

23

Apreciado em Reunião
do Conselho de Administração
CHBM, E. P. E.

de 24/09/2021

ACTA N.º 39

C.A.
APROVADO

Pedro Lopes
Presidente do Conselho de Administração

Relatório de Governo Societário

2020



Aprovada em reunião de Conselho de Administração de
21 de maio de 2021

Versão revista em reunião de Conselho de Administração de
24 de setembro de 2021

Índice

I. SÍNTESE (SUMÁRIO EXECUTIVO)	2
II. MISSÃO, OBJETIVOS E POLÍTICAS	3
III. ESTRUTURA DE CAPITAL	16
IV. PARTICIPAÇÕES SOCIAIS E OBRIGAÇÕES DETIDAS	17
V. ÓRGÃOS SOCIAIS E COMISSÕES	17
VI. ORGANIZAÇÃO INTERNA	34
A. ESTATUTOS E COMUNICAÇÕES	34
B. CONTROLO INTERNO E GESTÃO DE RISCOS	36
C. REGULAMENTOS E CÓDIGOS	44
D. DEVERES ESPECIAIS DE INFORMAÇÃO	48
E. SÍTIOS DE INTERNET	49
F. PRESTAÇÃO DE SERVIÇO PÚBLICO OU DE INTERESSE GERAL	50
VII. REMUNERAÇÕES	52
A. COMPETÊNCIA PARA A DETERMINAÇÃO	52
B. COMISSÃO DE FIXAÇÃO DE REMUNERAÇÕES	52
C. ESTRUTURA DAS REMUNERAÇÕES	53
D. DIVULGAÇÃO DAS REMUNERAÇÕES	54
VIII. TRANSAÇÕES COM PARTES RELACIONADAS E OUTRAS	55
IX. ANÁLISE DE SUSTENTABILIDADE DA ENTIDADE NOS DOMÍNIOS ECONÓMICOS, SOCIAL E AMBIENTAL	58
X. AVALIAÇÃO DO GOVERNO SOCIETÁRIO	65
XI. ANEXOS DO RGS	66

Handwritten notes:
Z
SB
K
Kamie
X.

I. Síntese (Sumário Executivo)

O Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE (CHBM) elabora o Relatório do Governo Societário respeitante ao ano de 2020 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 94,9% e do Índice de Desempenho Global de 88,1%;

Em termos financeiros, o CHBM EPE apresentou um resultado líquido negativo de -11, 3M€, acima dos valores contratualizados em sede de Contrato Programa 2020.

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.

CAPITULO II do RISPE - Práticas de bom governo		Sim	Não	Data
Artigo 43º	Apresentou plano de atividades e orçamento para 2020 adequado aos recursos e fontes de financiamento disponíveis	X		-
	Obteve aprovação pelas tutelas setorial e financeira do plano de atividades e orçamento para 2020		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		26-02-2021
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		15-07-2020
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 absterem 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 referido constar do relatório anual de práticas de governo societário informação atual e completa sobre todas as matérias tratadas no Capítulo II do RISPE (boas práticas de governação)	X		01-07-2021

Z
A
B
Karin
A

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:

SB
f
Avenida
K

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

R
A
B
Ham
A.

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 manteve como pressupostos de atividade em 2020 quatro áreas distintas de intervenção (Medidas de Intervenção Estratégica – MIE), não obstante a mudança de foco e priorização do combate à pandemia covid-19:

MIE 1. Modernização da oferta hospitalar

- 1.1. Criar o internamento de hospitalização domiciliária
- 1.2. Alargar a prestação de cuidados de ambulatório
- 1.3. Criar Centros de Responsabilidade Integrados
- 1.4. Inovar em termos de eficiência energética e gestão do parque hospitalar
- 1.5. Gestão integrada das enfermarias em cada Departamento, com a realocação dos espaços de internamento dos serviços médicos e dos serviços cirúrgicos
- 1.6. Gestão dinâmica da ocupação do bloco operatório e das equipas cirúrgicas
- 1.7. Alargamento da Unidade de Cuidados Intensivos para tratamento de doentes COVID-19 e adaptação do Serviço de Urgencia Geral ao atendimento de doentes COVID-19

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. Promover a realização de atividade cirúrgica adicional
- 2.3. Otimizar a taxa de ocupação da UCA e do bloco operatório central
- 2.4. Diminuir a Demora Média dos Serviços de Internamento
- 2.5. Cumprir dos Tempos máximos de resposta garantidos

2.6. Criar a UCA no H. N. Sra. Do Rosário (Barreiro)

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. Concluir os projetos do Programa de Incentivo à Integração de Cuidados e à Valorização dos Percursos dos Utentes iniciados em 2017

MIE 4. Garantir a sustentabilidade financeira

- 4.1. Atualizar perfis de prescrição na área do medicamento
- 4.2. Promover o *switch* da prescrição de medicamentos com base em análise custo/efetividade
- 4.3. Rentabilizar capacidade interna na área dos MCDT com redução do recurso ao exterior
- 4.4. Alargar a negociação e aquisição conjunta com os Hospitais da Península de Setúbal de material de consumo clínico e prestações de serviços regulares
- 4.5. Consolidar a 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 para o triénio 2017-2019, o qual é revisto anualmente através de Acordos Modificativos, onde foram definidos os objetivos de desempenho económico-financeiro e os objetivos de qualidade e eficiência. Em 2020, foi assinado o Acordo Modificativo para o ano, que prorrogou o Contrato-Programa estabelecido para o triénio 2017-2019. Em Abril de 2021 foi efetuada Adenda ao Acordo Modificativo, que reajustou o valor de custos de contexto e incentivos, a qual não foi ainda assinada pela Tutela, pelo que não se encontra publicada no site do CHBM.

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

Os objetivos de atividade estabelecidos são monitorizados mensalmente. Este acompanhamento efetua-se em duas perspetivas:

- Perspetiva de monitorização da “Produção Total”, correspondente ao acompanhamento de toda a produção realizada, conforme mapa seguinte;
- Perspetiva de monitorização da “Produção SNS” correspondente ao acompanhamento da produção enquadrável em Contrato-Programa, conforme mapa de estimativa de proveitos.

O mapa seguinte representa o acompanhamento dos objetivos na componente de "Produção Total", não relevando para o efeito a Entidade Financeira Responsável pelos cuidados de saúde prestados.



MAPA 1
Monitorização da Actividade Contratualizada por linha de Produção

Linha de Produção	Ano			Contrato Programa 2020	Desvio Face ao Contrato Programa	
	2019	2020	Var %		Valor	%
	1	2	3=(2-1)/1	4	5= (2-4)	6=(5/4)
Produção Total						
Consultas Externas						
1.ªs Consultas	46 881	36 906	-21,3%	39 195	-2 289	-5,8%
Consultas Subsequentes	136 953	121 779	-11,1%	124 961	-3 182	-2,5%
Total Consultas Médicas	183 834	158 685	-13,7%	164 156	-5 471	-3,3%
Taxa de Acessibilidade	25,5%	23,3%	-8,8%	23,9%	-0,62	-2,6%
Internamento						
Doentes Saídos (com berçário)	14 809	12 593	-15,0%	13 146	-553	-4,2%
GDH's Médicos	10 778	9 411	-12,7%	9 656	-245	-2,5%
GDH's Médicos Int.Cuidados Paliativos	163	169	3,7%	192	-23	-12,0%
GDH's Cirúrgicos Programados	1 994	1 286	-35,5%	1 656	-370	-22,3%
GDH's Cirúrgicos Urgentes	1 874	1 727	-7,8%	1 642	85	5,2%
Atividade cirúrgica - Doentes Intervencionados	8 189	5 837	-28,7%			
Actividade cirúrgica convencional (base+adicional)	2 707	2 029	-25,0%			
Actividade cirúrgica ambulatória (base+adicional)	4 265	2 758	-35,3%			
Actividade cirúrgica urgente	1 217	1 050	-13,7%			
Atividade de Ambulatório	10 324	8 073	-21,8%	7 914	159	2,0%
GDH's Médicos Ambulatório	6 585	5 599	-15,0%	5 576	23	0,4%
GDH's Cirúrgicos Ambulatório	3 739	2 474	-33,8%	2 338	136	5,8%
Hospitais de Dia (sessões)	18 213	16 724	-8,2%	17 115	-391	-2,3%
Imunohemoterapia	1 621	1 383	-14,7%	1 409	-26	-1,8%
Psiquiatria	1 028	582	-43,4%	907	-325	-35,8%
Outros	15 564	14 759	-5,2%	14 799	-40	-0,3%
Radioterapia (ambulatório)	25 748	19 218	-25,4%	20 261	-1 043	-5,1%
Tratamentos Simples	12 325	9 400	-23,7%	9 255	145	1,6%
Tratamentos Complexos	13 423	9 818	-26,9%	11 006	-1 188	-10,8%
Visitas Domiciliárias	505	227	-55,0%	350	-123	-35,1%
Hospitalização Domiciliária	4	150	-	180	-30	-16,7%
Total Episódios de Urgência	158 921	110 996	-30,2%	123 842	-12 846	-10,4%
Urgência Médico-Cirúrgica	130 782	93 079	-28,8%	103 509	-10 430	-10,1%
Urgência Básica	28 139	17 917	-36,3%	20 333	-2 416	-11,9%
Episódios de Urgência (sem internamento)	148 750	102 033	-31,4%	115 029	-12 996	-11,3%
Urgência Médico-Cirúrgica	120 677	84 206	-30,2%	94 724	-10 518	-11,1%
Urgência Básica	28 073	17 827	-36,5%	20 305	-2 478	-12,2%
Programas de Saúde						
VIH/Sida - Total de Doentes Equiv.	801	857	7,0%	840	17	2,1%
IVG até 10 Semanas	402	415	3,2%	460	-45	-9,8%
Esclerose Múltipla - Total de Doentes Equiv.	54	53	0%	65	-12	-17,8%
Hepatite C - Doentes Tratados (individuos)	94	101	7%	170	-69	-40,6%
PSCI - Total de Doentes Equiv.	66	67	1,5%	70	-3	-4,3%
Rastreio do Cancro do Cólon e Reto	-	-	-	0	-	-
Medicamentos						
Disp. Gratuita em Ambul. C/ suporte legal (€)	931 172	1 689 518	81,4%	1 024 289	665 229	64,9%

Handwritten notes and signatures in blue ink, including a large 'Z' and a signature that appears to be 'Laua'.

O CHBM iniciou o ano de 2020 com um dinamismo assinalável, evidenciando um incremento de atividade transversal a quase todas as linhas de produção e dando continuidade ao excelente desempenho alcançado em 2019, ano em que o CHBM obteve o melhor desempenho dos últimos 10 anos, circunstância assinalável, admirada pelo Conselho de Administração e reconhecida pela Tutela. Contudo, as medidas de contingência implementadas para combate à Pandemia por COVID-19, exigiram que os serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde (SNS) reformulassem todos os seus modelos assistenciais vigentes e ajustassem as suas estruturas, procedimentos e modos de atuação por forma a promoverem respostas adequadas à contenção e propagação da doença.

Neste âmbito, e mediante Despacho da Sra. Ministra da Saúde, a atividade programada não prioritária e não diretamente relacionada com o tratamento de doentes COVID-19 esteve suspensa no Centro Hospitalar Barreiro Montijo, desde o dia 16 de março até ao dia 3 e maio. No decorrer do mês de maio foi sendo reativada parte da atividade programada, todavia, não na sua totalidade, dado que permanecem condicionados os espaços de consulta externa (onde está localizada a Urgência não COVID) e da MFR (onde está localizada a Urgência Pediátrica não COVID).

No dia 3 de novembro, decorrente do crescimento da incidência da COVID-19, foi emitido novo Despacho por parte da Sra. Ministra da Saúde, relativo à suspensão da atividade assistencial não urgente que, pela sua natureza ou prioridade clínica, não implique risco de vida para os utentes, limitação do seu prognóstico e/ou limitação de acesso a tratamentos periódicos ou de vigilância.

O CHBM resistiu à suspensão da sua atividade programada, que se afigurava profícua no mês de novembro. Contudo, a incidência de casos COVID na Área Geográfica do CHBM determinou o reforço dos circuitos para atendimento de doentes COVID, e um alargamento dos espaços de atendimento dedicados. Neste âmbito, foi necessária a criação de duas novas áreas de Internamento dedicadas ao tratamento de Doentes COVID, passando-se de uma lotação de 29 camas COVID de adultos para uma lotação de 89 camas no final do mês de novembro. Camas essas que se mantiveram ativas durante todo o mês de dezembro. Permaneceram também em funcionamento os atendimentos destinados a doentes COVID na Urgência Básica e Urgência Geral, bem como uma área de Internamento COVID na Pediatria, com uma lotação de 2 camas.

Nesta sequência, a atividade assistencial de 2020 ficou condicionada por todas as medidas de contingência implementadas, pelo que, apesar dos últimos meses evidenciarem alguma retoma da atividade programada, toda a atividade do CHBM se mantém abaixo da realizada no ano anterior não sendo comparável, em especial nos meses de março, abril e maio.

Em relação aos objetivos definidos para o Contrato-Programa de 2020, foram considerados na presente análise os objetivos consensualizados com a Tutela em julho de 2020, na sequência do pedido de revisão dos objetivos de produção inicialmente definidos. Este processo foi concluído e submetido na Plataforma SICA a 7 de julho de 2020, tendo o Contrato-Programa sido assinado com data de 15 de julho de 2020.

Consulta Externa

Os dados relativos à atividade de consulta externa refletem um desvio negativo no n.º global de consultas externas realizadas (-13,7%) face ao período homólogo, que se traduz na realização de menos 25.149 consultas. Esta redução é notória tanto na atividade relativa a primeiras consultas (-9.975) como consultas subsequentes (-15.174 consultas).

SB
*
Bavien
A.

Em termos médios 29,5% das consultas médicas do ano de 2020 foram realizadas de forma não presencial, sendo de destacar o peso desta atividade no período de contingência (16 de março a 30 de abril), em que se apurou um peso de 55% de consultas realizadas de forma não presencial, para um total de 14.331 consultas realizadas. Desta forma evitou-se a deslocação dos doentes às instalações do CHBM.

Neste âmbito, merece ainda destaque o incremento de atividade, face ao ano anterior, de algumas especialidades como a Gastrenterologia, Cardiologia, Medicina do Trabalho, Pedopsiquiatria, Psiquiatria, Infeciologia, Radioterapia, Pediatria e Cuidados Paliativos.

Em resultado das medidas de contingência implementadas, a taxa de acessibilidade diminuiu, refletindo uma redução de 2,24pp face ao período homólogo. Apesar de parte da atividade de consultas externas ter sido assegurada de forma não presencial, esta modalidade não se torna exequível para as primeiras consultas, impactando na acessibilidade dos utentes.

