

Relatório de Governo Societário

2019

Hospital Garcia de Orta, EPE

HGO
CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
ACTA Nº 31/2020
18/06/2020

Aprovado em CA: 18/6/2020


Vera Almeida
Vogal Executiva


Luís Amaro
Presidente do Conselho
de Administração


Nuno Marques
Diretor Clínico

Paula Realista
Enfermeira Diretora


Sofia Ferreira
Vogal Executiva

(Versão final, aprovada em reunião de CA de 18.06.2020, conforme evidenciado no Extrato de Ata, reproduzido na página 71, após incorporação de um conjunto de sugestões de alterações pontuais que foram sugeridas pelo Conselho Fiscal,)

Índice

| | | |
|-------|--|----|
| I. | Síntese (Sumário Executivo) | 4 |
| II. | Missão, Objetivos e Políticas | 6 |
| III. | Estrutura de capital | 16 |
| IV. | Participações Sociais e Obrigações detidas | 17 |
| V. | Órgãos Sociais e Comissões | 18 |
| A. | Modelo de Governo | 18 |
| B. | Assembleia Geral | 18 |
| C. | Administração e Supervisão | 19 |
| D. | Fiscalização | 32 |
| E. | Revisor Oficial de Contas | 35 |
| F. | Conselho Consultivo (caso aplicável) | 36 |
| G. | Auditor Externo | 37 |
| VI. | Organização Interna | 38 |
| A. | Estatutos e Comunicações | 38 |
| B. | Controlo interno e gestão de riscos | 38 |
| C. | Regulamentos e Códigos | 42 |
| D. | Deveres especiais de informação | 44 |
| E. | Sítio na Internet | 46 |
| F. | Prestação de Serviço Público ou de Interesse Geral | 47 |
| VII. | Remunerações | 49 |
| A. | Competência para a Determinação | 49 |
| B. | Comissão de Fixação de Remunerações | 49 |
| C. | Estrutura das Remunerações | 50 |
| D. | Divulgação das Remunerações | 51 |
| VIII. | Transações com partes Relacionadas e Outras | 54 |
| IX. | Análise de sustentabilidade da entidade nos domínios económico, social e ambiental | 55 |
| X. | Avaliação do Governo Societário | 61 |
| XI. | ANEXOS DO RGS | 69 |
| | Anexo 1 | 70 |
| | Anexo 2 | 71 |
| | Anexo 3 | 72 |
| | Anexo 4 | 73 |
| | Anexo 5 | 94 |

Handwritten signatures and initials in blue ink.

SIGLAS

| | |
|-------------------|---|
| ACES | Agrupamento de Centros de Saúde |
| ACSS | Administração Central do Sistema de Saúde |
| ARSLVT | Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo |
| CA | Conselho de Administração |
| CCP | Código dos Contratos Públicos |
| CFT | Comissão de Farmácia e Terapêutica |
| CMVM | Comissão do Mercado de Valores Mobiliários |
| CRé | Centros de Referência |
| CRI | Centro de Responsabilidade Integrada |
| CSP | Cuidados de Saúde Primários |
| CTH | Consulta a Tempo e Horas |
| DGO | Direção Geral do Orçamento |
| DGS | Direção Geral de Saúde |
| DGTF | Direção Geral de Tesouro e Finanças |
| EGA | Equipa de Gestão de Altas |
| EPE | Entidade Pública Empresarial |
| ERS | Entidade Reguladora de Saúde |
| FSE | Fornecimentos e Serviços Externos |
| GCL-PPCIRA | Grupo de Coordenação Local – Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos |
| GDH | Grupo de Diagnóstico Homogéneo |
| HGO | Hospital Garcia de Orta |
| ICM | Índice de Case-Mix |
| LEC | Lista de Espera para a Consulta Externa |
| LIC | Lista Inscritos para Cirurgia |
| MCDT | Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica |
| PDS | Plataforma de Dados em Saúde |
| PPRCIC | Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas |
| RGPD | Regulamento Geral de Proteção de Dados |
| RJSPE | Regime Jurídico do Setor Público Empresarial |
| RNCCI | Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados |
| RNSM | Rede Nacional de Saúde Mental |
| ROC | Revisor Oficial de Contas |
| SA | Sociedade Anónima |
| SCI | Sistema de Controlo Interno |
| SES | Secretário de Estado da Saúde |
| SET | Secretário de Estado do Tesouro |
| SICA | Sistema de Informação para a Contratualização e Acompanhamento |
| SIGEF | Sistema de Informação para a Gestão Económico Financeira |
| SIRIEF | Sistema de Recolha de Informação Económico-Financeira |
| SNS | Serviço Nacional de Saúde |
| SPMS | Serviços Partilhados do Ministério da Saúde |
| SUCH | Serviço de Utilização Comum dos Hospitais |
| TMRG | Tempo Máximo de Resposta Garantido |
| UHGIC | Unidade Hospitalar de Gestão de Inscritos para Cirurgia |
| UTAM | Unidade Técnica de Acompanhamento e Monitorização do Setor Público Empresarial |

Handwritten signatures and initials:
L. AF
M.

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 2019.

O Hospital Garcia de Orta, EPE, é uma pessoa coletiva de direito público de natureza empresarial dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, com sede na Avenida Torrado da Silva, com o código postal 2805-267, em Almada. Atua com o CAE principal 86100 da Rev.3 – Atividades dos estabelecimentos de saúde com internamento – e detém um capital estatutário de 140.780.000,00€.

Iniciou a sua atividade em setembro de 1991, em substituição do antigo Hospital da Misericórdia de Almada/Hospital Distrital de Almada que, entretanto, deixara de conseguir dar resposta à crescente população da península de Setúbal porquanto assegurava apenas cuidados hospitalares básicos.

O HGO transitou, em 2003, do Sector Público Administrativo para o Sector Empresarial do Estado, primeiramente como sociedade anónima e posteriormente, em 2006, como entidade pública empresarial (EPE).

O modelo organizativo que suporta a estrutura de funcionamento do HGO tem por base a responsabilidade na gestão e a qualidade e eficiência na prestação de cuidados de saúde.

Enquanto Entidade do Setor Público Empresarial do Estado, apresenta anualmente o Relatório de Governo Societário¹ o qual foi elaborado a partir do modelo e manual preparado pela Unidade Técnica de Acompanhamento e Monitorização do Setor Público Empresarial (UTAM – Ministério das Finanças) de dezembro de 2019.

O presente documento, aprecia o modelo de governação, avalia os princípios de bom governo adotados, designadamente o grau de cumprimento das orientações, objetivos, obrigações e responsabilidades, o grau de cumprimento dos princípios de responsabilidade social e ambiental e desenvolvimento económico sustentável, a estrutura organizacional definida e instrumentos de gestão implementados em vigor, com especial enfoque no princípio da transparência, no controlo de risco e prevenção de conflitos de interesse e na melhoria e reforço contínuo dos instrumentos adequados à promoção da excelência do governo societário.



¹ Nos termos do artigo 54.º do Regime Jurídico do Setor Público Empresarial aprovado pelo Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro, alterado pela Lei n.º 75- A/2014, de 30 de setembro, e pela Lei n.º 42/2016, de 28 de setembro.

Relatório de Governo Societário 2019

| CAPÍTULO II do RJSPE – Práticas de bom governo | | sim | não | data |
|--|---|-----|-----|-------------------------------|
| Artigo 43.º | Apresentou plano de atividades e orçamento para 2019 adequado aos recursos e fontes de financiamento disponíveis | x | | 31-07-2019 |
| | Obteve aprovação pelas tutelas setorial e financeira do plano de atividades e orçamento para 2019 | | x | |
| Artigo 44.º | Divulgou informação sobre estrutura acionista, participações sociais, operações com participações sociais, garantias financeiras e assunção de dívidas ou passivos, execução dos objetivos, documentos de prestação de contas, relatórios trimestrais de execução orçamental com relatório do órgão de fiscalização, identidade e curriculum dos membros dos órgãos sociais, remunerações e outros benefícios | x | | 20-05-2020 |
| Artigo 45.º | Submeteu a informação financeira anual ao Revisor Oficial de Contas, que é responsável pela Certificação Legal das Contas da empresa | x | | 15-05-2020 |
| Artigo 46.º | Elaborou o relatório identificativo de ocorrências, ou risco de ocorrências, associado à prevenção da corrupção | x | | 16-04-2020 |
| Artigo 47.º | Adotou um código de conduta ética e divulgou o documento | x | | 02-08-2018 |
| Artigo 48.º | Tem contratualizada a prestação de serviço público ou de interesse geral, caso lhe esteja confiada | x | | 31-05-2019 |
| Artigo 49.º | Prosseguiu objetivos de responsabilidade social e ambiental | x | | 15-12-2016 |
| Artigo 50.º | Implementou políticas de recursos humanos e planos de igualdade | x | | 14-02-2020 |
| Artigo 51.º | Evidenciou a independência de todos os membros do órgão de administração e que os mesmos se abstêm de participar nas decisões que envolvam os seus próprios interesses | x | | 10-03-2020 |
| Artigo 52.º | Evidenciou que todos os membros do órgão de administração cumpriram a obrigação de declararem as participações patrimoniais e relações suscetíveis de gerar conflitos de interesse ao órgão de administração, ao órgão de fiscalização e à IGF | x | | 10-03-2020 |
| Artigo 53.º | Providenciou no sentido de que a UTAM tenha condições para que toda a informação a divulgar possa constar do sítio na internet da Unidade Técnica | x | | 20-05-2020 |
| Artigo 54.º | Apresentou o relatório do órgão de fiscalização em que é aferido constar do relatório anual de práticas de governo societário informação atual e completa sobre todas as matérias tratadas no Capítulo II do RJSPE (boas práticas de governação) | x | | ? (colocar data relatório CF) |

pot
L.
M.

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

O Hospital tem por missão principal a prestação de cuidados de saúde diferenciados a todos os cidadãos no âmbito das responsabilidades e capacidades, dando execução às definições de política de saúde a nível nacional e regional, aos planos estratégicos e às decisões superiormente aprovadas. O Hospital tem ainda por Missão desenvolver atividades de investigação e formação, pré e pós-graduada de profissionais de saúde, assim como de ensino em colaboração protocolada com entidades públicas e privadas.

Visão

O Hospital Garcia de Orta pretende continuar a afirmar-se como instituição de referência, aumentar as áreas de excelência e consolidar a prestação de cuidados de qualidade e em ambiente organizado, aumentar a sustentabilidade e a acessibilidade, bem como, a satisfação de colaboradores e utentes.

Valores

No desenvolvimento da sua atividade, o Hospital e os seus colaboradores regem-se pelos seguintes valores:

- Cultura de prestação de serviço público;
- Colocação do doente/utente no centro do universo da prestação dos cuidados de saúde;
- Observância de padrões de ética no exercício da atividade hospitalar;
- Equidade no acesso e na prestação dos cuidados de saúde;
- Eficiência na utilização dos recursos;
- Cultura de promoção da qualidade e da excelência na gestão clínica;
- Conservação do património e proteção do meio ambiente.

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;*

O Conselho de Administração do HGO nomeado em 30 de abril de 2019, definiu os seguintes objetivos estratégicos para o triénio 2019-2021, de acordo com as orientações da Tutela:

Centralidade no doente

Neste âmbito, pretende-se, sobretudo, reforçar a comunicação entre doentes/familiares/profissionais, desde o momento da admissão, promover um percurso clínico integrado do doente dentro do HGO e na articulação com os outros níveis de cuidados, simplificar, desmaterializar e desburocratizar os circuitos internos que o utente tem que percorrer no Hospital e desenvolver o projeto do Balcão 360º, recorrendo a financiamento comunitário para a modernização administrativa (candidatura SAMA), como ponto único de contacto do doente no Hospital, assegurando a marcação coordenada de consultas médicas e não-médicas, exames e outro tipo de atos de que os doentes necessitem.

Qualidade e Segurança

No domínio da Qualidade, é prioritário manter a acreditação CHKS, assim como garantir a Certificação ISO 9001.

Nas áreas clínicas, é fundamental consolidar uma cultura de *clinical governance* (governança clínica), de forma transversal à organização.

Haverá projetos estimulantes a desenvolver, como seja a candidatura a novos Centros de Referência (Transplante Renal e Cardiologia de Intervenção) e a consolidação do desenvolvimento do Centro de Cirurgia Refrativa no âmbito do Centro de Responsabilidade Integrada de Oftalmologia (CRIO) do HGO recentemente estabelecido, ou estabelecer o Centro Multiprofissional de Tratamento da Coluna.

Na área do Medicamento, o desafio será garantir a sua total rastreabilidade, com a identificação completa da terapêutica administrada e avançar na qualificação da prescrição, através de uma análise mais sistemática de *benchmarking* na prescrição, no contexto dos trabalhos da Comissão de Farmácia e Terapêutica.

Será dado ênfase à redução do risco de infeção hospitalar e à política de adequada antibioterapia.

Considera-se ainda fundamental, por questões de segurança dos doentes, ajustar o quadro de recursos humanos do HGO às necessidades reais e às dotações seguras dos cuidados.

Valorização e envolvimento dos profissionais

Neste âmbito, é prioritário aumentar o nível de confiança dos profissionais nos serviços de apoio, assim como a promoção da conciliação da sua vida profissional e familiar.

Ao nível das condições de trabalho, haverá enfoque grande na garantia de realização de investimentos na área da capacidade diagnóstica e terapêutica, que potenciem a realização profissional e o desenvolvimento de projetos de investigação clínica / científica.

Quer assegurar-se competências críticas de gestão e promover-se elevados níveis de motivação, de envolvimento e de participação dos colaboradores na gestão e na execução dos planos de ação negociados com o Conselho de Administração. A formação e o enriquecimento de competências críticas das chefias intermédias deverão constituir um objetivo estratégico, de modo a potenciar os resultados a alcançar.

A implementação da avaliação de desempenho em todos os grupos profissionais poderá contribuir para premiar o esforço, tanto das chefias, como das equipas e colaboradores, devendo constituir um instrumento privilegiado de gestão e de suporte à execução dos objetivos dos serviços.

Pretende-se reforçar a cultura de trabalho em equipa multidisciplinar e desenvolver o Clube HGO, disponibilizando, por exemplo, acesso a práticas desportivas internamente.

Melhoria do Acesso

No domínio da melhoria do Acesso, o maior desafio que se enfrenta é o de redesenhar a organização do trabalho dos Profissionais do HGO em função do Acesso.

Assim, o HGO reforçará a equipa de gestão da LEC e alterará alguns procedimentos na sua gestão clínica e administrativa, com vista à melhoria dos tempos de espera no acesso a 1.ª consulta. Contando com algum reforço de recursos na área da Anestesia - que, em grande medida, não está sob controlo do Hospital - vai ser potenciada a programação e agendamento cirúrgicos, de modo a permitir a redução dos tempos de espera para cirurgia.

Quer-se reforçar a ambulatorização de cuidados, nomeadamente através da Unidade de Hospitalização Domiciliária, a promoção da Cirurgia Ambulatória, o desenvolvimento de novos Hospitais de Dia e de respostas de Telesaúde, e, no domínio do Medicamento, alargar o programa Pharmaccess.

Pretende-se ainda, com articulação com a ARSLVT e o ACES Almada/Seixal, favorecer a adequação do acesso às urgências, reduzindo a proporção dos verdes e azuis, bem como reorganizar a gestão clínica na admissão ao internamento com proveniência da urgência.

No domínio dos MCDT, é essencial tornar transparente a lista e o tempo de espera para acesso a exames.

Eficiência operacional e sustentabilidade

O principal objetivo, neste domínio, é o de o HGO se manter na liderança da eficiência operacional, em termos do *benchmarking* dos hospitais do Grupo D.

Tal exige medidas na área clínica e não clínica, estando sempre subjacente uma necessidade de rigor orçamental. Assim, será exigido um modelo de negócio sustentável, pelo que, além de aumentos de procura geradores de financiamento acrescido, será necessário manter uma gestão rigorosa dos recursos, quer materiais, mas sobretudo, do capital humano, de modo a garantir níveis de produtividade equiparáveis aos obtidos pelos melhores hospitais do grupo D.

Por exemplo, com vista à redução da demora média em pelo menos 5%, diversas medidas serão tomadas, passando por melhorar a resposta interna na área dos MCDT, os transportes de doentes e, em especial, o acesso atempado à RNCCI.

No domínio não clínico, há a referir, nomeadamente, que no sector das Compras, está a ser reestruturado o Serviço de Logística, desenvolvido um Plano de Compras anual e estão a ser desenvolvidos procedimentos concursais de forma massiva, com vista a aumentar a concorrência e transparência na compra; que se pretende reforçar a importância da Auditoria Interna e do *follow-up* das auditorias já realizadas, bem como diversificar fontes de financiamento e recuperar taxas moderadoras. Em paralelo, será desenvolvida a contabilidade de gestão e projetos de custeio por atividades.

Os investimentos que estão a ser levados a cabo com cofinanciamento POSEUR permitirão promover a eficiência energética e reduzir custos neste domínio.

Melhoria da articulação com os outros níveis de cuidados e com a comunidade

É essencial, para a própria sustentabilidade a médio prazo da atividade hospitalar, aprofundar a articulação com o ACES Almada/Seixal, garantindo que os cuidados são prestados no nível mais adequado, com descentralização e articulação estreita com os cuidados de saúde primários, em efetiva parceria, em prol da obtenção de ganhos em saúde, e numa lógica de proximidade, eficiência e melhoria da acessibilidade.

Em paralelo, urge procurar melhor resposta, quer por parte da RNCCI, como da Segurança Social, com vista à redução dos dias de protelamento de alta que tanto penalizam a demora média do HGO e RNSM, e a continuidade de cuidados.

No domínio da doença mental, terá que se desenvolver um trabalho de procura de soluções, na comunidade, em articulação com o HGO, das respostas para as situações complexas dos doentes mentais crónicos.

O HGO está ainda empenhado no estreitamento da colaboração com as autarquias e em promover a captação de financiamento para os projetos de investimento através de mecenato e mecanismos similares, através da criação de um novo Gabinete para a Promoção do Investimento e Parcerias.

Inovação organizacional

Neste domínio, a qualificação da gestão é uma aposta séria na qual o HGO está empenhado.

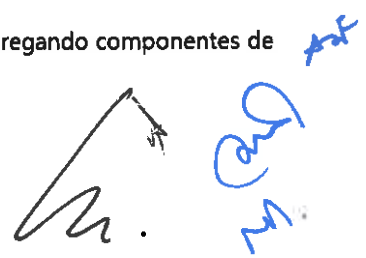
Para tal, pretende-se:

- Efetuar contratualização interna com todos os serviços, com base num modelo estruturado e coerente com o Contrato-programa do Hospital e abrangendo as várias áreas de recursos envolvidos na atividade assistencial (recursos humanos, investimento, compras, investigação e formação);
- A constituição de novos CRI, na área da Medicina Nuclear e da Imagiologia;
- A desmaterialização de processos (no domínio, nomeadamente, dos MCDT, das prescrições de Transportes de doentes, ou da emissão de Termos de Responsabilidade);
- A desburocratização de circuitos (através da promoção da gestão documental, e do desenvolvimento de workflows de pedidos e aprovações);
- Implementar inovações nos processos com recurso a metodologia LEAN;
- O refrescamento da Imagem Institucional e do *site* do Hospital.

Modernização tecnológica das instalações e equipamentos

Por fim, é absolutamente essencial, e face aos baixíssimos níveis de Investimento executados na última década, proceder a diversas transformações e à qualificação das condições de trabalho e hoteleiras, pelo que se prevê:

- Investir em infraestruturas físicas, sobretudo através de obras de beneficiação dos serviços;
- Renovar os grandes equipamentos, em especial no campo da Imagiologia e Medicina Nuclear;
- Investir na infraestrutura tecnológica e nos sistemas de informação;
- Reabilitar e reorganizar funcionalidades em vários espaços, especializando funções e agregando componentes de serviços hoje dispersas;
- Promover a eficiência energética;



- Preparar o lançamento do concurso do novo edifício hospitalar de ambulatório, que permitirá, a médio prazo, a transferência da atividade ambulatorial e consequentemente, o aumento da capacidade de internamento até 650 camas, melhorando o conforto dos doentes e aumentando a segurança clínica no internamento. O ambulatório passará a ter excelentes condições de atendimento e de trabalho, com mais de 100 gabinetes de consulta externa, vários hospitais de dia, com dimensão adequada. As estruturas operatórias permitirão dar resposta à procura, com reflexo na melhoria dos indicadores de acesso.

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

O Contrato-Programa celebrado entre a Tutela técnica² e o HGO, para o triénio 2017-2019 e revisto anualmente através de Acordos Modificativos, 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 à realização dessa atividade e incentivos institucionais atribuídos em função do grau de cumprimento de objetivos de qualidade e eficiência económico-financeira.

Os objetivos de produção para 2019 definidos no Contrato Programa (produção SNS) e o seu grau de concretização constam no quadro seguinte:

Objetivos de produção para 2019 e grau de cumprimento

| | Contrato Programa 2019 | | Realizado 2019 | | % cumprimento CP |
|--|------------------------|--------------|----------------|--------------|------------------|
| | Produção Total | Produção SNS | Produção Total | Produção SNS | |
| Consultas Externas | | | | | |
| Nº Total Consultas Médicas | 312.158 | 302.575 | 297.861 | 289.484 | 95,7% |
| Primeiras Consultas | 96.156 | 95.329 | 87.558 | 87.069 | 91,3% |
| Primeiras Consultas com origem nos CSP referenciadas via CTH | 37.346 | 37.346 | 35.076 | 35.076 | 93,9% |
| Primeiras Consultas Telemedicina em tempo real | 1.000 | 1.000 | 0 | 0 | 0,0% |
| Primeiras Consultas de Saúde Mental na Comunidade | 574 | 574 | 663 | 663 | 115,5% |
| Primeiras Consultas Centros Ref. | 0 | 0 | 0 | 0 | - |
| Primeiras Consultas CRI | 8.196 | 8.196 | 8.673 | 8.673 | 105,8% |
| Primeiras Consultas Descentralizadas nos CSP | 1.360 | 1.360 | 980 | 980 | 72,1% |
| Primeiras Consultas Cuidados Paliativos | 342 | 342 | 330 | 330 | 96,5% |
| Primeiras Consultas (sem majoração de preço) | 47.338 | 46.511 | 41.836 | 41.347 | 88,9% |
| Consultas Subsequentes | 216.002 | 207.246 | 210.303 | 202.415 | 97,7% |
| Consultas Subsequentes Telemedicina em tempo real | 0 | 0 | 0 | 0 | - |
| Consultas Subsequentes de Saúde Mental na Comunidade | 7.749 | 7.749 | 7.807 | 7.807 | 100,7% |
| Consultas Subsequentes Centros Ref. | 0 | 0 | 0 | 0 | - |
| Consultas Subsequentes CRI | 13.800 | 13.800 | 16.129 | 16.129 | 116,9% |
| Consultas Subsequentes Descentralizadas nos CSP | 0 | 0 | 0 | 0 | - |
| Consultas Subsequentes Cuidados Paliativos | 531 | 531 | 538 | 538 | 101,3% |
| Consultas Subsequentes (sem majoração de preço) | 193.922 | 185.166 | 185.829 | 177.941 | 96,1% |
| Internamento | | | | | |
| Doentes Saídos - Agudos | | | | | |
| D. Saídos - GDH Médicos (Total) | 16.106 | 15.889 | 14.909 | 14.656 | 92% |

² Assinado pela Administração Central dos Serviços de Saúde, IP, e a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP

Handwritten signatures and initials:
A-F
as
M

Relatório de Governo Societário

2019

| | Contrato Programa 2019 | | Realizado 2019 | | % cumprimento CP |
|---|------------------------|--------------|----------------|--------------|------------------|
| | Produção Total | Produção SNS | Produção Total | Produção SNS | |
| GDH Médicos | 15.939 | 15.722 | 14.909 | 14.656 | 93% |
| GDH Médicos Int. Centros Ref. | 0 | 0 | 0 | 0 | - |
| GDH Médicos Int. CRI | 167 | 167 | 0 | 0 | 0% |
| GDH Médicos Int. Cuidados Paliativos | 0 | 0 | 0 | 0 | - |
| GDH Cirúrgicos | 8.639 | 8.466 | 7.860 | 7.672 | 91% |
| D. Saídos - GDH Cirúrgicos Programados (Total) | 4.319 | 4.232 | 4.246 | 4.144 | 98% |
| GDH Cirúrgicos Programados | 3.847 | 3.760 | 3.952 | 3.850 | 102% |
| GDH Cirúrgicos Int. Centros Ref. | 0 | 0 | 0 | 0 | - |
| GDH Cirúrgicos Int. CRI | 472 | 472 | 294 | 294 | 62% |
| D. Saídos - GDH Cirúrgicos Urg (Total) | 4.320 | 4.234 | 3.614 | 3.528 | 83% |
| GDH Cirúrgicos - Urgentes | 4.314 | 4.228 | 3.553 | 3.467 | 82% |
| GDH Cirúrgicos Urgentes Centros Ref. | 0 | 0 | 0 | 0 | - |
| GDH Cirúrgicos Urgentes CRI | 6 | 6 | 61 | 61 | 1017% |
| Doentes Tratados Residentes/Crónicos | | | | | |
| Psiquiatria-No Exterior (Ordens Religiosas) | 15 | 15 | 25 | 25 | 167% |
| Dias de Internamento Doentes Residentes/Crónicos | | | | | |
| Psiquiatria-No Exterior (Ordens Religiosas) | 5.334 | 5.334 | 3.579 | 3.579 | 67% |
| Urgência | | | | | |
| Total de Atendimentos | 167.777 | 161.905 | 163.721 | 157.991 | 98% |
| Total de Atendimentos SU Polivalente | 167.777 | 161.905 | 163.721 | 157.991 | 98% |
| N.º de Atendimentos (sem Internamento) | 153.000 | 147.452 | 148.067 | 142.885 | 97% |
| Total Atendimentos SU Polivalente | 153.000 | 147.452 | 148.067 | 142.885 | 97% |
| Hospital de Dia | | | | | |
| Hematologia | 1.776 | 1.776 | 457 | 457 | 26% |
| Imuno-hemoterapia | 846 | 846 | 302 | 302 | 36% |
| Psiquiatria (Adultos e Infância e Adolescência) | 2.523 | 2.523 | 2.860 | 2.860 | 113% |
| Base (Pediatria+Pneumologia+Oncologia s/ Químio+Outros) | 5.771 | 5.771 | 7.408 | 7.201 | 125% |
| Cuidados Paliativos | 50 | 50 | 0 | 0 | 0% |
| Serviços Domiciliários | | | | | |
| Total de Domicílios | 889 | 889 | 549 | 549 | 62% |
| Hospitalização Domiciliária | 800 | 800 | 481 | 481 | 60% |
| GDH Ambulatório | | | | | |
| GDH Médicos de Ambulatório (Total) | 12.240 | 11.797 | 11.395 | 11.281 | 96% |
| GDH Médicos | 11.084 | 10.641 | 11.395 | 11.281 | 106% |
| GDH Médicos Amb. Centros Ref. | 0 | 0 | 0 | 0 | - |
| GDH Médicos Amb. CRI | 1.156 | 1.156 | 0 | 0 | 0% |

AdF
m. C. 2019

| | Contrato Programa 2019 | | Realizado 2019 | | % cumprimento CP |
|---|------------------------|--------------|----------------|--------------|------------------|
| | Produção Total | Produção SNS | Produção Total | Produção SNS | |
| GDH Cirúrgicos de Ambulatório (Total) | 8.607 | 8.310 | 8.945 | 8.856 | 107% |
| GDH Cirúrgicos | 3.707 | 3.410 | 3.056 | 3.026 | 89% |
| GDH Cirúrgicos Amb. Centros Ref. | 0 | 0 | 0 | 0 | - |
| GDH Cirúrgicos Amb. CRI | 4.900 | 4.900 | 5.889 | 5.830 | 119% |
| Doentes em Tratamento de Diálise Peritoneal | 30 | | 41 | | - |
| Colocação de Implantes Cocleares | 2 | 2 | 1 | 1 | 50% |
| Implante coclear unilateral | 2 | 2 | 1 | 1 | 50% |
| Programas de Saúde | | | | | |
| Diagnóstico Pré-Natal | | | | | |
| Diagnóstico Pré-Natal - N.º Protocolos I | 400 | 400 | 0 | 0 | 0% |
| Diagnóstico Pré-Natal - N.º Protocolos II | 400 | 400 | 0 | 0 | 0% |
| VIH/Sida - Total de Doentes Equivalente/Ano | 1.750 | 1.750 | 1.789 | 1.789 | 102% |
| VIH/Sida - N.º Doentes em TARC (1º e 2º Linha) | 1.750 | 1.750 | 1.789 | 1.789 | 102% |
| IG até 10 Semanas | | | | | |
| IG até 10 semanas - N.º IG Medicamentosa em Amb. | 650 | 650 | 618 | 618 | 95% |
| IG até 10 semanas - N.º IG Cirúrgica em Amb. | 10 | 10 | 2 | 2 | 20% |
| Esclerose Múltipla - Total de Doentes Equivalente/Ano | 220 | 220 | 232,0 | 232,0 | 105% |
| N.º Doentes em Tratamento - EDSS <= 3,5 até um surto por ano | 115 | 115 | 120,0 | 120,0 | 104% |
| N.º Doentes em Tratamento - EDSS <= 3,5 até dois surtos por ano | 68 | 68 | 72,0 | 72,0 | 106% |
| N.º Doentes em Tratamento - 4 <= EDSS <= 6,5 | 25 | 25 | 26,7 | 26,7 | 107% |
| N.º Doentes em Tratamento - 7 <= EDSS <= 8 | 12 | 12 | 13,3 | 13,3 | 111% |
| Hepatite C | | | | | |
| Nº Doentes Tratados (indivíduos) | 255 | 255 | 217 | 217 | 85% |
| Nº de Novos Doentes em Tratamento | | | | | |
| Hipertensão Pulmonar - Total de Doentes Equivalente/Ano | 58 | 58 | 66,0 | 66,0 | 114% |
| N.º Doentes em Tratamento - seguimento 1º ano (doente tratado/ano) | 9 | 9 | 10,6 | 10,6 | 118% |
| N.º Doentes em Tratamento - seguimento após 1º ano CF <= III (doente tratado/ano) | 39 | 39 | 44,2 | 44,2 | 113% |
| N.º Doentes em Tratamento - seguimento após 1º ano CF IV (doente tratado/ano) | 10 | 10 | 11,2 | 11,2 | 112% |
| Patologia Oncológica Doentes Equivalente/Ano | | | | | |
| Cancro do Cólon e Reto - N.º Doentes em Tratamento - 1º ano | 135 | 135 | 163,0 | 163,0 | 121% |
| Cancro do Cólon e Reto - N.º Doentes em Tratamento - 2º ano | 100 | 100 | 165,0 | 165,0 | 165% |
| PSCI (Centros de Tratamento Autorizados pela DGS) | | | | | |
| Doentes novos (Cuidados 1º ano) (doente equivalente/ano) | 28 | 28 | 28,0 | 28,0 | 100% |
| Doentes em Seguimento (Cuidados 2º ano e seguintes) (doente equivalente/ano) | 82 | 82 | 82,0 | 82,0 | 100% |

| | Contrato Programa 2019 | | Realizado 2019 | | % cumprimento CP |
|--|------------------------|--------------|----------------|--------------|------------------|
| | Produção Total | Produção SNS | Produção Total | Produção SNS | |
| Doenças Lisossomais Doentes de CTP quando acompanhados em CTP | | | | | |
| Doença de Gaucher - N.º Doentes em Tratamento CTP | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 100% |
| Doença de Fabry - N.º Doentes em Tratamento CTP | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 100% |
| Diagnóstico e Tratamento da Infertilidade | | | | | |
| N.º Consultas de Apoio à Fertilidade | 800 | 800 | 785 | 785 | 98% |
| N.º Induções da Ovulação | 140 | 140 | 62 | 62 | 44% |
| N.º Inseminações Intra-Uterinas | 170 | 170 | 131 | 131 | 77% |
| N.º Fertilizações In Vitro | 130 | 130 | 154 | 154 | 118% |
| N.º Injecções Intra-Citoplasmáticas de Espermatozóides | 90 | 90 | 109 | 109 | 121% |
| N.º Injecções Intra-Citoplasmáticas de Espermatozóides recolhidos cirurgicamente | 6 | 6 | 9 | 9 | 150% |
| Rastreios - N.º de Rastreios | | | | | |
| Rastreio do Cancro do Colo do Útero | 16.781 | 16.781 | 17041 | 17041 | 102% |
| Rastreio do Cancro do Cólon e Reto | 500 | 500 | 598 | 598 | 120% |

Em 2019, foram ainda contemplados no Contrato Programa indicadores de acesso e qualidade assistencial no Serviço de Urgência, que visam aferir a componente do valor da Urgência em função do desempenho.

