

Ao GCL-PPCIRA compete: supervisionar as práticas locais de prevenção e controlo de infeção e de uso de antimicrobianos; garantir o cumprimento obrigatório dos programas de vigilância epidemiológica de infeção associada a cuidados de saúde e de resistências aos antimicrobianos, a implementação de auditorias clínicas internas e garantir o retorno da informação sobre vigilância epidemiológica de infeção e de resistências aos antimicrobianos às unidades clínicas, promovendo e corrigindo práticas de prevenção e controlo de infeção e de uso de antibióticos.

O GCL-PPCIRA deve, nomeadamente, garantir a implementação e funcionamento de um programa local de assistência à prescrição antibiótica, tanto em profilaxia como em terapêutica, capaz de rever e validar as prescrições de, pelo menos, carbapenemes e fluoroquinolonas, nas primeiras 96 horas de terapêutica, com o objetivo de anular o uso de antibióticos em situações em que não estão indicados ou por tempo superior ao necessário.

No âmbito das suas funções, durante o ano de 2017, foram desenvolvidas as seguintes atividades: auditorias, relatórios e pareceres relativos às áreas de prevenção, controlo e vigilância de infeção e ao uso de antimicrobianos; formação de profissionais e estágios de médicos e enfermeiros; elaboração de documentos normativos internos; implementação de medidas de controlo de infeção de acordo com programa de vigilância interna; auditoria e intervenção no âmbito do Programa de Apoio à Prescrição de Antimicrobianos.

COMISSÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA

MISSÃO

Promoção e desenvolvimento de uma cultura de qualidade e segurança que satisfaça os objetivos estratégicos do hospital e atente às prioridades estratégicas e ações definidas na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, expressa no despacho nº 5613/2015 de 27/05, traduzível na melhoria contínua da qualidade e eficiência dos cuidados de saúde, na promoção da segurança dos doentes e dos profissionais, e no apoio e informação das atividades de gestão, assim contribuindo para a missão do CHSJ de prestação de cuidados de saúde diferenciados e humanizados de elevada qualidade, segurança e eficiência.

À Comissão de Qualidade e Segurança do Doente compete:

- Elaborar um plano de ação anual que explicita as atividades que o CHSJ pretende desenvolver neste âmbito;
- Elaborar um relatório de atividades anual que descreva e quantifique as ações implementadas, e os respetivos resultados;
- Promover e facilitar a colaboração a nível de EIGs e serviços, entre si e com os serviços da área de apoio e suporte, para o atingimento dos objetivos estratégicos da instituição na área da qualidade e segurança.

Ao longo do ano de 2017 a CQS acompanhou as seguintes atividades:

- Análise e discussão de normas da DGS (50).
- Auditorias internas sobre as normas emitidas pela DGS (200).
- Auditorias internas de acordo com a norma NP EN ISO 9001.
- Programa de prevenção de quedas (434 notificações) e respetivas auditorias.
- Programa de prevenção de úlceras de pressão.
- Preparação do sistema eletrónico de suporte ao projeto da gestão do risco.
- Formações desenvolvidas no CHSJ no âmbito da segurança do doente, organizadas pela Unidade de Formação.
- Ações de formação dirigidas aos doentes no âmbito da segurança do doente.
- Avaliação da satisfação e ações de melhoria daí decorrentes.

10. Análise das principais causas de reclamações.

11. Iniciativas desenvolvidas para melhoria da prescrição de medicamentos e MCDT.

12. Monitorização das não conformidades na utilização da lista de verificação de segurança cirúrgica na instituição (Taxa=7,17%) e complicações cirúrgicas dos eventos inadmissíveis.

13. Análise da viabilidade de implementação da lista de medicamentos LASA nos serviços clínicos.

14. Monitorização dos indicadores associados às IACS.

Adicionalmente, promoveu o envio periódico das seguintes informações para as entidades competentes:

- DGS: indicadores de monitorização dos sistemas de triagem.
- DGS: diagnóstico de situação no âmbito da qualidade e segurança do doente.
- ERS: dimensões de qualidade: procedimentos de segurança, adequação e conforto das instalações, focalização no utente e satisfação do utente (SINAS).

COMISSÃO DE COORDENAÇÃO ONCOLÓGICA

A Comissão de Coordenação Oncológica 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 Centro Hospitalar de São João 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.

Em 2017, e no seguimento do trabalho efetuado em anos transatos, prosseguiu-se com a elaboração de protocolos terapêuticos instituídos pelo hospital e disponíveis no sistema de prescrição *online*.

Em termos de consultas de Grupo verificou-se um aumento no total de número de consultas pelos diversos grupos, quando

comparado com o ano de 2016, mantendo-se a tendência de crescimento.

COMISSÃO TÉCNICA DE CERTIFICAÇÃO DA INTERRUPÇÃO DA 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 2017. Tem como elementos efetivos Carla Ramalho (presidente), Eduarda Marques (secretária), Teresa Loureiro, Manuela Rodrigues e Renata D'Oliveira e como suplentes Sandra Seco e Teresa Carraca.

Durante o ano de 2017 a comissão apreciou 55 pedidos tendo 54 sido considerados enquadráveis na legislação.

Foram efetuadas 54 interrupções de gravidez (55 fetos) ao abrigo da alínea c) do artigo nº 142 do Código Penal. Foram efetuadas 19 interrupções com recurso a feticídio (cinco depois das 24 semanas) e dois feticídios seletivos em gravidez múltipla com discordância de malformações (numa gravidez gemelar monocoriónica foi efetuada laqueação do cordão em Barcelona).

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 7 de fevereiro de 2018) e elaboração de relatório (Relatório das interrupções médicas da gravidez, Centro de Diagnóstico Pré-Natal).

COMISSÃO HOSPITALAR DE TRANSFUSÃO

À Comissão Hospitalar de Transfusão compete:

- Definir as políticas transfusionais adaptadas às atividades da instituição;
- Adotar medidas corretivas/preventivas para os problemas identificados;
- Elaborar recomendações para o uso apropriado do sangue e componentes;

- Analisar eventos indesejáveis à transfusão;
- Assegurar que os profissionais envolvidos no processo transfusional têm formação adequada.

Em 2017 as principais atividades desenvolvidas por esta Comissão foram as seguintes:

1. Nomeação da 3ª Comissão Hospitalar de Transfusões, dada a necessidade de rever e renomear os seus elementos constituintes, a qual foi autorizada pelo Conselho de Administração em 21-04-2017;
2. Planeadas e realizadas ações de formação em Medicina Transfusional aos médicos internos do CHSJ, em colaboração com o Centro de Formação e a Direção do Internato médico;
3. Planeadas e realizadas ações de formação em Medicina Transfusional aos enfermeiros do CHSJ em colaboração com o Centro de Formação e a Direção de Enfermagem;
4. Análise de todos os incidentes transfusionais, erros, quase-erros e reações adversas e implementação de medidas corretivas;
5. Pedido de reavaliação do atual sistema de identificação dos recetores de transfusão;
6. Realização da 1ª reunião da 3ª Comissão Hospitalar de Transfusões em 22-11-2017
 - a. Proposto a implementação da 5ª versão do MSBOS na instituição em 2018;

Esta proposta é baseada numa análise retrospectiva do consumo de concentrados eritrocitários nos procedimentos cirúrgicos realizados e tem potencial impacto na redução de custos e na melhoria da disponibilidade de componentes para outros doentes;
 - b. Apresentada a proposta de capítulos e respetivos autores para a edição da 2ª versão do Manual Hospitalar de Transfusões, de modo rever e atualizar as recomendações para o uso apropriado de sangue e componentes sanguíneos;
 - c. Apresentado a todos os elementos presentes, a importância de estabelecer um projeto de *Patient Blood Management* no CHSJ, o que inevitavelmente implica a participação de várias especialidades médicas e cirúrgicas, adotando uma abordagem holística e multidisciplinar de forma a garantir o melhor resultado clínico possível. Na

União Europeia mais de 5 milhões de doentes recebem cerca de 24 milhões de componentes sanguíneos por ano (*Resumo Anual do Relatório de Reações e Eventos adversos graves, 2015, Comissão Europeia*). No entanto, existe evidência clínica que demonstra que muitas situações clínicas podem ser efetivamente tratadas com uma série de medidas que possibilitam uma redução da utilização inapropriada dos componentes sanguíneos.

7. Alargamento da implementação da requisição eletrónica a todo o internamento do CHSJ. Trabalho efetuado em conjunto com a UDS, SSTIC e Centro de Epidemiologia Hospitalar.

De sublinhar que a Comissão Hospitalar de Transfusões pretende envolver todos os profissionais do Centro Hospitalar na adoção das melhores práticas transfusionais que se traduzam na obtenção de benefícios para os doentes.

D. Fiscalização⁷

Foram designados para constituir o Conselho Fiscal do Centro Hospitalar de São João, E.P.E., no mandato 2017-2019, os seguintes membros:

Presidente: Dr.^a Maria Luísa Coutinho Ferreira Leite de Castro Anacoreta Correia

Vogal: Dr. António Henrique Machado Capelas

Vogal: Dr. Carlos Fernando Calhau Trigacheiro

Vogal Suplente: Dr.^a Cristina Maria Pereira Branco Mascarenhas Vieira Sampaio

Apesar da nomeação do Conselho Fiscal ter ocorrido em 28/11/2017, através de Despacho S/N dos Ministérios das Finanças e Saúde, o mesmo só foi dado a conhecer ao Centro Hospitalar em 05 de janeiro de 2018 através de um email reencaminhado pela ARS-Norte, I.P. com proveniência do Gabinete do Ministro da Saúde.

Desta forma, a efetiva entrada em funções deste Órgão só ocorreu em 2018, pelo que, não se aplica ao período em análise neste Relatório.

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:

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:

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.

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

E. Revisor Oficial de Contas (ROC)

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

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;
- 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 serviços 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.

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. Apesar do Fiscal Único ter terminado o mandato no final de 2016, este manteve-se em funções no período em análise.

TABELA N.º 7 – FISCAL ÚNICO

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	08-set-14	4
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	-	4

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

TABELA N.º 8 – REMUNERAÇÕES FISCAL ÚNICO

Nome	Remuneração Anual 2017 (€)			
	Bruta (1)	Reduções Remuneratórias (2)	Reversão Remuneratória (3)	Valor Final (4)=(1)-(2)+(3)
Rodrigo Carvalho & M. Gregório	16.457	0	0	16.457

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

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

F. Auditor Externo

Não aplicável, durante o ano de 2017 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:

2. Explicitação ⁸da 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 rede ⁹e 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.

8. Acompanhada de menção à legislação aplicável.

9. 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, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro.

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 18/2017 de 10 de fevereiro. 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 20º do Anexo II do Decreto-Lei n.º 18/2017, 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 preven-

tivas adotadas como resposta aos riscos estabelecidos, nomeadamente nas áreas de Aprovisionamento, Recursos Humanos e Financeira, como se detalha no Anexo 4.

B. Controlo interno e gestão de riscos¹⁰

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 iniciada no final de 2017 a revisão do Plano de Prevenção de Riscos de Gestão, incluindo os de Corrupção e Infrações Conexas, que pretende sistematizar o sistema de ges-

10. 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.

tão 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 2017, foram realizados 3 simulacros de incêndio internos e elaborados 51 Planos Específicos de Emergência.

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.

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. A revisão do Plano iniciada no final de 2017, pretende alargar a sua abrangência a mais áreas de atuação.

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 sobretudo 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 continuidade 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 quantidade 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.

Não obstante, 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.

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, efetuada 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 ativi-

dades 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 SCI 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, nas entidades abrangidas pelo regime constante da Lei n.º 148/2015, de 9 de setembro a fiscalização e controlo da legalidade da gestão financeira e patrimonial é exercida por um conselho fiscal e por um revisor oficial de contas ou por uma sociedade de revisores oficiais de contas que não seja membro daquele órgão, obrigatoriamente de entre os auditores registados na Comissão do Mercado de Valores Mobiliários.

De referir que em 2017, se manteve em funções o Fiscal Único designado para o mandato 2014-2016, uma vez que a nomeação do Conselho Fiscal foi conhecida pelo CHSJ já em 2018.