Nesta sequência, a % de consultas CTH mantêm-se em dezembro praticamente inalterada face aos meses de outubro e novembro, correspondendo nos 31,0% do total de primeiras consultas realizadas, valor inferior ao alcançado em dezembro de 2019 (35,4%).

Considerando o crescimento da incidência da COVID-19 e as medidas implementadas no mês de novembro, que perduraram durante o mês de dezembro, verifica-se que estes últimos 2 meses apresentam uma quebra na atividade de consultas externas, por comparação com os meses anteriores de setembro e outubro, que representavam uma efetiva retoma da atividade programada, iniciada a partir do mês de maio.

Não obstante, esta atividade permanece ainda condicionada pela alocação de gabinetes à atividade de urgência não COVID entre outros condicionalismos.

Procedendo-se a uma comparação da atividade realizada, com os objetivos consensualizados para o Contrato-Programa de 2020, após revisão efetuada, verifica-se que as consultas externas apresentam um desvio global de -3,3%. As primeiras consultas são as que mais se afastam do objetivo definido, com uma variação de -5,8%, traduzindo-se na realização de menos 2.289 consultas face ao previsto. A variação das consultas subsequentes é de -2,5%, representando menos 3.182 consultas realizadas. Nesta sequência a Taxa de acessibilidade apresenta-se 0,62pp abaixo da prevista.

Internamento

Relativamente ao internamento, houve necessidade de se proceder à reorganização das enfermarias, por forma a criar áreas dedicadas à avaliação e tratamento de doentes COVID-19. Neste sentido, durante o mês de novembro, houve necessidade de se aumentar o número de camas alocadas ao tratamento de doentes com diagnóstico de COVID-19, passando a considerar-se para além das enfermarias de Pneumologia e Oncologia, num total de 29 camas as duas enfermarias de Medicina Interna [Ala C e Ala B] num total de 30 camas cada. Assim, o n.º de camas dedicadas ao tratamento de doentes COVID passou de 29 camas no final de outubro, para um total de 89 camas nos meses de novembro e dezembro.

Nesta sequência, decorrente da Pandemia e da implementação do plano de contingência, os dados de internamento refletem um decréscimo de atividade em toda a tipologia de GDH (com exceção para os Cuidados Paliativos), por comparação com os valores do período homólogo, num total de -2.216

2

*

8

Handwritten signature

Handwritten signature

doentes saídos. Contudo, é de destacar o aumento de atividade em algumas especialidades Médicas, nomeadamente na Cardiologia (+106 doentes saídos) e Cuidados Paliativos (+6 doentes saídos).

Relativamente à demora média, esta posicionou-se nos 9,6 dias, superior à verificada no ano anterior (8,9 dias), com a taxa de ocupação a apresentar um valor de 74,9%, inferior à observada no ano anterior 83,5%.

Tendo em consideração os valores previstos para o CP2020 e os valores estimados para cada tipologia de GDH, tendo por base a atividade codificada, com referência ao acumulado a novembro de 2020, a qual reflete um nível de codificação de 98% dos episódios realizados, regista-se também um desvio negativo em quase todas as componentes de GDH's, mais evidente nos GDH Cirúrgicos Programados, pelo cancelamento de toda a atividade cirúrgica não urgente no decorrer do Estado de Emergência e pelas medidas de contingência implementadas.

No âmbito da atividade de internamento é ainda de salientar a consolidação da atividade de Hospitalização Domiciliária iniciada em dezembro de 2019. Sendo de mencionar o início de atividade, no mês de novembro, de uma nova Unidade Médica de Hospitalização Domiciliária, dedicada aos doentes do foro Médico.

Assim, no ano 2020 registaram-se 150 doentes saídos e 14 transferências internas, com uma demora média de 9,3 dias de internamento, o que se traduziu numa taxa de ocupação de 74,8%, para uma lotação de 10 camas, 5 das quais apenas a partir do mês de novembro.

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, pelo que até à implementação das medidas de contingência inerentes à Pandemia por COVID-19, o CHBM apresentava níveis de atividade cirúrgica programada superiores aos do ano anterior.

Tendo em consideração a atividade cirúrgica programada realizada até 15 de março de 2020, o CHBM apresentava um crescimento da atividade cirúrgica em ambulatório na ordem dos 6,5% (+52 doentes intervencionados) e da atividade convencional em cerca de 1,5% (+ 9 doentes intervencionados), face a igual período do ano anterior.

Com a implementação das consecutivas medidas de contingência decorrentes dos sucessivos estados de Emergência, que determinaram o cancelamento da atividade cirúrgica programada não urgente, em meados de março, durante todo o mês de abril e no decorrer do mês de dezembro, a atividade cirúrgica ficou seriamente afetada, traduzindo-se numa redução de 31,3% da atividade cirúrgica programada por comparação com o período homólogo, representando menos 2.185 doentes operados de forma programada. Quando se analisa a Cirurgia de Ambulatório verifica-se uma redução de -35,3%, representando menos 1.507 doentes operados, enquanto que na Cirurgia Convencional o decréscimo posicionou-se nos -25,0%, representando menos 678 doentes operados. Em face da distribuição da atividade cirúrgica programada, verifica-se que o peso da atividade cirúrgica em ambulatório sofreu uma quebra acentuada, posicionando-se nos 57,6%, valor inferior ao observado

SB
*

no ano anterior (61,2%), contrariando o posicionamento que o CHBM vinha a consolidar no início do ano.

Decorrente do aumento da incidência de casos COVID-19 nos últimos meses, observa-se uma redução acentuada da atividade cirúrgica programada no mês dezembro, contrariando a retoma faseada que se vinha a consolidar nos últimos meses.

No que respeita à atividade cirúrgica urgente, esta apresenta também um decréscimo no período, por comparação com o período homólogo, traduzindo-se em menos 167 doentes operados por admissão urgente.

Hospitais de Dia

Relativamente a esta linha de produção, que até ao final de março apresentava níveis de atividade superiores aos realizados no ano anterior, observa-se uma redução do n.º global de sessões em -8,2%, correspondendo a menos 1.489 sessões por comparação com a atividade realizada no período homólogo. Esta variação resulta de reduções em todas as linhas de HDI. Destaca-se, contudo, os acréscimos de atividade que se tem vindo a verificar nas especialidades de Senologia, Oncologia, Medicina Interna, Gastroenterologia, Neurologia e Esclerose Múltipla.

Se tivermos em consideração os objetivos previstos para o CP 2020, verificamos que a atividade desta linha de produção apresenta uma variação negativa em todas as suas tipologias, mais acentuada na linha de Psiquiatria. Em termos globais a variação traduz-se na realização de menos 391 sessões de HDI.

A análise estatística relativa à Radioterapia em ambulatório, tendo por base o n.º de tratamentos realizados, revela uma redução de 25,4% da atividade realizada, face ao período homólogo (-6.530 tratamentos), resultante tanto do decréscimo do n.º de tratamentos simples como complexos.

Quando se procede à análise da atividade realizada com os valores previstos para o CP 2020, considerando a revisão efetuada, apura-se um desvio de -5,1% no número total de tratamentos realizados, mais notório nos tratamentos complexos.

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

Considerando todos os episódios registados em SIMH¹, observa-se um decréscimo dos GDH's Médicos de ambulatório no ano de 2020 em -15,0% (-986 GDH's Médicos) face ao período homólogo e +0,4% se tivermos em consideração o objetivo definido para o CP 2020, o que representa a realização de mais 23 GDH's Médicos de ambulatório face ao previsto.

A atividade cirúrgica em ambulatório, por estar associada a situações não urgentes e de menor complexidade cirúrgica, foi a mais afetada pela pandemia COVID-19. Assim, considerando o nível de codificação dos episódios de cirurgia de ambulatório realizados em 2020, com 99,9% dos episódios de cirurgia de ambulatório codificados, observa-se um decréscimo de 33,8% (-1.265 GDH's), face aos valores do ano anterior. Comparativamente com a previsão para o CP 2020 observa-se um desvio positivo de 5,8%, que representa mais 136 GDH's cirúrgicos de ambulatório realizados face ao objetivo

¹ Sistema de Informação para a Morbilidade Hospitalar

previsto, uma vez que à data de revisão do CP2020 já se previa um impacto significativo nesta atividade.

Urgências

O clima de incerteza e medo provocado pela Pandemia por COVID-19, têm levado a que muitos dos doentes não recorram aos Serviços de Urgência Hospitalares, procurando outro tipo de resposta para os seus problemas ou, em alguns casos, desvalorizando a sua situação clínica.

Se até final de fevereiro de 2020 o CHBM apresentava um acréscimo de cerca de 7% no nível de procura dos Serviços de Urgência, no final de dezembro regista-se um decréscimo da atividade de urgência em 30,2%, representando a realização de menos 47.925 episódios face ao período homólogo.

Este facto é semelhante na atividade de urgência que não resultou em internamento, verificando-se que a mesma se apresenta também abaixo dos valores registados no período homólogo, tanto na Urgência Básica como na Urgência Médico-Cirúrgica com menos 46.717 episódios realizados até ao final do mês de dezembro.

Considerando a diminuição da atividade de urgência, o número de episódios que geram internamento acabou por aumentar de uma proporção de 6,40% para 8,08% de doentes internados a partir do Serviço de Urgência, se tivermos em consideração a os dados do ano 2020 e período homólogo. Este facto compromete a concretização da meta associada ao indicador “Peso dos Episódios de Urgência com Internamento”, cujo o objetivo se manteve nos 6,4%, contratualizados inicialmente, não tendo sido objeto de qualquer revisão posterior.

Decorrente da revisão efetuada ao CP2020, a qual teve em consideração o incremento da procura no período de inverno, podemos verificar que a atividade realizada se apresenta inferior à contratualizada, traduzindo-se num desvio global de -10,4%, não refletindo o acréscimo que se esperava vir a ocorrer nos últimos meses do ano. Relativamente ao n.º de episódios de urgência sem internamento, verifica-se também um desvio de -11,3% que se traduz em -12.996 episódios realizados face aos previstos para 2020, verificando-se que a atividade ficou aquém das estimativas efetuadas, por não se ter verificado um acréscimo significativo nos últimos meses do ano.

Considerando a revisão ao Contrato-Programa, efetuada na primeira quinzena de julho, na qual foi suprimida toda a atividade associada aos Centros de Responsabilidade Integrados e Rastreio do Cancro do Cólon e Reto, apresenta-se a estimativa de proveitos apurada para as linhas de faturação ativas. Da análise apura-se uma taxa de execução de 95,4%, excluindo a componente de Incentivos Institucionais e de Custos de Contexto.

A esta execução corresponde uma valorização da produção em 59.277.136,99€, conforme se apresenta no mapa resumo infra, respeitante à valorização de proveitos do Contrato-Programa para 2020, na perspetiva de execução da atividade assistencial.

B
↓
Banc
K

ESTIMATIVA

PROVEITOS



Instituição: Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE
Período: 31/12/2020

	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)	23 638	1 087 348,00 €	23 638	1 087 348,00 €	753	5 195,70 €	1 082 543,70 €	100,5%
Nº 1ªs Consultas referenciadas (CTH)	14 661	747 711,00 €	11 442	583 542,00 €	0	0,00 €	583 542,00 €	78,0%
Nº 1ªs Consultas Descentralizadas (CSP/EP)	40	2 040,00 €	11	561,00 €	0	0,00 €	561,00 €	27,5%
Nº 1ªs Consultas Cuidados Paliativos	125	6 375,00 €	121	6 171,00 €	0	0,00 €	6 171,00 €	98,8%
Nº Consultas Subsequentes (s/ majoração)	120 791	5 556 386,00 €	116 924	5 378 504,00 €	0	0,00 €	5 378 504,00 €	96,8%
Nº Consultas Subsequentes Descentralizadas (CSP/EP)	80	4 080,00 €	17	867,00 €	0	0,00 €	867,00 €	21,3%
Nº Consultas Subsequentes Cuidados Paliativos	354	18 054,00 €	354	18 054,00 €	35	287,75 €	18 321,75 €	101,5%
Valor Total das Consultas		7 421 994,00 €		7 075 047,00 €		5 463,45 €	7 080 510,45 €	95,4%
2. Internamentos:								
Nº Doentes Equivalentes								
GDH Médicos	9 353	19 828 519,15 €	8 669	19 205 970,11 €	0	0,00 €	19 205 970,11 €	96,9%
GDH Médicos Cuidados Paliativos	192	428 037,54 €	162	376 859,14 €	0	0,00 €	376 859,14 €	88,0%
GDH Cirúrgicos	1 642	3 480 514,37 €	1 218	2 698 450,99 €	0	0,00 €	2 698 450,99 €	77,5%
GDH Cirúrgicos Urgentes	1 556	3 133 843,21 €	1 489	3 133 843,21 €	79	16 626,84 €	3 150 470,04 €	100,5%
Dias de Internamento de Doentes Crónicos								
Doentes Psiquiatria no Exterior (Ordens Religiosas)	1 750	75 250,00 €	1 549	66 607,00 €	0	0,00 €	66 607,00 €	88,5%
Valor Total do Internamento		26 946 164,27 €		25 481 730,45 €		16 626,84 €	25 498 357,29 €	94,6%
3. Episódios de GDH de Ambulatório:								
GDH Cirúrgicos	2 335	4 203 577,91 €	2 335	4 203 577,91 €	134	241 233,17 €	4 444 811,08 €	105,7%
GDH Médicos	5 571	3 223 170,57 €	5 566	3 220 277,76 €	0	0,00 €	3 220 277,76 €	99,9%
Valor dos GDH de Ambulatório		7 426 748,49 €		7 423 855,67 €		241 233,17 €	7 665 088,84 €	103,2%
4. Urgências:								
Atendimentos SU - Médico - Cirúrgica	92 961	4 852 564,20 €	82 703	4 317 096,60 €	0	0,00 €	4 317 096,60 €	89,0%
Atendimentos SU - Básica	19 955	838 110,00 €	17 551	737 142,00 €	0	0,00 €	737 142,00 €	88,0%
Valor Total dos Atendimentos Urgentes		5 690 674,20 €		5 054 238,60 €		0,00 €	5 054 238,60 €	88,8%
5. Sessões em Hospital de Dia:								
Base								
Imuno-Hemoterapia	1 408	435 072,00 €	1 368	422 712,00 €	0	0,00 €	422 712,00 €	97,2%
Psiquiatria	902	28 864,00 €	580	18 560,00 €	0	0,00 €	18 560,00 €	64,3%
Valor Total do Hospital de Dia		773 077,00 €		749 783,00 €		0,00 €	749 783,00 €	97,0%
6. Programas de gestão da doença crónica								
VHSida (doentes em TARC)	840,0	5 037 480,00 €	840,0	5 037 480,00 €	17	15 517,24 €	5 052 997,24 €	100,3%
Hepatite C - Nº de doentes tratados	170,0	1 176 740,00 €	101,0	699 122,00 €	0	0,00 €	699 122,00 €	59,4%
Esclerose múltipla - doentes em terapêutica modificadora	65,0	604 700,00 €	53,4	661 339,60 €	0,0	0,00 €	661 339,60 €	82,2%
PSCI (Centros de Tratamento autorizados pela DGS)								
Doentes Novos (Cuidados 1º Ano)	15,0	23 205,00 €	3,2	4 803,99 €	0,0	0,00 €	4 803,99 €	21,1%
Doentes em Seguimento (Cuidados 2º Ano e Seguintes)	55,0	60 060,00 €	55,0	60 060,00 €	8,8	9 642,36 €	69 702,36 €	116,1%
8. Saúde sexual e reprodutiva								
IVG até 10 semanas								
Medicamentosa (n.º IVG)	455	135 135,00 €	414	122 958,00 €	0	0,00 €	122 958,00 €	91,0%
Cirúrgica (n.º IVG)	5	1 935,00 €	1	387,00 €	0	0,00 €	387,00 €	20,0%
10. Sessões de Radionecologia								
Tratamentos Simples	9 255	1 018 050,00 €	9 255	1 018 050,00 €	145	15 950,00 €	1 034 000,00 €	101,6%
Tratamentos Complexos	11 006	2 905 584,00 €	9 818	2 591 952,00 €	0	0,00 €	2 591 952,00 €	89,2%
12. Serviços Domiciliares								
Consultas Domiciliares	350	14 000,00 €	227	9 080,00 €	0	0,00 €	9 080,00 €	64,9%
Hospitalização Domiciliar	180	361 598,19 €	144	319 028,69 €	0	0,00 €	319 028,69 €	83,6%
15. Outros								
Medicamentos de cedência hospitalar em ambulatório		541 160,00 €		1 221 049,00 €			1 221 049,00 €	225,6%
Sistema de Atribuição de Produtos e Apoio		110 901,00 €		73 832,00 €			73 832,00 €	66,6%
Programa de Incentivo à Integração de Cuidados		434 074,00 €		148 882,94 €			148 882,94 €	34,3%
Internos		1 219 924,00 €		1 219 924,00 €			1 219 924,00 €	100,0%
16. Valor da Produção		62 123 204,14 €		58 972 703,94 €		304 433,05 €	59 277 136,99 €	95,4%
TOTAL		62 123 204,14 €		58 972 703,94 €		304 433,05 €	59 277 136,99 €	95,4%

