

Relatório
de Governo
Societário

2015

INSTITUTO PORTUGUÊS DE
ONCOLOGIA DE COIMBRA –
FRANCISCO GENTIL, EPE

Versão aprovada em reunião do Conselho de Administração de 19 de abril de 2016 e revista em 28 de dezembro de 2016 de acordo com as recomendações da UTAM.

Índice

I.	Sumário Executivo	2
II.	Missão, Objetivos e Políticas.....	2
III.	Estrutura de capital	6
IV.	Participações Sociais e Obrigações detidas	6
V.	Órgãos Sociais e Comissões.....	7
A.	Assembleia Geral	7
B.	Administração e Supervisão	7
C.	Fiscalização	17
D.	Revisor Oficial de Contas (ROC).....	19
E.	Auditor Externo	19
VI.	Organização Interna	19
A.	Estatutos e Comunicações	19
B.	Controlo interno e gestão de riscos.....	20
C.	Regulamentos e Códigos.....	23
D.	Deveres especiais de informação	25
E.	Sítio da Internet	26
F.	Prestação de Serviço Público ou de Interesse Geral	27
VII.	Remunerações	29
A.	Competência para a Determinação	29
B.	Comissão de Fixação de Remunerações	30
C.	Estrutura das Remunerações.....	30
D.	Divulgação das Remunerações	31
VIII.	Transações com partes Relacionadas e Outras	32
IX.	Análise de sustentabilidade da entidade nos domínios económico, social e ambiental.....	35
X.	Avaliação do Governo Societário.....	41
XI.	Anexos do RGS	42

I. Sumário Executivo

O IPO de Coimbra é uma Instituição com mais de meio século de história, tendo sido criado em Coimbra como um centro anticancerígeno em 1962 e autonomizando-se em relação ao IPO de Lisboa em 1977. Situado na parte alta da cidade ocupa uma área de 15.250m² e é constituído por 5 blocos ligados entre si.

Com uma lotação de cerca de 236 camas, na qual se inclui o “Hotel” para Doentes, estrutura inovadora no panorama da prestação de cuidados de saúde em Portugal, cobre uma população estimada em dois milhões e meio de habitantes.

Em termos jurídicos a Instituição reveste a forma de Entidade Pública Empresarial (EPE), por transformação da entidade IPOFG - Centro Regional de Oncologia de Coimbra, SA que revestia a forma de sociedade anónima. Esta transformação produziu efeitos em 31 de dezembro de 2005, com a publicação do Decreto-Lei nº 233/2005 de 29 de dezembro.

II. Missão, Objetivos e Políticas

1. Missão, Visão e Valores

O IPO de Coimbra é uma Instituição com mais de meio século de história, tendo sido criado em Coimbra como um centro anticancerígeno em 1962 e autonomizando-se em relação ao IPO de Lisboa em 1977. Integra a plataforma A da Rede de Referência Hospitalar de Oncologia, o que lhe atribui responsabilidades de topo no diagnóstico e tratamento das doenças oncológicas em toda a Região Centro.

A sua missão é a de desenvolver ações nos domínios da prestação de cuidados de saúde, da prevenção primária e secundária, da investigação, da formação e ensino oncológicos, do rastreio oncológico, do registo oncológico e da colaboração na definição e acompanhamento de execução da política oncológica nacional, constituindo-se como uma instituição de referência para os cidadãos que serve e para os serviços de saúde.

A prossecução da missão do IPO de Coimbra é fortemente alicerçada em valores que há muito fazem parte do “património ético” desta Instituição, consubstanciados nas necessidades individuais de saúde do cidadão, perspetivando o acesso em tempo útil aos cuidados de saúde, a promoção da saúde das populações, a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e modernização e humanização dos serviços, bem como a promoção da qualificação profissional, técnica e científica dos seus colaboradores.

Porque o IPO de Coimbra entende ser um dos pilares no combate à doença oncológica, articula-se com os Institutos de Oncologia de Lisboa e Porto, através do Grupo Hospitalar “Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil”.

No que diz respeito à definição dos objetivos organizacionais e ao seu cumprimento, importa referir que a área da atuação desta Instituição é o sector da saúde, caracterizado pela dificuldade de planeamento rigoroso da atividade, já que esta depende de uma procura de cuidados de saúde com elevado grau de aleatoriedade.

Esta característica de imponderabilidade é ainda mais intensa numa área tão específica, e em constante mutação, como é a oncologia. A saúde das populações, como objetivo final é um indicador por isso mesmo de difícil mensuração. É permanente o esforço institucional em conseguir ajustar uma estrutura pesada em termos de recursos, como a de um hospital diferenciado como o IPO de Coimbra, às exigências expressas pela comunidade que serve.

No entanto, com a passagem em dezembro de 2002 do IPO de Coimbra para o Sector Empresarial do Estado, e com o conseqüente reforço dos mecanismos de contratualização no sector público da saúde, esta Instituição começou, de forma mais consistente e clara, a ver definidos os seus objetivos de produção, qualidade e económico-financeiros, e assim poder medir o grau de cumprimento dos mesmos. O documento que estabelece estes objetivos tem o horizonte temporal de um ano e denomina-se Contrato Programa, sendo assinado pelo Ministério da Saúde e IPO de Coimbra.

Assim, desde 2003 que o IPO de Coimbra tem como instrumento anual orientador da sua atividade um Contrato Programa. Realizando uma retrospectiva dos últimos anos, pode afirmar-se com segurança que foram cumpridos todos os objetivos “major” de cada contrato. As metas

de produção e qualidade definidas têm sido globalmente atingidas, os resultados têm sido francamente positivos.

2. Políticas e linhas de ação

a) Objetivos e resultados definidos pela Tutela/acionistas

A principal linha de orientação reside na procura da sustentabilidade económico-financeira do Serviço Nacional de Saúde (SNS) atendendo aos recursos disponíveis. O SNS terá de, sem perda de qualidade e salvaguardando os atuais níveis de acesso e eficácia, continuar a responder às necessidades de saúde dos cidadãos ao nível da prestação de cuidados. Assim, as linhas de ação incidem sobre a tomada de medidas sobre a despesa, nomeadamente através do controlo exigente dos custos operacionais de cada instituição sem afetar a qualidade do serviço prestado.

b) Grau de cumprimento

O cumprimento dos objetivos estratégicos foi fortemente condicionado pela conjuntura económico-financeira do país, que conduziu a uma maior centralização do poder de decisão e consequentemente a constrangimentos no *modus operandi*.

O desempenho económico foi mais uma vez positivo, destacando-se os resultados alcançados no Prazo Médio de Pagamento a Fornecedores Ponderado de 32,9 dias, um EBITDA positivo de 1.312.503€, cumprindo-se integralmente a Lei dos Compromissos e Pagamentos em Atraso.

Registou-se uma vez mais um elevado grau de satisfação dos utilizadores em todas as linhas de serviço e um elevado grau de cumprimento do contrato programa, ultrapassando largamente os objetivos de produção e atingindo 90,5% de execução do Índice Global de Desempenho, conforme se detalha no quadro da página seguinte.

As orientações de gestão para 2015 estão plasmadas no Contrato Programa que constitui a base dos objetivos operacionais, económico-financeiros e de qualidade definidos pela Tutela e ainda no Contrato de Gestão.

Neste âmbito foi proposto por contrato de gestão entre o Estado Português, representado pela Senhora Secretária de Estado do Tesouro e pelo Senhor Secretário de Estado da saúde, e cada um dos membros do Conselho de Administração, nos termos do disposto nos artigos 18.º e 30.º do Estatuto do Gestor Público, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de março, na redação dada pelo Decreto-Lei n.º 8/2012 de 18 de janeiro, objeto da Declaração de Retificação n.º 2/2012 de 25 de Janeiro, as obrigações dos seus membros e as orientações estratégicas e específicas bem como os objetivos de gestão do IPO de Coimbra para o triénio 2013-2015, não tendo sido formalizado até à data.

2015

Indicador	Ponderação	Objectivo	Projeção	Indicador
A. Acesso	15,0%	341.230,56		14,1%
A.1 Percentagem de primeiras consultas médicas no total de consultas médicas	3,75%	18,00	17,0	3,54%
A.2 Percentagem de Utentes referenciados para consulta externa atendidos em tempo adequado	3,75%	96	98,4	3,84%
A.4 Percentagem de inscritos em LIC (neoplasias malignas) com tempo de espera <= TMRG	3,75%	90	84,2	3,51%
A.5 Permilagem de Doentes Sinalizados para a RNCCI, em tempo adequado (até 5 dias), no total de doentes tratados (Braqui, Paliativos, Onc. Médica e Ginecologia)	3,75%	35	30,1	3,23%
B. Desempenho Assistencial	25,0%	568.717,60		23,8%
B.1 Demora média (em dias)	5,4%	7,2	7,48	5,19%
B.2 Percentagem de reinternamentos em 30 dias	5,4%	9	5,5	6,48%
B.3 Percentagem de doentes saídos com duração de internamento acima do limiar máximo	5,4%	1	1,3	3,78%
B.6 Percentagem do consumo de embalagens de medicamentos genéricos, no total de embalagens de medicamentos	4,4%	42	28,98	3,04%
B.7. Taxa de registo de utilização da "Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica" – cirurgia segura	4,4%	75	98,1	5,28%
C. Desempenho Económico/Financeiro	20,0%	454.974,08		22,0%
C.1 Percentagem dos gastos com Horas Extraordinárias, Suplementos e Fornecimentos de Serviços Externos (seleccionados) no total de gastos com Pessoal	5,0%	5,9	6,17	4,77%
C.2 Resultado antes de depreciações, gastos de financiamento e impostos (EBITDA)	5,0%	0	1.312.503	6,00%
C.3 Acréscimo de dívida vencida (fornecedores externos)	5,0%	0	0,00	6,00%
C.4 Percentagem de rendimentos extra contrato-programa no total de rendimentos	5,0%	8,0	8,31	5,19%
Objectivos Regionais	40,0%	909.948,15		30,6%
D.2 Percentagem de episódios de internamento com complicações de atos médicos e/ou cirúrgicos (causas externas)	5,7%	6,00	6,39	5,34%
D.3. TME da lista de espera cirurgica (meses)	5,7%	2,8	3,2	4,82%
D.4. % de doentes muito prioritários atendidos acima do tempo máximo de espera	5,7%	2	2,2	5,15%
D.5. Faturação de medicamentos cedidos em farmácia de oficina	5,7%	800.000	828.402	5,51%
D.6. Variação de gastos com pessoal (%)	5,7%	2,1	1,9	6,61%
D.7. Tempo médio de codificação e agrupamento em GDH (internamento)	5,7%	50,00	146,18	0,00%
D.8. N° de doentes em espera para cirurgia há mais de 12 meses	5,7%	16	23	3,21%
	100,0%	2.274.870,38	2.064.219	90,5%

3. Fatores-chave de que dependem os resultados da entidade.

Num mercado particular como é o da saúde, e ainda mais quando o prestador é uma entidade pública, identificam-se vários fatores-chave que condicionam e simultaneamente alavancam os resultados da entidade, designadamente:

- **Preço:** A definição de preços ao nível do contrato programa é crítica em todo o processo de contratualização, ainda mais quando este contribui diretamente para a determinação do valor de financiamento da Instituição, a qual depende em 98% do valor do contrato programa. No ano 2013, os preços médios de referência por linha de atividade baixaram mais de 20% face a 2010, por determinação do financiador, mantendo-se este impacto em 2014. Em 2015 os preços médios subiram, mas dado o princípio do orçamento global, a produção foi largamente ultrapassada sem que resultasse em aumento do valor de financiamento apesar do acréscimo de custos para a sua realização.
- **Acesso:** A capacidade instalada compreende um conjunto de recursos disponíveis aos utentes da Região Centro, sendo os mecanismos de acesso à Instituição vertidos na Rede de Referência em Oncologia. Os tempos de resposta mantiveram-se em níveis elevados, mas verificou-se uma redução ao nível da procura, e que na sua origem compreende fatores exógenos à Instituição, tais como: redução do rendimento disponível das famílias, valores elevados de taxas moderadoras, custo do transporte para consultas para quem não cumpre os requisitos legais, etc.
- **Condicionais à gestão:** Para o cumprimento dos objetivos estratégicos, e por conseguinte para alcançar os resultados, é determinante que a gestão disponha dos instrumentos adequados para implementar as medidas necessárias. No atual contexto, verificam-se estrangulamentos que condicionam a implementação das medidas necessárias à obtenção desses resultados, sobretudo quando estas pressupõem aumento de despesa, ainda que possam contribuir para efetivos aumentos de produtividade e rendibilidade.

4. Atuação de acordo com as orientações definidas pela Tutela

Durante o ano 2015 manteve-se em vigor o contrato-programa definido para o triénio 2013-2015, instrumento este que tem contribuído para maturar a separação entre pagador-prestador no atual quadro de *quasi-mercado*.

Para 2015 manteve-se um quadro de forte restrição orçamental nos termos dos compromissos assumidos no MoU (Memorando de Entendimento), diminuindo os recursos disponíveis para continuar a responder às necessidades de cuidados de saúde dos cidadãos, numa perspetiva de articulação e complementaridade, promovendo soluções concretas e respostas adequadas que permitam manter elevados níveis de qualidade, sem comprometer os níveis de acesso e eficiência.

Assim, em sede de contrato programa foram definidos diversos mecanismos que visam atingir os resultados das políticas de saúde definidas:

- Princípio de orçamento-global, não podendo os proveitos provenientes dos contratos programa ser superiores ao valor estabelecido no contrato como contrapartida da atividade contratada;
- Promoção de incentivos institucionais à melhoria da qualidade e da eficiência das instituições, através da valorização de incentivos em 5% e atualização dos indicadores associados;
- Adoção de preço base único para a atividade agrupada em GDH e cálculo do índice de case-mix de acordo com a produção de internamento e ambulatório relativa ao ano completo mais recente com informação disponível (2012), classificada em GDH através da *versão 27 do agrupador All Patients (AP)*;
- Autonomização da linha de atividade cuidados de radioterapia;
- Reagrupamento de hospitais para a linha de atividade de consulta externa e majoração das consultas referenciadas através do sistema de informação de suporte ao programa de acesso Consulta a Tempo e Horas e das consultas médicas de telemedicina realizadas em tempo real;
- 2º ano do programa piloto de financiamento para o tratamento de pessoas com diagnóstico de novo de cancro da mama, cancro do cólon e reto e cancro do colo do útero;
- Estabelecimento de conjunto mínimo de tratamentos para classificação em sessões de hospital de dia de imunohemoterapia e hematologia;

- Aplicação de incentivos e penalizações no âmbito da prescrição de medicamentos prescritos em ambiente hospitalar e cedidos em farmácia de oficina;
- Aplicação de sistema de penalizações associadas ao incumprimento de determinadas tarefas assistenciais e de reporte de informação atempado, o qual não ultrapassará 1% do valor global do Contrato-Programa;
- Flexibilização da negociação dos preços ao nível das ARS, para as linhas de atividade definidas;
- Definição do racional e metas a aplicar a nível nacional.

III. Estrutura de capital

1. Estrutura de capital estatutário

A 31-12-2015, a estrutura do capital estatutário do IPO de Coimbra é de 23.650.000 €, detido pelo Estado, podendo o mesmo, nos termos do Decreto-Lei n.º233/2005, de 29/12, alterado e republicado pelo decreto-lei 244/2012, de 9/11, ser aumentado ou reduzido por despacho dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde, que constitui título bastante para todos os efeitos legais, incluindo os de registo.

Em 2015 foi aumentado e realizado o capital estatutário da entidade em 3.700.000 €, ficando este valor consignado ao financiamento do Plano de Investimentos na vertente “Plataforma Tecnológica”.

2. Limitação à titularidade e/ou transmissibilidade das ações.

Não aplicável. O capital estatutário não se encontra representado por ações, sendo o Estado detentor da totalidade do mesmo.

