

**Relatório de  
Governo  
Societário  
2015**

**2015**

Relatório de Boas Práticas de Governo Societário adotadas em 2015

**CENTRO  
HOSPITALAR  
BARREIRO  
MONTIJO, EPE**

*[Handwritten signatures and initials]*  
Luis Caez  
tw

## Índice

I.	MISSÃO, OBJETIVOS E POLÍTICAS .....	2
II.	ESTRUTURA DE CAPITAL .....	6
III.	PARTICIPAÇÕES SOCIAIS E OBRIGAÇÕES DETIDAS .....	6
IV.	ÓRGÃOS SOCIAIS E COMISSÕES.....	7
A.	ADMINISTRAÇÃO E SUPERVISÃO - MODELO DE GOVERNO .....	7
B.	FISCALIZAÇÃO E REVISOR OFICIAL DE CONTAS.....	12
V.	ORGANIZAÇÃO INTERNA .....	13
A.	ESTATUTOS E COMUNICAÇÕES.....	13
B.	CONTROLO INTERNO E GESTÃO DE RISCOS .....	15
C.	REGULAMENTOS E CÓDIGOS .....	18
D.	SÍTIO DE INTERNET .....	18
E.	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO PÚBLICO OU DE INTERESSE GERAL .....	19
VI.	REMUNERAÇÕES .....	19
A.	COMPETÊNCIA PARA A DETERMINAÇÃO .....	19
B.	COMISSÃO DE FIXAÇÃO DE REMUNERAÇÕES.....	20
C.	ESTRUTURA DAS REMUNERAÇÕES .....	20
D.	DIVULGAÇÃO DAS REMUNERAÇÕES .....	20
VII.	TRANSAÇÕES COM PARTES RELACIONADAS E OUTRAS.....	22
VIII.	ANÁLISE DE SUSTENTABILIDADE DA EMPRESA NOS DOMÍNIOS ECONÓMICOS, SOCIAL E AMBIENTAL .....	24
IX.	AVALIAÇÃO DO GOVERNO SOCIETÁRIO .....	27

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

## I. Missão, Objetivos e Políticas

### Missão da Entidade

O Centro Hospitalar tem como missão a prestação de cuidados de saúde diferenciados a todos os cidadãos no âmbito das responsabilidades e capacidades das unidades hospitalares que o integram, Hospital do Barreiro e Hospital do Montijo, dando execução às definições de política de saúde a nível nacional e regional, aos planos estratégicos e decisões superiormente aprovados.

### Visão

Ser um hospital de excelência para a comunidade e uma referência nacional.

### Valores

- Humanização e não discriminação;
- Respeito pela dignidade individual de cada doente;
- Atualização face aos avanços da investigação e da ciência;
- Excelência técnico-profissional;
- Ética profissional;
- Promoção da multidisciplinaridade;
- Respeito pelo Ambiente.

### Objetivos

O Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE (CHBM) pauta a sua atuação na prossecução dos seguintes objetivos:

- Orientar toda a atividade em função do doente, respondendo às suas necessidades, de acordo com as melhores práticas disponíveis;
- Prosseguir e implementar metodologias de gestão que proporcionem a realização pessoal e profissional dos seus colaboradores;
- Rentabilizar a capacidade disponível e garantir a viabilidade económico-financeira da instituição.
- Em sede de contratualização com a tutela foi estabelecido o Contrato Programa de 2015, onde foram definidos os objetivos de desempenho económico-financeiro e os objetivos de qualidade e eficiência.

Objetivos Económico-financeiros – O valor global do contrato programa foi de 59.728.889,62 €, dos quais 52.955.128,45 € relativamente à produção contratualizada, 2.986.444,48 € de incentivos institucionais e 3.787.316,69 € de verba de convergência.

Objetivos de qualidade e eficiência – O valor global dos incentivos institucionais foi de 2.986.444,48 € e foi alcançado uma taxa de execução de 80%, que corresponde ao valor de 2.389.268,76 €, conforme o seguinte quadro:

### Q1 - Índice Desempenho Global



Instituição: Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE  
Período Análise: Dezembro 2015

Objetivos	Peso Relativo Indicador (%)	2015			2015	
		Meta	Real	Grau de Cumprimento (%)	Grau de Cumprimento Ajustado (%)	Índice de Desempenho
<b>Objetivos Nacionais</b>	<b>60</b>					
<b>Acesso</b>	<b>15</b>					<b>12,6</b>
Percentagem das primeiras consultas no total de consultas médicas (%)	3	25,0	24,1	96,4	96,4	2,9
Percentagem de utentes referenciados para consulta externa atendidos em tempo adequado (%)	3	75,6	76,9	101,7	101,7	3,1
Peso das consultas externas com registo de alta no total de consultas externas (%)	3	15,0	5,5	36,7	0,0	0,0
Percentagem utentes inscritos em LIC (neoplasias malignas) com tempo de espera <= TMARG (%)	3	96,0				3
Percentagem de doentes sinalizados para a RNCCI, em tempo adequado, no total de doentes tratados (%)	3	28,00	85,93	306,9	120,0	3,6
<b>Desempenho Assistencial</b>	<b>25</b>					<b>23,9</b>
Demora média (dias)	4	8,40	8,56	98,1	98,1	3,9
Percentagem de reinternamentos em 30 dias (%)	4	7,0	7,6	91,4	91,4	3,7
Percentagem de doentes saídos com duração de internamento acima do limiar máximo (%)	4	2,1	2,6	76,2	76,2	3,0
Percentagem de cirurgias da anca efetuadas nas primeiras 48 horas (%)	4	50,0	49,5	99,0	99,0	4,0
Percentagem de cirurgias realizadas em ambulatório no total de cirurgias programadas (GDH) – para procedimentos ambulatorizáveis (%)	3	70,0	76,5	109,3	109,3	3,3
Percentagem do consumo de embalagens de medicamentos genéricos, no total de embalagens de medicamentos (%)	3	44,1				3
Taxa de registo de utilização da "Lista de Verificação de Atividade Cirúrgica" – indicador referente à cirurgia segura (%)	3	97,0				3
<b>Desempenho económico-financeiro</b>	<b>20</b>					<b>18,1</b>
Percentagem de Custos com Horas Extraordinárias, Suplementos e FSE (selecionados), no Total de Custos com Pessoal (%)	5	11,8	18,2	64,8	64,8	2,1
Resultado antes Juros, impostos, amortizações e depreciações (EBITDA) (€)	5	-8.773.773,38	-8.556.593,07	100,0	84,2	5
Acréscimo de Dívida Vencida (fornecedores externos) (€)	5	0,00	-16.947.503,05	120,0	120,0	6,0
Percentagem de proventos operacionais extra contrato-programa, no total de proventos operacionais (%)	5	5,6	5,6	93,8	93,8	5
<b>Objetivos Regionais Lisboa e Vale do Tejo</b>	<b>40</b>					<b>25,4</b>
Tempo médio de espera para cirurgia no Hospital < X Dias	15	140,0	186	75,3	75,3	11,3
Percentagem de Utentes em Espera para Cirurgia com Tempo Superior a 12 meses < X (%)	15	6,0	12,1	49,6	49,6	3,6
Nº de consultas externas por médico ETC- Oftalmologia	5	2.235,0	2.441,4	109,2	109,2	5,5
Nº de consultas externas por médico ETC- Urologia	5	1.460,0	1.461,6	100,1	100,1	5,0
<b>Índice de Desempenho Global</b>						<b>80,0</b>
Valor Incentivos Contratados (€)						2.986.444,48
Valor Incentivos Realizados (€)						2.389.268,76

Do valor total do contrato programa respeitante a produção e incentivos institucionais foi alcançado uma taxa de execução de 97,9 %, tendo-se emitido uma faturação de 58.462.62,04 €.