No global, e com base nos dados apurados a 05/05/2020, o HGO teve um índice de desempenho de 92,15 conforme se resume no quadro seguinte.

Objetivos de desempenho da Urgência para 2019, % de cumprimento e Índice de Desempenho

| Índice de Desempenho do Serviço de Urgência | Peso Relativo Indicador (%) | Meta 2019 | Realizado 2019 | Grau de cumprimento (%) | Índice de desempenho |
|---|-----------------------------|-----------|----------------|-------------------------|----------------------|
| Peso dos episódios de urgência com Prioridade atribuída Verde/Azul/Branca | 20 | 41,7 | 58,9 | 58,8% | 11,75 |
| Peso dos episódios de urgência com internamento | 20 | 9,0 | 9,6 | 93,3% | 18,67 |
| Percentagem de episódios de urgência atendidos dentro do tempo de espera previsto no protocolo de triagem | 20 | 73,6 | 78,1 | 106,1% | 21,22 |
| Peso dos utilizadores frequentes (> 4 episódios), no total de utilizadores do Serviço Urgência | 20 | 3,3 | 3,4 | 97,0% | 19,39 |
| Rácio Consultas Externas/Atendimentos em Urgência | 20 | 1,8 | 1,9 | 105,6% | 21,11 |
| Índice de Desempenho do Serviço de Urgência | | | | | 92,15 |

No que se refere aos objetivos de acesso, desempenho assistencial e eficiência, previstos no Anexo II do Contrato-Programa 2019, o grau de cumprimento apurado a 05/05/2020 foi o seguinte:

Objetivos de nacionais e regionais para 2019. % de cumprimento e Índice de Desempenho

| Objetivos | Peso Relativo Indicador (%) | Meta 2019 | Realizado 2019 | Grau de cumprimento (%) | Índice de desempenho |
|---|-----------------------------|-----------|----------------|-------------------------|----------------------|
| Objetivos Nacionais | 60 | | | | 71,54 |
| Acesso | 20 | | | | 17,23 |
| Percentagem de utentes em Lista de Espera para Consulta (LEC) dentro do TMRG | 3 | 36,0 | 34,6 | 96,1% | 2,88 |
| Percentagem de consultas realizadas dentro dos tempos máximos de resposta garantidos (TMRG) | 4 | 88,0 | 77,1 | 87,6% | 3,50 |
| Percentagem de utentes em Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC) dentro do TMRG | 3 | 53,5 | 49,7 | 92,9% | 2,79 |
| Percentagem de doentes operados dentro do TMRG | 4 | 65,0 | 69,4 | 106,8% | 4,27 |
| Percentagem de episódios de urgência atendidos dentro do tempo de espera previsto no protocolo de triagem | 3 | 73,6 | 78,1 | 106,1% | 3,18 |
| Percentagem de doentes referenciados para a RNCCI, avaliados /confirmados pela EGA até 2 dias úteis após a referência, no total de doentes referenciados para a RNCCI | 3 | 80,0 | 15,9 | 19,9% | 0,60 |
| Desempenho Assistencial | 20 | | | | 17,39 |
| Percentagem reinternamentos em 30 dias, na mesma Grande Categoria de Diagnóstico | 3 | 3,8 | 4,0 | 96,6% | 2,90 |
| Percentagem de cirurgias realizadas em ambulatório, para procedimentos tendencialmente ambulatorizáveis | 3 | 24,8 | 18,1 | 73,0% | 2,19 |
| Percentagem de cirurgias da anca efetuadas nas primeiras 48 horas | 3 | 23,4 | 14,9 | 63,7% | 1,91 |
| Índice de Mortalidade Ajustada | 4 | 1,08 | 1,09 | 99,4% | 3,97 |
| Índice de Demora Média Ajustada | 4 | 1,01 | 1,08 | 93,2% | 3,73 |
| Demora média antes da cirurgia | 3 | 1,1 | 1,2 | 89,5% | 2,69 |
| Desempenho económico-financeiro | 20 | | | | 19,32 |
| Gastos operacionais por doente padrão | 5 | 2960,0 | n.d. | n.d. | 5,00 |
| Doente padrão por Médico ETC | 5 | 98,2 | 86,0 | 87,6% | 4,38 |
| Doente padrão por Enfermeiro ETC | 5 | 55,0 | 54,4 | 98,9% | 4,95 |
| Percentagem de Gastos com Trabalho Extraordinário, Suplementos e FSE (Selecionados), no Total de Gastos com Pessoal | 5 | 17,3 | n.d. | n.d. | 5,00 |
| Objetivos Regionais Lisboa e Vale do Tejo | 40 | | | | 17,61 |
| % de Primeiras Consultas Médicas (CTH) no total de primeiras consultas médicas | 10 | 37,8 | 40,1 | 106,1% | 10,61 |
| % de Utentes em espera para cirurgia com tempo superior a 12 meses < X% | 10 | 14 | 25,2 | 20,0% | 2,00 |
| N.º de projetos de articulação implementados com os CSP | 10 | 2 | 0,0 | 0,0% | 0,00 |
| % de Especialidades com protocolos clínicos de referência implementados (reconhecidas pelo colégio da especialidade OM) | 5 | 10,0% | 0,0 | 0,0% | 0,00 |
| % de Rendimentos Operacionais Extra CP, no total de rendimentos operacionais | 5 | 7,5% | n.d. | n.d. | 5,00 |

Handwritten signatures and initials:
Aof
ad
m.

De acordo com a informação disponível a 05/05/2020, algumas das metas, não têm ainda valores de concretização apurados e/ou aguardam validação por parte da ARSLVT e ACSS, pelo que não é possível apurar, com certeza, o seu grau de concretização ("nota n.d.") e, por conseguinte, o Índice de Desempenho Global do HGO, no ano de 2019.

Ainda assim podemos constatar que:

- Relativamente ao Acesso, foram superadas as metas dos indicadores "*Percentagem de doentes operados dentro do TMRG*", resultado do trabalho continuado da UHGIC e do aumento da atividade cirúrgica programada que procurou privilegiar os doentes mais prioritários e mais antigos em LIC, e do indicador "*Percentagem de episódios de urgência atendidos dentro do tempo de espera previsto no protocolo de triagem*".
Os indicadores relacionados com o acesso à consulta ("*Percentagem de utentes em Lista de Espera para Consulta (LEC) dentro do TMRG*" e "*Percentagem de consultas realizadas dentro dos tempos máximos de resposta garantidos (TMRG)*") ficaram aquém das metas, apesar da melhoria dos indicadores no 2.º semestre de 2019 (redução do tempo médio de espera e aumento da % de doentes atendidos dentro do TMRG).
O indicador "*Percentagem de doentes referenciados para a RNCCI, em tempo adequado e validados pela EGA, no total de doentes referenciados para a RNCCI*" ficou muito abaixo da meta e terá estratégia específica no decurso de 2020.
- No que respeita ao Desempenho Assistencial, nenhuma das metas foi atingida. Pelo desvio muito relevante face ao objetivo, destaca-se a "*% de cirurgia da anca efetuadas nas primeiras 48h*", indicador muito afetado pela disponibilidade de bloco que condiciona a resposta, em tempo adequado.
- No que concerne aos indicadores de Desempenho económico-financeiro, à data de 05/05/2020, não há ainda informação apurada e validada por parte da ARSLVT e ACSS, para a totalidade dos indicadores, designadamente "*Gastos operacionais por doente padrão*" e "*Percentagem de Gastos com Trabalho Extraordinário, Suplementos e FSE (Selecionados), no Total de Gastos com Pessoal*".
No que se refere aos indicadores "*Doente padrão por Enfermeiro ETC*" e "*Doentes Padrão por médico ETC*", o HGO ficou muito próximo da meta definida e continua a ser um dos Hospitais mais eficientes do Grupo.
- Relativamente aos Objetivos Regionais, o indicador de acesso "*% de Primeiras Consultas Médicas (CTH) no total de primeiras consultas médicas*" superou a meta definida, revelando a orientação da oferta de consultas à procura suscitada pelos CSP. Ainda assim, em 2019, o HGO não conseguiu implementar novos projetos de articulação com os CSP, nem estabelecer novos protocolos clínicos de referenciação, objetivos a promover em 2020.

Em suma, avaliados os níveis de cumprimento dos indicadores, de acordo com as informações, perspetiva-se uma percentagem de cumprimento do valor de incentivo avaliado através do Índice de Desempenho Global de 71.54%, caso os 3 indicadores ainda sem avaliação venham a ser considerados cumpridos a 100%.

O valor referente ao Índice de Desempenho Global sofrerá seguramente alterações, em resultado de atualização de dados e da validação final pela ARSLVT e ACSS.

Relativamente a medidas de correção, o CA do HGO, fez acompanhamento mensal dos resultados assistencial e económico-financeiro e promoveu reuniões frequentes com os Serviços, analisando os princípios desvios e discutindo as medidas corretivas necessárias.

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

Os fatores chave de que dependem os resultados são, essencialmente, os benefícios gerados, diretamente na saúde e qualidade de vida dos doentes e, indiretamente, na produtividade económica e nos custos suportados para alcançar aqueles resultados.

Neste sentido, o HGO, no seu modelo de governação clínica assente na gestão partilhada das responsabilidades, define como fatores chave: o forte compromisso com a melhoria contínua da segurança dos doentes; a prestação de serviços assistenciais centralizada nos doentes e seus familiares; a racionalização dos recursos em ambiente físico, técnico e organizacional, potenciando a capacidades dos recursos humanos em dar o seu melhor; a promoção da melhoria contínua e do desenvolvimento pessoal, tendo por base a prestação de contas e a responsabilidade; e a procura incessante em atingir os padrões essenciais de boas práticas em saúde.

Para a prossecução destes objetivos, contribuem um conjunto de estruturas de apoio técnico dos quais se destacam o Serviço de Gestão da Qualidade e um conjunto de Comissões e Grupos de trabalho, tais como: a Comissão da Qualidade e Segurança do Doente, Comissão de Auditoria Clínica, a Comissão de Farmácia e Terapêutica, a Comissão de Proteção Radiológica, o Grupo de Coordenação Local para o Programa de Prevenção e Controlo da Infecção e Resistência aos

Antimicrobianos, o Núcleo de Apoio à Criança e Jovem em Risco, de entre muitos outros, os quais se articulam, ao longo de todo o ano, com as diversas chefias e interlocutores nos Serviços, no sentido de assegurar a conformidade das práticas do HGO às exigências atuais dos organismos nacionais, nomeadamente à DGS, ARSLVT, ERS, bem como às diferentes exigências dos organismos acreditadores e certificadores.

As mudanças que estão a ocorrer na esfera da saúde, bem como a pressão económica, concertadas com as necessidades crescentes da comunidade em cuidados de saúde, designadamente por fatores resultantes do envelhecimento, do aumento da prevalência de doenças crónicas, do aparecimento de novas tecnologias e tratamentos, entre outros, exigem novas abordagens e uma consequente reforma das instituições. A estratégia deve tender para a centralização no doente, na eficiência e no envolvimento das pessoas, sustentada em parcerias com outros prestadores de cuidados de saúde, assegurada também através da procura de fontes de receita alternativas.

O fator mais relevante, e realmente crítico, para o sucesso da estratégia do hospital é a atribuição de financiamento anual, cuja decisão cabe à tutela, já que desta contratualização depende se o financiamento é suficiente para os gastos essenciais para a prossecução da nossa atividade, tal como, a contratação de recursos humanos, a atribuição de vagas de especialidade médicas, os investimentos e a inovação. É necessário garantir o balanceamento do financiamento com as necessidades da instituição dando cumprimento à estratégia do Conselho de Administração.

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

O Hospital desenvolve a sua atividade em conformidade com as políticas e estratégias definidas pelo Ministério da Saúde, divulgadas no documento denominado por Termos de Referência para a contratualização de cuidados de saúde no SNS para 2019, <http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2018/12/Termos-Referencia-Contratualizacao-2019.pdf>, publicado no *site* da ACSS. Este documento suporta o processo de contratualização e operacionaliza as orientações da Política de Saúde e consideram medidas transversais às várias entidades do Ministério da Saúde.

O SICA- Sistema de Informação para a Contratualização e Acompanhamento, tem como objetivo suportar o processo de Contratualização entre a Tutela e as entidades prestadoras de cuidados de saúde que integram o SNS e, no essencial, o processo é dividido em três fases: Contratualização/Negociação, Elaboração do Contrato-programa e Acompanhamento dos objetivos estabelecidos.

O HGO presta contas da informação produzida, mensalmente, através da submissão na plataforma SICA, os dados relativos aos cuidados prestados nas suas diversas linhas de produção e, nos Serviços Online da UOGF (SIGEF), os dados financeiros.

A atividade contratada com o hospital pode ser objeto de monitorização mensal através dos relatórios de monitorização do Portal SICA, assim como através dos *dashboards* de monitorização mensal e de *benchmarking* que são publicados no *microsite* de "Monitorização do SNS", alojado no sítio institucional da ACSS e no Portal do SNS (www.sns.gov.pt).

O Contrato-Programa celebrado entre o HGO, a ARSLVT e a ACSS encontra-se publicado no site da ACSS: <http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Acordo-Modificativo-2019-HGO.pdf>

III. Estrutura de capital

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

O Capital Estatutário do HGO é atualmente de 140.780.000,00€ detido integralmente pelo Estado.

O HGO conforme disposto no art.º 16º do DL nº 18/2017, enquanto entidade pública empresarial, está dotada de capital estatutário no montante de 140.800.000€, detido integralmente pelo Estado, e o respetivo valor é fixado por despacho dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das Finanças e da Saúde, conforme disposto no art.º 3.º, nº1 dos Estatutos Anexos ao Decreto-Lei nº 233/2005, de 29 dezembro, alterado e republicado pelo Decreto-Lei nº 12/2015, de 26 de Janeiro, e ainda alterado pelo Decreto-Lei nº 183/2015, de 31 de Agosto.

Em 2005, o HGO passou a entidade pública empresarial, apresentando um capital estatutário de 49.880.00€ realizado em numerário com as seguintes alterações até 2019:

Evolução do capital estatutário do HGO

| Ano | Capital Estatutário | Aumento | Realização | Descrição |
|------|---------------------|-----------------|------------|--|
| 2005 | 49 880 000,00 € | | | |
| 2006 | 49 880 000,00 € | | | |
| 2007 | 49 880 000,00 € | | | |
| 2008 | 49 880 000,00 € | | | |
| 2009 | 58 419 535,00 € | 3 139 535,00 € | 07-10-2009 | Despacho conjunto nº22-453/2009 dos Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Saúde |
| | | 5 400 000,00 € | 23-12-2009 | Despacho conjunto dos Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Saúde em 23-12-2009 |
| | | 2 000 000,00 € | 28-10-2010 | Despacho conjunto dos Secretários de Estado do Tesouro e Finanças e da Saúde em 24-09-2010 |
| 2010 | 60 419 535,00 € | | | |
| 2011 | 60 419 535,00 € | | | |
| 2012 | 60 419 535,00 € | | | |
| 2013 | 60 419 535,00 € | | | |
| 2014 | 132 819 535,00 € | 43 900 000,00 € | 02-01-2014 | Despacho conjunto nº14181-B/2013, de 1 de novembro dos Senhores SETF e do SES |
| | | 28 500 000,00 € | 16-12-2014 | Despacho conjunto nº15476-B/2014, de 19 de dezembro dos Senhores SETF e do SES |
| 2015 | 132 819 535,00 € | | | |
| 2016 | 132 819 535,00 € | | | |
| 2017 | 140 800 000,00 € | 7 960 465,00 € | 31-12-2017 | Despacho nº1265/2017 de 29 de dezembro do Senhor Secretário de Estado do Tesouro |
| 2018 | 140 800 000,00 € | | | |
| 2019 | 140 800 000,00 € | | | |

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

Não aplicável - de acordo com o n.º 2, do artigo 16.º, do Decreto-Lei nº 18/2017, de 10 de fevereiro, o capital estatutário é detido pelo Estado.

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

Não existem acordos parassociais.

Handwritten signatures and initials:
vlt, [Signature], [Signature], [Signature]

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).*

Nem o Hospital nem os órgãos sociais detêm participações diretas ou indiretas em entidades societárias.

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 Hospital não detém participações no capital de outras entidades:

No entanto, o HGO é membro associado do SUCH- Serviço de Utilização Comum dos Hospitais, que é uma entidade de natureza associativa, sem fins lucrativos, cujos estatutos foram homologados pelo SES, no dia 5 de janeiro de 2016, e publicados no Portal da Justiça em 25 de fevereiro de 2016.

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, de acordo com o n.º 2, do artigo 16.º, do Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro, o capital estatutário é detido pelo Estado.

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

Não são conhecidas relações de natureza comercial entre os titulares de participações e a entidade.

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.

As funções de administração executiva e funções de fiscalização do HGO estão estruturadas nos termos do art.º 5º dos Estatutos dos Hospitais EPE, aprovados e publicados no Anexo II ao Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro, sendo que o modelo de governo adotado prevê os seguintes órgãos:

- Conselho de Administração;
- Conselho Fiscal, o Revisor Oficial de Contas (ROC) ou uma sociedade de revisores oficiais de contas;
- Conselho Consultivo.

A estrutura do HGO baseia-se na divisão de competências e independência dos seus órgãos, assim:

Ao **Conselho de Administração** compete garantir o cumprimento dos objetivos básicos, bem como o exercício de todos os poderes de gestão que não estejam reservados a outros órgãos.

Ao **Conselho Fiscal** compete a fiscalização e controlo da legalidade da gestão financeira e patrimonial; a separação de funções face a outros órgãos é assegurada, designadamente, pelo facto de as suas competências estarem estabelecidas nos Estatutos - aprovados por Decreto-Lei - e pela sua designação e remuneração serem definidas pelas entidades que exercem a tutela e supervisão do HGO. Os membros do Conselho Fiscal são nomeados por Despacho dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das Finanças e da Saúde, por um período de três anos, renovável por uma única vez e o Revisor Oficial de Contas é nomeado, igualmente, por Despacho Conjunto dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde, sob proposta fundamentada do Conselho Fiscal, tendo o mandato a duração de três anos, renovável por uma única vez. A remuneração dos membros do órgão de fiscalização é igualmente definida por Despacho dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde. O exercício das funções de fiscalização é efetuado de acordo com autonomia técnica e independência face ao órgão de administração executiva.

O **Conselho Consultivo** é o órgão que estabelece a ligação entre o Hospital e a comunidade que serve, competindo-lhe apreciar os planos de atividade de natureza anual e plurianual, bem como todas as informações que tiver por necessárias para o acompanhamento da atividade do hospital e emitir recomendações tendo em vista o melhor funcionamento dos serviços a prestar às populações, atendendo aos recursos disponíveis. O conselho consultivo é composto por: a) Personalidade de reconhecido mérito nomeada pelo Ministro da Saúde, que preside; b) Um representante do Município de Almada; c) Um representante da ARSLVT; d) Um representante dos utentes, designado pela respetiva associação ou por equivalente estrutura de representação; e) Um representante eleito pelos trabalhadores do HGO; f) Um representante dos prestadores de trabalho voluntário no Hospital; g) Dois elementos, escolhidos pelo Conselho de Administração, profissionais de Saúde, sem vínculo ao HGO. Este órgão aguarda a nomeação para o triénio 2019-2021.

B. Assembleia Geral

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

Nos órgãos sociais do HGO não existe Assembleia Geral pelo que esta informação não é aplicável.

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

O Estado é o único detentor do capital estatutário, pelo que esta informação não é aplicável.

C. Administração e Supervisão

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

As regras aplicáveis à nomeação, composição e mandato, competências, funcionamento, vinculação do Conselho de Administração são as constantes do estatuto dos gestores públicos - conforme artigos 6.º, 7.º, 11.º, 12.º e 14.º dos Estatutos, aprovados no anexo II do Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro.

- O Conselho de Administração é composto pelo Presidente e um máximo de quatro Vogais (um dos vogais proposto pelo membro do Governo responsável pela área das finanças), que exercem funções executivas, em função da dimensão e complexidade do hospital EPE, incluindo um Diretor Clínico e um Enfermeiro-Diretor.
- Os membros do Conselho de Administração são designados de entre individualidades que reúnam os requisitos previstos no Estatuto do Gestor Público e possuam preferencialmente evidência curricular de formação específica em gestão em saúde e experiência profissional adequada, sendo o Diretor Clínico um médico, e o Enfermeiro-Diretor um enfermeiro.
- A designação dos membros do Conselho de Administração observa o disposto nos artigos 12.º e 13.º do Estatuto do Gestor Público.
- O mandato dos membros do Conselho de Administração tem a duração de três anos renovável, uma única vez, permanecendo aqueles no exercício das suas funções até à designação dos novos titulares, sem prejuízo da renúncia a que houver lugar.

O regulamento interno do HGO, nos artigos 12.º, 13.º, 14.º, 15.º, 17.º e 18.º estabelece os princípios referentes à composição, competência e funcionamento do Conselho de Administração, bem como os relativos a ausências e impedimentos e outros aspetos relacionados com a coadjuvação do CA e da Direção Técnica.

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

Conforme disposto no art.6.º dos Estatutos dos Hospitais, Centros Hospitalares e Institutos Portugueses de Oncologia, aprovados no anexo II ao Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro, 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, incluindo um Diretor Clínico, um Enfermeiro-Diretor e um Vogal proposto pelo membro do Governo responsável pela área das finanças.

O Conselho de Administração nomeado para o triénio 2016-2018, através da resolução nº 6-A/2016 publicada em Diário da República n.º 49/2016, 1º Suplemento, Série II de 2016-03-10, teve a seguinte composição, mantendo-se em funções até nomeação de novos membros.

Composição do Conselho de Administração 2016-2018

| Mandato (Início-Fim) | Cargo | Nome | Designação | | Remuneração | |
|-------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|----------------------|---------------------|------------------------------|---------|
| | | | Forma ⁽¹⁾ | Data | [Entidade pagadora] | O/D |
| 2016 - 2018 | Presidente | Joaquim Daniel Lopes Ferro | R | 10 de março de 2016 | Hospital Garcia de Orta, EPE | Destino |
| 2016 - 2018 | Vogal Executiva (Diretora Clínica) | Ana Paula Breia dos Santos | R | 10 de março de 2016 | Hospital Garcia de Orta, EPE | Origem |
| 2016 - 2018 | Vogal Executiva (Enfermeira Diretora) | Odília Maria Taleigo Neves | R | 10 de março de 2016 | Hospital Garcia de Orta, EPE | Destino |
| 2016 - 2018 | Vogal Executiva | Maria de Lourdes Caixaria Bastos | R | 10 de março de 2016 | Hospital Garcia de Orta, EPE | Destino |
| 2016 - 2018 | Vogal Executivo | Pedro de Andrade Pais Pinto dos Reis | R | 10 de março de 2016 | Hospital Garcia de Orta, EPE | Destino |

Handwritten signatures and initials:
 - A large signature in blue ink.
 - Initials "VA" in blue ink.
 - Initials "AS" in blue ink.
 - Initials "NM" in blue ink.

O Conselho de Administração do HGO, nomeado para o triénio 2019-2021, através da Resolução do Conselho de Ministros n.º 76/2019, de 30 de abril de 2019, publicada no Diário da República, 1.ª série — N.º 83 — 30 de abril de 2019, designa os seguintes membros:

Composição do Conselho de Administração 2019-2021

| Mandato (Início-Fim) | Cargo | Nome | Designação | | Remuneração | |
|-------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------|---------------------|------------------------------|------------------|
| | | | Forma ¹⁾ | Data | [Entidade pagadora] | O/D ² |
| 2019-2021 | Presidente | Luís Manuel Martins Amaro | R | 30 de abril de 2019 | Hospital Garcia de Orta, EPE | Destino |
| 2019-2021 | Vogal Executivo (Diretor Clínico) | Nuno Miguel da Silva Marques | R | 30 de abril de 2019 | Hospital Garcia de Orta, EPE | Origem |
| 2019-2021 | Vogal Executiva (Enfermeira Diretora) | Ana Paula Realista Carvalho Rodrigues | R | 30 de abril de 2019 | Hospital Garcia de Orta, EPE | Destino |
| 2019-2021 | Vogal Executiva | Ana Sofia Freitas Monteiro Ferreira | R | 30 de abril de 2019 | Hospital Garcia de Orta, EPE | Destino |
| 2019-2021 | Vogal Executivo | Vera Sofia Pinheiro Branco de Almeida | R | 30 de abril de 2019 | Hospital Garcia de Orta, EPE | Destino |

3. *Distinção dos membros executivos e não executivos do Conselho de Administração³ e, relativamente aos membros não executivos, identificação dos membros que podem ser considerados independentes⁴, ou, se aplicável, identificação dos membros independentes do Conselho Geral e de Supervisão (vide artigo 32.º do RJSP).*

Todos os vogais membros do Conselho de Administração foram nomeados vogais executivos, através da Resolução do Conselho de Ministros n.º 76/2019 de 30 de abril de 2019.

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

Elementos curriculares do Conselho de Administração nomeado para o triénio 2016-2018, em funções até 18 de abril de 2019:

Presidente CA – Joaquim Daniel Lopes Ferro

Data de Nascimento: 14 de junho de 1961

Habilitações Literárias e Profissionais:

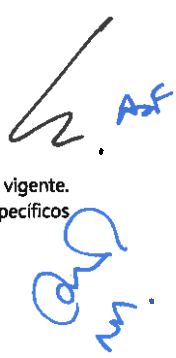
- Licenciatura em Direito (79/84) pela FDL;
- Curso Pós-Graduação em Administração Hospitalar;
- Curso Pós-Graduação em Estudos Europeus (87/88) pela FDL;
- Mestrando em Recursos Humanos (03/05) pelo ISCTE

Funções e Cargos Desempenhados:

- Administrador Hospitalar, Recursos Humanos, Hospital Pulido Valente (86/90);
- Administrador Delegado no Hospital Nossa Senhora do Rosário, Barreiro (90/91);
- Administrador Hospitalar, Departamento da Dor e Emergência no Hospital Garcia de Orta, Almada, (91 e 93);
- Administrador Hospitalar, Área de Recursos Humanos, Hospital Santa Maria, (94/97);
- Administrador Delegado no Hospital Nossa Senhora do Rosário, Barreiro (97/02);

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

⁴ 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.