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 da hiperligação do sítio na internet 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 18/2017 de 10 de fevereiro.

Adicionalmente, os principais diplomas legais que enquadram a atividade do Centro Hospitalar são os seguintes:

- Lei n.º 48/90, de 24 de agosto (Lei de Bases da Saúde) e Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro (aprova o novo regime jurídico da gestão hospitalar e procede à primeira alteração à Lei n.º 48/90, de 24 de agosto) e Decreto-Lei n.º 11/93 de 15 de janeiro (Estatuto do Serviço Nacional de Saúde);
- Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro, com a primeira alteração efetuada através da Lei n.º 75 – A/2014, de 30 de setembro; que estabelece o Regime Jurídico aplicável ao sector público empresarial;
- Outras normas em vigor, para o Serviço Nacional de Saúde e para o Setor Empresarial do Estado.

Em matéria de aquisições de bens e serviços, o CHSJ, EPE rege-se pelo Código dos Contratos Públicos.

Em 2017 encontrava-se em vigor o Regulamento Interno homologado pela Administração Regional de Saúde do Norte, por delegação de competências, em 31 de Julho de 2013.

Não obstante, e dando cumprimento ao disposto no Artigo 38º do Decreto-Lei n.º 18/2017, foi submetido ao Ministério da Saúde para homologação o novo Regulamento Interno do CHSJ, o que veio a acontecer em Fevereiro de 2018.

Estes elementos encontram-se publicados em: <http://portal-chsj.min-saude.pt/pages/26>

Paralelamente, encontram-se aprovados e disponíveis na Intranet do Centro Hospitalar, os seguintes regulamentos internos:

- Regulamento de Horário de Trabalho e Assiduidade
- Regulamento de Visitas
- Regulamento de Comunicação de Irregularidades

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

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 publicitados, 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 e as normas NP acima mencionadas, assegurando que são recolhidos e incorporados todos os contributos adequados, sendo que em conformidade com as disposições previstas no Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro, aplicáveis ao Setor Público Empresarial e para cumprimento dos princípios orientadores estabelecidos no quadro de referência do Código de Conduta Ética dos serviços e organismos do Ministério da Saúde (aprovado pelo Despacho n.º 9456-C/2014, do Gabinete do Ministro da Saúde), o CHSJ adota um Código de Conduta Institucional, o qual consagra o conjunto de princípios de natureza ética e os valores que norteiam a atuação dos seus colaboradores e estabelece as responsabilidades e os compromissos que regem o relacionamento com os utentes e demais partes interessadas.

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), com a data da última atualização, assim como a identificação das ocorrências e as medidas tomadas para a sua mitigação. Indicação relativa ao cumprimento da legislação e da regulamentação em vigor, 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 da hiperligação para acesso direto ao sítio na internet da entidade onde se encontra publicitado o respetivo Relatório Anual de Execução do PGRCCIC (vide artigo 46.º do RJSPE).

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 PGRIC 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 PGRIC 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:

http://portal-chsj.min-saude.pt/pages/449?folders_list_21_folder_id=115

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, iniciou-se no final de 2017 um processo de 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?folders_list_21_folder_id=115

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 RJSP), 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, DGO e Tribunal de Contas.

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.

E. Sítio na Internet

1. Indicação do(s) endereço(s) utilizado(s)¹¹ na divulgação dos seguintes elementos sobre a entidade (vide artigo 53.º do RJSPE):

a) Sede e, caso aplicável, 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;

https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/02/Hospital_18_2017_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_27_07_2018_modelo_governo_orgaos_sociais.pdf

No que se refere ao Conselho Consultivo, a sua composição encontra-se considerada no Capítulo V. deste relatório e na página da internet do CHSJ <http://portal-chsj.min-saude.pt/>.

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

http://portal-chsj.min-saude.pt/pages/26?folders_list_2_folder_id=2

e) Obrigações de serviço público a que a entidade está sujeita e

¹¹. A informação deve incluir a indicação da "hiperligação" correspondente.

os termos contratuais da prestação de serviço público;

http://portal-chsj.min-saude.pt/uploads/document/file/643/Relat_rio_do_Governo_Societ_rio_2016.pdf

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

http://www.dgtf.pt/ResourcesUser/SEE/Documents/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/> 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).

2. Referência às propostas de contratualização da prestação de serviço público apresentadas ao titular da função acionista e ao membro do governo responsável pelo respetivo setor de atividade (vide n.ºs 1, 2 e 4 do artigo 48.º do RJSPE)¹², das quais deverão constar os seguintes elementos: Associação de metas quantitativas a custos permanentemente auditáveis; Modelo de financiamento, prevendo penalizações em caso de incumprimento; Critérios de avaliação e revisão contratuais; Parâmetros destinados a garantir níveis adequados de satisfação dos utentes; Compatibilidade com o esforço financeiro do Estado, tal como resulta das afetações de verbas constantes do Orçamento do Estado em cada exercício; Metodologias adotadas tendo em vista a melhoria contínua da qualidade do serviço prestado e do grau de satisfação dos clientes ou dos utentes. A entidade deve apresentar evidência¹³ do seguinte:

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

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

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

A proposta de Contratualização elaborada pelo CHSJ para o ano de 2017 teve por base as orientações da Tutela, as quais foram divulgadas através do documento - Termos de Referência para contratualização hospitalar no SNS – Contrato-Programa 2017 – da ACSS.

As metas previstas para o ano de 2017 constam do Acordo Modificativo de 2017 (documento apresentado na página da internet: http://portal-chsj.min-saude.pt/uploads/document/file/655/CHSJ_CP_2017assinado_2_.pdf).

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 2017 – da ACSS e no documento que define as condições e procedimentos de pagamento das prestações de saúde realizadas, que para o ano de 2017.

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

12. Caso não tenha contrato celebrado ou, tendo, caso haja apresentado nova proposta.

13. A evidência solicitada poderá consistir em declaração, no próprio RGS, que foi cumprido o disposto no n.º 1 do artigo 48.º do RJSPE.

Os Critérios de avaliação e revisão estão previstos nos documentos referidos anteriormente, - Termos de Referência para contratualização hospitalar no SNS – Contrato-Programa 2017 – da ACSS que define as condições e procedimentos de pagamento das prestações de saúde realizadas.

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.

No que se refere a este ponto, são de destacar os resultados económico-financeiros alcançados nos últimos anos.

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.

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 2017, 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 2017 são já diversos os serviços, certificados ou em processo de certificação, nomeadamente:

- Serviços cujos SGQ já tinham sido certificados pela nova versão NP EN ISO 9001:2015:

- Farmacêuticos (SFA);
- Imunoalergologia (SIA);
- Recursos Humanos (GRH);
- Esterilização (SEC);
- Operações Hoteleiras (SOH);
- Aprovisionamento (SAP);
- Certificação (CER);
- Obstetrícia (OBS);
- Ginecologia com integração da Unidade da Medicina de Reprodução (GIN);
- Centro de Mama (CMA);
- Imunohemoterapia (SIH).

• Concretizou-se a implementação do SGQ e foram certificados em 2017 de acordo com a NP EN ISO 9001:2015 os seguintes Serviços:

- Patologia Clínica (SPC);
- Cirurgia de Ambulatório (SCA);
- Nefrologia (NFR);
- Dermatologia e Venereologia (DVN);
- Unidade de Formação (UDF).

• Os Serviços que em 2017 prosseguiram a implementação dos seus SGQ visando a certificação prevista para 2018, foram os seguintes:

- Instalações e Equipamentos (SIE);
- Neonatologia (NEO);
- Gabinete de Coordenação da Colheita e Transplante (GCCT);

• Outros Serviços que trabalharam o seu SGQ em 2017, com apoio do CER:

- Cirurgia Geral (CRG);
- Oftalmologia (OFT);
- Ortopedia (ORT);
- Gastroenterologia (GAS);
- Pneumologia (PNM);
- Sistemas e Tecnologias de Informação e Comunicação (STIC);
- Arquivo, Segurança e Acesso à Informação (ASAI);
- Direção do Internato Médico (DIM);
- Humanização.

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.*

TABELA N.º 9 – COMPETÊNCIA PARA DETERMINAR REMUNERAÇÕES DOS ÓRGÃOS SOCIAIS, COMISSÃO EXECUTIVA E DOS DIRIGENTES

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

Nota: este mapa deverá ser completado e adaptado ao modelo de governo em vigor na entidade.

2. *Identificação dos mecanismos ¹⁴ 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 foram 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 expressamente 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 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).

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

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 feve-

reiro 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:

TABELA N.º 10 – REMUNERAÇÕES DOS MEMBROS DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Membro do C.A.	Estatuto de Gestor Público			
	Fixado (S/N)	Classificação [A/B/C]	Remuneração mensal bruta (€)	
			Vencimento mensal	Despesas de Representação
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

TABELA N.º 11 – REMUNERAÇÃO ANUAL AUFERIDA PELOS MEMBROS DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Membro do C.A.	Remuneração Anual (€)				
	Fixa (1)	Variável (2)	Valor Bruto (3) = (1)+(2)	Reduções Remuneratórias (4)	Valor Bruto Final (5) = (3)-(4)
António Joaquim Freitas de Oliveira e Silva	89.016	22	89.038	4.325	84.713
José Artur Osório de Carvalho Paiva (a)	88.377	13.425	101.802	4.404	97.399
Maria Filomena Passos Teixeira Cardoso	73.160	23	73.182	3.662	69.521
Luís Carlos Fontoura Porto Gomes	73.475	24	73.499	3.662	69.837
Ilídio Renato Garrido Matos Pereira	73.475	25	73.500	3.658	69.842

Legenda:

(1) Remuneração Fixa inclui: a remuneração base, despesas de representação (sem redução) e os montantes referentes à utilização de viaturas.

(2) Na coluna da remuneração Variável está incluído o montante do Subsídio de Alimentação que excede os 4,52€, em vigor a partir de agosto de 2017.

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

a) 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 referentes a Trabalho Extraordinário e ao Subsídio de alimentação no montante que excede os 4,52€.

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

TABELA N.º 12 – BENEFÍCIOS SOCIAIS DOS MEMBROS DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Membro do C.A.	Benefícios Sociais (€)							
	Subsídio de Refeição		Regime de Proteção Social		Seguro de Saúde	Seguro de vida	Outros	
	Valor / Dia	Montante pago Ano (b)	Identificar	Encargo Anual			Identificar	Valor
António Joaquim Freitas de Oliveira e Silva	4,52 €	1.023	Seg. Social	20.268				
José Artur Osório de Carvalho Paiva	4,52 €	978	CGA	23.139				
Maria Filomena Passos Teixeira Cardoso	4,52 €	995	CGA	16.514				
Luís Carlos Fontoura Porto Gomes	4,52 €	947	Seg. Social	17.259				
Ilídio Renato Garrido Matos Pereira	4,52 €	1.103	Seg. Social	17.259				

Legenda:

a) De janeiro a julho de 2017, o valor do subsídio de alimentação foi de 4,52€ e a partir de agosto de 2017 passou para 4,77€. Neste quadro estão refletidos os abonos decorrentes dos 4,52€ de subsídio de alimentação. O remanescente está reportado a título de remuneração variável.

b) Inclui a contribuição para a Segurança Social pela utilização de viaturas.

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 Aplicável.

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.

Ver Capítulo V – Órgãos Sociais e Comissões, Subcapítulo E – Revisor Oficial de Contas, ponto n.º 3.

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 relacionadas¹⁵ 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 faturação à ACSS, I.P., que constitui cerca de 97% da faturação de prestação de serviços 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).

Em 2017, os fornecedores que representam mais de 5% dos fornecimentos e serviços externos foram os seguintes:

SUCH – 6.358.497,47€;

SUCH-VEOLIA – 2.564.142,16€;

GALP POWER – 5.165.180,29€.

¹⁵ 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 ¹⁶:

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

Esta informação consta no Ponto II – n.º 2 deste relatório.

