

28

Apreciado em Reunião
do Conselho de Administração
CHBM, E.P.E.
de 29/05/2020
ACTA N.º 24

C.A.
APROVADO



Pedro Lopes
Presidente do Conselho de Administração

Relatório de Governo Societário

2019



Aprovada em reunião de Conselho de Administração de
29 de maio de 2020



Índice

I. SÍNTESE (SUMÁRIO EXECUTIVO)	2
II. MISSÃO, OBJETIVOS E POLÍTICAS.....	3
III. ESTRUTURA DE CAPITAL.....	16
IV. PARTICIPAÇÕES SOCIAIS E OBRIGAÇÕES DETIDAS	16
V. ÓRGÃOS SOCIAIS E COMISSÕES	17
VI. ORGANIZAÇÃO INTERNA	34
A. ESTATUTOS E COMUNICAÇÕES	34
B. CONTROLO INTERNO E GESTÃO DE RISCOS	35
C. REGULAMENTOS E CÓDIGOS	44
D. DEVERES ESPECIAIS DE INFORMAÇÃO	47
E. SÍTIO DE INTERNET	48
F. PRESTAÇÃO DE SERVIÇO PÚBLICO OU DE INTERESSE GERAL	49
VII. REMUNERAÇÕES	50
A. COMPETÊNCIA PARA A DETERMINAÇÃO	50
B. COMISSÃO DE FIXAÇÃO DE REMUNERAÇÕES	51
C. ESTRUTURA DAS REMUNERAÇÕES	51
D. DIVULGAÇÃO DAS REMUNERAÇÕES	52
VIII. TRANSAÇÕES COM PARTES RELACIONADAS E OUTRAS.....	55
IX. ANÁLISE DE SUSTENTABILIDADE DA ENTIDADE NOS DOMÍNIOS ECONÓMICOS, SOCIAL E AMBIENTAL	57
X. AVALIAÇÃO DO GOVERNO SOCIETÁRIO	63
XI. ANEXOS DO RGS	65

SB
f
Aaia
X

I. Síntese (Sumário Executivo)

O Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE (CHBM) elabora o Relatório do Governo Societário respeitante ao ano de 2019 nos termos definidos no art.º 54 do DL n.º 133/2013, de 3 de outubro. Para o efeito, respeita-se o guião divulgado pela Unidade Técnica de Acompanhamento e Monitorização do Sector Público Empresarial.

A Missão, Objetivos e Políticas do CHBM mantêm-se inalteradas e de acordo com o publicado no Regulamento Interno da Instituição;

Relativamente à Estrutura de Capital, não se registaram alterações ao capital estatutário do CHBM, mantendo-se o valor de 105.180.000,00€;

Globalmente, foram cumpridas a maioria as metas e objetivos definidos em sede de contratualização com a Tutela, apresentado uma taxa de cumprimento do Contrato Programa de 97% e do Índice de Desempenho Global de 100,5%;

Em termos financeiros, o CHBM EPE apresentou um resultado líquido negativo de -6,7M€, acima dos valores contratualizados em sede de Contrato Programa 2019.

O CHBM adota boas práticas no âmbito do seu objeto de atuação, designadamente no que respeita às políticas de gestão, no seguimento do relatório elaborado no ano transato.

CAPÍTULO II do RJSGE - Práticas de bom governo		Sim	Não	Data
Artigo 43º	Apresentou plano de atividades e orçamento para 2019 adequado aos recursos e fontes de financiamento disponíveis	X		-
	Obteve aprovação pelas tutelas setorial e financeira do plano de atividades e orçamento para 2019	X		
Artigo 44º	Divulgou informação sobre estrutura acionista, participações sociais, operações com participações sociais, garantias financeiras e assunção de dívidas ou passivos, execução dos objetivos, documentos de prestação de contas, relatórios trimestrais de execução orçamental com relatório do órgão de fiscalização, identidade e curriculum dos membros dos órgãos sociais, remunerações e outros benefícios	X		
Artigo 45º	Submeteu a informação financeira anual ao Revisor Oficial de Contas, que é responsável pela Certificação Legal das Contas da empresa	X		
Artigo 46º	Elaborou o relatório identificativo de ocorrências, ou risco de ocorrências, associado à prevenção da corrupção	X		21-02-2020
Artigo 47º	Adotou um código de ética e divulgou o documento	X		20-10-2016
Artigo 48º	Tem contratualizada a prestação de serviço público ou de interesse geral, caso lhe esteja confiada	X		31-05-2019
Artigo 49º	Prosseguiu objetivos de responsabilidade social e ambiente	X		-
Artigo 50º	Implementou políticas de recursos humanos e planos de igualdade	X		29-12-2017
Artigo 51º	Evidenciou a independência de todos os membros do órgão de administração e que os mesmos se abstêm de participar nas decisões que envolvam os seus próprios interesses	X		
Artigo 52º	Evidenciou que todos os membros do órgão de administração cumpriram a obrigação de declararem as participações patrimoniais e relações suscetíveis de gerar conflitos de interesse ao órgão de administração, ao órgão de fiscalização e à IGF	X		
Artigo 53º	Providenciou no sentido de que a UTAM tenha condições para que toda a informação a divulgar possa constar do sítio na internet da Unidade Técnica	X		-
Artigo 54º	Apresentou o relatório do órgão de fiscalização em que é aferido constar do relatório anual de práticas de governo societário informação atual e completa sobre todas as matérias tratadas no Capítulo II do RJSGE (boas práticas de governação)	X		

II. Missão, Objetivos e Políticas

1. Missão, Visão e Valores

Considerando o Regulamento Interno aprovado pelo Conselho de Administração a 23.03.2018, o Centro Hospitalar adota as seguintes políticas da instituição:

Missão da Entidade

O Centro Hospitalar tem como missão a prestação de cuidados de saúde diferenciados a todos os cidadãos no âmbito da responsabilidade e capacidade das unidades hospitalares que o integram, o Hospital Nossa Senhora do Rosário e o Hospital do Montijo, exercendo a sua atuação de acordo com as linhas estratégicas definidas pelo Conselho de Administração no âmbito da autonomia de gestão que legalmente lhe assiste, promovendo a execução local da política de saúde regional e nacional plasmada nos planos estratégicos superiormente aprovados e operacionalizada através de contrato programa.

Visão

Ser um Centro Hospitalar com diferenciação científica, técnica e tecnológica, reconhecido pela efetividade clínica, segurança e satisfação do doente e motivação dos colaboradores, assumindo-se como uma instituição de referência na promoção da saúde e bem-estar da população.

Valores

- Gestão integrada do acesso aos cuidados de saúde;
- Livre circulação dos doentes no âmbito do Serviço Nacional de Saúde;
- Preocupação partilhada com o doente na utilização custo efetiva dos recursos disponíveis;
- Humanização e qualidade dos cuidados de saúde;
- Não discriminação e respeito pelos direitos dos doentes;
- Educação para a saúde e promoção da literacia em saúde;
- Autocuidado e participação dos doentes no processo assistencial;
- Respeito pela dignidade e segurança individual da cada doente;
- Atualização assistencial incorporando os avanços da investigação da ciência e da tecnologia;
- Excelência técnico-profissional;
- Ética e deontologia profissional;
- Trabalho de equipa pluridisciplinar e multiprofissional;
- Sustentabilidade económico-financeira;
- Respeito pelo ambiente;
- Promoção de cultura de mérito e avaliação sistemática.

O princípio orientador geral: JUNTOS CUIDAMOS, integra os valores pelos quais os profissionais do Centro Hospitalar pautam a sua atuação:

J U N T O S
H U M A N I S M O
P R O F I S S I O N A L I S M O
E F I C I Ê N C I A
C U I D A D O S
D E D I C A Ç Ã O
R E S P O N S A B I L I D A D E

2. Indicação de políticas e linhas de ação desencadeadas no âmbito da estratégia definida.

a) Objetivos e resultados definidos pelos acionistas relativos ao desenvolvimento da atividade empresarial a alcançar em cada ano e triénio, em especial os económicos e financeiros;

O CHBM teve em 2019 como principais focos de atuação quatro áreas distintas de intervenção:

MIE 1. Modernização da oferta hospitalar

- 1.1. Promover a proximidade aos utentes em meio comunitário
- 1.2. Alargar a prestação de cuidados de ambulatório
- 1.3. Criação da unidade de hospitalização domiciliária
- 1.4. Criar Centros de Responsabilidade Integrados
- 1.5. Inovar em termos de eficiência energética e gestão do parque hospitalar

MIE 2. Melhorar o acesso aos cuidados de saúde

- 2.1. Elaborar protocolos de referenciação para consulta externa com o ACES Arco Ribeirinho
- 2.2. Aumentar a efetividade das consultas externas
- 2.3. Promover a realização de atividade cirúrgica adicional
- 2.4. Otimizar a taxa de ocupação da UCA e do bloco operatório central
- 2.5. Diminuir a Demora Média dos Serviços de Internamento
- 2.6. Cumprir dos Tempos máximos de resposta garantidos

MIE 3. Promover a integração de cuidados no SNS

- 3.1. Estabelecer um plano de assistência integrado com o ACES Arco Ribeirinho para os doentes frequentes do serviço de urgência
- 3.2. Integrar o programa regional de rastreio do cancro do colon e reto



- 3.3. Concluir os projetos do Programa de Incentivo à Integração de Cuidados e à Valorização dos Percursos dos Utentes iniciados em 2017
- 3.4. Robustecer a articulação com a ECL do ACES Arco Ribeirinho

MIE 4. Garantir a sustentabilidade financeira

- 4.1. Utilizar a plataforma informática GPR_SNS para promover a internalização de MCDT no SNS
- 4.2. Criar novos perfis de prescrição na área do medicamento
- 4.3. Rentabilizar a capacidade interna na área dos MCDT com redução do recurso ao exterior
- 4.4. Negociar e adquirir material de consumo clínico em articulação com os Hospitais da Península de Setúbal
- 4.5. Rentabilizar o Serviço de Esterilização
- 4.6. Implementar uma ferramenta de gestão e otimização do processo de transporte não urgente de doentes (Plataforma informática SGTD).

O Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE 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 2019, onde foram definidos os objetivos de desempenho económico-financeiro e os objetivos de qualidade e eficiência.

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

Linha de Produção	Ano			Previsão de dezembro	Desvio Face ao Contrato Programa		Realizado 2018_13 Mês	Contrato Programa 2019
	2018	2019	Var %		Valor	%		
	1	2	3=(2-1)/1	4=(8/12xmês)	5	6=(2-4)/4	7	8
Consultas Externas								
1.ªs Consultas	42 735	46 881	9,7%	48 453	-1 572	-3,2%	42 735	48 453
Consultas Subsequentes	131 213	136 953	4,4%	139 035	-2 082	-1,5%	131 213	139 035
Total Consultas Médicas	173 948	183 834	5,7%	187 488	-3 654	-1,9%	173 948	187 488
Taxa de Acessibilidade	24,6%	25,5%	3,8%	25,8%	-0,34	-1,3%	24,6%	25,8%
Internamento								
Doentes Saídos (com berçário)	14 705	14 809	0,7%	15 125	-316	-2,1%	14 705	15 125
GDH's Médicos	10 758	10 778	0,2%	10 977	-199	-1,8%	10 758	10 977
GDH's Médicos Int.Cuidados Paliativos	192	163	-15,1%	212	-49	-23,1%	192	212
GDH's Cirúrgicos Programados	1 981	1 994	0,7%	2 185	-191	-8,7%	1 981	2 185
GDH's Cirúrgicos Urgentes	1 774	1 874	5,6%	1 751	123	7,0%	1 774	1 751
Atividade cirúrgica - Doentes Intervencionados	7 552	8 189	8,4%				7 552	
Atividade cirúrgica convencional (base+adicional)	2 551	2 707	6,1%				2 551	
Atividade cirúrgica ambulatorial (base+adicional)	3 700	4 265	15,3%				3 700	
Atividade cirúrgica urgente	1 301	1 217	-6,5%				1 301	
Atividade de Ambulatório	8 907	10 324	15,9%	9 750	574	5,9%	8 907	9 750
GDH's Médicos Ambulatório	5 669	6 585	16,2%	6 250	335	5,4%	5 669	6 250
GDH's Cirúrgicos Ambulatório	3 238	3 739	15,5%	3 500	239	6,8%	3 238	3 500
Hospitais de Dia (sessões)	16 554	18 213	10,0%	17 833	380	2,1%	16 554	17 833
Imunohemoterapia	1 265	1 621	28,1%	1 524	97	6,4%	1 265	1 524
Psiquiatria	899	1 028	14,3%	1 200	-172	-14,3%	899	1 200
Outros	14 390	15 564	8,2%	15 109	455	3,0%	14 390	15 109
Radioterapia	24 214	25 748	6,3%	25 125	623	2,5%	24 214	25 125
Tratamentos Simples	12 952	12 325	-4,8%	12 285	40	0,3%	12 952	12 285
Tratamentos Complexos	11 262	13 423	19,2%	12 840	583	4,5%	11 262	12 840
Visitas Domiciliárias	317	505	59,3%	600	-95	-15,8%	317	600
Total Episódios de Urgência	152 122	158 921	4,5%	153 864	5 057	3,3%	152 122	153 864
Urgência Médico-Cirúrgica	120 651	130 782	8,4%	123 803	6 979	5,6%	120 651	123 803
Urgência Básica	31 471	28 139	-10,6%	30 061	-1 922	-6,4%	31 471	30 061
Episódios de Urgência (sem internamento)	141 821	148 750	4,9%	143 592	5 158	3,6%	141 821	143 592
Urgência Médico-Cirúrgica	110 778	120 677	8,9%	114 101	6 576	5,8%	110 778	114 101
Urgência Básica	31 043	28 073	-9,6%	29 491	-1 418	-4,8%	31 043	29 491
Programas de Saúde								
VIH/Sida - Total de Doentes Equiv.	737	801	8,7%	790	11	1,4%	737	790
IVG até 10 Semanas	430	402	-6,5%	443	-41	-9,3%	430	443
Esclerose Múltipla - Total de Doentes Equiv.	60	54	-10%	65	-12	-17,7%	60	65
Hepatite C - Doentes Tratados (indivíduos)	114	94	-18%	160	-66	-41,3%	114	160
PSCI - Total de Doentes Equiv.	50	66	32,9%	66	0	0,5%	50	66
Medicamentos								
Disp. Gratuita em Ambul. C/ suporte legal (€)	1 076 337	931 172	-13,5%	1 100 000	-168 828	-15,3%	1 076 337	1 100 000

Fonte: Dados SICA

O ano de 2019, foi um ano marcante em termos de consolidação da atividade realizada no CHBM, sendo o ano com maior registo de atividade dos últimos 10 anos.



Em termos gerais, a atividade assistencial realizada em 2019 revela um incremento transversal a todas as linhas de atividade do CHBM, por comparação com a atividade realizada no período homólogo. O acréscimo de atividade é mais notório ao nível da prestação de cuidados de saúde em ambulatório, com destaque para a atividade de ambulatório classificada em GDH médicos e cirúrgicos (+15,9%), para as consultas externas (+5,7%), as sessões de hospital de dia (+10%), os tratamentos de radioterapia (+6,3%) e a atividade domiciliária (+59,3%), permitindo assegurar a prestação de cuidados adequada e dentro dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG).

Quando se procede à análise da atividade realizada no período, com a prevista em sede de Contrato Programa para o ano de 2019, verifica-se que esta se apresenta acima dos objetivos de referência, para o período em análise, nas seguintes linhas de atividade: ambulatório médico e cirúrgico (+5,9%), no hospital de dia (com exceção para o HDI de Psiquiatria), nos tratamentos de radioterapia (+2,5%), episódios de urgência Médico-Cirúrgica (5,6%) e GDH cirúrgicos urgentes (+7%).

De seguida, identificam-se os principais desvios, a saber:

Consulta Externa

Os dados de consulta do ano 2019 refletem, um desvio positivo no n.º global de consultas externas realizadas (+5,7%) face ao período homólogo, que se traduz na realização de mais 9.886 consultas. Este acréscimo observa-se tanto ao nível das primeiras consultas (+4.146 consultas), como das consultas subsequentes (+5.740 consultas).

São as especialidades de Imunohemoterapia, Otorrino, Cirurgia Geral, Oftalmologia, Radioterapia, Pedopsiquiatria, Neurologia, Psiquiatria, Medicina Física e de Reabilitação e de Pneumologia, as que mais contribuíram para este resultado, traduzindo o reforço efetuado nas equipas médicas no final do ano de 2018 e no presente ano. Nos meses de agosto e setembro verificou-se um reforço das equipas médicas, num total de 8 Médicos, 4 novos médicos para o Departamento de Medicina e Especialidades Médicas (Medicina Interna, Pneumologia e Cuidados Paliativos), 3 novos médicos para o Departamento de Cirurgia e Especialidades Cirúrgicas (Cirurgia Geral, Ortopedia e Otorrino) e 1 Médica para o Serviço de Pediatria.

Procedendo-se a uma comparação com os objetivos resultantes do CP2019, verifica-se que as consultas externas se apresentam 1,9% abaixo da atividade contratualizada. É, contudo, de referir que a atividade contratualizada representava uma taxa de crescimento de 7,8% (13,4% para 1.ªs consultas e 6% para consultas subsequentes), crescimento bastante ambicioso que se posicionou nos 5,7%, 2,1pp abaixo do objetivo contratualizado, mas evidenciando uma melhoria significativa desta atividade, principalmente ao nível das primeiras consultas, o que se traduziu numa melhoria do acesso.

A taxa de acessibilidade apresenta um resultado de 25,5%, representando um desvio de -0,3pp em relação ao objetivo definido no CP2019, mas acima do valor do período homólogo (+0,9pp).

Neste âmbito, é de referir que as consultas CTH representam em 2019 um peso de 35,4% do total de primeiras consultas, 3,8pp acima do resultado alcançado no ano de 2018 (31,6%), traduzindo-se no aumento da acessibilidade aos utentes.

Internamento

Relativamente ao internamento, os dados de 2019 refletem um ligeiro acréscimo dos doentes saídos (+0,7%), por comparação com os valores do período homólogo, apurando-se uma diferença de +104 doentes saídos. É de destacar os aumentos de atividade em algumas especialidades Médicas e Cirúrgicas, nomeadamente em Cardiologia (+105), Ortopedia (+75 doentes saídos), Obstetrícia (+73 doentes saídos), Otorrino e Neurologia (+22 doentes saídos), Senologia (+15 doentes saídos), Neonatologia (+ 11 doentes saídos), UCI (+4 doentes saídos), Gastreenterologia (+2 doentes saídos) e Urologia (+1 doente saído). As restantes especialidades apresentam um decréscimo da atividade em Internamento.

Relativamente à demora média, esta posicionou-se nos 8,9 dias, sendo ligeiramente inferior à verificada no ano anterior (9,0 dias), também a taxa de ocupação apresenta um valor de 83,5%, inferior à observada no ano anterior 85,0%.

Tendo em consideração os valores previstos no CP2019, observa-se um desvio negativo em todas as componentes de GDH's, com exceção para os GDH Cirúrgicos Urgentes. Os valores estimados para cada tipologia de GDH, tiveram por base a análise da atividade codificada, com referência ao ano de 2019, a qual reflete um nível de codificação de 96,6% dos episódios realizados.

De salientar o facto de não se encontrar refletida na estatística de internamento, em conformidade com as orientações constantes na Circular Normativa N.º 15/2019/DPS/ACSS, os 4 doentes saídos da Unidade de Hospitalização Domiciliária, que iniciou a sua atividade em dezembro de 2019.

Atividade Cirúrgica

Várias têm sido as medidas implementadas no CHBM para incrementar a atividade cirúrgica programada e dar resposta às listas de espera, cumprindo com os Tempos Máximos de Resposta Garantidos, designadamente o início da atividade cirúrgica adicional no mês de fevereiro do corrente ano e a realização de atividade cirúrgica ambulatoria aos sábados.

Assim, verifica-se um incremento significativo da atividade cirúrgica programada (+11,5%) face ao período homólogo, representando um acréscimo de 721 doentes operados de forma programada no ano de 2019. Quando se analisa a Cirurgia de Ambulatório verifica-se um acréscimo de 15,3%, representando mais 565 doentes operados, enquanto na Cirurgia Convencional o acréscimo posicionou-se nos 6,1%, representando mais 156 doentes operados. Em face da distribuição da atividade cirúrgica programada, verifica-se uma consolidação do peso da atividade cirúrgica de ambulatório para um valor de 61,2%, 2pp acima do observado no ano anterior (59,2%).

Harmonizados, os critérios estatísticos de contabilização da atividade cirúrgica urgente, que possibilita a comparação da atividade do ano 2019 com a realizada no ano de 2018, podemos verificar que houve um decréscimo da atividade cirúrgica urgente em 2019 por comparação com o período homólogo, a qual se traduz em menos 84 doentes operados de urgência.