- Administrador Hospitalar e Assessor do Conselho de Administração do Hospital de São José e o Centro Hospitalar de Lisboa Zona Central, (03/04);
- Diretor-geral do Hospital de St. Louis e Assessor do Grupo Português de Saúde, Lisboa, (05);
- Vogal executivo do Conselho de Administração do Hospital de Santa Marta, E. P. E., (06/07);
- Vogal executivo do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Lisboa Zona Central, (06/07);
- Vogal executivo do Conselho de Administração do Hospital de D. Estefânia, (06/07);
- Vogal do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Lisboa Central, E. P. E., (07/10);
- Presidente do Conselho de Administração do Hospital Garcia de Orta, Almada (10/18).
- Atividades docentes:
- Orientação e discussão de estágios, dissertações, Curso de Pós-Graduação em Administração Hospitalar da Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa, (88/...);
- Assistente convidado, Planeamento e Controlo de Gestão, Mestrado Gestão dos Serviços de Saúde, ISCTE/INDEG (99/04);
- Assistente convidado, Gestão de Recursos Humanos, Curso Pós-Graduação em Gestão Integrada de Unidades de Saúde, Universidade Lusófona (03/04);
- Formador, Departamento Recursos Humanos do Ministério da Saúde de Angola, formação de chefias e dirigentes intermédios (02);
- Assistente, Gestão de Recursos Humanos, Curso de Pós-Graduação em Administração da Saúde em Angola, ENSP e FM Luanda (03/04);
- Assistente convidado, Estratégia Empresarial, Mestrado Gestão Unidades de Saúde, Universidade Lusófona (10/...)

Comunicações e trabalhos publicados:

24 Comunicações em seminários, jornadas, workshops, congressos no país e no estrangeiro sobre Gestão de Recursos Humanos, Gestão da Qualidade, Planeamento e Controlo de Gestão, etc.; 6 trabalhos/artigos publicados em livros e revistas da especialidade sobre Gestão Hospitalar, Gestão de Recursos Humanos e Gestão da Qualidade; 1 Livro publicado sobre Organização e Gestão de Arquivos Clínicos, editado pelo Ministério da Saúde.

Vogal do CA (Diretora Clínica) – Ana Paula Breia dos Santos Neves

Data de Nascimento: 11 de dezembro de 1960

Habilitações Literárias e Profissionais:

- Licenciatura em Medicina em 1985 pela Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa;
- Especialista em Neurologia pela Ordem dos Médicos em janeiro de 1993;
- Competência em EEG / Neurofisiologia Clínica em maio de 1995 pela Ordem dos Médicos;
- Mestre em Fisiologia – Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa em abril de 2001;
- Curso de Gestão e Liderança (2011/2012) Universidade Católica.

Funções e cargos desempenhados:

- Assistente Eventual de Neurologia no Hospital de Egas Moniz (1993);
- Assistente Hospitalar de Neurologia (1994/1998) no Hospital Garcia de Orta;
- Assistente Hospitalar Graduada de Neurologia (1999/....) no Hospital Garcia de Orta;
- Responsável do Laboratório de Eletroencefalografia (1995/....) no Hospital Garcia de Orta, E.P.E.
- Responsável da Consulta de Epilepsia (2006/....) no Hospital Garcia de Orta, E.P.E.
- Diretora do Serviço de Neurologia (2010/....) no Hospital Garcia de Orta, E.P.E.
- Coordenadora da Comissão da Qualidade (2010/....) no Hospital Garcia de Orta, E.P.E.
- Presidente da Delegação de Lisboa/Sul da Liga Portuguesa contra a Epilepsia (1997/2012);
- Vogal da Direção Nacional da Liga Portuguesa contra a Epilepsia (2003/ 2012);
- Membro da Comissão Lusófona de Educação da Liga Internacional contra a Epilepsia (2005/2009);
- Vogal do Conselho Diretivo do Colégio de Especialidade de Neurologia da Ordem dos Médicos desde 2009;
- Membro de várias Sociedades Científicas nacionais e internacionais;
- Diretora Clínica do Hospital Garcia de Orta (2013/2018);
- Atividades Docentes:
- Assistente Convidada da Disciplina de Fisiologia (1993/2002) na Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa. Formadora em vários cursos na área clínica pré e pós-graduada, de âmbito universitário, nos Cuidados de Saúde Primários e em Hospitais.

Trabalhos Publicados e outras atividades relevantes:

Trabalhos/artigos publicados em revistas nacionais e internacionais, nas áreas da Epilepsia, Formação Universitária, Neurofisiologia e Neurologia Geral;

Investigadora principal e co investigadora em 2 projetos promovidos pela Fundação para a Ciência e Tecnologia.

Vogal do CA - Enfermeira Diretora – Odília Maria Taleigo das Neves

Data de Nascimento: 17 de abril de 1960

Formação académica e profissional:

- Licenciatura em Enfermagem (1978/1981, ESEAR)
- Curso de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (1990/1992, ESEMFR)
- Curso internacional de Coordenação C. e Transplante de Órgãos-TPM, (1994 Barcelona);
- Mestrado em Comportamento Organizacional, (1994/1997, Instituto Superior de Psicologia Aplicada)
- IV Curso PADIS — Programa de Alta Direção de Instituições, (2006, E. Direção e Negócios)
- Curso de Auditoria – Metodologia de aplicação (2012 Instituto Nacional de Administração).

Funções e cargos desempenhados:

- Exerceu funções como Enfermeira na Unidade de Urgência Médica (H. S. José 1981/1990).
- Coordenação da Sala de Emergência «Trauma Room» (H. S. José 1992/1997)
- Coordenação do Gabinete de Colheita e Transplante de Órgãos (H. S. José 1992/1997)
- Enfermeira Chefe do Serviço de Urgência (H. S. José 1993/1997)
- Grupo Coordenador da Assistência Médica da Expo 98 (1997/1998)
- Adjunta da Enfermeira Diretora do Hospital de São José (1999/2000)
- Coordenadora do Observatório Regional de Lisboa, na ARSLVT (2001/2002)
- Supervisão dos Serviços de Enfermagem (H. S. José 2002)
- Enfermeira Diretora do Hospital Garcia de Orta (2003/2008)
- Comissão Qualidade e Segurança do Doente – Adjunta do Coordenador (CHLC 2009/2010)
- Enfermeira Diretora do Hospital Garcia de Orta (2010/2018)

Outras atividades exercidas

- Membro de vários júris de concursos de pessoal;
- Membro de várias comissões técnicas e grupos de trabalho no H. S. José e noutras Instituições
- Formadora em vários cursos de formação profissional, promovidos por Hospitais, CS e ESSE (nas áreas de: Qualidade dos Cuidados, Sistemas de Informação em Enfermagem, Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, Gestão de Serviços)
- Presidente da Comissão de Especialidade em Enfermagem Médico-cirúrgica e Membro do Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (1999/2004).

Vogal Executiva – Maria de Lourdes Caixaria Bastos

Data de Nascimento: 29 de julho de 1957

Habilitações académicas e profissionais:

- Licenciatura em Relações Económicas Internacionais (1982);
- Licenciatura em Economia (1987);
- Pós-graduação em Administração Hospitalar (1994);
- Formação complementar — Programa de Alta Direção de Instituições de Saúde AESE — Escola de Direção e Negócios — 2006);
- CAGEP — Curso Avançado de Gestão Pública (INA — 2006).

Percurso profissional:

- Vogal Executivo do CA do H. Garcia de Orta, EPE (2010/2018)
- Vogal executivo do CA do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E. P. E.;

- Administradora responsável pelo Serviço de Gestão da Qualidade do Hospital Nossa Senhora do Rosário, E. P. E. (setembro de 2008 a agosto de 2009);
- Vice-presidente do CD da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I. P. (fevereiro de 2007 a agosto 2008);
- Vogal do CA da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (maio de 2005 a fevereiro de 2007);
- Adjunta do Gabinete da Secretária de Estado Adjunta e da Saúde (abril a maio de 2005);
- Administradora responsável pela Direção do Serviço de Aprovisionamento do Centro Hospitalar de Lisboa Central (novembro de 2004 a abril 2005);
- Administradora responsável pela área dos MCDT no Hospital de S. José (2002 -2004);
- Administradora-delegada no Hospital Rainha Santa Isabel — Torres Novas (2000 -2002);
- Administradora responsável pelos sistemas de informação para a gestão, pelo Serviço de Gestão de Doentes e pelo Serviço de Gestão de Recursos Humanos no Hospital José Joaquim Fernandes — Beja (1998 -2000);
- Integrou a Agência de Contratualização dos Serviços de Saúde no âmbito da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (1996 -1998);
- Administradora responsável pela Direção dos Serviços Financeiros do Hospital de S. José (1995 -1996);
- Administradora responsável pela reorganização do sistema de faturação e cobrança de prestação de serviços no Hospital de S. José (1994);
- Quadro superior numa empresa de consultadoria em comércio internacional (1982 -1992).

Outras atividades relevantes:

- Foi membro de várias comissões e grupos de trabalho, nomeadamente:
- Comissão técnica de avaliação das propostas concorrentes à gestão do Hospital Amadora -Sintra;
- Grupo de trabalho nacional para implementação da contabilidade analítica nos hospitais; vogal efetivo das comissões de avaliação das propostas, no âmbito do projeto das parcerias público-privadas, para os Hospitais de Cascais, Loures e Vila Franca de Xira;

Foi preleitora e formadora de vários cursos de formação na área de gestão de serviços de saúde.

Vogal Executivo – Pedro de Andrade Pais Pinto dos Reis

Data de Nascimento: 20 de junho de 1971

Habilitações literárias e Profissionais:

- 1998 - Licenciatura em Economia, pela Universidade Lusíada de Lisboa;
- 2001 - XXIX Curso Administração Hospitalar da Escola Nacional de Saúde Pública (UNL);
- 2014 - I Mestrado em Gestão da Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública (UNL).

Experiência profissional (na área da saúde):

- 1998-2001, Técnico Superior - Serviços Financeiros e Estatística (de janeiro a Maio2000), HSM;
- 2001/06, HSM, Administrador Hospitalar – Departamento de MCDT e Serviços Farmacêuticos (2001/02);
- 2004/06, Membro grupo de trabalho para elaboração Plano Estratégico Modernização HSM;
- 2005/06, HSM, Administrador Hospitalar - Departamento Neurociências e Saúde Mental.
- 2006/11, Administrador Delegado - Centro Medicina Reabilitação Alcoitão (SCML).
- 2012, Administrador Hospitalar, Anestesiologia, Cirurgia I, Transplantação e BO (CHLN).
- 2012/16, Vogal Executivo CA do CHO, com pelouros: Instalações e Equipamentos, Aprovisionamento, Hoteleiros, Gestão Doentes, Farmacêuticos, Plan. Informação Gestão

Outras atividades na Área da Gestão em Saúde

- 2001/03 Consultor projetos e estudos em Saúde, Núcleo Projetos SAUDEC/SUCH, DGS;
- 2003 - Consultor Gabinete Informação e Controlo Gestão, Hospital Júlio Matos;
- 2009 - Membro de missão trabalho multidisciplinar e pluri-institucional na Guiné-Bissau;
- 2010 – Formador, Curso Gestão Hospitalar - Diretores e Diretores Clínicos na Guiné-Bissau;

Formação - Cursos

At
Am
nm

- 1999 - Estágio (seis meses), desenvolvimento projetos "GDH" e "GDA", IGIF;
- 2009 - "O Novo Regime da Contratação Pública", DGERT;
- 2013 - "A Lei dos Compromissos e dos Pagamentos em Atraso", INA;
- 2013 - "A Contratualização nos Serviços de Saúde", APDH, ACSS, ARSLVT;

Outros

- 2001 - Prémio APAH/Novartis – Prof. Augusto Mantas (melhor dissertação CEAH/ENSP);
- 2009-2011 - Membro do Conselho Editorial da Revista Cidade Solidária (SCML);

Elementos curriculares do Conselho de Administração nomeado para o triénio 2019-2021:

Presidente do Conselho de Administração - Luís Manuel Martins Amaro

Habilitações académicas:

- Doutorando do Curso de Doutoramento em Sociologia Económica e das Organizações – ISEG_UTL (Prepara a Tese para obtenção do Grau de Doutor);
- Mestrado em Economia e Política Social – ISEG_UTL (2008);
- Licenciatura em Estatística e Gestão de Informação – ISEGI_UNL (2003);
- Pós-Graduação em Administração Hospitalar – ENSP_UNL (1997);
- Licenciatura em Enfermagem e Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – ESEMFR (1992);
- Bacharelato em Enfermagem – ESSM (1981).
- Cursos com Impacto significativo para o desempenho:
- Curso EIS-GH (Executive Information System) (2001);
- Técnicas de Engenharia Industrial Aplicado à Saúde – School of Business Administration_University of Vermont (2002);
- Planeamento, Controlo e Gestão Financeira nos Serviços de Saúde – INA (2004);
- PACES DIRECT – Programa Avançado de Gestão para Diretores Executivos de ACES – INA (2009);
- Marketing na Saúde – ISPA (2014);
- GESAGE – Curso de Alta Direção de Unidades de Saúde para Gestores – ISCSP (2014);
- Programa de "Boas Práticas de Governação" – Nova School of Business and Economics – UNL (2015);
- Contratualização nos Serviços de Saúde – APDH e ACSS (2015).

Percurso profissional:

1. Cuidados de Saúde Primários (Área da Gestão/Direção)
 - i. Diretor Executivo do ACES Almada-Seixal (3/12/2012 a 22/4/2019);
 - ii. Diretor Executivo do ACES Seixal-Sesimbra (1/3/2009 a 2/12/2012);
 - iii. Responsável pela Unidade de Apoio à Gestão do Agrupamento de Centros de Saúde dos Concelhos do Seixal e Sesimbra (3/11/2006 a 1/3/2009).
2. Cuidados Hospitalares (Área de Administração Hospitalar)
 - iv. Presidente do Conselho de Administração do HGO, EPE (22/4/2019 até ao presente)
 - v. Administrador Hospitalar na área de produção do HGO, EPE: Departamentos de Medicina; Imagiologia; Neurorradiologia; Medicina Nuclear; Anatomia Patológica, Citológica e Tanatológica; Exames Especiais; Imunohemoterapia; Patologia Clínica; Serviço de Infecologia; Serviço de Oncologia e Hemo-oncologia; Serviço de Psiquiatria; Serviço de Reumatologia; Serviço de Endocrinologia e Diabetes e, Consultas Externas. (1997 a 2006);
 - vi. Responsável pela articulação do HGO, EPE. com os Cuidados Saúde Primários e Comunidade. (1997 a 2006);
 - vii. Representou o HGO na implementação dos SLS (1997/1998);
 - viii. Implementou o Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental Comunitária do Seixal (1999);
 - ix. Implementou o Serviço de Medicina Ocupacional do HGO, EPE (2004);
 - x. Gestor de Risco não Clínico do HGO, EPE (2004-2006)

Outra experiência profissional (Carreira Docente):

- I. Professor Auxiliar no Curso de Enfermagem da ESSM (outubro de 1983 a julho de 1989);
- II. Assistente Convidado ESESVP (setembro de 1992 a julho de 1994);
- III. Assistente Convidado ESS Egas Moniz - ISCSS (outubro de 2003 até ao presente)
- IV. Instituto Superior de Setúbal – Escola Superior de Saúde (fevereiro 2010 a julho 2012).

Vogal Executivo – Diretor Clínico - Nuno Miguel da Silva Marques

- Diretor Clínico do Hospital Garcia de Orta, E. P. E. (desde 22 abril 2019).
- Presidente da Comissão de Farmácia e Terapêutica do Hospital Garcia de Orta, E. P. E. (desde 2019).
- Presidente da Comissão Oncológica do Hospital Garcia de Orta, E. P. E. (desde 2019).
- Diretor do Serviço de Infeciologia, Hospital Garcia de Orta, E. P. E. (2016 - 2019).
- Doutorado em Medicina Tropical na especialidade de Patologia e Clínica das Doenças Tropicais, Instituto de Higiene e Medicina Tropical de Lisboa, Universidade Nova de Lisboa (2018).
- Procedimento concursal Nacional para Habilitação ao Grau de Consultor (2017).
- Assistente Hospitalar de Infeciologia (desde 2010 e com inscrição no Colégio da Especialidade de Doenças Infecciosas): Serviço de Doenças Infecciosas do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E. P. E. (2010-2016) e Hospital Garcia de Orta, E. P. E. (desde 2016). Inscrito na Competência de Medicina do Viajante da Ordem dos Médicos (desde 2019).
- Coordenador da Consulta de Medicina do Viajante do Serviço de Doenças Infecciosas do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E. P. E. (2010 - 2016).
- Coordenador do Grupo das Hepatites Víricas do Serviço de Doenças Infecciosas do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E. P. E., tendo sido responsável pela execução de Elastografia Hepática Transitória - Fibroscan® (2010-2016).
- Assistente convidado da disciplina de Doenças Infecciosas, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (2010 - 2011).
- Internato Médico em Infeciologia, Serviço de Doenças Infecciosas do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E. P. E. (2005 - 2009).
- Internato Médico Geral, Centro Hospitalar de Coimbra (2003 - 2004).
- Licenciatura em Medicina, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (1996 - 2002).
- Experiência como investigador e co investigador em estudos e ensaios clínicos.
- Experiência de trabalho em países de baixa e média renda (Angola, Cabo Verde, Moçambique e Brasil).
- Possui formação em liderança e gestão, auditorias de qualidade e auditorias clínicas.
- Tem artigos publicados em revistas nacionais e internacionais, bem como apresentações sob a forma de comunicações orais e de cartazes em vários congressos nacionais e internacionais.
- Integrou os corpos sociais da associação portuguesa para o estudo clínico da sida (APECS) – Tesoureiro da Direção (2018 – 2019); do grupo de estudos português de coinfeção (GEPCCI) – Presidente do Conselho Fiscal (2018 – 2019); da sociedade portuguesa de medicina do viajante – Vice-Presidente da Assembleia Geral (2015 – 2019) e da sociedade portuguesa de doenças infecciosas e microbiologia clínica (SPDIMC) - Secretário da Assembleia Geral (2013 – 2017).
- Participação em Júris de Avaliação Final do Internato Médico em Doenças Infecciosas, incluindo como Presidente do Júri e Vogal efetivo.

Vogal Executiva – Enfermeira Diretora - Ana Paula Realista Carvalho Rodrigues

- Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, pela Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa.
- Competências Acrescidas Avançadas em Gestão, reconhecidas pela Ordem dos Enfermeiros.
- Experiência profissional:
- Enfermeira Diretora do Hospital Garcia de Orta, E. P. E., desde 21 de abril de 2019 até à presente data.
- Vogal de Enfermagem do Conselho Clínico e de Saúde do ACES Almada Seixal, desde 03-12-2012 até à presente data.
- Vogal de Enfermagem do Conselho Clínico e de Saúde do ACES Seixal- Sesimbra entre 17-05-2010 e 21-12-2012.
- Coordenadora da Unidade Coordenadora Funcional Almada Seixal (UCF) nas duas vertentes, desde 30-07-2017.
- Elemento da UCF, vertente de Saúde Materna e Vertente de Saúde Infantil, desde julho de 2010.
- Enfermeira do Conselho Técnico da USF Fernão Ferro Mais desde 1 de janeiro de 2008 até 31 de dezembro de 2011.
- Elemento do grupo operativo "Partilhar para Cuidar" responsável por vários projetos de articulação de cuidados entre o hospital e os centros de saúde, nas áreas da saúde da mulher e da criança, saúde do adulto e idoso e saúde mental.
- Participação em júris de concurso e Júris do período experimental.
- Membro de comissões científicas de vários congressos de enfermagem.
- Enfermeira de família na USF Fernão Ferro Mais.
- Responsável pela gestão dos recursos humanos e materiais da USF Fernão Ferro Mais até dezembro de 2011.

- Responsável pela operacionalização do Programa Vacinação na USF Fernão Ferro Mais desde janeiro de 2006.
- Responsável pela operacionalização do Programa de vigilância de Saúde Infantil e Juvenil na USF Fernão Ferro Mais desde janeiro de 2006.
- Foi chefe de equipa da Urgência Pediátrica do Hospital Garcia de Orta entre janeiro de 1993 e janeiro de 1997.
- Exerceu funções no serviço de urgência pediátrica do Hospital Garcia de Orta desde 16 novembro de 1992 até ao dia 25 de janeiro de 1998.
- Entre janeiro de 1998 e 1 de outubro de 1999 exerceu funções nos cuidados intensivos neonatais e pediátricos do Hospital Garcia de Orta.
- Enfermeira de cuidados gerais na Casa de Saúde das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus, em Idanha - Belas entre agosto de 1992 e agosto de 1993.
- Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica em julho de 2008.
- Curso de Complemento de Formação em Enfermagem entre outubro de 2001 e outubro de 2002 na Escola Superior de Saúde de Setúbal.
- Concluiu o Curso Geral de Enfermagem a 30 junho de 1992 na Escola Superior de Enfermagem de Bragança, com equivalência a Bacharelato.

Vogal Executiva - Ana Sofia Freitas Monteiro Ferreira

Habilitações e atividade académica

- 1995: Licenciatura em Economia pelo Instituto Superior de Economia e Gestão, da Universidade Técnica de Lisboa (ISEG / UTL). Melhor classificação média final da licenciatura em Economia.
- 1997: Mestrado em Economia e Política Social (Master of Science in Economic and Social Policy Analysis) pela Universidade de York, Reino Unido. Atribuição de Distinção pela melhor classificação média final do Mestrado. Equivalência ao grau de Mestre em Economia e Política Social pelo ISEG/UTL, desde novembro de 1998.
- 2003: XXXI Curso de Especialização em Administração Hospitalar da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa (ENSP/UNL).
- 2003: Curso profissionalizante em Gestão em Saúde e Saúde Pública (Health Management and Public Health), do programa europeu EUROPAMILI, na Universidade de Nottingham, Reino Unido.
- Desde 2003: diversos cursos de formação profissionalizante.
- Diversas atividades académicas e científicas relacionadas com a investigação e ensino, em especial na área da economia e política de saúde: autoria e coautoria de artigos, capítulos de livros e relatórios diversos; comunicações (e coautoria de posters) em conferências, congressos e workshops (nacionais e internacionais); docência, como convidada, em vários mestrados e cursos de pós-graduação; coordenadora ou membro de júri de teses de mestrado / pós-graduação; integrou vários projetos de investigação científica e comissões organizadoras e/ou científicas de conferências (nacionais), bem como a Direção (2003-2005) da Associação Portuguesa de Economia da Saúde (APES).

Percurso Profissional

- Entre outubro de 2018 e abril de 2019: Adjunta do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde.
- Dezembro de 2017 a outubro de 2018: Adjunta da Secretária de Estado da Saúde.
- Dezembro de 2015 a dezembro de 2017: Adjunta do Secretário de Estado da Saúde.
- Janeiro de 2012 a dezembro de 2015: Gestora do Contrato de Gestão de parceria público-privada do Hospital de Cascais na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP (com interrupção por licença de maternidade entre novembro de 2014 e julho de 2015).
- Outubro de 2008 a dezembro de 2011: Vogal do Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde, IP.
- Junho a outubro de 2008: Adjunta do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde.
- Março de 2005 a maio de 2008: Adjunta do Ministro/a da Saúde.
- Janeiro de 2004 a março de 2005: Administradora Hospitalar, no Hospital de Santa Marta SA, em Lisboa.
- Novembro de 1998 a novembro de 2002: Assistente, no ISEG/UTL.
- Setembro a novembro de 1998: Assistente-Estagiária, no ISEG / UTL.
- Dezembro de 1997 a agosto de 1998: Consultora técnica, na Comissão Nacional do Rendimento Mínimo, Ministério da Solidariedade e Segurança Social.
- Outubro de 1994 a julho de 1995: Monitora, no ISEG/UTL.

Vogal Executiva - Vera Sofia Pinheiro Branco de Almeida

Formação:

- Concluiu o Mestrado Integrado em Engenharia Biomédica na Universidade do Minho em 2008 e o XL Curso de Especialização em Administração Hospitalar na Escola Nacional de Saúde Pública em 2012.

Percorso profissional:

- Iniciou funções em 2013 na Direção de Organização e Processos do grupo Espírito Santo Saúde como Gestora de Programa e Inovação onde exerceu funções de process architect para as 19 Unidades nas seguintes áreas: Urgência, Imagiologia, Internamento, Patologia Clínica, Imunohemoterapia, MFR e Hospital de Dia. Integrou ainda a equipa do projeto de acreditação de qualidade pela Joint Commission International no Hospital Beatriz Ângelo, concluído em novembro de 2013.

5. *Evidências da apresentação das declarações⁵ 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).*

As declarações encontram-se no nº4 do capítulo XI Anexos do RGS.

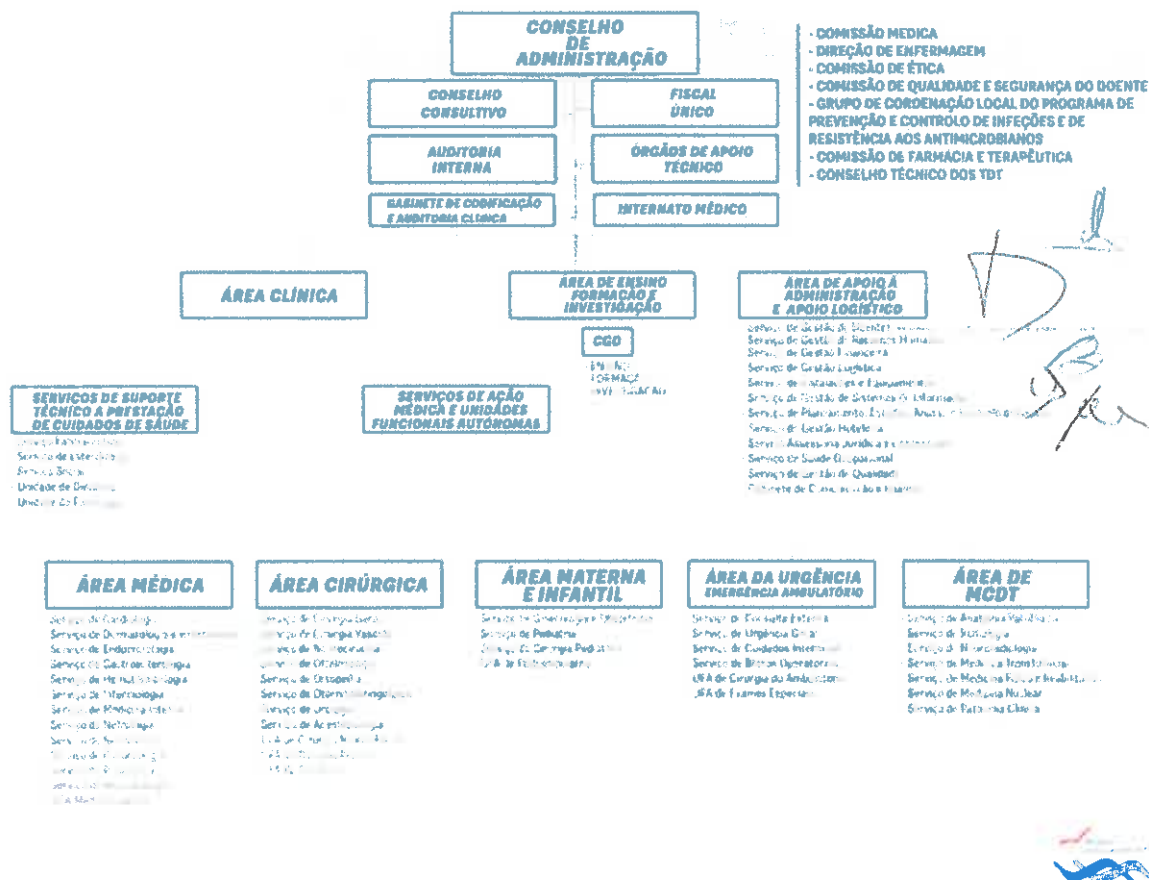
6. *Identificação de relações familiares, profissionais ou comerciais, habituais e significativas, dos membros, consoante aplicável, do Conselho de Administração, do Conselho Geral e de Supervisão e do Conselho de Administração Executivo com acionistas.*

Não são conhecidas relações familiares, profissionais ou comerciais, habituais e significativas, dos membros do Conselho de Administração.

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.*

Apresenta-se a versão atual do Organograma do HGO, que está em processo de revisão.

⁵ 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, acedível 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".