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

O CHSJ pauta a sua atuação pela gestão e utilização criteriosa dos recursos de que dispõem com o propósito final de garantir uma prestação de cuidados de saúde de qualidade aos seus utentes, garantir a sustentabilidade económico-financeira da instituição e cumprir os objetivos definidos pelo Governo em termos de política de saúde.

Não obstante o referido anteriormente, a envolvente económica e legislativa delimita as decisões da Instituição, o que dificulta severamente a gestão do Orçamento.

As rubricas de custos que contribuem de forma mais significativa para o Orçamento do CHSJ são: Custos com Pessoal (48%) e Custo das Mercadorias Vendidas e Matérias Consumidas (37%). Os últimos anos têm sido marcados por alterações legislativas na área de Recursos Humanos com grande impacto no número de horas disponíveis dos profissionais do Setor da Saúde, nomeadamente, a aplicação da Lei n.º 18/2016 de 20 de junho, que veio estabelecer as 35 horas semanais como período normal de trabalho para os trabalhadores em funções públicas.

Com a divulgação do Aviso n.º 9746/2016 de 5 de agosto de 2016, o qual veio esclarecer o enquadramento do descanso compensatório decorrente do trabalho noturno, verificou-se uma redução do número de horas disponíveis nos profissionais médicos.

Adicionalmente, e contribuindo para o aumento dos valores de Trabalho Extraordinário, o Decreto – Lei n.º 55/2017 de 5 de junho, veio repor 50% da redução imputada aos coeficientes a aplicar no cálculo do Trabalho Extraordinário, com efeitos a partir do mês de abril de 2017, que não estava previsto na data da elaboração do orçamento.

Ainda neste âmbito é de salientar que as reduções remuneratórias aplicadas desde 2010 aos Funcionários Públicos têm vindo a ser revertidas gradualmente desde 2015.

Desta forma, para o aumento dos custos com Recursos Humanos que se tem registado no CHSJ nos últimos anos contribuíram de forma decisiva os referidos normativos legais emanados pela Tutela.

No que diz respeito à rubrica Custo das Mercadorias Vendidas e Matérias Consumidas (segunda mais relevante no Orçamento da Instituição) os Produtos Farmacêuticos e o Material de Consumo Clínico representam 98% dos custos desta rubrica.

É de salientar que, a rubrica de Produtos Farmacêuticos é significativamente influenciada pelos seguintes fatores:

- a) O processo de compras centralizadas de medicamentos, não tendo o CHSJ qualquer intervenção no processo de negociação;
- b) No que se refere às Notas de Crédito também estas são negociadas centralmente com os fornecedores;
- c) A imprevisibilidade do número de doentes a tratar para as patologias que implicam consumos mais onerosos (Oncologia; Hepatite C; Doenças crónicas; entre outras);
- d) E a introdução de medicamentos inovadores com custos elevados, que são autorizados centralmente no decorrer dos exercícios.

A área de Material de Consumo Clínico é altamente influenciada pela introdução de dispositivos médicos inovadores o que tem vindo a registar-se no CHSJ, nomeadamente, na área de Cardiologia de Intervenção em que o CHSJ foi reconhecido em 2016 como Centro de Referência (existindo apenas 2 para toda a Região Norte).

¹⁶. 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.

Outra área de forte investimento nos últimos anos em termos de Material de Consumo Clínico prende-se com a atividade de ECMO. O consumo de dispositivos de elevado custo no âmbito da realização desta técnica tem vindo a aumentar de forma significativa, desde a assinatura, em 07 de outubro de 2016, do Protocolo referente ao Projeto-piloto de integração de emergência pré-hospitalar com Centro de ECMO para assistência à paragem cardiocirculatória extra-hospitalar refratária, em que o CHSJ como Centro de ECMO (único na Região Norte) tem um papel fulcral na abordagem a estes utentes.

Desta forma, e apesar do empenho do CHSJ no desenvolvimento de ações que visam a “Eficiência e Sustentabilidade” (conforme referido no Capítulo II - Ponto 2), tendo em conta o referido anteriormente, afigura-se como uma missão muito árdua a de manter a Instituição com resultados económicos positivos.

Como se pode verificar na tabela seguinte os resultados do CHSJ têm vindo a deteriorar-se ao longo dos últimos anos, tendo em 2017 culminado num EBITDA e Resultado Operacional negativo.

TABELA N.º 13 - EVOLUÇÃO DOS RESULTADOS

Designação do Resultado	2014	2015	2016	2017
Resultados Operacionais	1.487.574	-9.552.449	-8.205.272	-34.129.267
EBITDA	15.905.219	4.510.320	101.729	-23.689.461

Fonte: Serviços Financeiros

No que diz respeito às rubricas de Proveitos, cerca de, 90% dos Proveitos Operacionais do CHSJ são provenientes do Contrato Programa celebrado anualmente com a Tutela.

Em 2017, o Contrato Programa celebrado com a Tutela reduziu em cerca de 6M€ o que, para além do referido na área dos Custos, contribuiu para o agravamento dos resultados do ano de 2017.

Assim, o Contrato programa de 2016 do CHSJ totalizava 310,7M€, já no início do ano de 2017, a Tutela disponibilizou verbas adicionais a incluir no Contrato programa de 2016, no montante de 2,9M€ respeitantes à remuneração de produção realizada e 5,1M€ para fazer face às despesas adicionais decorrentes da reposição salarial. Assim, o Contrato Programa de 2016 passou

para um montante de 318,8M€.

No entanto, para 2017, o Contrato Programa do CHSJ estava limitado ao montante máximo de 312,7M€ e, desta forma, decorre um decréscimo da rubrica em 6M€.

Acresce a esta situação, o facto de ao longo do ano de 2017 termos sido confrontados com uma enorme contestação social que se consubstanciou em inúmeros dias de greve, os quais tiveram, indubitavelmente, reflexo na capacidade produtiva das instituições do SNS. Em consequência destas greves, a atividade do CHSJ sofreu desvios significativos face ao contratualizado, pelo que, estima-se ficar aquém do valor contratualizado em, cerca de, 1,7M€.

No âmbito das políticas de cariz social relembremos o historial recente do CHSJ nesta matéria, nomeadamente, através das seguintes iniciativas:

- 1) Criação de um 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;
- 2) 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 nascam no CHSJ;
- 3) Parceria com a Fundação Infantil Ronald McDonald (FIRM) que construiu a 2ª Casa Ronald McDonald em Portugal, localizada no perímetro do pólo do Porto do Centro Hospitalar de São João;
- 4) Consórcio estabelecido 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).

Concretamente, no ano de 2017, destacamos duas iniciativas em que o CHSJ participou ativamente:

- 1) Missão de cirurgia cardíaca pediátrica na Palestina
Pelo segundo ano consecutivo, uma equipa do Centro Hospitalar

São João (CHSJ) e do Hospital Universitário da Corunha, constituída por médicos, enfermeiros e um perfusionista, estiveram em novembro de 2017, no Estado da Palestina, em Ramallah, a realizar cirurgia cardíaca pediátrica.

Sob a organização da PCRF (*Palestine Children's Relief Fund*) esta equipa de voluntários operou e acompanhou continuamente dez crianças com diversas cardiopatias congénitas.

2) Protocolo com a Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais

O CHSJ e a Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais (DGRSP) celebraram, no dia 3 de janeiro de 2017, um protocolo de cooperação para acompanhamento dos indivíduos identificados como infetados pelo vírus da hepatite C que necessitam tratamento especializado, no Estabelecimento Prisional do Porto.

O CHSJ comprometeu-se a deslocar os seus profissionais ao Estabelecimento Prisional do Porto no sentido de realizar as consultas de especialidade de Doenças do Fígado, promover os procedimentos diagnósticos adequados e facultar a medicação que permita a cura da hepatite C na quase totalidade dos reclusos tratados para esse efeito.

Trata-se de um projeto-piloto de grande impacto social, tornar acessível a cura da hepatite C, com as novas modalidades terapêuticas, a uma franja da população considerada como carenciada para estes tratamentos e que, para além do relevo individual, tem muita importância epidemiológica, na medida em que é apontada como um grupo reservatório de potencial perpetuação da infeção na comunidade.

O CHSJ considera as questões ambientais um desafio para ser mais eficiente e inovador. A racionalização dos consumos de água e de energia constitui um dos compromissos no combate às alterações climáticas, motivando iniciativas para minimizar a ineficiência na utilização destes recursos e, como resultado, salvaguardar a sustentabilidade futura e também obter poupanças financeiras.

Assim, em 2017, prosseguiram os esforços para reduzir os impactos ambientais resultantes:

- dos consumos de água e energia;

- da produção de resíduos;
- das emissões para a atmosfera e do consumo de combustíveis fósseis.

Destaca-se de seguida duas iniciativas que consolidam a persecução das políticas de sustentabilidade ambiental preconizadas pelo CHSJ com o intuito da preservação do meio ambiente e da utilização mais eficiente dos recursos.

Ambideia: Concurso de ideias para a redução de produção de resíduos

O que acha que o CHSJ pode fazer para melhorar o seu desempenho ambiental?

No âmbito da Semana Europeia da Redução de Resíduos, e como tem vindo a ser hábito todos os anos, a Unidade de Ambiente/SOH propôs um concurso de ideias.

Porque todos beneficiamos com as medidas que reduzam o impacto ambiental provocado pela nossa sociedade de consumo e, tendo a sorte de fazermos parte do maior hospital do Norte, todas as contribuições podem fazer a diferença. As decisões de hoje são as vidas das futuras gerações.

As ideias possíveis de implementar serão analisadas e impactadas económica e ambientalmente.

Queremos com esta iniciativa ouvir a sua opinião, a sua ideia!

Este concurso foi lançado no decorrer do ano de 2017 e visa estimular a comunidade hospitalar para as questões ambientais e, nomeadamente, despertar para o impacto das nossas ações diárias no ambiente.

Projeto: Desempenho Energético e Funcional do Edifício Externo do CHSJ

O Centro Hospitalar de São João, com o desígnio de promover um maior nível de eficiência energética nas suas instalações e melhores condições de acolhimento dos utentes e dos profissionais, concorreu a fundos do Programa Operacional Sustentabilidade e Eficiência no Uso de Recursos (PO SEUR). Este programa visa o crescimento sustentável, respondendo aos desafios de

transição para uma economia de baixo carbono, assente numa utilização mais eficiente de recursos e na promoção de maior resiliência face aos riscos climáticos e às catástrofes.

No âmbito desta candidatura, submeteu um projeto que permitirá melhorar as condições de acolhimento dos utentes e profissionais na Consulta Externa e reduzir os custos com climatização e iluminação através de um investimento de, cerca de, 4,1 milhões de euros em eficiência energética.

Em maio de 2017, o CHSJ foi informado que a candidatura foi aceite e receberá uma comparticipação de 3,8 milhões de euros através do referido programa de auxílio.

Este investimento permitirá, no final do processo, uma poupança de 300 mil euros/ano, pois serão instalados 2.832 painéis fotovoltaicos nas coberturas dos edifícios objeto desta intervenção, totalizando uma área de 5.411 m².

Além da introdução dos painéis fotovoltaicos, será melhorada a climatização de todo o Centro de Ambulatório, também com métodos energeticamente eficientes, pois esta climatização será obtida a partir das redes de transporte de água quente e água fria, permitindo eliminar os atuais aparelhos de ar condicionado. Com a nova climatização serão significativamente melhoradas as condições de conforto para doentes e profissionais que utilizam as salas de consulta, de tratamentos, de exames e as salas de espera na Consulta Externa.

Também os envidraçados atuais serão substituídos por vidros duplos que permitem a redução das perdas de calor nas alturas mais frias do ano e ganhos de isolamento nos períodos mais quentes.

Para além disso, todo o sistema de iluminação existente será substituído por iluminação do tipo LED, com maior eficiência e menor consumo energético.

As obras relacionadas com a eficiência energética envolvem três edifícios externos ao corpo principal do hospital: o Centro de Ambulatório, (que inclui a Consulta Externa), o Hospital de Dia e o edifício dos serviços de apoio, prevendo-se a sua conclusão para o final de 2018.