J

SB
Banka
UK

Em conformidade com os anos anteriores o Contrato Programa do ano 2020 integra uma listagem de indicadores assistenciais, de qualidade e de eficiência económico-financeira, que o CHBM deverá cumprir para efetivo financiamento dos incentivos institucionais no montante de 4,3 M€

Esta componente do incentivo representa, 5% do valor do Contrato Programa, sendo que 60% está associado a objetivos de acesso, 20% a objetivos de desempenho assistencial e 20% a objetivos de desempenho económico-financeiro, todos comuns a nível nacional.

As metas foram negociadas entre a ARSLVT e o CHBM, de acordo com uma metodologia nacional, procurando contribuir para o acréscimo de justiça e de equidade e para a minimização de eventuais discrepâncias de avaliação entre instituições. Esta negociação ocorreu antes do período de Pandemia

por COVID-19, não tendo ocorrido qualquer ajustamento posterior, nomeadamente na fase de revisão dos objetivos assistenciais contratualizados em julho 2020. Neste âmbito, algumas das metas ficaram desajustadas, sendo inalcançáveis perante a atual situação epidemiológica, que comprometeu os tempos de resposta para consulta e cirurgia.

Assim, considerando os indicadores e metas contratualizadas para o ano de 2020, e os valores disponibilizados em SICA até à data, apurou-se uma execução de 88,1% dos objetivos contratualizados, o que se traduz na atribuição de um montante de incentivos de 3.832.153,4€, conforme se detalha no quadro seguinte.

Para o indicador assinalado a amarelo, e não existindo informação disponível, foi considerada a % de execução do IDG mais elevada últimos 3 anos (96,9%).

Q1 - Índice Desempenho Global

Instituição: Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE
Período Análise: Dezembro 2020

Objetivos	Peso Relativo Indicador (%)	2020			2020		2019
		Meta	Real	Grau de Cumprimento (%)	Grau de Cumprimento Ajustado (%)	Índice de Desempenho	Real
Objetivos Nacionais	100						
Acesso	60					53,7	
Percentagem de pedidos em Lista de Espera para Consulta (LEC) dentro do TMRG	10	75,8	75,5	99,6	99,6	10,0	82,6
Percentagem de consultas realizadas dentro dos tempos máximos de resposta garantidos (TMRG)	10	84	69,8	83,1	83,1	8,3	87,3
Percentagem de utentes em Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC) dentro do TMRG	10	76,3	46,1	60,4	60,4	6,0	74,1
Percentagem de doentes operados dentro do TMRG	10	83,8	75,2	89,7	89,7	9,0	83,5
Percentagem de episódios de urgência atendidos dentro do tempo de espera previsto no protocolo de triagem	10	63,8	67,1	105,2	105,2	10,5	63,1
Percentagem de doentes referenciados para a RNCCI, avaliados/confirmados pela EGA em tempo adequado (até 2 dias úteis) após a referência, no total de doentes referenciados para a RNCCI	10	87,4	86,4	98,9	98,9	9,9	87,7
Desempenho Assistencial	20					16,6	
Percentagem de reinternamentos em 30 dias, na mesma Grande Categoria de Diagnóstico	3	3,7	2,84	123,2	120,0	3,6	4,06
Percentagem de cirurgias realizadas em ambulatório (GDH), para procedimentos tendencialmente ambulatorizáveis	3	0,5	0	0,0	0,0	0,0	0,0
Percentagem de cirurgias da anca efetuadas nas primeiras 48 horas	3	38,7	24,5	63,2	63,2	1,9	27,60
Índice de Mortalidade Ajustada	4	1,5000	1,413	105,8	105,8	4,2	1,5907
Índice de Demora Média Ajustada	4	1,1700	1,080	107,7	107,7	4,3	1,1841
Demora média antes da cirurgia	3	0,93	1,06	86,0	86,0	2,6	1,0
Desempenho económico-financeiro	20					17,8	
Gastos operacionais por doente padrão	5	Valor do melhor do grupo			96,9	4,8	3 575,0
Doente padrão por Médico ETC	5	69,3	60,9	95,9	95,9	4,8	77,6
Doente padrão por Enfermeiro ETC	5	36,5	27	80,7	80,7	4,0	38,9
Percentagem de Gastos com Trabalho Extraordinário, Suplementos e FSE(Selecionados), no Total de Gastos com Pessoal	5	17	20	82,35	82,4	4,1	18,6
Índice de Desempenho Global						88,1	
Valor Incentivos Contratados (€)						4 350 052,6	
Valor Incentivos Realizados (€)						3 832 153,4	

Os objetivos económico-financeiros estão diretamente relacionados com o valor do Contrato Programa do Centro Hospitalar estabelecido para 2020 que foi de 87.001.051,12€ (84.464.874,00€ conforme Acordo Modificativo para 2020, aos quais acrescem 2.536.177,12€ atribuídos por Adenda ao Acordo Modificativo, que reajustou o valor de custos de contexto e incentivos), dos quais 62.123.204,14€ relativamente à produção contratualizada, 4.350.052,56€ de incentivos institucionais e 20.527.794,42€ para custos de contexto.

A estimativa de proveitos tendo por base a atividade desenvolvida em 2020, apresenta uma execução de 95,4% da Produção contratada e 88,1% dos incentivos institucionais, conforme evidenciado nos quadros apresentados, o que representaria o valor financeiro dos proveitos de 63,1 milhões de euros.

Todavia, a Circular Normativa nº 6/2019/ACSS de 21 de março, vem estabelecer novas instruções para normalização dos registos contabilísticos associados à execução dos Contratos Programa, tendo a ACSS estabelecido para o ano de 2020 uma taxa de execução dos rendimentos provenientes da produção ligeiramente inferior à taxa de execução apurada no exercício (94,9%) e dos rendimentos provenientes dos incentivos institucionais superior à apurada (96,9%), obtendo-se assim um rendimento global de 63,2 milhões de euros, superior ao valor executado em sede de Contrato Programa de 2020 em cerca de 0,1 milhões de euros.

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).

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 entanto, o ano 2020 ficará na história da humanidade como o primeiro ano de combate à pandemia Covid-19, sendo o CHBM uma das institucionais do Serviço Nacional de Saúde que contribuiu para o tratamento da doença e estabilização da saúde pública nacional.

A atividade realizada em cada uma das áreas de intervenção assistencial do CHBM só foi possível, porque a partir de 12 março de 2020, todos os profissionais do Centro Hospitalar se dedicaram à causa pública, porque o hospital se reinventou nos seus circuitos e prestação de cuidados a suspeitos e doentes Covid-19, porque os portugueses ajudaram a mitigar a propagação da doença, porque a tutela e todas as instituições de Norte a Sul do país estavam focadas no desígnio nacional e internacional de conter a pandemia pelo vírus SARS-COV2.

O Serviço de Urgência Geral do Hospital do Barreiro foi a principal porta de entrada de doentes Covid, para o efeito e em cumprimento das normas de segurança preconizadas pela Direção Geral de Saúde, foi separado em duas áreas distintas: o atendimento de doentes respiratórios (mantendo-se a localização no espaço original do Serviço) e o atendimento de doentes não respiratórios (passando a localizar-se em metade do espaço da Unidade Funcional da Consulta Externa ocupando 14 gabinetes). Naturalmente que esta reorganização afetou a atividade assistencial de consulta externa do CHBM.

A partir do afluxo da urgência, essencialmente de doentes Covid, foi necessária uma reformulação dos serviços de internamento, tendo sido ao longo do ano transformados serviços de internamento não Covid para serviços de internamento Covid, com a transição de enfermarias das especialidades médicas e cirúrgicas para serviços ADR (Áreas Dedicadas aos Doentes Respiratórios).

Mantendo o foco nos objetivos inicialmente estabelecidos para o ano 2020, no sentido de incrementar a atividade cirúrgica, em outubro de 2020, foi criada a Unidade de Cirurgia de Ambulatório do Hospital do Barreiro (UCA Barreiro), privilegiando os cuidados prestados em ambulatório, incentivando-se a transferência de cuidados cirúrgicos em regime de internamento. Todavia esta unidade teve a sua atividade assistencial afetada na medida em que a segunda e terceira vaga Covid obrigou à

Z

A

B

Raven

A

transformação de enfermarias cirúrgicas em enfermarias Covid, com impacto na unidade de recobro recém-criada.

Imprevisível e crítico ao longo do ano 2020 foi a oferta em microbiologia para testes ao vírus SARS-CoV-2 porque foi evoluindo em linha com a evolução da pandemia. Os testes aos vírus foram a base de trabalho para utentes/doentes assintomáticos e sintomático, tendo-se iniciado em março 2020 a realização de testes RT-PCR em entidades externas (Hospitais do SNS e INSA), alargou-se posteriormente a oferta com a disponibilização de testes de antigénio realizados no CHBM e em outubro iniciou-se a realização de testes RT-PCR no laboratório de Patologia Clínica do CHBM.

A pandemia Covid foi determinante para os resultados económico-financeiros da instituição, porque a valorização da atividade assistencial do CHBM manteve-se assente no “ordinário” 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, atividade esta que, não obstante ter sido objeto de revisão em julho 2020, não refletiu a imprevisibilidade assistencial do ano 2020, e principalmente os últimos 3 meses do ano, início do período avassalador da incidência covid-19. Assim, os acionistas, Ministério da Saúde e Ministério das Finanças, não consideraram a especificidade do tratamento dos doentes Covid, não ajustaram os indicadores de desempenho à nova realidade, em suma limitaram de imediato os resultados a alcançar pela prestação de cuidados de saúde, incluindo todas as regras detalhadas inerentes à faturação, que nem sequer foram divulgadas para o ano em curso, sendo apenas publicadas com a Circular Normativa nº 2/2021 de 26 fevereiro.

O resultado ao nível dos Consumos deve-se a um acréscimo nos gastos com material de consumo clínico e consumo hoteleiro, naturalmente gastos associados à pandemia Covid-19 decorrente da aquisição de material de proteção individual, de detergentes e desinfetantes e substituição de roupa hospitalar.

Os principais desvios face ao orçamento das rubricas de gastos com pessoal, devem-se à adoção de medidas de reforço de recursos humanos para as áreas da Urgência Geral (Covid-19), Urgência Interna de Medicina, Serviços de internamento (Covid-19) e Unidade de Cuidados Intensivos com o recurso a trabalho extraordinário e a noites e suplementos, bem como a contratação de 127 novos profissionais de saúde ao abrigo das medidas de combate à pandemia Covid-19.

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.

Todavia, o ano 2020 pautou-se por um cenário macroeconómico desfavorável, imprevisível e desafiador, em constante Estado de Emergência de Saúde Pública, decretado continuamente pela

SB
f
Hain
A

Presidência da República, “ocasionada pela epidemia da doença COVID-19, tornando-se imperiosa a previsão de medidas para assegurar o tratamento da mesma, através de um regime adequado a esta realidade, que permita estabelecer medidas excecionais e temporárias de resposta à epidemia”.

A partir de 18 março, face ao Estado de Emergência nacional, o Centro Hospitalar desenvolve a sua atividade assistencial atuando em conformidade com as normas da Direção Geral da Saúde, e diplomas de orientação específicos emanados para o Ministério da Saúde, continuamente revistos e atualizados, mas determinantes para a prestação de cuidados de saúde e para o controlo da epidemia pelo vírus SARS-CoV-2. De entre as dezenas de normativos orientadores no exercício da atividade operacional das instituições de saúde, destacam-se o Despacho da Sra. Ministra da Saúde de 15 de março 2020 que determina que “na medida do necessário para dar resposta aos doentes COVID-19 [se deve] suspender a atividade assistencial não urgente que, pela sua natureza ou prioridade clínica, não implique risco de vida para os utentes”; mais tarde aquando da segunda fase da pandemia a 3 novembro de 2020 a Sra. Ministra da Saúde estabelece novo despacho que suspende novamente a atividade assistencial não urgente, por força do aumento de incidência da pandemia; a Direção Geral da Saúde emite a Norma nº 1 /2020 a 16 março com as primeira fase de mitigação e medidas transversais de preparação das instituições para a criação de áreas dedicadas para avaliação e tratamento de doentes Covid-19; seguindo a Norma nº 4 de 23 março com a abordagem do doente com suspeita ou infeção por SARS-CoV-2, esta norma foi continuamente atualizada em conformidade com a evolução da pandemia, estando em vigor a atualização de 19 abril 2021.