De salientar o incremento da atividade em algumas especialidades, nomeadamente na atividade em ambulatório de Cirurgia Geral (+241 doentes), Oftalmologia (+186 doentes), Ginecologia (+67 doentes), Urologia (+35 doentes), Cirurgia Plástica (+22 doentes), Ortopedia (+18 doentes), Otorrino (+1 doente). No que respeita à Cirurgia Convencional Programada, de destacar as especialidades de Ortopedia (+89 doentes), Urologia (+55 doentes), Cardiologia (+31 doentes), Cirurgia Geral (+17 doentes), Senologia (+15 doentes), Obstetrícia (+12 doentes) e Oftalmologia (+5 doentes).



Hospitais de Dia

Relativamente a esta linha de produção, verifica-se um acréscimo no n.º global de sessões +10%, correspondendo a mais 1.659 sessões por comparação com a atividade realizada no período homólogo, em resultado dos acréscimos observados em todas as linhas de HDI. Em relação à atividade classificada em outros, destaca-se o acréscimo de atividade em algumas especialidades, nomeadamente no HDI de Senologia, Urologia, Medicina Interna, Pneumologia, Gastroenterologia e Doenças Autoimunes, a que acresce o HDI de Esclerose Múltipla que iniciou a sua atividade no mês de outubro de 2019.

Se tivermos em consideração os objetivos do CP 2019, verificamos que a atividade desta linha de produção apresenta uma variação positiva em todas as suas tipologias, com exceção para a especialidade de Psiquiatria, onde se observa a realização de menos 172 sessões face aos valores previstos no Contrato Programa, sendo de ressaltar que a previsão anual para esta especialidade teve em consideração o pressuposto de abertura do Hospital de Dia no Hospital do Montijo no 2.º semestre de 2019, facto que não se verificou, estando agora prevista a sua abertura para o 2.º semestre de 2020.

A análise estatística relativa à Radioterapia, tendo por base o n.º de tratamentos realizados, revela um aumento global de 6,3% face ao período homólogo (mais 1.534 tratamentos), resultante do acréscimo do n.º de tratamentos complexos (+19,2%), uma vez que os tratamentos simples apresentam um decréscimo face aos valores do período homólogo (-4,8%).

Quando se procede à análise face aos valores do CP 2019, verifica-se que as previsões de tratamentos para 2019 ficaram muito próximas dos resultados alcançados no que concerne aos tratamentos simples, tendo os tratamentos complexos superado em 4,5% (+583 tratamentos), os objetivos considerados em sede de Contrato-Programa. Globalmente observa-se a realização de mais 623 tratamentos face ao previsto, mostrando que as previsões já contemplavam alterações ao perfil de tratamentos realizados (transição de tratamentos simples para complexos). De notar que os tratamentos têm sido realizados num acelerador linear que carece de substituição, portanto, com maior volume de paragens para manutenção.

GDH's Médicos de Ambulatório e GDH's Cirúrgicos de Ambulatório

Considerando todos os episódios registados em SIMH, observa-se um acréscimo nos GDH's Médicos de ambulatório de +16,2% (+916 GDH's Médicos) face ao período homólogo e +5,4% se tivermos em consideração o objetivo definido no CP 2019, o que representa a realização de mais 335 GDH's Médicos de ambulatório face ao previsto.

Relativamente à atividade cirúrgica de ambulatório, considerando o nível de codificação dos episódios de cirurgia de ambulatório (100% dos episódios de cirurgia de ambulatório codificados) observa-se um acréscimo de 15,5% (+501 GDH's), face aos valores do ano anterior. Comparativamente com o CP 2019 observa-se um desvio de +6,8%, que representa mais 239 GDH's cirúrgicos de ambulatório realizados face ao objetivo previsto.

Decorrente da análise da codificação dos episódios de cirurgia de ambulatório, constatou-se que a proporção de cirurgias de ambulatório que dão origem a GDH Médico corresponde a 12,3%, inferior ao peso de 12,7% apurado, tendo em consideração a codificação da totalidade de episódios de cirurgia de ambulatório no ano de 2018.

Urgências

A atividade da Urgência Médico-Cirúrgica continua a apresentar níveis de procura superiores aos observados no ano anterior +8,4%, com a Urgência Básica a registar um decréscimo na sua atividade de -10,6%. Em termos globais observa-se a realização de mais 6.799 episódios de urgência (+4,5%).

Analizada a atividade de urgência que não resultou em internamento, verifica-se que a mesma se apresenta também acima dos valores registados no período homólogo, em resultado da atividade da Urgência Médico-Cirúrgica com mais 9.899 episódios realizados no ano 2019 (+8,9%). A Urgência Básica por sua vez apresenta valores de procura inferiores aos do período homólogo registando menos 2.970 episódios (-9,6%).

De referir que o número de episódios de urgência que geram internamento diminuiu em 2019 face a 2018, de uma proporção de 6,77% para 6,40% de doentes internados a partir do Serviço de Urgência.

De mencionar que o CHBM em articulação com o ACES Arco Ribeirinho tem efetuado campanhas de sensibilização dos utentes junto da comunidade e em diversas plataformas de comunicação, para que o primeiro contacto seja efetuado junto dos Cuidados de Saúde Primários ou através da linha de apoio Saúde 24, por forma a evitar a procura dos Serviços de Urgência por parte dos utentes em condições clínicas não urgentes.

Neste âmbito foi também efetuada uma caracterização dos utentes frequentadores do Serviço de Urgência (doentes muito frequentadores e doentes classificados com triagem verde e azul que estão inscritos em Unidade de Saúde Familiares), atualizada com os dados do 1.º semestre de 2019, no sentido de ser constituída uma equipa de trabalho multidisciplinar entre o CHBM e o ACES Arco Ribeirinho, com vista à celebração de protocolo de percurso do doente com doença aguda/agudização de doença crónica.

Procedendo-se à comparação da atividade do período com a previsão efetuada no CP2019, verifica-se um desvio global de +3,3% nesta linha de produção, resultando na realização de mais 5.057 episódios de urgência, decorrente do acréscimo observado na Urgência Médico-Cirúrgica, que supera a redução na Urgência Básica. Relativamente ao n.º de episódios de urgência sem internamento, verifica-se também um desvio de +3,6% que se traduz em +5.158 episódios realizados face aos previstos para 2019, resultante do acréscimo da Urgência Médico-Cirúrgica.

Os últimos dados disponibilizados no Portal BI_CSP, relativos ao n.º de inscritos no ACES Arco Ribeirinho, revelam um agravamento da % de utentes sem Médico de Família atribuído no ACES Arco Ribeirinho, o que perfaz na presente data um total de 43.330 utentes sem Médico de Família no período, representando 19,5% dos utentes. O facto de existirem ainda muitos utentes sem médico de família atribuído, continua a condicionar a capacidade de resposta atempada por parte dos Cuidados de Saúde Primários, levando a que os utentes recorram aos Serviços de Urgência mais próximos, refletindo-se num incremento de procura na urgência pediátrica e urgência geral do Hospital Nossa Senhora do Rosário (Barreiro).

Considerando a atividade assistencial realizada no período em análise, por comparação com a contratualizada para o período, foi apurada uma taxa de execução do Contrato-Programa de 97%, excluindo a componente de Incentivos Institucionais e Contexto.



Os **objetivos económico-financeiros** estão diretamente relacionados com o valor estabelecido para o contrato programa¹ do Centro Hospitalar estabelecido para 2019 que foi de 84.529.514,64€, dos quais 64.808.255,00€ relativamente à produção contratualizada, 4.226.475,73€ de incentivos institucionais e 15.494.783,91€ para custos de contexto.

A execução do ano 2019 corresponde uma valorização da produção em 62.831.728,57€, superior à “Estimativa de Produção Realizada” remetida pela ACSS, através de Ofício Circular n.º 696/2020/DPS/ACSS, em 10 de janeiro de 2020, no montante de 62.151.116,55€, a qual teve por referência a aplicação de uma taxa de execução de produção de 96,1%, correspondente à taxa de execução mais elevada de entre os 3 últimos Contratos-Programa encerrados (excluindo incentivos e custos de contexto), que no caso do CHBM corresponde ao ano 2014.

O CHBM mantém como objetivo proceder ao encerramento dos Contratos-Programa dos anos anteriores, por forma a atenuar as diferenças resultantes da nova metodologia definida pela ACSS para contabilização dos proveitos do Contrato-Programa (Circular Normativa N.6/2019/ACSS, de 21/03/2019). Neste sentido foi realizada uma reunião na ACSS no dia 2 julho para promover, em especial, o encerramento da faturação dos Contratos Programa de 2015 e 2016 e preparar a faturação a efetuar para os anos seguintes. Na presente data, está concluída a faturação do contrato programa de 2015, por parte do CHBM.

Segue-se mapa resumo da valorização de proveitos do Contrato Programa 2019, na perspetiva de execução da atividade assistencial, sendo de referir que não foi objeto de valorização os doentes saídos da Unidade de Hospitalização Domiciliária, que iniciou a sua atividade em dezembro de 2019, registando apenas 4 doentes saídos.

¹ Decorrente de Adenda ao Acordo Modificativo de 2019 (20 de maio de 2020)

ESTIMATIVA

PROVEITOS

Instituição: Centro Hospitalar BarreiroMontijo, EPE

Período: dez/19



	Contrato		Produção		Marginal		Estimativa da Especialização	Taxa de Execução
	Quantidade	Valor (Euros)	Quantidade	Valor (Euros)	Quantidade	Valor (Euros)		
1. Consultas Externas (Médicas):								
Nº 1ªs Consultas (s/ majoração)	30 694	1 289 148,00 €	29 232	1 227 744,00 €	0	0,00 €	1 227 744,00 €	95,2%
Nº 1ªs Consultas referenciadas (CTH)	16 513	759 598,00 €	16 513	759 598,00 €	67	3 082,00 €	762 680,00 €	100,4%
Nº 1ªs Consultas CRI	100	4 600,00 €	0	0,00 €	0	0,00 €	0,00 €	0,0%
Nº 1ªs Consultas Descentralizadas (CSPEP)	0	0,00 €	11	506,00 €	0	0,00 €	506,00 €	-
Nº 1ªs Consultas Cuidados Paliativos	151	6 946,00 €	77	3 542,00 €	0	0,00 €	3 542,00 €	51,0%
Nº Consultas Subsequentes (s/ majoração)	134 733	5 658 786,00 €	132 684	5 572 728,00 €	0	0,00 €	5 572 728,00 €	98,5%
Nº Consultas Subsequentes CRI	200	9 200,00 €	0	0,00 €	0	0,00 €	0,00 €	0,0%
Nº Consultas Subsequentes Descentralizadas (CSPEP)	0	0,00 €	47	2 162,00 €	0	0,00 €	2 162,00 €	-
Nº Consultas Subsequentes Cuidados Paliativos	350	16 100,00 €	275	12 650,00 €	0	0,00 €	12 650,00 €	78,6%
Valor Total das Consultas		7 744 378,00 €		7 578 930,00 €		3 082,00 €	7 582 012,00 €	97,9%
2. Internamento:								
Nº Doentes Equivalentes								
GDH Médicos	10 656	19 643 470,21 €	10 095	19 446 977,72 €	0	0,00 €	19 446 977,72 €	99,0%
GDH Médicos Cuidados Paliativos	212	410 619,67 €	156	315 550,09 €	0	0,00 €	315 550,09 €	76,8%
GDH Médicos CRI	0	0,00 €	0	0,00 €	0	0,00 €	0,00 €	0,0%
GDH Cirúrgicos	2 179	4 016 537,75 €	1 856	3 575 392,83 €	0	0,00 €	3 575 392,83 €	89,0%
GDH Cirúrgicos CRI	0	0,00 €	0	0,00 €	0	0,00 €	0,00 €	0,0%
GDH Cirúrgicos Urgentes	1 655	2 761 407,79 €	1 584	2 761 407,79 €	67	11 680,20 €	2 773 087,99 €	100,4%
GDH Cirúrgicos Urgentes CRI	0	0,00 €	0	0,00 €	0	0,00 €	0,00 €	0,0%
Dias de Internamento de Doentes Crónicos								
Doentes de Psiquiatria Crónicos no Hospital	0	0,00 €	0	0,00 €	0	0,00 €	0,00 €	0
Doentes Psiquiatria no Exterior (Ordens Religiosas)	1 975	82 950,00 €	1 579	66 318,00 €	0	0,00 €	66 318,00 €	79,9%
Valor Total do Internamento		26 914 985,42 €		26 165 646,43 €		11 680,20 €	26 177 326,63 €	97,3%
3. Episódios de GDH de Ambulatório:								
GDH Cirúrgicos	3 499	5 477 150,90 €	3 499	5 477 150,90 €	232	54 474,09 €	5 531 625,00 €	101,0%
GDH Cirúrgicos CRI	0	0,00 €	0	0,00 €	0	0,00 €	0,00 €	0,0%
GDH Médicos	6 226	3 132 115,69 €	6 226	3 132 115,69 €	349	26 335,73 €	3 158 451,42 €	100,8%
GDH Médicos CRI	0	0,00 €	0	0,00 €	0	0,00 €	0,00 €	0,0%
Valor dos GDH de Ambulatório		8 609 266,59 €		8 609 266,59 €		80 809,82 €	8 690 076,41 €	100,9%
4. Urgências:								
Atendimentos SU - Médico - Cirúrgica	112 161	5 608 050,00 €	112 161	5 608 050,00 €	6 266	31 330,00 €	5 639 380,00 €	100,6%
Atendimentos SU - Básica	28 990	1 159 600,00 €	27 591	1 103 640,00 €	0	0,00 €	1 103 640,00 €	95,2%
Valor Total dos Atendimento Urgentes		6 767 650,00 €		6 711 690,00 €		31 330,00 €	6 743 020,00 €	99,6%
5. Sessões em Hospital de Dia:								
Base	15 046	300 920,00 €	15 046	300 920,00 €	418	1 254,00 €	302 174,00 €	100,4%
Imuno-Hemoterapia	1 522	447 468,00 €	1 522	447 468,00 €	94	4 145,40 €	451 613,40 €	100,9%
Psiquiatria	1 193	35 790,00 €	1 025	30 750,00 €	0	0,00 €	30 750,00 €	85,9%
Valor Total do Hospital de Dia		784 178,00 €		779 138,00 €		5 399,40 €	784 537,40 €	100,0%
6. Programas de gestão da doença crónica								
VH/Sida (doentes em TARV)	790,0	4 737 630,00 €	790,0	4 737 630,00 €	11	9 742,13 €	4 747 372,13 €	100,2%
Hepatite C - Nº de doentes tratados	160,0	1 107 520,00 €	94,0	650 668,00 €	0	0,00 €	650 668,00 €	58,8%
Rastreio Cancro do Cólon e Reto	80,0	30 240,00 €	0,0	0,00 €	0	0,00 €	0,00 €	0,0%
Esclerose múltipla - doentes em terapêutica modificadora	65,0	804 700,00 €	53,5	662 330,00 €	0,0	0,00 €	662 330,00 €	82,3%
PSCI (Centros de Tratamento autorizados pela DGS)								
Doentes Novos (Cuidados 1ºAno)	11,0	29 700,00 €	11,0	29 700,00 €	5,8	15 525,00 €	45 225,00 €	152,3%
Doentes em Segimento (Cuidados 2ºAno e Seguintes)	55,0	66 000,00 €	49,6	59 496,00 €	0,0	0,00 €	59 496,00 €	90,1%
9. Saúde sexual e reprodutiva								
IVG até 10 semanas								
Medicamentosa (nº IVG)	438	123 954,00 €	399	112 917,00 €	0	0,00 €	112 917,00 €	91,1%
Cirúrgica (nº IVG)	5	1 845,00 €	3	1 107,00 €	0	0,00 €	1 107,00 €	60,0%
10. Sessões de Radioncologia								
Tratamentos Simples	12 285	1 289 925,00 €	12 285	1 289 925,00 €	40	4 200,00 €	1 294 125,00 €	100,3%
Tratamentos Complexos	12 840	3 222 840,00 €	12 840	3 222 840,00 €	583	146 333,00 €	3 369 173,00 €	104,5%
12. Serviços Domiciliares								
Consultas Domiciliares	600	22 800,00 €	500	19 000,00 €	0	0,00 €	19 000,00 €	83,3%
15. Outros								
Medicamentos de cedência hospitalar em ambulatório		667 725,17 €		505 757,03 €			505 757,03 €	75,7%
Sistema de Atribuição de Produtos e Apoio		184 834,62 €		123 576,95 €			123 576,95 €	66,9%
Programa de Incentivo à Integração de Cuidados		455 243,20 €		21 169,02 €			21 169,02 €	4,7%
Internos		1 242 840,00 €		1 242 840,00 €			1 242 840,00 €	100,0%
19. Valor da Produção		64 808 255,00 €		62 523 527,02 €		308 101,55 €	62 831 728,57 €	97,0%
TOTAL		64 808 255,00 €		62 523 527,02 €		308 101,55 €	62 831 728,57 €	97,0%



No que respeita aos **objetivos de qualidade e eficiência** o valor global dos incentivos institucionais, resulta do cumprimento de objetivos de desempenho assistencial e de eficiência em determinadas áreas de atividade consideradas prioritárias, (60% associado a objetivos institucionais comuns a nível nacional e 40% a objetivos institucionais de cada região de saúde), e determina a atribuição de Incentivos Institucionais aos Hospitais, no montante de 5% do Contrato-Programa.

Neste contexto, considerando os indicadores e metas contratualizadas para o ano de 2019, e tendo como principal fonte de informação os dados disponibilizados no Sistema de Informação para a Contratualização e Acompanhamento (SICA), procedeu-se ao cálculo do Índice de Desempenho Global (IDG), para o ano de 2019, apurando-se uma execução de 100,5% dos objetivos contratualizados, o que se traduz na atribuição do montante máximo de incentivos de 4.226.475,73€, conforme se detalha no quadro seguinte.

Q1 - Índice Desempenho Global



Instituição: Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE
Período Análise: dezembro 2019

Objectivos	Peso Relativo Indicador (%)	2019			2019	
		Meta	Real	Grau de Cumprimento (%)	Grau de Cumprimento Ajustado (%)	Índice de Desempenho
Objectivos Nacionais	60					
A. Acesso	20					22,1
A.1 - Percentagem de utentes em Lista de Espera para a Consulta (LEC) dentro do TMRG	3	49,4	82,6	167,2	120,0	3,6
A.2 - Percentagem de consultas realizadas dentro dos tempos máximos de resposta garantidos (TMRG)	4	78,0	87,3	111,9	111,9	4,5
A.3 - Percentagem de utentes em Lista de Inscrição para Cirurgia (LIC) dentro do TMRG (180 dias)	3	70,8	73,6	104,0	104,0	3,1
A.4 - Percentagem de doentes operados dentro dos TMRG (180 dias)	4	73,6	83,5	113,5	113,5	4,5
A.5 - Percentagem de episódios de urgência atendidos dentro do tempo de espera previsto no protocolo de triagem	3	67,3	63,1	93,8	93,8	2,8
A.6 - Percentagem de doentes referenciados para a RNCCI, avaliados/confirmados pela EGA em tempo adequado (até 2 dias úteis), no total de doentes referenciados para a RNCCI	3	60,0	87,7	146,2	120,0	3,6
B. Qualidade	20					13,9
B.1 - Percentagem de reinternamentos em 30 dias, na mesma Grande Categoria Diagnóstica	3	4,2	4,0	104,5	104,5	3,1
B.2 - Percentagem de cirurgias realizadas em ambulatório, para procedimentos tendencialmente ambulatorizáveis	3	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0
B.3 - Percentagem de cirurgias da anca efetuadas nas primeiras 48 horas*	3	50,0	27,6	55,2	55,2	1,7
B.4 - Índice de mortalidade ajustada	4	1,45	1,61	88,8	88,8	3,6
B.5 - Índice de demora média ajustada	4	1,10	1,18	92,3	92,3	3,7
B.6 - Demora média antes da cirurgia*	3	0,75	1,04	61,3	61,3	1,8
C. Eficiência	20					21,1
C.1 - Gastos operacionais por doente padrão	5	3 574 €	3 575 €	100,0	100,0	5,0
C.2 - Doente padrão por médico ETC*	5	72,8	77,6	106,6	106,6	5,3
C.3 - Doente padrão por enfermeiro ETC*	5	41,0	38,9	94,9	94,9	4,7
C.4 - Percentagem de gastos com horas extraordinárias, suplementos e fornecimentos de serviços externos (selecionados) no total de gastos com pessoal	5	17,0	13,1	122,9	120,0	6,0
Objectivos Regionais Lisboa e Vale do Tejo	40					43,4
D.1 - % de primeiras consultas médicas (CTH) no total de Primeiras Consultas	10	34,0	35,6	104,7	104,7	10,5
D.2 - % de utentes em espera para cirurgia com tempo superior a 12 meses < X %	10	4,5	4,1	108,9	108,9	10,9
D.3 - Nº de projectos de articulação com os CSP implementados	10	2	2	100	100,0	10,0
D.4 - % de especialidades com protocolos clínicos de referência implementados (Colégio Especialidades OM)	5	10	26,3	263,2	120,0	6,0
D.5 Percentagem de rendimentos operacionais extra contrato-programa, no total de rendimentos (operacionais)	5	5,0	6,3	127,0	120,0	6,0
Índice de Desempenho Global						100,5
Valor Incentivos Contratados (€)						4 226 475,73
Valor Incentivos Realizados (€)						4 226 475,73

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

Os fatores chave de que dependem os resultados de um Hospital EPE estão relacionados com a atividade assistencial prestada, nomeadamente na possibilidade de resolução de listas de espera para consultas externa e cirurgia, a partir das quais se desenvolve o volume de atividade de consulta, cirurgia e internamento. No ano 2019 o CHBM atingiu os melhores resultados dos últimos 10 anos, quer ao nível da consulta externa como da atividade cirúrgica, dois grandes pilares da prestação de cuidados do Serviço Nacional de Saúde.