*Handwritten signature/initials*

Instituição:	Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE	
Período:	dezembro 15	
<b>CONTRATO PROGRAMA 2015</b>	<b>Grau de Cumprimento (%)</b>	<b>OBS.</b>
<b>1. Consultas Externas:</b>	<b>99,6%</b>	
Nº 1ªs Consultas Médicas (s/ majoração)	99,6%	
Nº 1ªs Consultas referenciadas (CTH)	94,6%	
Nº Consultas Médicas Subsequentes (s/	100,2%	
<b>2. Internamento:</b>	<b>96,6%</b>	
<b>Nº Doentes Equivalentes</b>		
GDH Médicos	100,0%	
GDH Cirúrgicos	87,4%	
GDH Cirúrgicos Urgentes	92,2%	
Doentes Psiquiatria no exterior	8,6%	
<b>3. Episódios de GDH de Ambulatório:</b>	<b>107,1%</b>	
GDH Cirúrgicos	127,3%	
GDH Médicos	75,5%	
<b>4. Urgências:</b>	<b>98,1%</b>	
Atendimentos SU - Médico - Cirúrgica	97,7%	
Atendimentos SU - Básica	100,4%	
<b>5. Sessões em Hospital de Dia:</b>	<b>98,7%</b>	
Base	95,4%	
Imuno-Hemoterapia	101,2%	
Psiquiatria	100,5%	
<b>6. Programas de gestão da doença crónica</b>		
VII/Sida (doentes em TARC)	100,3%	
<b>7. Saúde sexual e reprodutiva</b>	<b>94,9%</b>	
<b>IVG até 10 semanas</b>		
Medicamentosa (n.º IVG)	96,3%	
Cirúrgica (n.º IVG)	72,7%	
<b>8. Sessões de Radioterapia</b>	<b>95,4%</b>	
Tratamentos Simples	90,9%	
Tratamentos Complexos	114,8%	
<b>9. Serviço Domiciliário (consultas)</b>	<b>16,3%</b>	
<b>Medicamentos de cedência hospitalar em</b>	<b>100,0%</b>	
<b>Internos</b>	<b>100,0%</b>	
<b>12. Valor da Produção</b>	<b>98,7%</b>	
<b>13. Convergência</b>	<b>100,0%</b>	
<b>14. Convergência para equilíbrio financeiro</b>		
<b>15. Convergência para compensação dos gastos com pessoal</b>		
<b>SUB-TOTAL</b>	<b>98,8%</b>	
<b>Incentivos Institucionais</b>	<b>80,0%</b>	
<b>TOTAL</b>	<b>97,9%</b>	

*Handwritten notes: (see) (see) ✓*

Tendo em vista o reequilíbrio financeiro do CHBM, este Conselho de Administração apresentou junto da ARSLVT, da ACSS e da Secretaria de Estado da Saúde algumas iniciativas que poderão contribuir para uma redução dos custos, sem esquecer o potencial aumento de proveitos, a saber (ofício n.º 6368 de 29/07/2014):

- A redefinição do perfil assistencial do Centro Hospitalar, podendo incluir-se aqui a reavaliação da situação do Hospital do Montijo, tendo em consideração que de acordo com o preambulo do Decreto-Lei n.º 280/2009 de 6 de outubro, “a criação do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E. P. E., não determina qualquer redução de valências de cada um dos estabelecimentos de saúde objeto da (...) transformação nem altera o planeamento dos cuidados de saúde já efetuado, mas visa apenas potenciar o efeito da gestão comum de dois estabelecimentos hospitalares que se complementam em termos da resposta às necessidades de cuidados à população da sua área de influência”;
- A reestruturação de serviços, como um processo de racionalização de efetivos, numa perspetiva de externalização de atividades de diagnóstico e terapêutica (radioterapia, imagiologia, patologia clínica), continuando a garantir a prestação efetiva dos cuidados de saúde e assegurar a equidade e o acesso;
- A reorganização da oferta hospitalar em consequência da Portaria n.º 82/2014 de 10 de abril, e a redefinição da carteira de valências das três unidades hospitalares da península de Setúbal, numa perspetiva de complementaridade.

De salientar, contudo que, a adoção destas medidas está dependente da intervenção dos membros do governo responsáveis pelo Ministério da Saúde e das Finanças. Isto porque, se a alteração do perfil assistencial do Centro Hospitalar carece de uma decisão política (conforme Decreto-Lei n.º 280/2009 de 6 de outubro e Portaria n.º 82/2014 de 10 de abril), a celebração de contrato de concessão de exploração de serviços públicos plurianuais parece necessitar de decisão conjunta dos dois ministérios por força do disposto no artigo 25.º do Decreto-Lei n.º 155/92, de 28 de julho, no n.º 1 do artigo 22.º do Decreto-Lei n.º 197/99, de 8 de junho, no n.º 1 do artigo 6.º da Lei n.º 8/2012, de 21 de fevereiro, e no n.º 1 do artigo 11.º do Decreto-Lei n.º 127/2012, de 21 de junho.

Reconhece-se que a reestruturação da oferta hospitalar poderá contribuir para reverter esta situação, face a uma eventual reavaliação das carteiras de serviços oferecidas, designadamente, nos três hospitais da Península de Setúbal. Se essa reestruturação se afigura inevitável e orientada no sentido de obter sinergias e reduzir custos, parece-nos que só será possível se for precedida de medidas legislativas e de linhas de orientação a definir pelo Ministério da Saúde através da ACSS e ARSLVT. Por este motivo, não se espera que tais medidas possam ter efeitos sensíveis, num curto prazo, nas contas de exploração de cada hospital.

M

## Políticas da Organização

Constitui política do Centro Hospitalar estabelecer um compromisso sério entre a prestação de cuidados de saúde de qualidade e a garantia da sustentabilidade económica e financeira, num ambiente macro económico de contenção orçamental.

A acrescer a este ambiente, sublinha-se a dificuldade de recrutamento de recursos médicos, com notórios desequilíbrios entre a oferta e a procura em algumas especialidades, tendendo a condicionar respostas técnicas adequadas em tempo oportuno.

Q  
leis. leis  
de

A insuficiente resposta na área dos cuidados continuados irá continuar a sobrecarregar os hospitais de agudos, obrigando-os a disponibilizar recursos para esta área.

Esta conjuntura vai obrigar as equipas de gestão a um forte reforço das políticas de racionalização e de otimização dos recursos disponíveis, monitorizando permanentemente os níveis de eficiência e de eficácia, no sentido de garantir capacidade de respostas adequadas no plano assistencial e o rigoroso cumprimento das metas orçamentais negociadas.

O desafio colocado é a compatibilização destes efeitos, alguns de sinal contrário, obrigando a definir uma linha de gestão estrategicamente equilibrada que cumpra o desígnio principal do Centro Hospitalar, prestar cuidados de saúde de qualidade, garantindo a sustentabilidade económica/financeira a curto e médio prazo.

Como nota final sublinhamos o desenvolvimento do princípio da complementaridade entre organizações de saúde, como eixo fundamental para potenciar e otimizar os recursos existentes.

## II. Estrutura de capital

O Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE é uma pessoa coletiva de direito público de natureza empresarial, dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, com um Capital Estatutário atual de € 99.030.000,00, totalmente detido pelo Estado e é aumentado ou reduzido por despacho dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e saúde.

## III. Participações Sociais e Obrigações detidas

Em cumprimento do disposto no n.º 8 do artigo 22.º do Decreto-Lei n.º 7/2007, de 27 de Março, cada um dos membros do Conselho de Administração procedeu ao depósito, na Procuradoria-Geral da República, da respetiva “declaração de inexistência de incompatibilidades e impedimentos dos titulares de cargos políticos e altos cargos públicos” prevista no artigo 11.º da Lei n.º 64/93 de 26 de agosto.

Por outro lado, e em cumprimento do disposto nos artigos 1.º e 2.º da Lei n.º 4/83, de 2 de Abril, com a redação dada pela Lei n.º 25/95, de 18 de agosto, bem como do n.º 1 do artigo 14.º do Decreto-Regulamentar n.º 1/2000, de 9 de Março, cada membro do Conselho de Administração remeteu ao Tribunal Constitucional, a respetiva “*declaração de património, rendimentos e cargos sociais*”.

Em observância das disposições legais vigentes, designadamente, o n.º 7 do artigo 22.º do Decreto-Lei n.º 7/2007 de 27 de Março, republicado pelo Decreto-Lei n.º 8/2012 de 18 de Janeiro, bem como o artigo 51.º do Decreto-Lei n.º 133/2013 de 3 de Outubro, os membros do órgão de administração não têm relações de natureza comercial com o CHBM, agem de forma isenta e abstêm-se de intervir nas decisões que envolvam os seus próprios interesses, nomeadamente na aprovação de despesas por si realizadas, não detêm participações sociais noutras entidades de natureza associativa ou fundacional e não exercem funções de natureza incompatível noutras empresas (declarações em anexo).

No que respeita ao estabelecido no art.º n.º 52.º da mesma legislação, relativamente às participações patrimoniais, remete-se em anexo as devidas declarações, todas serão remetidas aos órgãos superiores.