Nos termos do nº 3 do art.º 7º dos Estatutos dos Hospitais EPE, aprovados e publicados no Anexo II ao DL nº 18/2017, durante este exercício, foram delegadas competências relativamente à distribuição de responsabilidades e atribuição de poderes específicos de gestão aos membros do CA, nos seguintes termos:

Conselho de Administração nomeado para o triênio 2016-2018 (em funções até 18 de abril)

Presidente do Conselho de Administração – Dr. Joaquim Daniel Lopes Ferro: Responsável pelo Centro Garcia de Orta, Serviço de Assessoria Jurídica e Contencioso e Auditoria Interna, Gabinete de Imagem e Comunicação.

Vogal Executiva – Dra. Maria de Lourdes Caixaria Bastos: Responsável pelo Serviço de Gestão Financeira, Serviço de Planeamento, Estudos, Análise e Controlo de Gestão, Serviço de Gestão de Sistemas de Informação, Serviço de Gestão de Doentes, área da produção.

Vogal Executivo – Dr. Pedro de Andrade Pais Pinto dos Reis: Responsável pelo Serviço de Gestão Logística, Serviço de Gestão de Recursos Humanos, Serviço Farmacêutico, Serviço de Gestão Hoteleira, Serviço de Instalações e Equipamentos.

Vogal Executiva – Dra. Ana Paula Breia dos Santos Neves: Responsabilidades que constam do Artigo 9º dos Estatutos que fazem parte do Anexo II do Decreto-Lei nº 233/2005, de 29 de dezembro. Adicionalmente, é responsável pela área da Governação Clínica, coordenando a assistência prestada aos doentes, o funcionamento dos Serviços de Ação Médica e Unidades Funcionais Autónomas e os Serviços da Área dos Meios de Diagnóstico e Terapêutica, pelo Serviço de Saúde e Medicina Ocupacional, pelas diferentes comissões e equipas de apoio técnico à prestação de cuidados de Saúde e pela Direção do Internato Médico.

Vogal Executiva – Mestre Odília Maria Taleigo das Neves: Responsabilidades que constam do Artigo 10º dos Estatutos que fazem parte do Anexo II do Decreto – Lei nº 233/2005, de 29 de dezembro. Adicionalmente, é responsável pelo Serviço de Gestão da Qualidade, e pelo Programa de Acreditação para Organizações Prestadoras de Cuidados de Saúde do CHKS, pelas diferentes comissões e equipas de apoio técnico à prestação de cuidados de Saúde e ainda, pela Gestão global dos Assistentes Operacionais e pelo Serviço Social.

Para além das competências previstas foram ainda delegadas as coordenações das seguintes comissões: Na Diretora Clínica: Comissão Médica, Comissão de Farmácia e Terapêutica, Comissão Oncológica; na Enfermeira Diretora: Comissão de Enfermagem e Equipa de Gestão de Alta.

Conselho de Administração nomeado para o triénio 2019-2021

De harmonia com o disposto nos artigos 44º a 49º do Código do Procedimento Administrativo, aprovado pelo Decreto-Lei nº 4/2015, de 7 de janeiro e, nos termos dos artigos 7.º e 8.º dos Estatutos constantes do Anexo II ao Decreto-Lei nº 18/2017, de 10 de fevereiro, o Conselho de Administração do Hospital Garcia de Orta, reunido a 26/4/2019, delega, de entre os limites da Lei, nos seus membros, com a faculdade de subdelegar:

No **Presidente do Conselho de Administração**, Dr. Luís Manuel Martins Amaro, os poderes e as competências relativas ao Centro Garcia de Orta, ao Gabinete de Comunicação e Imagem, ao Serviço Social, ao Serviço de Assessoria Jurídica e Contencioso e ao Serviço de Instalações e Equipamentos.

Na **Vogal Executiva**, Dr.ª Ana Sofia Freitas Monteiro Ferreira, os poderes e as competências relativas ao Serviço de Gestão Financeira, ao Serviço de Planeamento, Estudos, Análise e Controlo de Gestão, Serviço de Gestão de Doentes (com exceção da central de transporte de doentes), Gabinete de Codificação Clínica, Serviço Farmacêutico, Serviço de Auditoria Interna (exceto em matérias sob a sua esfera de responsabilidade).

Na **Vogal Executiva**, Dr.ª Vera Sofia Pinheiro Branco de Almeida, os poderes e as competências relativos ao Serviço de Gestão Logística, ao Serviço de Gestão de Recursos Humanos, ao Serviço de Gestão Hoteleira, ao Serviço de Gestão de Sistemas de Informação, à Comissão de Avaliação de Produtos de Consumo Clínico (no âmbito técnico), à central de transporte de doentes.

No **Vogal Executivo**, o Diretor Clínico, Doutor Nuno Miguel da Silva Marques, para além das competências originárias constantes do artigo 9º dos Estatutos constantes do Anexo II ao Decreto-Lei nº 18/2017, de 10 de fevereiro, os poderes e as competências relativos: À área da Governação Clínica - coordenando a assistência prestada aos doentes, assegurando o funcionamento dos Serviços de Ação Médica e Unidades Funcionais Autónomas e dos Serviços da Área de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica, garantindo a qualidade, correção e prontidão dos cuidados de saúde prestado; À coordenação e ligação aos órgãos de apoio técnico, nomeadamente, a Comissão Médica, a Comissão de Ética, a Comissão de Farmácia e Terapêutica, a Comissão Oncológica, a Comissão de Humanização, a Comissão de Transfusão, a Comissão Técnica para a certificação de interrupção da gravidez, a Equipa de Gestão de Altas, a Comissão de Avaliação de Produtos de Consumo Clínico (no âmbito clínico), a Equipa de Apoio à Gestão do Internamento, a Comissão de Auditoria Clínica, o Gabinete do Cidadão, Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos, a Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos Pediátricos, a Comissão de Gestão de Risco Clínico, a Comissão de Qualidade e Segurança do Doente, o Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos, o Conselho Técnico dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica, a Unidade Funcional Autónoma de Senologia, o Serviço de Psicologia, o Serviço de Saúde e Medicina ocupacional e ainda a Direção do Internato Médico, incluindo relativamente aos trabalhadores médicos.

Na **Vogal Executiva**, a Enfermeira Diretora, Enfermeira especialista Ana Paula Realista Carvalho Rodrigues, para além das competências originárias constantes do artigo 10º dos Estatutos constantes do Anexo II ao Decreto-Lei nº 18/2017, de 10 de fevereiro, os poderes e as competências relativos à coordenação técnica da atividade da enfermagem do hospital, os poderes e as competências relativos: Ao Serviço da Gestão de Qualidade; À gestão do projeto de Melhoria de Qualidade e Acreditação – CHKS; À área de formação e de gestão global dos enfermeiros e assistentes operacionais no que respeita aos Serviços de Ação Médica e Unidades Funcionais Autónomas, aos Serviços de Suporte Técnico à Prestação de Cuidados de Saúde (à exceção dos Serviços Farmacêuticos e do Serviço de Psicologia); À coordenação e ligação aos Órgãos de Apoio Técnico, tais como, a Direção de Enfermagem, a Comissão de Humanização, a Comissão de Gestão de Risco Clínico, a Comissão de Qualidade e Segurança do Doente, o Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos, a Unidade dos Cuidados Continuados, Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos, a Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos Pediátricos, a Equipa de Gestão de Altas, a Equipa de Apoio à Gestão do Internamento e a Comissão de Auditoria Clínica, incluindo relativamente aos enfermeiros e aos assistentes operacionais afetos à Área Clínica.

A Delegação de competências do Conselho de Administração foi divulgada através da Circular Normativa n.º 6/2019.

8. Caracterização do funcionamento do Conselho de Administração, do Conselho Geral e de Supervisão e do Conselho de Administração Executivo⁶, indicando designadamente:

a) Número de reuniões realizadas e grau de assiduidade de cada membro às reuniões realizadas⁷

O CA reúne semanalmente e, ainda, sempre que convocado pelo Presidente ou por solicitação de dois dos seus membros, ou do Conselho Fiscal.

As deliberações são tomadas por maioria simples, tendo o Presidente voto de qualidade.

De cada reunião é lavrada a respetiva ata, da qual consta o resumo das deliberações e transcrevendo as declarações de voto, se as houver, sem prejuízo de as mesmas constarem diretamente dos documentos que as suscitaram.

A reunião semanal do CA tem lugar em dia e hora fixos, sem prejuízo de a alteração da data e horas das reuniões poder ocorrer sempre que, por motivo justificado, o Presidente do CA o determine, sendo que esta alteração não deve comprometer a realização de uma reunião semanal do CA.

Podem ainda participar nas reuniões do CA, sem direito a voto, quaisquer outros profissionais que sejam especialmente convocados por indicação do seu Presidente.

As reuniões só serão válidas desde que se encontre presente a maioria dos seus membros.

**Número de reuniões realizadas e grau de assiduidade de cada membro às reuniões realizadas
De 01/01/2019 a 18/04/2019 – 16 reuniões ordinárias**

| Membro do CA - triénio 2016-2018 | | Nº de presenças | Grau de assiduidade |
|---|----------------|-----------------|---------------------|
| Presidente do Conselho de Administração | Daniel Ferro | 16 | 100% |
| Vogal Executiva - Diretora Clínica | Paula Breia | 15 | 94% |
| Vogal Executiva - Enfermeira Diretora | Odília Neves | 15 | 94% |
| Vogal Executiva | Lourdes Bastos | 16 | 100% |
| Vogal Executivo | Pedro Reis | 16 | 100% |

De 22/04/2019 a 31/12/2019 – 41 reuniões (35 ordinárias e 6 extraordinárias)

| Membro do CA - triénio 2019-2021 | | Nº de presenças | Grau de assiduidade |
|---|--------------------|-----------------|---------------------|
| Presidente do Conselho de Administração | Luís Amaro | 35 | 85% |
| Vogal Executivo - Diretor Clínico | Nuno Marques | 37 | 90% |
| Vogal Executiva - Enfermeira Diretora | Ana Paula Realista | 37 | 90% |
| Vogal Executiva | Ana Sofia Ferreira | 38 | 93% |
| Vogal Executiva | Vera Sofia Almeida | 37 | 90% |

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:

Nenhum dos membros do CA exerceu quaisquer outros cargos, dentro e fora do grupo, nem outras atividades relevantes.

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;

O HGO não possui órgãos da sociedade competentes para realizar a avaliação de desempenho dos administradores executivos e critérios pré-determinados para a avaliação de desempenho dos mesmos, nem Comissões no órgão de

⁶ Deve ser ajustado ao modelo de governo adotado.

⁷ A informação poderá ser apresentada sob a forma de quadro.



administração ou supervisão. Nos termos da legislação em vigor compete aos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde a avaliação do desempenho dos administradores executivos.

d) Comissões⁸ existentes no órgão de administração ou supervisão, se aplicável. Identificação das comissões, composição de cada uma delas assim como as suas competências e síntese das atividades desenvolvidas no exercício dessas competências.

As Comissões de apoio técnico são órgãos de caráter consultivo do Conselho de Administração, de que destacamos:

Comissão Oncológica

Esta Comissão foi nomeada em 11 de outubro de 2019, tendo a sua composição sido divulgada pela Circular Informativa n.º 55/2019 de 17 de outubro.

A Comissão Oncológica é presidida pelo Dr. Nuno Marques, Diretor Clínico e é composta pelos seguintes profissionais:

Dr. Hélder Mansinho – Oncologia
Prof. Dr. Paulo Costa – Cirurgia Geral
Dr. João Corte Real - Cirurgia Geral
Senologia – Dr. Daniel Travancinha
Dra. Maria José Brito – Anatomia Patológica
Dr. Diogo Gonçalves – Anatomia Patológica
Dr. Afonso Gonçalves – Imagiologia
Dr. António Matos – Imagiologia
Dra. Ana Isabel Santos – Medicina Nuclear
Dra. Susana Carmona - Medicina Nuclear
Dra. Catarina Santos Silva – Patologia Clínica
Dr. Miguel Carvalho - Urologia
Dr. João Paulo Rosa – Urologia
Dr. José Duarte – Pneumologia
Dra. Dolores Canário – Pneumologia
Dra. Elisa Pereira – Ginecologia
Dra. Ana Marta Daniel - Dermatologia

A Comissão Oncológica tem promovido junto de vários Serviços Clínicos a realização/revisão de Normas de Orientação Terapêutica aprovadas no âmbito do diagnóstico, tratamento e seguimento de diversas patologias oncológicas, bem como a implementação de reuniões multidisciplinares de decisão terapêutica.

A Comissão Oncológica colabora com a Comissão de Farmácia e Terapêutica na avaliação específica de grupos de fármacos na área oncológica, promove ações formativas e de divulgação das Normas de seguimento do doente oncológico junto dos Cuidados de Saúde Primários, nomeadamente no ACES Almada/Seixal e fomenta a atualização do Registo Oncológico Nacional.

Em 2019, os projetos de articulação desta Comissão e dos diversos Serviços com os ACES permitiram a melhoria da acessibilidade do doente oncológico aos serviços mais diferenciados do hospital, bem como o acompanhamento do seu regresso à comunidade e ao seu médico de família para controlo.

Comissão de Farmácia e Terapêutica

Esta Comissão foi nomeada em 26 de abril de 2019, tendo a sua composição sido divulgada pela Circular Informativa n.º 10/2019 de 26 de abril.

A Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) é presidida pelo Dr. Nuno Marques, Diretor Clínico e é composta pelos seguintes profissionais:

Dra. Margarida Coelho – Médica
Dr. Hélder Mansinho – Médico
Dra. Maria José Santos – Médica
Dr. Miguel Rodrigues – Médico

⁸ Que incluam ou tenham a participação de elementos do órgão de administração ou supervisão.

Dr. Armando Alcobia – Farmacêutico
Dra. Manuela Rodrigues – Farmacêutica
Dra. Ana Soares – Farmacêutica
Dra. Gisela Costa – Farmacêutica
Dra. Paula Santos – Farmacêutica

A CFT avalia todos os pedidos de fármacos sujeitos a justificação obrigatória, indo de encontro a uma política de racionalidade no uso da medicação intra-hospitalar e de cedência para ambulatório. A Comissão monitoriza ainda, de acordo com o tempo estabelecido, os efeitos terapêuticos, efeitos adversos ou falência terapêutica para cada autorização efetuada e articula-se com o Monitor da Prescrição Médica com o objetivo de emitir relatórios trimestrais e obter indicadores relativos à prescrição interna de medicamentos e de meios complementares de diagnóstico e terapêutica.

Em 2019, a CFT promoveu reuniões com os Serviços Clínicos - principais prescritores, nomeadamente na área da Dermatologia, no sentido de renovar a sensibilização para a prescrição racional e uso de biossimilares e genéricos sempre que adequado, para além de manter o acompanhamento do perfil de prescrição nas seguintes áreas: Oncologia, VIH/SIDA, Hepatite C e Neurologia. Fomentou, ainda, junto dos serviços a elaboração de protocolos internos de prescrição, de acordo com as Normas de Orientação Terapêuticas nacionais em vigor e diretrizes definidas pela Comissão Nacional de Farmácia e Terapêutica e pelo Infarmed.

A CFT colaborou também com o Grupo de Coordenação Local – Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA) na vigilância epidemiológica das infeções hospitalares e na monitorização da prescrição de antibióticos. A CFT elaborou ainda relatórios anuais sobre o uso e eficiência ou falência de fármacos, de acordo com o estabelecido pelo Infarmed.

D. Fiscalização

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

Segundo o disposto no Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro, a fiscalização e controlo da legalidade da gestão financeira e patrimonial do HGO passaram a ser exercidos por um Conselho Fiscal, de acordo com a Lei n.º 148/2015, de 9 de setembro que aprova o Regime Jurídico da Supervisão de Auditoria.

Este órgão de fiscalização é constituído por três membros efetivos e por um suplente, sendo um deles o Presidente do órgão 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.

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

O Conselho Fiscal do HGO foi nomeado em 26 de abril de 2018 por Despacho Conjunto do Secretário de Estado do Tesouro e da Secretária de Estado da Saúde, para o mandato 2018-2020, sendo composto pelos seguintes membros:

Presidente: Dra. Maria Leonor Bettencourt Silva Dantas Jorge
Vogal: Dr. Renato Felisberto Pinho Marques
Vogal: Dr. José Manuel Gonçalves André
Vogal Suplente: Dr.ª Anabela Mendes Garcia Barata

A remuneração do Conselho Fiscal é fixada no despacho de nomeação, atendendo ao grau de complexidade e de exigência inerente ao exercício do respetivo cargo e tendo em conta os critérios de classificação do Hospital EPE, estabelecidos na resolução do Conselho de Ministros, a que se refere o n.º 4 do artigo 28.º do Estatuto do Gestor Público. Cessando o mandato do Conselho Fiscal e do Revisor Oficial de Contas, os titulares mantêm-se em exercício de funções até à designação de novos ou à declaração ministerial de cessação de funções.

O HGO não possui Comissão de Auditoria, Conselho Geral e Supervisão ou Comissão para as Matérias Financeiras.

2. *Composição, consoante aplicável, do Conselho Fiscal, da Comissão de Auditoria, do Conselho Geral e de Supervisão ou da Comissão para as Matérias Financeiras, ao longo do ano em referência, com indicação do número estatutário mínimo*

⁹ Relativamente ao Fiscal Único deverá ser prestada a informação a que se referem os pontos 1, 3, 4 e 5 deste tópico D. Fiscalização e bem assim a informação a que se refere o tópico E. Revisor Oficial de Contas (ROC).

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:

Composição do Conselho Fiscal

| Mandato (início-fim) | Cargo | Nome | Designação | | Estatuto remuneratório (mensal) |
|-------------------------|----------------|---|------------------|------------|---------------------------------|
| | | | Forma | Data | |
| 2018-2020 | Presidente | Maria Leonor Bettencourt Silva Dantas Jorge | Despacho SET/SES | 26/04/2018 | 985,29 € |
| 2018-2020 | Vogal Efetivo | Renato Felisberto Pinho Marques | Despacho SET/SES | 26/04/2018 | 738,97 € |
| 2018-2020 | Vogal Efetivo | José Manuel Gonçalves André | Despacho SET/SES | 26/04/2018 | 738,97 € |
| 2018-2020 | Vogal Suplente | Anabela Mendes Garcia Barata | Despacho SET/SES | 26/04/2018 | não remunerado |

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

Elementos curriculares do Conselho Fiscal:

Presidente do Conselho Fiscal: Maria Leonor Bettencourt Silva Dantas Jorge

Data de nascimento: 18 de janeiro de 1970

Formação académica e profissional:

- Licenciatura em administração de empresas - Universidade Católica.
- Frequência do Programa Avançado para Administradores Não-Executivos – Instituto Português de Corporate Governance (IPCG).
- Executive Training Session on Banking Governance - PLMJ Advogados.
- Strategic Management in Banking Programme - INSEAD, Fontainebleau, França.

Atividade Profissional

- Membro do Conselho Fiscal da Atticus - STC, S.A., desde maio de 2019.
- Administradora não executiva da Crédito Agrícola Gest - SGFIM, S.A., desde janeiro de 2020.
- Diretora Central de Fusões e Aquisições (F&A) do HAITONG BANK, S.A. (ex- BES Investimento) (2004-2017), responsável por transações em Portugal, Espanha, França, Chile, Brasil, Polónia e Macau, em diversos sectores.
- Direção de fusões e aquisições do BES Investimento, tendo ocupado cargos desde analista até diretora (1994-2004).
- Analista no departamento de fusões e aquisições do Deutsche Bank (Portugal) (1993-1994).

Vogal efetivo do Conselho Fiscal: Renato Felisberto Pinho Marques

Data de nascimento: 29 de março de 1958

Formação académica e profissional

- Licenciatura em Economia – Instituto Superior de Economia e Gestão (ISEG) da Universidade Técnica de Lisboa.
- Pós-graduação em Estudos Europeus – Universidade Católica.

Atividade Profissional

- Inspetor de Finanças Diretor desde fevereiro de 2015.
- Chefe de Equipa na Inspeção-Geral de Finanças (2013-2014).
- Membro da Comissão de Normalização Contabilística, em representação da Inspeção-Geral de Finanças (desde janeiro 2013).
- Controlador financeiro do Ministério da Saúde (2010-2011).
- Controlador financeiro do Ministério dos Negócios Estrangeiros (2007-2010).



- Diretor do Departamento Geral de Administração do Ministério dos Negócios Estrangeiros (2003-2007).
- Diretor Adjunto do Departamento Geral de Administração do Ministério dos Negócios Estrangeiros (2003).
- Inspetor de Finanças Chefe (1996-2003).
- Membro da Comissão EURO do Ministério das Finanças, em representação da Inspeção-Geral de Finanças (1999-2001).
- Inspetor do quadro da Inspeção-Geral de Finanças desde 15 de outubro de 1987.

Vogal efetivo do Conselho Fiscal: José Manuel Gonçalves André

Data de nascimento: 22 de abril de 1953

Formação académica e profissional

- Curso de Organização e Gestão de Empresas - Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa (ISCTE).
- Pós-graduação em Administração Hospitalar - Escola Nacional de Saúde Pública.
- Curso de Engenharia Industrial aplicada à gestão hospitalar, Health Policy Institute, Boston University, Lisboa.
- Curso de Auditoria da Qualidade de serviços de Saúde, HQS - Health Quality Service/Reino Unido, Lisboa.
- Curso PADIS-Programa Alta Direção Instituições de Saúde da AESE.
- Curso Alta Direção em Gestão Unidades de Saúde - ISCSP.

Atividade Profissional

- Administrador Hospitalar de 1º grau do Quadro Único desde 26 /04/2006 e de 1ª classe do ex-Hospital Reynaldo dos Santos - Vila Franca de Xira desde 01/05/2007. Pertencente ao mapa da ARSLVT
- Auditor do Gabinete Auditoria Interna da ARSLVT desde 15 julho de 2016.
- Diretor Executivo do ACES Oeste Sul, de 07 dezembro de 2012 a 15 julho de 2016.
- Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Torres Vedras, de 15 de abril de 2010 a 20 de novembro de 2012.
- Vogal Executivo do Centro Hospitalar Torres Vedras, 2006-2010.
- Diretor de Serviço de Formação e Ensino da Secretaria Geral do Ministério da Saúde, 2003-2006.
- Diretor e Administrador Delegado do Hospital Distrital de Mirandela, 1999-2003.
- Administrador Delegado do Hospital Distrital da Covilhã, 1997-1999.

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

Em 2019 não foram contratados quaisquer serviços adicionais a serviços de auditoria ao auditor externo, cujos procedimentos e critérios aplicáveis à intervenção do órgão de fiscalização se encontram definidos nos estatutos da Ordem dos Revisores Oficiais de Contas e no Regime jurídico da Supervisão e Auditoria.

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

O órgão de fiscalização não desempenhou quaisquer outras funções no HGO.

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

Os elementos do Conselho Fiscal preenchem os requisitos de independência previstos no n.º 5 do art.º 414º do Código das sociedades comerciais, dado que não se encontram associados a qualquer grupo de interesses na sociedade, nem se encontram em alguma circunstância suscetível de afetar a sua isenção de análise ou de decisão e exercem o seu primeiro mandato no cargo.

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

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

Número de reuniões realizadas e grau de assiduidade de cada membro

| Número de reuniões | Local de Realização | Intervenientes nas reuniões | Ausências dos membros do Conselho Fiscal |
|--------------------|---------------------|-----------------------------|--|
| 5 | ARSLVT | CF | Não existiram |
| 2 | HGO | CF; CA | Não existiram |
| 2 | HGO | CF; CA; BDO; DF; DPC; AI | Não existiram |
| 3 | Lisboa (SROC) | CR; BDO | (1) |

Legenda: CF: Conselho Fiscal; CA: Conselho de Administração; AI - Auditoria Interna; DF: Direção Financeira; DPC - Direção Planeamento e Controlo de Gestão; BDO - SROC

(1) A Presidente do Conselho Fiscal não esteve presente numa das reuniões, tendo justificado atempadamente a sua ausência

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;

Cargos exercidos em simultâneo pelos membros do Conselho Fiscal

| Nome | Outros cargos ou funções |
|---|---|
| Maria Leonor Bettencourt Silva Dantas Jorge | Presidente do Conselho Fiscal do Centro Hospitalar de Setúbal, EPE |
| | Presidente do Conselho Fiscal do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE |
| | Administrador Único da Curiosolabirinto, SA |
| | Membro do Conselho Fiscal da Atticus - STC, SA |
| | Administrador não executivo da Crédito Agrícola GEST - Sociedade Gestora de Fundos de Investimento Mobiliário, SA |
| Renato Felisberto Pinho Marques | Vogal do Conselho Fiscal do Centro Hospitalar de Setúbal, EPE |
| | Vogal do Conselho Fiscal do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE |
| | Membro da Comissão de Normalização Contabilística |
| José Manuel Gonçalves André | Vogal do Conselho Fiscal do Centro Hospitalar de Setúbal, EPE |
| | Vogal do Conselho Fiscal do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE |

E. Revisor Oficial de Contas

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 Conjunto do SET e SES, de 25 de setembro de 2018, foi nomeada como ROC do Hospital Garcia de Horta, EPE, para o triénio 2018-2020, incluindo ainda o ano de 2017, a BDO & Associados - SROC Lda., inscrita na Ordem dos ROC sob o n.º 29 e na CMVM sob o n.º 20161384, representada pelo Dr. João Paulo Torres Cunha Ferreira, inscrito na Ordem dos ROC sob o n.º 956 e na CMVM sob o n.º 20160573, a prestar serviços ao Hospital desde o exercício de 2018, ano em que prestou o serviço de revisão legal das contas do exercício de 2017.

Em 2019, por motivos de falecimento do Dr. João Paulo Torres Cunha Ferreira, a BDO passou a ser representada pelo Dr. António José Correia de Pina Fonseca, inscrito na Ordem dos ROC sob o n.º 949 e na CMVM sob o n.º 20160566. Revisor Oficial de Contas:

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

O HGO é qualificado como uma entidade de interesse público, nos termos do Regime Jurídico da Supervisão da Auditoria, aprovado pela Lei n.º 148/ 2015, de 9 de setembro, dispondo o n.º 1, do artigo 15.º, dos seus Estatutos que nas entidades públicas empresariais, abrangidas pelo regime constante dessa mesma Lei, 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 (ROC), obrigatoriamente, de entre os auditores registados

na Comissão do Mercado dos Valores Mobiliários, sendo este ROC, ao abrigo do n.º 4 do artigo 15.º dos Estatutos do Hospital nomeado por despacho conjunto dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde, sob proposta fundamentada do Conselho Fiscal, tendo o mandato a duração de três anos, renovável 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:*

Número de anos em que o ROC exerce funções na entidade/grupo

| Mandato (início- fim) | Cargo | Identificação SROC/ROC | | | | | | N.º de anos de funções exercidas no grupo | N.º de anos de funções exercidas na entidade |
|--------------------------------|-------|--|--------------------------|------------------------|--------------------------------------|------------|------------|--|---|
| | | Nome | N.º Inscrição na OROC | N.º Registo na CMVM | Forma (1) | Data | Contratada | | |
| 2017 (realizado em 2018) | ROC | BDO & Associados SROC, Lda., representada por João Cunha Ferreira | 29 | 20161384 | Despacho Conjunto do SET e SES | 25/09/2018 | | 1 | 1 |
| | | | 956 | 20160573 | | | | | |
| 2018- 2020 | ROC | BDO & Associados SROC, Lda., representada por António Pina Fonseca | 29 | 20161384 | Despacho Conjunto do SET e SES | 25/09/2018 | | 1 | 1 |
| | | | 949 | 20160566 | | | | | |
| 2018- 2020 | ROC | BDO & Associados SROC, Lda., representada por António Pina Fonseca | 29 | 20161384 | Despacho Conjunto do SET e SES | 25/09/2018 | | 2 | 2 |
| | | | 949 | 20160566 | | | | | |

Remuneração do ROC relativa ao ano de 2019

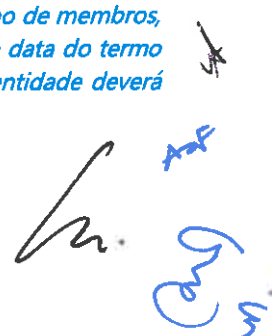
| Nome | Remuneração Anual Bruta |
|--|----------------------------|
| BDO & Associados SROC, Lda. - CLC 2019 | 21.156,00 € |

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 nem pelo ROC que a representa ao HGO.

F. Conselho Consultivo (caso aplicável)

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



Com a entrada em vigor do DL nº 18/2017 de 10 de fevereiro, foram feitas as diligências junto da Câmara Municipal de Almada e sugerida a articulação com a Câmara Municipal do Seixal, no sentido da ativação deste órgão de participação e consulta, aguardando-se a designação do Presidente para se promover o processo de designação dos restantes membros. Neste sentido, o Conselho Consultivo do HGO aguarda a nomeação para o triénio 2019-2021.

G. Auditor Externo

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

O Hospital Garcia de Orta EPE, não tem auditor externo.

2. *Explicitação¹⁰ da política e periodicidade da rotação do auditor externo e do respetivo sócio ROC que o representa no cumprimento dessas funções, bem como indicação do órgão responsável pela avaliação do auditor externo e periodicidade com que essa avaliação é feita.*

Não se aplica por não existir auditor externo, conforme referido no ponto 1.

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

Não se aplica por não existir auditor externo, conforme referido no ponto 1.