Esta conjuntura obrigou as equipas de gestão e os profissionais de saúde a reformularem continuamente as instituições hospitalares, redefinido espaços físicos de prestação de cuidados, circuitos de doentes e profissionais, identificar alternativas quando escasseavam recursos humanos e recursos materiais (equipamentos de proteção individual), monitorizando permanentemente os níveis de eficiência e de eficácia, no sentido de garantir capacidade de respostas adequadas de acordo com o plano nacional de combate à pandemia.

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 Capital é detido a 100% pelo Estado, não estando o mesmo repartido por ações.

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

O Capital é detido a 100% pelo Estado, não estando o mesmo repartido por ações.

Handwritten notes and signatures:
P
*
B
A. V.
A.

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 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. Compete ao revisor oficial de contas o dever de proceder a todos os exames e verificações necessários à revisão e certificação legais das contas.

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).**

De acordo com os estatutos dos Hospitais E.P.E., o CHBM não dispõe de 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.**

De acordo com os estatutos dos Hospitais E.P.E., o CHBM não dispõe de Assembleia Geral.

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

Z
X
SB
Aurélien
A.

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	Enf.º 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).

Handwritten signatures and initials in blue ink.

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 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 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.

O Capital é detido a 100% pelo Estado, não estando o mesmo repartido por ações.

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;

No decurso do ano de 2020, 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	95%
Vogal Executivo	Sónia Maria Alves Bastos	87%
Vogal Executivo	João Pedro Mendes dos Santos	95%
Directora Clínica	Ana Teresa Nobre Duque Monteiro Leite Marques Xavier	91%
Enfº Director	António Manuel Silva Viegas	93%
TOTAL REUNIÕES REALIZADAS		55

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.

Z

Handwritten signature

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) Apreciar 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.

Z

*

B

Aman

A

(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.

Handwritten notes:
A
Alain
A

(Comissão de Controlo da Infeção Hospitalar)

- 1 - O corpo médico da Comissão de Controlo da Infeção 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 Infeção Hospitalar pode agregar consultores mediante autorização do Conselho de Administração.
- 4 - Os elementos da Comissão de Controlo da Infeção 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 Infeção 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 Infeção 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 INFECCÃO", 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.

Z
X
B
Ranier
X

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 (Início - Fim)	Cargo	Identificação do Conselho Fiscal		Designação	
		Nome	Forma	Data	Estatuto Remuneratório (mensal)
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. Saude - ISCSF.

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.

Anabela Mendes Garcia Barata, Vogal suplente do Conselho Fiscal, nascido em 26 de agosto de 1964, Licenciada em Administração e Gestão de Empresas pela Universidade Católica de Lisboa, em 1989. MBA na Escola Superior de Gestão da AESE, terminado em julho de 2007. Formação profissional em

Z

f

S

Alain

A.

fiscalidade, com especial ênfase na área do Imposto sobre o Rendimento das Pessoas Coletivas. A formação profissional foi assegurada pelo centro de formação profissional da Arthur Andersen, na Holanda, bem como por várias ações de formação a nível nacional e internacional.

Atividade Profissional

Vogal do Conselho Diretivo da Administração Regional de Lisboa e Vale do Tejo, IP, desde novembro de 2019; Coordenadora da Unidade de Gestão Financeira desde janeiro 2008, na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P. Diretora Administrativa e Financeira, desde janeiro 2002 a dezembro de 2007 no Grupo Bureau Veritas – Rinave. Técnica Superior, desde julho de 1996 a dezembro de 2001 no Banco Espírito Santo. Gerente, desde janeiro 1992 a julho de 1996 na KPMG. Técnica “Assistent Manager”, desde setembro 1988 a janeiro 1992, na Arthur Andersen.

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
13	Teleconferências ARSLVT	CF	Não existiram
1	Teleconferência	CF, CA, AI, DF	Não existiram
1	Teleconferência	CF, CA, BDO	Não existiram
3	Teleconferência BDO	CF, BDO	Não existiram

Legenda: CF - Conselho Fiscal; CA - Conselho de Administração; AI - Auditoria Interna; DF - Direção Financeira; BDO – SROC

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
Renate 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.
	Membro da Comissão de avaliação dos Administradores Hospitalares

Z
f
B
Kaua
A

E. Revisor Oficial de Contas

- 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.

- 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.

- 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	3	3

Nome	Remuneração Anual 2020
BDO & Associados, SROC, Lda.	16.500 €

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

- 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, os restantes membros do Conselho Consultivo terminaram os seus mandatos em 2018, sem nomeação de substitutos até à presente data. O Conselho de Administração está a diligenciar para que sejam reunidas as condições para a nomeação de um novo Conselho Consultivo.

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.

O CHBM não tem auditor externo. Não existe obrigação legal da nomeação de um 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.

O CHBM não tem auditor externo. Não existe obrigação legal da nomeação de um 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.

O CHBM não tem auditor externo. Não existe obrigação legal da nomeação de um 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.

O CHBM não tem auditor externo. Não existe obrigação legal da nomeação de um 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 n.º 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):

- a) 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;
- b) Dano, abuso ou desvio relativo ao património do Centro Hospitalar;
- c) Dano, abuso ou desvio relativo ao património dos utentes;
- d) 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:

- a) Entregue em envelope fechado, se remetido por carta;
- b) Menção de “confidencial” no assunto da mensagem (no caso de correio eletrónico) ou inscrita na parte exterior do envelope;
- c) Identificação do autor da comunicação, não sendo objeto de tratamento comunicações anónimas;
- d) Indicação expressa de que prescinde do anonimato, caso assim o deseje;
- e) 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 Palhinhas, 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. No ano de 2020 foram realizadas auditorias aos tempos de faturação, ao Circuito dos Termos de Responsabilidade para o Exterior, bem como às Retribuições por desempenho de atividades fora do período normal de trabalho. Neste ano também foi realizada uma ação de follow-up ao Relatório de Auditoria "Higiene e Limpeza".

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 <i>stakeholders</i> , 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.

3
✱
Acur
X-

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.

P

S
Avi
A

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.

Handwritten notes:
3
A. A.

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 2020:

http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/733/relatorio_plano_corrupcao_2020.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;

30
↓
Kare
A

- 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:

- 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;
- Investigar fatores desencadeantes ou agravantes de doença no local de trabalho e desenvolver estratégias para a sua correção;
- Analisar as causas dos acidentes de trabalho e propor medidas preventivas/corretivas sempre que se justifique;
- Colaborar na revisão e implementação do Plano de Segurança Interno, incluindo os simulacros;
- Assegurar a confidencialidade dos dados de saúde e proteger a privacidade dos profissionais;
- Desenvolver atividades de formação, informação e educação para a saúde;
- 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 2020 foi de 11,3 milhões de euros negativos, com um EBITDA também negativo de 7,3 milhões de euros, pelo que se salienta, que o mesmo representa um agravamento em 69,8 % 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.

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 desequilíbrio financeiro. 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 2020 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 riscos 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 o 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,

Handwritten notes and signatures in blue ink, including a signature and the word "Avaliação".

excetuando as matérias e as vertentes que apresentem uma natureza reservada, de modo a consolidar a promoção de uma política de transparência na gestão público.

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 nº 280/2009, de 6 de outubro, que cria o CHBM;
- O Decreto-lei nº 18/2017, de 10 de fevereiro que determina o regime jurídico e estatutos dos Hospitais EPE;
- O Decreto-Lei nº 133/2013, de 3 de outubro que define o regime jurídico do Sector Público Empresarial;
- O Decreto-Lei nº 11/93, de 15 de janeiro que define o estatuto do SNS;
- Lei nº 48/90, de 24 de agosto, Lei de Base da Saúde.

S
f
Karin
A.

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.

Plano de Prevenção da Corrupção e Infrações Conexas

(atualizado em 19/02/2020)

http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/733/plano_corrupcao_2020.pdf

Relatório de Acompanhamento do Plano de Prevenção da Corrupção e Infrações Conexas de 2020

http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/733/relatorio_plano_corrupcao_2020.pdf

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 Plano.

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

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

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

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;

Handwritten notes and signatures in blue ink, including a signature at the top, a star symbol, and the word "Lauter" written vertically.

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_modificativo20.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.

Contratos Programa e Acordos modificativos assinados com a tutela setorial.

O Contrato Programa do CHBM foi celebrado para o triénio 2017/2019, sendo revisto anualmente através de Acordos Modificativos, e define as orientações e objetivos de gestão no âmbito da prestação de serviços de cuidados de saúde, em termos de quantidades de produção contratada, a respetiva remuneração, os custos inerentes à realização dessa atividade e incentivos institucionais atribuídos em função do cumprimento de objetivos de qualidade e eficiência económico-financeira. Em Julho de 2020 foi assinado o Acordo Modificativo para o ano, que prorrogou o Contrato-Programa estabelecido para o triénio 2017-2019. Em Abril de 2021 foi efetuada Adenda ao Acordo Modificativo, que reajustou o valor de custos de contexto e incentivos de 2020, a qual não foi ainda assinada pela Tutela, pelo que não se encontra publicada no site do CHBM.

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;

Contratos Programa e Acordos modificativos assinados com a tutela setorial.

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

Contratos Programa e Acordos modificativos assinados com a tutela setorial.

- c) Que a proposta cumpre com todos os requisitos legais definidos no n.º 1 do artigo 48.º do RJSPE.

Contratos Programa e Acordos modificativos assinados com a tutela setorial.

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 2020 está divulgado no portal da intranet e através do sítio da internet:

http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/302/contrato_programa_acordo_modificativo20.pdf

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

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.

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).

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 871,98€ para o Presidente e de 662.03€ 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 RJSPE, isto é, de que se abstêm de intervir nas decisões que envolvam os seus próprios interesses, designadamente na aprovação de despesas por si realizadas.

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.

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 nº 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.

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 Publico			
	Fixado	Classificação	Remuneração mensal bruta (€)	
			Vencimento	Despesas de representação
Pedro Nuno Miguel Baptista Lopes	S	B	4.304,94 €	1.721,97 €
Sónia Maria Alves Bastos	S	B	3.443,95 €	1.377,58 €
João Pedro Mendes dos Santos	S	B	3.443,95 €	1.377,58 €
Ana Teresa Nobre Duque Monteiro Leite Marques Xavier	N	B	4.971,63 €	1.377,58 €
António Manuel Silva Viegas	S	B	3.443,95 €	1.377,58 €

Membro do Órgão de Administração Actual	Remuneração Anual 2020 (€)					
	Fixa	Variável	Bruta	Redução Remuneratória	Reversão Remuneratória	Valor Final
Pedro Nuno Miguel Baptista Lopes	83.476 €	NA	81.752 €	- €	1.723,56 €	83.475,51 €
Sónia Maria Alves Bastos	64.653 €	NA	63.536 €	- €	1.115,95 €	64.651,65 €
João Pedro Mendes dos Santos	66.166 €	NA	64.746 €	- €	1.419,26 €	66.165,52 €
Ana Teresa Nobre Duque Monteiro Leite Marques Xavier	88.894 €	11.738 €	98.202 €	- €	2.430,34 €	100.632,35 €
António Manuel Silva Viegas	66.781 €	NA	64.746 €	- €	2.034,34 €	66.780,60 €
TOTAL			372.982,18 €	- €		381.705,63 €

Membro do Órgão de Administração Actual	Benefícios Sociais (€)							
	Valor do Sub. Refeição		Regime de Proteção 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 €	1.197,27 €	SS	19.825,44 €	NA	NA		
Sónia Maria Alves Bastos	4,77 €	1.054,17 €	CGA	15.354,77 €	NA	NA		
João Pedro Mendes dos Santos	4,77 €	1.030,32 €	SS	15.714,31 €	NA	NA		
Ana Teresa Nobre Duque Monteiro Leite Marques Xavier	4,77 €	1.073,25 €	CGA	23.900,18 €	NA	NA		
António Manuel Silva Viegas	4,77 €	1.106,64 €	CGA	15.860,40 €	NA	NA		
TOTAL		5.461,65 €		90.655,10 €				- €

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 2020.

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 2020
Maria Leonor Betencourt Silva Dantas Jorge	12.207,72 €
Renato Felisberto Pinho Marques	9.268,42 €
José Manuel Gonçalves André	9.268,42 €
TOTAL	30.744,56 €

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

De acordo com os estatutos dos Hospitais E.P.E., o CHBM não dispõe de Assembleia Geral.

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 2020 e tendo em consideração as instruções da ACSS, apuraram-se proveitos no valor global de 87,0 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).

PRESTAÇÕES DE SERVIÇOS (SNS)	
	2020
Internamento	26.946.020 €
Consulta Externa	7.421.994 €
Urgência	5.690.674 €
Hospitais de Dia	773.077 €
GDH's de Ambulatório	7.426.893 €
Outras Prestações de Serviços	18.214.599 €
Custos de Contexto	20.527.794 €
Total das Prestações de Serviço (SNS)	87.001.051 €

Handwritten notes: a circled '5', an asterisk, and the signature 'A. Santos'.

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 €
Vilv Healthare, Unipessoal, Lda	Matérias Primas	1.703.471,35 €
Janssen-Cilag Farmaceutica, Lda	Matérias Primas	1.355.748,76 €
Gilead Sciences, Lda	Matérias Primas	1.277.133,25 €
Mid-Merck Sharp & Dohme, Lda	Matérias Primas	678.576,68 €
Abbvie, Lda	Matérias Primas	635.183,37 €
Novartis Farma, Sa	Matérias Primas	535.239,43 €
Abbott Laboratórios, Lda	Matérias Primas	528.221,69 €
Bayer Portugal, Lda	Matérias Primas	481.979,54 €
Pfizer Biofarmaceutica Lda	Matérias Primas	440.715,43 €

Handwritten notes and signatures:
 P
 *
 B
 A
 A

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 fornecimentos e serviços externos.

NIF	Nome	Valor
980122538	Eulen, S.A -Sucursal Portugal	1.151.218,72 €
504723456	Galp Power Sa	899.877,16 €
501323325	Uniself, Lda	857.605,13 €

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.

Se considerarmos pela positiva que a pandemia covid-19 será apenas um período transitório de intensidade extrema, ocorrido entre março 2020 e março 2021, a que se segue um período de estabilização por existir resposta vacinal à pandemia a perpetuar até final do ano 2021, poder-se-á manter a estratégia do CHBM do ponto de vista da sustentabilidade económico-financeira, ainda que agora, tal como a sociedade portuguesa, tenha de recuperar deste período de cerca de 18 meses.