#### IV. Órgãos Sociais e Comissões

##### A. Administração e Supervisão - Modelo de governo

De acordo com os Estatutos, publicados em anexo ao Decreto-lei n.º 233/2005 de 29 de Dezembro, republicado pelo Decreto-Lei n.º 244/2012 de 9 de Novembro, são órgãos sociais do Centro hospitalar, o Conselho de Administração, o Fiscal Único e o Conselho Consultivo, cuja composição, mandato e competências são reguladas pelo referido diploma.

Nos termos do disposto nos Estatutos mencionados, o Conselho de Administração é composto pelo Presidente e quatro Vogais, que exercem funções executivas, sendo um dos membros o Diretor Clínico e o outro Enfermeiro-Diretor.

O mandato dos membros do conselho de Administração tem a duração 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.

Além dos órgãos de administração, os hospitais contam ainda com os órgãos de apoio técnico, de fiscalização, de consulta e de auditoria.

O fiscal único é o órgão responsável pelo controlo da legalidade, da regularidade e da boa gestão financeira e patrimonial do Centro Hospitalar.

O Serviço de Auditoria Interna tem como missão verificar a existência, o funcionamento e a eficácia do modelo de controlo dos riscos de gestão e dos sistemas de controlo interno nos domínios contabilístico, financeiro, operacional, informático e de recursos humanos, através de um acompanhamento objetivo, independente, sistemático e contínuo.

O Conselho Consultivo tem como competências apreciar os planos de atividade de natureza anual e plurianual e as informações que tiver por necessárias para o acompanhamento da atividade do Hospital, bem como emitir recomendações, tendo em vista o melhor funcionamento dos serviços a prestar às populações, tendo em conta os recursos disponíveis.

### **Conselho de Administração**

Nos termos estatutários e legais, a nomeação dos membros do Conselho de Administração é feita mediante resolução do Conselho de Ministros, devidamente fundamentada e publicada no Diário da República, juntamente com uma nota relativa ao currículo académico e profissional do designado, sob proposta dos membros do Governo responsáveis pela área das finanças e pelo respetivo sector de atividade.

Nos termos do ponto anterior, o Conselho de Administração tem a composição definida no regime jurídico e estatutos dos hospitais e centros hospitalares de natureza empresarial, integrados no SNS.

O Conselho de Administração, foi nomeado pela Resolução do Conselho de Ministros nº 12/2015 de 12 de Fevereiro, (Diário da República, 2ª Série nº 42 de 2 de Março de 2015), na qual estão publicitadas as sinopses curriculares dos respetivos membros.

Este é o segundo mandato nas funções referidas de todos os membros, exceto da Diretora Clínica, a qual integrou o Conselho de Administração anterior, entre 01/01/2011 e 21/11/2012.

### **Competências**

Para além das competências próprias do Conselho de Administração previstas no artigo 7.º dos Estatutos, das específicas do Presidente do Conselho de Administração, do Diretor Clínico e do Enfermeiro Diretor, previstas, respetivamente, nos artigos 8.º, 9.º e 10.º dos referidos Estatutos, a cada um dos membros do Conselho de Administração foi atribuída a responsabilidade de pelouros, através de delegação de competências, publicadas em Diário da República, II série, nº 188 de 30/09/13, mediante Despacho n.º 12441/2013.

[http://www.chbm.min-saude.pt/informacao\\_publica/Modelo\\_de\\_governo/Orgaos\\_sociais\\_areas\\_responsabilidade\\_remuneracoes/](http://www.chbm.min-saude.pt/informacao_publica/Modelo_de_governo/Orgaos_sociais_areas_responsabilidade_remuneracoes/)

João Manuel Alves da Silveira Ribeiro – Presidente do Conselho de Administração - Coordena a atividade do Conselho de Administração, garante a execução das deliberações aprovadas, representa o Hospital em juízo e fora dele. Garante a supervisão das áreas de estratégia, qualidade, segurança e comunicação, a coordenação de instalações e equipamentos, informática, apoio à gestão e serviços financeiros.

Mário de Figueiredo Bernardino – Vogal do Conselho de Administração – Coordena o aprovisionamento, farmácia, gestão de doentes, arquivo, gabinete jurídico, codificação e transportes.

Elsa Maria Baião Ferreira Airoso Banza – Vogal do Conselho de Administração – Coordena os recursos humanos, hoteleiros, ação social e formação.

Elisabete Maria Farias Gonçalves Rodrigues – Diretora Clínica – Coordena as áreas da governação clínica nos serviços, departamentos e unidades de ação médica e de diagnóstico e terapêutica, comissão de qualidade e segurança do doente, comissão de controlo de infeção, comissão de farmácia e terapêutica, comissão de coordenação oncológica, comissão técnica de certificação de interrupção da gravidez, nutrição e dietética, saúde ocupacional, equipa de gestão de altas e comissão de ética.

Luísa Maria Alves da Luz – Enfermeira Diretora – Coordena a gestão dos enfermeiros e assistentes operacionais no que respeita aos serviços, departamentos e unidades de ação médica e de diagnóstico e terapêutica, das áreas dos serviços gerais, esterilização, gestão de espólios e comissão técnica de avaliação dos enfermeiros.

### **Funcionamento**

Nos que concerne ao modo de funcionamento do Conselho de Administração, nos termos dos referidos Estatutos, bem como do Regulamento Interno do CHBM, aquele reúne semanalmente e sempre que convocado pelo Presidente, ou por solicitação de dois dos seus membros, ou do Fiscal Único, através do Presidente. Compete ainda ao Presidente a convocação das reuniões extraordinárias, sendo a isso obrigado desde que, pelo menos dois dos seus membros lhe solicitem, indicando o assunto que desejam ver tratado.

No decurso do ano de 2015, foram realizadas cinquenta e quatro reuniões de Conselho de Administração, com o seguinte grau de assiduidade:

Membro do Conselho de Administração		Grau de Assiduidade (%)
Presidente	João Manuel Alves da Silveira Ribeiro	91%
Vogal Executivo	Mário de Figueiredo Bernardino	87%
Vogal Executivo	Elsa Maria Baião Ferreira Airoso Banza	96%
Directora Clínica	Elisabete Maria Farias Gonçalves Rodrigues	80%
Enfª Directora	Luisa Maria Alves da Luz	91%
<b>TOTAL REUNIÕES REALIZADAS</b>		<b>54</b>

*Handwritten signatures and initials in blue ink, including a large signature and the initials 'Lasei - Lee'.*

As deliberações são tomadas por votação normal. São tomadas por escrutínio secreto as deliberações que envolvam a apreciação do comportamento ou das qualidades de qualquer pessoa, no âmbito das competências do Conselho de Administração.

Não devem estar presentes nos momentos da discussão e votação os membros do Conselho de Administração que se encontrem ou se considerem impedidos.

Salvo por motivos de impedimento previsto na lei, aos membros do Conselho de Administração não é admitida a abstenção, devendo votar primeiramente os vogais e por fim o presidente. Os membros do Conselho de Administração podem fazer constar da ata o seu voto vencido e as razões que o justificam.

De cada reunião é lavrada a respetiva ata, que é aprovada na reunião seguinte.

O Presidente é substituído, nas suas ausências e impedimentos, pelo Vogal que este designar.

Conselho de Administração					
Mandato (Início - Fim)	Cargo	Nome	Designação		Nº de Mandatos exercidos na sociedade
			Doc.	Data	
01/01/2015 a 31/12/2017	Presidente	João Manuel Alves da Silveira Ribeiro	RCM nº 12/2015	12-02-2015	2º
01/01/2015 a 31/12/2017	Vogal	Mário de Figueiredo Bernardino	RCM nº 12/2015	12-02-2015	2º
01/01/2015 a 31/12/2017	Vogal	Elsa Maria Baião Ferreira Airoso Banza	RCM nº 12/2015	12-02-2015	2º
01/01/2015 a 31/12/2017	Directora Clínica	Elisabete Maria Farias Gonçalves Rodrigues	RCM nº 12/2015	12-02-2015	3º
01/01/2015 a 31/12/2017	Enfª Directora	Luisa Maria Alves da Luz	RCM nº 12/2015	12-02-2015	2º

### Avaliação do desempenho

Preceitua o n.º 2 do mesmo art.º 6.º do Decreto-Lei n.º 7/2007 de 27 de Março, republicado pelo Decreto-Lei n.º 8/2012 de 18 de Janeiro, que, nas entidades públicas empresariais, a avaliação do desempenho compete aos membros do Governo responsáveis pela área das finanças e área da saúde.