4. *Indicação do montante da remuneração anual paga pela empresa e/ou por pessoas coletivas em relação de domínio ou de grupo ao auditor e a outras pessoas singulares ou coletivas pertencentes à mesma rede¹¹ e discriminação da percentagem respeitante aos seguintes serviços, apresentado segundo o formato seguinte:*

Não se aplica por não existir auditor externo, conforme referido no ponto 1.

¹⁰ Acompanhada de menção à legislação aplicável.

¹¹ 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, alterada pela Lei n.º 35/2018, de 20 de julho.

VI. Organização Interna

A. Estatutos e Comunicações

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

Os Estatutos do HGO foram aprovados pelo Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro.

A alteração de estatutos de empresas públicas é realizada através de Decreto-Lei ou nos termos do Código das Sociedades Comerciais, consoante se trate de Entidade Pública Empresarial ou Sociedade Comercial, devendo os projetos de alteração ser devidamente fundamentados e aprovados pelo titular da função acionista, nos termos do art.º 36.º do Regime Jurídico do Sector Público Empresarial.

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

Conforme previsto no artigo 20º dos Estatutos dos Hospitais E.P.E., os Hospitais E.P. E. dispõem 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 aprovada pelo Conselho de Administração a política de irregularidades do HGO, que estabeleceu os princípios, deveres e responsabilidades de todos os colaboradores da entidade, no sentido de prevenir e promover a comunicação de irregularidades em todos os níveis da organização e prestadores externos, encontrando-se em vigor e disponível na intranet do hospital.

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

No âmbito das políticas antifraude adotadas e identificação de ferramentas existentes com vista à mitigação e prevenção da fraude organizacional, o HGO no seu Plano de Prevenção de Riscos de Gestão e de Corrupção e Infrações Conexas, pretendeu sistematizar o sistema de gestão de riscos do Hospital, identificando 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.

B. Controlo interno e gestão de riscos¹²

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 Sistema de Controlo Interno (SCI) tem como parceiro fundamental o Serviço de Auditoria Interna.

Este Serviço está previsto nos Estatutos do HGO e tem como competência 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. Na sua atividade, deve fornecer, ao Conselho de Administração, análises e recomendações sobre as atividades revistas para melhoria do funcionamento dos serviços, receber as comunicações de irregularidades sobre a organização e funcionamento do hospital, apresentadas pelos demais órgãos estatutários, trabalhadores, colaboradores, utentes e cidadãos em geral, elaborar o plano de auditoria interna e um relatório anual sobre a atividade desenvolvida, em que se refiram os controlos efetuados, as anomalias detetadas e as medidas corretivas a adotar e ainda elaborar o plano de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas e os respetivos relatórios anuais de execução.

De igual modo, o HGO dispõe de vários mecanismos que, no seu conjunto, procuram assegurar um robusto sistema de controlo interno e de gestão de riscos.

Este sistema permite-lhe tratar riscos e oportunidades e demonstrar a sua aptidão para demonstrar a sua conformidade face aos requisitos que lhe são aplicáveis. Para o efeito, identificou um conjunto de órgãos de apoio técnico e documentação por eles suportada, que lhe permite identificar, definir estratégias de mitigação e responsabilidades e grau de execução, para o tratamento dos riscos mais evidentes da entidade, designadamente:

¹² 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.

- Serviço de Auditoria Interna
- Serviço de Gestão da Qualidade
- Comissão de Ética
- Comissão da Qualidade e Segurança do Doente
- Comissão Risco Clínico
- Comissão Risco Não Clínico
- Grupo Coordenação Local Programa Prevenção Controlo Infeções e Resistência os Antimicrobianos
- Regulamento Interno do HGO
- Código de Conduta Ética do HGO
- Plano de Prevenção de Riscos de Gestão, onde se integra os de Corrupção e Infrações Conexas e respetivo Relatório Anual
- Programas de Acreditação e Certificação segundo os mais altos Padrões Normativos para a Organização de Cuidados de Saúde e Normas ISO.
- Estratégia de Gestão de Risco
- Política Antifraude
- Política 0117 – Auditoria

A instituição criou um Serviço de Auditoria Interna que materializa as necessidades de monitorização periódica, face às solicitações do Conselho de Administração, Entidades de Supervisão e Tutela. Tendo em conta a respetiva perceção de risco operacional, no quadro do modelo de governação vigente, em 2019, a atividade de monitorização periódica posicionou-se na avaliação do desempenho global ao nível da fidedignidade dos registos, economia, eficiência e eficácia.

Tendo em conta a dimensão e recursos ao dispor do Serviço de Auditoria Interna a prevenção e identificação da fraude realiza-se no decurso das atividades desenvolvidas por este Serviço, tendo em conta as solicitações do Conselho de Administração (planeadas e/ou *ad-hoc*) e o reporte de fraude recebido nos termos definidos na respetiva política.

No que respeita à organização do HGO, enquanto hospital EPE, o Conselho Fiscal é o órgão responsável pela fiscalização e controlo da legalidade da gestão financeira e patrimonial, competindo-lhe verificar a regularidade dos registos contabilísticos e documentos que lhe servem de suporte, assim como dar parecer sobre o relatório de gestão do exercício e certificar as contas.

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 no Regulamento Interno do HGO, foram criados o Serviço de Auditoria Interna, a quem compete a avaliação dos processos de controlo interno e de gestão de riscos, nos domínios operacional, financeiro, entre outros, contribuindo para o aperfeiçoamento do modelo de gestão e o Serviço de Gestão da Qualidade, a quem compete a ativação da Estratégia Nacional da Qualidade em Saúde a implementação dos Sistemas de Acreditação e Certificação, a realização de Auditorias Internas da Qualidade e a Gestão dos Programas de Melhoria da Qualidade e Segurança do Doente.

A Comissão de Risco, responsável pelos procedimentos da Gestão do Risco Clínico e Não Clínico, a Comissão de Ética para Saúde e o Grupo Coordenação Local Programa Prevenção Controlo Infeções e Resistência os Antimicrobianos, nas suas esferas de atuação, também antecipam e minimizam o risco e contribuem para o sistema de gestão e controlo de risco do HGO.

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 Corrupção e Infrações Conexas, que pretende sistematizar o sistema de gestão de riscos do Hospital Garcia de Orta, estão identificados os riscos relevantes, sendo, paralelamente, efetuada a respetiva avaliação por níveis de risco, assim como as medidas preventivas adotadas como resposta aos riscos estabelecidos, nomeadamente nas áreas dos Serviços de Gestão de Doentes, Gestão Hoteleira, Gestão Logística, Gestão de Recursos Humanos, Gestão dos Sistemas de Informação, Gestão da Qualidade, Gestão Financeira, Instalações e Equipamentos e Planeamento, Estudos, Análise e Controlo de Gestão.

O pensamento baseado em risco permite ao HGO determinar os fatores geradores de eventuais desvios nos processos e sistemas implementados, relativamente ao planeamento dos seus resultados e implementar controlos preventivos para minimizar efeitos negativos e potenciar oportunidades que possam surgir.

Neste contexto, o HGO gere os processos e o sistema da qualidade com recurso ao ciclo do PDCA (*Plan-Do-Check-Act*), permitindo-lhe planear o tratamento dos riscos e oportunidades. Esta metodologia está enquadrada na Estratégia de Governação Clínica do HGO e permite a gestão sistematizada e metódica dos riscos, que possam afetar e/ou comprometer a segurança dos doentes, acompanhantes, profissionais, público em geral, fornecedores de serviços, edifício e património do Hospital. A implementação desta gestão de risco é um contributo importante para desenvolver um ambiente, sistemas e práticas de trabalho mais seguras, contribuindo para uma melhor qualidade de assistência em saúde. É essencial a articulação e comunicação das diversas estruturas com diferentes níveis de intervenção, no sentido de identificar, prevenir, reportar, reduzir e/ou limitar os riscos e potenciais danos.

O Conselho de Administração é o primeiro e máximo responsável pela manutenção de um ambiente seguro e saudável para os doentes, profissionais e público em geral, delegando esta responsabilidade em estruturas multiprofissionais que desenvolvem e implementam a estratégia de gestão de risco.

Uma componente fundamental para a eficácia da gestão do risco é a definição das responsabilidades individuais e coletivas ao nível das competências e funções dos profissionais.

A quantificação e classificação do risco correspondem ao resultado da multiplicação da probabilidade de ocorrência e da sua gravidade de acordo com a Matriz de Avaliação de Risco definida e apresentada na Tabela abaixo.

| Impacto (Gravidade) \ Probabilidade | Baixa | Média | Alta |
|-------------------------------------|----------|----------|----------|
| Baixo | Frac. | Frac. | Moderado |
| Médio | Frac. | Moderado | Elevado |
| Alto | Moderado | Elevado | Elevado |

Os níveis de risco permitem configurar a decisão de aceitabilidade do risco e da sua magnitude, bem como a ação de controlo ou de monitorização. Para cada perigo identificado, o risco associado é estimado e valorizado da forma que se segue:

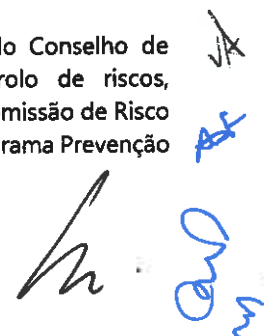
- Identificar os possíveis tipos de risco;
- Analisar as medidas de prevenção e de proteção existentes (barreiras) face aos riscos identificados, que permitam prevenir ou minimizar as suas consequências caso o evento ocorra;
- Atribuir uma categoria à probabilidade de ocorrência tendo em atenção a eficácia das medidas de prevenção e proteção já existentes, bem como o tempo de exposição ao fator de risco;
- Atribuir uma categoria ao impacto (gravidade do dano, tendo em atenção as consequências previsíveis do evento);
- Valorar o risco qualitativamente, atribuindo um nível de risco, resultado da integração entre a probabilidade de ocorrência e o impacto provável de um determinado dano.
- Com o objetivo de eliminar ou reduzir os riscos não aceitáveis, a cada nível de risco está associada uma prioridade de intervenção.

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, em termos orgânicos, do Presidente do Conselho de Administração.

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

O HGO tem um conjunto de Serviços e Comissões, elencadas nos pontos 1., 2. e 3., nomeadas pelo Conselho de Administração, e com competências específicas no domínio da monitorização continua e controlo de riscos, designadamente o Serviço de Gestão da Qualidade, a Comissão de Qualidade e Segurança do Doente, a Comissão de Risco Clínico, a Comissão de Risco Não Clínico, a Comissão de Ética para Saúde e o Grupo Coordenação Local Programa Prevenção Controlo Infecções e Resistência os Antimicrobianos.



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 contexto atual, é possível identificar os principais tipos de risco:

| | |
|---|---|
| Risco Estratégico | O risco estratégico refere-se ao risco de perdas por decisões e objetivos estratégicos inadequados. No âmbito do plano estratégico para o triénio o Conselho de Administração define um conjunto de objetivos estratégicos e anualmente define um plano de ações que partilha com as chefias intermédias, com quem contratualiza os respetivos objetivos e metas. |
| Risco Reputacional | O risco reputacional corresponde ao risco de perdas originadas pelo declínio da imagem da instituição. A este respeito, o HGO procede ao tratamento da informação institucional. Foi elaborada e divulgada uma política de proteção de dados que pretende sistematizar um conjunto de linhas gerais de apoio à mitigação deste risco, que deverão ser complementadas por indicações precisas, dentro das incumbências de cada Diretor e no âmbito das suas competências específicas. |
| Risco Específico da Prestação de Cuidados | O risco específico da prestação de cuidados corresponde ao risco de perdas originadas pela falta de qualidade na prestação de cuidados com um impacto negativo na segurança do doente. No HGO, o risco específico da prestação de cuidados é objeto de um processo de monitorização contínua no âmbito de um programa internacional de acreditação CHKS que define um conjunto de boas práticas a vários níveis da organização, bem como da equipa de Gestão de Risco Clínico. |
| Risco Financeiro | Os riscos financeiros referem-se aos riscos subjacentes às variações anuais, imprevisíveis dos preços unitários da produção, da quantificação e da variabilidade, altamente dependente do financiamento através do Contrato-Programa. |
| Risco Operacional | O risco operacional refere-se ao risco associado a perdas que direta ou indiretamente resulta da inadequação ou deficiência de processos internos, de pessoas, de sistemas ou de eventos externos. Como exemplo, tipifica-se a falta de verbas específicas para realização de investimentos, que garantem a renovação do imobilizado, com impactos na qualidade dos serviços prestados. Nesta categoria incluem-se os riscos de natureza jurídica, conhecidos como de "Riscos de Compliance". |
| Risco Jurídico | Na identificação global das necessidades de compra, nomeadamente aquando da elaboração do plano anual de compra, existe o risco inerente de planeamento adequado das compras, podendo originar elevada dependência de recurso direto devido à urgência de determinados atos clínicos. |

Atualmente, com a publicação do Despacho conjunto entre o Ministério da Saúde e Ministério das Finanças, de 21 de junho de 2019, foi estabelecido o projeto de devolução da autonomia que fica ainda dependente de aprovação do plano de gestão (estando o HGO incluído no grupo I - reúne as entidades mais eficientes de cada grupo de benchmarking utilizado pela ACSS), que também depende das Finanças.

No entanto, esta autonomia ainda não é totalmente materializada tendo como riscos a persistente dificuldade de contratação de profissionais de saúde.

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

A promoção de uma cultura de segurança junto de profissionais e utentes do HGO é essencial para a diminuição e controlo do risco. A abordagem integrada e sistemática da gestão do risco no HGO engloba os contributos de todas as áreas clínicas e não clínicas. O processo de identificação, avaliação, acompanhamento, controlo, gestão e mitigação de riscos, realiza-se de forma estruturada.

Em primeiro lugar, o processo decorre da avaliação do risco de gestão, onde são aferidas e discriminadas todas as atividades por serviço, a sua probabilidade de ocorrência e impacto, de forma a determinar qual a melhor metodologia de atuação, apontando-se seguidamente as tarefas a desenvolver e os responsáveis pelo controlo interno em cada Serviço. Na fase seguinte, são definidos os tipos de resposta ao risco perceptível e desenvolve-se um conjunto de atividades de forma à reorientação da probabilidade do risco. São depois estabelecidas e executadas políticas, manuais, normas e procedimentos de forma a assegurar que as respostas ao risco são efetuadas de forma efetiva. Todas estas atividades têm sempre sistemas

de informação e comunicação que permitem a existência de informação necessária para executar, gerir e monitorizar os processos, permitindo alterações sempre que necessárias.

Salienta-se a aposta nas tecnologias de apoio à gestão e à tomada de decisão dos profissionais e dos gestores do hospital com a implementação de um sistema de *Business Intelligence*, que permite aos órgãos de gestão estruturar e relacionar toda a informação produzida, permitindo ter uma visão mais objetiva do desempenho da instituição, controlar a qualidade e a eficiência das operações, controlar e reduzir os custos, apoiando o Sistema de Controlo Interno.

Em todas as Áreas/Especialidades/Unidades estão nomeados interlocutores locais para a qualidade e segurança, com a responsabilidade de desenvolver internamente as atividades de gestão de risco.

Individualmente, todos os profissionais, têm as seguintes responsabilidades: Identificar os fatores de risco; iniciar ações para prevenir ou controlar o risco; notificar o responsável, se o risco identificado estiver além da sua competência ou do seu controlo e Relatar incidentes.

O HGO desenvolve um programa contínuo de formação em gestão do risco para todos os profissionais, integrando metodologias de gestão de risco, segurança do doente e segurança dos profissionais.

O Serviço de Auditoria Interna realiza auditorias, avaliações e produz informação e relatórios consequentes, onde se apontam propostas de intervenção sempre que necessário. Com base nesta informação, o Conselho de Administração decide medidas de mitigação dos riscos.

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

O SCI compreende o conjunto de estratégias, políticas, processos, regras e procedimentos estabelecidos no HGO para garantir a existência de informação financeira e de gestão que suporte as tomadas de decisão e os processos de controlo, tanto ao nível interno como no externo (conforme dispõe o art.º 20.º do Decreto-Lei n.º 18/2017 de 10 de fevereiro).

Os principais elementos do SCI ao nível interno são:

- a) Delegação de Competência devidamente aprovada pelo Conselho de Administração do HGO;
- b) Chefias e Colaboradores competentes para realização do registo da informação financeira, em conformidade com as políticas contabilísticas aplicáveis;
- c) Uma adequada política de segregação de funções implementada;
- d) Serviço de auditoria interna constituído para avaliação independente do sistema de controlo interno;
- e) Manuais internos com a formalização das regras e procedimentos de controlo instituídos;

O Serviço de Auditoria Interna tem como competência a avaliação dos processos de controlo interno e de gestão de riscos, nos domínios contabilístico, financeiro e operacional, contribuindo para o seu aperfeiçoamento contínuo.

Ao nível externo, cabe aos Órgãos de Fiscalização (Conselho Fiscal e Revisor Oficial de Contas), de acordo com o estipulado nos artigos 15º e 16º dos estatutos dos hospitais EPE, a responsabilidade pelo controlo da legalidade, da regularidade e da boa gestão financeira e patrimonial da instituição, competindo-lhe especificamente verificar a regularidade dos registos contabilísticos e documentos que lhe servem de suporte, assim como dar parecer sobre o relatório de gestão do exercício e certificar as contas.

Neste âmbito, o Conselho Fiscal realiza reuniões de acompanhamento deste processo com os membros do CA, com a Direção do Serviço de Gestão Financeira, a Direção do Serviço de Planeamento, Estudos, Análise e Controlo de Gestão e o Serviço de Auditoria Interna.

Todo o processo de divulgação de informação financeira, para além dos mecanismos de controlo interno, é acompanhado e validado por entidades externas, nomeadamente, o Tribunal de Contas, a DGTF, a ACSS e a ARSLVT.

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 HGO é uma entidade pública empresarial nos termos do artigo 15.º do Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro, diploma que estabelece o regime jurídico das entidades que integram o Serviço Nacional de Saúde afetas à rede de

prestação de cuidados de saúde e aprova as suas especificidades estatutárias, evidenciando-se da sua aplicação os poderes de superintendência e de tutela dele constante, a definição da sua estrutura interna, recursos humanos e financeiros, in casu no que ao controlo respeita, bem como as regras, estrutura e procedimentos atinentes aos órgãos de gestão, máximos, intermédios e de apoio técnico.

O HGO rege-se, ainda, pelo Decreto-Lei nº 133/2013, de 03 de Outubro, alterado pela Lei nº 75-A/2014, de 30 de setembro e Lei nº 42/2016, de 28 de fevereiro, que estabelece os princípios e regras aplicáveis ao sector público empresarial, incluindo as bases gerais do estatuto das empresas públicas, destacando-se os princípios e regras aplicáveis à constituição, organização e governo das empresas públicas, os princípios e regras aplicáveis ao exercício dos poderes inerentes à titularidade de participações sociais ou a quaisquer participações em organizações que integrem o sector público empresarial ou que a ele estejam submetidas nos termos da lei e os princípios e regras aplicáveis à monitorização e ao controlo a que estão submetidas as empresas públicas.

De determinar, ainda, a aplicação subsidiária do regime de gestor público, aprovado pelo Decreto-Lei nº 71/2007, de 27 de Março, com as seguintes alterações: Lei nº 64-A/2008, de 31 de dezembro, Decreto-Lei nº 8/2012, de 18 de janeiro, Retificação nº 2/2012, de 25 de Janeiro e Decreto-Lei nº 39/2016, de 28 de julho, evidenciou normas relativas ao exercício das funções de gestão, sua responsabilidade e regras de governação e transparência.

O HGO rege-se, ainda, no que á especificidade do seu objeto social respeita, pela demais e vasta legislação que determinam a aplicação das normas do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e demais legislação complementar.

O Regulamento interno aprovado pelo Conselho de Administração em 19 março de 2015, resulta da aplicação remissiva da boa gestão empresarial, determinante da existência de um regulamento interno, no âmbito do qual foram desenvolvidas as previsões e estatuições que daquele resultam, nomeadamente pela normação efetiva da estrutura e organização, quer gerais, quer específicas da prestação de cuidados, bem como de outras que enquadram o HGO, na sua identidade, no âmbito das redes nacionais de prestação de cuidados de saúde.

Disponível para consulta no site HGO em: <http://www.hgo.pt/Hospital/InformacaoGestao/RegulamentoInterno.aspx>.

Para além desse documento orientador de referência, o HGO detém um conjunto alargado de normas e procedimentos escritos no âmbito dos processos de acreditação. Essas normas e procedimentos operacionalizam as políticas e estratégias definidas e são controladas por um sistema de gestão que assegura a sua permanente divulgação, atualização bem como a consistência com as mesmas e todas estão disponíveis no portal da intranet do HGO.

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 RJSPF).

A atuação do HGO enquanto entidade pública empresarial que presta um serviço público pauta-se, no desenvolvimento da sua atividade e dos seus colaboradores, pelos valores de cultura de prestação de serviço público; Colocação do doente/utente no centro do universo da prestação dos cuidados de saúde; Observância de padrões de ética no exercício da atividade hospitalar; Equidade no acesso e na prestação dos cuidados de saúde; Promoção da organização; Cultura e promoção da qualidade; e, Conservação do património e proteção do meio ambiente e Eficiência na utilização dos recursos.

O Código de Conduta Ética do Hospital Garcia de Orta, na sua 2ª versão, regula as relações externas e internas que decorrem da prossecução da missão e serviço público do HGO, divulga os valores da missão prosseguida, reforça as relações de confiança com as partes interessadas e clarifica as regras de conduta que gestores, dirigentes, demais responsáveis e colaboradores devem observar nas suas relações recíprocas e com terceiros. Visa ainda a melhoria contínua da qualidade para reforço da garantia de proteção dos utilizadores dos serviços prestados pelo HGO, constitui-se como uma ferramenta de melhoria contínua da qualidade, cujos desígnios são a sua centralização nos utentes e a defesa da imagem pública dos colaboradores do HGO.

Firma-se como um instrumento de visão e missão do HGO, concretizando-se com padrões de atuação expressivos dos valores e da cultura organizacional e em simultâneo fomenta a confiança de todos os intervenientes e interessados, na atividade institucional.

É esperado que todos os trabalhadores do HGO cumpram os seus códigos de ética profissional e, nomeadamente, os códigos deontológicos, aprovados e publicados pelas respetivas Ordens Profissionais.

Este Código foi revisto tendo em conta as orientações do Despacho n.º 9456-C/2014 e das NP 4460-1 (2007) e a NP 4460-2 (2010) e tem orientações precisas sobre a sua revisão divulgação e publicação.

O Código de Ética foi divulgado através de Circular Normativa nº25/2018 - Política 0180 - Código de Conduta Ética, versão 2 em 13 de agosto de 2018 e encontra-se disponível para consulta em:

<http://www.hgo.pt/Hospital/InformacaoGestao/C%C3%B3digoConduta%C3%89tica.aspx>
<http://www.hgo.pt/Servicos/Comissoes/Etica.aspx>

Adicionalmente existem regras de incompatibilidade e isenção aplicáveis a quem intervém nas áreas mais sensíveis (designadamente gestão, procedimentos de avaliação, de escolha e aquisição), de que são exemplos as declarações que podem ser consultadas em <http://www.hgo.pt/Hospital/InformacaoGestao/DeclaracaoIncompatibilidades.aspx>. Tudo no sentido de garantir o tratamento equitativo de quem se relaciona com o Hospital.

Adicionalmente, e como forma de garantir um tratamento equitativo de um modo geral, de qualquer entidade que estabeleça alguma relação jurídica com o Centro Hospitalar, são colocados à disposição vários meios de apresentação de sugestões e reclamações <http://www.hgo.pt/Utentes/GabineteUtente.aspx>

O Hospital dispõe, também, desde 2014 de um Responsável pelo Acesso à Informação para que todos os pedidos de informação sejam adequadamente avaliados e respondidos, nomeado através da Circular Informativa nº 18/2014 – Nomeação de Responsável pelo Acesso à Informação (RAI) divulgada em 16 de junho de 2014.

Em 2019 foi nomeado um Encarregado de Proteção de Dados cuja incumbência é coadjuvada por uma comissão técnica com competências em matéria de proteção de dados, nomeado através da Circular Normativa nº19/2018 - Novo Regime de Proteção de Dados (RGPD) divulgada em 29 de maio de 2018.

3.Referência à existência do Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PGRIC) para prevenir fraudes internas (cometida por um Colaborador ou Fornecedor de Serviços) e externas (cometida por Clientes ou Terceiros), com a data da última atualização, assim como a identificação das ocorrências e as medidas tomadas para a sua mitigação. Indicação relativa ao cumprimento da legislação e da regulamentação em vigor, 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 empresa onde se encontra publicitado o respetivo Relatório Anual de Execução do PGRIC (vide artigo 46.º do RJSPE).

Na sequência da recomendação n.º 1/2009, publicada na 2.ª Série do Diário da República, n.º 140, de 22 de Julho de 2009, aprovada pelo Conselho de Prevenção da Corrupção, em 1 de Julho 2009 sobre " Planos de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas" o Conselho de Administração do Hospital Garcia de Orta aprovou, a 15/11/2013, a última versão do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PPRIC).

Dando cumprimento à recomendação suprarreferida, tem sido elaborado, anualmente, o respetivo Relatório de Execução, onde se procede a uma análise da sua implementação e apresentação de propostas de melhoria. Sendo sobre esta informação que o Conselho de Administração tem adaptado novas medidas e sido criados ou revistas normas e procedimentos internos.

O relatório de 2019 está disponível para consulta no site HGO em:

<http://www.hgo.pt/Hospital/InformacaoGestao/Relat%C3%B3rioGest%C3%A3odeRiscosdeCorrup%C3%A7%C3%A3oeInfra.aspx>

D. Deveres especiais de informação

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

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

Não aplicável.

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

A informação acima referida é reportada através das plataformas:

ACSS/ARSLVT: Sistema de Informação de Contratualização e Acompanhamento (SICA)

ACSS: Serviços On-line (SIGEF)

SIRIEF: Sistema de Recolha de Informação Económica e Financeira

DGO: Direção Geral do Orçamento

Links HGO:

Relatório e Contas 2018:

<http://www.hgo.pt/Hospital/InformacaoGestao/RelatorioContas.aspx>

Relatório de Governo Societário 2018:

<http://www.hgo.pt/Hospital/InformacaoGestao/relatoriogovsocietrario.aspx>

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

A informação acima referida é reportada através das plataformas:

ACSS/ARSLVT: Sistema de Informação de Contratualização e Acompanhamento (SICA)

ACSS: Serviços On-line (SIGEF)

SIRIEF: Sistema de Recolha de Informação Económica e Financeira

DGO: Direção Geral do Orçamento

Link HGO – Plano de atividades e orçamento 2019:

<http://www.hgo.pt/Hospital/InformacaoGestao/PlanosdeAtividades.aspx>

d) Orçamento anual e plurianual;

A informação acima referida é reportada através das plataformas:

ACSS/ARSLVT: Sistema de Informação de Contratualização e Acompanhamento (SICA)

ACSS: Serviços On-line (SIGEF)

SIRIEF: Sistema de Recolha de Informação Económica e Financeira

DGO: Direção Geral do Orçamento

Link HGO – Plano de atividades e orçamento 2019:

<http://www.hgo.pt/Hospital/InformacaoGestao/PlanosdeAtividades.aspx>

e) Documentos anuais de prestação de contas;

A informação acima mencionada é submetida ao Tribunal de Contas através do Sistema de Prestação de Contas dos Serviços e Organismos Públicos por via eletrónica, é reportada através do SIRIEF e remetida em simultâneo para a IGF, ARSLVT e ACSS.

Links HGO:

Relatório e Contas 2018:

<http://www.hgo.pt/Hospital/InformacaoGestao/RelatorioContas.aspx>

Relatório de Governo Societário 2018:

<http://www.hgo.pt/Hospital/InformacaoGestao/relatoriogovsocietrario.aspx>

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

O HGO elabora, mensalmente, o Relatório Analítico de Desempenho Económico-Financeiro, reportando esta informação mensalmente à ACSS e trimestralmente ao SIRIEF.

Link HGO:

Relatório Analítico de Desempenho Económico-Financeiro Trimestral:

<http://www.hgo.pt/Hospital/InformacaoGestao/RelatorioAnalitDesempEcoFin.aspx>

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).*

Esta informação consta do Relatório Analítico de Desempenho Económico Financeiros trimestrais, no Relatório e Contas e no Relatório do Governo Societário, enviados ao titular da função acionista e divulgados ao público em geral, através do site do HGO (<http://www.hgo.pt/>).

A informação económica e financeira é ainda carregada na plataforma do SIRIEF e no SICA, permitindo desta forma o cumprimento dos deveres de transparência a que a Hospital se encontra sujeito.

E. Sítio na Internet

1. *Indicação do (s) endereço (s) utilizado (s)¹³ 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;*

O endereço do sítio do Hospital Garcia de Orta é o seguinte: <http://www.hgo.pt/>

No sítio da Internet é identificada a sede e demais elementos mencionados no artigo 171º do CSC.