Outro serviço que apresenta um grande contributo de atividade é a Urgência, que no CHBM se destaca pelo novo serviço de Urgência Médico Cirúrgica do Barreiro, com um volume de atividade em 2019 bastante superior ao ano transato. Esta área de atividade contribuiu para o aumento do número de doentes internados nas especialidades médicas, com destaque para o período de continência do Inverno. O serviço de urgência é assim uma das áreas de prestação de cuidados que mais condiciona as outras atividades assistenciais, uma vez que a sua sazonalidade, obriga o Centro Hospitalar a concentrar os recursos humanos e recursos materiais para responder no imediato, limitando a atividade assistencial cirúrgica programada.

A valorização da atividade assistencial do CHBM assenta no modelo de financiamento dos hospitais EPE, através da celebração anual de um contrato programa no qual cerca de 98% dos proveitos resulta da produção realizada a doentes do Serviço Nacional de Saúde. Assim, os acionistas, Ministério da Saúde e Ministério das Finanças, limitam de imediato os resultados a alcançar pela prestação de cuidados de saúde, incluindo todas as regras detalhadas inerentes à faturação, que no ano 2019, apenas foram divulgadas em novembro do ano em curso, ou seja praticamente o ano concluído.

Ao nível da despesa operacional, especial relevo para o acréscimo de custos com pessoal que decorreram dos seguintes fatores:

- ✓ Aumento do salário mínimo nacional para os 635€;
- ✓ A contratação de pessoal de enfermagem e assistentes operacionais para fazer face à reposição das 35 horas nos CTFP,
- ✓ Reposição na íntegra das percentagens do pagamento do trabalho extra e do trabalho noturno de todas as categorias profissionais;
- ✓ Valorizações remuneratórias e descongelamento das carreiras gerais e especiais de todos os profissionais que reuniram as condições para o efeito.
- ✓ Pagamento de suplemento remuneratório a Enfermeiros Especialistas de 150€ mensais;
- ✓ Pagamento de atividade cirúrgica adicional para melhoria dos tempos de espera cirúrgicos (SIGIC).

Os resultados ao nível dos Consumos, em especial a rubrica de medicamentos estão influenciados por três fatores principais: a obtenção de ganhos financeiros decorrente do acordo estabelecido entre o Ministério da Saúde e a Indústria farmacêutica e de notas de crédito respeitantes ao custo do tratamento de doentes com Hepatite C. Em sentido contrário, verifica-se um aumento expressivo dos gastos com material de consumo clínico associado ao aumento da atividade cirúrgica por influência do programa de incentivo à realização de atividade cirúrgica em adicional.



Os Fornecimentos e Serviços Externos registam um ligeiro incremento no ano 2019 face ao período homólogo, mas situando-se em linha com o valor previsto em Orçamento. Destacamos o aumento nos gastos com subcontratos e concessões de serviços por via do aumento do número de exames complementares de diagnóstico e terapêutica realizados no exterior, o aumento dos gastos com os serviços especializados com a contratação de serviços médicos prestados por empresas e por profissionais liberais para colmatar as escalas no serviço de urgência e o aumento dos gastos com os serviços de lavandaria, vigilância e segurança, por ajustamento de preços por efeito do aumento do salário mínimo nacional e o aumento dos gastos com transportes de doentes.

4. Evidência da atuação em conformidade com as orientações definidas pelos ministérios setoriais, designadamente as relativas à política setorial a prosseguir, às orientações específicas a cada entidade, aos objetivos a alcançar no exercício da atividade operacional e ao nível de serviço público a prestar pela entidade.

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 de dinâmica da economia portuguesa alinhada com as expectativas dos profissionais e utentes em melhorar a prestação de cuidados.

Ainda que o cenário macroeconómico seja favorável, mantêm-se as dificuldades de recrutamento para algumas especialidades médicas e cirúrgicas, com notórios desequilíbrios entre a oferta e a procura em algumas especialidades, num certo sentido em competitividade com o setor privado, que condiciona as respostas dentro do tempo clinicamente aceitável para consultas externas e cirurgias e incrementa os valores de pagamento hora a prestadores de serviço, nomeadamente a especialidade de Anestesia.

A insuficiente resposta na área dos cuidados continuados integrados e outras estruturas sociais da comunidade, irá continuar a sobrecarregar os hospitais com doentes que não carecem da prestação de cuidados de saúde agudos, obrigando a disponibilizar recursos para resposta a situações de índole eminentemente social.

Esta conjuntura obriga as equipas de gestão a manter 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 a toda a população que nos procura (a livre escolha do utente assegura que todos sejam recebidos), garantindo a sustentabilidade económica/financeira a curto e médio prazo.

III. Estrutura de Capital

1. Divulgação da estrutura de capital, incluindo indicação das diferentes categorias de ações, direitos e deveres inerentes às mesmas e percentagem de capital que cada categoria representa.

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 € 105.180.000,00, totalmente detido pelo Estado e é aumentado ou reduzido por despacho dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e saúde.

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

O CHBM é uma entidade pública empresarial com capitais 100% públicos, não detendo ações, pelo que a aplicabilidade deste ponto não se verifica.

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

Não se aplica pelas razões apontadas no ponto anterior.

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 imputáveis, bem como da fonte e da causa de imputação nos termos do que para o efeito estabelece o Código das Sociedades Comerciais (CSC) no seu artigo 447.º (vide alíneas a) e b) do n.º 1 do artigo 44.º do RJSPE).

Os membros dos órgãos sociais não detêm qualquer participação noutras sociedades.

2. Explicitação da aquisição e alienação de participações sociais, bem como da participação em quaisquer entidades de natureza associativa ou fundacional (vide alínea c) do n.º 1 do artigo 44.º do RJSPE).

O CHBM, EPE enquanto instituição prestadora de cuidados de saúde detém uma participação como associado nos Serviços de Utilização Comum dos Hospitais (SUCH), com uma quota mensal de 250 €. Não detém outras participações.

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

Os membros do órgão de administração e de fiscalização não detêm ações e obrigações.

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

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



V. Órgãos Sociais e Comissões

A. Modelo de Governo

1. Identificação do modelo de governo adotado

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 Conselho Fiscal 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 dois mandatos consecutivos, 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 Conselho fiscal 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.

B. Assembleia Geral

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

Não aplicável, uma vez que o CHBM é uma entidade pública empresarial com a totalidade do capital detido pelo Estado e não havendo mesa da assembleia geral.

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

Não aplicável, uma vez que o CHBM é uma entidade pública empresarial com a totalidade do capital detido pelo Estado e não havendo acionistas.

C. Administração e Supervisão

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

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 em funções, foi nomeado pela Resolução do Conselho de Ministros nº 61/2019 de 21 de março, (Diário da República, 1ª Série nº 63 de 29 de março de 2019), por um mandato de três anos, renovável uma única vez, na qual estão publicitadas as sinopses curriculares dos respetivos membros.

Foi assegurado a continuidade de funções de três dos elementos do anterior Conselho de Administração (o Presidente, a vogal executiva e o enfermeiro diretor).

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

O Conselho de Administração é composto pelo Presidente e um máximo de quatro Vogais, que exercem funções executivas, incluindo o Diretor Clínico e o Enfermeiro Diretor.

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, 2ª série, nº 80 de 24 de abril de 2019, mediante Deliberação n.º 470/2019.

No Presidente do Conselho de Administração, Dr. Pedro Nuno Miguel Baptista Lopes, para além das competências próprias e da coordenação genérica de todas as áreas, a coordenação da Comissão de Catástrofe e de Emergência, da Comissão de Segurança contra Incêndios, do Serviço de Recursos Humanos, do Serviço de Sistemas e Tecnologias de Informação, do Gabinete Jurídico, do Gabinete de Comunicação e Imagem e do Serviço de Auditoria Interna.

Na Vogal Executiva do Conselho de Administração, Dra. Sónia Maria Alves Bastos, a coordenação do Serviço de Gestão de Doentes, do Serviço de Aprovisionamento, da Comissão de Normalização de

Produtos e Equipamentos, da Comissão de Acompanhamento da Prevenção da Corrupção, do Serviço Social, do Serviço Espiritual e Religioso e do Gabinete de Planeamento e Controlo.

No Vogal Executivo do Conselho de Administração, Dr. João Pedro Mendes dos Santos, a coordenação dos Serviços Financeiros, do Serviço de Instalações e Equipamentos, do Centro de Educação e Formação e do Gabinete de Gestão da Qualidade.

Na Diretora Clínica e Vogal Executiva do Conselho de Administração, Dra. Ana Teresa Nobre Duque Monteiro Leite Marques Xavier, para além das competências próprias inerentes à direção médica e à governação clínica nos serviços, departamentos, unidades de ação médica e de diagnóstico e terapêutica, Comissão de Ética, Comissão de Qualidade e Segurança do Doente, Comissão de Controlo da Infecção Hospitalar (GCL -PPCIRA), Comissão de Higiene e Segurança no Trabalho, Comissão de Farmácia e Terapêutica, Comissão de Coordenação Oncológica, Comissão Técnica de Certificação de Interrupção da Gravidez, Comissão Médica, Direção Internato Médico, Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco, Equipa de Gestão de Altas, Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar, Equipa de Trauma, Equipa da Unidade Coordenadora Funcional da Saúde Materna e Neonatal, Equipa da Unidade Coordenadora Funcional da Saúde da Criança e do Adolescente, Equipa de Suporte Intra-Hospitalar em Cuidados Paliativos, Grupo Coordenador Institucional da Violência Contra os Profissionais de Saúde no Local de Trabalho, Comissão de Hemoderivados, Comissão de Antimicrobianos, Conselho Técnico dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica, a coordenação do Serviço de Saúde Ocupacional, do Serviço de Farmácia, do Serviço de Nutrição e Dietética, Unidade de Psicologia e do Gabinete de Codificação e Auditoria Clínica.

No Enfermeiro Diretor e Vogal Executivo do Conselho de Administração, Enf^o. António Manuel Silva Viegas, para além das competências próprias que compreendem a direção técnica da atividade de enfermagem, gestão dos enfermeiros e assistentes operacionais em funções nos serviços assistenciais, a coordenação do Serviço de Gestão Hoteleira.

O Presidente do Conselho de Administração nas suas faltas e impedimentos será substituído pela Vogal Executiva, Dra. Sónia Maria Alves Bastos. Nos termos do disposto no artigo 46.º do Código do Procedimento Administrativo, os membros do Conselho de Administração estão autorizados a subdelegar as competências acima delegadas no pessoal dirigente ou de chefia que deles diretamente dependa.

No 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 Conselho Fiscal, 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.

Conselho de Administração						
Mandato (Início - Fim)	Cargo	Nome	Designação		Remuneração	
			Doc.	Data	Entidade Pagadora	[O / D]
22/03/2019 a 31/12/2021	Presidente	Pedro Nuno Miguel Baptista Lopes	RCM nº 61/2019	21-03-2019	CHBM	D
22/03/2019 a 31/12/2021	Vogal	Sónia Maria Alves Bastos	RCM nº 61/2019	21-03-2019	CHBM	D
22/03/2019 a 31/12/2021	Vogal	João Pedro Mendes dos Santos	RCM nº 61/2019	21-03-2019	CHBM	D
22/03/2019 a 31/12/2021	Directora Clínica	Ana Teresa Nobre Duque Monteiro Leite Marques Xavier	RCM nº 61/2019	21-03-2019	CHBM	O
22/03/2019 a 31/12/2021	Enfº Director	António Manuel Silva Viegas	RCM nº 61/2019	21-03-2019	CHBM	D

Número estatutário mínimo e máximo de membros – [4 / 5]

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

Não aplicável, o CHBM não tem membros não executivos.

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

Notas curriculares

Pedro Nuno Miguel Baptista Lopes, nascido a 26 de setembro de 1970, natural da cidade da Guarda. Habilitações Académicas: [2015] Curso de Alta Direção em Gestão de Unidades de Saúde, Instituto de Formação e Consultoria, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Universidade de Lisboa; [2002] Curso de Formação Profissional de Formação Pedagógica Inicial, SOPROFOR — Sociedade Promotora de Formação, Lda.; [1999] Especialização em Administração Hospitalar, Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa; [1997] Curso de Informática, CIDEC — Centro Interdisciplinar de Estudos Económicos; [1995] Licenciatura em Direito, Universidade Autónoma de Lisboa. Habilitações Profissionais: [2004 -2009] Formador, certificado pelo Instituto de Emprego e Formação Profissional; [1998] Advogado, com cédula profissional emitida pelo Conselho Distrital de Coimbra da Ordem dos Advogados. Experiência Profissional: [2014 -2016] Diretor Executivo do Agrupamento de Centros de Saúde da Arrábida, Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I. P.; [2013 -2014] Responsável da Unidade de Apoio à Gestão, Agrupamento de Centros de Saúde Lisboa Central, Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I. P.; [2009 -2013] Responsável pela contratualização e acompanhamento das Unidades Locais de Saúde, Administração Central do Sistema de Saúde, I. P.; [2008 -2009] Diretor do Serviço de Gestão de Doentes, HPP, Hospital de Cascais S. A.; [2006 -2008] Administrador do Serviço de Gestão de Doentes, Administrador do Departamento das Neurociências e do Hospital de Dia das Especialidades Médicas, Hospital Egas Moniz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E. P. E.; [2000 -2006] Administrador do Serviço de Gestão de Doentes, Responsável pelo Gabinete de Estatística e Corresponsável pelo Gabinete de Planeamento e Controlo de Gestão, Hospital de Curry Cabral, SPA; [1999 - 2000] Assessor do Conselho de Administração, Hospital Distrital de Faro, SPA; [1998 -1999] Advogado. Outros: Coautor de publicações



na área da saúde; Arguente de trabalhos de campo elaborados por alunos do Curso de Especialização em Administração Hospitalar, Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa; Orientador local de trabalhos finais da licenciatura de Gestão em Saúde, Universidade Atlântica; Orientador local de trabalho final da licenciatura de Estatística e Gestão de Informação, Universidade Nova de Lisboa; Membro Fundador da Portuguese Association for Integrated Care (PAFIC).

Ana Teresa Nobre Duque Monteiro Leite Marques Xavier, nascida a 1 de março de 1959. Educação, Formação e Carreira: Licenciatura em Medicina pela Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa (1983), Especialista em Medicina Interna (1992), Especialista em Oncologia Médica (1997), Grau de Consultora/Assistente Hospitalar Graduada de Medicina Interna (1999), Especialista em Medicina do Trabalho (2000), conclusão 1.º Curso de Mestrado em Engenharia da Saúde (2000) e Curso de Gestão de Unidades de Saúde (2002) realizados na Universidade Católica Portuguesa, Competência em Gestão de Unidades de Saúde (2003).

Experiência Profissional e outras atividades: Responsável da Unidade Funcional de Oncologia Médica (UFO) do Centro Hospitalar Barreiro/Montijo (CHBM) desde março 2016 e Responsável pela Coordenação da Unidade de Gestão da Doença Oncológica do CHBM desde maio 2016 e do Sistema de Alerta Oncológico desde 2017. Adjunta do Diretor Clínico Hospital do Barreiro (área de Consulta Externa e Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica de março de 2003 a outubro de 2005). Médica na UFO do CHBM desde março de 1994, no Serviço de Medicina Interna de 1985 a 1994 e Médica nos Hospitais Cívicos de Lisboa de 1984 a 1985. Médica do Trabalho na Siderurgia Nacional de 1991 a 1995, sendo Responsável do Serviço de 1993 a 1995 e Médica do Trabalho na Quimigal/Barreiro de 1986 a 1987 e de 1989 a 1990. Representante Médica de Portugal na Comunidade Europeia do Carvão e do Aço de 1993 a 1995. Autora e Coautora de diversas comunicações científicas em congressos e reuniões científicas e publicações na área da Medicina entre os vários que participou. Participação em grupos de trabalho e comissões: Membro da Comissão Técnica Médica para a Unidade Oncológica do Hospital do Barreiro 1994. Vogal da Comissão de Farmácia e Terapêutica do CHBM desde 2016. Membro da Comissão de Coordenação Oncológica do CHBM desde 2016. Orientadora de formação de vários internos das Especialidades de Medicina interna e Oncologia Médica e participação como Presidente/Vogal de júri em concursos exames de saída das referidas especialidades e concursos de provimento em vagas das mesmas.

João Pedro Mendes dos Santos, nascido a 21 de março de 1967, natural de Benavente. Educação e formação académica: Licenciatura em Gestão de Empresas pelo Instituto Superior de Gestão (1991); Pós-Graduação em Contabilidade e Fiscalidade pela Universidade Lusófona (1999). Curso “O Saber Liderar” — Desenvolvimento em Liderança, pela Universidade Católica Portuguesa (2006). Habilitações Profissionais: Contabilista Certificado, inscrito na Ordem dos Contabilistas Certificados desde 1991. Experiência Profissional: Diretor Financeiro do Grupo Turim Hotels (2016 -2019); Consultor Financeiro (2013 -2015); Diretor Financeiro da Recigroup, SGPS, S. A. — Recipneu, Lda. e Recipav, Lda. (2009 -2013); Diretor Financeiro da Marmetal, Lda. e Margrimar, Lda. (2010 -2012); Diretor Financeiro da Smith & Nephew, Lda. (1999 -2009); Diretor Financeiro da BSN Medical, SA. (2001 -2009); Diretor Financeiro da Fernandes & Terceiro, Lda. (1996 -1999); Responsável pelo Departamento Controle de Gestão da Schneider Electric Portugal (1995 -1996); Controller na Terrazul, SGPS, S. A. — Grupo Ciment Français (1993 -1995); Técnico de Auditoria na BL & C — Auditores e Consultores, Lda. (1991 -1993)

Sónia Maria Alves Bastos, nascida a 10 de novembro de 1972. Educação e formação académica: Licenciatura em Gestão e Administração Pública pelo Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas



quaisquer outros parceiros de negócio, suscetíveis de gerar conflitos de interesse (vide artigo 52.º do RJSPE).

Em cumprimento do disposto no n.º 9 do artigo 22.º do Decreto-Lei n.º 71/2007, 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 71/2007 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 remetidas aos órgãos superiores.

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

Não aplicável, uma vez que o CHBM é uma entidade pública empresarial com capital detido pelo Estado e não existem acionistas.

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

Organograma CHBM

<http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/328/Organograma%20CHBM.pdf>

Delegação de competências do Conselho de Administração

http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/327/CA_delegacao_competencias19.pdf

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

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

da Universidade Técnica de Lisboa (1995); Curso de Gestão de Unidades de Saúde pela Escola de Pós Graduação da Faculdade de Ciências Económicas e Empresariais da Universidade Católica Portuguesa (2000); FORGEP — Programa de Formação em Gestão Pública pelo Instituto Nacional de Administração (2008); Mestrado em Intervenção Sócio Organizacional na Saúde pela Universidade de Évora (2008); Curso de Alta Direção em Gestão de Unidades de Saúde para Gestores pelo Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade Técnica de Lisboa (2015). Experiência Profissional: Diretora do Departamento de Planeamento e Contratualização da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP (desde Maio de 2012); Diretora do Departamento de Contratualização da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP (2007 -2012); Técnica Superior da equipa de negociação de Contratos Programa com os Hospitais do Serviço Nacional de Saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP (2004 -2007); Técnica Superior no Gabinete de Gestão do Programa Operacional Saúde (Saúde XXI) do 3.º Quadro Comunitário de Apoio (2002 -2004); Técnica Superior na Agência de Contratualização dos Serviços de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (1998 -2001). Docente da Unidade Curricular “Administração em Saúde” dos cursos superiores de Dietética e Cardiopneumologia (2002 -2007) e do módulo de “Gestão Aplicada” para o Curso de Pós-Graduação em Gestão dos Serviços de Saúde (2004) na Escola Superior de Tecnologia de Saúde de Lisboa. Membro de várias comissões e grupos de trabalho, sob a égide do Ministério da Saúde e da Administração Central do Sistema de Saúde, nomeadamente: Grupo de Acompanhamento dos Hospitais (2016); Comissão de Acompanhamento do processo de devolução dos hospitais das misericórdias (2016 -2014); Grupo de Trabalho para o desenvolvimento da contratualização no âmbito dos cuidados continuados integrados (2014); Grupo de Trabalho para o Desenvolvimento da Contratualização com os Cuidados de Saúde Primários (2009).