De acordo com o previsto no n.º 1 do mesmo artigo, o desempenho das funções de gestão deve ser objeto de avaliação sistemática, tendo por parâmetros os objetivos fixados no Regime Jurídico do Sector Público Empresarial, ou decorrentes do contrato de gestão.

### Órgãos de Apoio Técnico

De acordo com o Regulamento Interno, os órgãos de apoio técnico do CHBM constituem-se como comissões técnicas para atuação em matérias especializadas. O Centro Hospitalar dispõe das seguintes comissões técnicas:

- a) A comissão de ética;
- b) A comissão de qualidade e segurança do doente;
- c) A comissão de controlo da infeção hospitalar;
- d) A comissão de higiene e segurança no trabalho;
- e) A comissão de farmácia e terapêutica;
- f) A comissão de coordenação oncológica;
- g) A comissão técnica de certificação de interrupção da gravidez;
- h) A comissão de normalização de produtos e equipamentos;
- i) A comissão de catástrofe e de emergência;
- j) A comissão médica;
- k) A comissão de enfermagem.

Compete ao conselho de administração do Centro Hospitalar designar os membros que integram cada uma das comissões.

Os mandatos dos membros dos órgãos de apoio técnico têm a duração de três anos, sem prejuízo da sua substituição, devidamente fundamentada, sempre que tal seja tido por oportuno.

O funcionamento de cada comissão é definido em regulamento próprio, aprovado pelo Conselho de Administração.

## B. Fiscalização e Revisor Oficial de Contas

O Fiscal Único foi nomeado por despacho do Ministro das Finanças, a 22 de Maio de 2003, para o triénio 2002/2004, com a seguinte composição:

- Fiscal Único: Neves, Azevedo Rodrigues e Batalha, SROC, atualmente designada por ABC – Azevedo Rodrigues, Batalha e Costa, SROC com o nº 115, representado pelo Dr. José Maria Monteiro de Azevedo Rodrigues, ROC nº 681.
- Fiscal Suplente: Reinaldo Soares, Rogério Coelho e José Jacob, SROC nº 162, representado pelo Dr. Rogério Carlos Guedes Coelho, ROC nº 787.

O Fiscal Único mantém-se em funções desde a data referida, uma vez que não se verificou a sua substituição, conforme o disposto no nº 7 do artigo 15º do Anexo II do Decreto-Lei nº 244/2012, de 9 de Novembro.

Fiscal Único / ROC								
Mandato (Início - Fim)	Cargo	Identificação SROC/ROC		Designação		Remuneração Anual		Nº de Mandatos exercidos na sociedade
		Nome	Numero	Doc.	Data	Limite Fixado	Contratado	
01/01/2011 a 31/12/2013	Fiscal Único	ABC - Azevedo Rodrigues, Batalha e Costa, SROC	115	Desp. 498/12-SETF	13-04-2012	10.773 €	10.773 €	3º
01/01/2011 a 31/12/2013	ROC	José Maria Monteiro de Azevedo Rodrigues	681	Desp. 498/12-SETF	13-04-2012	-	-	3º
01/01/2011 a 31/12/2013	Fiscal Suplente	Reinaldo Soares, Rogério Coelho & José Jacob, SROC	162	Desp. 498/12-SETF	13/04/2012	-	-	3º
01/01/2011 a 31/12/2013	ROC Suplente	Rogério Carlos Guedes Coelho	787	Desp. 498/12-SETF	13-04-2012	-	-	3º

Nota: O Fiscal Único é o Revisor Oficial de Contas

## V. Organização Interna

### A. Estatutos e Comunicações

O Centro Hospitalar dispõe de um Regulamento interno homologado em 2013. Dispõe, também, de mecanismos de acompanhamento e de gestão de conflitos de interesses, devidamente publicitados, e que constam do Código de Ética (Princípios, valores e regras de conduta). Para melhor desenvolvimento remete-se para o capítulo “Regulamentos e Códigos”.

Com o objetivo de acompanhar as atividades no domínio da prevenção da corrupção e infrações conexas, encontra-se constituída uma Comissão de Acompanhamento da Prevenção de Corrupção (CAPC).

Esta CAPC procede à elaboração, atualização e revisão anual do Plano de Prevenção da Corrupção e Infrações Conexas, monitoriza a execução do mesmo e elabora os correspondentes relatórios.

Com a publicação da Recomendação n.º 3/2015 (DR, 2.ª, n.º 132, 09/07/2015), definiram-se novas orientações, nomeadamente, quanto à identificação dos riscos de gestão e de corrupção relativamente às funções, ações e procedimentos realizados por todas as unidades da estrutura orgânica das entidades, incluindo os gabinetes, as funções e os cargos de direção de topo, assim como quanto à designação dos responsáveis pela execução e monitorização do Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (adiante, designado Plano), bem como pela elaboração dos correspondentes relatórios anuais.

Assim, a monitorização passou a abranger todas as áreas de atividade por forma a garantir a maior cobertura em termos de prevenção, exigindo-se:

- Uma identificação exaustiva dos riscos de gestão, dos riscos de corrupção e infrações conexas, dos conflitos de interesses, bem como as correspondentes medidas preventivas;
- A identificação dos riscos relativamente às funções, ações e procedimentos realizados por todas as unidades da estrutura orgânica do CHBM, incluindo os gabinetes, as funções e os cargos de direção de topo.
- A identificação dos responsáveis setoriais pela execução e monitorização do Plano, bem como pela elaboração dos correspondentes relatórios.

Em conformidade com a mesma Recomendação, os diretores ou responsáveis das unidades da estrutura orgânica, incluindo os gabinetes, as funções e os cargos de direção de topo, são os “responsáveis setoriais” pela execução Plano e sua monitorização, bem como pela elaboração dos correspondentes relatórios. A CAPC assume as competências do “responsável geral” pela execução e monitorização do Plano.

Tendo por base a estrutura de gestão instituída com o Regulamento Interno deste CHBM, os diretores e/ou responsáveis dos serviços ou unidades que seguidamente se indicam, constituem-se como “responsáveis setoriais” pela execução Plano e sua monitorização, bem como pela elaboração dos correspondentes relatórios:

- Conselho de Administração;
- Centro de Responsabilidade para a Área Cirúrgica;
- Serviços de Ação Médica (Medicina, Cirurgia, Psiquiatria, etc.);
- Serviços de Diagnóstico e Terapêutica (Imagiologia, Patologia Clínica, etc.);
- Serviços de Apoio à Ação Médica (Farmacêuticos, Ação Social, Nutrição e Dietética, etc.);
- Serviços de Apoio Geral (Recursos Humanos, Financeiros, Aprovisionamento, etc.);
- Gabinetes de Assessoria (Apoio à Gestão, Jurídico, Comunicação e Imagem, etc.).

Compete, em especial, ao “responsável geral” – CAPC:

- Assegurar a elaboração do Plano, com identificação dos riscos de gestão, incluindo os de corrupção e os conflitos de interesses, bem como as correspondentes medidas preventivas;
- Monitorizar a execução do Plano e elaborar os correspondentes relatórios de acompanhamento;
- Assegurar a articulação com os “responsáveis setoriais” pela execução do Plano e promover a identificação e monitorização das atividades de risco de gestão, os riscos de corrupção e os conflitos de interesses, bem como as correspondentes medidas preventivas;
- Realizar auditorias de acompanhamento entendidas por convenientes.

Compete aos “responsáveis setoriais”:

- Participar na identificação e monitorização das atividades de risco de gestão, de risco de corrupção e conflitos de interesses, bem como as correspondentes medidas preventivas;
- Instituir mecanismos de acompanhamento das atividades de risco identificadas nas áreas de intervenção respetivas, rever periodicamente os resultados face a novos eventos de que entretanto tomem conhecimento, bem como assegurar que as medidas de controlo instituídas estão a ser executadas.
- Elaborar os correspondentes relatórios sobre a execução do Plano.

Com vista a operacionalizar mecanismos de controlo que previnam conflitos entre os interesses privados e o interesse público no domínio da atividade como membros de júri, o Despacho n.º 2156-B/2014 do Ministro da Saúde (DR, 2.ª, 28, 10/02/2014) aprovou o modelo de declaração de inexistência de incompatibilidades previsto no artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 14/2014, de 22 de janeiro, que se instituiu como obrigatória neste Centro Hospitalar.

Por esta via estabeleceu-se o regime jurídico das incompatibilidades dos membros das Comissões, de grupos de trabalho, de júris de procedimentos pré-contratuais, e consultores que apoiam os respetivos júris, ou que participam na escolha, avaliação, emissão de normas e orientações de carácter clínico, nas áreas do medicamento e do dispositivo médico.