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

No sítio da Internet são identificados os estatutos e regulamentos de funcionamento dos órgãos e comissões:

<http://www.HGO.pt/Hospital/PrincipiosBomGoverno.aspx>

<http://www.HGO.pt/Servicos/Comissoes/AleitamentoMaterno.aspx>

<http://www.hgo.pt/Servicos/Comissoes/ControloInfecao.aspx>

<http://www.hgo.pt/Servicos/Comissoes/AuditoriaClinica.aspx>

<http://www.HGO.pt/Servicos/Comissoes/Etica.aspx>

http://www.hgo.pt/Portals/0/Documentos/REG_Regulamento_Comissao_%20Etica_Saude.v4.pdf

http://www.hgo.pt/Portals/0/Documentos/POL_0180-Código%20de%20Conduta%20Ética%20do%20HGO.%20EPE.v2.pdf

<http://www.hgo.pt/Servicos/Comissoes/FarmaciaTerapeutica.aspx>

<http://www.HGO.pt/Servicos/Comissoes/GestaoRiscoNaoClinico.aspx>

<http://www.HGO.pt/Servicos/Comissoes/Humanizacao.aspx>

<http://www.HGO.pt/Servicos/Comissoes/ProtecaoSegurancaRadiologica.aspx>

<http://www.hgo.pt/Servicos/Comissoes/Qualidade.aspx>

<http://www.HGO.pt/Servicos/Comissoes/Reanimacao.aspx>

<http://www.HGO.pt/Servicos/Comissoes/Transfusao.aspx>

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

No sítio da Internet são identificados os titulares dos órgãos sociais e outros órgãos estatutários

<http://www.HGO.pt/Hospital/OrgaosSociais.aspx>

<http://www.HGO.pt/Hospital/InformacaoGestao/ModelodeGovernoMembrosdos%C3%93rg%C3%A3osSociais.aspx>

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

No sítio da Internet são identificados os documentos de prestação de contas anuais.

<http://www.HGO.pt/Hospital/InformacaoGestao/RelatorioContas.aspx>

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

No sítio do Hospital existe informação sobre: Apresentação do Hospital, Visão Missão e Valores, os Princípios de Bom Governo, os Órgãos Sociais, Estrutura organizacional, Informação de Gestão, Gestão da qualidade, Legislação, Voluntariado, entre outras informações relevantes, que podem ser consultadas diretamente.

¹³ A informação deve incluir a indicação da "hiperligação" correspondente.

<http://www.HGO.pt/Hospital/Historia.aspx>
<http://www.hgo.pt/Hospital/GarciaOrta.aspx>
<http://www.hgo.pt/Hospital/VisaoMissaoValores.aspx>
<http://www.hgo.pt/Hospital/PrincipiosBomGoverno.aspx>
<http://www.hgo.pt/Hospital/OrgaosSociais.aspx>
<http://www.hgo.pt/Hospital/Organograma.aspx>
<http://www.hgo.pt/Hospital/InformacaoGestao/Caracteriza%C3%A7%C3%A3odaEntidade.aspx>
<http://www.hgo.pt/Hospital/GestaoQualidade.aspx>
<http://www.hgo.pt/Hospital/Legislacao.aspx>
<http://www.hgo.pt/Hospital/Voluntariado.aspx>

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

No sítio da Internet estão identificados os modelos de financiamento subjacentes e financiamentos recebidos do Estado

<http://www.hgo.pt/Hospital/InformacaoGestao/ContratoPrograma.aspx>

F. Prestação de Serviço Público ou de Interesse Geral

1. *Referência ao contrato celebrado com a entidade pública que tenha confiado à entidade a prestação de um serviço público ou de interesse geral, respeitante à remuneração dessa atividade (vide n.º 3 do artigo 48.º do RJSPE).*

O Contrato-Programa celebrado entre a Tutela técnica, assinado pela Administração Central dos Serviços de Saúde, IP, a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP e o HGO EPE, celebrado para o triénio 2017/2019 e revisto anualmente através de Acordos Modificativos, 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 à realização dessa atividade e incentivos institucionais atribuídos em função do cumprimento de objetivos de qualidade e eficiência económico-financeira.

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)¹⁴, 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 evidência¹⁵ 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 HGO celebra, anualmente, com a ACSS e com a ARSLVT um Contrato-Programa que tem por base as orientações da Tutela, que são também divulgadas através dos documentos da ACSS - Termos de Referência para a contratualização de cuidados de saúde no SNS.

Neste Contrato-Programa está identificada a atividade que o HGO se propõe a realizar, assim como estão definidos um conjunto de indicadores de acesso aos cuidados de saúde, de desempenho assistencial, de desempenho económico-financeiro e de objetivos específicos da região de saúde onde o HGO se enquadra.

O Contrato-Programa 2017-2019 encontra-se publicado e disponível no seguinte link:
<http://www.hgo.pt/Hospital/InformacaoGestao/ContratoPrograma.aspx>

Está ainda disponível no site da ACSS: <http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Acordo-Modificativo-2019-HGO.pdf>

¹⁴ Caso não tenha contrato celebrado ou, tendo, caso haja apresentado nova proposta.

¹⁵ 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.

O HGO está obrigado a submeter na plataforma SICA a proposta de contratualização da prestação de serviço público, nas suas diversas linhas de produção, tendo como suporte as orientações provindas no documento da ACSS - Termos de Referência para a contratualização de cuidados de saúde no SNS 2019.



Handwritten signature and initials in blue ink, including the word "Prof" and "Car" with a checkmark.

VII. Remunerações

A. Competência para a Determinação

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

| | |
|--|---|
| Remuneração dos membros dos órgãos sociais | <p>Conselho de Administração:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Decreto-Lei n.º 8/2012, de 18 de Janeiro; • 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 (Classificações atribuídas nos termos das RCM n.º 16/2012en.º 18/2012). <p>Conselho Fiscal Despacho Conjunto o Secretário de Estado do Tesouro e do Secretário de Estado da Saúde, em 26.04.2018 Revisor Oficial de Contas Despacho Conjunto o Secretário de Estado do Tesouro e do Secretário de Estado da Saúde, em 25.09.2018</p> |
| Remuneração dos dirigentes | Deliberação do Conselho de Administração. |

2. *Identificação dos mecanismos¹⁶ 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).*

Não foram utilizados cartões de crédito nem foram reembolsadas despesas de representação pessoal.

As despesas dos membros do Conselho de Administração cumprem os mesmos procedimentos de autorização das restantes.

O Código de Ética da instituição aplica-se aos membros do Conselho, pelo que não intervêm em decisões que envolvam os seus interesses.

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.*

Em matéria de prevenção de conflitos de interesse, os membros do Conselho de Administração abstêm-se de intervir nas decisões que envolvam os seus próprios interesses, designadamente na aprovação de despesas por si realizadas, nos termos do artigo 51.º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro, na sua versão atual.

Nestes termos, os membros do Conselho de Administração declararam que se abstêm de intervir nas decisões que envolvam os seus próprios interesses, designadamente na aprovação de despesas por si realizadas, conforme declarações de independência dos membros do Conselho de Administração.

Relativamente à prevenção da existência de conflitos de interesse dos membros do Conselho de Administração, qualquer despesa feita por um dos membros nunca poderá ser aprovada pelo próprio.

As declarações encontram-se no nº4 do capítulo XI Anexos do RGS.

B. Comissão de Fixação de Remunerações

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

Não existe comissão de fixação de remunerações.

¹⁶ Mecanismos diversos dos inerentes à evidenciação ou menção a que se refere o ponto 3, seguinte.



C. Estrutura das Remunerações

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

A fixação das remunerações dos gestores públicos, no âmbito das entidades públicas empresariais do SNS, é feita nos termos e de acordo com o seguinte enquadramento legal:

- Estatuto do Gestor Público, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de março, retificado pela Retificação n.º 2/2012, de 25 de janeiro e alterado pelos Decreto-Lei n.º 64-A/2008, de 31 de dezembro, Decreto-Lei n.º 8/2012, de 18 de janeiro e Decreto-Lei n.º 39/2016, de 28 de julho;
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 16/2012, de 14 de fevereiro, que aprovou os critérios de determinação do vencimento dos gestores públicos;
- Resolução do 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 do Conselho de Ministros n.º 36/2012, de 26 de março, que aprovou as classificações atribuídas nos termos das RCM n.º 16/2012 e n.º 18/2012;
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 97/2012, de 21 de novembro, que alterou o anexo à RCM n.º 36/2012, na parte relativa à tutela sectorial do ministério da saúde;
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 45/2013, de 19 de julho, que alterou o anexo à RCM n.º 36/2012 e 97/2012, na parte relativa à tutela sectorial do ministério da saúde;
- Lei n.º 12-A/2010, de 30 de junho, alterada pelas Lei n.º 64-B/2011, de 30 de dezembro, Lei n.º 66-B/2012, de 31 de dezembro e Lei n.º 83-C/2013, de 31 de dezembro - artigo 12.º que prevê a redução dos vencimentos dos gestores públicos e equiparados em 5%.

A remuneração do Conselho Fiscal foi fixada, nos termos do n.º 5, do art.º 15.º dos Estatutos, aprovados pelo diploma acima mencionado, pelo Despacho conjunto o Secretário de Estado do Tesouro e Secretário de Estado da Saúde.

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

Os membros do Conselho de Administração auferem remuneração base 14 meses/ano e despesas de remuneração 12 meses/ano.

As remunerações mensais ilíquidas dos membros do Conselho Fiscal, são as seguintes:

Presidente: 985,29 euros, a pagar 14 ao ano;

Vogal: 738,97 euros, a pagar 14 vezes ao ano.

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

Não existe componente variável da remuneração.

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

Não existe componente variável da remuneração.

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

O HGO não atribuiu prémios de gestão, nem foram elaborados contratos de gestão para efeitos de atribuição de prémios aos membros do Conselho de Administração.

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

Não existem regimes complementares de pensões ou de reforma antecipada para os administradores.

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:*

Montante anual da remuneração auferida pelo Conselho de Administração nomeado para o triénio 2016-2018, em funções até 18 de abril de 2019

| Membro do Órgão de Administração | Estatuto do Gestor Público | | | |
|--------------------------------------|----------------------------|---------------|------------------------------|---------------------------|
| | Fixado | Classificação | Remuneração mensal bruta (€) | |
| | | | Vencimento | Despesas de representação |
| Joaquim Daniel Lopes Ferro | S | B | 4.752,55 € | 1.663,39 € |
| Pedro de Andrade Pais Pinto dos Reis | S | B | 3.891,47 € | 1.556,59 € |
| Maria de Lourdes Caixaria Bastos | S | B | 3.891,47 € | 1.556,59 € |
| Ana Paula Breia dos Santos Neves | S | B | 4.996,31 € | 1.556,59 € |
| Odília Maria Taleigo Neves | S | B | 3.891,47 € | 1.556,59 € |

| Membro do Órgão de Administração | Remuneração Anual 2019 (€) | | |
|--------------------------------------|----------------------------|-----------|--------------|
| | Fixa | Variável | Bruta |
| Joaquim Daniel Lopes Ferro | 22.552,01 € | - | 22.552,01 € |
| Pedro de Andrade Pais Pinto dos Reis | 19.149,94 € | - | 19.149,94 € |
| Maria de Lourdes Caixaria Bastos | 19.149,93 € | - | 19.149,93 € |
| Ana Paula Breia dos Santos Neves | 24.900,92 € | - | 24.900,92 € |
| Odília Maria Taleigo Neves | 19.149,94 € | -542,21 € | 18.607,73 € |
| | | | 104.360,53 € |

Nota: O valor variável da Enfª Diretora Odília Neves refere-se a absentismo por doença

| Membro do Órgão de Administração | Benefícios Sociais (€) | | | | | | | |
|--------------------------------------|-------------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------|
| | Valor do Subsídio de Refeição | | Regime de Proteção Social | Seguro de Vida | | Seguro de Saúde | | Outros |
| | Diário | Encargo anual da empresa | | Encargo anual da empresa | Encargo anual da empresa | Encargo anual da empresa | Encargo anual da empresa | |
| Joaquim Daniel Lopes Ferro | 4,77 € | 352,98 € | CGA | 5.356,08 € | n.a. | n.a. | n.a. | n.a. |
| Pedro de Andrade Pais Pinto dos Reis | 4,77 € | 352,98 € | CGA | 4.548,12 € | n.a. | n.a. | n.a. | n.a. |
| Maria de Lourdes Caixaria Bastos | 4,77 € | 348,21 € | CGA | 4.548,11 € | n.a. | n.a. | n.a. | n.a. |
| Ana Paula Breia dos Santos Neves | 4,77 € | 391,14 € | CGA | 5.914,00 € | n.a. | n.a. | n.a. | n.a. |
| Odília Maria Taleigo Neves | 4,77 € | 305,28 € | CGA | 4.442,76 € | n.a. | n.a. | n.a. | n.a. |
| | | 1.750,59 € | | 24.809,07 € | | n.a. | | n.a. |

Handwritten signatures and initials:
Aaf
yf
and
m.

Montante anual da remuneração auferida pelos membros do Conselho de Administração nomeados para o triénio 2019-2021

| Membro do Órgão de Administração | Estatuto do Gestor Público | | | |
|---------------------------------------|----------------------------|---------------|------------------------------|---------------------------|
| | Fixado | Classificação | Remuneração mensal bruta (€) | |
| | | | Vencimento | Despesas de representação |
| Luís Manuel Martins Amaro | S | B | 4.864,34 € | 1.945,74 € |
| Ana Sofia Freitas Monteiro Ferreira | S | B | 3.891,47 € | 1.556,59 € |
| Vera Sofia Pinheiro Branco Almeida | S | B | 3.891,47 € | 1.556,59 € |
| Nuno Miguel Silva Marques | S | B | 3.891,47 € | 1.556,59 € |
| Ana Paula Realista Carvalho Rodrigues | S | B | 3.891,47 € | 1.556,59 € |

| Membro do Órgão de Administração | Remuneração Anual 2019 (€) | | |
|---------------------------------------|----------------------------|----------|--------------|
| | Fixa | Variável | Bruta |
| Luís Manuel Martins Amaro | 62 939,66 € | - | 62 939,66 € |
| Ana Sofia Freitas Monteiro Ferreira | 50 351,78 € | - | 50 351,78 € |
| Vera Sofia Pinheiro Branco Almeida | 48 219,27 € | - | 48 219,27 € |
| Nuno Miguel Silva Marques | 49 527,91 € | - | 49 527,91 € |
| Ana Paula Realista Carvalho Rodrigues | 50 351,78 € | - | 50 351,78 € |
| | | | 261 390,40 € |

| Membro do Órgão de Administração | Benefícios Sociais (€) | | | | | | |
|---------------------------------------|-------------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Valor do Subsídio de Refeição | | Regime de Proteção Social | | Seguro de Vida | Seguro de Saúde | Outros |
| | Diário | Encargo anual da empresa | | Encargo anual da empresa | Encargo anual da empresa | Encargo anual da empresa | Encargo anual da empresa |
| Luís Manuel Martins Amaro | 4,77 € | 739,35 € | CGA | 14.948,23 € | n.a. | n.a. | n.a. |
| Ana Sofia Freitas Monteiro Ferreira | 4,77 € | 758,43 € | SS | 11.958,55 € | n.a. | n.a. | n.a. |
| Vera Sofia Pinheiro Branco Almeida | 4,77 € | 767,97 € | SS | 11.452,08 € | n.a. | n.a. | n.a. |
| Nuno Miguel Silva Marques | 4,77 € | 767,97 € | SS | 12.791,47 € | n.a. | n.a. | n.a. |
| Ana Paula Realista Carvalho Rodrigues | 4,77 € | 763,20 € | CGA | 11.958,54 € | n.a. | n.a. | n.a. |
| | | 3.796,92 € | | 63.108,87 € | | n.a. | n.a. |

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

Não existem montantes pagos por outras sociedades em relação de domínio ou de grupo ou que se encontrem sujeitas a um domínio comum.

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 existe remuneração paga sob a forma de participação nos lucros e/ou de pagamento de prémios.

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

Não foram pagas indemnizações ou são devidas a ex-administradores executivos relativamente à cessação das suas funções durante o exercício.

Relatório de Governo Societário 2019

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.*

Montante anual da remuneração auferida pelos membros do órgão de fiscalização

| Membro do Órgão de Fiscalização | Remuneração Anual 2019 (€) |
|--|----------------------------|
| | Bruta |
| Maria Leonor Betencourt Silva Dantas Jorge | 13.794,06 € |
| Renato Felisberto Pinho Marques | 10.345,58 € |
| José Manuel Gonçalves André | 10.345,58 € |
| | 34.485,22 € |

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

Não aplicável na medida em que não existe assembleia geral.

VIII. Transações com partes Relacionadas e Outras

1. Apresentação de mecanismos implementados pela entidade para efeitos de controlo de transações com partes relacionadas¹⁷ e indicação das transações que foram sujeitas a controlo no ano de referência.

As transações mais relevantes com entidades relacionadas decorrem do serviço prestado aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde, de acordo com as regras definidas no Contrato-Programa, sendo a prestação dos cuidados faturada à ACSS, após aprovação prévia, por parte desta entidade, dos serviços a faturar.

Para além da ACSS, destacam-se também as seguintes entidades com quem o HGO efetua transações relevantes, sempre no âmbito da prestação de cuidados médicos previstos no seu objeto social: subsistemas públicos ou privados; seguradoras; utentes assistidos e independentes.

Os cuidados médicos e outros serviços prestados são efetuados de acordo com tabelas de preços previamente aprovados, às quais o HGO está sujeito, à semelhança do que sucede com outras entidades públicas do sector da saúde prestadoras de serviços idênticos.

2. Informação sobre outras transações:

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

Nos termos do Regulamento Interno do HGO e em Regulamento do próprio Serviço, compete ao Serviço de Gestão Logística assegurar a contratação, compra e disponibilização de todos os bens e serviços necessários ao funcionamento do Hospital e ao cumprimento da missão assistencial com que o mesmo se encontra superiormente comprometido, com respeito pelas regras da contratação pública e demais disposições legais aplicáveis e em vigor em cada momento.

No caso de procedimentos pré-contratuais de valor superior a 50.000 € (cinquenta mil euros), a decisão de contratar, a escolha do procedimento e a autorização da despesa carecem sempre de decisão favorável da competência do CA do HGO, enquanto órgão colegial, com respeito pelas regras e limites constantes das Leis do Orçamento do Estado e demais legislação aplicável, sendo que, tratando-se de investimentos, aquela fica automaticamente condicionada à verificação, em cada momento e para cada procedimento aquisitivo, dos pressupostos constantes do Despacho n.º 10220/2014, do Secretário de Estado da Saúde, publicado no Diário da República n.º 152/2014, Série II, de 08 de agosto.

Salvo as exceções expressamente previstas na Lei, todos os Contratos celebrados pelo HGO de valor igual ou superior ao estabelecido no artigo 48.º da Lei n.º 98/97, de 26 de agosto (Lei de Organização e Processo do Tribunal de Contas), em articulação com o disposto em cada ano na Lei do Orçamento do Estado, são sujeitos a Visto do Tribunal de Contas, apenas produzindo todos os seus efeitos após a concessão daquele.

Para além dos procedimentos que desenvolve diretamente com o mercado, o Serviço de Gestão Logística efetua igualmente aquisições de bens e serviços pelo Sistema Nacional de Compras Públicas, maioritariamente através da Unidade Ministerial de Compras do Ministério da Saúde, quer na qualidade de entidade vinculada, quer de forma voluntária, recorrendo com frequência ao Catálogo de Compras Públicas dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS), principalmente para a aquisição de medicamentos, com envio de convites circunscritos às entidades cocontratantes dos acordos quadro celebrados por aquela.

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

Não se registaram transações nestas condições.

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).

Lista Fornecedores

| Fornecedor | Valor | % |
|--|----------------|----|
| Euromex - Facility Services, Lda. | 1 914 408,92 € | 7% |
| Efago - Manutenção Hospitalar, ACE | 1 574 480,94 € | 6% |
| Iberdrola Clientes Portugal, Unip., Lda. | 1 403 287,12 € | 5% |

¹⁷ 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 CIRCE (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 informação¹⁸:

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

Cf. Capítulo II, pontos 2 (Indicação de políticas e linhas de ação desencadeadas no âmbito da estratégia definida) e 3 (Indicação dos fatores críticos de sucesso de que dependem os resultados da entidade) do presente relatório.

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

O HGO tem prosseguido uma gestão de rigor e de racionalização da utilização dos recursos disponíveis, num contexto de elevadas restrições económicas, financeiras e sociais, no sentido de reduzir o desperdício, aumentar a eficiência e garantir a melhoria da qualidade da prestação dos cuidados de saúde e da segurança do doente.

Tem ainda constituído especial preocupação, dotar o HGO das condições essenciais para o desenvolvimento pessoal e profissional dos seus colaboradores bem como a sustentabilidade ambiental.

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 RJSP):

Nos aspetos do desenvolvimento sustentável do serviço público, na vertente externa, relativamente a doentes e outros clientes, continuaremos a garantir a confidencialidade e segurança da informação e respeito integral normas e regras vigentes na saúde. Continuaremos a prosseguir uma estratégia de gestão de riscos, clínicos e não clínicos, através do Serviço da Qualidade e dos gestores de risco, de modo a garantir a segurança e a qualidade da resposta do hospital e a diminuição dos riscos para os doentes, profissionais e população.

Na vertente interna, relativamente ao meio hospitalar, continuaremos a apostar na adequação das necessidades pessoais e familiares dos utentes com a situação de doença, aspetos a serem tidos em conta no tratamento e no regresso ao domicílio, visando igualmente promover e facilitar o contacto dos doentes e famílias com as instituições da comunidade adequadas, com o objetivo de resolver e ultrapassar as disfunções que possam dificultar o tratamento e reabilitação/cura com vista à reintegração social das pessoas no pós alta hospitalar.

Procuraremos dar continuidade à melhoria da produtividade e das condições de trabalho dos profissionais, através da melhor gestão de recursos humanos, da formação e desenvolvimento, da medição da satisfação, da melhoria de práticas e procedimentos para maior segurança e qualidade.

A política de responsabilidade social e de desenvolvimento sustentável emana da missão do HGO e dos valores e visão que orientam a atuação e comportamento de todos os profissionais.

No que respeita à proteção dos consumidores, o HGO dá cumprimento ao estabelecido na Lei n.º 15/2014, de 21 de março – Direitos e Deveres dos Utes, cujos princípios reflete em inúmeros procedimentos internos.

Ainda nesta área, o Gabinete do Cidadão, no âmbito das suas competências, promove a participação dos cidadãos, enquanto agentes e responsáveis, detentores de direitos e deveres, numa lógica de mediação e diálogo, no enquadramento institucional.

O HGO tem trabalhado com o objetivo de que as exposições possam ser encaradas como uma oportunidade de melhoria, e como forma de motivação para todos os profissionais, uma vez que nelas os utentes demonstram também agradecimento, louvor e reconhecimento pelo trabalho efetuado pelos diferentes serviços, e especialmente pelos diferentes profissionais.

¹⁸ 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.

Para melhor cumprir o seu compromisso de responsabilidade social, o HGO submeteu e viu aprovadas 5 candidaturas ao Programa de incentivo à integração de cuidados e à valorização dos percursos dos utentes no SNS.

Os projetos de relativos a Utilizadores frequentes dos serviços de urgência geral do HGO, em parceria com o ACES Almada Seixal, a Reabilitação cardíaca em ambulatório, a Hospitalização domiciliária e os rastreios de cancro do colo do útero e do cancro do cólon e reto, que configuram iniciativas de mudança organizacional, que permitem aumentar o nível de acesso, qualidade e eficiência do hospital, colocando os cidadãos e famílias no centro das intervenções de todos os profissionais e serviços.

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

O HGO procura responder aos desafios de responsabilidade ambiental apostando no desenvolvimento de estratégias promotoras de utilização racional dos meios, evitando o desperdício e os danos ambientais.

Foram implementadas iniciativas que visam promover a proteção do meio ambiente, através, nomeadamente, da formação aos funcionários, desde logo através da reavaliação e segregação dos resíduos hospitalares, na diminuição da sua quantidade, na segregação e garantia de destruição em entidades certificadas.

Durante o ano de 2019 demos continuidade a diversas iniciativas no âmbito da sustentabilidade ambiental, designadamente as seguintes:

- Racionalização de consumos energéticos e de água através da monitorização mensal dos consumos energéticos e de águas identificando eventuais desvios em relação ao consumo padrão.
- Redução da pegada de carbono.
- Avaliação contínua dos custos de energia, nomeadamente no controlo pela inexistência de energia elétrica reativa. O HGO possui um sistema de compensação de energia reativa, através de um bastidor capacitivo geral (serve todo o HGO) assim como sistemas de compensação de energia reativa junto dos grandes produtores (sistemas dedicados);
- Avaliação dos consumos de água e eliminação de perdas na rede. Foi realizada uma auditoria à rede predial, que identificou e priorizou os troços cuja intervenção ocorreu em 2019, através de aquisição de dispositivos restritores de caudal que possibilitou a instalação de mais de 1100 locais (torneiras e chuveiros);
- Em 2019 concretizaram-se algumas das medidas identificadas na auditoria energética, destacando-se:
 - ✓ Iluminação LED;
 - ✓ Instalação de válvula de 2 vias em Fancoil;
 - ✓ Desativar os convetores;
 - ✓ Substituição das UTAS;
 - ✓ Substituição dos isolamentos em tubagens;
 - ✓ Alteração de setpoints nas UTAS;
 - ✓ Instalação de coletores solares fotovoltaicos;
 - ✓ Instalação de sistemas de monitorização;
 - ✓ Instalação de restringidores de caudal AQS;
 - ✓ Instalação de isolamento nas fachadas;
 - ✓ Iluminação exterior;
 - ✓ Solar térmico.

As medidas de eficiência energética atrás elencadas fazem parte do projeto integrado de gestão e racionalização energética do HGO, tendo como objetivo apoiar a transição para uma economia de baixo teor de carbono em todos os setores. O objetivo do projeto é de implementar um conjunto de medidas de melhoria da eficiência energética com vista à redução do consumo de energia primária, redução nas emissões de gases com efeito estufa, substituição/atualização das estruturas e equipamentos.

Este projeto é cofinanciado em 95% pelo Fundo de Coesão, reembolsável em 20 anos.

- Foi concluído o plano de remodelação dos elevadores, para modelos mais eficientes, com menor consumo e com gestão inteligente em função do piso de destino, o que representa uma significativa redução no consumo dos mesmos.
- Avaliação dos novos equipamentos, tendo em conta critérios de consumo energético;

- Implementação de boas práticas nas diferentes atividades. Existe um sistema de gestão centralizada que visa a monitorização de vários sistemas (AVAC, consumos elétricos, etc.). Ampliação do sistema de controlo de temperatura que permite identificar a abertura por tempo excessivo de frigoríficos gerando alarmes em tempo real;
- Instalação de portas automáticas em diversos locais do hospital evitando perdas de energia térmica;
- Salientam-se ainda ações de formação levadas a cabo relativas a ações de sensibilização para a correta gestão de resíduos, entre outras. São efetuadas formações e auditorias de resíduos.

Na prestação de serviços de Higiene e Limpeza, o HGO mantém, no que concerne à utilização de produtos, uma política amiga do ambiente, utilizando produtos concentrados permitindo a diminuição do número de embalagens, mas, por outro lado, assegurando a sua utilização com as diluições adequadas.

Quanto à higienização das mãos, são usados produtos nas quantidades apropriadas, pelo que se disponibiliza, em todos os locais embalagens providas de doseadores. Desta forma, garante-se que não existe desperdício, reduz-se o impacto ambiental deste tipo de resíduos e respeita-se a saúde dos profissionais.

Reafirma-se que os produtos de limpeza adquiridos são respeitadores do ambiente pois são biodegradáveis.

Durante o ano de 2019, foi dada continuidade à estratégia de sustentabilidade ambiental, através da adoção de um conjunto de medidas transversais a todas as áreas, tendo em vista a redução ou mesmo eliminação da circulação e consumo de papel, toner, energia e outros produtos, minimizando o risco e contribuindo para aumentar a segurança dos doentes e profissionais.

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);

Segundo o disposto na Resolução do Conselho de Ministros n.º 103/2013, de 31 de dezembro, o V Plano Igualdade de Género, Cidadania e Não-Discriminação visa o reforço da promoção da igualdade de género em todas as áreas de governação, e inclui uma forte componente de transversalização da dimensão da igualdade de género na atividade de todos os ministérios, constituindo um importante meio para a coordenação intersectorial da política de igualdade de género e de não-discriminação em função do sexo e da orientação sexual.

Dando cumprimento aquele desígnio, o HGO pugna pelo cumprimento da alínea h) do artigo 9.º e do n.º 2 do artigo 13.º da Constituição da República Portuguesa e, enquanto entidade empregadora pública, promove uma política de igualdade de oportunidades entre homens e mulheres no acesso ao emprego, na progressão profissional e ao nível remuneratório, providenciando no sentido de evitar toda e qualquer forma de discriminação.

Esta política é patente na taxa de feminilidade do HGO que corresponde a 79,5% do total dos efetivos. A representação do género feminino no Conselho de Administração é de 60% e nos restantes grupos de gestão e chefia do hospital a mesma taxa corresponde a cerca de 55%.