3. Acordos parassociais que sejam do conhecimento da entidade e possam conduzir a eventuais restrições.

O Conselho de Administração não celebrou nem tem conhecimento da existência de acordos parassociais que possam conduzir a restrições ou condicionar futuras opções de gestão.

IV. Participações Sociais e Obrigações detidas

1. Identificação das pessoas singulares e ou coletivas que, direta ou indiretamente, são titulares de participações noutras entidades, com indicação detalhada da percentagem de capital e de votos.

Não aplicável. O IPO de Coimbra e os seus Órgãos Sociais não são titulares de participações noutras entidades.

2. Aquisição e alienação de participações sociais, bem como da participação em quaisquer entidades de natureza associativa ou fundacional.

Não aplicável. O IPO de Coimbra e os seus Órgãos Sociais não são titulares, não adquiriram nem alienaram participações noutras entidades.

3. Número de ações e obrigações detidas por membros dos órgãos de administração e de fiscalização.

Não aplicável. O Capital Estatutário do IPO de Coimbra é detido a 100% pelo Estado, os membros do Conselho de Administração e o seu Fiscal Único não detêm ações em entidades em relação de domínio ou de grupo.

4. Existência de relações de natureza comercial entre os titulares de participações e a entidade.

Os membros do Conselho de Administração abstêm-se de intervir em decisões que envolvam os seus próprios interesses, designadamente na aprovação de despesas por si realizadas. Além disso, os membros do Conselho de Administração não detêm qualquer participação patrimonial na entidade nem relações relevantes com parceiros comerciais.

Foi efetuado o depósito da declaração de inexistência de incompatibilidades e impedimentos de titular de alto cargo público junto da Procuradoria-Geral da República e do Tribunal Constitucional.

V. Órgãos Sociais e Comissões

A. Assembleia Geral

Não aplicável. Estatutariamente não dispõe de Assembleia Geral.

B. Administração e Supervisão

1. Identificação do modelo de governo adotado.

São órgãos estatutários do IPO de Coimbra:

- Conselho de Administração¹;
- Fiscal Único;
- Conselho Consultivo².

O conselho de administração é o órgão de administração do IPO de Coimbra, que exerce todos os poderes de gestão que não estejam reservados a outros órgãos.

O fiscal único é o órgão de fiscalização, responsável pelo controlo da legalidade, da regularidade e da boa gestão financeira e patrimonial do IPO de Coimbra.

O conselho consultivo é o órgão de consulta que acompanha a atividade do IPO de Coimbra, aprecia os planos de atividade, e emite recomendações, tendo em vista o melhor funcionamento dos serviços.

Composição do Conselho Consultivo:

Mandato (Início-Fim)	Composição	Nome	Designação		Remuneração
			Forma	Data	
2015-2017	Presidente	Dr. José Narciso da Cunha Rodrigues	Nomeação MS	26-01-2015	Atividade não remunerada
	Representante CMC	Dra Marta Maria Dias Brinca	Nomeação CMC	18-11-2015	
	Representante ARSC	Dr. António Duarte Arnaut	Nomeação ARSC	03-02-2015	
	Representante Utentes	Prof. Doutor Carlos Freire de Oliveira	Nomeação LPC	13-11-2015	
	Representante colaboradores	Enf. Ricardo Manuel Alves Dias	Eleição	24-03-2015	
	Representante Voluntariado	Dra Natália Fialho Amaral	Nomeação LPC	13-11-2015	
	Profissional de Saúde	Dr. Daniel Pereira da Silva	Nomeação CA	01-12-2015	
Profissional de Saúde	Dr. Dário Bettencourt Cruz	Nomeação CA	01-12-2015		

Nos termos dos Estatutos são órgãos de apoio técnico de carácter consultivo:

- a) A comissão de ética;
- b) A comissão da qualidade e segurança do doente;
- c) A comissão de controlo da infeção hospitalar;
- d) A comissão de farmácia e terapêutica;

¹ Pela Resolução n.º5/2015 do Conselho de Ministros foi renovado o mandato para o período de 2015 a 2017, assegurando-se a continuidade de funções dos atuais quatro membros.

² Despacho n.º1506/2015, de 12/02 foi nomeado o Presidente do Conselho Consultivo, Dr. José Narciso da Cunha Rodrigues.

- e) A comissão de higiene, segurança e saúde no trabalho;
- f) A comissão médica;
- g) A direção de enfermagem;
- h) A direção do internato médico;
- i) O gestor do risco clínico;
- j) O gestor do risco geral;
- k) O gabinete da qualidade e comunicação;
- l) O gabinete coordenador da formação;
- m) O conselho científico;
- n) O gabinete coordenador da investigação;
- o) Unidade hospitalar de gestão de inscrites para cirurgia;
- p) Equipa de gestão de altas;
- q) Comissão do bloco operatório;
- r) Comissão transfusional;

A auditoria interna é um serviço, dirigido pelo auditor interno, a quem compete a avaliação dos processos de controlo interno e de gestão de riscos, nos domínios contabilístico, financeiro, operacional, informático e de recursos humanos, contribuindo para o seu aperfeiçoamento contínuo. A designação, competências e atividade do auditor interno regem-se pelo disposto no artigo 17.º dos Estatutos.

2. 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.

Nos termos do artigo 6º do decreto-lei n.º233/2005, de 29/12, os membros do conselho de administração são designados de entre individualidades que reúnam os requisitos previstos no Estatuto do Gestor Público e possuam experiência de gestão empresarial, preferencialmente na área da saúde, 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, tendo a nomeação do atual conselho de administração ocorrido a 15 de janeiro de 2015, pela Resolução n.º5 do Conselho de Ministros, sendo o mandato dos membros do conselho de administração para um período de três anos e é renovável, até ao máximo de três renovações consecutivas, permanecendo aqueles no exercício das suas funções até à designação dos novos titulares, sem prejuízo da renúncia a que houver lugar.

3. Caracterização da composição do Conselho de Administração.

Mandato (Início-Fim)	Cargo	Nome	Designação	Data	Remuneração	
			Forma ⁽¹⁾		Entidade Pagadora	(O/D) ⁽²⁾
2015-2017	Presidente	Dr. Manuel António L. Silva	Resolução do Conselho de Ministros n.º5/2015	15 de janeiro	IPO de Coimbra	Categoria de Origem
2015-2017	Vogal – Vogal Executivo	Dr. Carlos Manuel Gregório dos Santos				Gestor Público
2015-2017	Vogal – Diretora Clínica	Doutora Paula Cristina S. Dias Sanches Pinto Alves				Categoria de Origem
2015-2017	Vogal – Enfermeira Diretora	Enf.ª Maria Soledade Correia Neves				Gestor Público

Nos termos do art.º 6º dos Estatutos (anexo II ao DL. N.º 233/05, de 29/12, alterado pelo D.L. n.º 244/2012 de 9/11), o conselho de Administração dos Hospitais EPE, é composto por 1 Presidente e um máximo de 4 Vogais, sendo o órgão de fiscalização o Fiscal Único.

4. Distinção dos membros executivos e não executivos do Conselho de Administração³

O conselho de administração é composto por um Presidente e três membros executivos, não havendo nomeação de membros não executivos.

5. Elementos curriculares relevantes dos membros do Conselho de Administração

Presidente – Manuel António Leitão Silva

Nasceu a 29 de Janeiro de 1946 em Santo Tirso;

Licenciado em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra em 1975, com a classificação de Bom, 14 valores;

Especialista em Ginecologia desde 1982;

Especialista em Medicina Desportiva desde 1990;

Assessor do Diretor Clínico do Centro Regional de Oncologia de Coimbra do Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil (CROC--IPOFG) para a área das consultas externas, 1986-1988;

Diretor Clínico do CROC-IPOFG de 1991 a 1993 e de 1995 a 1997;

Presidente do Conselho de Administração da Administração Regional de Saúde do Centro no ano de 1994;

Responsável desde 1991 até à presente data pelo Registo Oncológico Regional da Região Centro;

Membro do Conselho Nacional de Oncologia;

Membro da Sociedade Portuguesa de Ginecologia;

Colaborou no ensino da cadeira de Epidemiologia, Prevenção e Rastreio do Cancro. Colaborou no Registo Oncológico da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (6º ano);

Coordenador Nacional para as Doenças Oncológicas, nomeado por Despacho do Gabinete da Ministra da Saúde, n.º 18120/2010 de 6 de dezembro de 2010 (DR; II n.º 235 de 06/12/2010). Cargo que exerceu entre julho de 2010 e dezembro de 2011;

Presidente do Conselho de Administração do IPO de Coimbra desde 1991 até à presente data.

Vogal – Carlos Manuel Gregório dos Santos

Nasceu a 29 de março de 1961, em Coimbra;

Licenciado em Direito, pela Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, em 8 de janeiro de 1985;

Curso de Administração Hospitalar, Escola Nacional de Saúde Pública, 1987-89;

Gestão e Economia da Saúde, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, 2005-2006;

XVIII Programa de Alta Direção de Instituições de Saúde (PADIS) da AESE. Escola de Direção e Negócios, setembro a dezembro de 2013, Porto, Portugal;

Leadership in Healthcare Delivery. Nova School of Business & Economics, fevereiro a junho 2005;

Diretor dos Serviços Financeiros do Centro Regional de Oncologia de Coimbra, entre 1990 e 2001;

Vogal Executivo do Conselho de Administração do Instituto Português de Oncologia de Coimbra, desde 2001.

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.

Integrou o Painel «Debate sobre as Novas Regras de Aprovação e Acesso aos Medicamentos: Ameaças e Oportunidades», no âmbito do VI Fórum Nacional sobre a Gestão do Medicamento em Meio Hospitalar – Acesso à Inovação”, Fundação Museu do Oriente, Lisboa, 8 de novembro de 2013.

Integrou o Corpo Docente do XIII Curso de Pós-Graduação em Regulação Pública e Concorrência, organizado pelo CEDIPRE – Centro de Estudos de Direito Público e Concorrência, Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, sob a Direção do Prof. Doutor Vital Moreira e Prof. Doutor Pedro Gonçalves, Coimbra, 25 de outubro a 14 de dezembro, 2013.

Comunicação apresentada nas VII Jornadas de Farmácia Hospitalar do Conselho do Colégio de Farmácia Hospitalar da Ordem dos Farmacêuticos.

Mesa Redonda «Política do Medicamento Hospitalar». Lisboa, Hotel Olisippo Oriente, 22 de fevereiro de 2014.

Gestão Hospitalar em Oncologia, Comunicação apresentada no 13º Congresso Nacional de Oncologia, da Sociedade Portuguesa de Oncologia, Alfândega, Porto, 15 de novembro de 2014.

Vogal – Paula Cristina Silva Dias Sanches Pinto Alves

Nasceu a 16 de dezembro de 1962, em Coimbra;

Licenciada em Medicina, pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC), em 1986;

Mestre em Engenharia Biomédica, pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, em maio 2002;

Doutorada em Ciências da Saúde, ramo de Medicina, Especialidade de Ciências Fisiológicas (Biofísica) pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; em Abril de 2015;

Programa «Leadership in Healthcare Delivery», Nova School of Business & Economics (janeiro a maio 2013);

Programa Educacional MANAGE – Modelos aplicados de economia, epidemiologia, gestão e direito em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa;

Curso «Contratualização nos Serviços de Saúde» - ACSS/APDH (março e abril 2014);

Curso de Codificação Clínica, Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa (outubro a novembro 2014);

Médica especialista em Radioterapia (desde 1993) a exercer no Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, E.P.E. (IPOCFG, E.P.E.);

Diretora do Serviço de Radioterapia do IPOCFG, E.P.E., desde 2010;

Diretora Clínica/Vogal do Conselho de Administração do IPOCFG, E.P.E., desde 2012 (Despacho n.º 8321/2012, 2ª série, n.º 119, de 21 de junho);

Docente da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra desde 1994 — assistente bioquímica I e II;

Tutora do 6.º ano médico para a Oncologia, desde 2010 (protocolo FMUC/IPOC);

Investigadora do grupo: «Tools for Clinical Imaging and Technology Transfer» — IBILI — Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.;

Participação na avaliação de projetos no âmbito do “Centro de Investigação em Meio Ambiente, Genética e Oncobiologia (CIMAGO)”;

Membro da Sociedade Portuguesa de Ginecologia (1994-2008);

Membro do Grupo de estudos para Tumores Hipofisários da Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo (desde 1998);

Membro do Grupo de Estudos de Pulmão (desde 1999);

Membro da Comissão Nacional para avaliação da capacidade instalada em Oncologia, na rede pública hospitalar (1997-1998);

Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, E.P.E.

Membro eleito da Direção do Núcleo de Radioterapia da Sociedade Portuguesa de Radiologia e Medicina Nuclear (1999-2003);

Membro da European Society for Therapeutic Radiology and Oncology (ESTRO) (desde 2002);

Membro da Sociedade Portuguesa de Pneumologia (desde 2008);

Adjunta da Direção Clínica do Centro Regional de Oncologia de Coimbra (CROC) (2001-2002);

Subdiretora para o ensino oncológico do CROC (2001-2002);

Diretora do Internato Médico do CROC (2001-2002);

Sócia fundadora e membro eleito da Direção da Sociedade Portuguesa de Radioterapia Oncologia (SPRO) (desde 2002);

Membro eleito do Conselho Regional do Centro da Ordem dos Médicos (2002-2004);

Membro eleito da Direção do Colégio de Radioterapia — Ordem dos Médicos (2000 -2005, 2009 -2012 e 2012 –(...));

Assessora do coordenador nacional para as Doenças Oncológicas (2010-2011);

Vogal da Direção da Sociedade Portuguesa de Oncologia (2012-2014);

Membro do Conselho Nacional de Oncologia (Despacho 10488/2013, DR, 2ª série, n.º 154, de 12 de agosto) (desde 2013);

Vogal da Direção da Associação Portuguesa de Neuro-Oncologia (desde 2013);

Elemento do Grupo de Trabalho para a revisão da Carta de Equipamentos Pesados da Saúde (Despacho n.º 3484/2013, DR, 2ª série, n.º 45, de 05 de março) (desde 2013);

Elemento do Grupo de Trabalho para a referenciação em Radioterapia/Oncologia (novembro 2014).

Representante do Ministério da Saúde no “Diretory of Radiotherapy Centres”, Agência Internacional de Energia Atómica (desde 2015).

Vogal – Maria da Soledade Correia Neves

Nasceu a 31 de dezembro de 1958, em Castelo Branco.

Tem como habilitações literárias o Curso Complementar dos Liceus, titular da cédula profissional da Ordem dos Enfermeiros n.º 25927;

Frequentou o curso de Enfermagem Geral, o curso de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, o curso de Estudos Superiores Especializados em Administração dos Serviços de Enfermagem e o XVIII Programa de Alta Direção de Instituições de Saúde (PADIS) da AESE, na Escola de Direção e Negócios;

Iniciou funções no IPOCFG, E.P.E., em setembro de 1981, como Enfermeira, sendo detentora da categoria de Enfermeira Chefe desde 1997;

Desempenhou funções nos Departamentos de Radioterapia e Oncologia Médica, nas Consultas Externas e no Serviço de Cuidados Paliativos;

Em 1994, no âmbito do conteúdo funcional de Enfermeira Chefe, colaborou na reestruturação e organização do Serviço de Oncologia Médica do IPOCFG, E.P.E.;

Em 2001, no âmbito das funções de Enfermeira Chefe, colaborou na implementação do Serviço de Cuidados Paliativos do IPOCFG, E.P.E.;

Em janeiro de 2003 foi nomeada Enfermeira Diretora. Cargo que desempenha atualmente como membro do Conselho de Administração do IPOCFG, E.P.E.;

Participou em inúmeras ações de formação, como formanda e como formadora, tendo como objetivo melhorar o desempenho e a qualidade dos cuidados de enfermagem.

Colaborou com o Hospital de Ponta Delgada na implementação do Serviço e Terapêutica por Quimioterapia e com diversas Comissões de Escolha a nível do IPOCFG, E.P.E. e a nível Nacional.