Relativamente aos procedimentos pré-contratuais nas restantes áreas (material de consumo clínico, produtos alimentares, material de consumo hoteleiro, consumo administrativo, manutenção e conservação, investimento, prestação de serviços, etc.), encontram-se instituídas declarações de incompatibilidade que são assinadas pelos membros do júri.

## **B. Controlo interno e gestão de riscos**

O órgão de administração tem atribuído crescente importância ao desenvolvimento e aperfeiçoamento dos sistemas de controlo interno e de gestão de risco, com impacto relevante nas atividades do CHBM, em linha com as recomendações formuladas a nível nacional e internacional, de que se destacam os princípios de bom governo constantes da Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2007, de 28 de Março.

Considera-se que um sistema de controlo interno e de gestão de risco, como é o caso do implementado no CHBM, deve satisfazer, entre outros, os seguintes objetivos:

- Garantir e controlar o cumprimento dos objetivos traçados;
- Assegurar a fiabilidade e a integridade da informação;
- Garantir a produção e o reporte de forma completa, fiável e tempestiva, bem como a prossecução de um adequado sistema de informação de gestão;
- Garantir a salvaguarda dos ativos;
- Identificar os fatores de risco, as consequências da ocorrência do risco e os mecanismos destinados ao seu tratamento e minimização;
- Melhorar a qualidade das decisões;
- Promover a utilização racional e eficiente dos seus recursos.

Vários Serviços dispõem de Manual de Procedimentos, tendo em vista implementação nas respetivas áreas do cumprimento dos procedimentos estabelecidos, a eficiente utilização dos recursos, o eficaz controlo dos processos e à avaliação e minimização dos riscos identificados. É o que sucede com o Serviço de Aprovisionamento, Serviços Financeiros e Serviço de Recursos Humanos.

Foram identificadas as seguintes categorias de risco:

- Os riscos operacionais, que traduzem os riscos das operações se tornarem ineficientes e ineficazes na satisfação das necessidades dos utentes e na concretização dos objetivos de performance de qualidade, custo e tempo;
- Os riscos de recursos humanos que correspondem a um conjunto de riscos incorridos pelos colaboradores por não saberem operacionalizar corretamente as suas atividades ou não saberem o que fazer quando precisam de realizar uma tarefa;

- Os riscos de conformidade, que estão associados ao cumprimento do estabelecido nos contratos programa, nas leis e regulamentos;
- Os riscos financeiros, que representam um conjunto de riscos que comprometem a gestão eficiente dos recursos financeiros da organização.

Existe Serviço de Auditoria Interna, composto por uma Auditora Interna, a Dr<sup>a</sup> Ivone Silva, tendo como missão verificar a existência, o funcionamento e a eficácia do modelo de controlo dos riscos e dos sistemas de controlo interno nos domínios contabilístico, financeiro, operacional, informático e de recursos humanos, através de um acompanhamento objetivo, independente, sistemático e contínuo, realizando auditorias aos serviços ou processos considerados críticos e mais susceptíveis de risco (exemplo das auditorias constantes no plano anual de Auditoria Interna em 2014, onde foram estabelecidas e realizadas auditorias ao Serviço de Urgência, LPCA e capacidade instalada na Imagiologia). É um órgão de apoio ao Conselho de Administração e depende diretamente do seu Presidente.

Como atrás se referiu, com o objetivo de acompanhar as atividades no domínio da prevenção da corrupção e infrações conexas, encontra-se constituída uma Comissão de Acompanhamento da Prevenção de Corrupção (CAPC). Esta Comissão atua na prevenção e identificação dos riscos relativamente às funções, ações e procedimentos realizados por todas as unidades da estrutura orgânica, incluindo os gabinetes, as funções e os cargos de direção de topo. Assim, foram identificados os riscos de gestão, os riscos de corrupção e infrações conexas e os conflitos de interesses relacionados com todas as áreas de atividade por forma a garantir a maior cobertura em termos de prevenção.

Por fim, conta ainda o CHBM com o desempenho das funções estabelecidas legalmente para o Fiscal Único, a quem cabe a responsabilidade pelo controlo da legalidade, da regularidade e da boa gestão financeira e patrimonial, assim como dar parecer e recomendações sobre o Relatório de Contas ou outras matérias relacionadas com o Sistema de Controlo Interno.

### **Gestão do Risco Financeiro**

O Despacho nº 101/2009 – SETF, de 30 de Janeiro, vêm determinar as orientações gerais e específicas aos limites impostos ao financiamento das empresas públicas estabelecidas no Regime Jurídico do Sector Público Empresarial, que inclui os Hospitais EPE.

O financiamento do CHBM, EPE por entidades externas, através de contratação de empréstimos encontra-se bastante condicionado, quer em termos dos seus limites de endividamento, quer pela necessária autorização prévia da Tutela.

À data do encerramento do Balanço de 2015 não existiam empréstimos contraídos.

Como podemos constatar o risco financeiro do CHBM, EPE é nulo.

Quadro de acompanhamento das orientações gerais e específicas da Gestão do Risco Financeiro conforme disposto no Despacho nº 101/2009 – SETF, de 30 de Janeiro:

*Handwritten signatures and initials in blue ink, including a large signature at the top and several smaller ones below it.*

*Handwritten signature/initials*

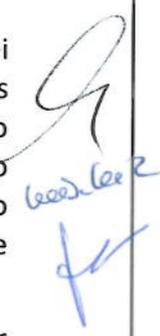
Cumprimento das Orientações Legais	Cumprimento			Quantificação / Identificação	Justificação / Referência ao ponto do Relatório
	S	N	N.A.		
<b>Objectivos de Gestão / Planos de Actividades e Orçamento</b>					
Objectivo 1			X	% Cumprimento	Indicar cada objectivo de gestão da empresa
Objectivo 2			X		
Objectivo 3			X		
Gestão do Risco Financeiro	X			0%	
Limites de Crescimento e Endividamento	X			0%	
Evolução do PMP a fornecedores	X			-17,00%	
Divulgação dos Atrasos nos Pagamentos ("Arrears")	X			1.544.074 €	
<b>Recomendações do acionista na ultima aprovação de contas:</b>					
Recomendação 1			X		Atá ao presente momento não foi recepcionado a aprovação de contas pelo acionista referente ao exercicio de 2015
Recomendação 2			X		
Etc.			X		
<b>Remunerações:</b>					
Não atribuição de prémios de gestão, nos termos art.º 41º da Lei 83-C/2013	X				
Orgão Sociais - redução remuneratórias nos termos do art.º 33º da Lei 83-C/2013	X				
Orgão Sociais - redução de 5% por aplicação art.º 12º da Lei 12-A/2010	X				
Auditor Externo - redução remuneratória nos termos do art.º 33º da Lei 83-C/2013	X				
Restantes trabalhadores - redução remuneratória, nos termos dp art.º 33º da Lei 83-C/2013	X				
Restantes trabalhadores - proibição de valorizações remuneratórias, nos termos do artº 33º da Lei 83-C/2013	X				
<b>Artigo 32º do EGP</b>					
Utilização de cartões de crédito.	X				Não existem cartões de crédito
Reembolso de despesas de representação pessoal	X				Não existem reembolsos
<b>Contratação Pública:</b>					
Aplicação das Normas de contratação pública pela empresa	X				
Aplicação das Normas de contratação pública pelas participadas			X		
Contratos submetidos a visto prévio do TC	X				
<b>Auditorias do Tribunal de Contas:</b>					
Recomendação 1			X		Não foram realizadas auditorias do Tribunal de Contas
Recomendação 2			X		
Etc.			X		
<b>Parque Automóvel</b>					
<b>Gastos Operacionais das Empresas Públicas</b>					
<b>Redução de Trabalhadores</b>					
Nº de trabalhadores			X		
nº de cargos dirigentes			X		
<b>Princípio da Unidade de Tesouraria (artigo 123º da Lei 83-C/2013)</b>					
			X		

*Handwritten notes and signature*



### C. Regulamentos e Códigos

O Decreto-Lei n.º 244/2012, de 9 de Novembro, procedeu à quinta alteração ao Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro, modificando o regime jurídico e os estatutos aplicáveis às unidades de saúde com a natureza de entidades públicas empresariais. Por força do artigo 7.º do referido Diploma, o Regulamento Interno do CHBM foi adaptado e aprovado pelo Conselho de Administração, e homologado pelo Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo em 19/07/2013, no uso de subdelegação de competências.