No âmbito da não discriminação, o HGO implementou as seguintes medidas:

- Incrementar a utilização de linguagem inclusiva, não discriminatória, na documentação produzida;
- Aplicar o princípio da igualdade de oportunidades na gestão de recursos humanos, nomeadamente recrutamento, seleção e nomeação de cargos de chefia;
- Atribuir as licenças de paternidade/maternidade sem discriminações e no estrito cumprimento da lei. O regresso ao trabalho após o gozo da licença de parentalidade é facilitado e, se necessário, facultadas atividades de formação profissional;

O HGO promove a conciliação de horários e o regime de teletrabalho para que os seus colaboradores cumpram as suas obrigações parentais, tendo o HGO atribuído, no ano 2019, 84 horários flexíveis e 13 horários a tempo parcial a trabalhadores com responsabilidades familiares, bem como 67 licenças parentais alargadas.

d) Referência a medidas concretas no que respeita ao Princípio da Igualdade do Género, conforme estabelecido no n.º 1 da Resolução do Conselho de Ministros n.º 19/2012, de 23 de fevereiro, e à elaboração do relatório a que se refere o n.º 2 da Resolução do Conselho de Ministros n.º 18/2014, de 7 de março;

Apesar de não terem sido adotadas medidas específicas, no que respeita à implementação de um plano de igualdade de tratamento e de oportunidades entre homens e mulheres, realça-se a inexistência de discriminação remuneratória entre géneros.

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 RISPE);

No âmbito do investimento na valorização profissional, HGO promove medidas de valorização dos seus colaboradores a vários níveis, nomeadamente através de:

- Implementação de uma estrutura formativa disponibilizando cursos de formação gratuita – Área de Gestão da Formação;
- Articulação com o IEFP, no âmbito de estágios profissionais;
- Implementação de um centro de investigação (Centro Garcia de Orta) apoiando e incentivando os colaboradores a desenvolverem e a publicarem artigos científicos;
- Incentivo e apoio a realização de eventos científicos internos (jornadas, seminários, congressos);
- Apoio à frequência exterior de cursos formativos de interesse institucional visando a disseminação, posteriormente, dessas técnicas/práticas profissionais;
- Colaboração com outras instituições, disponibilizando os colaboradores em parcerias institucionais e disseminando as boas práticas do HGO;
- Através do Clube HGO, procuramos proporcionar um conjunto de vantagens, benefícios, descontos exclusivos e poupanças aos profissionais do hospital e das suas famílias, através da concretização de um conjunto de protocolos com empresas que apresentam serviços e produtos a um custo inferior ao disponibilizado ao mercado em geral.
- Envio de email de felicitação pelo aniversário dos colaboradores
- Felicitações pelo aniversário de trabalho no Hospital
- Prémio Garcia de Orta destinado a galardoar o melhor trabalho científico a ser apresentado por profissionais do hospital

Ações e projetos desenvolvidos pelo Centro Garcia de Orta (formação, investigação e ensino)

No ano de 2019, no âmbito da formação presencial foram realizadas um total de 209 ações formativas em que estiveram envolvidos 3.631 formandos dos quais 265 formandos foram externos à Organização, com uma carga horaria total de 1.409 horas e um volume total de 24.333 horas.

Na formação em formato E-learning, foram realizadas 4 formações, frequentadas por 451 profissionais, dos quais 176 em Ergonomia no Trabalho com Computadores, 155 em Gestão de Resíduos, 42 em Precauções Básicas em Controlo de Infecção, 78 em Segurança contraincêndios/Plano de Segurança do HGO, com um total de 902 horas de formação.

Durante o ano de 2019, o HGO recebemos 321 profissionais, dos quais 299 realizaram o programa de integração.

No âmbito do ensino, o Hospital manteve, ao longo de 2019, um grande número de pedidos de estágio em todas as áreas profissionais da saúde, em que se destaca o setor de enfermagem, com 370 pedidos de estágios curriculares de enfermagem, tendo concretizado 245.

Através do protocolo com a Faculdade de Medicina de Lisboa recebemos alunos de Medicina de diferentes anos: introdução à clínica (4º ano), à prática de enfermagem (1º ano), turmas de pediatria, medicina e cirurgia (4º e 5º anos) e ainda do estágio da prática clínica (6º ano).

No programa ERAMUS, recebemos 25 alunos de medicina de diversos países como a Alemanha, Angola, Argentina, Bélgica, Brasil, Eslováquia, Espanha, Luxemburgo, Polónia, República Checa, Roménia, Rússia, nos meses de verão.

O HGO tem protocolo com a Universidade do Algarve, através do qual recebe alunos do Mestrado Integrado em Medicina em diversos serviços: Otorrino; Oftalmologia; Psiquiatria; Ortopedia, Neurologia, Cirurgia e Ginecologia/Obstetrícia, num total de 19 Alunos no decorrer do Ano Civil de 2019. Apesar de termos sido o principal Hospital a receber os alunos desta Faculdade, desde o seu início há 10 anos, o número de alunos inscrito tem vindo a diminuir devido à abertura progressiva de vagas para os hospitais da região, nomeadamente o Centro Hospitalar do Algarve.

Ao nível da investigação, de uma forma congregada, estão a decorrer 118 ensaios clínicos e/ ou estudos observacionais financiados pelas empresas farmacêuticas e promovidos por sociedades científicas, dos quais 27 foram iniciados em 2019.

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 impactos ambientais, económicos e sociais das atividades, etc.).*

Salienta-se a forte aposta nas tecnologias de apoio à gestão e à tomada de decisão dos profissionais e dos gestores do hospital com a implementação há alguns anos de um sistema de *Business Intelligence*, que permite aos órgãos de gestão estruturar e relacionar toda a informação produzida, permitindo ter uma visão mais objetiva do desempenho da instituição, controlar a qualidade e a eficiência das operações, controlar e reduzir os custos, apoiando o Sistema de Controlo Interno.

Em 2019, procurou-se salvaguardar a competitividade da entidade, dando continuidade ao desenvolvimento das tecnologias de informação da entidade. Foi dado um enfoque importante à integração entre os diversos sistemas e soluções aplicacionais, através da implementação de plataformas de interoperabilidade, permitindo assim garantir uma maior disponibilidade da informação, conduzindo esta a uma otimização dos processos de atendimento.

Ao nível das infraestruturas de suporte, para além do reforço das componentes de rede local (incluindo wireless), foi concluído o projeto de tecnologias de virtualização dos servidores.

Avançou-se ainda mais com o projeto de transformação do posto de trabalho, substituindo a maior parte dos tradicionais PC's por desktops virtuais (VDI), assegurando estes últimos uma maior estabilidade de funcionamento, uma maior capacidade de adequação e um consumo energético muito inferior.

Com vista a obter melhores resultados para o doente e a qualidade dos cuidados, o HGO procura ajustar estes resultados garantindo a racionalidade na utilização de recursos e o equilíbrio financeiro, através da melhoria da contratualização externa e interna, destacando-se em seguida algumas medidas:

- Fomentar a interligação e articulação entre o HGO e os restantes prestadores de cuidados do SNS, desenvolvendo planos de acompanhamento dirigidos a doentes crónicos e com multimorbilidade, através da reorientação da procura para respostas de proximidade – Projeto de Hospitalização Domiciliária; Incentivo às altas das consultas hospitalares; Projetos de Telesaúde; Disponibilização de MCDT aos CSP;
- Afirmar a atividade assistencial em regime de ambulatório, aumentando a satisfação dos doentes e qualidade do serviço prestado, com maior eficiência e menores custos;
- Reforçar as políticas de humanização e de gestão centrada no utente, promovendo, de forma sistemática, a avaliação da satisfação dos utentes, através de projeto articulado de reestruturação do atendimento administrativos e satisfação dos clientes internos e externos cuja candidatura será submetida ao POCI/SAMA;
- Estabelecer a sustentabilidade económico-financeira como pilar fundamental de crescimento do hospital através da maximização da capacidade instalada, do aumento da eficiência interna e também da melhor afetação de recursos humanos às necessidades dos serviços, de molde a que sejam assegurados todos os cuidados necessários à população;
- Assegurar o rigor na gestão económico-financeira por meio de mecanismos de controlo de pagamentos e recebimentos, promovendo a boa cobrança e melhoria do prazo médio de pagamentos; incentivar a procura de fontes alternativas de financiamento através por exemplo da prestação de serviços ao exterior utilizando a capacidade interna excedentária, a par das medidas e ações conducentes à redução dos custos de exploração; reforçar os instrumentos de acompanhamento da execução económico-financeira e do desempenho assistencial, tendo em vista a identificação atempada de desvios, bem como a identificação de medidas complementares para a sua mitigação;
- Dar continuidade ao processo de consolidação da contratualização interna, reforçando a autonomia e a responsabilidade dos profissionais e das equipas e promovendo o alinhamento, o compromisso e a melhoria continua estimulando a criação de Centros de Responsabilidade Integrada (CRI).
- Utilização do registo de Saúde Eletrónico como forma de desmaterialização e partilha de informação entre os sistemas de informação, assegurando o rigor e a fiabilidade dos dados,
- Estimular a propagação das respostas de Telesaúde através soluções tecnológicas, adequando a prestação de cuidados de saúde às necessidades da população, reduzindo simultaneamente os custos de contexto;

O HGO definiu uma estratégia de investimento que se suporta no financiamento próprio e no recurso ao cofinanciamento no âmbito de programas comunitários, visando o reforço e desenvolvimento das capacidades operacionais e da diferenciação técnica do Hospital, com o objetivo do aumento da oferta e da qualidade da prestação de serviços aos utentes, designadamente: permitir a manutenção e requalificação das instalações e equipamentos; manter o potencial técnico do HGO, através da substituição de equipamentos com obsolescência técnica e funcional; introduzir inovação tecnológica, em áreas e especialidades estratégicas na expansão da oferta; modernizar os sistemas de informação que permitam potenciar ganhos em termos de recursos, processos e resultados; assegurar condições de prestação de cuidados, com segurança e de acordo com as melhores práticas.

X. Avaliação do Governo Societário

1. *Verificação do cumprimento das recomendações recebidas¹⁹ 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 recomendação²⁰ 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);*

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

A avaliação do governo societário de acordo com os princípios referidos é feita pela apreciação da adequação da estrutura e prática de governo societário. Neste contexto a estrutura de Governo Societário do HGO está de acordo com o definido na Secção IV do Capítulo I nos artigos 30º a 33º do Decreto-Lei nº 133/2013 de 3 de outubro. No que se refere às Práticas de bom governo o HGO cumpre o previsto na Secção II do Capítulo II do Decreto-Lei nº 133/2013 de 3 de outubro.

A apresentação do Relatório ajusta-se ao modelo definido pela UTAM e teve em consideração as orientações emanadas nos sucessivos relatórios de análise, como é o exemplo da inclusão da demonstração não financeira relativa do exercício, conforme consta no Anexo 1.

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 presente Relatório apresenta, em conformidade com o exigido pelo 54.º do RJSPE, informação atual e completa sobre as matérias a que se refere e o HGO cumpre, em termos de estrutura e prática de governo societário as normas legais aplicáveis.

A apresentação do Relatório ajusta-se ao modelo definido pela UTAM e teve em consideração as orientações emanadas nos sucessivos relatórios de análise, como é o exemplo da inclusão da demonstração não financeira relativa do exercício, conforme consta no Anexo 1.

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.*

Destacam-se como boas práticas no ano de 2019 um conjunto de eventos que, não obstante, devem ser compreendidos como a parte mais visível de um trabalho contínuo de equipas multidisciplinares que todos os dias trabalham no sentido de maior eficiência e modernização na prestação de serviços pelo HGO.

Ações e projetos desenvolvidos pelos serviços clínicos

O Serviço de Neurorradiologia dispõe de uma unidade de Neurorradiologia Terapêutica que corresponde a um Centro de Referência Nacional, de Neurorradiologia em patologia cerebrovascular. Adicionalmente, o Hospital Garcia de Orta é o único centro de tratamento endovascular da patologia cerebrovascular a sul do Tejo e está incorporado na Urgência Metropolitana de Lisboa. No Centro de Referência são tratados doentes com acidentes vasculares cerebrais (AVC) isquémicos, estenoses arteriais extra e intracranianas, aneurismas, malformações e fístulas arteriovenosas intracranianas e raquidianas, entre outras, nas populações pediátrica e adulta. Este Centro de Referência em Neurorradiologia articula-se com as outras especialidades hospitalares, de uma forma mais intensa com as equipas de Neurocirurgia, Neurologia, Cirurgia Vascular. Por último, deve ser salientado, que neste contexto, o HGO dispõe de uma consulta multidisciplinar de decisão terapêutica para os doentes cerebrovasculares em que participam as especialidades acima mencionadas.

O Serviço de Urologia destaca os projetos de investigação:

- *A multinational, randomised, double-blind, placebo-controlled, Phase III efficacy and safety study of darolutamide (ODM-201) in men with high-risk non-metastatic castration-resistant prostate cancer – ARAMIS.*
Investigador principal – Dr. Miguel Carvalho e Adjunto - Dr. Nuno Ramos

¹⁹ 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.

²⁰ 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".

- Validação clínica de um teste de urina para diagnóstico não invasivo de cancro da bexiga
Equipa da investigação
Serviço de Urologia do HGO, EPE – Dr. Nuno Fidalgo
IPATIMUP: Dr. João Vinagre, Doutora Paula Soares, Dra. Cristina Sampaio, Dr. Rui Baptista

O Simpósio "The Southside of Urology 2019" realizou-se na Costa de Caparica, em 25 e 26 de outubro de 2019, no Hotel Tryp Lisboa Caparica Mar. À semelhança de eventos já organizados pelo Serviço em anos anteriores, estimulou-se uma discussão e reflexão atentas sobre os mais variados aspetos da especialidade, sobretudo aqueles com relevância para a prática atual, nomeadamente na área da Oncologia Urológica, da Litíase Urinária, da HBP, entre outros, destacando as mais modernas técnicas de diagnóstico e de terapêutica em cada área.

No programa científico, estiveram presentes personalidades de destaque no panorama da Urologia Nacional, reunindo-se a atualidade dos Serviços de Urologia a Sul do Tejo, de forma a constituir um ponto de convergência das realidades clínicas e funcionais dos respetivos Serviços.

O Serviço de Medicina Nuclear, mantendo-se o único serviço público da especialidade a sul do Tejo, foi alvo em 2019 de uma atualização tecnológica significativa.

Assim, em março ficou concluída a instalação de um tomógrafo PET/CT, que permitiu iniciar a valência diagnóstica de Tomografia por Emissão de Positrões, já indispensável para o seguimento clínico de diversos quadros oncológicos, mas com aplicações clínicas crescentes em muitas outras doenças. Note-se que este equipamento foi adquirido no âmbito da candidatura ao Lisboa 2020 com a designação * Acesso, Melhor Qualidade, com um cofinanciamento de 50%.

Em dezembro deste mesmo ano, foi ainda efetuado um *upgrade* da câmara gama instalada em 2005, permitindo assim que o Serviço passasse a dispor de recursos topo de gama e com algumas características únicas na Península Ibérica.

Dado que o Serviço de Medicina Nuclear recebe doentes não só do próprio hospital como de outras unidades hospitalares do Sul do País, estes investimentos corresponderam a medidas diferenciadoras do SNS na região.

Ações e projetos concretizados no âmbito da Qualidade e Segurança do Doente

A Estratégia de Desenvolvimento da Qualidade definida pelo HGO, assenta num conjunto de vetores estratégicos ligados à Qualidade e Segurança do Doente que tem vindo a determinar o desenvolvimento de Projetos & Boas Práticas na organização. Nesse sentido e nomeadamente na área da Acreditação Internacional, foi realizada, em 2019, a 3ª auditoria de monitorização ao 3º ciclo de Acreditação da instituição, pelo CHKS, a qual garante a sua manutenção e continuidade até 2020.

No âmbito da Certificação, o HGO tem um conjunto de Serviços certificados pelas normas ISO 9001 e 13485, por várias entidades, APCER, SGS e CHKS. Em 2019, foram renovadas/mantidas as certificações com recurso a auditorias de monitorização ou de certificação. Destacamos nos Serviços de Medicina Transfusional, Gestão Logística, Blocos Operatórios, Patologia Clínica, Anatomia Patológica e no Centro de Infertilidade Reprodução Medicamente Assistida, do Serviço de Obstetrícia e Ginecologia, com Auditorias pelo referencial normativo ISO 9001:2015, com cumprimento integral dos requisitos da Norma. No Serviço de Esterilização a 3ª Renovação/Transição de Certificação pela NP EN ISO 9001:2015 e pela NP EN ISO 13485:2012 com cumprimento dos requisitos das Normas.

Também, em 2019, o Hospital viu o Centro de Referência de Oncologia de Adultos - Cancro do Reto ser reconhecido no âmbito do referencial normativo "Manual de Standards Unidades de Gestão Clínica ME 5 1_07", do modelo de certificação da DGS, com a obtenção da Certificação no nível bom.

Para a obtenção das marcas de Acreditação/certificação contribuíram de forma inequívoca com intenso trabalho desenvolvido as Direções, Chefias e interlocutores, dos respetivos Serviços Clínicos e não Clínicos.

Para além destes projetos transversais a toda a organização, importa realçar o esforço levado a cabo pelos profissionais para o desenvolvimento de outros projetos de acessibilidade e continuidade de cuidados.

Auditorias da Qualidade e Segurança do Doente e Auditorias Clínicas em 2019

Durante o ano de 2019, o HGO deu continuidade à estratégia para o desenvolvimento de auditorias internas e acompanhamento de auditorias externas. Neste âmbito foram promovidas formações a grupos dirigidos e a toda a organização, de forma a fomentar uma maior adesão pelos profissionais a estas práticas de melhoria continua.

Destacamos a presença nestas formações presenciais de 1.177 profissionais e em formato de *e-learning* 1.801 profissionais, as quais versaram diferentes temas ligados à área da gestão da qualidade

Também, neste contexto, foi possível recolher a informação através da Plataforma MONITORAUDIT e aferir a realização de 233 auditorias durante o ano de 2019, nas áreas da qualidade e segurança do doente, em contexto clínico e não clínico. Realçamos que muitas destas auditorias tiveram como repercussões mudanças e alterações da estrutura da organização, em circuitos organizacionais e em práticas clínicas, no sentido de promover práticas clínicas em segurança de forma continuada. É importante referir ainda que estas auditorias visaram normas emitidas pela DGS, destacando-se as seguintes: Notas de Alta médica e de Enfermagem, Planeamento de Altas, Transferências de Informação na Transição de Cuidados, Práticas Seguras do Medicamento, Identificação Inequívoca dos Doentes, Prevenção de Quedas na Instituição, Prevenção de Úlceras de Pressão, a Triagem de Manchester, a Cirurgia Segura Salva Vidas, Precauções básicas – Higiene das Mãos e uso de Luvas, Algáliação, Carros de Emergência, Níveis de Referência de Dose, na área das radiações, Auditorias Internas da Qualidade (CHKS e ISO) de Auditoria Interna Higienização e reposição de Stocks, aos Resíduos Hospitalares, Limpeza Hospitalar, Reprocessamento Endoscópico, Armazenamento de Material Hospitalar, Segurança contra Incêndios, Saúde e Segurança no Trabalho, de entre outras.

O Hospital está determinado em providenciar ao doente, o mais seguro atendimento com a elevada qualidade que lhe é possível, em ambiente de internamento e ambulatório. Para nos orientar no âmbito desses foi desenvolvido o Relatório de Atividades 2018 e o Plano de Ação da Qualidade e Segurança do Doente 2019, tendo por base as orientações estratégicas do Conselho de Administração e da Direção Geral da Saúde. O Plano detalha a qualidade e segurança das estratégias chave que foram desenvolvidas durante o ano de 2019, nomeadamente na concretização dos objetivos para promover a Governança Clínica, prevenir e controlar as infeções e resistência aos antimicrobianos, implementar práticas seguras em todos os procedimentos cirúrgicos, implementar práticas seguras na utilização de medicação, implementar práticas seguras na identificação inequívoca do doente, prevenir a ocorrência de úlceras de pressão, prevenir a ocorrência de quedas, alargar e manter uma cultura de segurança, promover o programa de acreditação e certificação de Serviços.

Prémios atribuídos em 2019

| Hospital Garcia de Orta, 2019 Prémios | |
|--|--|
| Projeto Implementado | Benefícios |
| Reconhecimento pelo referencial normativo "Manual de Standards Unidades de Gestão Clínica ME 5 1_07", do modelo de certificação da DGS Centro Referência de Oncologia de Adultos - Cancro Recto | Reconhecimento do HGO como unidade prestadora de cuidados de saúde com reconhecidos conhecimentos técnicos na prestação de cuidados de elevada qualidade aos doentes com cancro do recto; Garantir à população do HGO que os cuidados de saúde são prestados de acordo com os mais elevados padrões de qualidade, em conformidade com a evidência clínica disponível e as recomendações específicas da comunidade científica; Garantir a diferenciação, atratividade, capacidade e disponibilidade de consultadoria, Inovação, capacidade de ensino e de investigação do Centro; Primar pelos princípios de Melhoria da qualidade, Melhoria do acesso, Melhoria da efetividade, Centrado em outcomes, Melhoria da segurança e Diminuição do Risco Clínico e na Transparência. Prémio de Certificação de Nível Bom pela DGS |
| Hospital Garcia de Orta, EPE | Hospital reconhecido com o título de "Unidade de Saúde de Excelência ao Serviço da Humanidade" concedido pelo Observatório Internacional dos Direitos Humanos de Portugal no Dia Internacional dos Direitos Humanos |
| Certificação NEN NP ISO 9001:2015 pela SGS Centro Inseminação e Reprodução Medicamente Assistida (CIRMA) | Abordagem sistemática de todas as atividades que possam afetar a qualidade da prestação de cuidados de saúde, de acordo com as disposições estatutárias e regulamentares aplicáveis; Privilegia as atividades de avaliação de riscos e prevenção; Evidências objetivas que a qualidade foi alcançada; Aumento da satisfação dos doentes /clientes, através da aplicação eficaz do sistema, incluindo processos para melhoria contínua do sistema e para garantir a conformidade com os requisitos do cliente. Prémio de Manutenção Certificação pela SGS |

| Hospital Garcia de Orta, 2019 Prêmios | |
|---|---|
| Projeto Implementado | Benefícios |
| Certificação EN NP ISO 9001:2015 e EN NP ISO 13485: 2017 pela APCER Serviço de Esterilização | Abordagem sistemática de todas as atividades que possam afetar a qualidade da prestação de cuidados de saúde, de acordo com as disposições estatutárias e regulamentares aplicáveis; Privilegia as atividades de prevenção; Evidências objetivas que a qualidade foi alcançada; Aumento da satisfação dos doentes /clientes, através da aplicação eficaz do sistema, incluindo processos para melhoria contínua do sistema e para garantir a conformidade com os requisitos do cliente. Prémio de Manutenção de Certificação para ISO 9001 e Premio de Certificação da Transição para ISO 13485 |
| Certificação ISO 9001:2015 pelo CHKS-UKAS Serviço Anatomia Patológica | Abordagem sistemática de todas as atividades que possam afetar a qualidade da prestação de cuidados de saúde, de acordo com as disposições estatutárias e regulamentares aplicáveis; Privilegia as atividades de prevenção; Evidências objetivas que a qualidade foi alcançada; Aumento da satisfação dos doentes /clientes, através da aplicação eficaz do sistema, incluindo processos para melhoria contínua do sistema e para garantir a conformidade com os requisitos do cliente. Prémio de Certificação de Manutenção pelo CHKS-UKAS |
| Certificação ISO 9001:2015 pelo CHKS-UKAS Serviço de Bloco Operatório | Abordagem sistemática de todas as atividades que possam afetar a qualidade da prestação de cuidados de saúde, de acordo com as disposições estatutárias e regulamentares aplicáveis; Privilegia as atividades de prevenção; Evidências objetivas que a qualidade foi alcançada; Aumento da satisfação dos doentes /clientes, através da aplicação eficaz do sistema, incluindo processos para melhoria contínua do sistema e para garantir a conformidade com os requisitos do cliente. Prémio de Certificação de Manutenção pelo CHKS-UKAS |
| Certificação ISO 9001:2015 pelo CHKS-UKAS Serviço Gestão Logística | Fornecer uma abordagem sistemática de todas as atividades que possam afetar a qualidade da prestação de cuidados de saúde, de acordo com as disposições estatutárias e regulamentares aplicáveis; Privilegiar as atividades de prevenção; Fornecer evidências objetivas que a qualidade foi alcançada; Visar o aumento da satisfação dos doentes /clientes, através da aplicação eficaz do sistema, incluindo processos para melhoria contínua do sistema e para garantir a conformidade com os requisitos do cliente. Prémio de Certificação de Manutenção pelo CHKS-UKAS |
| Certificação ISO 9001:2015 pelo CHKS-UKAS Serviço Patologia Clínica | Abordagem sistemática de todas as atividades que possam afetar a qualidade da prestação de cuidados de saúde, de acordo com as disposições estatutárias e regulamentares aplicáveis; Privilegia as atividades de prevenção; Fornece evidências objetivas que a qualidade foi alcançada; Visa o aumento da satisfação dos doentes /clientes, através da aplicação eficaz do sistema, incluindo processos para melhoria contínua do sistema e para garantir a conformidade com os requisitos do cliente. Prémio de Certificação de Manutenção pelo CHKS-UKAS |
| Transição para a Certificação ISO 9001:2015 pela APCER Serviço Medicina Transfusional | Abordagem sistemática de todas as atividades que possam afetar a qualidade da prestação de cuidados de saúde, de acordo com as disposições estatutárias e regulamentares aplicáveis; Privilegia as atividades de avaliação de Risco e Prevenção; Evidências objetivas que a qualidade foi alcançada; Aumento da satisfação dos doentes /clientes, através da aplicação eficaz do sistema, incluindo processos para melhoria contínua do sistema e para garantir a conformidade com os requisitos do cliente. Prémio de Certificação para a ISO 9001:2015 pela APCER |
| Combining neuroprotection and neuroregeneration for spinal cord injury repair A pre-clinical study | Serviço de Neurocirurgia do Hospital Garcia de Orta (Carla Sousa, Rui Lima, Cátia Gradil, Bruno Santiago, Manuel Cunha e Sá, Richard G. Fessler, Nuno Silva). Prémio Garcia de Orta |

| Hospital Garcia de Orta, 2019 Prémios | |
|---|---|
| Projeto Implementado | Benefícios |
| Angioplastia Pulmonar com Balão na Hipertensão Pulmonar Tromboembólica Crónica: Experiência Inicial de um Centro | Serviço de Cardiologia do Hospital Garcia de Orta (Ana Rita Pereira, Rita Calé, Filipa Ferreira, Maria José Loureiro, Débora Repolho, Daniel Sebaiti, Sofia Alegria, Sílvia Vitorino, Pedro Santos, Hélder Pereira). Prémio Garcia de Orta |
| Hospital com consumo mais baixo de carbapenemes e polimixinas, por 1000 doentes saídos, por dia, por grupo de contratualização | Serviço de Cardiologia do Hospital Garcia de Orta. Prémios de Boas Práticas INFARMED 25+ |
| Prémio Farmácia Hospitalar do Ano | Serviço Farmacêutico do Hospital Garcia de Orta. Prémios Almofariz 2019 |

Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos

O Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA) deu continuidade às atividades destinadas a prevenir, detetar e controlar as infeções associadas aos cuidados de saúde, promovendo ações contínuas neste âmbito, junto dos profissionais.

Desenvolveu a sua atividade diária no sentido do cumprimento dos grandes objetivos do Plano Nacional:

- Implementação da Campanha das Precauções Básicas de Controlo de Infecção (PBCI), cujo objetivo geral é a Redução da Taxa de Infecção associada aos cuidados de saúde.
- Implementação do Programa de Apoio à Prescrição dos Antimicrobianos, nomeadamente Carbapenemes e Quinolonas – Promovendo desta forma o uso correto de antimicrobianos no HGO.

Comissão de Gestão do Risco Clínico

A atividade da Comissão de Gestão do Risco Clínico desenvolve-se na dimensão “segurança do doente” em todo o processo assistencial. Em 2019, na área da Gestão de Risco e Segurança do Doente, considerada prioritária pelo HGO, destacam-se as seguintes iniciativas:

Avaliação Proactiva do Risco – Na gestão proactiva dos riscos, a Comissão reuniu com cada Serviço para a identificação, análise dos perigos identificados e aferição do nível de risco, nas avaliações sistemáticas e monitorizações das medidas desencadeadas para o controlo ou mitigação dos riscos. Com este objetivo cada Serviço elabora os respetivos planos de ação. As monitorizações das avaliações do risco são realizadas, bianualmente ou sempre que necessário e as respetivas conclusões reportadas para implementação de melhorias. Em 2019, os Serviços identificaram no total 226 riscos clínicos.

O HGO, desde 2016 passou a desenvolver este processo através de uma plataforma informática (HER+) que utiliza uma metodologia com níveis de risco, que de forma dinâmica permite a comunicação entre os elementos do grupo de avaliação, facilita o registo dos perigos, dos riscos e dos planos com as ações corretivas.

É anualmente elaborado um relatório sobre a implementação da Avaliação Proactiva de Riscos, com a análise e proposta de respostas aos riscos identificados, ajustar procedimentos sempre que necessário, com vista a prevenir a ocorrência de incidentes.