Integrou o Grupo Coordenador da Consulta Externa, a Comissão de Enfermeiros Auditores do IPOCFG, E.P.E., a Comissão de Humanização do IPOCFG, E.P.E. e o Grupo Coordenador do Projeto de Acreditação do KFHQS.

6. Declaração de cada um dos membros do órgão de administração 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.

Todos os membros do Conselho de Administração remetem às demais entidades referidas no artigo 52º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro a declaração de independência e inexistência de participação patrimonial ou relação suscetível de gerar conflito de interesses com a função desempenhada. Estas declarações são submetidas através do Sistema de Recolha de Informação Económico-Financeira (SIRIEF), ao qual as entidades referidas têm acesso.

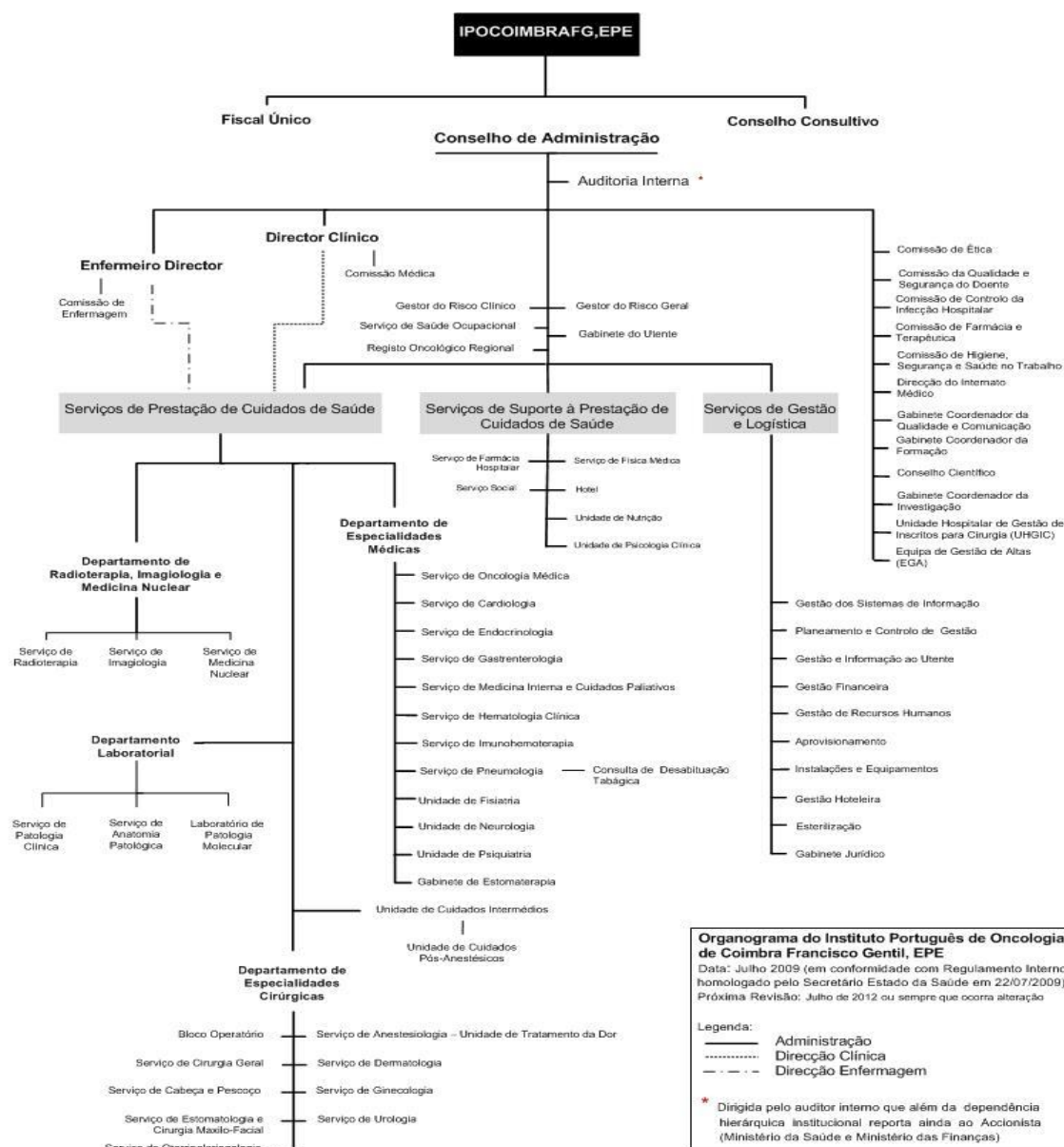
Todos os membros do Conselho de Administração declaram que se abstêm de intervir na aprovação de despesas por si realizadas, conforme declarações em anexo ao presente relatório.

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

Não aplicável. A totalidade do capital é detido a 100% pelo Estado.

8. Apresentação de organogramas relativos à repartição de competências entre os vários órgãos sociais, comissões e departamentos da entidade, incluindo delegação de competências.

A estrutura organizacional do IPO de Coimbra está caracterizada no organograma e detalhada no Regulamento Interno, é hierarquizada de acordo com as relações evidenciadas no organograma, assenta numa tipologia tripartida em Serviços de Prestação de Cuidados, Serviços de Suporte à Prestação de Cuidados e Serviços de Gestão e Logística, e constitui-se da seguinte forma:



As competências do conselho de administração estão definidas nos Estatutos (vidé artigo 7º do Anexo II do decreto-lei n.º244/2012, de 9/11), não obstante, no uso das suas competências legais, o conselho de administração deliberou delegar em 3 de fevereiro de 2015 (Ata n.º 5) as seguintes competências nos seus membros:

Presidente do Conselho de Administração, Dr. Manuel António L. Silva,

O artigo 8º dos Estatutos tem identificadas as competências do Presidente, tendo o conselho de administração deliberado o seguinte:

- A prática dos atos necessários ao exercício dos poderes pertencentes ao Conselho de Administração em situações que não excedam o valor ou a responsabilidade de 100 000,00€.
- Representar o Conselho de Administração na outorga dos contratos de trabalho.
- Na ausência ou impedimento do Vogal Executivo, assumir a responsabilidade pela coordenação e gestão corrente das matérias que nele estão delegadas.

Vogal Executivo, Dr. Carlos Manuel Gregório dos Santos:

O conselho de administração deliberou delegar as seguintes competências no Vogal Executivo:

- Em matéria de Recursos Humanos, a coordenação e a prática de todos os atos de gestão corrente, com exceção da abertura de procedimentos concursais para os

trabalhadores em regime de contrato de trabalho em funções públicas e da celebração de contratos individuais de trabalho, a termo certo, incerto ou por tempo indeterminado.

b) Visar as folhas de registo do trabalho suplementar e de prevenção, nos termos da autorização do Conselho de Administração para a sua realização e o seu processamento, bem como autorizar o processamento de ajudas de custo, quer aos colaboradores da instituição em serviço no exterior, quer as de colaboradores vinculados a outras instituições que prestem serviço ao IPO de Coimbra, EPE.

c) Em matéria económica e financeira, a coordenação e a gestão corrente dos serviços de gestão e logística previstos no artigo 50º do Regulamento Interno do IPO de Coimbra, EPE, a competência para autorizar despesas com a aquisição de bens e serviços até ao valor de 100 000,00€, bem como para praticar todos os atos subsequentes à escolha e início dos procedimentos concursais autorizados pelo Conselho de Administração acima deste valor, com exceção da aprovação de minutas e contratos.

d) As competências ora delegadas poderão ser subdelegadas nos diretores dos respetivos serviços, sob coordenação deste administrador.

e) A delegação de competências não exclui a competência do Conselho de Administração para deliberar sobre estas matérias nem exclui o dever do Vogal Executivo de manter informado aquele órgão de tudo quanto de relevante for objeto de decisão.

f) As competências ora delegadas poderão ser, a todo tempo, avocadas pelo Conselho de Administração sem dependência de qualquer formalidade.

Diretora Clínica, Paula Cristina S. Dias Sanches Pinto Alves tem as competências definidas no artigo 9º dos Estatutos.

Enfermeira Diretora, Maria Soledade Correia Neves tem as competências definidas no artigo 10º dos Estatutos, para além do conselho de administração ter delegado “Homologar as classificações de serviço do pessoal de enfermagem.”

9.Caracterização do funcionamento do Conselho de Administração, do Conselho Geral e de Supervisão e do Conselho de Administração Executivo

a) Número de reuniões realizadas e grau de assiduidade dos membros

No ano 2015 foram realizadas 51 reuniões de Conselho de Administração, sendo o grau de assiduidade de cada membro o seguinte:

Presidente – Dr. Manuel António L. Silva – 48 presenças

Vogal Executivo – Dr. Carlos Santos – 48 presenças

Diretora Clínica – Dra. Paula Alves – 46 presenças

Enfermeira Diretora – Maria Soledade Neves – 47 presenças

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

Membro do Órgão de Administração	Acumulação de Funções		
	Entidade	Função	Regime
Paula Cristina Silva Dias Sanches Pinto Alves	Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra	Docente	Público

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;

A avaliação de desempenho dos membros do Conselho de Administração está prevista na carta de missão⁴ bem como nos objetivos qualitativos e quantitativos do contrato programa. Os objetivos de gestão são os que constam do nível de produção definido no contrato programa e ainda dos objetivos de qualidade e eficiência, dividindo-se estes entre objetivos nacionais e regionais, nos domínios do acesso, desempenho assistencial e desempenho económico-financeiro.

O grau de cumprimento dos objetivos de gestão para o exercício de 2015 situou-se nos 90,5%.

d) Comissões⁵ existentes no órgão de administração. 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 cariz consultivo e estão previstas no Regulamento Interno e identificadas no presente documento (ponto B-1). Destas apenas a Comissão Farmácia e Terapêutica, a Comissão de Qualidade e Segurança do Doente, Comissão Médica e a Comissão de Enfermagem incluem elementos do órgão de Administração.

1. Comissão Médica

Competências da Comissão Médica de acordo com o art.24º do Regulamento:

- a) Elaborar e propor instrumentos de acompanhamento e avaliação da atividade clínica, nos aspetos relacionados com o exercício da medicina e a formação dos médicos;
- b) Propor medidas e instrumentos de compatibilização dos planos de ação dos departamentos e serviços de prestação de cuidados de saúde;
- c) Acompanhar a execução dos planos de ação dos departamentos e serviços de prestação de cuidados de saúde e propor as medidas corretivas necessárias;
- d) Propor orientações clínicas relativas à prescrição de medicamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica;
- e) Elaborar e propor protocolos clínicos adequados às patologias mais frequentes;
- f) Elaborar e propor instrumentos de garantia da qualidade técnica dos cuidados de saúde prestados pelo IPOCFG, E.P.E., nomeadamente, através de auditorias clínicas internas, avaliar os seus resultados e propor as medidas corretivas adequadas;
- g) Acompanhar as avaliações externas bem como as atividades relacionadas com os processos de acreditação do IPOCFG, E.P.E., determinados pelo conselho de administração no que respeita aos departamentos e serviços de prestação de cuidados de saúde.

Elementos da Comissão Médica:

- | | |
|--------------------------------|--------------------------|
| a) Doutora Paula Alves | m) Dr. Amílcar Sismeiro |
| b) Dra. Helena Gervásio | n) Dr. Manuel Sereijo |
| c) Dr. Óscar Vilão | o) Dr. José Eufrásio |
| d) Dra. Lourdes Barradas | p) Dr. Arnaldo Guimarães |
| e) Dra. Ana Teresa Cadime | q) Dr. Paulo Freitas |
| f) Dr. Fernando Rodrigues | r) Dra. Anabela Costa |
| g) Dra. Emília Albuquerque | s) Dr. Idílio Gomes |
| h) Dra. Carla Gomes | t) Dr. Gilberto Melo |
| i) Dra. Cristina Oliveira | u) Dr. Frederico Valido |
| j) Dra. Élia Moura Guedes | v) Dr. Paulo Figueiredo |
| k) Dr. Carlos Cruz | w) Dr. João Neto |
| l) Dra. Isabel Cristina Ferrão | |

2. Comissão de Farmácia e Terapêutica

Competências da Comissão de Farmácia e Terapêutica de acordo com o art.22º do Regulamento:

⁴ Não está assinada pela Tutela

⁵ Que incluam ou tenham a participação de elementos do órgão de administração ou supervisão.

- a) Acompanhar o cumprimento do formulário nacional de medicamentos e elaborar as adendas privativas de aditamento ou de exclusão ao formulário em uso no IPOCFG, E.P.E.;
- b) Proceder ao controlo das substâncias e preparações de psicotrópicos e de estupefacientes, nos termos da legislação aplicável;
- c) Propor ao conselho de administração critérios de utilização de medicamentos;
- d) Exercer uma ação de farmacovigilância relacionada com o despiste de interações, de incompatibilidades e de reações adversas aos medicamentos, registando e divulgando os seus resultados;
- e) Pronunciar-se sobre a correção da terapêutica, com respeito pelas regras deontológicas;
- f) Apreciar, globalmente e por serviços, os custos em medicamentos das terapêuticas utilizadas.

Elementos da Comissão de Farmácia e Terapêutica:

- a) Doutora Paula Alves
- b) Dra. Ana Filipa Pais
- c) Dra. Clementina Varela
- d) Dra. Ana Cristina Teles
- e) Dra. M^a José Nabais

3. Direção de Enfermagem

Competências da Comissão de Enfermagem de acordo com o art.25º do Regulamento:

- a) Colaborar na definição dos padrões de cuidados de enfermagem e de indicadores de avaliação desses cuidados;
- b) Colaborar na monitorização dos aspetos técnicos do exercício da enfermagem;
- c) Colaborar na definição das políticas ou diretivas de formação e investigação em enfermagem, e acompanhar a execução dessas políticas.

Elementos da Direção de enfermagem:

- a) Enf. Soledade Neves
- b) Enf. Conceição Mineiro
- c) Enf. Conceição Cruz
- d) Enf. Conceição Craveiro
- e) Enf. M^a Carmo Flores
- f) Enf. Dulce Helena Carvalho
- g) Enf. Isabel Morais
- h) Enf. Manuel Jorge Santos
- i) Enf. Helena Pereira
- j) Enf. Filomena Monteiro
- k) Enf. Carlos Góis
- l) Enf. João Moreira
- m) Enf. António Coelho

4. Comissão de Qualidade e Segurança do Doente

De acordo com o art.37-Aº do Decreto-Lei 239/2015 de 14/10 compete à Comissão de Qualidade e Segurança do Doente, a promoção, monitorização, facilitação e integração de todas as atividades previstas na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde e do Plano Nacional para a Segurança do Doente.

Elementos da Comissão de Qualidade e Segurança do Doente:

- a) Doutora Paula Alves
- b) Dra. Cristina Oliveira
- c) Dra. M^a José Nabais

- d) Dra. Graça Rigueiro
- e) Dr. Rui Silva
- f) Dr. Fernando Sousa
- g) Enf. Rodrigo Nunes
- h) Dr. António Neves

C. Fiscalização

1. Identificação do Órgão Fiscalização correspondente ao Modelo Adotado

Nos termos do artigo 15º dos Estatutos o órgão de fiscalização é o Fiscal Único.

Mandato	Cargo	Identificação SROC/ROC			Designação			Nº de Anos de Funções exercidas no Grupo	Nº de Anos de Funções exercidas na Entidade
		Nome	Nº Inscrição na OROC	Nº Registo na CMVM	Forma	Data	Contratada		
2012/2014	Efetivo	Cravo, Fortes, Antão & Associados SROC, Representado por Dr. Avelino Azevedo Antão, ROC n.º 589	87	2977	Despacho MEF n.º 1212/2012	27-jul		4	4
	Suplente	Carlos Teixeira, Noé Gomes & Associados, SROC representado por Dr. Carlos Manuel Duarte Teixeira, ROC n.º 541	28	4681					

2. Identificação dos Membros

Fiscal Único Efetivo: Cravo, Fortes, Antão & Associados, SROC n.º 87. Representado por Dr. Avelino Azevedo Antão, ROC n.º 589.