António Manuel Silva Viegas, nascido a 02 de fevereiro de 1957. Educação, Formação e Carreira: Licenciatura em Administração de Serviços de Enfermagem pela Escola de Enfermagem Maria Fernanda Resende (1998); Especialista em Enfermagem de Saúde Pública (1986); Pós-graduação em Pedagogia Aplicada ao Ensino de Enfermagem na Escola de Enfermagem Maria Fernanda Resende (1992); Enfermeiro-Chefe (desde 2000). Experiência Profissional: Enfermeiro-chefe do serviço de Ortopedia e Neurologia do Centro Hospitalar Barreiro/Montijo (desde abril de 2011). Enfermeiro Chefe do serviço de Cirurgia do Centro Hospitalar Barreiro/ Montijo (2000 -2011). Coordenador do Departamento Cirúrgico do Centro Hospitalar Barreiro/ Montijo (2000 -2003). Enfermeiro -diretor do serviço de Enfermagem (1997 -2000); Enfermeiro Coordenador do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital N.º Sr.ª Rosário -Barreiro (1995 -1997); Enfermeiro Especialista do serviço de internamento do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital N.º Sr.ª Rosário – Barreiro (1990 -1995); Enfermeiro -Professor na Escola de Serviço de Saúde Militar (1983 -1990); Enfermeiro de Marinha (1978 -1990); Assistente Convidado da Escola Superior de Enfermagem Egas Moniz (2003 -2011); Vogal da Direção da Clínica FRATER -IPSS no Barreiro (2010 -2013)

Os elementos curriculares dos membros do Conselho de Administração atual poderão ser consultados no endereço que se segue:

http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/499/nomeacao_ca19.pdf

5. Evidências da apresentação das declarações de cada um dos membros do órgão de administração ao órgão de administração e ao órgão de fiscalização, bem como à Inspeção-geral de Finanças (IGF), de quaisquer participações patrimoniais que detenham na entidade, assim como quaisquer relações que mantenham com os seus fornecedores, clientes, instituições financeiras ou

No decurso do ano de 2019, foram realizadas cinquenta e quatro reuniões de Conselho de Administração atual, com o seguinte grau de assiduidade:

Membro do Conselho de Administração		Grau de Assiduidade (%)
Presidente	Pedro Nuno Miguel Baptista Lopes	91%
Vogal Executivo	Sónia Maria Alves Bastos	93%
Vogal Executivo	João Pedro Mendes dos Santos	96%
Directora Clínica	Ana Teresa Nobre Duque Monteiro Leite Marques Xavier	89%
Enfº Director	António Manuel Silva Viegas	89%
TOTAL REUNIÕES REALIZADAS		54

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.

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.

Não existem cargos exercidos em simultâneo em outras entidades.

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.

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. (Anexo Contrato de Gestão do Presidente do Conselho de Administração).

Não existe órgãos da entidade competentes para realizar a avaliação de desempenho dos administradores executivos e critérios pré-determinados para a avaliação de desempenho dos mesmos, nem Comissões no órgão de administração ou supervisão.

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

De acordo com o 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 Médica;
- b) A Comissão de Enfermagem;
- c) A Comissão de Ética;
- d) A Comissão de Qualidade e Segurança do Doente;
- e) A Comissão de Controlo da Infecção Hospitalar;
- f) A Comissão de Farmácia e Terapêutica;
- g) A Comissão de Coordenação Oncológica;
- h) Direção do Internato Médico

(Comissão Médica)

- 1 - A Comissão Médica é presidida pelo Diretor Clínico e deverá acompanhar e avaliar, periodicamente e de modo sistemático, a atividade clínica, designadamente os aspetos relacionados com o exercício da medicina.
- 2 - A Comissão Médica, para além do Diretor Clínico, integra os adjuntos do Diretor Clínico e os Diretores ou Médicos responsáveis pelos serviços de Ação Médica.
- 3 - A Comissão Médica funciona em plenário que reunirá ordinariamente de quatro em quatro meses por convocação do seu presidente, sem prejuízo de poder funcionar em comissões especializadas, de âmbito restrito, sempre que tal se mostre necessário.
- 4 - Foram desenvolvidas pela comissão médica as seguintes atividades:
 - a) Fomentar a cooperação entre os serviços de ação médica e entre estes e os restantes;
 - b) Apreçar os aspetos do exercício da medicina hospitalar que envolvam princípios de deontologia médica;
 - c) Dar parecer sobre as queixas e reclamações que sejam formuladas acerca da correção técnica e profissional da assistência prestada aos doentes.

(Comissão de Enfermagem)

- 1 - A Comissão de Enfermagem é presidida pelo Enfermeiro-Diretor, competindo-lhe apreciar os aspetos relacionados com o exercício da enfermagem no Hospital e avaliar periodicamente e de modo sistemático a atividade desenvolvida neste sector e a formação dos profissionais.

- 2 - A Comissão de Enfermagem, para além do seu Presidente, é constituída pelos adjuntos do Enfermeiro-Diretor e pelos Enfermeiros Chefes ou Enfermeiros Coordenadores de unidades do Hospital.
- 3 - A Comissão de Enfermagem funciona em plenário que reunirá ordinariamente uma vez por mês, por convocação do seu Presidente, sem prejuízo de poder funcionar em comissões especializadas, de âmbito restrito, sempre que tal se mostre necessário.
- 4 - Foram desenvolvidas pela comissão de enfermagem as seguintes atividades no âmbito das suas competências:
 - a) Realização dos planos de atualização profissional do pessoal de enfermagem;
 - b) Parecer sobre a regulamentação interna para o sector de enfermagem e colaborar na respetiva execução;
 - c) Parecer sobre assuntos submetidos à sua apreciação pelo Conselho de Administração.

(Comissão de Ética)

- 1 - A Comissão de Ética é composta por sete membros, devendo revelar uma composição interdisciplinar.
- 2 - Os membros da Comissão de Ética são nomeados pelo Conselho de Administração.
- 3 - Em todos os aspetos não previstos neste regulamento, a Comissão de Ética do Hospital rege-se pelos princípios definidos no Decreto-Lei nº 97/95 de 10 de maio.

A Comissão de Ética desenvolveu a sua atividade no âmbito das suas competências, designadamente, com emissão de pareceres sobre questões éticas, estudos e ensaios clínicos.

(Comissão de Qualidade e Segurança do Doente)

- 1 - A Comissão de Qualidade e Segurança do Doente é constituída por cinco membros, dos quais um é o Presidente do Conselho de Administração, que preside à Comissão.
- 2 - Os elementos da Comissão de Qualidade e Segurança do Doente são nomeados pelo Conselho de Administração, por proposta do Presidente.
- 3 - Foram desenvolvidas pela comissão de qualidade e segurança do doente as seguintes atividades:

- a) A formulação da política de qualidade orientada para o utente, nas dimensões de garantia, planeamento, controlo estatístico e melhoria contínua;
- b) A avaliação das diferentes dimensões de qualidade, incluindo a dos custos da não qualidade;
- c) Proposta do plano de ação anual, com previsão dos recursos necessários à sua execução;
- d) O acompanhamento das atividades incluídas no plano de ação anual.

(Comissão de Controlo da Infecção Hospitalar)



- 1 - O corpo médico da Comissão de Controlo da Infecção Hospitalar integra um infeciologista, um microbiologista, um cirurgião e um internista, um dos quais será o presidente.
- 2 - Será ainda constituída por um técnico superior de farmácia e um enfermeiro que poderão acumular funções, mas nunca com a chefia de um serviço clínico.
- 3 - A Comissão de Controlo da Infecção Hospitalar pode agregar consultores mediante autorização do Conselho de Administração.
- 4 - Os elementos da Comissão de Controlo da Infecção Hospitalar são nomeados pelo Conselho de Administração sob proposta, respetivamente, do Diretor Clínico, do Diretor dos Serviços Farmacêuticos e do Enfermeiro-Diretor.
- 5 - As competências da Comissão de Controlo da Infecção Hospitalar são as constantes de Despacho do Diretor-geral da Saúde, publicado no Diário da República nº. 246, II série, de 23/10/96.
- 6 - A Comissão de Controlo da Infecção Hospitalar deverá funcionar segundo regulamento próprio por si aprovado, e desenvolveu a sua atividade de acordo com o plano anual de atividades, designadamente no âmbito do projeto "STOP INFEÇÃO", tendo sido designado o CHBM como hospital piloto.

(Comissão de Farmácia e Terapêutica)

- 1 - A Comissão de Farmácia e Terapêutica é constituída em paridade por cinco médicos e cinco farmacêuticos, sendo um dos médicos o Diretor Clínico, que preside, ou um dos adjuntos por ele designado.
- 2 - O Diretor do Serviço de Aprovisionamento participa, sem direito a voto, restringindo a sua intervenção a matérias económicas e de gestão de aquisições e existências.
- 3 - Foram desenvolvidas pela Comissão de Farmácia e Terapêutica as seguintes atividades:
 - a) Integração entre os Serviços de Prestação de Cuidados e o Serviço de Farmácia;
 - b) Velar pelo cumprimento do formulário e suas adendas;
 - c) Pronunciar-se, dentro do respeito das regras deontológicas, sobre a correção da terapêutica prescrita a doentes, sob solicitação do Diretor Clínico;
 - d) Informar os planos de aquisição de medicamentos e orientar o seu consumo;
 - e) Avaliação mensal os dados de consumo e as existências em medicamentos por centro de custo, incluindo os prescritos em ambulatório;
 - f) Parecer sobre novos medicamentos a adquirir;
 - g) Definição e pôr em prática uma política de informação sobre medicamentos.

(Comissão de Coordenação Oncológica)

- 1 - A Comissão de Coordenação Oncológica rege-se pelo disposto na Portaria 420/90, de 8 de junho, e é presidida pelo Diretor Clínico ou por um dos seus adjuntos por si designado. Para além do seu presidente, a Comissão de Coordenação Oncológica é composta por quatro médicos com o grau de especialista nas áreas de Cirurgia, Oncologia Médica e de Anatomia Patológica.

2 – Esta comissão desenvolveu a sua atividade de acordo com as competências atribuídas:

- a) Organizar as consultas de grupo multidisciplinares, com o objetivo de analisar e definir a estratégia de diagnóstico e terapêutica relativa a casos clínicos oncológicos, estabelecendo normas para o seu funcionamento.
- b) Aprovar protocolos de atuação diagnóstica e terapêutica dos diversos tipos de doença oncológica;
- c) Aprovar protocolos de atuação na prestação de cuidados paliativos e terminais oncológicos;
- d) Emitir parecer sobre a estrutura do Hospital no âmbito da oncologia e eventuais protocolos com outras instituições;
- e) Promover e coordenar o registo do cancro ao nível do Hospital.

(Direção do Internato Médico)

- 1 – As funções de Direção do Internato Médico cabem a um médico de reconhecida competência e experiência de formação de médicos internos, nomeado pelo diretor clínico e coadjuvado por um a três assessores.
- 2 – A Direção do Internato Médico exerce as competências previstas no art.º 14.º do Regulamento do Internato Médico, aprovado pela Portaria n.º 183/2006, de 22 de fevereiro.

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

D. Fiscalização

1. Identificação do órgão de fiscalização correspondente ao modelo adotado: Conselho Fiscal.

Nos termos dos Estatutos do Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, constantes do Anexo II do Decreto-lei n.º 18/2017, de 10/02, a fiscalização é exercida por um Conselho Fiscal – composto por um presidente, dois vogais efetivos e uma vogal suplente – e por um revisor oficial de contas ou uma sociedade de revisores oficiais de contas que não seja membro daquele órgão, obrigatoriamente de entre os auditores registados na Comissão do Mercado de Valores Mobiliários (cfr. art.º 15º).

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

2. Composição do Conselho Fiscal, ao longo do ano em referência, com indicação do número estatutário mínimo e máximo de membros, duração estatutária do mandato, número de membros efetivos e suplentes, data da primeira designação e data do termo de mandato de cada membro. Caso tenha ocorrido alteração de mandato durante o ano em reporte.

O Conselho Fiscal foi nomeado por despacho conjunto do Secretário de Estado do Tesouro e do Secretário de Estado da Saúde, a 26 de abril de 2018, para o triénio 2018/2020, com a seguinte composição:



Conselho Fiscal					
Mandato	Cargo	Identificação do Conselho Fiscal	Designação		Estatuto Remuneratório (mensal)
(Início - Fim)		Nome	Forma	Data	
01/01/2018 a 31/12/2020	Presidente	Maria Leonor Betencourt Silva Dantas Jorge	Desp. Conj. SET e SES	26-04-2018	869,37 €
01/01/2018 a 31/12/2020	Vogal	Renato Felisberto Pinho Marques	Desp. Conj. SET e SES	26-04-2018	652,03 €
01/01/2018 a 31/12/2020	Vogal	José Manuel Gonçalves André	Desp. Conj. SET e SES	26-04-2018	652,03 €
01/01/2018 a 31/12/2020	Vogal Suplente	Anabela Mendes Garcia Barata	Desp. Conj. SET e SES	26-04-2018	não remunerado

A nomeação do Conselho Fiscal poderá ser consultada no endereço que se segue:

http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/499/conselho_fiscal_CHBM.pdf

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

Maria Leonor Betencourt Silva Dantas Jorge, Presidente do Conselho Fiscal, nascida a 18 de janeiro de 1970, licenciada em administração de empresas pela Universidade Católica, frequência do Programa Avançado para Administradores Não-Executivos – Instituto Português de Corporate Governance (IPCG), Executive Training Session on Banking Governance - PLMJ Advogados, Strategic Management in Banking Programme - INSEAD, Fontainebleau, França.

Atividade Profissional

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

Renato Felisberto Pinho Marques, Vogal efetivo do Conselho Fiscal, nascido a 29 de março de 1958, licenciado em Economia pelo Instituto Superior de Economia e Gestão (ISEG) da Universidade Técnica de Lisboa com Pós-graduação em Estudos Europeus – Universidade Católica.

Atividade Profissional

Inspetor de Finanças Diretor desde fevereiro de 2015, Chefe de Equipa na Inspeção-Geral de Finanças (2013-2014), Membro da Comissão de Normalização Contabilística, em representação da Inspeção-Geral de Finanças (desde janeiro 2013), Controlador financeiro do Ministério da Saúde (2010-2011), Controlador financeiro do Ministério dos Negócios Estrangeiros (2007-2010), Diretor do Departamento Geral de Administração do Ministério dos Negócios Estrangeiros (2003-2007), Diretor Adjunto do Departamento Geral de Administração do Ministério dos Negócios Estrangeiros (2003), Inspetor de Finanças Chefe (1996-2003), Membro da Comissão EURO do Ministério das Finanças, em representação da Inspeção-Geral de Finanças (1999-2001), Inspetor do quadro da Inspeção-Geral de Finanças desde 15 de outubro de 1987.

José Manuel Gonçalves André, Vogal efetivo do Conselho Fiscal, nascido em 22 de abril de 1953, licenciado em Organização e Gestão de Empresas - Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa (ISCTE) com Pós-graduação em Administração Hospitalar - Escola Nacional de Saúde Pública, curso de Engenharia Industrial aplicada à gestão hospitalar, Health Policy Institute, Boston University, Lisboa, Curso de Auditoria da Qualidade de serviços de Saúde, HQS – Health Quality Service/Reino Unido, Lisboa, Curso PADIS-Programa Alta Direção Instituições de Saúde da AESE, Curso Alta Direção em Gestão Unid. Saúde - ISCSP.

Atividade Profissional

Administrador Hospitalar de 1º grau do Quadro Único desde 26 /04/2006 e de 1ª classe do ex-Hospital Reynaldo dos Santos – Vila Franca de Xira desde 01/05/2007, pertencente ao mapa da ARSLVT, Auditor do Gabinete Auditoria Interna da ARSLVT desde 15 julho de 2016, Diretor Executivo do ACES Oeste Sul, de 07 dezembro de 2012 a 15 julho de 2016, Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Torres Vedras, de 15 de abril de 2010 a 20 de novembro de 2012, Vogal Executivo do Centro Hospitalar Torres Vedras, 2006-2010, Diretor de Serviço de Formação e Ensino da Sec-Geral do Ministério da Saúde, 2003-2006, Diretor e Administrador Delegado do Hospital Distrital de Mirandela, 1999-2003, Administrador Delegado do Hospital Distrital da Covilhã, 1997-1999, Administrador Delegado do Hospital Distrital da Lamego, 1996-1997, Administrador Hospitalar nas áreas de gestão de pessoal, consulta externa e urgência do ex-Hospital Reynaldo dos Santos, 1994-1996, Administrador Hospitalar do Dep. Cabeça e Pescoço do Hospital Garcia de Orta, 1992-1994, Diretor do Serviço de Estudos e Gestão do Dep. Recursos Humanos da Saúde, 1990-1992, Adm. Hospitalar de vários serviços comuns do ex-Grupo Hospitais Cívicos de Lisboa, 1985-1989.

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

Não aplicável, não está nas competências do Conselho Fiscal.

5. Outras funções dos órgãos de fiscalização.

Não aplicável, não existe outras funções fora das definidas pelos estatutos.

6. Identificação dos membros do Conselho Fiscal que se considerem independentes, nos termos do n.º 5 do artigo 414.º, do CSC.

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

7. Caracterização do funcionamento do Conselho Fiscal, indicando designadamente:

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

Nº Reuniões	Local de realização	Intervenientes na reunião	Ausências dos membros do Órgão de Fiscalização
7	ARSLVT / CHBM/DBO/ABC SROC	CF	Não existiram
1	CHBM	CF, CA	Não existiram
3	CHBM	CF, FU, DBO,DF,DPA,AI	(1)
3	DBO	CF, DBO	(2)
1	ABC SROC (3)	CF, ABC SROC	Não existiram

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

(1) - O vogal José Manuel Gonçalves André não esteve presente numa das reuniões, tendo justificado atempadamente a sua ausência.

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

(3) - Fiscal Único do CHBM até à nomeação do CF

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.

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

E. Revisor Oficial de Contas

1. Identificação, membros efetivo e suplente, da Sociedade de Revisores Oficiais de Contas (SROC) e respetivos números de inscrição na Ordem dos Revisores Oficiais de Contas (OROC) e na Comissão do Mercado de Valores Mobiliários (CMVM), caso aplicável, e dos sócios ROC que a representam e indicação do número de anos em que o ROC exerce funções consecutivamente junto da entidade e/ou grupo.

O revisor oficial de contas é nomeado por despacho conjunto dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde, sob proposta fundamentada do Conselho Fiscal, tendo o mandato a duração de três anos, renovável por uma única vez.

O Revisor Oficial de Contas foi nomeado por despacho conjunto do Secretário de Estado do Tesouro e do Secretário de Estado da Saúde, a 14 de dezembro de 2018, para o triénio 2018/2020, com a seguinte composição:

BDO & Associados, SROC, Lda., inscrita na Ordem dos Revisores Oficiais de Contas, com o nº 29 e registado na Comissão de Mercados de Valores Mobiliários, com o nº 20161384, com sede na Avenida

da República, nº 50, 10º andar, em Lisboa, representada por António José Correia de Pina Fonseca, ROC nº 949.

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

Nos termos do nº 4 do artigo 15º dos Estatutos dos Hospitais, Centros Hospitalares e Institutos Portugueses de Oncologia, E.P.E., o Revisor Oficial de Contas é nomeado para um mandato com a duração de três anos, renovável por uma única vez.

3. Indicação do número de anos em que a SROC exerce funções consecutivamente junto da entidade/grupo, bem como indicação do número de anos em que o ROC presta serviços nesta entidade, incluindo o ano a que se refere o presente relatório, bem assim como a remuneração relativa ao ano em referência, apresentados segundo os formatos seguintes:

Revisor Oficial de Contas							
Mandato	Cargo	Identificação SROC/ROC	Designação			Nº de anos de funções exercidas no grupo	Nº de anos de funções exercidas na entidade
(Início - Fim)		Nome	Forma	Data	Contratada		
01/01/2018 a 31/12/2020		BDO & Associados, SROC, Lda.	Despacho Conjunto	14-12-2018	29-01-2019	2	2

Nome	Remuneração Anual 2019
BDO & Associados, SROC, Lda.	16.600 €

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

Não aplicável, não foram prestados quaisquer serviços pela firma BDO & Associados, SROC, Lda., ao CHBM, EPE, relativamente ao ano em referência.