No âmbito das normas de qualidade, e com vista à sua integração e acompanhamento no meio hospitalar, o CHSJ dispõe, há já vários anos, de um Serviço de Certificação (CER), responsável pelo acompanhamento na implementação e obtenção de certificados de sistemas de gestão da qualidade (SGQ) dos Serviços Clínicos e não Clínicos e do CHSJ.

Neste âmbito, o Serviço de Certificação acompanhou a manutenção dos seguintes Serviços cujos SGQ já tinham sido certificados pela nova versão NP EN ISO 9001:2015:

- Farmacêuticos (SFA);
- Imunoalergologia (SIA);
- Recursos Humanos (GRH);
- Esterilização (SEC);
- Operações Hoteleiras (SOH);
- Aprovisionamento (SAP);
- Certificação (CER);
- Obstetrícia (OBS);
- Ginecologia com integração da Unidade da Medicina de Reprodução (GIN);
- Centro de Mama (CMA);
- Imunohemoterapia (SIH).

Concretizou-se a implementação do SGQ e foram certificados em 2017 de acordo com a NP EN ISO 9001:2015 os seguintes Serviços:

- Patologia Clínica (SPC);
- Cirurgia de Ambulatório (SCA);
- Nefrologia (NFR);
- Dermatologia e Venereologia (DVN);
- Unidade de Formação (UDF).

Os Serviços que em 2017 prosseguiram a implementação dos seus SGQ visando a certificação prevista para 2018, foram os seguintes:

- Instalações e Equipamentos (SIE);
- Neonatologia (NEO);
- Gabinete de Coordenação da Colheita e Transplante (GCCT);

Outros Serviços trabalharam o seu SGQ em 2017, com apoio do CER:

- Cirurgia Geral (CRG);
- Oftalmologia (OFT);
- Ortopedia (ORT);
- Gastroenterologia (GAS);
- Pneumologia (PNM);
- Sistemas e Tecnologias de Informação e Comunicação (STIC);
- Arquivo, Segurança e Acesso à Informação (ASAI);
- Direção do Internato Médico (DIM);
- Humanização.

Em 2017, o CER apoiou o processo da revisão do SGQ visando a sua conformidade com a Lei n.º 12/2009 de 26 de Março, alterada pela Lei n.º 1/2015 de 8 de Janeiro, para autorização pela Direção Geral da Saúde, dos seguintes bancos de tecidos:

- Programa de Transplante de Células Progenitoras Hematopoiéticas - Serviço de Hematologia Clínica e Serviço de Imunohemoterapia;
- Banco de Tecidos Músculo Esqueléticos - Serviço de Ortopedia; Serviço de Neurocirurgia e Bloco Operatório Central (BOC);

O CER acompanhou a certificação do Centro de Mama: "Breast Centre Certification" pela European Society of Breast Cancer Specialists (EUSOMA), sediada em Florença, Itália.

O CER em 2017 também esteve envolvido no planeamento e implementação dos SGQ de acordo com o Programa Nacional de Acreditação em Saúde coordenado pela Direção Geral da Saúde, baseado no modelo da Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA) para os seguintes Centros de Referência:

- Transplante renal
- Doenças Hereditárias do Metabolismo
- Epilepsia Refratária
- Cancro do Esófago
- Cancro Hepatobilio-Pancreático
- Cancro do Reto
- Oncologia Pediátrica
- Cardiologia de Intervenção Estrutural
- Cardiopatias Congénitas

- Transplante de Coração
- Cancro do Testículo

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 (ponto 2).

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);

Ver ponto anterior (ponto 2).

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.

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 (ponto 3 – c).

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 políticas de recursos humanos do CHSJ seguem as orientações vinculativas legais e/ou emanadas pela Tutela. A margem de atuação revela-se mínima, dados os constrangimentos de contratação de recursos humanos e os impedimentos legais de valorização remuneratória, seja decorrente do reposicionamento, seja decorrente de promoções.

Não obstante, o CHSJ procurou, sempre que possível, adaptar as necessidades dos seus trabalhadores à atividade desenvolvida.

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.).

Neste âmbito é de relevar um dos eixos estratégicos definidos para o triénio 2017-2019 - *Inovação, ensino e investigação* - conforme mencionado no Capítulo II – Missão, Objetivos e Políticas, ponto 2.

No entanto, há já vários anos que o CHSJ aposta fortemente nas tecnologias de informação como apoio à gestão e à prática clíni-

ca, exemplos dessa aposta são a criação da Unidade de Desenvolvimento de Software e do Serviço de Inteligência de Dados.

A Unidade de Desenvolvimento de Software foi criada com base no pressuposto de desenvolvimento de uma plataforma clínica única (processo clínico eletrónico) de modo a conseguir substituir várias aplicações sobre o mesmo negócio e cobrir outras áreas que não disponham de nenhum software de registo (JONE). Mas desde a sua criação o seu âmbito de atuação tem vindo a ser alargado a múltiplas áreas de atuação.

O Serviço de Inteligência de Dados é o responsável pela criação do 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.

Em 2017, com base no sistema analítico avançado (HVital) implementado em parceria com a DevScope, o CHSJ venceu o 1º prémio nacional “SNS+Inovação”. Esta distinção decorreu na sequência da recolha e análise de projetos inovadores desenvolvidos pelos Hospitais do SNS, por parte da Coordenação e Equipa de Apoio para a Reforma do SNS na área dos Cuidados de Saúde Hospitalares. O prémio foi atribuído no âmbito do fórum “SNS+Inovação, projetos inovadores em Hospitais do SNS”.

De relembrar que desde a sua criação, o HVital venceu o prémio do Hospital do Futuro 2011/12, o Prémio Kaizen lean em 2013, no ano seguinte (2014) foi distinguido com o Prémio Healthcare Excellence, no mesmo ano ganhou o primeiro prémio “Microsoft Health Users Group Innovation”, como também o “CEO Awards 2014 – Inteligência Clínica”, e ainda o primeiro prémio europeu “IT Europa’s European IT and Software Excellence”, em 2016 arrecadou o HIMSS-Elsevier Digital Healthcare Award.

Ainda em 2017 o CHSJ, através do Serviço de Inteligência de Dados, prosseguiu a sua intrínseca colaboração com a FMUP, com dois projetos altamente inovadores no âmbito da Saúde Digital do futuro, nomeadamente os projetos “DigitalPatient” e “DOCNet”.

Estes projetos são liderados pela FMUP, mas o CHSJ é um parceiro fundamental na sua execução, fornecendo o ambiente clínico ideal para o seu desenvolvimento e aplicação, funcionando como instituição de acolhimento e de catalisação desses projetos.

Projeto DigitalPatient: Este projeto tirará partido da análise massiva de informação não-estruturada, e que atualmente não é passível de tratamento, de modo a permitir tirar partido de Big-Data para melhorar o diagnóstico e o tratamento dos pacientes.

Projeto DOCNet: Este projeto baseia-se na análise de BigData e em grandes biobancos, relativamente a cohorts de população bem caracterizadas e estabelecidas por instituições estratégicas de I & D & I (IPATIMUP, FMUP e ISPUP), tendo o CHSJ como parceiro principal e instituição de acolhimento. O projeto envolverá dados de doentes com cancro gástrico, cancro de tireoide e insuficiência cardíaca crónica e permitirá o desenvolvimento de uma infra-estrutura tecnológica para potenciar o estudo destas populações, com particular enfoque na análise computacional e multiómica dos dados que as caracterizam.

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, destacam-se as seguintes iniciativas desenvolvidas em 2017:

1. Foram aprovados e iniciados 31 novos ensaios clínicos e mantiveram-se ativos 100 ensaios anteriores, num total de 131 ensaios com atividade.
2. Foram ainda aprovados 16 novos estudos observacionais promovidos por entidades externas.
3. Após emissão de parecer favorável pela Comissão de Ética para a Saúde foram ainda objeto de apreciação pela Unidade de Investigação 239 projetos de investigação a desenvolver no Centro Hospitalar de São João, 96 por funcionários da própria instituição (categoria profissional do investigador principal: médico=76, enfermeiro=12, outros=8). A maioria destes projetos não foi alvo de financiamento específico e cerca de metade foi realizada no contexto de cursos conferentes de grau académico.
4. Foram identificadas 376 publicações da instituição, indexadas na PubMed em 2017. O fator de impacto apurado no Journal Citation Reports da ISI Web of Knowledge variou entre 0,494 e 18,392, sendo a mediana 2,628.

X. AVALIAÇÃO DO GOVERNO SOCIETÁRIO

1. Verificação do cumprimento das recomendações recebidas¹⁷ 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 recomendação¹⁸ 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 CHSJ não recebeu, até à data, qualquer avaliação da Tutela relativamente às contas do exercício anterior.

De mencionar que os últimos documentos de prestação de contas aprovados pela Tutela que a instituição tem conhecimento, referem-se ao ano de 2014.

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.

¹⁷. 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.

¹⁸. 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. Detalhe da execução do Contrato-Programa 2017.*
- 2. Elementos curriculares dos membros do Conselho de Administração*
- 3. Declarações do Conselho de Administração (artigo 52.º do RJSPE)*
- 4. Principais riscos, avaliação e medidas preventivas.*
- 5. Relatório do órgão de fiscalização a que se refere o n.º 2 do artigo 54.º do RJSPE*
- 6. Ata ou extrato da ata da reunião do órgão de administração em que haja sido deliberada a aprovação do RGS 2017*
- 7. Ata da reunião da Assembleia Geral, Deliberação Unânime por Escrito ou Despacho que contemple a aprovação por parte dos titulares da função acionista dos documentos de prestação de contas (aí se incluindo o Relatório e Contas e o RGS) relativos ao exercício de 2016.*
- 8. Demonstração não financeira 2017.*

ANEXO 1 – DETALHE DA EXECUÇÃO DO CONTRATO PROGRAMA 2017

TABELA N.º 14 - TAXA DE EXECUÇÃO DO CONTRATO PROGRAMA POR LINHA DE ATIVIDADE

Linha de Atividade	Contrato-Programa 2017		Execução 2017		Taxa de execução (€)
	Quantidade	Valor (€)	Quantidade	Valor (€)	
Total Consultas Médicas	705.762	48.619.800	696.137	47.949.879	98,6%
Primeiras Consultas	191.118	13.484.750	185.566	13.092.311	97,1%
Consultas Subsequentes	514.644	35.135.050	510.571	34.857.568	99,2%
Internamento - Doentes Saídos - Agudos	41.873	122.631.634	41.118	120.425.201	98,2%
D. Saídos - GDH Médicos	23.372	68.893.121	22.944	67.631.659	98,2%
D. Saídos - GDH Cirúrgicos Programados	12.785	37.700.813	12.560	37.039.113	98,2%
D. Saídos - GDH Cirúrgicos Urgentes	5.716	16.037.701	5.614	15.754.429	98,2%
Visitas Domiciliárias	1.496	56.848	870	33.060	58,2%
GDH Ambulatório					
GDH Médicos de Ambulatório	23.426	11.381.129	24.214	11.438.442	100,5%
GDH Cirúrgicos de Ambulatório	19.575	28.389.646	19.398	28.132.986	99,1%
Colocação de Implantes Cocleares	5	135.000	1	18.750	13,9%
Programas de Saúde Específicos					
Diagnóstico Pré-Natal	2.700	135.000	2.586	128.886	95,5%
Diagnóstico e Tratamento da Infertilidade					
N.º Consultas de Apoio à Fertilidade	600	52.800	586	51.568	97,7%
N.º Induções da Ovulação	80	10.640	53	7.049	66,3%
N.º Inseminações Intra-Uterinas	130	43.550	113	37.855	86,9%
N.º Fertilizações In Vitro	140	293.720	141	294.035	100,1%
N.º Injeções Intra-Citop. de Espermatozoides	250	577.000	217	500.836	86,8%
N.º Injeções Intra-Citop. Esperm. recolhidos cirúrg.	30	88.110	29	85.173	96,7%
IG até 10 Semanas	447	126.673	411	116.399	91,9%
Programa Tratamento Cirúrgico da Obesidade (PTCO)	390	1.675.050	407	1.748.065	104,4%
Patologias Crónicas					
Programa p/ tratamento de doentes com dispositivo PSCI					
Novos Doentes	58	156.600	2,75	7.425	4,7%
Doentes em seguimento	172	206.400	167,9	201.504	97,6%
VIH/Sida - N.º Doentes em TARC	2.030	18.606.980	2.036	18.615.229	100,0%
Esclerose Múltipla - N.º Doentes terapêutica modificadora	395	4.890.100	471	5.830.980	119,2%