Com este Regulamento, o Centro Hospitalar adotou o modelo de gestão participada por objetivos assente em níveis de gestão estratégica, intermédia e operacional, em que os centros de responsabilidade e as direções de serviço assumem e desempenham um papel determinante.

Em 30/01/2014, e após consulta prévia dos trabalhadores em conformidade com o estabelecido no artigo 115.º, n.º 2 do Regime do Contrato de Trabalho em Funções Públicas e artigo 99.º, n.º 2 do Código do Trabalho, foi aprovado o Regulamento do Horário de Trabalho do CHBM que contém as normas de organização e disciplina do trabalho.

O reforço dos valores éticos no comportamento do indivíduo e da comunidade em geral, a definição dos princípios de bom governo no Estado e nas suas empresas, bem como a instância da responsabilidade social, exigiram a aprovação do Código de Ética do CHBM em 19/09/2013. Trata-se de uma sistematização das regras de conduta num documento público e partilhado que norteia a atuação responsável da Instituição e dos seus colaboradores. Visa personalizar de forma clara a essência da Instituição e divulgar os princípios, valores e regras de conduta que regem a prossecução da sua missão.

Em 27/02/2014 foi aprovado o Plano de Igualdade e de Género do CHBM com o objetivo de alcançar uma efetiva igualdade de tratamento e de oportunidades entre homens e mulheres, eliminar as discriminações e permitir a conciliação da vida pessoal, familiar e profissional.

Estes documentos foram divulgados no portal da intranet e através do sítio da internet:

[http://www.chbm.min-saude.pt/informacao\\_publica/Modelo\\_de\\_governo/Regulamentos\\_codigos/](http://www.chbm.min-saude.pt/informacao_publica/Modelo_de_governo/Regulamentos_codigos/)

### D. Sítio de Internet

A informação relacionada com a atividade do CHBM, designadamente, a sede e demais elementos mencionados no artigo 171.º do Código das Sociedades Comerciais, o Regulamento Interno, os titulares dos órgãos sociais e os Relatórios e Contas anuais, bem como as obrigações de divulgação que constam do art. 44º do Decreto-Lei nº 133/2013 de 3 de Outubro, estão disponíveis e têm divulgação no sítio da internet:

<http://www.chbm.min-saude.pt/>

e

<https://sirief.dgtf.pt/sites/sirief/default.aspx>

## E. Prestação de Serviço Público ou de Interesse Geral

O contrato-programa celebrado com a tutela é um instrumento de operacionalização da política do Ministério da Saúde e do planeamento regional de afetação de recursos, em consonância com o Plano Estratégico do Hospital. Este contrato sustenta os seus termos nos princípios seguintes:

- Promoção do acesso, melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, satisfação dos utentes e obtenção de ganhos em saúde;
- Gestão criteriosa e utilização eficiente dos recursos disponíveis na procura da sustentabilidade económico-financeira do Hospital e do Serviço Nacional de Saúde.

Os contratos-programa estão divulgados no portal da intranet e através do sítio da internet:

[http://www.chbm.min-saude.pt/informacao\\_publica/contratos\\_programa/?sm=2\\_2](http://www.chbm.min-saude.pt/informacao_publica/contratos_programa/?sm=2_2)

## VI. Remunerações

### A. Competência para a Determinação

A Resolução do Conselho de Ministros n.º 16/2012, de 14 de Fevereiro, procedeu à definição dos critérios de determinação do vencimento dos gestores públicos, tendo remetido para resolução própria a fixação dos critérios aplicáveis aos gestores das entidades públicas integradas no Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Nesta conformidade, a Resolução do Conselho de Ministros n.º 18/2012, de 21 de fevereiro, aprovou os critérios de determinação do vencimento dos gestores das entidades integrantes do SNS, nomeadamente dos centros hospitalares, dos hospitais e das unidades locais de saúde, atendendo ao seu especial enquadramento e características.

Assim, o vencimento mensal líquido dos membros dos conselhos de administração que exercem funções a tempo integral é definido tendo por base o valor padrão do vencimento mensal líquido do Primeiro-Ministro, bem como os critérios de classificação das empresas definidos na Resolução do Conselho de Ministros n.º 36/2012, de 26 de Março.

## **B. Comissão de Fixação de Remunerações**

Não aplicável.

## **C. Estrutura das Remunerações**

A estrutura das remunerações dos membros do Conselho de Administração decorre dos critérios definidos na Resolução do Conselho de Ministros n.º 18/2012, de 21 de Fevereiro, e dos critérios de classificação das empresas estabelecidos na Resolução do Conselho de Ministros n.º 36/2012, de 26 de março.

Em conformidade com o n.º 1 e 2 do artigo 28.º do Estatuto do Gestor Público (Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de Março, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 8/2012, de 18 de Janeiro) a remuneração dos membros do Conselho de Administração integra um vencimento mensal que não pode ultrapassar o vencimento mensal do Primeiro-Ministro. Integra ainda um abono mensal, pago 12 vezes ao ano, para despesas de representação no valor de 40 % do respetivo vencimento. Porém, e por força da Resolução do Conselho de Ministros n.º 16/2012, de 14 de Fevereiro, durante a vigência do Programa de Assistência Económica e Financeira a Portugal (PAEF), da aplicação das regras de fixação de remuneração estabelecidas pelo Estatuto do Gestor Público não pode resultar um aumento da remuneração efetivamente paga aos membros do conselho de administração, tendo por referência a remuneração atribuída à data.

Não se aplica ao CHBM, E.P.E. regimes complementares de pensões ou de reforma antecipada para os membros do conselho de administração.

A remuneração do Fiscal Único é fixada por despacho do membro do Governo responsável pela área das finanças, atendendo ao grau de complexidade e de exigência inerente ao exercício do respetivo cargo e tendo em conta os critérios de classificação da entidade pública empresarial fixados na Resolução do Conselho de Ministros, a que se refere o n.º 4 do artigo 28.º do Estatuto do Gestor Público.

## **D. Divulgação das Remunerações**

O estatuto remuneratório é o decorrente do regime jurídico do sector empresarial do estado (Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de Outubro) e do estatuto do gestor público (aprovado pelo Decreto-Lei n.º 71/2007 de 27 de Março e republicado pela Lei n.º 8/2012 de 18 de Janeiro), bem como da Resolução do Conselho de Ministros n.º 36/2012, publicada no DR, I série, n.º 61 de 26 de Março.

No contexto das políticas de consolidação orçamental visando a redução do défice excessivo do Estado e o controlo do crescimento da dívida pública, foi publicada a Lei n.º 12-A/2010, de 30 de Junho, que no seu artigo 12.º determina a redução a título excecional de 5% na remuneração fixa mensal líquida dos gestores públicos executivos e equiparados. Também neste contexto, a lei do orçamento do Estado de 2011 determina a aplicação de uma redução mediante a aplicação de uma taxa progressiva sobre o valor das remunerações dos gestores públicos, ou equiparados, dos membros dos órgãos executivos, deliberativos, consultivos, de fiscalização ou quaisquer outros órgãos estatutários dos institutos públicos de regime geral e especial, de pessoas coletivas de direito público dotado de independência decorrente da sua integração nas áreas de regulação, supervisão ou controlo, das empresas públicas de capital exclusiva ou maioritariamente público, das entidades públicas empresariais.

Acresce que, por força da Resolução do Conselho de Ministros n.º 16/2012, de 14 de Fevereiro, durante a vigência do PAEF as despesas de representação não são calculadas nos termos definidos no n.º 2 do artigo 28.º do Estatuto do Gestor Público.

O montante anual da remuneração auferida e indicada no quadro que segue, incorpora as reduções previstas na Lei n.º 12-A/2010, de 30 de Junho, na Lei do Orçamento de Estado e na Resolução do Conselho de Ministros n.º 16/2012, de 14 de Fevereiro.