F. Conselho Consultivo

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

O Conselho Consultivo é composto por: Uma personalidade de reconhecido mérito, nomeada pela Comunidade Intermunicipal ou pela Área Metropolitana onde se situe a sede dos respetivos centros hospitalares, que preside; Uma personalidade de reconhecido mérito, nomeada pelo membro do Governo responsável pela área da saúde; Um representante da respetiva Administração Regional de Saúde; Um representante dos utentes, designado pela respetiva associação ou por equivalente

estrutura de representação; Um representante eleito pelos trabalhadores do hospital E.P.E.; Um representante dos prestadores de trabalho voluntário no hospital E. P. E., entre estes eleito, quando existam; Dois elementos, escolhidos pelo conselho de administração do hospital E. P. E., que sejam profissionais de saúde sem vínculo ao mesmo.

O mandato dos membros do conselho consultivo tem a duração de três anos, sem prejuízo da possibilidade da sua substituição, a todo o tempo, pelas entidades que os designaram ou elegeram.

O Despacho nº 1505/2015, de 22 janeiro, nomeia o Eng.º António Afonso Reynaud de Melo Pires, presidente do Conselho Consultivo do CHBM, EPE, com efeitos à data da sua publicação, 12 de fevereiro de 2015. O Presidente cessou funções em 2016, sem nomeação de substituto até à presente data.

G. Auditor Externo

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

Não aplicável, o CHBM, EPE não tem Auditor Externo.

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

Não aplicável, o CHBM, EPE não tem Auditor Externo.

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

Não aplicável, o CHBM, EPE não tem Auditor Externo.

4. Indicação do montante da remuneração anual paga pela entidade e/ou por pessoas coletivas em relação de domínio ou de grupo ao auditor e a outras pessoas singulares ou coletivas pertencentes à mesma rede e discriminação da percentagem respeitante aos seguintes serviços.

Não aplicável, o CHBM, EPE não tem Auditor Externo.

VI. Organização Interna

A. Estatutos e Comunicações

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

O CHBM, E.P.E. é uma pessoa coletiva de direito público de natureza empresarial dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, regendo-se pelo regime jurídico das entidades públicas empresariais, com as especificações previstas no Decreto-Lei nº 233/2005, de 29 de dezembro alterado e republicado pelo Decreto-Lei nº 18/2017, de 10 de janeiro e nos Estatutos a ele anexos e pelas normas em vigor para o Serviço Nacional de Saúde.

O CHBM, E.P.E. é tutelado conjuntamente pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério das Finanças, as alterações dos estatutos da entidade só podem ser promovidas por iniciativas legislativas do Governo em funções.

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

Existe um Regulamento de Comunicação Interna de Irregularidades, aprovado pelo Conselho de Administração em 19/03/2015 que estabelece os procedimentos internos para a receção, registo e tratamento das comunicações de irregularidades recebidas pelo Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE.

Matérias abrangidas

As comunicações de irregularidades recebidas pela instituição são relativas a factos que indiciem (de acordo com o n.º 4 do artigo 17.º-A do Decreto-Lei n.º 12/2015, de 26 de janeiro):

- Violação de princípios e disposições legais, regulamentares e deontológicas por parte dos membros dos órgãos estatutários, trabalhadores, fornecedores de bens e prestadores de serviços no exercício dos seus cargos profissionais;
- Dano, abuso ou desvio relativo ao património do Centro Hospitalar;
- Dano, abuso ou desvio relativo ao património dos utentes;
- Prejuízo à imagem ou reputação do Centro Hospitalar.

Forma de Comunicação

1 - As comunicações são feitas na forma escrita, por carta ou correio eletrónico.

2 - As comunicações de indícios de irregularidades, abrangidas pelo presente Regulamento, são enviadas ao SAI, devendo obedecer aos seguintes critérios:

- Entregue em envelope fechado, se remetido por carta;
- Menção de "confidencial" no assunto da mensagem (no caso de correio eletrónico) ou inscrita na parte exterior do envelope;
- Identificação do autor da comunicação, não sendo objeto de tratamento comunicações anónimas;
- Indicação expressa de que prescinde do anonimato, caso assim o deseje;
- Conter uma descrição dos fatos relevantes que sustentam a alegada irregularidade, bem como de elementos de prova que a sustentem.



3 - Todas as comunicações devem apresentar a identificação do autor, pelo que só excecionalmente e mediante análise, serão aceites e tratadas informações anónimas.

http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/328/regulamento_irregularidades.pdf

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

O Centro Hospitalar dispõe de um Regulamento interno homologado em 2013, com uma revisão aprovada em Conselho de Administração a 23/03/2018. 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".

B. Controlo interno e gestão de riscos

1. Informação sobre a existência de um Sistema de Controlo Interno (SCI) compatível com a dimensão e complexidade da entidade, de modo a proteger os investimentos e os seus ativos.

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.

2. Identificação de pessoas, órgãos ou comissões responsáveis pela auditoria interna e/ou pela implementação de sistema de gestão e controlo de risco que permita antecipar e minimizar os riscos inerentes à atividade desenvolvida.

A Dra. Sandra Cristina Silva Palhinhos, responsável pelo Serviço de Auditoria Interna do CHBM, E.P.E. desde 1 setembro de 2019, de acordo com o artigo 17º do Decreto-Lei nº 2,33/2005 alterado e republicado pelo Decreto-Lei nº 12/2015 que procedeu à alteração do Regime Jurídico e dos Estatutos dos Hospitais EPE, data a partir da qual iniciou funções. O Serviço de Auditoria Interna tem 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 suscetíveis de risco. Dado que o novo Auditor Interno só iniciou funções em setembro de 2019, não foram concluídas quaisquer ações de Auditoria ou Follow-Up.

3. Em caso de existência de um plano estratégico e de política de risco da entidade, transcrição da definição de níveis de risco considerados aceitáveis e identificação das principais medidas adotadas.

http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/328/plano_corrupcao_2019.pdf

Foram identificados os seguintes níveis de risco:

Risco de Gestão	Descrição
RG 1 – Não segregação de funções	Risco de existência de incompatibilidade de funções atribuídas ou configuradas nos sistemas de informação aos colaboradores, podendo originar erros involuntários ou voluntários (v.g. situações de fraude).
RG 2 - Autorizações e responsabilidade	Risco de tomada de decisões ou realização de ações por parte de colaboradores que não estejam nos seus limites ou áreas de responsabilidade.
RG 3 - Financiamento	Risco de inexistência de receita suficiente para garantir o equilíbrio orçamental e cobrir as despesas indispensáveis para garantir a prestação de cuidados de saúde.
RG 4 - Conformidade	Risco de incumprimento da legislação fiscal, ambiental, contabilística ou outra e/ou de regulamentação do setor, bem como de normas internas. É também considerado o risco de não observância das boas práticas no exercício da função (prestação de cuidados e outras).
RG 5 - Segurança da Informação	Risco de ocorrência de falhas de segurança da informação relacionadas com a confidencialidade, disponibilidade e integridade da informação, potenciando situações de violação do acesso a dados confidenciais dos utentes, dos colaboradores ou da instituição.
RG 6 - Desenvolvimento e manutenção dos Sistemas de Informação	Risco de incapacidade de desenvolver e manter os sistemas de informação alinhados com a atividade, não recorrendo a metodologias de gestão e de desenvolvimento de projetos de Sistemas de Informação ou não garantindo a necessária transferência de conhecimentos de recursos ou empresas externas, evitando assim uma excessiva dependência destes.



RG 7 - Ambiental	Risco de ocorrência de efeitos ambientais adversos, direta ou indiretamente imputados à atividade de prestação de cuidados de saúde, e que possam resultar no incumprimento de legislação ambiental, insatisfação de utilizadores e stakeholders, nomeadamente ao nível da comunidade local.
RG 8 - Gestão do Conhecimento	Risco de inexistência ou ineficiência dos processos de captura, retenção, partilha e transferência de conhecimentos que conduzam a uma excessiva dependência. Fraco desenvolvimento de competências, desmotivação, problemas de sucessão, perda de conhecimento ou ineficiências operacionais no presente ou incapacidade operacional no futuro.
RG 9 - Reputação e imagem	Risco de degradação da imagem, notoriedade e credibilidade da instituição por via direta ou indireta, ainda que as causas não se encontram totalmente sob a responsabilidade ou não podem ser geridas pelo Serviço.
RG 10 - Capacidade instalada	Risco da estrutura operacional, incluindo meios humanos e materiais, estar desajustada face às necessidades dos utentes, resultando em custos acrescidos por excesso de capacidade, ou perdas financeiras por incapacidade de resposta.
RG 11 - Segurança física e das instalações	Risco de ocorrência de eventos de segurança devido a inadequadas medidas preventivas face a acidentes, eventos ambientais (v.g. inundações, incêndios), acessos indevidos ou incumprimento de normas e procedimentos, podendo resultar em danos materiais.
RG 12 - Segurança de pessoas	Risco de ocorrência de acidentes com colaboradores ou terceiros, ou das condições e ambiente de trabalho, serem prejudiciais à saúde das pessoas.
RG 13 - Manuais de procedimentos, boas práticas e código de conduta	Risco de inexistência de Manuais de Procedimentos, Boas Práticas e Código de Conduta, atualizados e ajustados à realidade vivida e que reflitam o cumprimento das normas e legislação vigente.
RG 14 - Gestão de recursos	Risco de subaproveitamento da capacidade instalada e de incorreta gestão dos recursos bem como falta de controlo interno, que possam conduzir a faturação indevida ou excessiva com contratação de serviços externos e outros.

Risco de Corrupção	Descrição
RC 1 - Imparcialidade	Tratamento privilegiado de pessoa ou pessoas. Favorecimento de utente, concorrente e/ou procedimento no qual tenha algum interesse na tomada de decisão.
RC 2 - Faturação indevida	Emissão de faturas, pelos fornecedores, com valores acima dos contratualizados ou com itens não conformes.

RC 3 - Apropriação indevida de ativos	Desvio e/ou apropriação indevida de ativos do Centro Hospitalar ou de terceiros (v.g. espólios dos doentes) para proveito do próprio.
RC 4 - Suborno	Oferecer, dar, receber, solicitar ou facilitar algo de valor para influenciar um ato.
RC 5 - Demonstrações financeiras fraudulentas	Ocultar ou alterar informação, propositadamente, com o intuito de alterar registos, de forma a alterar resultados e induzir em erro quem as analisa.

Conflitos de interesses	Descrição
CI 1 – Acumulação de funções incompatíveis	Exercício de atividades não autorizadas. Comprometimentos da isenção e da imparcialidade exigidas no exercício das funções. Não declaração de conflitos de interesses em cumprimento, nomeadamente, do Despacho n.º 14/2014, de 22 de janeiro, da Lei n.º 35/2014, de 20 junho, da Lei n.º 7/2009, de 12 de fevereiro, ou outra aplicável.
CI 2 - Acompanhamento da gestão de contratos	Exercício de atividades que comprometam o correto e imparcial acompanhamento dos contratos. Irregularidades no que concerne à fiscalização e conferência, por ter interesses pessoais.
CI 3 - Uso abusivo de posição	Uso abusivo de posição, bem como recursos públicos, acesso a informação e conhecimento, bem como de influência em procedimentos de contratação pública, em benefício próprio, que comprometam o dever de isenção.
CI 4 - Relação dos profissionais de saúde com a indústria farmacêutica	Falta de comunicação de benefícios junto do INFARMED, em cumprimento do Despacho do SES n.º 12284/2014, de 6 de outubro.

O CHBM nomeou uma Comissão de Acompanhamento da Prevenção da Corrupção (CAPC), tendo elaborado o Relatório Anual com o resultado das monitorizações realizadas.

A CAPC procedeu à análise de todos os relatórios de acompanhamento das matrizes de risco, e identificou como relevantes e com necessidade de maior acompanhamento e definição de ações, os seguintes riscos moderados e elevados, das diferentes Unidades, Gabinetes e Cargos de Direção, a saber:

- Nos Serviços Assistenciais:
 - ✓ Os riscos relacionados com a Capacidade instalada e com a Segurança das pessoas foram os riscos mais vezes considerados com nível elevado, por 9 Serviços no risco da Capacidade Instalada e por 6 no risco Segurança das pessoas e moderado por 16 Serviços no risco da Capacidade Instalada e por 12 no risco Segurança das pessoas.
 - ✓ O risco da Gestão de Recursos, foi considerado elevado por 1 serviço e moderado por 12 Serviços.

- ✓ O risco Ambiental, foi considerado elevado por 1 serviço e foi considerado moderado por 9 Serviços.
- ✓ O risco de Reputação e Imagem foi considerado elevado por 1 serviço e moderado por 7 Serviços.
- ✓ O risco Segurança da Informação, foi considerado elevado por 1 serviço foi considerado moderado por 6 Serviços.
- ✓ O risco da Gestão do Conhecimento, foi considerado moderado por 11 Serviços.
- ✓ O risco de Conformidade, foi considerado moderado por 3 Serviços.
- ✓ O risco Apropriação individual de ativos, foi considerado moderado por 3 Serviços.
- ✓ O risco Manuais de Procedimentos, Boas Práticas e Código de conduta, foi considerado moderado por 2 Serviços.
- ✓ Os riscos Imparcialidade, Suborno e Uso Abusivo de Posição apenas foram considerados moderados por 1 serviço.
- ✓ Os riscos que apenas foram considerados como fracos são Acompanhamento de Gestão de contratos e Relação dos profissionais de saúde com a indústria farmacêutica e Acumulação de funções incompatíveis.
- Nos Serviços de Apoio:
 - ✓ O risco de Gestão do Conhecimento foi considerado elevado por 2 Serviço e moderado por 6 Serviços.
 - ✓ O risco relacionado com a Manuais de Procedimentos, boas práticas e código de conduta foi considerado moderado por 13 Serviços.
 - ✓ O risco relacionado com a Conformidade foi considerado com nível moderado por 12 Serviços.
 - ✓ O risco de Segurança da Informação foi considerado moderado por 3 Serviços.
 - ✓ O risco de Reputação e Imagem foi considerado moderado por 2 Serviços.
 - ✓ O risco de Financiamento foi considerado moderado por 2 Serviços.
 - ✓ O risco Gestão de Recursos foi considerado moderado por 2 Serviços.
 - ✓ O risco Ambiental foi considerado moderado por 2 Serviços.
 - ✓ O risco da Capacidade instalada foi considerado moderado por 1 Serviço.
 - ✓ O risco de Autorizações e Responsabilidade, Faturação Indevida, Acompanhamento na Gestão de Contratos, Desenvolvimento e Manutenção dos SI, Segurança Física e das Instalações, Segurança das pessoas e Imparcialidade foi considerado moderado por 1 Serviço.
 - ✓ Os riscos que apenas foram considerados como fracos são Não segregação de funções e Acumulação de funções Incompatíveis e Suborno e uso de Posição.

Na hiperligação abaixo remete-se para o relatório de 2019:

http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/328/relatorio_plano_corrupcao_2019.pdf

4. Explicitação, ainda que por inclusão de organograma, das relações de dependência hierárquica e/ou funcional face a outros órgãos ou comissões da entidade.

O Serviço de Auditoria Interna do CHBM depende, em termos orgânicos, do Presidente do Conselho de Administração.

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

No âmbito das áreas funcionais com competências definidas no Regulamento Interno para a matéria do Risco, consideram-se também os Riscos Clínicos e do Risco Geral (Não Clínico), analisados pelo Gabinete de Gestão do Risco. Segue o estabelecido sobre este ponto no atual Regulamento Interno do CHBM.

Gabinete de Gestão do Risco

1. O Gabinete de Gestão do Risco integra a área do risco clínico e do risco geral (não clínico).
2. Compete ao Gabinete de Gestão do Risco:
 - a) Promover uma cultura de segurança no ambiente interno;
 - b) Propor a política de gestão do risco e a estratégia de identificação e avaliação de riscos e seus fatores causais;
 - c) Participar no desenvolvimento da política interna de segurança do doente e dos profissionais;
 - d) Elaborar o regulamento que expressa as responsabilidades específicas das duas áreas de intervenção;
 - e) Estruturar e implementar uma estratégia de gestão integrada do risco na organização, através da mobilização e articulação com os serviços de ação médica, de apoio à ação médica e geral;
 - f) Assegurar a gestão de um sistema de relato de incidentes clínicos e segurança do doente e risco geral (não clínico);
 - g) Identificar e propor medidas preventivas e/ou medidas corretivas após a ocorrência de incidentes, em colaboração com os responsáveis/especialistas nas diversas áreas de tipologia de incidentes;
 - h) Apoiar os serviços no âmbito da gestão do risco e segurança do doente;
 - i) Colaborar com o nível estratégico na elaboração de pareceres e recomendações;
 - j) Colaborar com comissões e grupos de trabalho no âmbito da gestão do risco e segurança do doente;
 - k) Integrar o grupo institucional responsável pelo Plano de Segurança e Plano de Catástrofe Externa, promovendo a sua atualização;
 - l) Providenciar auditorias de segurança das instalações, dos doentes, dos profissionais e ocupantes e fomentar práticas baseadas na evidência;
 - m) Promover e validar as ações de formação no âmbito da gestão do risco geral e risco clínico e segurança do doente, em articulação com os Serviços e a Academia de Formação.

No CHBM está igualmente nomeada a Comissão de Qualidade e Segurança do Doente, responsável pela operacionalização da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde nos termos previstos na legislação aplicável, com as seguintes atribuições definidas em sede de Regulamento interno da instituição.

Comissão de qualidade e segurança do doente

2. Sem prejuízo das competências dos Gabinetes de Gestão da Qualidade e de Gestão do Risco, com os quais deverá manter articulação sinérgica efetiva, compete à Comissão de Qualidade e Segurança do Doente a formulação da política da qualidade orientada para o utente nas dimensões de planeamento e melhoria contínua e o acompanhamento das ações com vista à segurança do doente.

3. Compete-lhe em especial:

- a) Elaborar estudos e apresentar propostas para a implementação de ações para a qualidade global no atendimento;
- b) Promover o conhecimento e utilização de metodologias específicas de avaliação e garantia de níveis de qualidade;
- c) Acompanhar e avaliar a implementação de ações para a qualidade.

Por fim, e no que respeita aos riscos profissionais, de referir ainda as competências do Serviço de Saúde Ocupacional, igualmente plasmadas no Regulamento Interno da Instituição.

Serviço de Segurança e Saúde Ocupacional

1. O Serviço de Segurança e Saúde Ocupacional (SSSO) tem como responsabilidade a organização da segurança e saúde no trabalho, tendo em vista a prevenção de riscos profissionais e a promoção da saúde dos profissionais.

2. Compete ao SSSO:

- a) Promover locais de trabalho saudáveis, através da promoção da saúde dos profissionais e a prevenção dos riscos profissionais com vista à manutenção da capacidade de trabalho;
- b) Investigar fatores desencadeantes ou agravantes de doença no local de trabalho e desenvolver estratégias para a sua correção;
- c) Analisar as causas dos acidentes de trabalho e propor medidas preventivas/corretivas sempre que se justifique;
- d) Colaborar na revisão e implementação do Plano de Segurança Interno, incluindo os simulacros;
- e) Assegurar a confidencialidade dos dados de saúde e proteger a privacidade dos profissionais;
- f) Desenvolver atividades de formação, informação e educação para a saúde;
- g) Apoiar os profissionais e os órgãos de administração, no estabelecimento e conservação do ambiente de trabalho saudável e seguro que favoreça a otimização da saúde física e mental relacionada com o trabalho.

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

Risco Económico

Aquando a criação do CHBM, não se atendeu totalmente à estrutura financeira deficitária da entidade, na medida que “herdou” os resultados negativos acumulados do Hospital Nossa Senhora do Rosário, E.P.E. e do Hospital do Montijo. Deste modo, face a esta situação e aos resultados negativos dos últimos exercícios, os Capitais Próprios do CHBM revelam-se bastante negativos, embora se tenha assistido nos últimos anos a um reforço dos Capitais Estatutário da entidade, estes revelaram-se insuficientes face à dimensão dos montantes em dívida.

O Resultado Líquido no final de 2019 foi de 6,7 milhões de euros negativos, com um EBITDA também negativo de 2,7 milhões de euros, pelo que se salienta, que o mesmo representa uma significativa melhoria de 58,1 % face aos resultados obtidos no período homólogo.

Atendendo aos resultados alcançados nos últimos anos, evidenciam a manutenção de resultados líquidos negativos, deve-se manter alguma preocupação quanto a sustentabilidade económica e financeira deste Centro Hospitalar. No entanto, os resultados obtidos no exercício findo, vem demonstrar que poderá haver num curto prazo uma inversão da tendência dos resultados.

A estrutura de custos existente, no CHBM, ainda não foi devidamente suportada pelos proveitos apurados no âmbito do modelo de financiamento, pelo que o presente exercício apresenta um ligeiro desequilíbrio financeiro, sendo este um dos menores dos últimos anos. Os preços definidos no Contrato Programa para o pagamento dos serviços prestados aos beneficiários do SNS, foram ainda abaixo dos preços de mercado, condicionando a evolução dos proveitos totais.