Assim, o desígnio do CHBM retornará ao objetivo de melhoria dos seus resultados com a implementação de medidas tendentes a garantir o aumento da produção a realizar, bem como o cumprimento das metas dos indicadores de qualidade e eficiência definidos no âmbito dos Contratos Programa de 2021 e seguintes. 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 dedicação à causa da saúde pública nacional.

Nesta linha, mantêm-se em execução os principais investimentos iniciados pelo CHBM, bem como a candidatura a novos programas de financiamento para o Serviço Nacional de Saúde, alavancando a estratégia de incremento da atividade assistencial do Centro Hospitalar.

Por outro lado, pretende-se dar continuidade à promoção da atividade assistencial de ambulatório, nomeadamente o incremento da cirurgia de ambulatório, e fruto da pandemia, dar continuidade à realização de atividade assistencial com recurso a novas tecnologias de acompanhamento dos doentes à distancia, como foram e são as teleconsultas médicas e de enfermagem, que permitiram que a atividade assistencial de consulta externa tivesse continuidade em termos da oferta à população.

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 2020 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. Em 2020 iniciaram-se os procedimentos para a certificação do Serviço de Recursos Humanos e o Serviço de Imunohemoterapia, que foram forçosamente interrompidos decorrente da pandemia nacional, mas ficaram as bases para vir a ser concretizado em 2021.

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.

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, sendo ajustada em função da procura que vier a ser registada e da capacidade da equipa.

No dia 1 novembro 2020, o Centro Hospitalar alarga a sua oferta com a criação da Unidade Médica de Hospitalização Domiciliária (UMHD) destinada também a doentes residentes nos concelhos abrangidos pela área de influência do CHBM com patologias do foro médico e/ou com doença incurável, avançada e progressiva, ou processo orgânico degenerativo em situação terminal, que aceitem de forma voluntária a hospitalização domiciliária. Esta unidade inicia também a sua atividade com 5 camas/doentes.

No plano de atividades de orçamento de 2020 o CHBM pretendia estabelecer até final do ano os Centros de Responsabilidade Integrados, objetivo concretizado em dezembro de 2020 com o CRI.GASTRO, Centro de Responsabilidade Integrado da Gastroenterologia, constituído por uma equipa multidisciplinar de 26 elementos, entre Médicos, Enfermeiros, Assistentes Operacionais, Assistentes Técnicos e Administrador Hospitalar.

Essencial para toda a atividade assistencial realizada em 2020 foi a oferta em microbiologia para testes ao vírus SARS-CoV-2, linha de atividade que foi incrementado em linha com a evolução da pandemia, assim iniciou-se em março 2020 a realização de testes RT-PCR em entidades externas (Hospitais do SNS e INSA), alargou-se a oferta com a disponibilização de testes de antigénio realizados no CHBM e em outubro iniciou-se a realização de testes RT-PCR no laboratório de Patologia Clínica do CHBM.

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;

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.

Em 2020, devido à pandemia COVID-19 e tendo em conta as medidas preventivas que urgiu adotar, este questionário não foi aplicado. Este inquérito prevê avaliar várias dimensões, entre elas a Satisfação Global, os Tempos de Espera, a Hotelaria e Alimentação e os Profissionais (por categoria), para as várias valências do Centro Hospitalar, mas uma vez que a realidade de presença física dos utentes no espaço da instituição hospitalar foi alterada, ou seja ajustada às medidas de prevenção no combate à pandemia, apenas foi possível efetuar inquéritos setoriais. Assim, realizaram-se inquéritos setoriais em diversos Serviços/Unidades, como por exemplo o Serviço de Imunohemoterapia, a Unidade de Cirurgia de Ambulatório e a Unidade de Técnicas Especiais/Gastroenterologia. Atualmente, está em estudo a adoção de metodologia para recolha da avaliação da satisfação dos utentes e sua perceção da qualidade dos serviços prestados, através de terminais eletrónicos higienizáveis e com recurso a tecnologia de toque (*touch-screen*).

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, o Centro Hospitalar continuou a promover diversas ações de aprendizagem e desenvolvimento quer para profissionais da instituição, quer para profissionais de outras instituições, sendo algumas também dirigidas a utentes e familiares que utilizam os cuidados de saúde no Centro Hospitalar. Devido à pandemia COVID-19 foi suspensa a realização de ações de formação em formato presencial, pelo que a Academia de Formação, recorreu

D

*

B

Assim

A

à realização de formação nos formatos alternativos de *e-learning* e *webinars* em diversas áreas (Gestão da Qualidade, Competências em Office, Segurança do Doente, entre outras).

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.

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 final do primeiro semestre de 2022.

No ano 2020, a requalificação do Campus Hospitalar do Hospital Nossa Senhora do Rosário, para além de concretizar a renovação do parque de estacionamento, permitiu a colocação de uma área com painéis fotovoltaicos contribuindo para injetar na rede elétrica da instituição hospitalar cerca de 400.000 Quilowatts/ano.

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.

P

*

B

Amor

A

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.

Foi aprovado a 3 de setembro de 2021 o relatório sobre as remunerações por género do CHBM.

Relatório sobre Remunerações por Género 2020

http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/328/rel_remuneracoes_genero20.pdf

- 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 cafetaria 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.).

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 seguindo-se a instalação do 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). Apesar da pandemia este projeto apenas foi interrompido por 2 meses, denotando um grande esforço das equipas ibéricas para a sua continuidade dentro dos prazos, ficando a instalação física concluída em julho 2020, iniciando-se em sequência a fase de testes, commissioning e relatórios técnicos de licenciamento da prática de Radioterapia.

No início de março de 2020 foram inauguradas as novas instalações da Unidade de Técnicas Endoscópicas, num investimento de 370 mil euros, com o objetivo de aumentar a capacidade de resposta a Meios Complementares de Diagnóstico e de Terapêutica nas áreas da Gastroenterologia, Otorrinolaringologia e Pneumologia, permitindo efetuar um conjunto de prestações que estavam a ser asseguradas por parceiros externos.

No âmbito da pandemia Covid-19, com vista a dotar o CHBM de infraestrutura permanente que permita a separação do tratamento de doentes com patologia respiratória da não respiratória, procedeu-se à criação de uma pré-triagem e divisão de circuitos nas Urgências, a ampliação do Bloco de Partos e a obra na Urgência Geral, que ainda decorre, que permitirá criar circuitos distintos para doentes Covid/não Covid, bem como a disponibilização de quartos com pressão negativa na Pediatria e Bloco de Partos.

A finalizar o ano 2020, o Centro Hospitalar candidatou-se ao Programa de Financiamento Centralizado para reforço da resposta de medicina intensiva no âmbito da pandemia Covid-19 – infraestruturas,

I

B
Acien
A

com o objetivo de ampliar a Unidade de Cuidados Intensivos de 5 para 11 camas de nível 2 + 3, aumentado a área útil e bruta com a construção modular de um novo edifício exterior junto à atual Unidade de Cuidados Intensivos.

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 2020 foi adotado o modelo de estrutura aprovado pela UTAM, de acordo com o Manual de Instruções divulgado.

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

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".

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

A demonstração não financeira encontra-se explanada em anexo ao presente documento.

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.

2. Ata ou extrato da ata da reunião do órgão de administração em que haja sido deliberada a aprovação do RGS 2020.

O extrato da ata de aprovações do RSG 2020 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 2020, 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 2019.

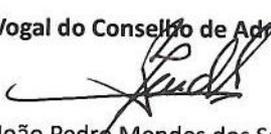
Ainda não foi emitido por parte dos titulares da função acionista, Despacho de aprovação da prestação das contas do ano 2019.

O CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

O Presidente do Conselho de Administração


Pedro Nuno Miguel Baptista Lopes

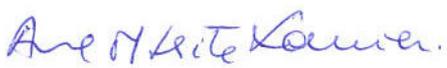
O Vogal do Conselho de Administração


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

8

*

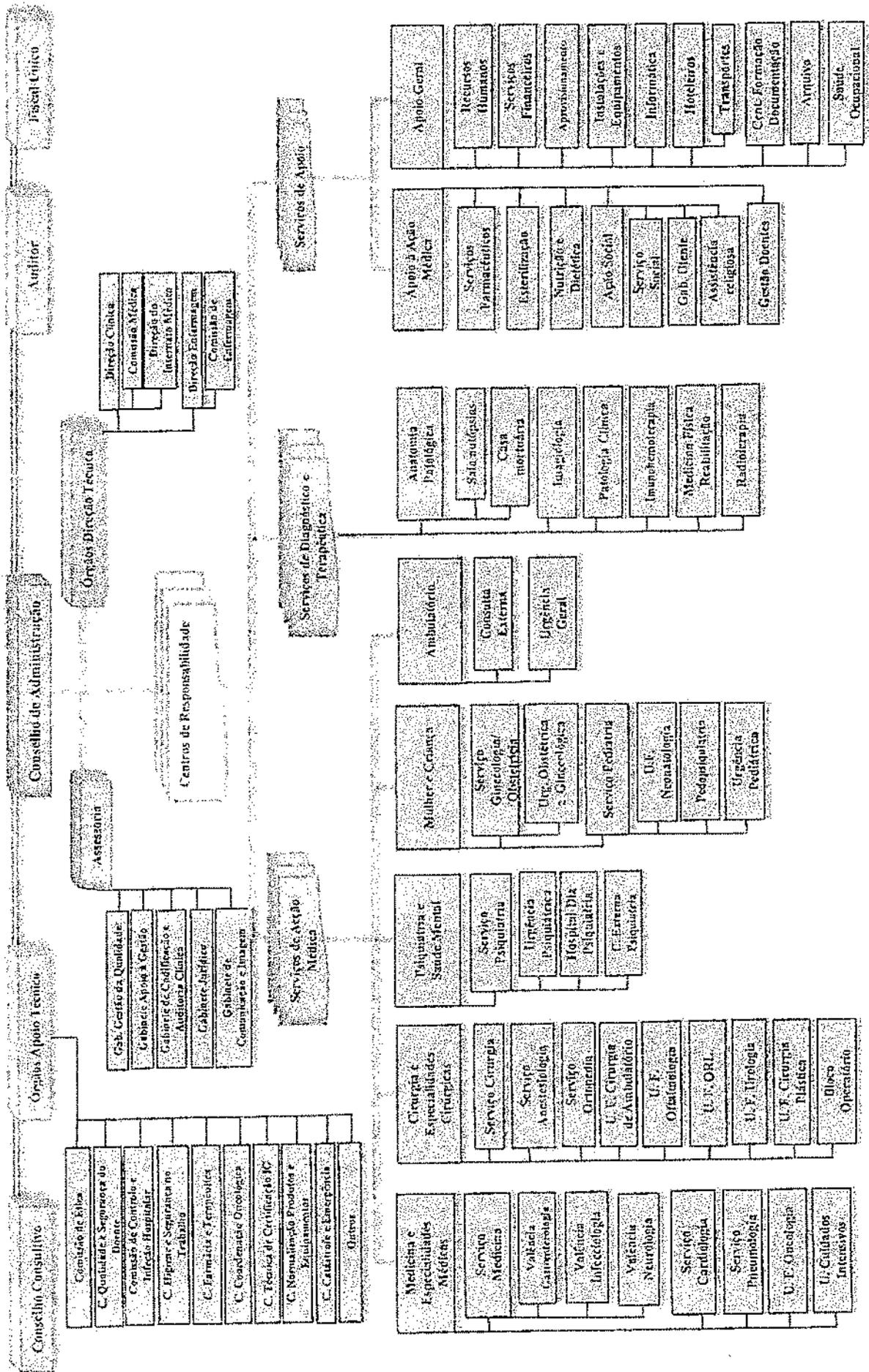
3

Flavio

A.

ANEXOS

ORGANOGRAMA



V.B.A.C

CONTRATO DE GESTÃO

Entre

O Estado Português, representado pelo Senhor Secretário de Estado Adjunto do Tesouro e Finanças e pelo Senhor Secretário de Estado da Saúde, sucessivos designados por PRIMEIRO OUTORGANTE

E

Pedro Nuno Miguel Batista Lopes, contribuinte fiscal número 196799030, com domicílio na Rua Infante D Pedro, n.º 4 em Aroeira, 2810 060 Charneca da Caparica, na qualidade de Gestor, doravante designado por SEGUNDO OUTORGANTE.

É celebrado o presente Contrato de Gestão nos termos do disposto no artigo 6.º do Anexo II ao Decreto-Lei n.º 232/05, de 29 de Dezembro, na redação resultante do Decreto-Lei n.º 12/2015, de 26 de Janeiro, e nos artigos 18.º e 30.º do Estatuto do Gestor Público, doravante designado por EGP, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de Março, na redação dada pelo Decreto-Lei n.º 5/2012 de 16 de Janeiro, objeto da Declaração de Retificação n.º 2/2012 de 25 de Janeiro, que se refere pelas alterações seguintes:

Cláusula 1.ª

(Objeto)

O presente contrato tem por objeto a definição nos termos e condições do exercício das funções de Gestor enquanto Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE adiante designado de CHBM, EPE para o mandato de 2016/2016 para o qual foi nomeado por Resolução n.º 30/2016, de 20 de Junho, do Conselho de Ministros, publicada em Diário da República, 2.ª série, n.º 211, de 3 de Novembro de 2016.

Cláusula 2.ª

(Obrigações da Gestão)

- 1 - Sem prejuízo dos deveres resultantes das normas legais aplicáveis, o Segundo Outorgante obriga-se a exercer as funções e cumprir as obrigações inerentes à qualidade de membro do Conselho de Administração do CHBM, EPE.
- 2 - O Segundo Outorgante compromete-se ainda no âmbito do contrato de Anexo I ao presente contrato, para o período de 2015/2016

3 - O Segundo Outorgante obriga-se a desempenhar as suas funções referidas nos números anteriores com zelo e diligência e no cumprimento pleno e estrito das disposições legais aplicáveis, nomeadamente as constantes do Código das Sociedades Comerciais, dos Estatutos das entidades fixadas nos termos dos artigos 24.º e 36.º do Decreto-Lei n.º 103/2013 de 3 de outubro, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 75-A/2014, de 30 de setembro, bem como de todas as orientações emanadas pelo Primeiro Outorgante;

Cláusula 3ª

(Remuneração)

Em contrapartida do cumprimento do mandato a que se refere o presente contrato e do desempenho das funções neste previstas, é devida ao Gestor a retribuição definida no Anexo II ao presente contrato

Cláusula 4ª

(Exclusividade)

Durante a vigência do presente contrato, o Gestor obriga-se a não exercer outras funções, de qualquer natureza, por conta própria ou alheia, ou si ou por interposta pessoa, com exceção das que, nos termos da Lei, sejam permitidas

Cláusula 5ª

(Vigência)

O presente contrato produz efeitos desde 3 de novembro de 2016 a menos, sem necessidade de aviso prévio, na data em que o órgão competente deliberar sobre os documentos de prestação de contas, relativos ao exercício de 2015 ou à data que a se estabelecer contábilmente para tal, caso não haja deliberação, ou no caso de renúncia, na data em que esta produza efeitos.