Linha de Atividade	Contrato-Programa 2017		Execução 2017		Taxa de execução (€)
	Quantidade	Valor (€)	Quantidade	Valor (€)	
Patologia Oncológica					
Cancro da Mama - N.º Doentes em Tratamento - 1º ano	260	2.898.740	287	3.199.763	110,4%
Cancro da Mama - N.º Doentes em Tratamento - 2º ano	294	1.417.668	283	1.364.626	96,3%
Cancro do Colo do Útero - N.º Doentes em Tratamento - 1º ano	11	116.941	15	159.465	136,4%
Cancro do Colo do Útero - N.º Doentes em Tratamento - 2º ano	13	32.903	13	32.903	100,0%
Cancro do Cólon e Reto - N.º Doentes em Tratamento - 1º ano	181	2.395.897	186	2.462.082	102,8%
Cancro do Cólon e Reto - N.º Doentes em Tratamento - 2º ano	195	966.615	181	897.217	92,8%
Doenças Lisossomais					
Doença de Gaucher - N.º Doentes em Tratamento	13	2.478.021	13,67	2.605.734	105,2%
Doença de Fabry - N.º Doentes em Tratamento	11	1.745.535	11,83	1.877.244	107,5%
Doença de Hurler - N.º Doentes em Tratamento	1	193.797	1,00	193.797	100,0%
Doença de Hunter - N.º Doentes em Tratamento	1	313.750	1,00	313.750	100,0%
Doença de Maroteaux-Lamy - N.º Doentes em Tratamento	6	2.092.014	5,58	1.945.573	93,0%
Doença de Niemann-Pick - N.º Doentes em Tratamento	2	79.304	2,00	79.304	100,0%
Doença de Pompe - N.º Doentes em Tratamento	2	488.212	2,67	651.763	133,5%
Outros					
Medicamentos		9.051.398		9.051.398	100,0%
Internos		3.436.980		3.436.980	100,0%
Valor da produção contratada		297.104.293		295.357.208	99,4%

TABELA N.º 15 - TAXA EXECUÇÃO DOS OBJETIVOS DE ACESSO, QUALIDADE ASSISTENCIAL E EFICIÊNCIA ECONÓMICO-FINANCEIRA

Indicador	Peso relativo	Meta CP 2017	Dez. 2017	Grau Cumprimento	IDG
1. Objetivos Nacionais	60%				50,7%
A. Acesso	15%				12,9%
A.1 Percentagem de primeiras consultas médicas no total de consultas médicas	3%	27,0%	26,5%	98,1%	2,9%
A.2 Peso das consultas externas com registo de alta no total de consultas externas	3%	15,0%	11,7%	77,8%	2,3%
A.3 Mediana de tempo de espera da LIC, em meses	3%	2,80	3,67	68,9%	2,1%
A.4 Percentagem de episódios de urgência atendidos dentro do tempo de espera previsto no protocolo de triagem	3%	65,0%	62,0%	95,4%	2,9%
A.5 Percentagem de doentes referenciados para a RNCCI, em tempo adequado e validados pela EGA, no total doentes referenciados para a RNCCI	3%	85,0%	n.d.	n.d.	2,7%
B. Desempenho assistencial	25%				24,2%
B.1 Percentagem de doentes saídos com duração de internamento acima do limiar máximo	3%	1,2%	1,32%	91,7%	2,7%
B.2 Percentagem de cirurgias realizadas em ambulatório, para procedimentos tendencialmente ambulatorizáveis	3%	8,4%	11,1%	132,1%	3,6%
B.3 Percentagem de cirurgias da anca efetuadas nas primeiras 48 horas	3%	71,0%	63,10%	88,9%	2,7%
B.4 Índice de risco e segurança do doente	2%	8,0%	39,00%	487,5%	2,4%
B.5 Índice PPCIRA	8%	10,00	7,00	70,0%	5,6%
B.6 Variação de utilização de biossimilares dispensados (em unidades, 2017/2016)	6%	0,0%	32,7%	120,0%	7,2%
C. Desempenho económico-financeiro	20%				13,6%
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%	13,05%	87,0%	4,3%
C.2 EBITDA	5%	-20.019.019	-23.689.461	81,7%	4,1%
C.3 Acréscimo de dívida vencida (fornecedores externos)	5%	0,00	15.092.432	0,0%	0,0%
C.4 Percentagem de proveitos operacionais extra Contrato-Programa no total de proveitos operacionais	5%	6,0%	6,22%	103,6%	5,2%
2. Objetivos da Região	40%				36,5%
VV AVC – % de casos com diagnóstico principal de AVC Isquémico com registo de administração de trombolítico	6,5%	12,2%	12,20%	100,0%	6,5%
Rácio Consultas Externas / Urgências	6,5%	2,86	2,82	98,5%	6,4%
Taxa de referenciação para a RNCCI	7,0%	5,0%	4,07%	81,5%	5,7%
Tempo de espera para a triagem médica da CE	7,0%	6,0	8,19	63,6%	4,4%
Garantir início tratamento da Retinopatia Diabética em 30 dias (%)	6,5%	1,00	1,00	100,0%	6,5%
Implementação das Equipas Intra-hospitalares de Cuidados Paliativos	6,5%	100%	107,0%	107,0%	7,0%
Índice de Desempenho Global Total	100%				87,2%

TABELA N.º 16 - ORÇAMENTO ECONÓMICO

Rubrica	Realizado	Realizado	Orçamento	Δ (%)	Execução 2017	
	2015	2016	2017	17/16	Valor (€)	% do Orç.
Custos e Perdas						
61-Custo das Mercadorias Vendidas e Matérias Consumidas	129.555.084	128.633.185	133.285.910	3,6%	134.315.595	100,77%
6161-Produtos Farmacêuticos	94.325.351	91.846.500	93.684.114	2,0%	94.457.855	100,8%
6162-Material consumo clínico	32.821.024	34.405.600	37.162.100	8,0%	37.479.824	100,9%
6164 a 5 - Outros Materiais de consumo	2.408.708	2.381.085	2.439.696	2,5%	2.377.916	97,5%
62-Fornecimentos e serviços externos	40.043.328	40.957.477	41.521.958	1,4%	44.635.848	107,5%
621-Subcontratos	11.174.142	12.292.516	12.508.146	1,8%	14.735.597	117,8%
622-Fornecimentos e serviços	28.869.186	28.664.961	29.013.812	1,2%	29.900.251	103,1%
64-Custos com o pessoal	158.098.034	167.389.389	174.642.552	4,3%	173.929.989	99,6%
641-Remunerações dos Órgãos Diretivos	317.600	373.475	371.652	-0,5%	393.488	105,9%
6421-Remunerações base do pessoal	88.570.923	93.563.253	98.468.738	5,2%	96.152.990	97,6%
6422-Suplementos de remunerações	20.977.942	23.787.033	23.245.140	-2,3%	26.324.162	113,2%
6423-Prestações sociais diretas	165.036	168.912	169.734	0,5%	180.133	106,1%
6424-Subsídios de férias e de Natal	16.019.969	16.319.240	17.138.107	5,0%	16.246.684	94,8%
643-Pensões	276.387	229.613	276.776	20,5%	262.092	94,7%
645-Encargos sobre remunerações	29.910.736	31.021.375	32.453.954	4,6%	32.150.581	99,1%
646-Seguros de acid. trab. e doenças prof.	969.999	1.223.787	1.739.216	42,1%	1.416.720	81,5%
647-Encargos sociais voluntários	487.461	409.123	479.752	17,3%	346.314	72,2%
648-Outros custos com pessoal	323.735	284.016	299.483	5,4%	456.825	152,5%
649-Estágios Profissionais	78.246	9.561	0	-100,0%	0	-
65-Outros custos e perdas operacionais	229.481	309.658	231.844	-25,1%	280.193	120,9%
66-Amortizações do exercício	8.398.284	7.871.057	8.563.125	8,8%	7.793.036	91,0%
67-Provisões do exercício	5.664.485	435.945	478.304	9,7%	2.646.770	553,4%
68-Custos e perdas financeiras	41.131	38.559	40.450	4,9%	42.628	105,4%
69-Custos e perdas extraordinários	765.871	814.896	795.589	-2,4%	754.855	94,9%
Custos e Perdas - Total	342.795.697	346.450.165	359.559.732	3,8%	364.398.914	101,3%
Proveitos e Ganhos						
71-Vendas e prestações de serviços	317.472.324	325.584.079	320.003.999	-1,7%	318.989.670	99,7%
711-Vendas	43.650	9.786	7.948	-18,8%	9.128	114,9%
712-Prestações de serviços	317.428.673	325.574.292	319.996.051	-1,7%	318.980.541	99,7%
7121 - SNS Contrato-programa	305.748.677	316.356.904	310.000.000	-2,0%	308.988.464	99,7%
7122 - Outras Entidades Responsáveis	11.679.996	9.217.389	9.996.051	8,4%	9.992.077	100,0%
73-Proveitos suplementares	385.915	261.290	418.073	60,0%	409.020	97,8%
76 - Outros proveitos e ganhos operac.	14.578.008	11.546.070	9.231.173	-20,0%	10.073.474	109,1%
78 - Proveitos e ganhos financeiros	1.387.281	899.399	600.000	-33,3%	1.098.506	183,1%
79 - Proveitos e ganhos extraordinários	2.346.010	4.158.079	2.688.181	-35,4%	4.393.863	163,5%
Proveitos e Ganhos - Total	336.169.538	342.448.917	332.941.426	-2,8%	334.964.533	100,6%
Resultados						
Resultados Operacionais	-9.552.449	-8.205.272	-29.070.448	254,3%	-34.129.267	82,6%
EBITDA	4.510.320	101.729	-20.029.019	-19788,6%	-23.689.461	81,7%

Fonte: Serviços Financeiros

ANEXO 2 – ELEMENTOS CURRICULARES DOS MEMBROS DO 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.

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. Doutoramento em Medicina pela Faculdade de Medi-

na 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).

Percursos profissionais:

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).

ANEXO 3 – DECLARAÇÕES DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO (ARTIGO 52.º DO RJSPE)

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

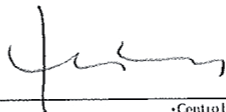
Cargo para que foi nomeado/eleito: Presidente do Conselho de Administração
Data de início do mandato (dd/mm/aaaa): 15/02/2016
Data prevista de termo do mandato (dd/mm/aaaa): 31/12/2018

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

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 de São João
António
Oliveira e Silva
Presidente do Conselho
de Administração

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

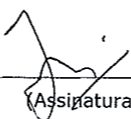
Empresa/Entidade (*): Centro Hospitalar de São João, E.P.E.
Tipo (Empresa Pública, Empresa Municipal, Instituto, outro-identificar): Empresa Pública
NIF: 509 821 197
Morada da Sede: Alameda Professor Hernâni Monteiro
Código Postal: 4200-319 Porto
E-mail: ca@chs.j.min-saude.pt
Telefone: 225 512 100
Fax: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

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: 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)

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

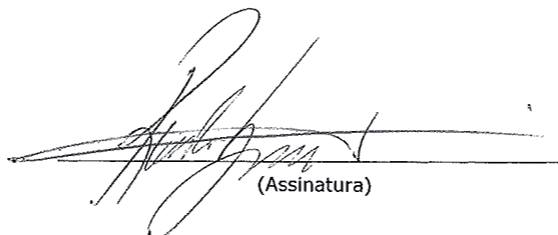
Empresa/Entidade (*): Centro Hospitalar de São João, E.P.E.
Tipo (Empresa Pública, Empresa Municipal, Instituto, outro-identificar): Empresa Pública
NIF: 509 821 197
Morada da Sede: Alameda Professor Hernâni Monteiro
Código Postal: 4200-319 Porto
E-mail: ca@chs.j.min-saude.pt
Telefone: 225 512 100
Fax: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

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.