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 2019 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.

Risco Operacional

O Programa de Assistência Económica e Financeira a que o país esteve sujeito nos últimos anos veio condicionar fortemente o Investimento em áreas críticas, nomeadamente a renovação de equipamento em final de vida útil, assistindo-se a uma degradação progressiva dos equipamentos básicos colocando em risco a prestação de cuidados médicos.

Risco Jurídico

As constantes alterações no enquadramento jurídico, nomeadamente na legislação laboral, conjugado com a necessidade premente de autorização superior para a contratação de profissionais contribui fortemente para o aumento dos custos na gestão de recursos humanos.

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

O CHBM segue a Recomendação n.º 3/2015 (DR, 2.ª, n.º 132, 09/07/2015) que veio definir as seguintes linhas de orientação:

Os Planos de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas, devem identificar de modo exaustivo os riscos de gestão, incluindo os de corrupção, bem como as correspondentes medidas preventivas.

Os riscos devem ser identificados 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. Os Planos devem designar responsáveis setoriais e um responsável geral pela sua execução e monitorização, bem como pela elaboração dos correspondentes relatórios anuais.

As entidades devem realizar ações de formação, de divulgação, reflexão e esclarecimento dos seus Planos junto dos trabalhadores e que contribuam para o seu envolvimento numa cultura de prevenção de riscos. Os Planos devem ser publicados nos sítios da internet das entidades a que respeitam, excetuando as matérias e as vertentes que apresentem uma natureza reservada, de modo a consolidar a promoção de uma política de transparência na gestão pública.

A monitorização passou a abranger todas as áreas de atividade por forma a garantir a maior cobertura em termos de prevenção, sendo exigível:

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

A comissão de Prevenção dos Riscos de Corrupção e Infrações Conexas faz um acompanhamento das matrizes de risco dos serviços onde são identificadas as medidas de mitigação dos mesmos, realizando inclusive auditorias para verificação das eficácias das medidas identificadas.

8. Identificação dos principais elementos do SCI e de Gestão de Risco implementados na entidade relativamente ao processo de divulgação da informação financeira

A informação financeira é produzida no Serviço Financeiro do CHBM, é avaliada pelo Revisor Oficial de Contas a quem cabe a sua certificação. O Conselho Fiscal avalia os SCI e emite Relatório e parecer com as conclusões e recomendações. Adicionalmente o Conselho Fiscal e o Revisor Oficial de Contas elaboram relatórios trimestrais de acompanhamento da execução económico-financeira e orçamental.

C. Regulamentos e Códigos

1. Referência sumária aos regulamentos internos aplicáveis e regulamentos externos a que a entidade está legalmente obrigada, com apresentação dos aspetos mais relevantes e de maior importância. Indicação da hiperligação do sítio na internet da entidade onde estes elementos se encontram disponíveis para consulta.

O Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE (CHBM) foi criado a 1 de novembro de 2009, através do Decreto-lei n.º 280/2009 de 6 de outubro, com a natureza de entidade pública empresarial, por fusão do Hospital de Nossa Senhora do Rosário, EPE e do Hospital Distrital do Montijo.

O Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro, define 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.

A legislação que enquadra a orgânica e funcionamento do CHBM é a seguinte:

- O Decreto-lei n.º 280/2009, de 6 de outubro, que cria o CHBM;
- O Decreto-lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro que determina o regime jurídico e estatutos dos Hospitais EPE;
- O Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro que define o regime jurídico do Sector Público Empresarial;
- O Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro que define o estatuto do SNS;
- Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, Lei de Base da Saúde.

Para o Regulamento Interno do CHBM foi adotado 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.

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

Regulamento e Códigos do CHBM

<http://www.chbm.min-saude.pt/centro-hospitalar-chbm/informacao-publica/regulamentos-e-codigos>

2. Referência à existência de um código de ética, com a data da última atualização, que contemple exigentes comportamentos éticos e deontológicos. Indicação



onde este se encontra disponível para consulta, assim como indicação da forma como é efetuada a sua divulgação junto dos seus colaboradores, clientes e fornecedores. Informação sobre as medidas vigentes tendo em vista garantir um tratamento equitativo junto dos seus clientes e fornecedores e demais titulares de interesses legítimos, designadamente colaboradores da entidade, ou outros credores que não fornecedores ou, de um modo geral, qualquer entidade que estabeleça alguma relação jurídica com a entidade.

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, tendo o mesmo sido atualizado em 20/10/2016, de forma a dar resposta ao Despacho n.º 9456-C/2014 (Enquadramento dos Princípios Orientadores do Código de conduta dos Serviços e Organismos do Ministério da Saúde) e ao Código do Procedimento Administrativo aprovado pelo Decreto-Lei n.º 4/2015, de 7 de Janeiro, sendo enquadradas com as normas Portuguesa NP 4460-1:2017 e NP 4460-2:2010. 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. Encontra-se publicado no *site* do CHBM estando desta forma disponível para consulta para todos os colaboradores, utentes, clientes e fornecedores.

Código de ética do CHBM

http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/328/codigo_etica_chbm16.pdf

3. Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas. Referência à existência do Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PGRCIC) para prevenir fraudes internas (cometida por um Colaborador ou Fornecedor de Serviços) e externas (cometida por Clientes ou Terceiros), com a data da última atualização, assim como a identificação das ocorrências e as medidas tomadas para a sua mitigação. Indicação relativa ao cumprimento da legislação e da regulamentação em vigor relativo à prevenção da corrupção e sobre a elaboração do Relatório Identificativo das Ocorrências, ou Risco de Ocorrências (vide alínea a) do n.º 1 do artigo 2.º da Lei n.º 54/2008, de 4 de setembro). Indicação da hiperligação para acesso direto ao sítio na internet da entidade onde se encontra publicitado o respetivo Relatório Anual de Execução do PGRCIC.

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 do 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 Pano.

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 caráter 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.

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

http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/328/declaracoes_incompatibilidades18_v67.pdf

D. Deveres Especiais de Informação

1. Indicação da plataforma utilizada para cumprimento dos deveres de informação a que a entidade se encontra sujeita, nomeadamente os relativos ao reporte de informação económica e financeira.

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

Se aplicável, a informação é reportada no Sistema de Recolha de Informação Económico Financeira (SIRIEF).

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

A informação referente ao grau de execução dos objetivos fixados é reportada mensalmente:

- À DGTF através da Plataforma SIRIEF;
- À ACSS através dos serviços *online* da UOGF e da plataforma SICA;
- À ARSLVT através da Plataforma SICA;
- À DGO através da Plataforma SIGO.

A justificação dos desvios verificados e indicação de medidas de correção aplicadas ou a aplicar é remetida mensalmente para a ARSLVT e ACSS através do Relatório Analítico do Desempenho Económico e Financeiro (RADEF).

c) Planos de Atividades e Orçamento, anuais a plurianuais, incluindo os planos de investimento e as fontes de financiamento.

Os Planos de Atividade e Orçamento são submetidos nas plataformas SIRIEF para a DGTF, na plataforma SICA para a ARSLVT e ACSS.

d) Orçamento anual e plurianual.

Os Orçamentos são reportados nas plataformas SICA para a ARSLVT e ACSS e SIGO para a DGO.

e) Documentos anuais de Prestação de Contas.

Os documentos anuais de prestação de contas são reportados através do SIRIEF para a DGTF e na plataforma de prestação eletrónica de contas do Tribunal de Contas.

São publicados no Site do CHBM e remetidos para a ARSLVT, ACSS, IGF e DGTF.

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

A informação mencionada é reportada no SIRIEF quando disponibilizada pelo órgão de fiscalização.

2. Indicação da Plataforma utilizada para cumprimento dos deveres de transparência a que a entidade se encontra sujeita. Indicação da plataforma utilizada para cumprimento dos deveres de transparência a que a entidade se encontra sujeita, nomeadamente os relativos a informação a prestar anualmente ao titular da função acionista e ao público em geral sobre o modo como foi prosseguida a sua missão, do grau de cumprimento dos seus objetivos, da forma como foi cumprida a política de responsabilidade social, de desenvolvimento sustentável e os termos de prestação do serviço público, e em que medida foi salvaguardada a sua competitividade, designadamente pela via da investigação, do desenvolvimento, da inovação e da integração de novas tecnologias no processo produtivo.

A informação é disponibilizada no site do CHBM e através da plataforma da transparência do Portal do SNS.

E. Sítio de Internet

1. Indicação do endereço utilizado na divulgação dos seguintes elementos sobre a entidade:

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.º. 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/>



- a) Sede e, caso aplicável, demais elementos mencionados no artigo 171.º do CSC.

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

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

http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/328/estatutosEPE_17.pdf

<http://www.chbm.min-saude.pt/centro-hospitalar-chbm/informacao-publica/regulamentos-e-codigos>

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

Conselho de Administração

http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/499/nomeacao_ca19.pdf

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

<http://www.chbm.min-saude.pt/centro-hospitalar-chbm/informacao-publica/relatorios-e-contas>

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

<http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/302/contrato programa acordo modificativo19.pdf>

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

<http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/302/Termos referencia contratualizacao19.pdf>

Os apoios financeiros recebidos do Estado nos últimos três anos, remete-se para o ponto anterior - Contratos programa.

F. Prestação de Serviço Público ou de Interesse Geral

1. Referência ao contrato celebrado com a entidade pública que tenha confiado à entidade a prestação de um serviço público ou de interesse geral, respeitante à remuneração dessa atividade.

O Contrato Programa do CHBM é celebrado anualmente com a Tutela, representada pela ARSLVT e define a atividade, os objetivos de Qualidade e Eficiência a que o CHBM tem de responder, bem como define o Orçamento Económico que a Instituição tem de cumprir.

2. Referência às propostas de contratualização da prestação de serviço público apresentadas ao titular da função acionista e ao membro do governo responsável pelo respetivo setor de atividade, das quais deverão constar os seguintes elementos: Associação de metas quantitativas a custos permanentemente auditáveis; Modelo de financiamento, prevendo penalizações

em caso de incumprimento; Critérios de avaliação e revisão contratuais; Parâmetros destinados a garantir níveis adequados de satisfação dos utentes; Compatibilidade com o esforço financeiro do Estado, tal como resulta das afetações de verbas constantes do Orçamento do Estado em cada exercício; Metodologias adotadas tendo em vista a melhoria contínua da qualidade do serviço prestado e do grau de satisfação dos clientes ou dos utentes. A entidade deve apresentar evidência² do seguinte:

- a) Que elaborou uma proposta de contratualização da prestação de serviço público;
- b) Que essa proposta foi apresentada ao titular da função acionista e ao membro do Governo responsável pelo respetivo setor de atividade; e
- c) Que a proposta cumpre com todos os requisitos legais definidos no n.º 1 do artigo 48.º do RJSPE.

O contrato-programa celebrado com a tutela e resultante da negociação realizada após apresentação de proposta pelo CHBM 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.

No documento do Contrato Programa (vide link abaixo) estão definidas as metas de atividade, os custos, os indicadores de Qualidade e Eficiência, em conformidade com o modelo de financiamento vigente, bem como os critérios de avaliação para o ano em referência.

O contrato-programa de 2019 está divulgado no portal da intranet e através do sítio da internet:

http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/302/contrato_programa_acordo_modificativo19.pdf

Não existe nenhum outro acordo relativo a esta matéria para lá do Contrato Programa.

VII. Remunerações

A. Competência para a Determinação

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

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).

² A evidência solicitada poderá consistir em declaração, no próprio RGS, que foi cumprido o disposto no n.º 1 do artigo 48.º do RJSPE.

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.

A remuneração atribuída ao Conselho Fiscal é regulada pelo Despacho Conjunto do Secretário de Estado do Tesouro e do Secretária de Estado da Saúde datado de 26 abril 2018, que determina o montante mensal de 869,37€ para o Presidente e de 652,03€ para os vogais, ambos pagos 14 vezes ao ano.

2. Identificação dos mecanismos 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.

Foi emitida Declaração pelos membros do Conselho de Administração relativa ao conflito de interesses nos termos do n.º 1.º do art.º 52.º do DL n.º 133/2013, de 3 de outubro.

Por outro lado, é cumprido o disposto no art.º 51.º do DL 133/2013 “Os membros dos órgãos de administração das empresas públicas abstêm-se de intervir nas decisões que envolvam os seus próprios interesses, designadamente na aprovação de despesas por si realizadas”.

Não existem despesas realizadas pelos membros do Conselho de Administração.

3. Evidenciação ou menção de que resulte inequívoco o cumprimento por parte dos membros do órgão de administração do que dispõe o artigo 51.º do RJ SPE, isto é, de que se abstêm de intervir nas decisões que envolvam os seus próprios interesses, designadamente na aprovação de despesas por si realizadas.

As declarações de conflito de interesses do Conselho de Administração encontram-se em anexo.

B. Comissão de Fixação de Remunerações

Não aplicável, uma vez que o CHBM é uma entidade pública empresarial não está previsto nos estatutos a existência de Comissão para Fixação de Remunerações.

C. Estrutura das Remunerações

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

A política de 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.

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 ilíquida 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.

Ao abrigo do disposto no n.º 8 do artigo 28.º do Estatuto do Gestor Público, um membro do Conselho de Administração optara pelo vencimento do lugar da origem.

Membro do Órgão de Administração Actual	Estatuto do Gestor Público			
	Fixado	Classificação	Remuneração mensal bruta (€)	
			Vencimento	Despesas de representação
Pedro Nuno Miguel Baptista Lopes	S	B	4.077,46 €	1.630,98 €
Sónia Maria Alves Bastos	S	B	3.261,97 €	1.304,79 €
João Pedro Mendes dos Santos	S	B	3.261,97 €	1.304,79 €
Ana Teresa Nobre Duque Monteiro Leite Marques Xavier	N	B	4.708,91 €	1.304,79 €
António Manuel Silva Viegas	S	B	3.261,97 €	1.304,79 €

Membro do Órgão de Administração Actual	Remuneração Anual 2019 (€)					
	Fixa	Variável	Bruta	Redução Remuneratória	Reversão Remuneratória	Valor Final
Pedro Nuno Miguel Baptista Lopes	76.756 €	NA	79.397 €	3.969,74 €	1.329,11 €	76.756,47 €
Sónia Maria Alves Bastos	61.285 €	NA	64.459 €	3.222,88 €	49,06 €	61.285,24 €
João Pedro Mendes dos Santos	47.647 €	NA	50.154 €	2.507,66 €	- €	47.646,72 €
Ana Teresa Nobre Duque Monteiro Leite Marques Xavier	64.567 €	11.369 €	79.334 €	3.398,31 €	- €	75.935,98 €
António Manuel Silva Viegas	61.285 €	NA	64.459 €	3.222,88 €	49,06 €	61.285,24 €
TOTAL			337.803,89 €	16.321,47 €		322.909,65 €

A remuneração atribuída ao Conselho Fiscal é regulada pelo Despacho Conjunto do Secretário de Estado do Tesouro e do Secretária de Estado da Saúde datado de 26 abril 2018.

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

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.

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

Não aplicável, não existe uma componente variável da remuneração.

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

Não aplicável, não existe uma componente variável da remuneração.

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

Não aplicável, não está previsto no contrato de gestão atribuição de prémios.

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

D. Divulgação das Remunerações

1. Indicação do montante anual da remuneração auferida, de forma agregada e individual, pelos membros do órgão de administração da entidade, proveniente da entidade, incluindo remuneração fixa e variável e, relativamente a esta, menção às diferentes componentes que lhe deram origem, podendo ser feita remissão para ponto do relatório onde já conste esta informação. A apresentar segundo os formatos seguintes:

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.

VIII. Transações com partes relacionadas e Outras

1. Apresentação de mecanismos implementados pela entidade para efeitos de controlo de transações com partes relacionadas³ e indicação das transações que foram sujeitas a controlo no ano de referência.

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 constantes no CCP e demais legislações aplicáveis. 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 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 2019 foram submetidos a visto do Tribunal de Contas, procedimentos de contratação corresponde à prestação de serviços de Transporte de doentes, Reagentes, Medicamentos e Empreitadas no âmbito do POSEUR.

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 2019 e tendo em consideração as instruções da ACSS, apuraram-se proveitos no valor global de 81,7 milhões de euros, distribuídos pelas seguintes rubricas:

³ Para efeitos do conceito de parte relacionada tenha-se em conta o que se encontra definido na NCP 20 (Norma contabilística e de relato financeiro 5. Divulgações de Partes Relacionadas), e também no n.º 4 do artigo 63.º do CIRC (Código do Imposto sobre o Rendimento das Pessoas Coletivas).

Membro do Órgão de Administração Actual	Benefícios Sociais (€)						
	Valor do Sub. Refeição		Regime de Protecção Social		Seguro de Vida	Seguro de Saúde	Outras
	Diário	Encargo anual da entidade	Entidade	Encargo anual da entidade	Encargo anual da entidade	Encargo anual da entidade	Encargo anual da entidade
Pedro Nuno Miguel Baptista Lopes	4,77 €	1.019,86 €	SS	18.229,67 €	NA	NA	
Sónia Maria Alves Bastos	4,77 €	1.097,10 €	CGA	14.555,25 €	NA	NA	
João Pedro Mendes dos Santos	4,77 €	925,38 €	SS	11.316,10 €	NA	NA	
Ana Teresa Nobre Duque Monteiro Leite Marques Xavier	4,77 €	825,21 €	CGA	18.034,80 €	NA	NA	
António Manuel Silva Viegas	4,77 €	1.073,25 €	CGA	14.555,29 €	NA	NA	
TOTAL		4.940,80 €		76.691,07 €			> €

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

Não aplicável, não existem entidades em relação de domínio.

3. Indicação da remuneração paga sob a forma de participação nos lucros e/ou de pagamento de prémios e explanação dos motivos por que tais prémios e/ou participação nos lucros foram concedidos.

Não aplicável, não existem lucros distribuídos.

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

Não se registaram pagamentos desta natureza em 2019.

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

Nome	Remuneração Anual 2019
Maria Leonor Betencourt Silva Dantas Jorge	12.171,18 €
Renato Felisberto Pinho Marques	9.128,42 €
José Manuel Gonçalves André	9.128,42 €
TOTAL	30.428,02 €

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

Não aplicável, não existe mesa da Assembleia Geral previsto nos estatutos dos Hospitais EPE.

PRESTAÇÕES DE SERVIÇOS (SNS)	
	2019
Internamento	25.811.472 €
Consulta Externa	7.426.859 €
Urgência	6.490.176 €
Hospitais de Dia	752.027 €
GDH's de Ambulatório	8.256.286 €
Outras Prestações de Serviços	17.509.751 €
Custos de Contexto	15.494.784 €
Total das Prestações de Serviço (SNS)	81.741.355 €

2. Informação sobre outras transações.

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

As presentes Normas Gerais de Contratação de bens, serviços e empreitadas de obras públicas, estabelecem a disciplina aplicável à contratação pública do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE, adiante designado por CHBM, EPE, ao abrigo do disposto no Código dos Contratos Públicos (CCP), aprovado pelo Decreto-Lei n.º 18/2008, de 29 de janeiro, alterado e 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, pela Lei n.º 64-B/2011, de 30 de dezembro, pelo Decreto-Lei n.º 149/2012, de 12 de julho e pelo Decreto -Lei nº 111-B/2017 de 31 de Agosto.

As normas presentes no Regulamento de Contratação aplicar-se-ão no âmbito da Gestão de Compras, da responsabilidade exclusiva do Serviço de Aprovisionamento, que se encontra centralizada na Unidade do Barreiro do CHBM, EPE.

À contratação pública, enquanto procedimento administrativo, é aplicável a generalidade dos princípios da atividade administrativa regulada em especial no CCP, sendo subsidiariamente aplicáveis, com as necessárias adaptações, as restantes normas de direito administrativo e, na falta destas, o direito civil.

Manual de procedimentos e boas práticas na área da contratação pública

http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/328/manual_contratacao_publica18.pdf

As transações relevantes com outras entidades, são as seguintes:

Nome	Descrição	Valor (€)
Roche Farmaceutica Quimica, Lda	Matérias Primas	1.788.523,83 €
Vivli Healthcare, Unipessoal, Lda	Matérias Primas	1.703.471,85 €
Janssen-Cilag Farmaceutica, Lda	Matérias Primas	1.355.748,76 €
Gilead Sciences, Lda	Matérias Primas	1.277.133,25 €
Mul-Merck Sharp & Dohme, Lda	Matérias Primas	678.576,88 €
Abbvie, Lda	Matérias Primas	635.183,37 €
Novartis Farma, Sa	Matérias Primas	595.288,63 €
Abbott Laboratórios, Lda	Matérias Primas	528.221,69 €
Bayer Portugal, Lda	Matérias Primas	481.879,54 €
Pfizer Biofarmaceutica Lda	Matérias Primas	440.715,43 €



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

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

c) Lista de fornecedores com transações com a entidade que representem mais de 5% dos fornecimentos e serviços externos (no caso de ultrapassar 1 milhão de euros).