Fiscal Único Suplente: Carlos Teixeira, Noé Gomes & Associados, SROC n.º 28. Representada por Dr. Carlos Manuel Duarte Teixeira, ROC n.º 541.

Nomeados pelo Despacho do MEF n.º 1212/2012, de 27/07 para o período de 2012 a 2014. Cessado o mandato o fiscal único mantém-se em funções até à designação de novo titular ou à declaração ministerial de cessação de funções conforme o n.º7 do art 15º dos Estatutos.

O Despacho do Secretário de Estado do Tesouro e Finanças n.º 1212/12, de 27 de julho, nomeou os fiscais únicos e determinou a remuneração anual ilíquida, passando a corresponder ao limite máximo de 22,5% da quantia correspondente a 12 meses do vencimento mensal ilíquido atribuído, nos termos legais, ao presidente do conselho de administração do IPO de Coimbra, sem prejuízo do previsto no n.º1 do artigo 12º da Lei n.º12-A/2010, de 30 de junho, no artigo 19º da Lei n.º55-A/2010, de 31 de dezembro, e das reduções futuras que vierem a ser legalmente definidas.

Nome	Remuneração Anual 2015			
	Bruta (1)	Redução Remuneratória (2)	Reversão Remuneratória (3)	Valor Final (4) (4)= (1)-(2)+(3)
Cravo, Fortes, Antão & Associados SROC, Representado por Dr. Avelino Azevedo Antão, ROC n.º 589	12.831,89	1.828,67	211,85	11.215,07

3. Elementos Curriculares dos Membros

Elementos curriculares do Fiscal Único:

Dr. Avelino Azevedo Antão

Nasceu a 11 de abril de 1957.

Mestrado em Contabilidade e Finanças Empresariais (Universidade Aberta)

Pós-Graduação Avançada em Direito Fiscal (Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa)

Pós-Graduação em Contabilidade e Finanças Empresariais (Universidade Aberta)

Revisor Oficial de Contas e Sócio-gerente da CFA – Cravo, Fortes, Antão & Associados, SROC, Lda.

Membro inscrito na Ordem dos Revisores Oficiais de Contas com o nº 589, em 26/04/1988

Membro inscrito na Ordem dos Técnicos Oficiais de Contas com o nº 26525

Presidente do Conselho Técnico da Ordem dos Técnicos Oficiais de Contas

Membro da Comissão de Revisão das Normas Internacionais de Contabilidade

Docente da Universidade de Aveiro (área de especialização – fiscalidade)

Membro Efetivo da Comissão de Normalização Contabilística

Membro do Gabinete de Estudos da Ordem dos Técnicos Oficiais de Contas

4. Caracterização de Funcionamento do Órgão de Fiscalização

O fiscal único tem as competências, os poderes e os deveres estabelecidos na Lei e nos Estatutos (artigo 16º). Ao fiscal único compete, especialmente:

- a) Verificar a regularidade dos livros, registos contabilísticos e documentos que lhe servem de suporte;
- b) Dar parecer sobre o relatório de gestão do exercício e certificar as contas;
- c) Acompanhar com regularidade a gestão através de balancetes e mapas demonstrativos da execução orçamental;
- d) Manter o conselho de administração informado sobre os resultados das verificações e dos exames a que proceda;
- e) Propor a realização de auditorias externas quando tal se mostre necessário ou conveniente;
- f) Pronunciar -se sobre qualquer outro assunto em matéria de gestão económica e financeira que seja submetido à sua consideração pelo conselho de administração;
- g) Dar parecer sobre a aquisição, arrendamento, alienação e oneração de bens imóveis;
- h) Dar parecer sobre a realização de investimentos e a contração de empréstimos;
- i) Elaborar relatórios da sua ação fiscalizadora, incluindo um relatório anual global;
- j) Pronunciar-se sobre assuntos que lhe sejam submetidos pelo conselho de administração, pelo Tribunal de Contas e pelas entidades que integram o controlo estratégico do sistema de controlo interno da administração financeira do Estado;
- k) Verificar se os critérios valorimétricos adotados pelo hospital E. P. E. conduzem a uma correta avaliação do património e dos resultados.

a) Nº de Reuniões e Assiduidade

Não Aplicável.

b) Cargos exercidos em simultâneo

Não Aplicável.

c) Procedimentos e critérios aplicáveis à intervenção do Órgão de Fiscalização para efeitos de contratação de serviços adicionais ao auditor externo

Não Aplicável.

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

Não Aplicável.

D.Revisor Oficial de Contas (ROC)

Não aplicável.

E.Auditor Externo

1. Identificação do Auditor Externo

O IPO de Coimbra não tem um auditor externo com carácter continuado.

Em 2015, no âmbito do Despacho do Ministro da Saúde n.º 13/2015, de 28 de maio, a SPMS despoletou um procedimento centralizado para aquisição de serviços de auditorias financeiras ao exercício económico de 2014, tendo sido contratada a Sociedade de Revisores Oficiais de Contas Ribeiro, Pires, Sousa & Associados.

O valor do contrato foi de 9.000 € (acrescido de IVA), no entanto, 20% do valor foi faturado apenas em 2016 nos termos do contrato.

Identificação SROC/ROC			Contratação		Remuneração Anual 2015			
Nome	Nº Inscrição na OROC	Nº Registo na CMVM	Data	Período	Bruta (1)	Redução Remuneratória (2)	Reversão Remuneratória (3)	Valor Final (4) (4)= (1)-(2)+(3)
Ribeiro, Pires, Sousa & Associados, SROC	90	316	28-05-2015	2014	11.070,00	NA	N/A	11.070,00

Este serviço teve um carácter excepcional não estando previsto a existência de um Auditor Externo na Instituição.

2.- Política e periodicidade da rotação do auditor externo

Não Aplicável, Não se encontra previsto a existência de um Auditor Externo.

3.- Identificação de trabalhos, distintos dos de auditoria, realizados pelo auditor externo

Não Aplicável, Não se encontra previsto a existência de um Auditor Externo

4.- Montante da remuneração anual paga pela entidade em relação de domínio ou de grupo ao Auditor

Não Aplicável. Não se encontra previsto a existência de um Auditor Externo.

VI. Organização Interna

A. Estatutos e Comunicações

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

Os Estatutos do IPO de Coimbra foram aprovados pelo decreto-lei 233/2005, de 29 de Dezembro, alterado e republicado pelo decreto-lei 244/2012, de 9 de Novembro, e correspondem ao anexo II do diploma.

De acordo com o art. 36º do Decreto-Lei 133/2013 a alteração dos estatutos de uma entidade pública empresarial é efetuada através de Decreto-Lei devendo os projetos de alteração ser devidamente fundamentados e aprovados pelo titular da função acionista.

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

Em conformidade com o n.º1 do artigo 17º-A do decreto-lei 233/2005, de 29 de Dezembro, alterado e republicado pelo decreto-lei 244/2012, de 9 de Novembro, o IPO de Coimbra dispõe de um sistema de controlo interno e de comunicação de irregularidades (SCII) aprovado pelo Conselho de Administração em 13 de Junho de 2013, e divulgado na intranet Institucional.

A política de comunicação de Irregularidades do IPO de Coimbra encontra-se regulamentada através deste sistema (SCII), tratando-se de uma mecanismo de garantia do IPO de Coimbra com a missão de assegurar a gestão das exposições apresentadas pelos cidadãos e colaboradores que denunciem atos contrários ao respeito pelas disposições legais e regulamentares aplicáveis, bem como pelas normas profissionais e deontológicas aplicáveis, pelas regras internas e estatutárias, regras de conduta e de relacionamento, orientações tutelares e recomendações aplicáveis de entidades externas.

O SCII é coordenado por um único elemento designado pelo Conselho de Administração, a quem compete o tratamento das exposições rececionadas pelos diferentes canais colocados à disposição (correio postal, eletrónico, meios disponibilizados pela legislação e regulamentação específica (livros de reclamações) ou por modelo próprio disponibilizado pelo IPO de Coimbra).

Todas as exposições de irregularidades apresentadas ao IPO de Coimbra, são registadas, objeto de tratamento específico, de deliberação fundamentada do Conselho de Administração, oportunamente comunicada ao exponente e aos diretores dos serviços visados, e em caso aplicável de comunicação às autoridades competentes.

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

De acordo com a recomendação do Conselho de Prevenção de Corrupção (CPC), de 1/7/2009, o Conselho de Administração do IPO de Coimbra aprovou em 21 de Dezembro de 2010 o 1º Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PPRCIC) da Instituição.

Em 10/4/2013 foi aprovado o 2º Relatório de Execução do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas da Instituição, bem como a 3ª versão do PPRCIC.

Em 27/5/2014 foi aprovado o 3º Relatório de Execução do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas da Instituição, bem como a 4ª versão do PPRCIC que, de acordo com a recomendação Nº 1/2010 de 7/4/2010 do Conselho de Prevenção da Corrupção, que se encontra disponível para consulta no sítio da internet do IPO de Coimbra.

Foi proposto pelo Auditor Interno uma revisão geral do PPRCIC, assente numa auditoria geral de verificação do cumprimento das recomendações do Conselho de Prevenção da Corrupção.

A referida ação de verificação faz parte do Plano de Auditoria Interna de 2016, estando calendarizada para o 1º trimestre de 2016, pelo que o Relatório de Execução relativo aos anos de 2014 e 2015 materializar-se-á nesta auditoria.

<http://www.croc.min-saude.pt/NR/rdonlyres/405DBE6A-6979-482F-BC9E-5434FD19A44C/27406/Planoprevencaoriscoscorrupcaoinfracoes.pdf>

B. Controlo interno e gestão de riscos

1. Existência de um Sistema de Controlo Interno (SCI) compatível com a dimensão e complexidade da entidade.

O “Sistema de Controlo Interno” resulta de um largo conjunto de disposições constantes dos Estatutos, do Regulamento Interno, dos regulamentos dos órgãos de administração, de apoio técnico e de consulta, dos serviços e das demais instâncias organizacionais, bem como dos procedimentos estabelecidos que definem os modelos e as formas de atuação destinados a assegurar a consecução das políticas e dos objetivos organizacionais e a satisfação equilibrada dos direitos e expectativas de todos os interessados e destinatários *stakeholders*. Além disso, o “bom governo” de cada organização implica atenção permanente à evolução económica e social o que exige versatilidades de adaptação organizacional.

Neste quadro, o sistema de controlo interno é insuscetível de se confinar em qualquer conjunto específico de “normas de controlo interno aprovadas e implementadas” face à diversidade de disposições abrangidas e à dinâmica própria que o “bom governo” da organização exige.

Ao nível do controlo interno foi elaborado um Manual que sistematiza os procedimentos administrativos e contabilísticos nas seguintes áreas: Produção, Logística, Faturação, Contabilidade Geral/Orçamental /Analítica, Gestão de Imobilizado, Gestão de Compras, Gestão de Contas a Pagar, Gestão de Recursos Humanos, Gestão de Contas a Receber, e Gestão de Tesouraria. Em qualquer uma das áreas está previsto uma adequada segregação de funções com adaptações do sistema informático de modo a que estas sejam efetivas.

Este manual foi aprovado pelo Conselho de Administração em 17 de janeiro de 2011, tendo sido auditado pela Inspeção-Geral de Finanças, que se referiu à existência de “um sistema de controlo interno que globalmente merece uma apreciação muito positiva nas várias áreas analisadas.”

Ao nível do controlo interno de irregularidades, o artigo 17-A dos Estatutos, publicado pelo decreto-lei n.º244/2012, de 9 de novembro, veio introduzir regulamentação, atribuindo ao conselho de administração a responsabilidade na sua implementação e ao auditor interno a responsabilidade pela sua avaliação, este Regulamento encontrasse aprovado desde 13/6/2013.

O controlo interno e a gestão de riscos existentes estão adequados à dimensão e complexidade da organização.

2. Auditoria interna

Nos termos do n.º 1 do artigo 17º do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 244/2012, de 9 de Novembro, é da competência do Auditor Interno proceder ao controlo interno nos domínios contabilístico, financeiro, operacional, informático e de recursos humanos.

Compete ao Auditor Interno a elaboração de um Plano Anual de Auditoria e o seu trabalho tem como objetivo a apresentação ao Conselho de Administração de análises, recomendações e relatórios de execução (n.º 2 do artigo 17º do Decreto-Lei n.º 233/2005 alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 244/2012).

Auditor Interno – João André Viana de Lemos matos dos Santos

O projeto de trabalho da Auditoria Interna para o ano de 2015 ficou suportado em 15 de Fevereiro de 2015 com a aprovação, por parte do Conselho de Administração, do Plano Anual de Auditoria Interna.

O Plano e o seu cronograma sofreram algumas alterações como consequência de algumas reprogramações surgidas durante o trabalho de campo das auditorias realizadas.

Ao longo do exercício foram efetuadas 5 auditorias, designadamente:

- Auditoria ao Encerramento de Contas;
- Auditoria ao Sistema de Requisições Internas do IPO de Coimbra;
- Auditoria ao Sistema de Requisições de MCDT Imagiológicos do IPO de Coimbra;
- Auditoria ao Sistema de Requisições Internas do SIE e Elaboração de Folhas de Obra.
- Auditoria ao Inventário de Final de Exercício do IPOCFG

Abrangendo a totalidade das áreas indicadas no Plano de Auditoria, os relatórios foram aprovados pelo Conselho de Administração, encontrando-se as recomendações implementadas ou em processo de implementação.

3.- Plano estratégico e de política de risco da entidade

Ao nível da gestão do risco, o IPO de Coimbra tem aprovado o seu Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PGRCIC), tendo o mesmo sido revisto em maio de 2014, dando assim cumprimento ao estabelecido na Recomendação n.º1/2009 do Conselho de Prevenção da Corrupção.

Neste documento, a perspetiva adotada, não incide no detalhe exaustivo dos procedimentos, por atividade de risco em cada uma das áreas de análise, mas sim na identificação das áreas chave a monitorizar, nos riscos de atividade associados a cada uma delas, e principalmente nas medidas e nos referenciais de controlo interno a aplicar, abrangendo também os riscos operacionais e técnico-financeiros.

4.- Relação de Dependência hierárquica da Auditoria Interna

O Serviço de Auditoria Interna, tal como dispõe o nº 13 do artigo 17º dos Estatutos aprovados pelo decreto-lei 233/2005, de 29 de Dezembro, alterado e republicado pelo decreto-lei 244/2012, de 9 de Novembro depende organicamente do Presidente do Conselho de Administração.

5.- Outras áreas funcionais com competências no controlo de riscos

O IPO de Coimbra tem constituída a Comissão de Gestão de Risco que tem por objetivo geral minimizar o risco, garantindo a todos os profissionais, utentes e utilizadores do “campus hospitalar” a respetiva prestação de trabalho, de cuidados e de utilização, em condições de segurança, higiene e de proteção da saúde.

Para o efeito a Comissão de Gestão de Risco abrange dois tipos de risco:

- Gestão do Risco Não Clínico
- Gestão do Risco Clínico

Gestão do Risco Não Clínico

A Gestão do Risco Não Clínico, define-se pelo operacionalizar de um conjunto de ações que visam prevenir, identificar e minimizar as ocorrências adversas, decorrentes da atividade profissional, que ocasionem danos na saúde física ou psicológica dos colaboradores a todos os níveis da Instituição, através de uma abordagem sistemática de todos os Serviços da Instituição.

Gestão do Risco Clínico

Riscos a que um doente fica sujeito quando é admitido numa instituição para diagnóstico/ tratamento/ seguimento e que se deseja que seja o mais reduzido possível (ou nulo). Uma adequada gestão do risco potencia uma prestação de cuidados de saúde num ambiente mais seguro para doentes e colaboradores. Neste contexto, é necessário o envolvimento de todos os intervenientes, numa perspetiva pró ativa e reativa, quer através da adoção de comportamentos preventivos e da perceção dos riscos presentes na sua atividade diária, quer através do reporte de todos os incidentes ou acidentes, com vista à criação de uma cultura de aprendizagem pelo erro.