Cláusula 6ª

(Cessação)

O presente contrato cessa automaticamente e imediatamente, com a extinção, por qualquer causa, do mandato que é conferido ao gestor, nos termos do disposto no EGP.

Clausula 7ª

(Demissão)

O Setor poderá ser demitido quando a avaliação de desempenho seja negativa, nos termos do disposto no artigo 25.º do EGP, designadamente por incumprimento devido a motivos individualmente imputáveis dos objetivos referidos nas orientações fixadas nos termos dos artigos 24.º e 39.º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro, na sua atual redação, ou no presente contrato de gestão.

Clausula 8ª

(Alteração)

Qualquer alteração ao presente contrato só é válida e eficaz, mesmo entre as partes, se constar de documento escrito assinado por todas elas.

Clausula 9ª

(Direito Subsidiário)

Em tudo o que não se mostre expressamente regulado no presente contrato, aplicam-se as regras do EGP.

O presente contrato tem 3 páginas, e os respetivos Anexos que dele fazem parte integrante, e é assinado e rubricado em todas as folhas, sendo emitido em três exemplares, ficando um em poder do Segundo Outorgante e os outros dois para cada um dos representantes do Primeiro Outorgante.

Lisboa, 27 de Dezembro de 2016

O Primeiro Outorgante

O Secretário de Estado Adjunto da
Tesouro e Finanças

Ricardo Mourão Fidalgo

O Secretário de Estado da Saúde

Margarida Delgado

O Segundo Outorgante

O Presidente do Conselho de
Administração do CHSMA, EPES

Luís Carlos M. (João) Baltazar Lopes

ANEXO I

ORIENTAÇÕES ESTRATÉGICAS E ESPECÍFICAS PARA O CHBM, EPE

TRIÊNIO 2016-2018

INTRODUÇÃO

Nos termos do regime jurídico do sector empresarial do Estado (SEE) aprovado através do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 75-A/2014, de 30 de Setembro, e do Estatuto do Gestor Público (EGP) aprovado pelo Decreto-L (n.º 71/2007, de 27 de março, na redação dada pelo Decreto-Lei n.º 5/2012, de 16 de janeiro, objeto da Declaração de Retificação n.º 2/2012, de 25 de janeiro, o Estado enquanto acionista do Centro Hospitalar Barcelo Montijo EPE define no presente documento as orientações estratégicas e específicas dirigidas ao Conselho de Administração do Hospital para o triénio 2016-2018 que constituem as coordenadas essenciais da ação dos gestores que integram esse órgão, bem como o compromisso com a excelência de gestão que aqueles gestores assumem para com os sócios.

ORIENTAÇÕES ESTRATÉGICAS

Constituem orientações estratégicas de gestão as que se encontram legalmente definidas nos termos do Decreto-Lei 133/2013, de 3 de outubro, na sua atual redação. Deverão ser observadas, designadamente, as orientações destinadas à globalidade do sector empresarial do Estado, bem como as melhores práticas de gestão, segundo os princípios do bom governo das empresas públicas.

Estas orientações estratégicas devem ser entendidas e executadas em função das orientações específicas definidas no capítulo seguinte, nos termos do disposto nos artigos 24.º e 29.º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro, na sua atual redação, e do EGP, tendo em especial consideração o quadro de forte restrição orçamental, decorrente da atual conjuntura económica e financeira, que exige determinação na contenção dos gastos públicos e impõe um acrescido grau de responsabilidade no gestão do bem público.

O triénio será particularmente exigente na procura da sustentabilidade económico-financeira do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Com os recursos disponíveis, o SNS terá de, sem perda de qualidade, salvaguardando os atuais níveis de acesso e eficácia, continuar a responder às necessidades de saúde dos cidadãos ao nível da prestação de cuidados. Reforçando a necessidade de dar continuidade a estas exigências, impõe-se a tomada de medidas sobre a despesa, nomeadamente através do controlo exigente dos custos operacionais de cada instituição.

1. Princípios gerais de gestão criteriosa e de sustentabilidade económico-financeira

Os gestores obrigam-se a adotar princípios de gestão criteriosa e de sustentabilidade económico-financeira, nomeadamente:

- a) Cumprir a missão e objetivos, de forma eficiente, na vertente económica, financeira, social e ambiental, pautando-se por parâmetros exigentes de qualidade, pelos princípios de responsabilidade social, do desenvolvimento sustentável, de serviço público e da satisfação das necessidades da população da sua área de influência;
- b) Cumprir a carteira de serviços aprovada no plano estratégico do Centro Hospitalar Beira Litoral, EPE pela Saúde;
- c) Estabelecer metas de aumento da eficiência, pautando-se por uma filosofia de gestão empresarial a todos os níveis de gestão;
- d) Disponibilizar, nos prazos e termos fixados na lei, a informação pertinente;
- e) Utilizar as tecnologias de informação que forem mais adequadas para a prestação tempestiva de informação, garantindo a transparência dos processos e o cumprimento dos normativos contabilísticos;
- f) Promover e premiar as boas práticas na utilização dos recursos.

2. Princípios gerais de governação clínica

Os gestores obrigam-se a aliar, em estreita procura com os serviços clínicos que dirigem, os seguintes objetivos gerais na área da governação clínica:

- a) Centrar a prestação de cuidados de saúde no doente, de forma transparente e responsável, procurando a partilha da decisão clínica entre prestador e doente;
- b) Prestar cuidados de saúde baseados na evidência através de protocolos e recomendações clínicas orientadas para a maximização da qualidade e satisfação individual do doente;
- c) Garantir que a prestação de cuidados considere aspetos de eficácia, eficiência e segurança, otimizando e maximizando os recursos e obtenção de ganhos em saúde;
- d) Implementar atividades de auditoria clínica através de estatísticas revisão dos cuidados prestados e da implementação das mudanças necessárias ao aperfeiçoamento da prestação de cuidados de saúde;
- e) Desenvolver atividades de avaliação e gestão de risco, de forma a diminuir a probabilidade de resultados adversos ou desconfortáveis para os doentes, profissionais de saúde e organização;
- f) Apoiar os profissionais de saúde na prestação de cuidados de qualidade;
- g) Promover o ensino pré e pós-graduação e atividades de formação dos profissionais de saúde, designadamente do domínio da gestão clínica, tendo em consideração as necessidades de saúde da comunidade.

h) Desenvolver atividades de investigação científica aplicada à clínica e implementar os seus resultados;

i) Assegurar a devida transmissão de informação clínica entre os diferentes níveis de cuidados de saúde, de modo a favorecer a continuidade e a qualidade de cuidados;

III ORIENTAÇÕES ESPECÍFICAS

As orientações específicas para o Conselho de Administração são as seguintes:

- a) Implementar as orientações estratégicas definidas pelo Ministério da Saúde em cada momento;
- b) Implementar os normativos contidos no Contrato-Programa assinado entre a Administração Regional de Saúde e o Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE e atingir os objetivos de qualidade e sustentabilidade económico-financeira nele definidos;
- c) Elaborar, atualizar anualmente e implementar o Plano Estratégico do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE;
- d) Implementar os mecanismos necessários à correta e integral monitorização das obrigações definidas no presente contrato e no contrato programa e instituir os procedimentos necessários ao processo de autoavaliação e de reporte de informação à tutela nos prazos definidos em cada ano através do Circular de ACSB, Inquérito e Relatório de Gestão e Contas, do qual deverá fazer parte integrante uma análise de sustentabilidade nos domínios económico, social e ambiental, onde a empresa dará conta da sua estratégia, metas alcançadas e planos de ação para o futuro.

IV OBJETIVOS DE GESTÃO PARA O TRIÉNIO 2016-2018

Os objetivos de gestão consistem em atingir os metas nacionais que constam do Apêndice II do Anexo do Contrato-Programa assinado entre a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP e o Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE.

O Índice Global de Desempenho (IGD) é o resultado no somatório dos indicadores nacionais parciais que constam do Apêndice acima referido, expressos em percentagem, calculados da seguinte forma: valor efetivo apurado em cada indicador dividido pelo valor estabelecido como meta para o indicador e multiplicado pelo ponderador respetivo. Os ponderadores aos indicadores nacionais são proporcionalmente reponderados para 100%. Os indicadores parciais têm uma metodologia de cálculo diferente da acima referida nas situações seguintes:

- a) Quando o objetivo estabelecido prevê uma redução, o valor efetivo apurado para o indicador é subtraído ao valor estabelecido como meta e o resultado é dividido por essa mesma meta, sendo somada uma unidade ao resultado;
- b) Quando é estabelecido como objetivo um EBITDA não, se o valor efetivo apurado for positivo o objetivo é alcançado e o valor do indicador é 100%, caso contrário é zero.

c) Quando é estabelecido como objetivo um acréscimo de dívida não, se o valor efetivo apurado for negativo ou nulo, o objetivo foi alcançado e o valor do indicador é 100%; caso contrário é zero.

O valor efetivo dos indicadores nome referidos é o que for apurado nos relatórios de gestão e contas anuais, aprovados pelo Conselho de Administração da CHBA EPE e certificados pelo fiscal único.

O indicador Global de Desempenho a considerar é o último disponível avaliado no âmbito do Contrato-Programa acima referido, desde que os resultados tenham sido alcançados após a assinatura do presente Contrato de Gestão.

Para efeitos da aplicação da cláusula 7, a avaliação de desempenho é considerada negativa sempre que o indicador de Global Desempenho for inferior a 75%.

ANEXO II

REMUNERAÇÃO DO GESTOR

1. Remuneração Fixa

De acordo com o Estatuto do Gestor Público (EGP), aprovado pelo Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de março, na redação dada pelo Decreto-Lei n.º 5/2012, de 15 de janeiro, retificado pela Declaração de Retificação n.º 7/2012, de 26 de janeiro, e tendo em conta a Resolução do Conselho de Ministros n.º 16/2012, de 14 de fevereiro, com as alterações da Resolução do Conselho de Ministros n.º 16/2012, de 21 de fevereiro, e a Resolução do Conselho de Ministros n.º 30/2012, de 26 de março, alterada pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 97/2012, de 21 de novembro, que atribui ao Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE a classificação (B) e tendo em conta a percentagem efetiva do valor padrão aplicável, a remuneração será determinada em função daquele enquadramento legal, da complexidade, exigência e responsabilidade inerentes às funções e das prioridades decorrentes da aplicação dos artigos 24.º e 30.º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro, na sua atual redação.

O Gestor Pedro Nuno Miguel Batista Lopes, nos termos da cláusula 3.ª do presente Contrato e por aplicação das regras remuneratórias associadas à classificação (B) atribuída ao CHBM, EPE e tendo em conta a percentagem efetiva do valor padrão aplicável, auferirá o vencimento mensal líquido de € 4.292,06 pago 14 (catorze) vezes por ano, e o Abono mensal para Despesas de Representação de € 1.716,83 pago 12 (doze) vezes por ano, valores aos quais se aplicam as reduções remuneratórias fixadas por lei, sempre que aplicáveis.

A atribuição de prémios de desempenho encontra-se dependente do que estiver fixado por lei, sendo ainda certo que as remunerações e auferidas efetivamente pelos membros do Conselho de Administração não podem exceder os montantes existentes à data de 01-03-2012, nos termos do n.º 21 da Resolução do Conselho de Ministros n.º 16/2012, de 9 de fevereiro.

Por imperativo da aplicação dos normativos referidos neste número, o Gestor auferirá o Vencimento Mensal líquido de € 4.204,18 e o Abono mensal para Despesas de Representação de € 1.471,46 desde 3 de Novembro de 2016.

2. Remuneração Variável

2.1. Componente Plurianual (Va)

O grau de consecução dos objetivos anuais e posterior atribuição de incentivos variáveis a aplicar aos membros do Conselho de Administração do CHBM, EPE, será o resultado da aplicação da percentagem correspondente ao objetivo na determinação dos objetivos fixados.

A remuneração variável a atribuir aos membros do Conselho de Administração do CHAM, EPE será em função do valor apurado para o indicador Global de Desempenho descrito no Anexo I do presente contrato e de acordo com a tabela seguinte:

Indicador Global de Desempenho (ID)	Componente variável (Va)
$ID \geq 115\%$	$0,30 \times Fa$
$107,5\% < ID < 115\%$	$0,25 \times Fa$
$100,0\% < ID <= 107,5\%$	$0,20 \times Fa$
$90,0\% < ID <= 100\%$	$0,15 \times Fa$
$85,0\% < ID <= 90\%$	$0,05 \times Fa$
$ID <= 85,0\%$	0

Fa = Remuneração fixa anual

O pagamento da remuneração variável dependerá, em cada ano, do que estiver definido na lei para as entidades públicas estaduais.



CHBM

**Centro Hospitalar
Barreiro Montijo EPE**

Regulamento de comunicação interna de irregularidades

Capítulo I - Enquadramento

De acordo com o disposto na alínea b) do n.º 2 do artigo 17.º do anexo II do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro, republicado pelo Decreto-Lei n.º 12/2015, de 26 de Janeiro, compete ao Serviço de Auditoria Interna “receber as comunicações de irregularidades sobre a organização e funcionamento do hospital E.P.E. apresentadas pelos demais órgãos estatutários, trabalhadores, colaboradores, utentes e cidadãos em geral.” Tendo ainda em consideração que nos termos do disposto no n.º 4 do artigo 17.º-A do referido diploma “Mediante proposta do serviço de auditoria interna, deve ser aprovado pelo conselho de administração do hospital E. P. E. um regulamento que defina as regras e procedimentos de comunicação interna de irregularidades...”, é elaborado o presente regulamento de comunicação de irregularidades.

Capítulo II - Âmbito

Artigo 1.º Objectivo

O Regulamento de Comunicação de Irregularidades estabelece os procedimentos internos para a recepção, registo e tratamento das comunicações de irregularidades recebidas pelo Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE.

Artigo 2.º 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):

- a) 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;
- b) Dano, abuso ou desvio relativo ao património do Centro Hospitalar;
- c) Dano, abuso ou desvio relativo ao património dos utentes;
- d) Prejuízo à imagem ou reputação do Centro Hospitalar.

Artigo 3.º Matérias excluídas

As comunicações apresentadas que excedam o âmbito descrito no número anterior não serão objecto de tratamento pelo Serviço de Auditoria Interna (SAI). No entanto, caso sejam recebidas, será

informado o remetente da comunicação do não tratamento da mesma e indicação de qual meio que deverá ser utilizado, de entre os meios em vigor no CHBM.