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

NIF	Nome	Valor
980122538	Eulen, S.A -Sucursal Portugal	1.039.269,23 €
501323325	Uniself, Lda	963.137,23 €
500900469	Such-Serv Util Comum Hospitais	927.134,44 €
502124083	Iberdrola Clientes Port.Unip.L	680.010,45 €
501326456	Prestibel-Emp.Segurança,S.A.	462.957,18 €
503253227	PALVIDAS - TRANSP. DE DOENTES	399.573,07 €
501144781	Bombeiros Voluntarios Sul e Sueste	372.099,52 €
504723456	Galp Power Sa	369.549,77 €

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

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

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

A estratégia do CHBM do ponto de vista da sustentabilidade económico-financeiro 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 cumprimento das metas dos indicadores de qualidade e eficiência definidos no âmbito do Contrato Programa de 2019. A par disso, igualmente a implementação de uma gestão rigorosa do orçamento económico disponível, mas com a evidente necessidade reforçar as equipas clínicas e garantir a realização de investimentos prementes para a prestação de cuidados, após um período de enorme contenção que careciam de ser ultrapassados sob pena de inoperância em algumas áreas.

Nesta linha, a aquisição de equipamento ao abrigo do POR Lisboa 2020, a execução do Programa de Incentivo à Integração de Cuidados e à Valorização dos Percursos dos Utentes no Serviço Nacional de Saúde em realização pelo CHBM em articulação com ACES Arco Ribeirinho, que se destina a fomentar a articulação e a integração entre prestadores de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde, norteiam a estratégia de incremento da atividade assistencial do Centro Hospitalar.

Por outro lado, tendo em atenção a envolvente externa que se caracteriza por défice de profissionais em algumas especialidades que, no CHBM são a base para a acessibilidade dos utentes à prestação de cuidados de saúde, foi crucial a cooperação entre os três Hospitais da Península de Setúbal, sob a égide da ARSLVT, no sentido de definir protocolos de articulação que contribuíram para a garantia da prestação de cuidados de saúde de qualidade, em termos da oferta que se disponibiliza à população, quer para a sustentabilidade dos hospitais em matéria de equilíbrio económico-financeiro.

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

O CHBM mantém o seu empenho na diferenciação e distinção da atividade assistencial desenvolvida, destacando-se no ano 2019 os Serviços de Pediatria, Oncologia e Bloco Operatório que mantêm os diplomas de acreditação, pela Direção-geral de Saúde (DGS), em conformidade com o Modelo de Acreditação da *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía* (ACSA). A Pediatria e a Oncologia viram os seus serviços com certificação renovada em 2018 e o Bloco Operatório foi certificado no ano 2017, sendo este último serviço o primeiro do SNS a ser acreditado através deste Modelo. O Modelo de acreditação ACSA, aprovado pelo Ministério da Saúde Português, foi adotado pela DGS por ser o que melhor se adapta aos critérios definidos na Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde e por ser um modelo consolidado e reconhecido, concebido para um sistema público de saúde, de organização semelhante ao português e destinatários idênticos em termos demográficos e epidemiológicos.

O CHBM conta, desde 1 de junho de 2017, com uma Equipa de Cuidados Paliativos Pediátricos, a primeira da Península de Setúbal. Esta equipa tem como missão assegurar cuidados paliativos de qualidade à criança e família, numa forma holística (física, psíquica, emocional, social e espiritual) e humanizada, satisfazendo as suas necessidades, preferências e desejos, sempre que possível em ambulatório, de acordo com as suas especificidades e reconhecimento da sua trajetória de doença e fase em que se encontra.

De recordar que o CHBM já detém, desde 2015, de uma Unidade Domiciliária de Cuidados Paliativos (UDCP) renomeada em 2018 como “Humanizar” no âmbito do Programa de Incentivo à Integração de Cuidados e à Valorização dos Percursos dos Utentes, tratando-se de um projeto inovador pois a equipa é constituída por elementos dos dois níveis de cuidados: cuidados de saúde primários (ACES Arco Ribeirinho) e cuidados hospitalares (Centro Hospitalar Barreiro Montijo).

Em Dezembro de 2019, o Centro Hospitalar iniciou a atividade da Unidade de Hospitalização Domiciliária da Área Cirúrgica (UHDAC) composta por uma equipa multidisciplinar - médicos, enfermeiros, farmacêutico e assistente social – destinada aos doentes do Serviço de Cirurgia Geral que tenham uma situação clínica transitória e estável nas patologias do pé diabético, trombose venosa profunda e diverticulites, aceitando de forma voluntária a hospitalização domiciliária, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e a sua qualidade de vida. A lotação inicial desta nova valência é de 5 camas, que poderá vir a ser ajustada em função da procura que vier a ser registada.

Do ano 2019 destaca-se a promoção da utilização de medicamentos biossimilares, para todos os novos doentes que carecem de terapêutica com esse princípio ativo, destacando-se a terapêutica oncológica dos biossimilares de Trastuzumab e de Rituximab e ainda que se tenha registado um aumento do n.º de doentes com patologia HIV/SIDA, a despesa com medicamentos decresceu, pois foi realizado um trabalho conjunto entre os Prescritores e o Serviço Farmacêutico de forma a serem considerados

preferencialmente esquemas terapêuticos mais económicos, assim o custo médio por doente tratado em 2019 (400€) ficou abaixo do valor do preço compreensivo (499€).

Durante o ano em apreço decorreu a execução da Candidatura aprovada pela Fundação EDP Solidária – Saúde de 2018, com o projeto “Climatizar também ajuda a cuidar” com financiamento para climatização de 3 serviços do CHBM até 300.000€.

3. Forma de cumprimento dos princípios inerentes a uma adequada gestão empresarial:

a) Definição de uma política de responsabilidade social e de desenvolvimento sustentável e dos termos do serviço público prestado, designadamente no âmbito da proteção dos consumidores;

O CHBM 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 vindo a ser minimizada com o incremento do número de camas da Rede Nacional de Cuidados Continuados, mas mantêm-se os inúmeros casos de permanência prolongada (por vezes, mais de 3 meses) dos utentes no Hospital por motivos não clínicos, desviando-se assim os recursos de saúde para outras finalidades.

Existe a preocupação da procura sistemática da opinião 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. Neste sentido procedeu-se ao inquérito anual aos utentes utilizadores dos serviços do CHBM, bem como o inquérito respeitante aos clientes internos, na perspetiva de melhorar a articulação entre serviços.

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.

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

O CHBM tem um Manual de Boas Práticas Ambientais, onde estão elencadas medidas de eficiência hídrica e energética adotadas e a adotar, 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*;
- ✓ “Pare, Pense, Mude: Pequenos gestos, grandes mudanças”. Este é o mote para a segunda Campanha de Sustentabilidade Ambiental, desenvolvida no âmbito do Programa de Eficiência Energética (Eco.AP) e do Plano Estratégico do Baixo Carbono (PEBC) do Ministério da Saúde.

Foi dada continuidade à implementação das medidas previstas no Guia de Combate ao Desperdício, com trabalho executado pelo Serviço de Nutrição e Alimentação em articulação com os serviços de internamento, para reduzir o desperdício alimentar nas refeições fornecidas pelo CHBM. A iniciativa “Monitorização do Desperdício Alimentar no Centro Hospitalar Barreiro Montijo” tem como principais objetivos a avaliação do desperdício alimentar em meio hospitalar de forma a aumentar a satisfação dos doentes com a alimentação fornecida, permitindo prevenir a desnutrição em meio hospitalar, em simultâneo com a redução de desperdício alimentar.

No ano 2019 o CHBM promoveu junto de todos os serviços assistenciais e de apoio uma campanha de redução da utilização de papel, tendo-se alcançado uma redução de 698 resmas, ou seja uma redução de cerca de 349.000 folhas de papel, ou seja o necessário acerca de 47 árvores para a produção deste papel.

Em abril de 2017 o CHBM candidatou-se ao Programa Operacional da Sustentabilidade e Eficiência no Uso de Recursos (POSEUR), apresentando um projeto no valor de 5,2M€, cujo termo de aceitação foi assinado a 20 de outubro. Este Programa visa implementar um projeto integrado de gestão e racionalização energética no Hospital de Nossa Senhora do Rosário - Barreiro, que se prevê venha a ter um impacto de redução nos consumos na ordem dos 45% de energia, num montante global de cerca de 310 mil euros por ano. Este projeto mantém a sua execução até junho de 2021.

c) Adoção de planos de igualdade tendentes a alcançar uma efetiva igualdade de tratamento e de oportunidades entre homens e mulheres, a eliminar discriminações e a permitir a conciliação entre a vida pessoal, familiar e profissional;

A igualdade de oportunidades entre homens e mulheres é um direito fundamental, constituindo um valor capital para a democracia.

Para que esta igualdade seja completamente conseguida, é necessário que seja exercida em todos os aspetos da vida individual e social.

A eliminação das desigualdades entre homens e mulheres é um objetivo que deve ser prosseguido por todos, com especial enfoque naqueles cuja influência e posicionamento serve de referencial social, como é o caso das Unidades Prestadoras de Cuidados de Saúde.

Objetivos gerais

- Garantir a igualdade de oportunidades e de tratamento entre homens e mulheres no CHBM.
- Constituir um exemplo, interno e externo, de boas práticas na área da saúde no que respeita à Igualdade de Género.

Objetivos específicos

- Fomentar a igualdade de oportunidades entre homens e mulheres no CHBM.
- Contribuir para o desenvolvimento de medidas de conciliação da vida familiar e profissional.

Foi aprovado a 29 de dezembro de 2017 o plano de igualdade de género do CHBM.

Plano de Igualdade de Género

http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/328/Plano_Igualdade_17.pdf

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

Objetivos

- Garantir a igualdade de oportunidades e de tratamento entre homens e mulheres no CHBM.
- Constituir um exemplo, interno e externo, de boas práticas na área da saúde no que respeita à Igualdade de Género.
- Fomentar a igualdade de oportunidades entre homens e mulheres no CHBM.
- Contribuir para o desenvolvimento de medidas de conciliação da vida familiar e profissional.

Medidas

- Inclusão da dimensão “igualdade de género” nos Planos e Relatórios de Atividades, bem como noutros documentos estratégicos do CHBM.
- Promover o tratamento dos dados estatísticos da instituição por género;
- Criar instrumentos de avaliação da Igualdade de Género, na Instituição.
- Promover o emprego feminino em setores de trabalho tradicionalmente ocupados exclusivamente por homens.
- Promover a existência de instrumentos e técnicas de recrutamento e seleção neutros.
- Promover a utilização da licença parental por parte de homens;
- Promover mecanismos de informação sobre a parentalidade;
- Potenciar os serviços oferecidos pela Casa do Pessoal, destinados à conciliação entre a vida profissional e familiar e facilitação do seu uso;
- Avaliação do Índice Potencial Motivador.

- Impulsionar o estabelecimento de novos protocolos que satisfaçam as necessidades dos colaboradores, numa estratégia de ação e responsabilidade social;
- Estabelecer medidas de sensibilização e prevenção;
- Criar mecanismos de queixa e resolução das situações de assédio e discriminação de género.
- Promover a formação e aprendizagem dos trabalhadores, em igualdade de género, cidadania e não discriminação;
- Promover o respeito pela dignidade de mulheres e homens.
- Promover ações de formação/sensibilização sobre a temática "igualdade de género", designadamente:
- Planeamento familiar, contraceção e IVG;
- Violência Doméstica;
- Assédio Sexual e Moral no local de trabalho.

e) Identificação das políticas de recursos humanos definidas pela entidade, as quais devem ser orientadas para a valorização do indivíduo, para o fortalecimento da motivação e para o estímulo do aumento da produtividade, tratando com respeito e integridade os seus trabalhadores e contribuindo ativamente para a sua valorização profissional;

- O Conselho de Administração tem promovido medidas que favoreçam a incorporação, a permanência e o desenvolvimento da carreira profissional das pessoas que participam na organização e em todos os níveis de responsabilidade, nomeadamente:
- Conciliação da vida pessoal com a vida profissional com o objetivo de aumentar a satisfação e a motivação dos colaboradores, possibilitando oportunidades de usufruto da vida privada e de investimento e dedicação à carreira profissional, o CHBM promove diversas atividades para os filhos dos colaboradores em períodos de quadras festivas.
- Melhoria dos locais de trabalho com a melhoria contínua das condições de segurança e saúde, através da promoção de um ambiente de trabalho seguro e saudável para os profissionais, prestadores de serviços, fornecedores, utentes e visitantes.
- Melhoria dos locais de pausa para refeições, designadamente a cafeteria destinada aos profissionais no Hospital de Nossa Senhora do Rosário, passando a dispor de um espaço exterior renovado e mais acolhedor.
- Envolvimento e participação dos trabalhadores através da elaboração de diversas ações que promovem a aprendizagem e desenvolvimento dos profissionais do CHBM, como Workshops e Ações de Formação/Sessões de Trabalho, sobre várias temáticas.
- Promoção de estilos de vida saudáveis através da apresentação de propostas para a promoção do bem-estar no local de trabalho.

f) Informação sobre a política de responsabilidade económica, com referência aos moldes em que foi salvaguardada a competitividade da entidade, designadamente pela via de investigação, inovação, desenvolvimento e da integração de novas tecnologias no processo produtivo. Referência ao plano de ação para o futuro e a medidas de criação de valor para o acionista (aumento da produtividade, orientação para o cliente, redução da exposição a riscos decorrentes dos impactes ambientais, económicos e sociais das atividades, etc.).



O projeto executado no âmbito do Programa Operacional Lisboa 2020 possibilitou a aquisição de um conjunto de equipamentos de tecnologia avançada destinados às áreas da Oftalmologia, Cardiologia e Oncologia, com o objetivo de, através da modernização tecnológica de diagnóstico pretendida, se garantir uma melhor cobertura e acesso da população servida pelo CHBM, com qualidade acrescida e em tempo adequado. O CHBM concluiu com sucesso o Programa Operacional Lisboa 2020, a que se candidatou em março de 2017 sob o lema “Inovar para melhor cuidar”, tendo adquirido 18 equipamentos que permitem a atualização tecnológica de diagnóstico e terapêutica altamente especializada em vários serviços desta Instituição. Em termos financeiros, foram adquiridos os 16 equipamentos previstos inicialmente nesta candidatura, num valor total de 685 mil euros. Uma vez que o montante aprovado foi na ordem dos 790 mil euros, o CHBM solicitou autorização para adquirir mais dois novos equipamentos, o que foi aceite e executado integralmente.

No âmbito da terceira candidatura ao Programa Operacional Lisboa 2020 sob o lema “Modernizar para melhor cuidar II”, o CHBM iniciou a obra de instalação de substituição do primeiro acelerador linear datado de 2005. O projeto faseado entre 2019 e 2020, no montante total de cerca de 2,4 milhões de euros, principiou com a obra de remodelação do *bunker* do Serviço de Radioterapia onde futuramente será instalado o novo equipamento que permitirá aumentar a capacidade de resposta interna para tratamentos complexos, através da realização de técnicas de radioterapia estereotáxica fracionada (SBRT), de radioterapia de intensidade modulada (IMRT) e de radioterapia guiada por imagem (IGRT).

Em agosto de 2019 foi iniciada a obra de remodelação das instalações da Unidade de Técnicas Endoscópicas, concluída em fevereiro 2020, num investimento de 370 mil euros. Nesta Unidade são desenvolvidas técnicas diagnósticas e terapêuticas nas áreas da Gastroenterologia, Otorrinolaringologia e Pneumologia. Com esta intervenção, o Centro Hospitalar aumentará a capacidade de resposta interna na área dos Meios Complementares de Diagnóstico e de Terapêutica, permitindo efetuar um conjunto de prestações que estavam a ser asseguradas por parceiros externos.

X. Avaliação do Governo Societário

1. Verificação do cumprimento das recomendações recebidas⁴ relativamente à estrutura e prática de governo societário (vide artigo 54.º do RJSPE), através da identificação das medidas tomadas no âmbito dessas orientações. Para cada recomendação⁵ deverá ser incluída:

- a) Informação que permita aferir o cumprimento da recomendação ou remissão para o ponto do relatório onde a questão é desenvolvida (capítulo, subcapítulo, secção e página);
- b) Em caso de não cumprimento ou cumprimento parcial, justificação para essa ocorrência e identificação de eventual mecanismo alternativo adotado pela entidade para efeitos de prossecução do mesmo objetivo da recomendação.

O CHBM apresenta anualmente o relatório de boas práticas de governo societário, do qual consta informação atual e completa. Na elaboração do Relatório do Governo Societário de 2019 foi adotado o modelo de estrutura aprovado pela UTAM, de acordo com o Manual de Instruções divulgado.

⁴ 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.

⁵ 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”.

Assim e 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 Conselho Fiscal, 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 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.

2. Outras informações: a entidade deverá fornecer quaisquer elementos ou informações adicionais que, não se encontrando vertidas nos pontos anteriores, sejam relevantes para a compreensão do modelo e das práticas de governo adotadas.



Não existem outras informações relevantes a prestar neste contexto.

XI. Anexos do RGS

1. **Demonstração não financeira relativa ao exercício de 2019 que deverá conter informação referente ao desempenho e evolução da sociedade quanto a questões ambientais, sociais e relativas aos trabalhadores, igualdade de género, não discriminação, respeito pelos direitos humanos, combate à corrupção e tentativas de suborno (vide artigo 66.º-B do CSC) (aplicável às grandes empresas que sejam entidades de interesse público, que à data do encerramento do seu balanço excedam um número médio de 500 trabalhadores durante o exercício anual – cfr. n.º 1 do mesmo artigo)**⁶

As demonstrações não financeiras encontram-se explanadas em anexo ao presente documento.

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

O extrato da ata de aprovações do RGS 2019 encontra-se em anexo.

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

De acordo com a informação do Conselho Fiscal, o relatório previsto no n.º 2 do art.º 54º do RJSPE será emitido no âmbito do Relatório e Parecer Anual do Conselho Fiscal sobre os documentos de prestação contas de 2019, que à data de aprovação do presente relatório ainda não tinha sido emitido.

4. **Declarações a que se refere o artigo 52.º do RJSPE.**

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.

5. **Ata da reunião da Assembleia Geral, Deliberação Unânime por Escrito ou Despacho que contemple a aprovação por parte dos titulares da função acionista dos documentos de prestação de contas (aí se incluindo o Relatório e Contas e o RGS) relativos ao exercício de 2018.**

Ainda não foi emitido por parte dos titulares da função acionista, Despacho de aprovação da prestação das contas do ano 2018.

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



Flavio

ANEXOS

Assinatura do Presidente do Conselho de Administração

Assinatura do Presidente do Conselho de Administração

Assinatura do Presidente do Conselho de Administração

Assinatura do Presidente do Conselho de Administração

Assinatura do Presidente do Conselho de Administração

Assinatura do Presidente do Conselho de Administração

Assinatura do Presidente do Conselho de Administração

Assinatura do Presidente do Conselho de Administração

Assinatura do Presidente do Conselho de Administração

Assinatura do Presidente do Conselho de Administração



O CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

O Presidente do Conselho de Administração

Pedro Nuno Miguel Baptista Lopes

O Vogal do Conselho de Administração

João Pedro Mendes dos Santos

A Vogal do Conselho de Administração

Sónia Maria Alves Bastos

A Diretora Clínica

Ana Teresa Nobre Duque Monteiro Leite Marques Xavier

O Enfermeiro Diretor

António Manuel Silva Viegas



C.A.
APROVADO

Pedro Lopes
Presidente do Conselho de Administração

Demonstração não financeira 2019

(Artigo 66.º - B do Código das Sociedades Comerciais)

As grandes empresas que sejam entidades de interesse público, que à data de encerramento do seu balanço excedam um número médio de 500 trabalhadores durante o exercício anual, devem incluir no seu relatório de gestão uma demonstração não financeira.

A demonstração não financeira deve conter as informações bastantes para uma compreensão da evolução, do desempenho, da posição e do impacto das suas atividades, referentes, no mínimo, às questões ambientais, sociais e relativas aos trabalhadores, à igualdade entre mulheres e homens, à não discriminação, ao respeito dos direitos humanos, ao combate à corrupção e às tentativas de suborno.

I. Modelo Empresarial

O Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE (CHBM) é uma pessoa coletiva de direito público de natureza empresarial, dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, com um Capital Estatutário atual de € 105.180.000,00, totalmente detido pelo Estado e é aumentado ou reduzido por despacho dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças.

O CHBM, EPE tem por objeto principal a prestação de cuidados de saúde, a todos os cidadãos em geral, designadamente:

- Aos utentes do Serviço Nacional de Saúde;
- Às entidades externas que com ele contratualizem a prestação de cuidados de saúde;
- Aos cidadãos estrangeiros não residentes no âmbito da legislação nacional e internacional em vigor.