A Comissão de Gestão do Risco é composta pelos seguintes elementos:

- Diretor (a) do Serviço de Saúde Ocupacional
- Diretor (a) do Serviço de Instalações e Equipamentos
- Diretor (a) do Serviço de Gestão de sistemas de Informação
- Responsável nomeado pelo CA para a Área da Emergência Clínica
- Responsável nomeado pelo CA para a Área da Gestão dos Resíduos Hospitalares
- Responsável nomeado pelo CA para a Área da Radioproteção
- Responsável nomeado pelo CA para a Área da Segurança Interna
- Responsável nomeado pelo CA para a Área da Gestão do Risco Geral
- Responsável nomeado pelo CA para a Área da Segurança Hospitalar – Incêndios
- Responsável nomeado pelo CA para a Área da Gestão do Risco Clínico
- Técnico Superior de Saúde e Segurança no Trabalho

6.- Principais tipos de risco a que a entidade se expõe

Os principais riscos a que a entidade se expõe encontram-se discriminados no Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas, podendo ainda ser elencados outros cujo controlo institucional seja de maior dificuldade, tais como o subfinanciamento, um aumento súbito das necessidades de cuidados de saúde por parte da população ou a obsolescência do parque tecnológico.

7.- Processo de identificação, avaliação, acompanhamento, controlo, gestão e mitigação de riscos

A classificação dos riscos e infrações conexas identificados é em função da probabilidade da ocorrência dos mesmos (PO) e em função da gravidade por Grupo de Risco, seja ele Económico-Financeiro (REF) ou Técnico-Operacional (RTO). Em qualquer um dos casos, a classificação é efetuada segundo uma escala de risco fraco (F), risco moderado (M) e risco elevado (E).

Neste documento, que é do conhecimento de toda a organização, estão identificados os principais riscos económicos, financeiros e operacionais.

Periodicamente e de forma continuada, é realizada a avaliação da eficácia e eficiência dos procedimentos de controlo interno implementados, onde serão incluídas as atividades de acompanhamento e avaliação deste plano.

Em cada exercício existe um relatório de execução que resultará numa versão revista do Plano.

8.- Principais elementos do SCI e de gestão de risco implementados na entidade relativamente ao processo de divulgação de informação financeira

No mesmo Plano está identificado o processo de identificação, avaliação, acompanhamento, controlo, gestão e mitigação de riscos. A estrutura do plano encontra-se dividida em áreas de atuação que por sua vez se subdividem em atividades potencialmente geradoras de risco, por último estas atividades são especificadas e classificadas. São ainda identificadas as medidas de prevenção adotadas e o seu grau de implementação bem como os manuais de políticas internas, que lhe estão associadas.

Periodicamente e de forma continuada, é realizada a avaliação da eficácia e eficiência dos procedimentos de controlo interno implementados, onde serão incluídas as atividades de acompanhamento e avaliação deste plano.

A informação financeira é preparada segundo as normas e princípios previstos no Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde. A divulgação da mesma é precedida de auditorias internas e externas que contribuem para assegurar a fiabilidade das mesmas.

Paralelamente, os sistemas de informação incorporam mecanismos de validação nos processos internos das operações, contribuindo para mitigar erros. A segregação de funções presente nos processos funciona como um mecanismo de controlo interno que resulta numa maior segurança na preparação da informação financeira.

A informação financeira é divulgada mensalmente, trimestralmente e anualmente às entidades de tutela e de controlo financeiro, quer do Ministério da Saúde, quer do Ministério das Finanças; sendo ainda remetido ao Tribunal de Contas o Relatório e Contas da entidade.

C. Regulamentos e Códigos

1.Regulamentos internos aplicáveis e regulamentos externos a que a entidade está legalmente obrigada.

Por força do Decreto-Lei n.º 233/2005 de 29 de Dezembro, o IPO de Coimbra reveste a natureza de Entidade Pública Empresarial (EPE), e como refere este diploma legal no n.º 2, do Artigo 5º, do Capítulo II "...os hospitais EPE regem-se pelo regime jurídico aplicável às entidades públicas empresariais, com as especificidades previstas no presente decreto-lei e seus Estatutos constantes dos anexos I e II, bem como nos respetivos regulamentos internos e nas normas em vigor para o Serviço Nacional de Saúde que não contrariem as normas aqui previstas."

O IPO de Coimbra é uma pessoa coletiva de direito público de natureza empresarial, dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, regendo-se nos termos da Legislação aplicável ao Sector Empresarial do Estado⁶.

O Hospital rege-se ainda pelos seus Estatutos (patentes no Decreto-Lei nº 233/2005, alterado e republicado pelo decreto-lei n.º 244/2012, de 9 de Novembro), bem como pelo normativo em

⁶ Decreto-Lei nº 558/99, de 17 de Dezembro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei nº 300/2007, de 23 de Agosto.

vigor para o Serviço Nacional de Saúde, em particular a Lei de Bases da Saúde aprovada pela Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro. Os Estatutos definem a orgânica ao nível dos órgãos sociais (conselho de administração e o órgão de fiscalização); o auditor interno e demais comissões, bem como as respetivas competências e as obrigações ao nível de avaliação, controlo e prestação de contas.

Além deste enquadramento legal “externo”, o IPO de Coimbra desenvolveu internamente alguns documentos orientadores da sua atividade. De seguida é feita referência aos regulamentos considerados mais relevantes, com uma sumária descrição dos seus principais objetivos:

- **Regulamento Interno** – É o documento orientador na organização e funcionamento do IPO de Coimbra por excelência. Com a passagem da Instituição para o estatuto de entidade pública empresarial, houve necessidade de elaborar um novo regulamento interno que espelhasse esta nova realidade. A publicação do Decreto-Lei n.º 244/2012, de 9 de Novembro, introduziu alterações ao Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro, estabelecendo o artigo 7º que os respetivos regulamentos internos deverão ser adaptados e submetidos a homologação do membro do Governo responsável pela área da saúde. Nesta data, o IPO de Coimbra já adaptou o seu regulamento interno e submeteu o mesmo à homologação;

<http://www.croc.min-saude.pt/NR/rdonlyres/630D449B-8E33-440C-8E6B-6AF4F719908E/17647/RegulamentoInterno2.pdf>

- **Regime de Recrutamento e Seleção** – Assume-se como o instrumento orientador nos procedimentos de recrutamento e seleção dos recursos humanos correspondendo às exigências contidas no artigo 14º do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro;
- **Regulamento de aquisição ou locação de bens, serviços e empreitadas de obras** Pretende estabelecer as normas relativas aos procedimentos prévios à contratação para a aquisição de bens e serviços e de empreitadas de obras com o objetivo de cumprimento dos princípios gerais da concorrência, transparência e boa gestão, bem como a fundamentação das decisões a tomar nesta matéria;
- **Regulamento da Comissão de Ética** – Contém as normas que definem a natureza, constituição, competência e funcionamento da Comissão de Ética, destinada a zelar pela observância de padrões de ética no exercício das ciências médicas na prestação de cuidados de saúde e no exercício profissional dos respetivos funcionários e agentes;
- **Regulamento de Incentivos ao Desempenho** – Documento que contém o enquadramento normativo, legal e regulamentar, que dá suporte ao processo de contratualização interna, definindo os critérios e pressupostos de atribuição de incentivos/prémios ao desempenho, como alavanca para a elevação dos níveis de eficiência e qualidade através do envolvimento e implicação dos profissionais nos objetivos estratégicos;
- **Outros Regulamentos:**
 - Regulamento *Post Mortem*;
 - Regulamento de Assistência Espiritual e Religiosa;
 - Regulamento do Gabinete do Utente (incluindo os Procedimentos respeitantes às reclamações, sugestões e elogios);
 - Regulamento do Sistema de Comunicação de Irregularidades.
<http://www.croc.min-saude.pt/NR/rdonlyres/405DBE6A-6979-482F-BC9E-5434FD19A44C/30083/RegSistemaComunica%C3%A7%C3%A3oIrregularidades.pdf>

2. Código de ética.

O IPO de Coimbra tem previsto no seu Regulamento Interno a Comissão de Ética, em funcionamento desde 8 de março de 1990.

O Código de Ética está aprovado desde 1 de junho de 2010 e enuncia o compromisso ético do IPO de Coimbra, nas vertentes, organizacional e funcional, perante o Estado, entidades reguladoras, utentes, colaboradores, voluntários, fornecedores, bem como perante a comunidade social em geral e o meio ambiente.

Constitui igualmente um referencial ético a que devem corresponder as atitudes e comportamentos dos titulares dos órgãos de administração, dos dirigentes e demais colaboradores. Este documento pode ser consultado em:

<http://www.croc.min-saude.pt/NR/rdonlyres/9D00C5A8-7D1D-43A7-ACAB-BC99AFEDA21A/18574/CódigodeÉticadolPOdeCoimbra.pdf>

3.Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas

O PPRCIC aplica-se aos membros dos órgãos sociais, ao pessoal com funções de chefia e a todos os trabalhadores e colaboradores do IPO de Coimbra. A responsabilidade pela implementação, execução e avaliação do Plano cabe ao Conselho de Administração e a todo o pessoal com funções de chefia.

http://www.croc.min-saude.pt/Hospital/Modelo+de+Governo/?sm=1_5

Por outro lado, e no âmbito da monitorização dos riscos relevantes assumidos pelo Hospital, e da concomitante necessidade de proceder à monitorização anual da execução do PGRCIC prevista igualmente pelas recomendações do Conselho de Prevenção e Corrupção, decorre a elaboração do Relatório Anual sobre a execução do PGRCIC.

D. Deveres especiais de informação

O IPO de Coimbra efetua o envio da informação prevista na RCM N.º 49/2007, de 28 de março, (Princípios de bom governo das empresas do Sector Empresarial do estado) no portal das empresas do SEE, reportando previamente essa informação e a sua atualização à DGTF.

O IPO de Coimbra cumpre as normas e procedimentos definidos para a submissão de informação no Sistema de Recolha de Informação Económica e Financeira (SIRIEF), de acordo com calendário definido pela DGT/IGF.

Ainda no âmbito da elaboração dos diversos documentos de suporte ao planeamento da atividade do IPO de Coimbra (caso dos Planos de Atividades e Orçamento e Relatórios de Gestão, por exemplo) são, de igual forma, seguidas as orientações e os objetivos definidos, para esse efeito, pela DGTF e pela ACSS, IP, designadamente, das instruções sobre a elaboração dos instrumentos previsionais de gestão e dos instrumentos de prestação de contas, que têm de ser observadas aquando da elaboração dos referidos documentos.

1.Indicação da plataforma utilizada para cumprimento dos deveres de informação a que a entidade se encontra sujeita

Deveres de informação:	Plataforma utilizada:
Prestação de garantias financeiras ou assunção de dívidas ou passivos de outras entidades, mesmo nos casos em que assumam organização de grupo	Plataforma utilizada é o Relatório e Contas bem como a sua publicitação no site do IPOC e no SIRIEF.
Grau de execução dos objetivos fixados, justificação dos desvios verificados e indicação de medidas de correção aplicadas ou a aplicar	Plataforma utilizada é o Relatório e Contas e outras plataformas onde se procede à sua divulgação.
Planos de atividades e orçamento, anuais e plurianuais, incluindo os planos de investimento e as fontes de financiamento	Integra o Contrato Programa, bem como os acordos modificativos anuais, sendo publicitado no site da ACSS.
Orçamento anual e plurianual	Integra o Contrato Programa, bem como os acordos modificativos anuais, sendo publicitado no site da ACSS.
Documentos anuais de prestação de contas	As plataformas utilizadas para divulgação do Relatório e Contas são o site do IPO Coimbra, ACSS, SIRIEF e Tribunal de Contas
Relatórios trimestrais de execução orçamental acompanhados dos relatórios do órgão de fiscalização	A plataforma utilizada é o SIRIEF.

Os documentos de prestação de contas anuais do IPO de Coimbra encontram-se disponíveis no sítio oficial da entidade, em:

http://www.croc.min-saude.pt/Hospital/Modelo+de+Governo/?sm=1_5.

As plataformas utilizadas para divulgação do Relatório e Contas, bem como do Relatório do Governo Societário e relatórios de fiscalização são o sítio do Hospital, ACSS, IP, SIRIEF e Tribunal de Contas.

2. Plataforma utilizada para cumprir deveres transparência

O IPO de Coimbra utiliza o site Institucional e o Portal do SNS para divulgação dos seguintes documentos ao público em geral:

- Relatório Anual de Acesso a cuidados de Saúde:

<http://www.croc.min-saude.pt/NR/ronlyres/82A8AF5F-D8B2-4AEC-A1D9-AB5C21B755A6/28586/Relat%C3%B3rioAcesso2014.pdf>

- Relatório e Contas e RGS (Após aprovação pela Tutela):

http://www.croc.min-saude.pt/Hospital/Informa%C3%A7%C3%A3o+de+Gest%C3%A3o/?sm=1_6

- Informação relativa a tempos máximos de resposta garantidos:

<http://www.croc.min-saude.pt/NR/ronlyres/82A8AF5F-D8B2-4AEC-A1D9-AB5C21B755A6/29950/TMEMCDT.pdf>

- Informação relativa a tempos de espera de CTH e Cirurgias

<http://tempos.min-saude.pt/#/instituicao/196>

- Relatório aos Questionários de Satisfação dos Utentes:

<http://www.croc.min-saude.pt/NR/ronlyres/4FB3DC79-2E7F-4AA5-A5DD-AAFACE8DC60F/28138/Relat%C3%B3rioQuestdeSatisfdosDoentes2013IPOCoimbra.pdf>

Os reportes mensais efetuados através da plataforma SICA (Sistema de Informação da Contratualização e Acompanhamento) são de divulgação pública através do site: <http://benchmarking.acss.min-saude.pt/benchmarking.aspx>

E. Sítio da Internet

1. Endereços de divulgação

A informação de carácter relevante, à semelhança do que acontece com a prestação deste tipo de informação aos acionistas por parte das empresas admitidas à negociação em mercado regulamentado, é divulgada no sítio da internet da Direção Geral do Tesouro e Finanças (<http://www.dgtf.pt>) e incide sobre as informações de que tenha conhecimento que sejam suscetíveis de afetar relevantemente a situação económica, financeira ou patrimonial, ou as suas condições de prestação de serviço público, salvo quando o interesse público ou o interesse de empresa impuserem a sua não divulgação, designadamente em caso de informação estratégica ou confidencial, segredo comercial ou industrial ou na proteção de dados pessoais. A informação é ainda divulgada no site do IPO de Coimbra. O acesso à informação é livre e gratuito.

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

http://www.croc.min-saude.pt/Contactos/Gerais/?sm=10_0

http://www.croc.min-saude.pt/NR/ronlyres/DAD9A80C-5B17-461E-B8EF-CB41C775F363/28348/CertidaoPermanente_IPOC.pdf

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

<http://www.croc.min-saude.pt/NR/ronlyres/9D00C5A8-7D1D-43A7-ACAB-BC99AFEDA21A/28365/EstatutosHospitaisEPE.pdf>

<http://www.croc.min-saude.pt/NR/ronlyres/630D449B-8E33-440C-8E6B-6AF4F719908E/17647/RegulamentoInterno2.pdf>

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

<http://www.croc.min-saude.pt/Hospital/Organizacao/Servicos.htm>

<http://www.croc.min-saude.pt/NR/ronlyres/405DBE6A-6979-482F-BC9E-5434FD19A44C/28372/Resolucao52015de23deJaneiroNomeacaoCAIPOCoimbra.pdf>

d) Documentos de prestação de contas anuais⁷ e, caso aplicável, semestrais;

Encontram-se disponibilizados no site do IPO de Coimbra os últimos documentos de prestação de contas aprovados pela Tutela (Exercício 2013), os documentos relativos a 2014 apesar de submetidos em data regulamentar ainda não foram aprovados pelo que não se encontram publicitados.

http://www.croc.min-saude.pt/Hospital/Informa%C3%A7%C3%A3o+de+Gest%C3%A3o/?sm=1_6

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

As obrigações de serviço público são inerentes ao próprio posicionamento do hospital, à sua articulação com a rede de cuidados de saúde, especificamente a rede de referência oncológica, e à sua integração no Serviço Nacional de Saúde.