Artigo 4.º Carácter Voluntário

O presente regulamento tem subjacente um regime voluntário de comunicação de irregularidades.

Capítulo III – Comunicação das Irregularidades

Artigo 5.º Forma de Comunicação

- 1 - As comunicações são feitas na forma escrita, por carta ou correio electrónico.
- 2 - As comunicações de indícios de irregularidades, abrangidas pelo presente Regulamento, são enviadas ao SAI, devendo obedecer aos seguintes critérios:
 - a) Entregue em envelope fechado, se remetido por carta;
 - b) Menção de “confidencial” no assunto da mensagem (no caso de correio electrónico) ou inscrita na parte exterior do envelope;
 - c) Identificação do autor da comunicação, não sendo objecto de tratamento comunicações anónimas;
 - d) Indicação expressa de que prescinde do anonimato, caso assim o deseje;
 - e) 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 excepcionalmente e mediante análise, serão aceites e tratadas informações anónimas.

Artigo 6.º Canais de Comunicação

- 1 - As comunicações de irregularidades podem ser remetidas através dos seguintes meios:
 - a) Correio Electrónico:
irregularidade@chbm.min-saude.pt

- b) Correio Postal:

Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E.
Serviço de Auditoria Interna
Avenida Movimento das Forças Armadas

2834-003 Barreiro

- 2 - Estes meios de comunicação serão objecto de divulgação no sítio da intranet e da internet do CHBM,EPE.

Artigo 7.º
Confidencialidade

- 1 - Todas as comunicações de irregularidades recebidas, abrangidas pelo presente Regulamento, serão tratadas como confidenciais, garantindo-se o anonimato do seu autor, salvo se este manifestar, expressamente e inequivocamente que não pretende usufruir de tal prerrogativa.
- 2 - A informação comunicada ao abrigo do presente Regulamento, será utilizada única e exclusivamente para as finalidades nele previsto.

Artigo 8.º
Garantia de não discriminação

- 1 - O Centro Hospitalar Barreiro Montijo não poderá desenvolver acções retaliatórias para com os seus colaboradores que comuniquem, colaborem, prestem alguma informação ou assistência no âmbito das averiguações das comunicações de irregularidades.
- 2 - Não obstante o disposto no número anterior, as comunicações de irregularidades com manifesta falsidade ou má-fé, constituirá matéria passível de acção disciplinar, proporcional à infracção cometida.

Capítulo IV – Tratamento das Irregularidades

Artigo 9.º
Procedimentos

Etapas do procedimento:

- a) Registo da comunicação de irregularidade;
- b) Análise preliminar;
- c) Elaboração de relatório da análise preliminar.

Artigo 10.º
Registo da Comunicação de Irregularidade

As comunicações recebidas pelo Serviço de Auditoria Interna serão objecto de registo e tratamento da seguinte forma:

- a) Atribuição de número identificativo da comunicação;
- b) Data de recepção;
- c) Modo de recepção (email ou carta);
- d) Breve descrição da natureza da comunicação;
- e) Medidas adoptadas face à comunicação;
- f) Estado actual do respectivo processo (pendente ou encerrado).

Artigo 11.º
Análise preliminar

- 1 - As comunicações de irregularidades, após registadas, serão alvo de uma análise preliminar por parte do SAL.
- 2 - Se necessário, podem ser envolvidos outros colaboradores do Centro Hospitalar na análise da comunicação, nomeadamente a Comissão de Acompanhamento da Prevenção da Corrupção.
- 3 - A análise preliminar, procura certificar-se do seguinte:
 - a) Comunicação enquadra-se no âmbito do presente regulamento;
 - b) Carácter irregular dos factos reportados;
 - c) A viabilidade de investigação com o nível de detalhe necessário;
 - d) Identificação das pessoas envolvidas ou que tenham conhecimento de factos relevantes para a irregularidade em causa.

Artigo 12.º
Relatório da análise preliminar

- 1 - Concluída a análise preliminar, será elaborado um relatório que engloba os pontos referidos no artigo anterior, uma semana após recepção da irregularidade.
- 2 - Através deste relatório será dada uma proposta de posterior averiguação dos factos ou de arquivamento da comunicação.

- 3 - O relatório pode conter medidas de reforço do Sistema de Controlo Interno, em função da identificação de fragilidades identificadas.
- 4 - O relatório é remetido ao Conselho de Administração para deliberação.

Capítulo V – Disposições Finais

Artigo 13.º Relatório de Actividades

No relatório anual sobre a actividade desenvolvida que o Serviço de Auditoria Interna prepara, será acrescentado um ponto relativo às comunicações de irregularidades recebidas e tratamento interno dado às mesmas, onde consta:

- a) O número de comunicações recebidas;
- b) Resumo do teor de cada comunicação de irregularidade recebida;
- c) O estado em que cada comunicação se encontra;
- d) As medidas tomadas no âmbito das comunicações de irregularidades recebidas.

Artigo 14.º Alterações ao regulamento

- 1 - Sempre que se justifique, o presente regulamento poderá ser alvo de actualização.
- 2 - As alterações só entram em vigor após aprovação pelo Conselho de Administração.

Artigo 15.º Vigência

O presente Regulamento entra em vigor imediatamente após a sua aprovação pelo Conselho de Administração.

*Visto e aprovado em Conselho de Administração
de 19 de março de 2015*

P

ANEXO

[NOMEAÇÃO/ELEIÇÃO]

Exmo. Senhor
 Inspetor-Geral de Finanças
 Rua Angelina Vidal, n.º 41
 1199-005 LISBOA

Data:

Assunto: Deveres de informação decorrentes do disposto no nº 9 do art.º 22º do DL n.º 71/2007, de 27 de março, alterado e republicado pelo DL nº 8/2012, de 18 de janeiro, e no nº 1 do art.º 52º do DL n.º 133/2013, de 3 de outubro.

IDENTIFICAÇÃO DO GESTOR PÚBLICO

Nome: Pedro Nuno Miguel Baptista Lopes
NIF: 196756030
Morada: Rua Infante D. Pedro n.º 4 Aroeira
Código Postal: 2820-066 Charneca da Caparica
E-mail: pedro.lopes@chbm.min-saude.pt
Telefone: 962049891

NOMEAÇÃO/ELEIÇÃO

Empresa/Entidade(*): Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE
Tipo (Empresa Pública, Empresa Municipal, Instituto, outro-identificar): Entidade Pública Empresarial
NIF: 509186998
Morada da Sede: Av.ª Movimento das Forças Armadas
Código Postal: 2834-003 BARREIRO
E-mail: admin@chbm.min-saude.pt
Telefone: 212049310
Fax: 212147132

Cargo para que foi nomeado/eleito: Presidente do Conselho de Administração
Data de início do mandato (dd/mm/aaaa): 03/11/2016
Data prevista de termo do mandato (dd/mm/aaaa): 31/12/2018

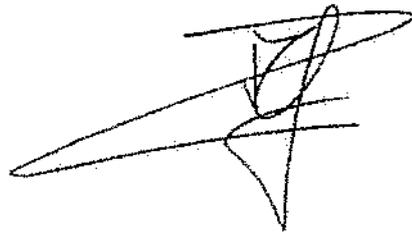
(*) Deve enviar à IGF uma declaração por cada nomeação/eleição.

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

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

2. De acordo com o nº 9 do art.º 22º, do DL nº 71/2007, 27 de março, que **não detenho** participações e interesses patrimoniais, direta ou indiretamente, em qualquer outra empresa/entidade.

3. Nos termos do preceituado no nº 1 do art.º 52º do DL 133/2013, de 3 de outubro, que **não mantenho** quaisquer relações com os fornecedores, clientes, instituições financeiras ou quaisquer outros parceiros de negócio, da empresa onde exerço funções, suscetíveis de gerar conflitos de interesse.

A handwritten signature in black ink, consisting of several overlapping loops and lines, positioned centrally on the page.

ANEXO

[NOMEAÇÃO/ELEIÇÃO]

Exmo. Senhor
Inspetor-Geral de Finanças
Rua Angelina Vidal, n.º 41
1199-005 LISBOA

Data:

Assunto: Deveres de informação decorrentes do disposto no nº 9 do art.º 22º do DL n.º 71/2007, de 27 de março, alterado e republicado pelo DL nº 8/2012, de 18 de janeiro, e no nº 1 do art.º 52º do DL n.º 133/2013, de 3 de outubro.

IDENTIFICAÇÃO DO GESTOR PÚBLICO

Nome: Sónia Maria Alves Bastos
NIF: 204481651
Morada: Rua Futebol Clube de S. Francisco, n.º 110 1º frente
Código Postal: 2890-486 São Francisco, Aicochete
E-mail: sonia.bastos@chbm.min-saude.pt
Telefone: 969844432

NOMEAÇÃO/ELEIÇÃO

Empresa/Entidade(*): Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE
Tipo (Empresa Pública, Empresa Municipal, Instituto, outro-identificar): Entidade Pública Empresarial
NIF: 509186998
Morada da Sede: Av.ª Movimento das Forças Armadas
Código Postal: 2834-003 BARREIRO
E-mail: admin@chbm.min-saude.pt
Telefone: 212049310
Fax: 212147132

Cargo para que foi nomeado/eleito: Vogal Executivo
Data de início do mandato (dd/mm/aaaa): 03/11/2016
Data prevista de termo do mandato (dd/mm/aaaa): 31/12/2018

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

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

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

2. De acordo com o nº 9 do art.º 22º, do DL nº 71/2007, 27 de março, que **não detenho** participações e interesses patrimoniais, direta ou indiretamente, em qualquer outra empresa/entidade.

3. Nos termos do preceituado no nº 1 do art.º 52º do DL 133/2013, de 3 de outubro, que **não mantenho** quaisquer relações com os fornecedores, clientes, instituições financeiras ou quaisquer outros parceiros de negócio, da empresa onde exerce funções, suscetíveis de gerar conflitos de interesse.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Sina Zely', with a long horizontal flourish extending to the right.

ANEXO

[NOMEAÇÃO/ELEIÇÃO]

Exmo. Senhor
 Inspetor-Geral de Finanças
 Rua Angelina Vidal, n.º 41
 1199-005 LISBOA

Data:

Assunto: Deveres de informação decorrentes do disposto no n.º 9 do art.º 22º do DL n.º 71/2007, de 27 de março, alterado e republicado pelo DL n.º 8/2012, de 18 de janeiro, e no n.º 1 do art.º 52º do DL n.º 133/2013, de 3 de outubro.

IDENTIFICAÇÃO DO GESTOR PÚBLICO

Nome: António Manuel da Silva Viegas
NIF: 158096830
Morada: Praceta Pátrias Livres, n.º 2B 2º Esq
Código Postal: 2830-021 Barreiro
E-mail: antonio.veigas@chbm.min-saude.pt
Telefone: 963261924

NOMEAÇÃO/ELEIÇÃO

Empresa/Entidade(*): Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE
Tipo (Empresa Pública, Empresa Municipal, Instituto, outro-identificar): Entidade Pública Empresarial
NIF: 50918699S
Morada da Sede: Av.º Movimento das Forças Armadas
Código Postal: 2834-003 BARREIRO
E-mail: admin@chbm.min-saude.pt
Telefone: 212049310
Fax: 212147132

Cargo para que foi nomeado/eleito: Vogal Executivo
Data de início do mandato (dd/mm/aaaa): 03/11/2016
Data prevista de termo do mandato (dd/mm/aaaa): 31/12/2018

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

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

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

2. De acordo com o nº 9 do art.º 22º, do DL nº 71/2007, 27 de março, que **não detenho** participações e interesses patrimoniais, direta ou indiretamente, em qualquer outra empresa/entidade.

3. Nos termos do preceituado no nº 1 do art.º 52º do DL 133/2013, de 3 de outubro, que **não mantenho** quaisquer relações com os fornecedores, clientes, instituições financeiras ou quaisquer outros parceiros de negócio, da empresa onde exerço funções, suscetíveis de gerar conflitos de interesse.

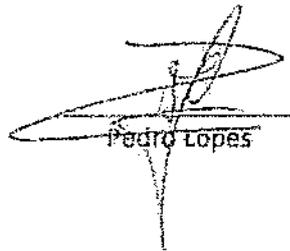
Artur Manuel Serra Vizes

DECLARAÇÃO DE INCOMPATIBILIDADES E IMPEDIMENTOS PARA GESTOR PÚBLICO

(artigo 22.º do DL, n.º 71/2007, de 27 de março)

Eu, Pedro Nuno Miguel Baptista Lopes, declaro não possuir qualquer impedimento e incompatibilidade previstas no artigo 22.º do DL, n.º 71/2007, de 27 de março ou em outra legislação especial aplicável

Lisboa, 02/09/2016



Pedro Lopes

DECLARAÇÃO DE INCOMPATIBILIDADES E IMPEDIMENTOS PARA GESTOR PÚBLICO

(artigo 22.º do DL, n.º 71/2007, de 27 de março)

Eu Sónia Maria Alves Bastos

Declaro não possuir qualquer impedimento e incompatibilidade previstas no artigo 22.º do DL, n.º 71/2007, de 27 de março ou em outra legislação especial aplicável

Lisboa, 31 de agosto de 2016

Assinatura



DECLARAÇÃO DE INCOMPATIBILIDADES E IMPEDIMENTOS PARA GESTOR PÚBLICO

(artigo 22.º do DL, n.º 71/2007, de 27 de março)

Eu António Manuel Silva Viegas declaro não possuir qualquer impedimento e incompatibilidade previstas no artigo 22.º do DL, n.º 71/2007, de 27 de março ou em outra legislação especial aplicável

Lisboa, 2016 / 08 / 09

Assinatura

António Manuel Silva Viegas

Exmo. Senhor
Dr. Fernando Medina
Presidente do Conselho Metropolitano
Área Metropolitana de Lisboa
Rua Cruz de Santa Apolónia, 23-25
1100-187 Lisboa.