4

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

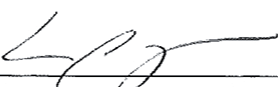
1. Em cumprimento do disposto no nº 1 do art.º 52º do DL 133/2013, de 3 de outubro, e no nº 9 do art.º 22º, do DL nº 71/2007, 27 de março, que **não detenho** participações e interesses patrimoniais, direta ou indiretamente, na empresa/entidade onde exerço funções.

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)

ANEXO 4 – PRINCIPAIS RISCOS, AVALIAÇÃO E MEDIDAS PREVENTIVAS

TABELA N.º 17 - RISCOS IDENTIFICADOS - RECURSOS HUMANOS

Riscos Identificados	Probabilidade Ocorrência	Impacto	Grau de Risco	Medidas Preventivas	Implementação Medidas/ Monitorização
Processo de Recrutamento e Seleção de Pessoal (por ex.: Favorecimento na contratação de pessoal; Intervenção no procedimento de seleção 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)	Baixo	Moderado	Baixo	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 seleção, de avaliação ou de outros atos 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 2018 aprovar e implementar um Manual consolidado dos procedimentos de recrutamento e seleção (Não foi possível criar o Manual até ao final de 2017 face às dificuldades de contratação (foi necessário manter alguma flexibilização)
Processo de Processamento de Abonos, incluindo processamento de remunerações, abonos, processamento/conferência de ajudas de custo	Moderado	Moderado	Moderado	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 efetuados 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 detetadas, potenciais impactos e recomendações propostas para mitigar o risco. Será efetuado o <i>follow-up</i> .
Processo de Processamento de Absentismo (por ex.: Justificação indevida de faltas; Atribuição de férias em número superior ou devido)	Baixo	Moderado	Baixo	Verificação anual por amostragem baseada em ausências prolongadas ou com padrões repetitivos. No que se refere às férias, instituir procedimento de verificação anual do cumprimento específico para esta área no âmbito do sistema de controlo interno existente.	
Processo de Registo de Assiduidade	Baixo	Moderado	Baixo	Verificação semestral por amostragem baseada nos saldos dos trabalhadores do Sistema de Registo Biométrico.	

Riscos Identificados	Probabilidade Ocorrência	Impacto	Grau de Risco	Medidas Preventivas	Implementação Medidas/ Monitorização
Processo de Avaliação de Desempenho, nomeadamente, no que respeita à ausência ou deficiente fundamentação dos resultados das decisões de avaliação	Baixo	Moderado	Baixo	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. Este processo está ser cruzado com o descongelamento de remunerações e deverá fazer-se um relatório semestral durante o ano de 2018 e 2019.
Processo de Gestão de Carreiras	Baixo	Moderado	Baixo	Verificação anual das Promoções/Progressões existentes.	
Prestadores de Serviço em nome individual	Baixo	Moderado	Baixo	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.	Este controlo está a ser efetuado em simultâneo pela ACSS. Mensalmente o RHV (SPMS) exporta a previsão das prestações a efetuar durante o mês em questão e mensalmente o GRH em conjunto com o SAP remetem ficheiro agregado à ACSS.
Prémios não autorizados, ilegais ou sem cumprimentos dos objetivos	Baixo	Moderado	Baixo	Instituir mecanismos de atribuição de prémios, em respeito pelo cumprimento das normas legais.	A LOE/2017 e 2018 ainda é muito restritiva no que se refere a atribuição de prémios.

TABELA N.º 18 - RISCOS IDENTIFICADOS - CENTRO DE AMBULATÓRIO

Riscos Identificados	Probabilidade Ocorrência	Impacto	Grau de Risco	Medidas Preventivas	Implementação Medidas/ Monitorização
Anulação indevida de recibo	Baixo	Moderado	Baixo	Todos os recibos anulados devem ser entregues, com registo do motivo da anulação, e devem constar da listagem diária extraída do SONHO enviada aos Serviços Financeiros.	Medida já implementada - Procedimento CAM-PR011.
Cobrança indevida de taxas Moderadoras (p.ex: Utentes com direito a dispensa na especialidade, mas com consulta agendada em especialidade não dispensada ou o/a médico/a na forneceu documento dispensa)	Moderado	Baixo	Baixo	Agendar os utentes dispensados nas especialidades parametrizados com dispensa.	Sensibilização das UAG's para instruírem os médicos e demais clínicos na utilização do documento de dispensa de taxa moderadora ou agendamento dos doentes nas especialidades parametrizadas com dispensa.
A não devolução de montantes cobrados em excesso pelo funcionário que cobrou a taxa	Baixo	Moderado	Baixo	Privilegiar o pagamento por Multibanco e Cheque.	Medida já implementada.
Taxa de cobrança com valores inferiores a 50%	Moderado	Moderado	Moderado	Constituição de um Grupo de Trabalho, sendo um dos objetivos implementar as ações necessárias à efetividade da cobrança.	Cobrança de taxas em todos os postos da Receção Central; emissão de notas de débito para todos os episódios de consulta não pagos, no CHSJ; monitorização dos montantes pagos ou em débito, através do BI (em desenvolvimento); análise dos mapas disponíveis no report manager (em curso).
Atribuição de isenção/dispensa de taxa moderadoras devido à incorreta identificação ou favorecimento indevido	Moderado	Moderado	Moderado	Conferência de episódios de consulta e urgência e análise por amostragem das isenções atribuídas.	Trabalho realizado pelo Serviço de Auditoria Interna em 2015/2016.
Aceitação de montantes monetários, por parte dos funcionários, em troca de favorecimentos	Baixo	Moderado	Baixo	Sensibilização dos funcionários, lembrando-os que tal procedimento não é admissível e que resultará em processo disciplinar.	Desenvolvimento do Código de Ética a nível da Instituição.
Dados de identificação de utentes insuficientes, incorretos ou desatualizados	Baixo	Moderado	Baixo	Sensibilização dos colaboradores para a importância da correta e completa identificação dos utentes na instituição.	Em curso.
Alteração não aprovada de dados de identificação dos utentes	Baixo	Moderado	Baixo	Desenvolvimento de formação sobre o regime de acesso a dados pessoais. Sensibilização dos colaboradores para a importância da correta e completa identificação dos utentes na instituição.	Já implementada.

TABELA N.º 19 - RISCOS IDENTIFICADOS - SERVIÇOS FINANCEIROS

Riscos Identificados	Probabilidade Ocorrência	Impacto	Grau de Risco	Medidas Preventivas	Implementação Medidas/ Monitorização
Conferência de valores (pagamento de faturas)	Baixo	Moderado	Baixo	a) Privilegiar os recebimentos por Transferência Bancária, bem como funcionalidades de <i>Homebanking</i> ; 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 efetivos e documentados.	As medidas referidas já se encontram implementadas.
Emissão de recibos (de modo a eliminar a receita ou recebimento de dinheiro)	Baixo	Moderado	Baixo		
Cobranças não depositadas oportuna e integralmente	Baixo	Moderado	Baixo	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.	
Desvio de Fundos	Baixo	Moderado	Baixo	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.	
Alteração não autorizada a dados mestre de fornecedores ou alteração com base em informação externa não validada (por exemplo, via email)	Baixo	Moderado	Baixo	a) Segregação de funções com perfis de acesso aos dados; b) Circularização periódica de saldos de fornecedores; c) Revisão do Procedimento de alteração de dados de fornecedores.	
Pagamentos preferenciais a fornecedores Pagamentos em montantes superiores aos efetivamente faturados	Baixo	Moderado	Baixo	a) Criação de modelo de gestão da tesouraria disponível para pagamentos, que estabeleça as regras para seleção das faturas a pagar, identificando de forma sistemática as exceções consideradas. Decisão dos pagamentos validada por membro do CA responsável pelos serviços Financeiros.	

TABELA N.º 20 - RISCOS IDENTIFICADOS - SERVIÇO APROVISIONAMENTO

Riscos Identificados	Probabilidade Ocorrência	Impacto	Grau de Risco	Medidas Preventivas	Implementação Medidas/ Monitorização
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, fracionamento da despesa)	Moderado	Moderado	Moderado	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 Aprovisionamento 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 Aprovisionamento 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)	Moderado	Moderado	Moderado		
Empreitadas públicas	Moderado	Moderado	Moderado		
Entrega, pelos fornecedores, de quantidades de material inferior às contratadas	Fraco	Moderado	Fraco	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	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 GCCI/IGAS realização de um trabalho neste âmbito em 2017/2018.
Informação privilegiada					
Intervenção em processo em situação de impedimento					
Violação de segredo por funcionário					
Conluio entre os adjudicatários e os funcionários					
Passagem de informação privilegiada					
Favorecimento de fornecedores de forma a obter benefícios					

Riscos Identificados	Probabilidade Ocorrência	Impacto	Grau de Risco	Medidas Preventivas	Implementação Medidas/Monitorização
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)	Fraco	Moderado	Fraco	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 regra da Plataforma Eletrónica para a contratação. Controlo da validade dos documentos pelos concorrentes.
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	Moderado	Moderado	Moderado	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).	Atualmente, 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)	Moderado	Moderado	Moderado	a) Verificação, pelo SAP, da base de dados de contratos e respetiva calendarização, com elaboração de listagem mensal dos contratos suscetíveis 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. "Gatowitt"). 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.

ANEXO 5 – RELATÓRIO DO ORGÃO DE FISCALIZAÇÃO A QUE SE REFERE O N.º 2 DO ARTIGO 54.º DO RJSPE



SÃO JOÃO

Conselho Fiscal

fe
8
th/2

RELATÓRIO E PARECER DO CONSELHO FISCAL

Enquadramento

1. O presente Relatório e Parecer destina-se a dar cumprimento às alíneas a) e h) do n.º 2 do artigo 16º dos Estatutos do Centro Hospitalar de São João, EPE (CHSJ, EPE), constantes do Anexo II ao Decreto Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro, nos termos das quais deve o Conselho Fiscal dar parecer sobre o relatório de gestão e elaborar relatório anual global sobre a sua ação fiscalizadora.
2. O Conselho Fiscal emite, assim, o presente Relatório sobre a ação fiscalizadora sobre o exercício de 2017, bem como o seu Parecer sobre o Relatório de Gestão e as Demonstrações Financeiras relativos a 31 de dezembro de 2017 apresentados pelo Conselho de Administração do CHSJ, EPE.
3. O atual Conselho Fiscal do CHSJ, EPE foi nomeado por despacho conjunto das Secretarias de Estado do Tesouro e da Saúde em 28 de novembro de 2017, tendo iniciado funções em janeiro de 2018.
4. Em face do descrito no Ponto 3, o atual Relatório e Parecer, que se reporta ao exercício de 2017, tem por base informações e evidências fornecidas pelo Fiscal Único e Revisor Oficial de Contas nomeado para esse exercício, Rodrigo Mário de Oliveira Carvalho.



SÃO JOÃO

Conselho Fiscal

fe
8
ML

Relatório da atividade fiscalizadora

5. No decurso do exercício, a atividade do CHSJ, EPE foi acompanhada com a periodicidade e extensão adequada, tendo sido vigiada pelo então órgão de fiscalização a observância dos estatutos e da Lei. O Conselho de Administração prestou atempadamente os esclarecimentos solicitados e os serviços do CHSJ, EPE mostraram disponibilidade para prestar todas as informações necessárias ao exercício da revisão legal das contas.
6. Foi dado cumprimento ao Princípio da Unidade de Tesouraria previsto no artigo 28º do Regime Jurídico do Setor Público Empresarial, aprovado pelo Decreto Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro, e ainda no artigo 86º da Lei n.º 7-A/2016, de 30 de março.
7. O Conselho Fiscal apreciou o Relatório de Gestão e as Demonstrações Financeiras relativos ao exercício de 2017 apresentados pelo Conselho de Administração, bem como a Certificação Legal das Contas emitida pelo ROC, da qual constam quatro reservas e duas ênfases.
8. Dando cumprimento ao n.º 2 do artigo 54.º do Regime Jurídico do Setor Público Empresarial, o Conselho Fiscal aferiu o cumprimento da exigência de apresentação de Relatório de Boas Práticas de Governo Societário relativo ao exercício de 2017, verificando que dele constam as informações reguladas no Capítulo II da legislação citada.
9. O Conselho Fiscal verificou também terem sido cumpridas as orientações da Direção-Geral do Tesouro e Finanças sobre o processo de prestação de



SÃO JOÃO

Conselho Fiscal

fe
x
mb

contas referente a 2017, designadamente, quanto ao relato do cumprimento das orientações legais vigentes para o Setor Empresarial do Estado, incluindo o cumprimento das orientações relativas às remunerações vigentes em 2017.