“O Serviço Nacional de Saúde envolve todos os cuidados integrados de saúde, compreendendo a promoção e vigilância da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico e tratamento dos doentes e a reabilitação médica e social. Tem como objetivo a efetivação, por parte do Estado, da responsabilidade que lhe cabe na proteção da saúde individual e coletiva...”

O enquadramento subjacente às obrigações de serviço público decorre do disposto no artigo 64º da Constituição da República Portuguesa e da Lei de bases da Saúde. Ao nível da organização, assume relevância o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde que assenta na incessante preocupação de propiciar aos utentes cuidados compreensivos e de elevada qualidade, a ver definidos os seus objetivos de produção, qualidade e económico-financeiros, e assim poder medir o grau de cumprimento dos mesmos. O documento que estabelece estes objetivos tem o horizonte temporal de um ano e denomina-se Contrato Programa, sendo assinado pelo Ministério da Saúde e IPO de Coimbra.

Assim, desde 2003 que o IPO de Coimbra tem como instrumento anual orientador da sua atividade um Contrato Programa. Realizando uma retrospectiva, podemos afirmar com segurança que foram cumpridos todos os objetivos “major” de cada contrato. As metas de produção e qualidade definidas têm sido globalmente atingidas e os resultados económico-financeiros têm sido francamente positivos refletindo-se numa elevada capacidade de solver os seus compromissos.

<http://www.dqf.pt/sector-empresarial-do-estado-see/informacao-sobre-as-empresas/entiv/ipo-instituto-portugues-de-oncologia-de-coimbra-francisco-gentil-epe>

http://www.croc.min-saude.pt/Hospital/MissaoValores/?sm=1_2

http://www.croc.min-saude.pt/InfoUtente/DireitosDeveres/?sm=3_0

http://www.croc.min-saude.pt/InfoUtente/GuiaOnlineUtente/?sm=3_1

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

O modelo de financiamento encontra-se detalhado no contrato programa, prevendo pagamentos diretos à produção e um pagamento complementar em função do grau de cumprimento de objetivos de qualidade e eficiência, bem como por programas verticais.

Os apoios financeiros recebidos do Estado estão identificados no Relatório de Gestão e Contas publicados em www.croc.min-saude.pt.

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

⁷ Conforme resulta do n.º 2 do artigo 70.º do CSC, devem estar acessíveis pelo menos durante cinco anos.

geral, respeitante à remuneração dessa atividade (vide n.º 3 do artigo 48.º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro).

O IPO de Coimbra celebra um contrato programa com o Ministério da Saúde, por intermédio da Administração Regional de Saúde do Centro onde são definidos os objetivos e as orientações de gestão no âmbito da prestação de serviços de saúde, através de produção contratada.

É definida a respetiva remuneração, as limitações ao nível dos custos incorridos e os incentivos a atribuir mediante o cumprimento dos objetivos de desempenho e eficiência ao nível económico-financeiro ou ao nível dos objetivos regionais.

2.Exposição das propostas de contratualização da prestação de serviço público apresentadas ao titular da função acionista e ao membro do governo responsável pelo respetivo setor de atividade (vide n.ºs 1, 2 e 4 do artigo 48.º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro)⁸, das quais deverão constar os seguintes elementos:

- a) Associação de metas quantitativas a custos permanentemente auditáveis;
- b) Modelo de financiamento, prevendo penalizações em caso de incumprimento;
- c) Critérios de avaliação e revisão contratuais;
- d) Parâmetros destinados a garantir níveis adequados de satisfação dos utentes;
- e) Compatibilidade com o esforço financeiro do Estado, tal como resulta das afetações de verbas constantes do Orçamento do Estado em cada exercício;
- f) Metodologias adotadas tendo em vista a melhoria contínua da qualidade do serviço prestado e do grau de satisfação dos clientes ou dos utentes.

Elementos:	Exposição:
a) Associação de metas quantitativas a custos permanentemente auditáveis	Metas por linha de produção, com critérios definidos para imputação de custos a estas.
b) Modelo de financiamento, prevendo penalizações em caso de incumprimento	O modelo prevê penalizações, quer nos objetivos de qualidade e eficiência, quer nas metas de produção.
c) Critérios de avaliação e revisão contratuais	Está previsto a existência de mecanismos de ajustamento aos contratos programa, desde que não altere o valor global.
d) Parâmetros destinados a garantir níveis adequados de satisfação dos utentes	Indicador de avaliação de desempenho em objetivos de qualidade do serviço prestado.
e) Compatibilidade com o esforço financeiro do Estado, tal como resulta das afetações de verbas constantes do Orçamento do Estado em cada exercício	O valor do contrato programa é definido pela ARS Centro em função das linhas de orientação da Tutela do sector e ajustado à complexidade e dimensão da entidade.
f) Metodologias adotadas tendo em vista a melhoria contínua da qualidade do serviço prestado e do grau de satisfação dos clientes ou dos utentes	Monitorização contínua e efetiva do grau de cumprimento das metas definidas em termos de qualidade assistencial e capacidade de resposta.

⁸ Caso não tenha contrato celebrado ou, tendo, hajam apresentado novas propostas.

Linha de Produção				Doente a cargo		
Contrato Programa de 2015	Equivalente de Produção (incluindo doentes a cargo)	Quantidade a Contratar 2015	Execução	Doente a Cargo	Nº doentes	Execução
Consultas Externas						
CTH	5.454	5.400	5.103	Mama (1º ano)	482	587
Primeiras	22.072	15.000	14.382	Colo Útero (1º ano)	27	42
Seguintes	105.745	81.580	73.575	Colon retal (1º ano)	127	160
Internamento						
Gdhs Médicos	3.376	2.825	2.830	Mama (2º ano)	324	566
Gdhs Cirúrgicos	3.514	2.249	2.006	Colo Útero (2º ano)	19	37
Ambulatório						
Gdhs Médicos	13.992	9.082	9.546	Colon retal (2º ano)	112	157
Gdhs Cirúrgicos	1.400	405	316	Total Doentes a cargo	9.507.446 €	12.716.296 €
Lar de Doentes						
Dias de Estadia	11.000	8.000	5.759	Objetivos Qualidade e Eficiência		
Radioterapia						
Tratamento Complexo	4.600	3.900	4.243	Objetivos Nacionais:	60%	59,6%
Tratamento Simples	22.000	22.000	20.038	Acesso	15%	14,1%
Total Linhas de Produção						
		33.484.887 €	31.457.153 €	Desempenho Assistencial	25%	23,8%
				Desempenho Econ-Financeiro	20%	21,7%
				Objetivos Regionais	40%	30,9%
				Total dos objetivos	2.274.870 €	2.064.219 €
Medicamentos		150.000 €	145.144 €	Formação de Internos		
					80.204 €	80.204 €
				Total do Valor do Contrato Programa 2015		
				Contratado	Executado	
				45.497.408 €	45.286.756 €	
				Orçamento das Receitas Totais - Ano 2015		
				48.100.130 €	49.241.264 €	

VII. Remunerações

A. Competência para a Determinação

1. Competência para a determinação da remuneração dos órgãos sociais

A definição da política de remunerações compete aos membros do Governo responsáveis pela área das finanças e da saúde.

As remunerações são fixadas pela Tutela nos termos do Estatuto de Gestor Público.

2. Mecanismos⁹ 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 Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro).

Todos os elementos do Conselho de Administração remeteram via SIRIEF as declarações de independência nos termos do artigo 51º do decreto-lei 133/2013, de 3/10. (anexo)

No início do mandato foram enviadas ao Tribunal Constitucional e à Procuradoria-Geral da República as declarações de inexistência de incompatibilidades ou impedimentos para o exercício de altos cargos públicos.

3. Apresentação de declaração dos membros do órgão de administração a referir que estes se abstêm de interferir nas decisões que envolvam os seus próprios interesses.

⁹ Mecanismos diversos dos inerentes às declarações a que se refere o ponto 3, seguinte.

Para efeitos da identificação dos mecanismos adotados para prevenir a existência de conflitos de interesses, atuais ou potenciais, foram assinadas pelo Conselho de Administração as seguintes declarações¹⁰:

- Declaração de cada um dos membros do órgão de administração ao órgão de administração e ao órgão de fiscalização, bem como à IGF, de quaisquer participações patrimoniais que detenham na empresa, 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 Decreto-Lei n.º 133/2013); e
- Declaração dos membros do Órgão de Administração a referir que estes se abstêm de interferir nas decisões que envolvam os seus próprios interesses.

B.Comissão de Fixação de Remunerações

Não Aplicável. O IPO de Coimbra não dispõe de Comissão de Fixação de Remunerações.

C. Estrutura das Remunerações

1. Política de remuneração dos órgãos de administração e de fiscalização

A Política de remunerações dos órgãos de administração foi calculada nos termos do(a):

- Estatuto do Gestor Público (EGP) decorrente do Decreto-Lei n.º 8/2012, de 18 de janeiro;
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 16/2012, 14 de fevereiro;
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 18/2012, de 21 de fevereiro;
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 36/2012, de 26 de março;
- Resolução do Conselho de Ministro n.º 97/2012;
- Resolução do Conselho de Ministro n.º 45/2013;
- Resolução do Conselho de Ministro n.º 48/2013, publicada no D.R. 1ª série, de 29 de julho, que atribuiu a Classificação B (85%).

No que respeita à remuneração do Fiscal Único, esta foi fixada de acordo com o Despacho do Secretário de Estado do Tesouro e Finanças n.º 1212/12, de 27 de julho, que nomeou os fiscais únicos e determinou a remuneração anual ilíquida, passando a corresponder ao limite máximo de 22,5% da quantia correspondente a 12 meses do vencimento mensal ilíquido atribuído, nos termos legais, ao presidente do conselho de administração do IPO de Coimbra, sem prejuízo do previsto no n.º1 do artigo 12º da Lei n.º12-A/2010, de 30 de junho, no artigo 19º da Lei n.º55-A/2010, de 31 de dezembro, e das reduções futuras que vierem a ser legalmente definidas.

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

As remunerações são definidas pela tutela através de normativos legais, sem que exista qualquer intervenção dos Órgãos Sociais.

3. Existência de uma componente variável da remuneração, critérios de atribuição e informação sobre eventual impacto da avaliação de desempenho nesta componente.

Não existente.

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

¹⁰ Em anexo.

Não existente.

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

Não existente.

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 existente.

D.Divulgação das Remunerações

1. 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.

Membro do Órgão de Administração	Estatuto do Gestor Público			
	Fixado	Classificação	Remuneração Mensal Bruta	
			Vencimento	Despesas de Representação
Dr. Manuel António L. Silva	Sim	B	5.664,86 €	1.663,39 €
Dr. Carlos Manuel Gregório dos Santos	Sim	B	3.891,47 €	1.556,59 €
Doutora Paula Cristina S. Dias Sanches Pinto Alves	Sim	B	4.956,75 €	1.556,59 €
Enf.ª Maria Soledade Correia Neves	Sim	B	3.891,47 €	1.556,59 €

Membro do Órgão de Administração	Remuneração Anual (2015)					
	Fixa	Variável	Bruta (1)	Redução Remuneratória (2)	Reversão Remuneratória (3)	Valor Final (4) (4)= (1)-(2)+(3)
Dr. Manuel António L. Silva	99.268,72	0,00	99.268,72	14.393,93	1.886,07	86.760,86
Dr. Carlos Manuel Gregório dos Santos	73.159,66	0,00	73.159,66	10.551,73	1.378,65	63.986,58
Doutora Paula Cristina S. Dias Sanches Pinto Alves	88.073,58	0,00	88.073,58	12.770,71	1.673,45	76.976,32
Enf.ª Maria Soledade Correia Neves	73.159,66	0,00	73.159,66	10.551,73	1.378,65	63.986,58
			333.661,62	48.268,10	6.316,82	291.710,34

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 Entidade	Identificar	Encargo Anual da Entidade	Encargo Anual da Entidade	Encargo Anual da Entidade	Identificar	Encargo Anual da Entidade
Dr. Manuel António L. Silva	4,27	956,48	CGA e ADSE	20.605,68	0,00	0,00	Não	0,00
Dr. Carlos Manuel Gregório dos Santos	4,27	965,02	CGA e ADSE	15.196,79	0,00	0,00	Não	0,00
Doutora Paula Cristina S. Dias Sanches Pinto Alves	4,27	909,51	CGA e ADSE	18.281,90	0,00	0,00	Não	0,00
Enf.ª Maria Soledade Correia Neves	4,27	956,48	CGA e ADSE	15.196,79	0,00	0,00	Não	0,00
		3.787,49		69.281,16	0,00	0,00		0,00

Membro do Órgão de Administração	Plafond Mensal definido	Gastos com comunicações móveis (€)	
		Valor anual	Observações
Dr. Manuel António L. Silva	75,00	190,24	
Dr. Carlos Manuel Gregório dos Santos	75,00	379,28	
Doutora Paula Cristina S. Dias Sanches Pinto Alves	75,00	857,29	
Enf.ª Maria Soledade Correia Neves	75,00	250,19	

Sobre os valores apresentados foram aplicados os seguintes cortes salariais:

- Artigo 12.º, da Lei n.º 12-A/2010, de 30 de junho (redução de 5% nos vencimentos dos gestores públicos, incluindo remuneração e despesas de representação);
- Artigo 19.º, da Lei n.º 55-A/2010, 31/12, mantida em vigor pela Lei n.º 64-B/2011, de 30 de dezembro (OE 2012), artigo 27º da Lei n.º 66-B/2012 de 31 de dezembro (OE 2013), artigo 33.º da Lei n.º 83-C/2013 de 31 de dezembro (OE 2014) e artigo 2.º da Lei n.º 75/2014 de 12 de setembro. Aplica-se integralmente à remuneração e às despesas de representação

2. Montantes pagos por outras entidades em relação de domínio, de grupo ou que se encontrem sujeitam a um domínio comum.

Não existentes.

3. Remuneração paga sob a forma de participação nos lucros e/ou de pagamento de prémios e explanação dos motivos pela concessão dos mesmos.

Não existentes.

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

Não existentes.

5. Montante anual da remuneração auferida, de forma agregada e individual, pelos membros do órgão de fiscalização da entidade, podendo ser feita remissão para ponto do relatório onde já conste esta informação.

Ver Ponto V.C.3 Informação sobre o órgão de fiscalização.

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

Não existentes.

VIII. Transações com partes Relacionadas e Outras

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

O IPO de Coimbra sempre considerou os Centros de Saúde e Hospitais, preferencialmente os da sua área de influência, como parceiros estratégicos no combate à doença oncológica. Nesse sentido, assumindo a sua posição de liderança na Plataforma A na Rede de Referência Hospitalar de Oncologia, assegura um fluxo contínuo de informação sobre os protocolos de diagnóstico e estadiamento das várias patologias que trata, bem como a carteira de serviços que pode disponibilizar a outras Instituições de Saúde.

Em resultado do avultado investimento realizado no Serviço de Radioterapia que ampliou a capacidade técnica e produtiva, o IPO de Coimbra, em articulação com a Administração Regional de Saúde do Centro, firmou o acordo de assegurar para toda a Região Centro os tratamentos de radioterapia que correspondam às necessidades das populações.

Eixo estratégico no relacionamento externo do IPO de Coimbra é a sua integração na Comissão Coordenadora do Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil conjuntamente com os centros de Lisboa e Porto. Como unidades de referência na área oncológica, será necessário oferecer a quem nos procura o que há de melhor e o que de melhor se faz a nível de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento, de modo a que cada vez mais sejamos encarados como centros de excelência. Nesse sentido o IPO de Coimbra sempre apoiou:

- Desenvolvimento de estratégias comuns do ponto de vista do estudo, diagnóstico e terapêutica, com a criação de Protocolos;
- Discussão sobre a necessidade de criação de Grupos de Patologias ou de Patologias Estratégicas, com vista a uma maior concentração de esforços no investimento tecnológico e humano nessas áreas;
- Desenvolvimento e implementação de uma Rede de Indicadores Oncológicos;
- Negociação conjunta de bens e serviços, fortalecendo desta forma a posição negocial.

a) Obrigações de Serviço Público

As obrigações de serviço público são inerentes ao próprio posicionamento do hospital, à sua articulação com a rede de cuidados de saúde, especificamente a rede de referência oncológica, e à sua integração no Serviço Nacional de Saúde.