Gestão e análise de incidentes - Desde 2008 que o HGO tem implementado o sistema de notificação de incidentes, num processo de melhoria contínua através de uma abordagem reativa/retrospectiva dos incidentes notificados. A Comissão lidera e coordena este processo. A plataforma informática (HER+) facilita o relato, gestão e análise de incidentes de Segurança do Doente, por parte de todos os profissionais, bem como a comunicação entre os intervenientes, possibilitando a divulgação de recomendações e alertas de segurança. Em situações de incidentes de risco elevado é utilizada a ferramenta de análise causa-raiz. Em 2019, foram notificados no total 1.454 incidentes de segurança do doente.

Plano anual de auditorias - A Comissão tem um programa anual de auditorias internas, instrumento facilitador para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde. Estas auditorias abrangem a Norma de Orientação Clínica (NOC) da avaliação do risco e prevenção de quedas e a Política de identificação do doente. As auditorias são efetuadas com periodicidade semestral e anual respetivamente, e sempre que se justificar. A Comissão elabora os relatórios consequentes, onde se

apontam as propostas de intervenção face à informação produzida. Com base nesta informação, o Conselho de Administração decide medidas de mitigação dos riscos.

Programa de Formação Contínua - A Comissão desenvolve anualmente um plano de formação que inclui sessões efetuadas com o apoio do Centro de Formação e ações de formação em serviço, dirigidas aos profissionais, com a participação ativa das direções dos Serviços/Unidades e dinamizadores do risco. Nesse plano, está incluída a formação mandatória em Gestão do Risco e Notificação de Incidentes. As sessões dirigidas aos Serviços são também boas práticas na divulgação das NOC, recomendações e procedimentos, resultados das auditorias, avaliação e gestão de riscos, e notificação e gestão de incidentes.

Sistema Documental - A Comissão elabora e revê periodicamente e sempre que necessário, um vasto sistema documental associado à Política de Identificação do Doente, Gestão do Risco, Notificação e Gestão de Incidentes e revisão de várias normas de procedimento do HGO. Estes documentos definem as boas práticas, uniformizam os procedimentos, fundamentados no plano institucional de melhoria contínua da qualidade e segurança do doente, recorrendo à mais atualizada informação científica.

Em termos de política de qualidade, está implementado o processo de revisão de procedimentos sempre que se detete a necessidade da sua atualização face a novas normas legais, instruções da tutela ou reporte dos profissionais.

Gabinete de Cidadão

O Gabinete do Cidadão é um espaço privilegiado de auscultação das necessidades e sentires dos cidadãos, utentes dos serviços de saúde.

É um Serviço destinado a receber exposições dos utentes dos Serviços de Saúde funcionando, simultaneamente, como meio de defesa dos utentes e instrumento de gestão dos serviços.

Tipologia de exposições

| Tipologia de Exposições | 2018 | 2019 | Var.2019/2018 | Var. % |
|-------------------------|------|------|---------------|--------|
| Elogio/Louvor | 474 | 355 | -119 | -25.0 |
| Reclamação/Queixa | 2167 | 2150 | -17 | -0.78 |
| Sugestão | 13 | 9 | -4 | -30.1 |
| TOTAL | 2654 | 2514 | -140 | -5.3 |

Verificou-se uma diminuição do número de exposições (-5.3%), tendo o número de reclamações neias contido também diminuído ligeiramente (-0.78%) face ao período homólogo.

Unidade de Hospitalização Domiciliária

A Unidade de Hospitalização Domiciliária (UHD), criada em novembro de 2015, é um projeto inovador, centrado no doente e nas famílias/cuidadores, trata-se de um modelo de assistência hospitalar que se caracteriza pela prestação de cuidados no domicílio a doentes agudos, cujas condições biológicas, psicológicas e sociais o permitam. Assenta em 5 princípios fundamentais: concordância com o modelo; igualdade de direitos e deveres do doente; equivalente qualidade na prestação dos cuidados, rigor na admissão de doentes e no seu seguimento clínico, humanização de serviços e valorização do papel da família.

No final do ano de 2019 a UHD, atingiu o nº de 1.617 doentes tratados, sendo que o número de doentes saídos, em 2019, foi 568, com uma demora média de 10,58 dias.

Estes dados demonstram a importância da hospitalização domiciliária como alternativa à hospitalização convencional com incremento da eficiência na utilização dos recursos escassos, com as seguintes evidências:

- Menores efeitos secundários (menor perda funcional, zero infeções adquiridas);
- Maior satisfação de doentes e profissionais;
- Menor custo direto.

Este projeto, apesar de algumas limitações de recursos físicos e humanos para a sua plena extensão a 30 camas diárias, foi decisivo no aumento da capacidade de internamento durante fases de maior pressão no Serviço de Urgência e, a par de outras medidas, permitiu atenuar a grande pressão sobre o internamento do Hospital.

Projeto Acessibilidade – Articulação entre cuidados farmacêuticos

Como instituição prestadora de cuidados de saúde, o HGO tem como objetivo a procura da melhoria contínua dos serviços prestados e a satisfação dos doentes.

A garantia de adesão à terapêutica, consultas e meios complementares de diagnóstico tem sido comprometida por questões económicas, levando a que um número crescente de doentes sinta dificuldade no acesso a estes cuidados de saúde.

O Projeto de Acessibilidade (Pharmaccess), a decorrer desde Janeiro de 2016, é um projeto de cariz social que visa assegurar a adesão à terapêutica dos doentes que por carência económica, mobilidade reduzida, isolamento social e/ou falta de transportes não se conseguem deslocar aos Serviços Farmacêuticos do Hospital onde são acompanhados para o levantamento da sua medicação mensal. Para este projeto o HGO contou com o apoio das Farmácias Comunitárias.

Atividades do Gabinete de Comunicação, Relações Públicas e Responsabilidade Social

Destacam-se, em 2019, na área da Cultura:

- 22 Exposições no átrio principal do HGO, entre as quais várias coletivas de pintura e ainda de autores como Boavida amaro, Maria Condeço, Vítor Moinhos e alunos finalistas da Escola de belas Artes de Lisboa.
- 1 Exposição de esculturas de José Eliseu (a propósito do Dia da Criança)
- 1 Exposição de fotografia do fotógrafo Ruy França sobre o serviço de Neonatologia
- 4 Exposições na área de espera das Consultas Externas, no âmbito da literacia em saúde, sobre a doença de Alzheimer e as vivências dos cuidadores, aleitação materna, cuidados paliativos e saúde mental dos adolescentes (em parceria com a Associação GIRA e com a Câmara Municipal de Almada).
- 1 Conferência debate sob o tema “Da Teoria à Prática na Saúde para um Desenvolvimento Sustentável” com as investigadoras Fernanda Nogueira (ISCS) e Patrícia Poeta (UTAD).
- O Hospital está no Bairro – nos dias 11 e 14 de setembro, entre as 10h00m e as 18h00m, no bairro de Vale de Chicharos. Mais conhecido como bairro da Jamaica.
- A iniciativa “O Hospital está no Bairro”, foi uma forma de aproximar o HGO dos seus utentes e continuar a construir a imagem de proximidade que desejamos. Estiveram representados 8 Serviços do HGO e ainda as instituições: ACES Almada-Seixal; Associação de Desenvolvimento Social de Vale de Chicharos “Jamaica”; Associação Portuguesa Promotora de Saúde e Higiene Oral; Bombeiros da Amora; Câmara Municipal do Seixal; Centro Comunitário da Criar’t; Centro Distrital da Segurança Social de Setúbal; Ginásio “O Trevo”; Junta de Freguesia da Amora; Move-te/GAT; Ordem dos Farmacêuticos e PSP do Seixal.

Em 2019, foram editadas 8 (oito) *newsletters* internas e revistos cerca de 80 folhetos enviados pelos Serviços Clínicos para serem posteriormente editados, depois de aprovados pelo serviço de Qualidade.

Foram apoiados 7 Serviços que realizaram iniciativas no âmbito da Diabetes, da Dermatologia, da Medicina Física e de Reabilitação, dos Cuidados Paliativos, entre outros.

Foram enviadas, à Comunicação Social, 16 informações sobre encerramento das urgências pediátricas, nomeação do novo CA do HGO, problemas no Serviço de Urgência Geral, o Hospital está no Bairro e novos investimentos no HGO com apoios comunitários.

Foi dada resposta a várias dezenas de emails de vários órgãos de comunicação social sobre diversos temas de notícia para os mesmos sobre o HGO e realizadas 14 reportagens em órgãos de comunicação social local, regional e nacional.

O Gabinete de Comunicação, Relações Públicas e Responsabilidade Social, ao longo do mês de dezembro (a partir da data da sua implementação), assumiu a área da Responsabilidade Social, com a integração do Clube HGO, no seu âmbito de competências e organizou, entre 16 e 18 de dezembro, as comemorações do 28º aniversário do Hospital Garcia de Orta com Missa Solene, palestras, apresentação formal das linhas estratégicas do novo CA, exposição de produtos da autoria dos colaboradores.

Handwritten signatures and initials in blue ink.

Contratualização Interna

Quanto à contratualização interna, foi encetado ainda no decurso de 2019, o processo de Contratualização interna com todos os serviços, com base num modelo estruturado e coerente com o Contrato-programa do Hospital e abrangendo as várias áreas de recursos envolvidos na atividade assistencial (recursos humanos, investimento, compras, investigação e formação). Para esse efeito, foi elaborado pelo SPEACG um *template*, que serviu de base a este processo.

As reuniões de contratualização interna, entre o CA e os serviços, iniciaram-se em Novembro de 2019, sendo expectável que os Serviços apresentassem ao Conselho de Administração uma análise mensal, a partir do RADEF, que permitisse o acompanhamento da produção, da capacidade instalada, do desempenho financeiro, bem como dos indicadores previstos no plano de ação, ou outros indicadores de processo e resultado que considerem relevantes para a avaliação do seu desempenho.

Em simultâneo, iniciou-se um *upgrade* ao sistema de *Business Intelligence* em uso no Hospital, contemplando novas variáveis de análise e novas métricas. Este processo foi iniciado em outubro 2019 e está em desenvolvimento.



XI. ANEXOS DO RGS

At
M.
Car

Anexo 1

Demonstração não financeira relativa ao exercício de 2019 que deverá conter informação referente ao desempenho e evolução da sociedade quanto a questões ambientais, sociais e relativas aos trabalhadores, igualdade de género, não discriminação, respeito pelos direitos humanos, combate à corrupção e tentativas de suborno (vide artigo 66.º-B do CSC) (aplicável às grandes empresas que sejam entidades de interesse público, que à data do encerramento do seu balanço excedam um número médio de 500 trabalhadores durante o exercício anual – cfr. n.º 1 do mesmo artigo)²¹.

Demonstração não financeira -2019

A demonstração não financeira a que se refere o número anterior deve conter as informações bastantes para uma compreensão da evolução, do desempenho, da posição e do impacto das suas atividades, referentes, às questões ambientais, sociais e relativas aos trabalhadores, à igualdade entre mulheres e homens, à não discriminação, ao respeito dos direitos humanos, ao combate à corrupção e às tentativas de suborno, incluindo:

Uma breve descrição do modelo empresarial da empresa;

Relatório Governo Societário 2019 - HGO:

Capítulo V - A, n.º1

capítulo V - C, n.º1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 al.) a, b, c e d

Capítulo V - D, n.º1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 al. a e b

Capítulo V - E, n.º1, 2, 3, 4

Capítulo V - F, n.º1

Uma descrição das políticas seguidas pela empresa em relação a essas questões, incluindo os processos de diligência devida aplicados; (n.º 2 do art.º 66-B: "questões ambientais, sociais e relativas aos trabalhadores, à igualdade entre mulheres e homens, à não discriminação, ao respeito dos direitos humanos, ao combate à corrupção e às tentativas de suborno")

Relatório Governo Societário 2019 - HGO:

Capítulo II - n.º 2 al.) a

capítulo IX - n.º 2, n.º 3 al.) a, b, c, d, e, e f

Os resultados dessas políticas;

Relatório Governo Societário 2019 - HGO:

Capítulo II - n.º 2b)

Capítulo IX - n.º 2, n.º 3 al.) a, b, c, d, e, e f

Os principais riscos associados a essas questões, ligados às atividades da empresa, incluindo, se relevante e proporcionado, as suas relações empresariais, os seus produtos ou serviços suscetíveis de ter impactos negativos nesses domínios e a forma como esses riscos são geridos pela empresa;

Relatório Governo Societário 2019 - HGO:

Capítulo VI - A, n.º 2 e 3

Capítulo VI - B, n.º 1 e 3, 6, 7

Capítulo VI - C, n.º 2 e 3

Indicadores-chave de desempenho relevantes para a sua atividade específica.

Relatório Governo Societário 2019 - HGO:

Capítulo II - n.º 2 al.) b

²¹ O n.º 8 do artigo 66.º-B do CSC dispõe que "uma empresa que elabore um relatório separado do relatório de gestão, correspondente ao mesmo exercício anual, que inclua as informações exigidas para a demonstração não financeira previstas no n.º 2 e seja elaborado nos termos previstos nos n.ºs 3 a 6, fica isenta da obrigação de elaborar a demonstração não financeira prevista no n.º 1". Assim, caso a entidade pretenda ser dispensada da apresentação da demonstração não financeira, constitui sua responsabilidade verificar se o RGS inclui toda a informação e cumpre todas as formalidades exigidas pela lei.

Anexo 2

Ata ou extrato da ata da reunião do órgão de administração em que haja sido deliberada a aprovação do RGS 2019.



EXTRATO de ATA nº 31/2020

Aos dezoito dias do mês de junho do ano de dois mil e vinte, realizou-se a Reunião do Conselho de Administração (CA) do Hospital Garcia de Orta E.P.E. presidida pelo Sr. Presidente, Dr. Luis Amaro e com a presença das Sras. Vogais Executivas, Dra. Vera Almeida e Dra. Ana Sofia Ferreira, do Sr. Diretor Clínico, Dr. Nuno Marques e da Sra. Enfermeira Diretora, Enl^{da} Paula Realista.

O Conselho de Administração deliberou:

1 - Após apreciação da versão preliminar do RGS 2019, aprovada em reunião de CA de dia 21 de maio de 2020, o Conselho Fiscal do HGO EPE emitiu um conjunto de sugestões de alterações pontuais ao RGS que foram consideradas e incorporadas, concluindo-se a versão definitiva do RGS 2019. O CA delibera, assim, aprová-la e determinar que o Serviço de Planeamento, Análise, Estudos e Controlo de Gestão proceda a sua tramitação subsequente, nomeadamente o envio a UTAM, acompanhado do extrato da ata da sua aprovação de hoje (no Anexo 2).



Luis Amaro
Presidente do Conselho de Administração



Sofia Ferreira
Vogal Executiva



Vera Almeida
Vogal Executivo



Nuno Marques
Diretor Clínico



Paula Realista
Enfermeira Diretora

Anexo 3

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



Anexo 4

Declarações de participações patrimoniais a que se refere o artigo 52.º do RJSPE.

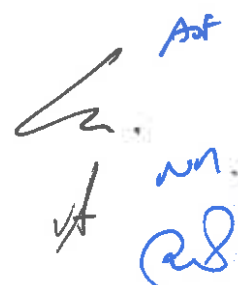
DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÕES PATRIMONIAIS (artigo 52º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro)

Eu, Luís Manuel Martins Amaro, declaro que não tenho quaisquer participações patrimoniais, assim como quaisquer relações com os fornecedores, clientes, instituições financeiras ou quaisquer outros parceiros de negócio, suscetíveis de gerar conflitos de interesse, conforme determina o artigo 52.º do Decreto-Lei n.º 133/2013 ou em outra legislação aplicável.

Almada, 22/04/19



Luís Amaro
Presidente do Conselho
H. Garcia de Orta, L.P.E.



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

Eu, Luís Manuel Martins Amaro, declaro que não intervenho nas decisões que envolvam os meus próprios interesses, designadamente na aprovação de despesas por mim realizadas, conforme determina o artigo 51.º do Decreto-Lei n.º 133/2013 ou em outra legislação aplicável.

Aimada, 22/04/2019



Luís Amaro
Presidente do Conselho
de Administração

DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÕES PATRIMONIAIS
(artigo 52.º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro)

Eu, Nuno Miguel Silva Marques, declaro que não tenho quaisquer participações patrimoniais, assim como quaisquer relações com os fornecedores, clientes, instituições financeiras ou quaisquer outros parceiros de negócio, suscetíveis de gerar conflitos de interesse, conforme determina o artigo 52.º do Decreto-Lei n.º 133/2013 ou em outra legislação aplicável.

Almada, 22/04/19


NUNO MIGUEL SILVA MARQUES


AF
m.
al

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

Eu, Nuno Miguel Silva Marques, declaro que não intervenho nas decisões que envolvam os meus próprios interesses, designadamente na aprovação de despesas por mim realizadas, conforme determina o artigo 51.º do Decreto-Lei n.º 133/2013 ou em outra legislação aplicável.

Almada, 22/04/2019



Nuno Marques
Presidente



DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÕES PATRIMONIAIS
(artigo 52º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro)

Eu, Ana Paula Realista Carvalho Rodrigues, declaro que não tenho quaisquer participações patrimoniais, assim como quaisquer relações com os fornecedores, clientes, instituições financeiras ou quaisquer outros parceiros de negócio, suscetíveis de gerar conflitos de interesse, conforme determina o artigo 52.º do Decreto-Lei n.º 133/2013 ou em outra legislação aplicável.

Almada, 22/04/19


Paula Realista
Enfermeira Diretora

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

Eu, Ana Paula Realista Carvalho Rodrigues, declaro que não intervenho nas decisões que envolvam os meus próprios interesses, designadamente na aprovação de despesas por mim realizadas, conforme determina o artigo 51.º do Decreto-Lei n.º 133/2013 ou em outra legislação aplicável.

Almada, 22/04/2019



Paula Realista
(conforme Direção)



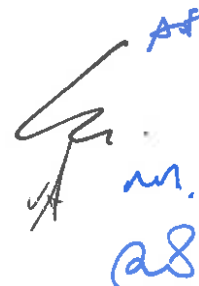
DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÕES PATRIMONIAIS
(artigo 52º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro)

Eu, Ana Sofia Freitas Monteiro Ferreira, declaro que não tenho quaisquer participações patrimoniais, assim como quaisquer relações com os fornecedores, clientes, instituições financeiras ou quaisquer outros parceiros de negócio, suscetíveis de gerar conflitos de interesse, conforme determina o artigo 52 º do Decreto-Lei n.º 133/2013 ou em outra legislação aplicável.

Almada, 22/04/19



Sofia Ferreira
Vocal Executiva



af
m.
as

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

Eu, Ana Sofia Freitas Monteiro Ferreira, declaro que não intervenho nas decisões que envolvam os meus próprios interesses, designadamente na aprovação de despesas por mim realizadas, conforme determina o artigo 51.º do Decreto-Lei n.º 133/2013 ou em outra legislação aplicável.

Almada, 22/04/2019



Sofia Ferreira
Vice Executiva

DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÕES PATRIMONIAIS
(artigo 52.º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro)

Eu, Vera Sofia Pinheiro Branco de Almeida, declaro que não tenho quaisquer participações patrimoniais, assim como quaisquer relações com os fornecedores, clientes, instituições financeiras ou quaisquer outros parceiros de negócio, suscetíveis de gerar conflitos de interesse, conforme determina o artigo 52.º do Decreto-Lei n.º 133/2013 ou em outra legislação aplicável

Almada, 22/04/19



Vera Almeida
Vogal Executiva



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

Eu, Vera Sofia Pinheiro Branco de Almeida, declaro que não intervenho nas decisões que envolvam os meus próprios interesses, designadamente na aprovação de despesas por mim realizadas, conforme determina o artigo 51.º do Decreto-Lei n.º 133/2013 ou em outra legislação aplicável.

Almada, 22/04/2019



Vera Almeida
Vogal Executiva





Exmos. Senhores,

Nos termos do disposto no n.º 1 do art. 62.º do DL n.º 133/2013, de 3 de outubro, e no n.º 8 do art. 22.º do DL n.º 71/2007, de 27 de março, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 82/2012, de 18 de janeiro, o Conselho de Administração do Hospital Garcia de Orta vem por este meio solicitar o acesso ao formulário eletrónico dos gestores públicos.

Dr. Luís Amaro – Presidente do Conselho de Administração
 Dra. Ana Sofia Ferreira – Vogal Executiva do Conselho de Administração
 Dra. Vera Almeida – Vogal Executiva do Conselho de Administração
 Dr. Nuno Marques – Diretora Clínica do Hospital Garcia de Orta
 En.ª Ana Paula Rosário – Enfermeira Diretora do Hospital Garcia de Orta

Com os melhores cumprimentos

Paula Filipe
 Secretária do Conselho de Administração



HOSPITAL GARCIA DE ORTA, E.P.E.
 Av. Torrado da Silva, 2895-147 Alameda, Portugal
 TEL: +351 21 772 71 80 FAX: +351 21 772 71 34 EMAIL: geral.hospital@hgo.gov.pt



PEÇA ANTES DE IMPRIMIR



☑ Clique aqui para transferir imagens. Para ajudar a proteger a sua privacidade, o Outlook impediu a transferência automática de algumas imagens desta mensagem.

Exm.ª Sr. (a)

Esta email confirma que completou o formulário intitulado Deveres de Informação dos Gestores Públicos relativo à entidade Conselho de Administração do Hospital Garcia de Orta e que foi gravado com sucesso.

Se tiver outras perguntas ou dúvidas relacionadas com este assunto, por favor, contacte Deveres de Informação dos Gestores Públicos através do endereço eletrónico francisco.pinguinha@hgo.gov.pt

Com os melhores cumprimentos



☑ Clique aqui para transferir imagens. Para ajudar a proteger a sua privacidade, o Outlook impediu a transferência automática de algumas imagens desta mensagem.

Exm.ª Sr. (a)

Esta email confirma que completou o formulário intitulado Deveres de Informação dos Gestores Públicos relativo à entidade Conselho de Administração do Hospital Garcia de Orta e que foi gravado com sucesso.

Se tiver outras perguntas ou dúvidas relacionadas com este assunto, por favor, contacte Deveres de Informação dos Gestores Públicos através do endereço eletrónico francisco.pinguinha@hgo.gov.pt

Com os melhores cumprimentos



☑ Clique aqui para transferir imagens. Para ajudar a proteger a sua privacidade, o Outlook impediu a transferência automática de algumas imagens desta mensagem.

Exm.ª Sr. (a)

Esta email confirma que completou o formulário intitulado Deveres de Informação dos Gestores Públicos relativo à entidade Conselho de Administração do Hospital Garcia de Orta e que foi gravado com sucesso.

Se tiver outras perguntas ou dúvidas relacionadas com este assunto, por favor, contacte Deveres de Informação dos Gestores Públicos através do endereço eletrónico francisco.pinguinha@hgo.gov.pt

Com os melhores cumprimentos



☑ Clique aqui para transferir imagens. Para ajudar a proteger a sua privacidade, o Outlook impediu a transferência automática de algumas imagens desta mensagem.

Exm.ª Sr. (a)

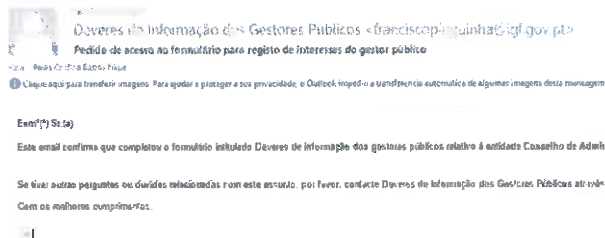
Esta email confirma que completou o formulário intitulado Deveres de Informação dos Gestores Públicos relativo à entidade Conselho de Administração do Hospital Garcia de Orta e que foi gravado com sucesso.

Se tiver outras perguntas ou dúvidas relacionadas com este assunto, por favor, contacte Deveres de Informação dos Gestores Públicos através do endereço eletrónico francisco.pinguinha@hgo.gov.pt

Com os melhores cumprimentos




Handwritten signatures and initials in blue ink.



DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÕES PATRIMONIAIS (artigo 52º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro)

Eu, Joaquim Daniel Lopes Ferro, declaro que não tenho quaisquer participações patrimoniais, assim como quaisquer relações com os fornecedores, clientes, instituições financeiras ou quaisquer outros parceiros de negócio, suscetíveis de gerar conflitos de interesse, conforme determina o artigo 52 º do Decreto-Lei n.º 133/2013 ou em outra legislação aplicável.

Almada, 02/01/19


Dr. Joaquim Ferro
Presidente do Conselho
de Administração


António Costa



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

Eu, Joaquim Daniel Lopes Ferro, declaro que não intervenho nas decisões que envolvam os meus próprios interesses, designadamente na aprovação de despesas por mim realizadas, conforme determina o artigo 51.º do Decreto-Lei n.º 133/2013 ou em outra legislação aplicável.

Almada, 02/01/2019



J. Daniel Lopes Ferro
Presidente do Conselho
de Administração

At m
as



DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÕES PATRIMONIAIS

(artigo 52.º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro)

Eu, Ana Paula Breia dos Santos Neves, declaro que não tenho quaisquer participações patrimoniais, assim como quaisquer relações com os fornecedores, clientes, instituições financeiras ou quaisquer outros parceiros de negócio, suscetíveis de gerar conflitos de interesse, conforme determina o artigo 52.º do Decreto-Lei n.º 133/2013 ou em outra legislação aplicável.

Almada, 02/01/19

Ana Paula Breia dos Santos Neves

Ana Paula Breia dos Santos Neves
Diretora Clínica



DECLARAÇÃO DE INDEPENDÊNCIA

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

Eu, Ana Paula Breia dos Santos Neves, declaro que não intervenho nas decisões que envolvam os meus próprios interesses, designadamente na aprovação de despesas por mim realizadas, conforme determina o artigo 51.º do Decreto-Lei n.º 133/2013 ou em outra legislação aplicável.

Almada, 02/01/2019

Ana Paula Breia dos Santos Neves

Ass. Presidente
Governo Interno

Ass.
Ass.
Ass.



DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÕES PATRIMONIAIS

(artigo 52.º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro)

Eu, Odília Maria Taleigo Neves, declaro que não tenho quaisquer participações patrimoniais, assim como quaisquer relações com os fornecedores, clientes, instituições financeiras ou quaisquer outros parceiros de negócio, suscetíveis de gerar conflitos de interesse, conforme determina o artigo 52.º do Decreto-Lei n.º 133/2013 ou em outra legislação aplicável.

Almada, 02/01/19

Neves
Diretora



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

Eu, Odília Maria Taleigo Neves, declaro que não intervenho nas decisões que envolvam os meus próprios interesses, designadamente na aprovação de despesas por mim realizadas, conforme determina o artigo 51.º do Decreto-Lei n.º 133/2013 ou em outra legislação aplicável.



Almada, 02/01/2019

Odília Maria Taleigo Neves
Presidente do Conselho de Administração





DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÕES PATRIMONIAIS

(artigo 52.º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro)

Eu, Maria de Lourdes Caixaria Bastos, declaro que não tenho quaisquer participações patrimoniais, assim como quaisquer relações com os fornecedores, clientes, instituições financeiras ou quaisquer outros parceiros de negócio, suscetíveis de gerar conflitos de interesse, conforme determina o artigo 52.º do Decreto-Lei n.º 133/2013 ou em outra legislação aplicável.

Almada, 02/01/19



Lourdes Bastos
Membro do Conselho de Administração






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

Eu, Maria de Lourdes Caixaria Bastos, declaro que não intervenho nas decisões que envolvam os meus próprios interesses, designadamente na aprovação de despesas por mim realizadas, conforme determina o artigo 51.º do Decreto-Lei n.º 133/2013 ou em outra legislação aplicável.

Almada, 02/01/2019



Maria de Lourdes Caixaria Bastos



Handwritten signatures and initials in blue ink, including a large signature, a checkmark, and the initials 'AS', 'ms', and 'as'.



DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÕES PATRIMONIAIS

(artigo 52.º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro)

Eu, Pedro de Andrade Pais Pinto dos Reis, declaro que não tenho quaisquer participações patrimoniais, assim como quaisquer relações com os fornecedores, clientes, instituições financeiras ou quaisquer outros parceiros de negócio, suscetíveis de gerar conflitos de interesse, conforme determina o artigo 52.º do Decreto-Lei n.º 133/2013 ou em outra legislação aplicável.

Almada, 02/01/19


Pedro Reis
Vogal do Conselho de
Administração



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

Eu, Pedro de Andrade Pais Pinto dos Reis, declaro que não intervenho nas decisões que envolvam os meus próprios interesses, designadamente na aprovação de despesas por mim realizadas, conforme determina o artigo 51.º do Decreto-Lei n.º 133/2013 ou em outra legislação aplicável.

Almada, 02/01/2019


Pedro Reis
Vogal do Conselho de
Administração

Anexo 5

Ata da reunião da Assembleia Geral, Deliberação Unânime por Escrito ou Despacho que contemple a aprovação por parte dos titulares da função acionista dos documentos de prestação de contas (aí se incluindo o Relatório e Contas e o RGS) relativos ao exercício de 2018²².

Os documentos de prestação de contas relativos ao exercício de 2018, incluindo o RGS, ainda aguardam aprovação por parte do titular da função acionista.

²² Apenas no caso do documento em apreço não se encontrar disponível em SIRIEF. Na eventualidade de não se ter ainda verificado a aprovação dos documentos de prestação de contas relativos ao exercício de 2018 por parte do (s) titular (es) da função acionista tal deve ser objeto de menção específica.