10. O Conselho Fiscal apreciou ainda o Relatório Adicional do Revisor Oficial de Contas ao Órgão de Fiscalização referente ao exercício de 2017, emitido ao abrigo do artigo 24.º do Regime Jurídico de Supervisão de Auditoria, aprovado pela Lei n.º 148/2015, de 7 de setembro.

Parecer

11. O Conselho Fiscal foi informado que o Relatório de Gestão e as Demonstrações Financeiras relativos aos exercícios de 2013, 2014, 2015 e 2016 carecem de aprovação ao abrigo do exercício da função acionista previsto no artigo 38º do Regime Jurídico do Setor Público Empresarial.
12. Em face do exposto, e exceto quanto aos eventuais efeitos decorrentes das quatro reservas constantes da Certificação Legal das Contas, bem como da matéria referida no ponto anterior, o Relatório de Gestão, o Relatório de Boas Práticas de Governo Societário, as Demonstrações Financeiras e a proposta de aplicação dos resultados do exercício de 2017 merecem a concordância do Conselho Fiscal.



SÃO JOÃO

Conselho Fiscal

Porto, 28 de junho de 2018

A Presidente do Conselho Fiscal do Centro Hospitalar de São João

Luísa Anacoreta

Os vogais do Conselho Fiscal do Centro Hospitalar de São João

Henrique Capelas

Carlos Trigacheiro

ANEXO 6 – ATA OU EXTRATO DA ATA DA REUNIÃO DO ÓRGÃO DE ADMINISTRAÇÃO EM QUE HAJA SIDO DELIBERADA A APROVAÇÃO DO RGS 2017



CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO, EPE ATA NÚMERO 21/2018 (EXTRATO) – REUNIÃO ORDINÁRIA DE VINTE E UM DE MAIO DE DOIS MIL E DEZOITO

Local da reunião
Conselho de Administração do Centro Hospitalar de São João (Piso 01) • Gabinete do Presidente do Conselho de Administração

Duração da reunião (hora de início e fim)
10.00 • 13.15 horas

Registo de presenças/ausências dos membros do Conselho de Administração
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 Teiveira Cardoso • Enfermeira Diretora
Dr. João Renato Carrido Matos Pereira • Vogal Executivo
Dr. Luís Carlos Fontoura Porto Gomes • Vogal Executivo

Assessor Executivo do Conselho de Administração
Alexandre José Morais Teiveira

5. POLÍTICA HOSPITALAR

> Relatório de Governo Societário – 2017:

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 ano 2017. (PCA, 5.1.1(EA))

O Presidente do
Conselho de Administração

(Dr. António Oliveira e Silva)

ANEXO 7 – ATA DA REUNIÃO DA ASSEMBLEIA GERAL, DELIBERAÇÃO UNÂNIME POR ESCRITO OU DESPACHO QUE CONTEMPLE A APROVAÇÃO POR PARTE DOS TITULARES DA FUNÇÃO ACIONISTA DOS DOCUMENTOS DE PRESTAÇÃO DE CONTAS (AÍ SE INCLUINDO O RELATÓRIO E CONTAS E O RGS) RELATIVOS AO EXERCÍCIO DE 2016.

O CHSJ não recebeu, até à data, qualquer avaliação da Tutela relativamente às contas do exercício anterior.

De mencionar que os últimos documentos de prestação de contas aprovados pela Tutela que a instituição tem conhecimento, referem-se ao ano de 2014.

ANEXO 8 – DEMONSTRAÇÃO NÃO FINANCEIRA 2017

O artigo 66º -B do Código das Sociedades Comerciais prevê que *“As grandes empresas que sejam entidades de interesse público, que à data de encerramento do seu balanço excedam um número médio de 500 trabalhadores durante o exercício anual, devem incluir no seu relatório de gestão uma demonstração não financeira, nos termos do presente artigo.”*

Neste contexto, foi elaborado o presente documento – Demonstrações Financeiras referente ao exercício de 2017 *“que deverá conter informação referente ao desempenho e evolução da sociedade quanto a questões ambientais, sociais e relativas aos trabalhadores, igualdade de género, não discriminação, respeito pelos direitos humanos, combate à corrupção e tentativas de suborno.”*

MODELO EMPRESARIAL DA EMPRESA

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, que estabelece os princípios e regras aplicáveis ao Setor Público Empresarial, e do artigo 18.º do Anexo da Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro, com os Estatutos definidos no Anexo II do 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.

Em 31 de Julho de 2013, foi homologado o Regulamento Interno do Centro Hospitalar de São João, E.P.E., o qual foi revisto após a nomeação, em 15 de fevereiro de 2016, do Conselho de Administração atualmente em funções. Este último documento foi homologado por despacho de Sua Excelência a Sra. Secretária de Estado da Saúde, exarado em 22 de fevereiro de 2018.

Assim, de acordo com o disposto no artigo 7.º do Regulamento Interno em vigor no ano de 2017, em conformidade com o estipulado nos Estatutos, são órgãos do Centro Hospitalar de São João, E.P.E.:

- O Conselho de Administração;
- O Fiscal Único;
- E o Conselho Consultivo.

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

A Resolução de Conselho de Ministros n.º 4-H/2016 de 15 de fevereiro, determinou a nomeação do Conselho de Administração para o Centro Hospitalar São João, E. P. E., para o mandato 2016-2018.

A composição, mandato, vinculação e estatuto dos membros do Conselho de Administração são regulados, respetivamente, pelos artigos 6.º, 12.º e 13.º dos Estatutos do CHSJ, sendo adicionalmente aplicável o disposto no Estatuto do Gestor Público.

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.

TABELA N.º 1 – COMPOSIÇÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Mandato (Início-Fim)	Cargo	Nome
2016-2018	Presidente do Conselho de Administração	António Joaquim Freitas de Oliveira e Silva
2016-2018	Vogal Diretor Clínico	José Artur Osório de Carvalho Paiva
2016-2018	Vogal Enfermeiro Diretor	Maria Filomena Passos Teixeira Cardoso
2016-2018	Vogal Executivo	Luís Carlos Fontoura Porto Gomes
2016-2018	Vogal Executivo	Ilídio Renato Garrido Matos Pereira

FISCAL ÚNICO

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; - Fiscal Único suplente: Dr. Jorge Manuel da Silva Baptista Pinto, inscrito

na Ordem dos Revisores Oficiais de Contas sob o n.º 1086.

Apesar do Fiscal Único ter terminado o mandato no final de 2016, este manteve-se em funções no período em análise.

CONSELHO FISCAL

Foram designados para constituir o Conselho Fiscal do Centro Hospitalar de São João, E.P.E., no mandato 2017-2019, os seguintes membros:

Presidente: Dr.ª Maria Luísa Coutinho Ferreira Leite de Castro Anacoreta Correia

Vogal: Dr. António Henrique Machado Capelas

Vogal: Dr. Carlos Fernando Calhau Trigacheiro

Vogal Suplente: Dr.ª Cristina Maria Pereira Branco Mascarenhas Vieira Sampaio

Apesar da nomeação do Conselho Fiscal ter ocorrido em 28/11/2017, através de Despacho S/N dos Ministérios das Finanças e Saúde, o mesmo só foi dado a conhecer ao Centro Hospitalar em 05 de janeiro de 2018 através de um e-mail reencaminhado pela ARS-Norte, I.P. com proveniência do Gabinete do Ministro da Saúde.

Desta forma, a efetiva entrada em funções deste Órgão só ocorreu em 2018, pelo que, não se aplica ao período em análise neste Relatório.

CONSELHO CONSULTIVO

Nos termos e ao abrigo do disposto na alínea a) do n.º 1 e nos n.ºs 4 e 5 do artigo 18.º dos Estatutos constantes do anexo II do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro, alterado pelos Decretos - Leis n.º 50 -A/2007, de 28 de fevereiro, 18/2008, de 29 de janeiro, 176/2009, de 4 de agosto, 136/2010, de 27 de dezembro e 183/2015, de 31 de agosto, aplicável por força dos n.º 3 do artigo 1.º e 1 do artigo 5.º ambos do Decreto -Lei n.º 30/2011, de 2 de março, foi nomeado o Professor Doutor Serafim Correia Pinto Guimarães para o cargo de Presidente do Conselho Consultivo do Centro Hospitalar de São João, E. P. E., cargo este não remunerado.

DESEMPENHO NÃO FINANCEIRO

O CHSJ pauta a sua atuação pela gestão e utilização criteriosa dos recursos de que dispõem com o propósito final de garantir uma prestação de cuidados de saúde de qualidade aos seus utentes, garantir a sustentabilidade económico-financeira da instituição e cumprir os objetivos definidos pelo Governo em termos de política de saúde.

QUESTÕES AMBIENTAIS

O CHSJ considera as questões ambientais um desafio para ser mais eficiente e inovador. A racionalização dos consumos de água e de energia constitui um dos compromissos no combate às alterações climáticas, motivando iniciativas para minimizar a ineficiência na utilização destes recursos e, como resultado, salvaguardar a sustentabilidade futura e também obter poupanças financeiras.

Destacam-se, de seguida, algumas iniciativas que consolidam a persecução das políticas de sustentabilidade ambiental preconizadas pelo CHSJ com o intuito da preservação do meio ambiente e da utilização mais eficiente dos recursos.

Projeto: Ambideia - Concurso de ideias para a redução de produção de resíduos

“O que acha que o CHSJ pode fazer para melhorar o seu desempenho ambiental?”

No âmbito da Semana Europeia da Redução de Resíduos, e como tem vindo a ser hábito todos os anos, a Unidade de Ambiente/SOH propôs um concurso de ideias.

Porque todos beneficiamos com as medidas que reduzam o impacto ambiental provocado pela nossa sociedade de consumo e, tendo a sorte de fazermos parte do maior hospital do Norte, todas as contribuições podem fazer a diferença. As decisões de hoje são as vidas das futuras gerações.

As ideias possíveis de implementar serão analisadas e impactadas económica e ambientalmente.

Queremos com esta iniciativa ouvir a sua opinião, a sua ideia!"

Este concurso foi lançado no decorrer do ano de 2017 e visa estimular a comunidade hospitalar para as questões ambientais e, nomeadamente, despertar para o impacto das ações diárias de cada um no ambiente.

Projeto: Desempenho Energético e Funcional do Edifício Externo do CHSJ

O Centro Hospitalar de São João, com o desígnio de promover um maior nível de eficiência energética nas suas instalações e melhores condições de acolhimento aos utentes e aos profissionais, concorreu a fundos do Programa Operacional Sustentabilidade e Eficiência no Uso de Recursos (PO SEUR). Este programa visa o crescimento sustentável, respondendo aos desafios de transição para uma economia de baixo carbono, assente numa utilização mais eficiente de recursos e na promoção de maior resiliência face aos riscos climáticos e às catástrofes.

No âmbito desta candidatura, submeteu um projeto que permitirá melhorar as condições de acolhimento dos utentes e profissionais na Consulta Externa e reduzir os custos com climatização e iluminação através de um investimento de, cerca de, 4,1 milhões de euros.

Em maio de 2017, o CHSJ foi informado que a candidatura foi aceite e receberá uma comparticipação de 3,8 milhões de euros através do referido programa de auxílio.

Este investimento permitirá, no final do processo, uma poupança de 300 mil euros/ano, pois serão instalados 2.832 painéis fotovoltaicos nas coberturas dos edifícios objeto desta intervenção, totalizando uma área de 5.411 m².