“O Serviço Nacional de Saúde envolve todos os cuidados integrados de saúde, compreendendo a promoção e vigilância da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico e tratamento dos doentes e a reabilitação médica e social. Tem como objetivo a efetivação, por parte do Estado, da responsabilidade que lhe cabe na proteção da saúde individual e coletiva...”¹¹

O enquadramento subjacente às obrigações de serviço público decorre do disposto no artigo 64º da Constituição da República Portuguesa e da Lei de bases da Saúde. Ao nível da organização, assume relevância o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde que assenta na incessante preocupação de propiciar aos utentes cuidados compreensivos e de elevada qualidade, a ver definidos os seus objetivos de produção, qualidade e económico-financeiros, e assim poder medir o grau de cumprimento dos mesmos. O documento que estabelece estes objetivos tem o horizonte temporal de um ano e denomina-se Contrato Programa, sendo assinado pelo Ministério da Saúde e IPO de Coimbra.

Assim, desde 2003 que o IPO de Coimbra tem como instrumento anual orientador da sua atividade um Contrato Programa. Realizando uma retrospectiva, podemos afirmar com segurança que foram cumpridos todos os objetivos “major” de cada contrato. As metas de produção e qualidade definidas têm sido globalmente atingidas e os resultados económico-financeiros têm sido francamente positivos reflectindo-se numa elevada capacidade de solver os compromissos.

b) Termos Contratuais da prestação de Serviço Público

Com a aprovação do regime de gestão hospitalar (Lei nº 27/2002, de 8 de Novembro), introduziram-se modificações profundas na Lei de Bases da Saúde, definindo-se um novo modelo de gestão hospitalar aplicável aos estabelecimentos hospitalares que integram a Rede de Prestação de Cuidados de Saúde dando-se assim expressão institucional a modelos de gestão de tipo empresarial (EPE). Nestes termos, passou-se para um modelo de prestação de serviço público do tipo contratual, em que é definido *à priori*, em sede de contrato-programa, as condições em que o mesmo é prestado e o volume de atividade e preços associados aos serviços de saúde, abrangendo este contrato todos os cidadãos residentes em Portugal desde que não tenham um subsistema de saúde, e que representam a maioria da população, sendo de 97 a 99% do total.

¹¹ In Portal da Saúde – www.min-saude.pt

No modelo de remuneração dos serviços prestados há que referir que em 2010 os subsistemas públicos de saúde (ADSE, IASFA e SAD PSP e GNR) passaram a integrar o Contrato Programa, representando no seu conjunto cerca de 16% do total dos cuidados de saúde prestados. A Portaria de facturação passou a aplicar-se apenas aos subsistemas privados e a serviços prestados a terceiras entidades não referidas anteriormente. A alteração das relações financeiras entre o SNS e os subsistemas públicos de saúde da ADSE, regulado pelo Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro, da SAD da GNR e PSP regulado pelo Decreto-Lei n.º 158/2005, de 20 de setembro, e da ADM das Forças Armadas regulado pelo Decreto-Lei n.º 167/2005, de 23 de setembro abrangem a prestação própria dos estabelecimentos e serviços do SNS que dava origem a facturação entre o Hospital e os subsistemas, passando os encargos a serem suportados diretamente pelo Orçamento de Estado e não pelas Instituições a que os beneficiários estavam vinculados.

c) Financiamento do Serviço Público

A contratualização assenta num acordo entre três partes envolvidas, a designar:

- Administração Central do Sistema de Saúde, IP;
- Administração Regional de Saúde do Centro, IP;
- Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil EPE.

Ao contrato está subjacente um envelope financeiro associado à atividade assistencial com definição de objetivos e responsabilidade quanto à sua prestação, traduzindo-se num modelo de financiamento do tipo contratual.

Quanto à produção hospitalar são estabelecidas metas de produção e respetivos preços por linha de atividade e que no caso do IPO de Coimbra compreende as seguintes:

- Consulta Externa (1^{as} consultas com origem nos CSP referenciadas via CTH e as restantes, e ainda as consultas subsequentes);
- Internamento (GDH's Cirúrgicos e GDH's Médicos);
- Ambulatório (GDH's Cirúrgicos e GDH's Médicos);
- Hotel de Doentes;
- Doentes a cargo.

Associado à atividade hospitalar está prevista uma verba para a formação de internos, para medicamentos cedidos em ambulatório e também incentivos institucionais que dependem do cumprimento de objetivos previamente definidos.

Estão ainda previstos diversos Programas Verticais específicos que englobam a assistência médica no estrangeiro e as ajudas técnicas.

Do valor contratualizado, o hospital recebe mensalmente a título de adiantamento pelos serviços prestados um duodécimo do valor global do contrato sendo o acerto feito no momento em que se encerra o ciclo de faturação anual.

2. Informação sobre outras transações:

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

Com a entrada em vigor do D. L. 149/2012, de 12 de julho, o IPO de Coimbra, à semelhança de todos os hospitais EPE, passou a aplicar na íntegra o Código dos Contratos Públicos, nomeadamente a sua Parte II, nos procedimentos de aquisição de bens, serviços e obras, materializados em concursos públicos ou ajustes diretos, determinados em função dos valores envolvidos.

Na aquisição de medicamentos e dispositivos médicos, as aquisições tiveram maioritariamente por base os acordos-quadro lançados pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, mediante consulta aos fornecedores selecionados por aquela entidade.

Para além da aplicação genérica do Código dos Contratos Públicos, o IPO de Coimbra regeu-se também por um Regulamento Interno de Aquisições, aprovado pelo Conselho de Administração em 30/04/2013 e que estabelece algumas fases pré-contratuais dos procedimentos, nomeadamente na ampliação do número de entidades a consultar no âmbito dos ajustes diretos.

Nas aquisições de serviços o IPO de Coimbra recorreu à sua contratação não só em serviços básicos comuns, em que os procedimentos aquisitivos são regulados pelo CCP e pelo Regulamento de Compras, mas também em serviços especializados com particular enfoque na área clínica, por escassez de meios humanos, mediante aplicação de determinações provenientes de despachos dos Ministérios da Saúde e das Finanças.

Com o objetivo de obter melhores condições de mercado, o IPO de Coimbra integrou, em conjunto com os seus congéneres de Lisboa e Porto, Agrupamentos de Entidades Adjudicantes destinados à aquisição conjunta de alguns medicamentos de maior expressão económica.

Ainda com o mesmo objetivo, o IPO de Coimbra integrou os Agrupamentos de Entidades Adjudicantes, constituídos por vários hospitais da região Centro, em ordem à aquisição conjunta de medicamentos exclusivos de diversas empresas, ao abrigo do catálogo SPMS, sendo representante do Agrupamento o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE

b) Transações que não tenham ocorrido em condições de mercado;

Sempre que possível, as transações ocorrem em condições de mercado, excepcionando-se aquelas que, por força da proteção de direitos de exclusividade, são materializadas em ajustes diretos com enquadramento legal na alínea e) do número 1 do artigo 24º. do CCP, anexo ao D. L. 18/2008, de 29 de janeiro, destacando-se, pelo elevado valor envolvido, a aquisição de determinados medicamentos sem alternativa genérica no mercado. Em 2015 os ajuste diretos, com base no dispositivo legal antedito, totalizaram o montante de 9.123.948,57€

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).

Não houve em 2015, na aquisição de serviços externos, nenhum fornecedor cujo fornecimento tenha excedido 1 milhão de euros.

IX. Análise de sustentabilidade da entidade nos domínios económico, social e ambiental

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

No cumprimento dos objetivos e metas estabelecidos no Plano Estratégico de Mandato 2013-2015 e no Plano de Atividades de 2015, o IPO de Coimbra definiu os Eixos Estratégicos para garantir a sustentabilidade económica, ambiental e social da empresa.

Na atualização do Plano Estratégico 2013-2015 identificámos com toda a clareza, cinco grandes eixos de orientação estratégica, decompondo-se cada um deles em ações e objetivos quantificados:

- Eixo 1: Reforma Hospitalar
- Eixo 2: Criação do Grupo Hospitalar: IPO
- Eixo 3: Estrutura física e plataforma tecnológica;
- Eixo 4: Acesso;
- Eixo 5: Eficiência de recursos e de processos

Dado tratar-se de um plano para três anos, o grau de cumprimento das metas definidas deverá ser avaliado no final desse período. Porquanto realçamos os seguintes domínios:

- O Plano de investimentos está em curso e na sua maioria afetos diretamente às linhas de produção principais (bloco operatório, internamento, radioterapia, oncologia médica e imagiologia/medicina nuclear), e portanto, integrados no core da Instituição. Sendo o IPO de Coimbra um centro de referência em oncologia na região centro, a renovação dos equipamentos obsoletos, e a melhoria das instalações físicas, irão proporcionar sobretudo ganhos de eficiência, mas também uma maior capacidade de resposta à procura crescente de cuidados de saúde em oncologia, estimando-se que esse aumento represente 28 % no final do projeto.
- O desempenho económico foi mais uma vez positivo, destacando-se os resultados alcançados no Prazo Médio de Pagamento a fornecedores de 32,9 dias, o EBITDA foi

positivo 1.312.503 €, cumpriu-se integralmente a Lei dos Compromissos e Pagamentos em Atraso, registou-se uma vez mais um elevado grau de satisfação dos utilizadores em todas as linhas de serviço e um elevado grau de cumprimento do contrato programa

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

Tal como temos vindo a sublinhar nos últimos anos, as oportunidades de reforma pressionadas pela escassez de recursos, têm por vezes maior probabilidade de sucesso uma vez que congregam um consenso mais amplo sobre a necessidade de reformar. Não obstante sabermos que não existem condições, no curto prazo, para disponibilizar mais recursos para a oncologia em Portugal, isso não significa que o valor do dinheiro disponível não possa aumentar. Para tal será indispensável:

- Orientar a sua distribuição por critérios de racionalidade económica, de eficácia e de efetividade clínica, com um mapeamento rigoroso de todos os requisitos que as organizações de saúde terão que cumprir para que a oncologia conste na sua carteira de serviços;
- Definir uma estratégia de rede integrada e coerente de prestadores que se articulam entre si e garantem uma prática clínica harmonizada e promotora de equidade no acesso e de eficiência e racionalidade nas decisões de investimento;
- Um sistema de auditorias externas que garantam o cumprimento rigoroso das regras do jogo.

3. Cumprimento dos princípios inerentes a uma adequada gestão empresarial:

a) 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 Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro);

O IPO de Coimbra disponibiliza no seu site informação que visa salvaguardar os interesses dos utentes, nomeadamente para proteção dos seus direitos.

O Gabinete do Utente é conforme o art. 2º do seu regulamento, a instância de garantia do IPO de Coimbra, tendo por missão mediar a representação dos direitos e interesses dos utentes, assegurando a gestão das exposições apresentadas pelos cidadãos e assinalando as necessidades de organização e funcionamento dos serviços.

Compete ao Gabinete do Utente, promover e divulgar os direitos e deveres dos utentes, promover a satisfação dos pedidos manifestadas pelos utentes, registar as exposições dos cidadãos com elogios sugestões e reclamações, na aplicação da ERS e efetuar o tratamento das mesmas com audições aos interessados e informar o Conselho de Administração.

b) 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 Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro);

A garantia do desenvolvimento sustentável do IPO de Coimbra está bem patente nas políticas definidas e na sua prossecução, assumindo particular relevância a sustentabilidade ambiental, patente nas políticas ambientais e vertida no Manual de Boas Práticas Ambientais, bem como no respeito por princípio de legalidade e ética empresarial, vertidos no Código de Ética.

No setor da saúde, as políticas ambientais são determinantes para prosseguir um desenvolvimento sustentável uma vez que os Hospitais são importantes consumidores de energia elétrica e responsáveis pela produção de uma quantidade significativa de resíduos.

É neste contexto que a ecoeficiência ganha particular relevo nos hospitais enquanto estratégia potenciadora de uma maior eficiência económica e de um menor impacto ambiental. Para esse

efeito, a Instituição dispõe de um Manual de Boas Práticas Ambientais, que constitui um importante instrumento de divulgação da política ambiental da instituição junto dos seus colaboradores, estando definidas as ações e desenvolver que permitam:

- A racionalização de consumos energéticos e de água;
- A monitorização da poluição (emissões gasosas e efluentes líquidos);
- A redução da produção de resíduos;
- A implementação de boas práticas;
- A realização de auditorias.

Assim, o Manual de Boas Práticas Ambientais pretende ser um contributo para o desenvolvimento de uma cultura institucional amiga do ambiente estimulando os colaboradores, e indiretamente outros agentes que interajam com o IPO de Coimbra, a adotarem boas práticas nesta matéria. Com o objetivo de melhorar a sustentabilidade ambiental do IPOC, a intranet assume-se como um meio privilegiado para a difusão de slogans destinados a estimular comportamentos mais amigos do ambiente, iniciativa principiada em 2015 e que se pretende continuar em 2016.

A diminuição dos custos ambientais e a utilização desnecessária dos recursos existentes pressupõe assim o envolvimento de cada colaborador.

O sistema de gestão integrada de resíduos é neste domínio a área que assume uma criticidade elevada dada a diversidade e toxicidade dos resíduos produzidos. Há vários anos implementado na instituição, é um importante contributo para a consolidação das boas práticas ambientais vertidas no respetivo manual específico e também no manual mais genérico sobre as boas práticas ambientais do IPO de Coimbra. Em 2015 o IPO de Coimbra registou uma redução de, aproximadamente, 1,5% nos resíduos do grupo IV face ao ano anterior perspetivando-se uma tendência que se deverá consolidar em 2016 já que este é o resíduo ambientalmente mais nocivo e de maior custo.

No que respeita à utilização da energia elétrica, as medidas tendentes a contribuir para uma melhor eficiência na sua utilização e, conseqüente redução de consumos / redução de carbono, consistiram, nomeadamente em:

- Medidas de índole comportamental através da sensibilização dos colaboradores para uma utilização mais racional da energia;
- Opção por equipamentos, em situação de novas aquisições ou substituições, do ponto de vista energético, mais eficientes;
- Ajustamento de “set points” dos equipamentos de climatização;
- Substituição progressiva das lâmpadas existentes por lâmpadas económicas;
- Em curso e, a fim de identificar de forma precisa e concreta, outras medidas que justifiquem investimentos com retornos economicamente favoráveis, está em curso uma auditoria energética que culminará na certificação energética do conjunto de edifícios que compõem a Unidade Hospitalar e relatório respetivo com a finalidade referida.

Tomando como referência de comparação os anos de 2011 e 2015, o consumo relativo a 2015 é superior em cerca de 5,6% ao de 2011, face a um aumento da potência instalada e, conseqüentemente, dos consumos, 2 a 3 vezes superior ao valor percentual indicado, o que é revelador de uma maior eficiência energética

c) 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 Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro);

Nos termos da Resolução do Conselho de Ministros n.º 19/2012, Princípio da Igualdade de Género, foi procedido ao diagnóstico da situação de homens e mulheres. Em 31 de dezembro de 2015, existia paridade entre os géneros na composição do Conselho de Administração.

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

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

O reflexo da política seguida está bem patente quando analisamos a estrutura do quadro de pessoal, que em 31 de Dezembro de 2015, dispunha de 949 colaboradores efetivos, o que representou um aumento de 4% relativamente a igual período do ano anterior. Destes, 78% são do sexo feminino. Deste universo, 53% dos colaboradores desempenhavam funções em regime de contrato individual de trabalho.