#### Conselho de Administração

Unid: €

	Presidente	Vogal	Vogal	Directora Clínica	Enfª Directora
Mandato	II	II	II	II	II
Adaptado ao EGP (Sim/Não)	Não	Não	Não	Não	Não
Remuneração Total (1.+2.+3.+4.)	66.891,68 €	56.710,79 €	58.263,92 €	62.015,91 €	56.301,76 €
OPRLO	Não	Sim	Não	Sim	Não
Entidade de Origem (Identificar)	CHLC	CHLC	CHO	CHBM	CHBM
Entidade pagadora (origem/Destino)	CHBM	CHBM	CHBM	CHBM	CHBM
1.1.Remuneração Anual	50.450,16 €	44.274,12 €	43.540,70 €	49.591,68 €	43.869,72 €
1.2.Despesas de Representação (Anual)	17.657,52 €	13.160,88 €	13.062,18 €	13.117,02 €	13.160,88 €
1.3.Senha de presença (Valor Anual)					
1.4.Redução decorrente da Lei 12-A/2010	3.405,38 €	2.871,84 €	2.830,18 €	3.135,44 €	2.851,56 €
1.5.Redução decorrente da Lei 64-B/2011	5.176,28 €	4.365,00 €	4.301,78 €	4.761,96 €	4.334,28 €
1.6.Pagamento dos subsídios de férias e natal	7.365,66 €	6.512,63 €	6.457,00 €	7.204,61 €	6.457,00 €
1.7.Reduções de anos anteriores					
1. Remuneração Anual Efetiva Líquida (1.1+1.2.+1.3-1.4-1.5+1.6-1.7)	66.891,68 €	56.710,79 €	55.927,92 €	62.015,91 €	56.301,76 €
2. Remuneração variável					
3. Isenção de Horário de Trabalho (IHT)					
4. Outras Bonificação por deficiência e assistência a 3ª pessoa			2.336,00 €		
Subsídio de deslocação					
Subsídio de refeição	1.007,72 €	1.029,07 €	896,70 €	952,21 €	982,10 €
<b>Encargos com benefícios sociais</b>	15.886,77 €	13.468,82 €	13.371,68 €	14.771,36 €	13.371,68 €
Regime de Proteção Social (ADSE/Seg.Social/Outros)	CGA	SS	CGA	CGA	CGA

Ao abrigo do disposto no n.º 8 do artigo 28.º do Estatuto do Gestor Público, dois membros do Conselho de Administração optaram pelo vencimento do lugar da origem.

Não se aplica e não existem montantes pagos, por outras sociedades em relação de domínio ou de grupo ou que se encontrem sujeita a um domínio comum.

Não se aplica e não existem remunerações pagas sob a forma de participação de lucros e/ou de pagamentos de prémios.

## VII. Transações com partes Relacionadas e Outras

### Transações relevantes com entidades relacionadas

Os mecanismos implementados para efeitos de controlo de transações com partes relacionadas resultam das normas de contratação pública em vigor no Centro Hospitalar Barreiro Montijo (CHBM) que decorrem do Código dos Contratos Públicos (CCP) aprovado pelo Decreto-Lei n.º 18/2008 de 29 de Janeiro, republicado pelo Decreto-Lei n.º 278/2009 de 2 de Outubro, e posteriormente alterado pela Lei n.º 3/2010 de 27 de Abril, pelo Decreto-Lei n.º 131/2010 de 14 de Dezembro e pelo Decreto-Lei n.º 149/2012 de 12 de Julho.

Em 2012 foi aprovada uma “Política de Aprovisionamento” que visa estabelecer as regras relativas à aquisição de bens, serviços e aquisição de empreitadas, bem como à gestão dos stocks no CHBM, concretizadas através da ação desenvolvida pelo Serviço de Aprovisionamento (SAp), com a participação dos clientes internos (utilizadores).

A preparação e realização da compra são sempre e apenas, efetuadas pelo SAp segundo as regras de contratação pública previstas no CCP e demais legislação aplicável. A “Política de Aprovisionamento” do CHBM é operacionalizada através da elaboração e implementação dos Procedimentos Gerais ou Sectoriais.

O SAp tem Certificação pela Norma ISO 9001:2008, desde 2009, tendo sido o primeiro serviço de aprovisionamento certificado a nível nacional por este referencial. Tendo em vista assegurar a eficiente utilização dos recursos, o eficaz controlo dos processos e a avaliação e minimização dos riscos identificados, estão aprovados e publicados 15 procedimentos internos, além do Manual de Qualidade e do Regulamento de Contratação. Durante o ano de 2015 procedeu-se à revisão e atualização do Regulamento de Contratação e do procedimento APR.1009 - Avaliação de fornecedores externos.

Durante o ano a que se reporta o presente Relatório, não foi celebrado nenhum contrato de valor superior a 5M€, sendo, contudo, submetidos a fiscalização prévia do Tribunal de Contas todos os atos, contratos ou outros instrumentos geradores de despesa nos termos dos artigos 44.º a 48.º da Lei de Organização e Processo do Tribunal de Contas. No ano 2015 foi submetido a visto do Tribunal de Contas, um procedimento de contratação corresponde à prestação de serviços de alimentação.

As transações mais relevantes com entidades relacionadas, decorrem do serviço prestado aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde, de acordo com as regras definidas no contrato programa.

No âmbito do Contrato Programa estabelecido para 2015, apuraram-se proveitos no valor global de 58,5 milhões de euros, distribuídos pelas seguintes rubricas:

PRESTAÇÕES DE SERVIÇOS (SNS)	
	2015
Internamento	22.209.826 €
Consulta Externa	7.668.015 €
Urgência	6.188.287 €
Hospitais de Dia	721.416 €
GDH's de Ambulatório	9.453.535 €
Verba de Convergência	3.787.317 €
Outros	8.433.666 €
<b>Total das Prestações de Serviço (SNS)</b>	<b>58.462.062 €</b>

#### Transações relevantes com outras entidades

As Transações relevantes com outras entidades, são as seguintes:

Nome	Descrição	Valor (€)
Gilead Sciences,Lda	Matérias Primas	3.836.935 €
Roche – Farmaceutica, Lda.	Matérias Primas	1.398.796 €
Abbvie, Lda	Matérias Primas	1.182.710 €
Janssen-Cilag Farmacêutica, Lda.	Matérias Primas	1.148.492 €
Merck, SA	Matérias Primas	503.109 €
Bristol Myers Squibb, SA.	Matérias Primas	448.502 €
Abbott Laboratórios	Matérias Primas	423.778 €
VIIIVH Hhealthcare, Unipessoal, Lda.	Matérias Primas	417.188 €
Laboratórios Pfizer, SA	Matérias Primas	398.618 €
Labesfal, SA.	Matérias Primas	338.677 €
B.Braun Medical, Lda	Matérias Primas	330.613 €

Não existem transações que tenham ocorrido fora das condições de mercado.

*[Handwritten signature]*

Lista de fornecedores com transações com a empresa que representem mais de 5% dos fornecedores e serviços externos.

NIF	Nome	Valor
500142858	ITAU - Inst. Tecnic. Alimentação Humana	835.242,38€
980122538	Eulen, SA	727.378,54 €
505121247	Randstad-Clinica Cuidados Saúde, Lda.	596.704,92 €

*[Handwritten notes and signature]*  
lees - lees  
*[Signature]*

### VIII. Análise de sustentabilidade da empresa nos domínios económicos, social e ambiental

#### Sustentabilidade Económica /Financeira

O CHBM, EPE, perfilando-se como uma empresa prestadora de serviços de saúde de excelência à população da sua área de atração, procura garantir a acessibilidade aos doentes da sua carteira de serviços e assegurar o necessário desenvolvimento técnico e tecnológico.

Num contexto de forte restrição financeira, a estratégia do CHBM do ponto de vista da sustentabilidade económico financeira passou pelo objetivo de melhoria dos seus resultados o que implicou a implementação de medidas tendentes a garantir o aumento da produção realizada, bem como o atingimento dos indicadores de qualidade e eficiência definidos no âmbito do Contrato Programa de 2015. A par disso, igualmente a implementação de uma gestão rigorosa do orçamento económico disponível, não descorando a necessidade de continuar a garantir a manutenção da realização de investimentos.

Nesta linha, a aquisição de equipamento pesado, a modernização de processos com base nas tecnologias da informação e a ousadia na introdução de novas formas de organização do trabalho, numa lógica de serviço centrado na satisfação do doente, norteiam uma atuação. Para melhor ilustração dos níveis de cumprimento das metas fixadas faz-se remissão para os resultados apresentados nas páginas 3 e 4 do presente relatório.

Tendo em atenção a envolvente externa que se caracteriza por uma crise económica de dimensão ainda não completamente definida, não podemos deixar de salientar os desafios que são colocados diariamente às administrações dos hospitais:

Por um lado, é um imperativo a cooperação entre os hospitais, sendo necessário trabalhar conjuntamente, sob a égide da ARSLVT, no sentido de definir protocolos de complementaridade que contribuam quer para a garantia da prestação de cuidados de saúde de qualidade, em termos da oferta que disponibilizam à população, quer para a sustentabilidade dos hospitais em matéria de equilíbrio económico-financeiro.