Tem, também, por objeto desenvolver atividades de investigação, formação e ensino, sendo a sua participação na formação de profissionais de saúde dependente da respetiva capacidade formativa, podendo ser objeto de contratos-programa em que se definam as respetivas formas de financiamento.

São órgãos do CHBM, EPE:

- O conselho de administração;
- O conselho fiscal;
- O conselho consultivo.

O Conselho de Administração em funções foi nomeado pela Resolução do Conselho de Ministros nº 61/2019 de 21 de março, (Diário da República, 1ª Série nº 63 de 29 de março de 2019), por um mandato de três anos, renovável uma única vez, na qual estão publicitadas as sinopses curriculares dos respetivos membros, é composto pelo Presidente e quatro Vogais, que exercem funções executivas, sendo um dos membros o Diretor Clínico e o outro Enfermeiro-Diretor.

No final do ano de 2019, o CHBM integrava 1803 trabalhadores.

II. Políticas seguidas pela empresa

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 de dinâmica da economia portuguesa alinhada com as expectativas dos profissionais e utentes em melhorar a prestação de cuidados.

Estabeleceu com linhas de atuação:

- Modernização da Oferta Hospitalar
- Melhorar o acesso aos cuidados de saúde
- Promover a integração de cuidados no SNS
- Garantir a sustentabilidade financeira
- Reforço da qualidade dos serviços prestados

A. Questões Ambientais

O CHBM tem um Guia de Boas Práticas Ambientais, onde surge uma estratégia para a implementação do Plano Estratégico do Baixo Carbono (PEBC) e do Programa de Eficiência Energética na Administração Pública (ECO.AP) no Ministério da Saúde, apresentando-se como um instrumento que visa promover a redução dos consumos e dos custos com energia e água, reduzir a produção de resíduos e difundir a adoção de comportamentos que fomentem economias de baixo carbono. “Pare, Pense, Mude: Pequenos gestos, grandes mudanças”. Este é o mote para a segunda Campanha de Sustentabilidade Ambiental, desenvolvida no âmbito do Programa de Eficiência Energética (Eco.AP) e do Plano Estratégico do Baixo Carbono (PEBC) do Ministério da Saúde.

Foram definidos os seguintes Grandes Objetivos a atingir:

- Definição de procedimentos para monitorizar trimestralmente os consumos e custos com a Energia elétrica, o Gás, a Água e a Produção de resíduos;
- A Implementação das medidas de boas práticas;
- Implementar outras medidas específicas a identificar no âmbito das estratégias de baixo carbono e da eficiência energética e hídrica.

Ações desenvolvidas

- Monitorizar consumos e custos de energia, água e resíduos
- Definir de indicadores de consumo
- Identificar desvios nos consumos/custos
- Monitorizar impacto e resultados da aplicação das medidas do guia e sua divulgação periódica.
- Otimizar o fator de potência da instalação, de forma a evitar o pagamento de energia reativa ao fornecedor de energia elétrica
- Instalação dos redutores de caudal em todas as torneiras
- Redução da pressão de abastecimento de água de 5 Bar para 4 Bar, para limitar o aparecimento de fugas
- Eliminação das fugas existentes nas instalações
- Sensibilização de todos os utilizadores do edifício para a comunicação da existência de fugas de água ao SIE
- Substituição progressiva dos autoclismos pelos de dupla descarga, nos autoclismos de descarga única, ajustar o volume de descarga para o valor mínimo
- Substituição de torneiras comuns, por torneiras de pressão ou torneiras automáticas temporizadas, onde sejam aplicáveis
- Otimização central das temperaturas de climatização
- Instalação de variadores de frequência para controlo de bombas e ventiladores
- Substituição gradual de janelas em zonas climatizadas, e otimização do funcionamento das portas
- Aplicação de películas refletoras em vãos envidraçados, quando aplicável
- Substituição progressiva da iluminação existente por equipamentos de iluminação mais eficientes
- Atribuir prioridade aos equipamentos com períodos de utilização superior ou quando existam substituições de equipamentos avariados
- Sempre que possível utilizar lâmpadas fluorescentes tubulares T5 em detrimento das T8.
- Programar impressoras e equipamentos multifunções para impressão frente e verso e modo *draft*
- Criar de áreas partilhadas pelos serviços de forma a facilitar o acesso a informação sem necessidade de impressão

- Criar contas de correio eletrónico para permitir uma mais fácil partilha de documentação eletrónica
- Adquirir e utilizar consumíveis reciclados para todos os equipamentos de impressão cuja responsabilidade de gestão seja do CHBM
- Dar continuidade à centralização de equipamentos informáticos de impressão
- Redução as impressoras por gabinete sempre que possível
- Redução dos dispositivos de impressão a cores
- Programar os equipamentos informáticos (CPU's, monitores e impressoras) para entrarem em modo de poupança de energia se não utilizados durante um certo período
- Repor artigos de consumos nos Serviços utilizadores
- Informatizar registos de compras e de stocks
- Disponibilizar informação on-line com informação de existências nos armazéns avançados
- Articulação com o GLEC (Gestor Local de Energia e Carbono) no sentido de confirmar os consumos e permitir uma eficaz conferência de faturas
- Sistematização e envio regular, aos responsáveis pelos Serviços, de informação relativa a consumos e custos de alimentação, resíduos, tratamento de roupa e consumos de sacos, papel e gel para lavagem de mãos
- Alteração do tipo de papel utilizado para secagem de mãos
- Distribuição de contentores específicos para triagem de resíduos recicláveis nas áreas administrativas
- Reaproveitamento dos sacos azuis utilizados no acondicionamento de papel, após enfardamento deste último, para colocação nas papelarias do exterior do CHBM, em lugar da utilização de sacos pretos novos
- Relocalização dos suportes de resíduos dos grupos I, II e III (sacos pretos e sacos brancos) nas enfermarias
- Desligar iluminação artificial em zonas onde exista iluminação natural suficiente para as atividades desenvolvidas
- O pessoal de segurança e os funcionários do SIE que se encontrem de serviço, durante a realização das suas rondas, sempre que detetem instalações e equipamentos que fiquem ligados
- Evitar a utilização de equipamentos de aquecimento não pertencentes ao CHBM
- Sensibilizar os profissionais para medidas racionais de utilização de energia e água
- Divulgar através da intranet os custos com energia e água
- Divulgar através de cartazes e dos monitores internos localizados nas zonas de espera, as medidas adotadas e a adotar pelo CHBM
- Incentivar colaboradores e utentes a apresentar propostas de medidas que vão no sentido da utilização racional de energia e água
- Campanhas de sensibilização para redução dos consumos e dos custos com energia e água, reduzir a produção de resíduos.

B. Questões Sociais

O CHBM mantém o seu empenho na diferenciação e distinção da atividade assistencial desenvolvida, destacando-se no ano 2019 os Serviços de Pediatria e Oncologia que renovaram os diplomas de acreditação, pela Direção-geral de Saúde (DGS), em conformidade com o Modelo de Acreditação da *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía* (ACSA). A Pediatria e a Oncologia viram os seus serviços certificados em 2016. O Bloco Operatório é também um serviço acreditado desde 2017, sendo este último serviço o primeiro do SNS a ser acreditado através deste Modelo. O Modelo de acreditação

ACSA, aprovado pelo Ministério da Saúde Português, foi adotado pela DGS por ser o que melhor se adapta aos critérios definidos na Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde e por ser um modelo consolidado e reconhecido, concebido para um sistema público de saúde, de organização semelhante ao português e destinatários idênticos em termos demográficos e epidemiológicos. Os Serviços de Recursos Humanos e de Imunohemoterapia iniciaram no decorrer de 2019 os respetivos processos de certificação pela ISO 9001.

O Centro Hospitalar Barreiro Montijo renovou a sua certificação como “Hospital Amigo dos Bebés”, obtida pela primeira vez em setembro de 2012, com a adoção de medidas e práticas que implicam uma prestação de cuidados de qualidade e um contributo para a promoção e apoio do aleitamento materno. Esta certificação reconhecida pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF e pela Organização Mundial de Saúde (OMS) tem como objetivos intervir na melhoria de cuidados e na organização dos serviços, aumentando a taxa de aleitamento materno nos primeiros meses de vida da criança.

O CHBM conta, desde 1 de junho de 2017, com uma Equipa de Cuidados Paliativos Pediátricos, a primeira da Península de Setúbal. Esta equipa tem como missão assegurar cuidados paliativos de qualidade à criança e família, numa forma holística (física, psíquica, emocional, social e espiritual) e humanizada, satisfazendo as suas necessidades, preferências e desejos, sempre que possível em ambulatório, de acordo com as suas especificidades e reconhecimento da sua trajetória de doença e fase em que se encontra.

A 13 de dezembro o Centro Hospitalar iniciou a atividade da Unidade de Hospitalização Domiciliária da Área Cirúrgica (UHDAC) composta por uma equipa multidisciplinar - médicos, enfermeiros, farmacêutico e assistente social – destinada aos doentes do Serviço de Cirurgia Geral que tenham uma situação clínica transitória e estável nas patologias do pé diabético, trombose venosa profunda e diverticulites, aceitando de forma voluntária a hospitalização domiciliária, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e a sua qualidade de vida.

C. Questões relativas aos trabalhadores, à igualdade entre mulheres e homens e à não discriminação.

O CHBM aprovou o seu Código de Ética em 19/09/2013, tendo o mesmo sido atualizado em 20/10/2016, de forma a dar resposta ao Despacho n.º 9456-C/2014 (Enquadramento dos Princípios Orientadores do Código de conduta dos Serviços e Organismos do Ministério da Saúde) e ao Código do Procedimento Administrativo aprovado pelo Decreto-Lei n.º 4/2015, de 7 de janeiro, sendo enquadradas com as normas Portuguesas NP 4460-1:2017 e NP 4460-2:2010. 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. Encontra-se publicado no *site* do CHBM estando desta forma disponível para consulta para todos os colaboradores, utentes, clientes e fornecedores.

O Código de Ética estabelece como valores fundamentais natureza ética que regem a atuação do CHBM e seus colaboradores são, entre outros, os seguintes:

Serviço Público - Os colaboradores encontram-se ao serviço exclusivo da Instituição e dos seus utentes, prevalecendo sempre o interesse público sobre os interesses particulares ou de grupo. Os colaboradores atuam em conformidade com os princípios constitucionais e de acordo com a lei e o direito.

Justiça, imparcialidade e isenção - Os colaboradores, no exercício da sua atividade e em todas as situações, devem tratar de forma justa e imparcial todos os cidadãos, atuando segundo rigorosos princípios de neutralidade. Os colaboradores devem ser isentos nos seus juízos e opiniões, e independentes de quaisquer interesses, nomeadamente políticos, económicos ou religiosos. Os colaboradores devem abster-se de tomar parte nos procedimentos em que se verifiquem impedimentos ou conflitos de interesses. Os colaboradores abstêm-se de aceitar ofertas que possam configurar corrupção.

Igualdade - Os colaboradores não podem beneficiar ou prejudicar qualquer cidadão em função da sua ascendência, sexo, raça, língua, convicções políticas, ideológicas ou religiosas, situação económica, condição social ou orientação sexual.

Responsabilidade e lealdade - Os colaboradores devem agir de forma responsável e zelosa, usar de reserva e discrição de forma a prevenir ações suscetíveis de comprometer a Instituição, salvaguardando o bom-nome e boa-imagem dos serviços. No exercício da sua atividade e em todas as situações, devem agir de forma leal, solidária e cooperante com a Instituição, colegas, superiores hierárquicos e profissionais na sua dependência.

Integridade - Os colaboradores atuam de boa-fé, segundo critérios de honestidade, e de integridade de carácter, agindo com retidão e abstendo-se de aceitar ou solicitar quaisquer dádivas, presentes ou ofertas, compensações, favores ou vantagens de terceiros e esforçando-se por ganhar e merecer a confiança e consideração da comunidade em geral. Centro Hospitalar Barreiro Montijo.

Competência - Os colaboradores devem adotar um comportamento competente e de elevado profissionalismo. Os colaboradores agem de forma responsável, dedicada e crítica, empenhando-se na valorização profissional e na atualização dos seus conhecimentos. Os colaboradores agem com vista a facilitar a celeridade das decisões. Os Serviços criam e mantêm em funcionamento mecanismos internos de alerta e de controlo relativos ao cumprimento de prazos.

Confidencialidade e segredo profissional - Os colaboradores estão sujeitos ao segredo profissional, cumprindo rigorosamente todas as normas e legislação em vigor, designadamente no que respeita à confidencialidade de informações dos dados de carácter pessoal e clínico.

Promoção da segurança e saúde no trabalho - O CHBM empenha-se em promover um ambiente de trabalho seguro e saudável a todos os colaboradores, assegurando o cumprimento da legislação em vigor sobre segurança e saúde no trabalho, instituindo práticas e técnicas que assegurem medidas preventivas, visando reduzir e eliminar a insegurança e riscos profissionais e motivar os colaboradores à formação e informação na área.

Eficiência na utilização de Recursos - Os colaboradores devem promover a utilização racional e eficiente dos recursos colocados à sua disposição, evitando o desperdício, e zelar pela proteção e bom estado de conservação dos bens, abstendo-se de os utilizar direta ou indiretamente em proveito pessoal.

Proteção do Ambiente - O CHBM promove o controlo e adapta a sua atividade com respeito pela legislação em vigor, procurando minimizar os impactos e promover a adoção de boas práticas ambientais. Os colaboradores devem adotar boas práticas ambientais, designadamente de reciclagem, poupança energética e de materiais, evitando o desperdício dos recursos.

O CHBM elaborou um plano de igualdade de género com o objetivo de promover medidas que favoreçam a incorporação, a permanência e o desenvolvimento da carreira profissional das pessoas que participam na organização, com vista à obtenção de uma participação equilibrada de homens e mulheres em todas as ocupações e em todos os níveis de responsabilidade.

Nesse plano foram estabelecidas as seguintes ações a desenvolver:

Politica de igualdade de oportunidades de género - Inserir nas ações de gestão e governação do CHBM o princípio de igualdade de oportunidades, facilitando o compromisso e a implicação de todos os colaboradores que dela fazem parte.

Representatividade das mulheres - Promover uma participação equilibrada entre mulheres e homens em todos os âmbitos, categorias e níveis do CHBM, favorecer a participação equilibrada de mulheres e homens e potenciar o desenvolvimento das capacidades das mulheres, oferecendo-lhes modelos de comportamento.

Promoção das condições de acesso à carreira e valorização pessoal - Promover o potencial humano da instituição, garantindo a igualdade de oportunidades entre homens e mulheres na seleção, promoção e desenvolvimento profissional dos colaboradores e das colaboradoras e ao nível das condições de trabalho, assegurar a aplicação do princípio de igualdade nos processos de seleção, promoção e desenvolvimento profissional dos colaboradores e das colaboradoras do CHBM e Incentivar a formação dos colaboradores e das colaboradoras para o seu desenvolvimento pessoal e profissional.

Conciliação entre a vida familiar e profissional - Facilitar a conciliação da vida profissional, familiar e pessoal dos colaboradores da CHBM, aumentar a satisfação e a motivação dos colaboradores, possibilitando a ambos os géneros as mesmas oportunidades de usufruto da vida privada e de investimento e dedicação à carreira profissional e favorecer a mudança cultural que promova a corresponsabilidade e a conciliação.

Assédio, atitudes sexistas e perceção da discriminação - Prevenir e detetar as situações de assédio e discriminação existentes no CHBM, criando ferramentas que analisem e solucionem os casos apresentados.

Visualização e sensibilização das desigualdades de género na instituição - Facilitar o controlo e o conhecimento das desigualdades de género por parte da Instituição e sensibilizar os colaboradores do CHBM sobre igualdade de género e sensibilizar e informar para a igualdade de género.

Das ações de monitorização desenvolvidas foram retiradas as seguintes conclusões:

A taxa de feminização é elevada (78,5%), o que decorre do facto de estarem em causa carreiras com grande adesão feminina, como é o caso da enfermagem e assistentes operacionais.

Os contratos de trabalho celebrados após 1 de janeiro de 2015, não podem ser superiores aos dos correspondentes trabalhadores com contrato de trabalho em funções públicas inseridos em carreiras gerais ou especiais. Tal determinação é igualmente aplicável aos acréscimos remuneratórios devidos

pela realização de trabalho noturno, trabalho em descanso semanal obrigatório e complementar e feriados.

É promovida a aplicação do princípio de igualdade nos processos de seleção, promoção e desenvolvimento profissional dos colaboradores e das colaboradoras do CHBM com indicação de que são potenciais candidatos tanto de homens, como de mulheres. É incentivada de igual forma a formação dos colaboradores e das colaboradoras para o seu desenvolvimento pessoal e profissional. Verificando-se uma maior representatividade de mulheres do que de homens na Instituição.

Foi aprovado procedimento interno que define os critérios para atribuição de horários flexíveis aos enfermeiros, maior grupo profissional da Instituição, em caso de colisão de direitos. Este novo procedimento permite assim definir de forma transparente e não arbitrária as regras inerentes à atribuição de horários que permitam a conciliação da vida profissional e pessoal, nas situações em que não é possível por motivos de serviço o gozo em simultâneo por todos os requerentes das prerrogativas previstas na Lei.

D. Questões relativas ao combate à corrupção e tentativas de suborno.

A Comissão de Prevenção da Corrupção (CPC) criada pela Lei n.º 54/2008, de 4 de setembro, vem definir orientações para a elaboração do Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas, contendo, entre outros, os seguintes elementos: Identificação, relativamente a cada área ou departamento, dos riscos de corrupção e infrações conexas; Indicação das medidas a adotar que previnam a sua ocorrência; Definição e identificação dos vários responsáveis envolvidos na gestão do plano, sob a direção do órgão dirigente máximo e elaboração anual de um relatório sobre a execução do plano.

A metodologia adotada passou por abranger a monitorização a todas as áreas de atividade por forma a garantir a maior cobertura em termos de prevenção, sendo exigível: 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 e a identificação dos responsáveis setoriais pela execução e monitorização do Plano, bem como pela elaboração dos correspondentes relatórios.

O ano de 2019 caracterizou-se por um forte empenhamento da Comissão de Acompanhamento da Prevenção da Corrupção, no sentido de acompanhar o Plano de Risco de Corrupção e Infrações Conexas adaptado às Recomendações do Conselho de Prevenção da Corrupção e da Inspeção-geral da Saúde, bem como um especial envolvimento dos trabalhadores deste hospital na concretização desse objetivo.

A Recomendação n.º 2/2019, de 02 de outubro de 2019 (DR, 2.ª, n.º 23, de 12/12/2019) que revogou a recomendação n.º 1/2015, de 7 de janeiro de 2015 (DR, 2.ª, n.º 8, de 13/01/2015) o CPC, sublinha a necessidade de:

- Reforçar a atuação na identificação, prevenção e gestão de riscos de corrupção e infrações conexas nos contratos públicos, quanto à sua formação e execução;
- Adotar instrumentos de planeamento específicos em matéria de contratação pública (v.g. planos de compras);

- Incentivar a existência de recursos humanos com formação adequada para a elaboração e aplicação das peças procedimentais respetivas;
- Assegurar o funcionamento dos mecanismos de controlo de eventuais conflitos de interesses na contratação pública;
- Privilegiar o recurso a procedimentos concorrenciais em detrimento da consulta prévia e do ajuste direto;
- Garantir a transparência nos procedimentos de contratação pública;
- E assegurar que os gestores dos contratos são possuidores dos conhecimentos técnicos que os capacitem para o acompanhamento permanente da execução dos contratos e para o cabal cumprimento das demais obrigações decorrentes da lei.

Tendo por base o Plano para 2019, foi atualizado o Manual de Procedimentos e Boas Práticas em Contratação Pública, pelo Serviço de Aprovisionamento, à luz de novo enquadramento legal, nas seguintes matérias:

- Procedimentos de aquisição, júri e nomeação do gestor de contrato;
- Medidas que visam a prevenção dos riscos de corrupção e dos riscos de gestão, em face quer das recomendações do CPC quer ao abrigo da última redação do Código dos Contratos Públicos;
- Controlo de Declarações de conflitos de interesses e de Incompatibilidades;
- Legislação sobre controlo de Dispositivos Médicos.

Foram realizadas ações de controlo e fiscalização surpresa para aferir da regularidade da cobrança de taxas moderadoras, conforme recomendação da IGAS, nº 287/2014. Mantiveram-se reuniões com os responsáveis designados para analisar os riscos identificados, bem como outros conflitos considerados relevantes face aos resultados de auditorias internas ou inspeções temáticas. Monitorização da execução das medidas de controlo sobre o circuito dos termos de responsabilidade, acompanharam-se as reuniões de trabalho entre os serviços envolvidos, com o objetivo de se definir o circuito adequado e a elaboração de manual de procedimentos.