Quanto à distribuição de efetivos pelos diversos grupos profissionais, 57% dos colaboradores pertenciam, em 31 de dezembro de 2015, aos grupos de pessoal médico, de enfermagem, técnico superior de saúde e técnico de diagnóstico e terapêutica. Se tomarmos ainda em consideração o grupo do pessoal auxiliar, sobe para 83% o contingente de efetivos mais diretamente envolvidos na prestação de cuidados de saúde.

e)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 dos seus trabalhadores e contribuindo ativamente para a sua valorização profissional

Os profissionais do IPO de Coimbra desempenham um papel fundamental na qualidade do serviço prestado e apresentam níveis de produtividade que se refletem nos resultados que o Hospital tem atingido.

Os recursos humanos são o ativo mais importante de uma organização enquanto fator determinante para se atingirem os seus objetivos globais. Nestes termos, importa criar as condições e definir as políticas que desenvolvam, valorizem, motivem e fixem os colaboradores, bem como criar os mecanismos que permitam maximizar as sinergias entre os diferentes saberes e qualificações e implementar de forma integrada os instrumentos técnicos adequados para operacionalizar as políticas de recursos humanos.

Refira-se que o IPO de Coimbra, enquanto entidade pública reclassificada integrando o perímetro do Orçamento de Estado a partir de janeiro de 2015, viu mais uma vez o seu mapa de pessoal aprovado pela tutela, fixando referencialmente o efetivo considerado adequado à prossecução da sua missão assistencial.

Nestas circunstâncias, definem-se as seguintes linhas estratégicas em matéria de recursos humanos:

- **Igualdade e não discriminação.**

O IPO de Coimbra tem por objetivo promover um ambiente de trabalho assente nos princípios da igualdade, dignidade e respeito mútuo. É política da instituição garantir igualdade de oportunidades, quer para colaboradores quer para candidatos a procedimentos concursais, independentemente da ascendência, idade, raça, religião, sexo, orientação sexual, identidade de género, estado civil, situação familiar, situação económica, instrução, origem ou condição social, património genético, capacidade de trabalho reduzida, deficiência, doença crónica, nacionalidade, origem étnica ou raça, território de origem, língua, religião, convicções políticas ou ideológicas e filiação sindical.

Neste sentido, o IPO de Coimbra atua com base nos princípios da não discriminação, direta ou indireta, com vista a garantir a igualdade de oportunidades e de resultados a todos os colaboradores, nomeadamente no acesso ao ensino, à formação profissional e à progressão na carreira, dentro dos limites estabelecidos por lei e das diretivas e orientações emanadas pela tutela.

O IPO de Coimbra promove ativamente a conciliação entre a vida profissional, familiar e pessoal dos trabalhadores, nomeadamente através da autorização do gozo das diversas

licenças previstas na lei no âmbito da parentalidade e da flexibilização da organização do trabalho, autorizando a realização de horários e facultando condições de trabalho flexíveis que permitam aos trabalhadores, homens e mulheres, melhor atenderem às necessidades e responsabilidades das suas vidas pessoais, sem prejuízo das respetivas carreiras profissionais.

As pessoas com deficiência ou incapacidade não são sujeitas a qualquer tipo de discriminação no IPO de Coimbra, sendo política da instituição fomentar o emprego e a empregabilidade destas pessoas no sentido da inclusão social, promovendo a igualdade de oportunidades e a plena participação e autonomia de todos os cidadãos. É nesse sentido que também ao nível das infraestruturas, quer para colaboradores quer para doentes, são garantidos os acessos e as condições adequadas às pessoas com deficiência.

No IPO de Coimbra é promovida a igualdade entre homens e mulheres, não existindo qualquer discriminação de género, nomeadamente, quanto ao acesso a lugares de chefia, ao salário, ao acesso a formação e à progressão na carreira.

- **Planeamento de recursos humanos.**

A existência de colaboradores qualificados nos serviços, em número adequado com vista à prossecução dos objetivos estratégicos e operacionais, é de vital importância para a organização. Pretende-se planejar, coordenar e controlar a evolução quantitativa e qualitativa da infraestrutura humana existente, numa ótica de eficiência e de qualidade dos serviços prestados, e garantido aos serviços, através de um processo de contratualização interna, este objetivo. A nível institucional pretende-se elaborar o planeamento de recursos humanos considerando a perspetiva quantitativa, qualitativa e de custos, numa ótica de curto e médio prazo, em rigorosa articulação com o Business Plan. O processo será assente num conjunto de indicadores de gestão em termos de eficiência de custos de pessoal, motivação e desenvolvimento e mudança cultural que permita avaliar a eficácia das políticas de recursos humanos e possibilite benchmarks entre o IPOCFG, EPE e outros hospitais EPE.

- **Recrutamento e mobilidade interna.**

Pretende-se adquirir a capacidade de atrair e desenvolver os melhores profissionais, adequando as capacidades individuais às exigências organizacionais e harmonizando as expectativas dos colaboradores com os objetivos estratégicos da instituição. Para a concretização deste objetivo a instituição dispõe de um regulamento de recrutamento e seleção que, através de um conjunto de normas transversais a toda a instituição e comuns a todos os grupos profissionais, se constitui como um processo transparente e simplificado de garantia do princípio da legalidade nesta matéria. Pretende-se que cada processo de recrutamento divulgue o perfil da função a preencher em termos de requisitos técnicos mínimos, competências comportamentais e outros aspetos considerados requisitos para a função. Dentro desta linha de orientação será privilegiado o recrutamento interno, como forma de potenciar e motivar os recursos humanos do IPOCFG, EPE, devendo a mobilidade interna ser encarada como instrumento de desenvolvimento dos colaboradores.

Os processos de recrutamento devem assentar na adequação dos profissionais às funções a desenvolver e assegurar os princípios da igualdade de oportunidades, da imparcialidade, da boa-fé e da não discriminação, bem como da publicidade, exceto nos casos de manifesta urgência devidamente fundamentada. Nestes termos o regulamento consagra as seguintes garantias:

Nomeação de comissão de análise de candidaturas;
Definição dos critérios de seleção dos candidatos;
Publicação da oferta de emprego em jornal de expansão regional;
Prazo para aceitação das candidaturas;
Fundamentação escrita da análise das candidaturas e dos atos de seleção;
Acesso dos candidatos a todo o processo
Mecanismo de reclamação.

- **Avaliação e gestão de desempenho.**

A avaliação do desempenho pretende promover o aumento dos níveis de eficiência e eficácia dos recursos humanos do IPOCFG, EPE através da orientação, responsabilização e reconhecimento dos colaboradores em função do seu desempenho. No contexto do processo da avaliação e gestão do desempenho, serão anualmente estabelecidos, com cada trabalhador e equipas de trabalho, objetivos específicos devidamente enquadrados nos programas globais

de desenvolvimento estratégico e operacional. O processo envolve a definição de objetivos de âmbito anual, direcionados para a avaliação do grau de concretização por cada trabalhador e serviço, das competências e mérito individuais e do potencial de cada trabalhador. Contribuirá, igualmente, para a melhoria da comunicação interpessoal a todos os níveis da estrutura, fomentando o espírito de equipa. Os objetivos fixados são os seguintes:

Comprometer os colaboradores com os objetivos estratégicos do IPOCFG, EPE bem como os níveis de exigência requeridos em termos do desempenho;

Diferenciar desempenhos com base em critérios previamente definidos e perfeitamente claros;

Fomentar a motivação dos colaboradores para alcançar objetivos;

Valorizar não só os resultados obtidos (objetivos), mas também a forma como estes foram alcançados (competências comportamentais);

Garantir a diferenciação dos desempenhos;

Assumir o processo como instrumento de melhoria contínua, ajustando-o à evolução das necessidades institucionais;

Promover uma cultura de orientação para os resultados;

Promover a comunicação e aprendizagem em todos os níveis da instituição, numa perspetiva de desenvolvimento dos colaboradores.

- **Redefinir a política de formação.**

A formação é um meio fundamental para promover o desenvolvimento individual e coletivo dos colaboradores, garantindo uma base de profissionais competentes e motivados capazes de assumir desempenhos excelentes a curto, médio e longo prazo, num quadro institucional de promoção e melhoria contínua da qualidade. Com vista a assegurar o desenvolvimento das competências necessárias à concretização dos objetivos estratégicos, operacionais e individuais, pretende-se estabelecer, para cada perfil ou grupo profissional, programas de formação específica, abrangendo diversos domínios e níveis de qualificação, definindo critérios e regras específicas de participação, bem como programas transversais que impliquem o universo dos colaboradores na concretização dos referidos objetivos.

- **Redefinir e implementar uma política de retenção de colaboradores.**

A existência de projetos motivadores, a cultura de inovação, a visibilidade e reconhecimento dos colaboradores constituem os fatores fundamentais na política de retenção de quadros. Igualmente será dada prioridade à criação de condições físicas e de relacionamento interpessoal propiciadora de um bom ambiente de trabalho, à gestão das carreiras profissionais e ao desenvolvimento das competências. A implementação desta política far-se-á sem prejuízo das regras de mobilidade definidas no âmbito das políticas nacionais de emprego público.

- **Implementar metodologias de envolvimento e participação ativa dos colaboradores na vida da organização.**

Pretende-se, desenvolvendo ações direcionadas para a prossecução dos objetivos estratégicos e operacionais, instituir práticas de envolvimento dos colaboradores aos vários níveis da hierarquia, através de criação de um plano de desenvolvimento organizacional, implementando, para o efeito, iniciativas e procedimentos de auscultação e participação dos trabalhadores no processo de deteção e resolução de problemas.

- **Desenvolver o sistema de informação de gestão integrada de recursos humanos.**

Pretende-se desenvolver, a partir do sistema já existente, um sistema verdadeiramente integrado de forma a apoiar as decisões no âmbito dos recursos humanos, nomeadamente nas vertentes do planeamento, dos indicadores para formação e desenvolvimento, da análise do clima organizacional e de outros elementos de apreciação, que permita o melhor conhecimento dos recursos humanos existentes e a sua adequada gestão.

- **Definir e implementar uma política de gestão matricial de recursos humanos (este objetivo será desenvolvido a título experimental).**

Pretende-se aproveitar os vários saberes numa lógica de maximização de sinergias, por projecto, independentemente da sua inserção orgânica. Neste âmbito, a tipificação de perfis

profissionais bem como a implementação de um sistema de descrição de funções e de tarefas constituem instrumentos indispensáveis para o eficaz planeamento e identificação de recursos humanos e competências existentes.

f) Política de responsabilidade económica, com referência salvaguardada da competitividade da entidade, através da investigação, inovação, desenvolvimento e da integração de novas tecnologias no processo produtivo

A competitividade do IPO de Coimbra assenta na estratégia de Governação Clínica afirmando-se, em cada ano, em consonância com o objeto, missão, valores e atribuições da própria instituição, consignada em Regulamento Interno (artigos 4º, 5º, 6º e 7º), centrada no doente com diagnóstico oncológico e na prestação de cuidados de saúde inerentes. Assenta em princípios claramente definidos no compromisso com a Qualidade da prestação e a garantia da equidade no acesso e na preservação da dignidade e do valor da Vida Humana.

A estratégia é definida através da auscultação dos intervenientes prestadores e do resultado da monitorização da satisfação dos doentes/utentes, para além das orientações definidas pela tutela e o conhecimento *up to date* das melhores práticas clínicas preconizadas, em cada momento.

No ano de 2015 a governação clínica centrou-se em três eixos fundamentais:

- Reforço das políticas de Qualidade e Segurança
- Disseminação das boas práticas institucionais e garantia de inovação
- Preparação para a informatização do processo clínico

A tradução da estratégia de Governação Clínica no modelo de gestão dos serviços está baseada no modelo de contratualização interna que assenta num processo negocial entre o Conselho de Administração e os Serviços Clínicos através da definição de metas para um conjunto de objetivos de qualidade, operacionais e de eficiência económico-financeira. O modelo de monitorização do desempenho dos Serviços é mensal e baseado num indicador (Indicador Global de Desempenho) que agrega a diversidade dos objetivos contratados atribuindo-lhes diferentes ponderações em função das características de cada Serviço e das linhas estratégicas Institucionais.

X. Avaliação do Governo Societário

1. Cumprimento das recomendações recebidas¹² relativamente à estrutura e prática de governo societário (vide artigo 54.º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro), através da identificação das medidas tomadas no âmbito dessas orientações. Para cada recomendação¹³ deverá ser incluída:

a) Informação que permita aferir o cumprimento da recomendação ou remissão para o ponto do relatório onde a questão é desenvolvida (capítulo, subcapítulo, secção e página);

b) Em caso de não cumprimento ou cumprimento parcial, justificação para essa ocorrência e identificação de eventual mecanismo alternativo adotado pela entidade para efeitos de prossecução do mesmo objetivo da recomendação.

Em 12 de junho de 2015 foi rececionado o ofício n.º5664 da ACSS, IP anexando relatório de análise n.º106/2015 elaborado pela Unidade Técnica de Acompanhamento e Monitorização do Setor Público (UTAM) e referente ao Relatório do Governo Societário do IPO de Coimbra do ano 2014.

¹² 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.

¹³ 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”.

Concluiu-se que a estrutura por nós apresentada não coincidia com aquela que serviu de base à avaliação efetuada pela UTAM e por conseguinte contactámos a Direção Geral do Tesouro e Finanças para perceber se tinham sido emitidas instruções que alteravam a estrutura do Relatório. Fomos informados que o ofício-circular n.º 2153 datado de 23/04/2015 previa essas alterações.

O referido ofício foi-nos enviado por email no dia 15/06/2015 por nossa solicitação, quando o IPO de Coimbra apresentou o seu Relatório no início de abril, e portanto nos termos das orientações em vigor nessa data.

Em 7 de julho recebemos ofício da DGTF a solicitar informação suficientemente explícita ou justificação da não aplicabilidade ao IPO das observações constantes no Relatório n.º106/2015 da UTAM, devendo o mesmo ser disponibilizado no SIRIEF.

Nestes termos, foi aprovado pelo conselho de administração as alterações ao Relatório do Governo Societário nos termos que se segue, como Adenda ao Relatório do Governo Societário de 2014 incluindo os pontos assinalados no Relatório n.º106/2015 da UTAM.

2. Outras informações:

A gestão da entidade rege-se pela norma do estrito cumprimento de toda a legislação e regulamentação em vigor. Quanto ao cumprimento dos Princípios de Bom Governo merece uma avaliação francamente positiva, consubstanciada nas seguintes avaliações externas:

- A auditoria conduzida pela Inspeção-Geral de Finanças, que decorreu de outubro de 2009 a março de 2010, focou-se essencialmente na avaliação do Sistema de Controlo Interno, mas também na avaliação da economia, eficiência e eficácia da despesa realizada, tendo o IPO de Coimbra obtido uma classificação de BOM no que respeita ao sistema de controlo interno e que “globalmente merece uma apreciação muito positiva nas várias áreas analisadas, encontrando-se os procedimentos formalizados em documento autónomo”;
- A avaliação feita aos Princípios do Bom Governo pela Direção-Geral do Tesouro e Finanças no Parecer ao Relatório e Contas de 2010 refere que “A análise ao mesmo permite concluir que o Hospital deu cumprimento integral à obrigação de divulgação da informação nos termos do ponto 29 da RCM n.º 49/2007, de 28 de março”.

XI. Anexos do RGS

1. Ata ou extrato da ata da reunião do órgão de administração em que haja sido deliberada a aprovação do RGS 2015.

2. Relatório do órgão de fiscalização a que se refere o n.º 2 do artigo 54.º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro.

3. Declarações a que se referem os artigos 51.º e 52.º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro.

4. Despacho que contemple a aprovação por parte dos titulares da função acionista dos documentos de prestação de contas relativos ao exercício de 2014¹⁴.

O Despacho de aprovação de contas relativo ao exercício de 2014, ainda não foi proferido pela Tutela.

¹⁴ A incluir apenas no caso do documento em apreço não se encontrar disponível em *SIRIEF*.