*[Handwritten signature and initials]*

Por outro lado destacamos os seguintes constrangimentos:

- ✓ Défice de profissionais de saúde especializados, designadamente médicos, essenciais para que o CHBM possa assegurar os tempos de espera estabelecidos para realização de consultas externas e cirurgias, bem como constituição de equipas de trabalho adequadas ao atendimento de casos urgentes;
- ✓ Obrigatoriedade de garantir o cumprimento de prazos de pagamento contratuais, o que leva a que o hospital possa fazer aquisições em condições mais desfavoráveis, nomeadamente em despesas com juros, o que reforça a necessidade de gerar mais meios financeiros;
- ✓ Inovação técnica de acordo com o estado da arte, em que se destaca a introdução de novos medicamentos e a atualização de equipamentos médicos de suporte à atividade assistencial, com encargos significativos;
- ✓ Motivação dos profissionais, que vêm convivendo com uma redução dos seus vencimentos ao longo dos anos;
- ✓ Confrontação com o facto dos meios financeiros serem escassos e haver a necessidade e obrigação de distribuí-los de forma justa;
- ✓ Obsolescência de equipamento e infra-estruturas, não existindo capacidade financeira para proceder às substituições necessárias à manutenção da actual capacidade de resposta;

Em suma, a necessidade de garantir a sustentabilidade económico-financeira do Hospital, sem colocar em causa o seu desenvolvimento.

No plano económico, o CHBM, EPE evidencia um agravamento dos resultados obtidos em 2015, face ao ano anterior.

### **Sustentabilidade Social**

O CHBM, EPE continua condicionado pelas inúmeras situações sociais que impedem que as altas médicas correspondam a saídas efetivas e imediatas dos utentes para o seu domicílio. Esta situação tem, contudo, vindo a ser minimizada com o desenvolvimento em curso da Rede Nacional de Cuidados Continuados, mas há ainda inúmeros casos de permanência prolongada (por vezes, mais de um ano) dos utentes no Hospital por motivos não clínicos, desviando-se assim os recursos de saúde para outras finalidades.

Existe a preocupação da procura sistemática de feedback dos utentes, internos e externos, considerando, as suas opiniões/sugestões/reclamações como um instrumento fundamental para uma análise das situações que possibilitam aumentar significativamente essa participação e desenvolver simultaneamente ações que contribuam para a melhoria da qualidade dos serviços que presta, tarefa que se pretende incrementar com a dinamização da atividade do Gabinete do Cidadão.

O CHBM promove uma efetiva igualdade de tratamento e de oportunidades entre homens e mulheres, eliminando as discriminações e permitindo sempre que possível a conciliação da vida pessoal, familiar e profissional.

Tem promovido a igualdade de oportunidades, respeito pelos direitos humanos de não discriminação, no cumprimento da legislação em vigor nesta matéria, nomeadamente no que respeita à política de contratações e de atribuição de todos os direitos e regalias previstos na legislação.

Ao nível da promoção e valorização individual dos recursos humanos, foi feito um esforço no sentido da promoção de ações formação/workshops, utilizando apenas recursos internos, sem custos adicionais, demonstrando a preocupação com a gestão adequada do capital humano da organização.

O CHBM colabora na inclusão social (empregabilidade) através da adesão ao Programa Impulso jovem, bem como protocolos com Universidades, Institutos Politécnicos e outras Escolas Superiores, através da oferta de estágios académicos.

### **Sustentabilidade Ambiental**

Em 2013 foi elaborado e publicado o Manual de Boas Práticas Ambientais do CHBM, onde estão elencadas medidas de eficiência hídrica e energética adotadas e a adotar, a curto/médio prazo, tendo em vista a redução de consumos de água e energia, nomeadamente:

- monitorização pelo Gestor Local de Energia e Carbono dos indicadores de consumo;
- redução da pressão do abastecimento de água a partir da rede pública;
- instalação de redutores de caudal em todas as torneiras;
- instalação de torneiras de pressão ou temporizadas;
- otimização das temperaturas de climatização;
- substituição gradual de janelas em zonas climatizadas;
- aplicação de películas refletoras em vãos envidraçados;
- substituição progressiva de iluminação por equipamentos mais eficientes;
- criação de pastas informáticas partilhadas por forma a facilitar o acesso à informação e reduzir a impressão de documentos;
- continuação da centralização de equipamentos informáticos de impressão;
- redução dos dispositivos de impressão a cores;
- programação de equipamentos multifunções para impressão frente e verso em modo *draft*.

No ano de 2014 foi lançado uma campanha de sustentabilidade ambiental, no âmbito do Programa de Eficiência Energética e do Plano Estratégico do Baixo Carbono do Ministério da Saúde.

Foi dada continuidade à implementação das medidas previstas no Guia de Combate ao Desperdício, aprovado em 2012.

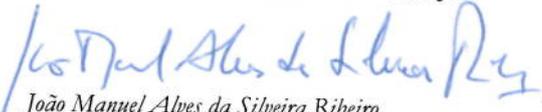
## IX. Avaliação do Governo Societário

Em observância dos princípios vigentes e das orientações recebidas, pode concluir-se que o CHBM adotou as práticas de bom governo societário, conforme se indica:

- ✓ A missão e os objetivos determinados foram cumpridos, de forma económica, financeira, social e ambientalmente eficiente, procurando salvaguardar e expandir a sua competitividade, com respeito pelos princípios de responsabilidade social, desenvolvimento sustentável, de serviço público e de satisfação das necessidades da coletividade. A atividade desenvolvida centrou-se nos seguintes objetivos: melhoria da eficiência operacional; promoção da sustentabilidade económico-financeira; melhoria da qualidade.
- ✓ Elaboraram-se planos de atividades e orçamentos adequados aos recursos e fontes de financiamento disponíveis, tendo em conta o cumprimento da missão e objetivos.
- ✓ Definiram-se estratégias de sustentabilidade nos domínios económico, social e ambiental, identificando, para o efeito, os objetivos a atingir e explicitando os respetivos instrumentos de planeamento, execução e controlo.
- ✓ Atualizou-se o Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas em função das mais recentes recomendações do Conselho de Prevenção de Corrupção, designadamente, a Recomendação n.º 3/2015 (DR, 2.ª, n.º 132, 09/07/2015), adotando-se novas orientações quanto à identificação dos riscos de gestão e de corrupção relativamente às funções, ações e procedimentos realizados por todas as unidades da estrutura orgânica das entidades, incluindo os gabinetes, as funções e os cargos de direção de topo, assim como quanto à designação dos responsáveis pela execução e monitorização do Plano, bem como pela elaboração dos correspondentes relatórios.
- ✓ Adotou-se um código de ética que contempla exigentes comportamentos éticos e deontológicos, procedendo-se à sua divulgação por todos os seus colaboradores, clientes, fornecedores e pelo público em geral
- ✓ Adotou-se um plano de igualdade e de género, tendente a alcançar uma efetiva igualdade de tratamento e de oportunidades entre homens e mulheres, a eliminar as discriminações e a permitir a conciliação da vida pessoal, familiar e profissional.
- ✓ Foram atualizados e divulgados os procedimentos em matéria de aquisição de bens e serviços e os critérios de adjudicação são orientados por princípios de economia e eficácia para assegurar a eficiência das transações realizadas e a igualdade de oportunidades para todos os interessados habilitados para o efeito. Estes procedimentos estão em conformidade com a Qualidade da Norma ISO:9001 e são alvo de certificação pela APCER desde 2009.

- ✓ O CHBM tem um Fiscal Único, as contas são auditadas por um Revisor Oficial de Contas e mantém um sistema de controlo dos ativos (Remete-se para a certificação legal, relatório e parecer do fiscal único, revisor oficial de contas).
- ✓ Dispõe, também, de um serviço de auditoria interna a quem compete a avaliação dos processos de controlo interno e de gestão de riscos, nos domínios contabilístico, financeiro, operacional, informático e de recursos humanos, contribuindo para o seu aperfeiçoamento contínuo, nos termos definidos nos Estatutos.

**O Presidente do Conselho de Administração**



*João Manuel Alves da Silveira Ribeiro*

**O Vogal do Conselho de Administração**



*Mário de Figueiredo Bernardino*

**A Vogal do Conselho de Administração**



*Elsa Maria Baião Ferreira Airoso Banza*

**A Diretora Clínica**



*Elizabete Maria Farias Gonçalves Rodrigues*

**A Enfermeira Diretora**



*Luísa Maria Alves da Luz*