Além da introdução dos painéis fotovoltaicos, será melhorada a climatização de todo o Centro de Ambulatório, também com métodos energeticamente eficientes, pois esta climatização será obtida a partir das redes de transporte de água quente e água fria, permitindo eliminar os atuais aparelhos de ar condicionado. Com a nova climatização serão significativamente melhoradas as condições de conforto para doentes e profissionais que utili-

zam as salas de consulta, de tratamentos, de exames e as salas de espera na Consulta Externa.

Também os envidraçados atuais serão substituídos por vidros duplos que permitem a redução das perdas de calor nas alturas mais frias do ano e ganhos de isolamento nos períodos mais quentes.

Para além disso, todo o sistema de iluminação existente será substituído por iluminação do tipo LED, com maior eficiência e menor consumo energético.

As obras relacionadas com a eficiência energética envolvem três edifícios externos ao corpo principal do hospital: o Centro de Ambulatório, (que inclui a Consulta Externa), o Hospital de Dia e o edifício dos serviços de apoio, prevendo-se a sua conclusão para o final de 2018.

Projeto: Recolha de embalagens

O Serviço de Operações Hoteleiras (SOH) implementou em 2017 um processo de recolha das embalagens de Tetra-Pack provenientes do leite consumido nas copas. Esta iniciativa já permitiu ao CHSJ recolher e retirar dos resíduos orgânicos mais de 3 toneladas de embalagens.

Projeto: Redução de desperdício

Por último, e após sensibilização e aceitação por parte da empresa prestadora de serviços, foi possível estabelecer, pela primeira vez, uma prática regular de reversão de alguns suplementos enviados para as copas. Este processo permitiu ao CHSJ reverter em 9 meses mais de 10.000 pacotes de leite, minimizando custos e desperdício.

IMPACTO DA ATIVIDADE

A atividade hospitalar é responsável pela produção de uma quantidade significativa de resíduos, bem como, por um elevado consumo de energia elétrica. Nesse contexto, a ecoeficiência constitui uma ferramenta essencial para que os hospitais possam conciliar maior eficiência económica e menor impacto ambiental.

De seguida apresenta-se a evolução, ao longo dos últimos anos, da produção de resíduos e consumos de recursos naturais no CHSJ.

RESÍDUOS

De acordo com o Despacho n.º 242/96, de 5 de julho, os Resíduos Hospitalares devem ser separados em 4 grupos distintos, consoante a sua perigosidade:

- Grupo I – Resíduos Equiparados a Urbanos;
- Grupo II – Resíduos Hospitalares Não Perigosos;
- Grupo III – Resíduos Hospitalares de Risco Biológico;
- Grupo IV – Resíduos Hospitalares Específicos.

A pesagem e recolha dos resíduos dos grupos I/II são efetuadas por uma empresa externa, para integração no circuito de resíduos urbanos. Sendo o destino destes resíduos o mesmo, são acondicionados e quantificados conjuntamente.

Os resíduos são acumulados ao longo do dia num compactador localizado na Central de Resíduos, sendo recolhido pela empresa diariamente.

São também separados determinados tipos de resíduos específicos que, posteriormente, são encaminhados para o destino final mais adequado às suas características.

RECICLAGEM

No CHSJ é incentivada a separação do papel, cartão, plástico e vidro para valorização, nos serviços clínicos e não clínicos.

As maiores vantagens da reciclagem consistem na minimização da quantidade de resíduos que necessita de tratamento final, como aterramento, ou incineração, assim como, a minimização da utilização de fontes naturais, muitas vezes não renováveis.

De facto, a problemática da reciclagem enquanto processo de valorização de resíduos tem sido alvo de diversas ações de sensibilização que se estendem a toda a comunidade hospitalar. Estas ações são desenvolvidas, tanto em contexto de sala, como em contexto de trabalho, no próprio serviço.

Ainda em 2017, importa referir o cumprimento da nova legislação – Portaria N.º 145/2017 de 26 de abril, que impõe ao CHSJ a necessidade diária de preenchimento das guias eletrónicas de acompanhamento de resíduos (EGAR).

CONSUMO DE RECURSOS

Os consumos de água e eletricidade são monitorizados mensalmente dado o significativo peso que estes consumos têm nos custos do CHSJ.

Em termos de política de sustentabilidade relacionada com o consumo de água, podemos referir diversas estratégias que têm vindo a ser implementadas no CHSJ, nomeadamente:

- Reestruturação do sistema de distribuição de água;
- Gestão de fluxo de água, designadamente através da utilização de torneiras temporizadas de água;
- Recuperação de águas dos sistemas de refrigeração;
- Recuperação de condensados dos sistemas de vapor.

Em consequência das diversas iniciativas tomadas, no âmbito do consumo de água, é evidente a redução gradual no consumo deste recurso ao longo dos últimos três anos.

No que diz respeito ao consumo de energia a evolução tem sido ascendente, no entanto, é de realçar que grande parte das instalações do CHSJ ainda não foram objeto de intervenção para modernização e apresentam graves falhas de isolamento. Assim, em períodos de frio ou calor o consumo de energia aumenta significativamente.

QUESTÕES SOCIAIS

No âmbito das políticas de cariz social relembramos o historial recente do CHSJ nesta matéria, nomeadamente, através das seguintes iniciativas:

- **Criação de um 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;**
- **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;

- **Parceria com a Fundação Infantil Ronald McDonald (FIRM) que construiu a 2ª Casa Ronald McDonald em Portugal, localizada no perímetro do pólo do Porto do Centro Hospitalar de São João;**
- **Consórcio estabelecido 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).**

Concretamente, no ano de 2017, destacamos algumas iniciativas em que o CHSJ participou ativamente:

- **Missão de cirurgia cardíaca pediátrica na Palestina**

Pelo segundo ano consecutivo, uma equipa do Centro Hospitalar São João (CHSJ) e do Hospital Universitário da Corunha, constituída por médicos, enfermeiros e um perfusionista, estiveram em novembro de 2017, no Estado da Palestina, em Ramallah, a realizar cirurgia cardíaca pediátrica.

Sob a organização da PCRF (Palestine Children's Relief Fund) esta equipa de voluntários operou e acompanhou continuamente dez crianças com diversas cardiopatias congénitas.

- **Protocolo com a Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais**

O CHSJ e a Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais (DGRSP) celebraram, no dia 3 de janeiro de 2017, um protocolo de cooperação para acompanhamento dos indivíduos identificados como infetados pelo vírus da hepatite C que necessitam tratamento especializado, no Estabelecimento Prisional do Porto.

O CHSJ comprometeu-se a deslocar os seus profissionais ao Estabelecimento Prisional do Porto no sentido de realizar as consultas de especialidade de Doenças do Fígado, promover os procedimentos diagnósticos adequados e facultar a medicação que permita a cura da hepatite C na quase totalidade dos reclusos tratados para esse efeito.

Trata-se de um projeto-piloto de grande impacto social, tornar acessível a cura da hepatite C, com as novas modalidades terapêuticas, a uma franja da população considerada como carenciada para estes tratamentos e que, para além do relevo individual, tem muita importância epidemiológica, na medida em que é apontada como um grupo reservatório de potencial perpetuação da infeção na comunidade.

- **Ação de formação: Doenças Hereditárias do Metabolismo na prática clínica - a importância de equipa multidisciplinar alargada.**

As doenças hereditárias do metabolismo (DHM) constituem um grupo de patologias individualmente raras, na maior parte dos casos severas, crónicas e debilitantes, com apresentações desde a idade pediátrica ao adulto e que no seu conjunto representam um importante e grave problema de saúde pública.

Considerando a importância de promover a prevenção e rastreio familiar de populações de risco, pretendeu-se constituir uma rede de trabalho alargada na zona norte do país, envolvendo unidades de saúde hospitalares e locais.

De acordo com esta realidade, o Centro de Referência de Doenças Hereditárias e do Metabolismo do Centro Hospitalar São João organizou uma ação de formação intitulada: Doenças Hereditárias do Metabolismo na prática clínica - a importância de equipa multidisciplinar alargada.

Dirigida a todos os profissionais de saúde do norte do país, esta formação teve o intuito de permitir aos participantes identificar grupos fisiopatológicos essenciais / sinais de alarme sugestivos de DHM, estabelecer estratégia de diagnóstico etiológico e referência ao Centro de Referência e serem capazes de integrar equipa multidisciplinar de orientação de doentes com DHM - equipa multidisciplinar alargada central e local para tratamento e seguimento em condições adequadas.

- **Iº Encontro do Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco**

No dia 20 de Outubro de 2017 decorreu o Iº Encontro do Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco promovido pelo CHSJ dirigida a todos os interessados.

Adicionalmente, apresentamos algumas das atividades culturais e recreativas para profissionais e familiares.

- **1º Grande Prémio de Natal São João**

O 1º Grande Prémio de Natal São João é uma corrida de karting organizada pelo Centro de Cultura e Desporto (CCD) do São João, para colaboradores do CHSJ, que decorreu no Kartódromo de Baltar, no dia 17 de dezembro.

- **Jogos de Futebol de 11**

Organizados pelo Centro de Cultura e Desporto (CCD) do São João, os jogos de Futebol de 11 de confraternização entre os colaboradores do CHSJ, tiveram lugar nos dias 1 de Maio e 1 de dezembro de 2017.

- **Caminhada de confraternização para os colaboradores e familiares do Centro Hospitalar de São João**

Anualmente o Serviço de Humanização organiza uma caminhada de confraternização para os colaboradores e familiares do Centro Hospitalar de São João. Em 2017, a Caminhada realizou-se no dia 5 de Outubro na Ecovia do Vez, em Arcos de Valdevez.

- **Sardinhada para colaboradores do CHSJ**

Todos os anos pela altura festiva do São João, o CHSJ promove uma Sardinhada para os colaboradores do CHSJ.

- **Dia Mundial da Criança**

No âmbito das comemorações do Dia Mundial da Criança anualmente são realizadas diversas atividades no CHSJ envolvendo utentes pediátricos onde são incluídos no programa animação musical, teatros, pinturas, entre outros.

QUESTÕES RELATIVAS AOS TRABALHADORES, IGUALDADE ENTRE MULHERES E HOMENS, À NÃO DISCRIMINAÇÃO E AO RESPEITO DOS DIREITOS HUMANOS

As políticas de recursos humanos do CHSJ seguem as orientações vinculativas legais e/ou emanadas pela Tutela.

A margem de atuação revela-se mínima, dados os constrangimentos de contratação de recursos humanos e os impedimentos legais de valorização remuneratória, seja decorrente do reposi-

cionamento, seja decorrente de promoções.

Não obstante, o CHSJ procurou, sempre que possível, adaptar as necessidades dos seus trabalhadores à atividade desenvolvida.

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.

QUESTÕES RELACIONADAS COM COMBATE À CORRUPÇÃO E À TENTATIVA DE SUBORNO

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.

INDICADORES-CHAVE DE DESEMPENHO RELEVANTES PARA A ATIVIDADE

Mais de 90% da atividade realizada internamente pelo CHSJ está ao abrigo do Serviço Nacional de Saúde – SNS, estando esta refletida no Contrato Programa celebrado anualmente entre a Tutela e o CHSJ.

Neste documento estão definidas 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, incentivos institucionais atribuídos em função do

cumprimento de objetivos de Acesso, Qualidade Assistencial e Eficiência Económico-Financeira, e os Custos e Proveitos inerentes à execução da atividade assistencial, bem como as Penalidades associadas ao Contrato Programa.

As Penalidades associadas ao Contrato Programa que contemplam indicadores das seguintes áreas: Programa de promoção e adequação do acesso; Reporte e Publicação de informação de gestão; Registo, consulta partilha e desmaterialização de processos; Cobrança de receita e gestão de stocks, e Desempenho Económico-financeiro.

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

Adicionalmente, a ACSS disponibiliza no sítio da internet <http://benchmarking.acss.min-saude.pt>, *Dashboards de Benchmarking*, aumentando a transparência e partilha de informação com a comunidade numa perspetiva de construção do mercado público de prestadores de cuidados de saúde.



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