V/Ref.º:

Data: PC/136/2019

N/Ref.º:

27 JUN 19 004123

Assunto: Conselho Consultivo - pedido de nomeação

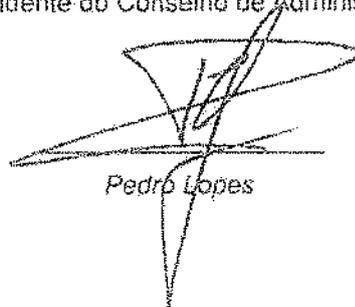
Vem o Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE, doravante CHBM, ao abrigo do artigo 21.º do Anexo II, do Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro, na sua última redação, que estabelece os estatutos dos Hospitais EPE, expor e requerer a V. Ex.ª o seguinte:

1. O CHBM encontra-se desde o início de 2016 sem Presidente do Conselho Consultivo;
2. Com efeito, o Dr. António Afonso Reynaud de Melo Pires foi nomeado Presidente do Conselho Consultivo do CHBM pelo Despacho n.º 1505/2015, do Sr. Ministro da Saúde, publicado no Diário da República, 2.ª série, de 12 de fevereiro;
3. No final desse ano, em data que não é possível precisar, foi este Centro Hospitalar informado que o Dr. Melo Pires cessaria essas suas funções a partir de 2016, uma vez que se iria ausentar do país;
4. Até ao presente, não foi nomeado qualquer substituto;

Assim, porque já decorreram mais de três anos sobre essa data, e o conselho consultivo, não tendo presidente, não tem reunido nem exercido as suas competentes funções, nos termos dos artigos 5.º, al. d) e 21.º e seguintes, dos Estatutos dos Hospitais EPE, solicitamos a V. Ex.ª, nos termos do já citado artigo 21.º, n.º 1, al. a), a nomeação de personalidade de reconhecido mérito para o exercício das funções de Presidente do Conselho Consultivo do CHBM.

Com os melhores cumprimentos, *também de elevada estima pessoal*

O Presidente do Conselho de Administração

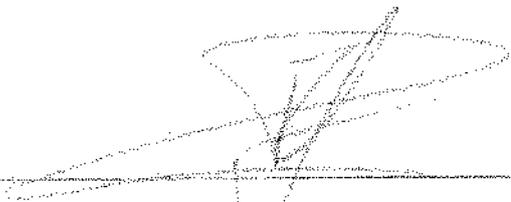


Pedro Lopes

DECLARAÇÃO DE INDEPENDÊNCIA

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

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



Pedro Lopes
Presidente do Conselho de Administração



DECLARAÇÃO DE INDEPENDÊNCIA

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

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

Sónia Maria Alves Bastos

Sónia Bastos

2023/10/03

DECLARAÇÃO DE INDEPENDÊNCIA

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

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



António Manuel Viegas
Enfermeiro-Médico



DECLARAÇÃO DE INDEPENDÊNCIA

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

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

Barreiro, 22 de março de 2019

Ana Teresa Nobre Duque Monteiro Leite Marques Xavier

Ana Teresa Nobre Duque Monteiro Leite Marques Xavier

**DECLARAÇÃO DE INCOMPATIBILIDADES E IMPEDIMENTOS PARA
GESTOR PÚBLICO**

(artigo 22.º do Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de março)

Eu, Ana Teresa Nobre Duque Monteiro Leite Marques Xavier, declaro não possuir qualquer impedimento e incompatibilidade previstas no artigo 22.º do Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de março ou em outra legislação especial aplicável.

Barreiro, 22 de março de 2019

Ana Teresa Nobre Duque Monteiro Leite Marques Xavier
Ana Teresa Nobre Duque Monteiro Leite Marques Xavier

**DECLARAÇÃO DE INCOMPATIBILIDADES E IMPEDIMENTOS PARA
GESTOR PÚBLICO**

(artigo 22.º do Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de março)

Eu, João Pedro Mendes dos Santos, declaro não possuir qualquer impedimento e incompatibilidade previstas no artigo 22.º do Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de março ou em outra legislação especial aplicável.

Barreiro, 22 de março de 2019



João Santos



DECLARAÇÃO DE INDEPENDÊNCIA

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

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

Barreiro, 22 de março de 2019

João Santos

ANEXO

[NOMEAÇÃO/ELEIÇÃO]

Exmo. Senhor
 Inspetor-Geral de Finanças
 Rua Angelina Vidal, n.º 41
 1199-005 LISBOA

Data:

Assunto: Deveres de Informação decorrentes do disposto no n.º 9 do art.º 22º do DL n.º 71/2007, de 27 de março, alterado e republicado pelo DL n.º 8/2012, de 18 de janeiro, e no n.º 1 do art.º 52º do DL n.º 133/2013, de 3 de outubro.

IDENTIFICAÇÃO DO GESTOR PÚBLICO

Nome: João Pedro Mendes dos Santos
NIF: 182273717
Morada: Rua Alto do Chafariz, n.º 38
Código Postal: 2898-511 ALCOCHETE
E-mail: joaopsantos@chbm.min-saude.pt
Telefone: 917775604

NOMEAÇÃO/ELEIÇÃO

Empresa/Entidade(*): Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE
Tipo (Empresa Pública, Empresa Municipal, Instituto, outro-identificar): Entidade Pública Empresarial
NIF: 509186998
Morada da Sede: Av.º Movimento das Forças Armadas
Código Postal: 2834-003 BARREIRO
E-mail: admin@chbm.min-saude.pt
Telefone: 212049310
Fax: 212147132

Cargo para que foi nomeado/eleito: Vogal Executivo
Data de início do mandato (dd/mm/aaaa): 22/03/2019
Data prevista de termo do mandato (dd/mm/aaaa): 31/12/2021

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

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

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

2. De acordo com o nº 9 do art.º 22º, do DL nº 71/2007, 27 de março, que **detenho** participações e interesses patrimoniais, direta ou indiretamente, na empresa IPMS Consulting, Lda., NIF n.º 513601287, Participação: 51%.

3. Nos termos do preceituado no nº 1 do art.º 52º do DL 133/2013, de 3 de outubro, que **não mantenho** quaisquer relações com os fornecedores, clientes, instituições financeiras ou quaisquer outros parceiros de negócio, da empresa onde exerço funções, suscetíveis de gerar conflitos de interesse.



João Santos

ANEXO

[NOMEAÇÃO/ELEIÇÃO]

Exmo. Senhor
 Inspetor-Geral de Finanças
 Rua Angelina Vidal, n.º 41
 1199-005 LISBOA

Data:

Assunto: Deveres de informação decorrentes do disposto no n.º 9 do art.º 22º do DL n.º 71/2007, de 27 de março, alterado e republicado pelo DL n.º 8/2012, de 18 de janeiro, e no n.º 1 do art.º 52º do DL n.º 133/2013, de 3 de outubro.

IDENTIFICAÇÃO DO GESTOR PÚBLICO

Nome: Ana Teresa Nobre Duque Monteiro Leite Marques Xavier
NIF: 140524460
Morada: Rua Dr. Câmara Pestana, n.º 33, 3.º e 4.º andares
Código Postal: 2830-342 BARREIRO
E-mail: teresaxavier@chbm.min-saude.pt
Telefone: 963787130

NOMEAÇÃO/ELEIÇÃO

Empresa/Entidade(*): Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE
Tipo (Empresa Pública, Empresa Municipal, Instituto, outro-identificar): Entidade Pública Empresarial
NIF: 509186998
Morada da Sede: Av.ª Movimento das Forças Armadas
Código Postal: 2834-003 BARREIRO
E-mail: admin@chbm.min-saude.pt
Telefone: 212049310
Fax: 212147132

Cargo para que foi nomeado/eleito: Vogal Executivo
Data de início do mandato (dd/mm/aaaa): 22/03/2019
Data prevista de termo do mandato (dd/mm/aaaa): 31/12/2021

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

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

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

2. De acordo com o nº 9 do art.º 22º, do DL nº 71/2007, 27 de março, que **não detenho** participações e interesses patrimoniais, direta ou indiretamente, em qualquer outra empresa/entidade.

3. Nos termos do preceituado no nº 1 do art.º 52º do DL 133/2013, de 3 de outubro, que **não mantenho** quaisquer relações com os fornecedores, clientes, instituições financeiras ou quaisquer outros parceiros de negócio, da empresa onde exerço funções, suscetíveis de gerar conflitos de interesse.

Ana Teresa Nobre Duque Monteiro Leite Marques Xavier
Ana Teresa Nobre Duque Monteiro Leite Marques Xavier

III — Subcomponente DTCP 3 (ponderação de 20 %): Desempenho de outras atividades técnico-científicas e/ou profissionais relevantes na área disciplinar/disciplina em que é aberto o concurso.

III.a) Elaboração de estudos, pareceres, cadernos de encargos: 4 pontos por item;

III.b) Avaliador de artigos científicos, projetos de investigação ou similares: 3 pontos por item;

III.c) Membro de conselho redatorial: 5 pontos por revista.

14.2 — Na avaliação da capacidade pedagógica (CP) são objeto de ponderação os seguintes parâmetros e itens:

I — Subcomponente CP 1 (ponderação de 30 %):

I.a) Experiência efetiva de serviço docente no ensino superior: 4 pontos por ano.

II — Subcomponente CP 2 (ponderação de 40 %):

II.a) Docência relevante na área disciplinar em que é aberto o concurso, tendo em consideração fatores como a regência, a diversidade e a elaboração dos programas das disciplinas lecionadas, até 4 pontos por ano.

III — Subcomponente CP 3 (ponderação de 30 %):

III.a) Qualidade do material pedagógico publicado ou apresentado: de 0 a 50 pontos;

III.b) Supervisão de atividades pedagógicas: orientação de estágios e projetos (até ao máximo de 25 alunos): de 0 a 50 pontos.

14.3 — Na avaliação das outras atividades Relevantes para a Missão da Instituição (OAR) são objeto de ponderação os seguintes parâmetros e itens:

I — Subcomponente OAR 1 (ponderação de 50 %): Desempenho de cargos de gestão da instituição (presidência/direção, presidência do Conselho Científico/Pedagógico, vice-presidência, coordenação de departamento/área científica/grupo disciplinar, coordenação de curso):

I.a) Presidente/Diretor de Escola ou Unidade Orgânica: 30 pontos por ano;

I.b) Vice-presidente/Subdiretor de Escola ou Unidade Orgânica, Presidente do Conselho Científico e Conselho Pedagógico: 24 pontos por ano;

I.c) Vice-Presidente do Conselho Científico e do Conselho Pedagógico, Coordenador de Comissão Científica: 10 pontos por ano;

I.d) Coordenador de Área Científica ou Departamento: 20 pontos por ano;

I.e) Coordenador de Grupo Disciplinar: 12 pontos por ano;

I.f) Coordenador de Curso de Licenciatura ou Mestrado: 20 pontos por ano;

I.g) Coordenador do Curso CET, CTESP ou de Pós-graduação: 12 pontos por ano.

II — Subcomponente OAR 2 (ponderação de 30 %): Membro de órgãos institucionais:

II.a) Membro de Conselho Científico, Conselho Pedagógico, Conselho Geral e Conselho Académico: 7 pontos por ano.

III — Subcomponente OAR 3 (ponderação de 20 %): Outras atividades relevantes:

III.a) Participação em programa de Mobilidade: Estádias docentes e de investigação: 7 pontos por item;

III.b) Responsável pela organização de eventos científicos ou artísticos: 7 pontos por item;

III.c) Membro da comissão organizadora de eventos científicos ou artísticos: 4 pontos por item.

15 — O currículo do candidato deve ser organizado e apresentado tendo em conta os critérios e parâmetros de avaliação identificados de n.º 14 do presente edital, reservando-se o júri o direito de não considerar a informação que seja apresentada fora dos moldes acima descritos.

16 — A ordenação dos candidatos deve ser fundamentada na avaliação feita com base nos parâmetros gerais de avaliação e correspondentes fatores de ponderação aprovados.

16.1 — De acordo com a grelha resultante do n.º 14, cada membro do júri valoriza cada uma das subcomponentes para cada candidato. A pontuação do candidato em cada subcomponente é a média aritmética das valorizações feitas pelos membros do júri.

16.2 — Os resultados obtidos da aplicação das regras definidas no ponto 16.1 são objeto de relativização, nos seguintes termos: em cada subcomponente, ao candidato com o maior número de pontos obtidos é atribuído o valor 100; aos restantes candidatos será atribuído um valor proporcional tendo como referência o candidato com o maior número de pontos.

16.3 — A classificação Final (CF) da avaliação de cada candidato é calculada através da fórmula de ponderação das várias componentes e subcomponentes:

$$CF = DTCP * (dtep1 * Ptep1 + dtep2 * Ptep2 + dtep3 * Ptep3) + CP * (cp1 * Pcp1 + cp2 * Pcp2 + cp3 * Pcp3) + OAR * (oar1 * Poar1 + oar2 * Poar2 + oar3 * Poar3)$$

em que Pxxi representa o número de pontos normalizado obtido em cada subcomponente.

17 — Nos termos da alínea b) do n.º 4 do artigo 23.º da ECPDESP e da alínea n) do artigo 17.º do Regulamento Concursal para a Contratação de Pessoal Docente de Carreira do IPVC, o júri pode promover audições públicas, em igualdade de circunstâncias para todos os candidatos admitidos.

18 — O processo do concurso pode ser consultado pelos candidatos que o pretendam fazer nos serviços centrais do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, nas horas normais de expediente.

19 — Em cumprimento da alínea h) do artigo 9.º da Constituição da República Portuguesa, o Instituto Politécnico de Viana do Castelo, enquanto entidade empregadora, promove ativamente uma política de igualdade de oportunidades entre homens e mulheres no acesso ao emprego e na progressão profissional, providenciando escrupulosamente no sentido de evitar toda e qualquer forma de discriminação.

20 — O presente concurso será inscrito (registado) na BEP (Bolsa de Emprego Público), até ao 2.º dia útil após a presente publicação no *Diário da República*, nos termos do Decreto-Lei n.º 78/2003, de 23 de abril, inserido no sítio da Internet da Fundação para a Ciência e a Tecnologia, nas línguas portuguesa e inglesa, assim como, de igual modo, no sítio da Internet do IPVC.

4 de abril de 2019. — O Presidente do IPVC, Rui Alberto Martins Ribeiro.

312204848

PARTE G

CENTRO HOSPITALAR BARREIRO MONTIJO, E. P. E.

Deliberação n.º 470/2019

O Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Barreiro Montijo, reunido a 29 de março de 2019, delibera, ao abrigo do disposto nos artigos 43.º e 46.º do Código do Procedimento Administrativo, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 4/2015, de 7 de janeiro, e do n.º 3 do artigo 7.º dos Estatutos das Entidades Públicas Empre-

sas, na sua última redação, e do n.º 1 do artigo 109.º do Código das Entidades Públicas, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 18/2008, de 29 de janeiro, na sua última redação, delegar nos seus membros, abaixo indicados, o seguinte:

I — 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 Catastrofe e de Emergência, da Comissão de Segurança contra Incêndios, do Serviço de Recursos Humanos, do Serviço de Sistemas e Tecnologias de Informação, da Comissão Técnica de Avaliação de Segurança e

imagem e do Serviço de Auditoria Interna, atribuindo-lhe competência para:

1.1 — Ato de gestão corrente no âmbito das áreas de coordenação direta:

1.1.1 — Autorizar as várias modalidades de organização e duração do tempo de trabalho e aprovar os respetivos horários dos profissionais;

1.1.2 — Justificar e injustificar faltas, nos termos da lei;

1.1.3 — Autorizar a participação dos profissionais em sessões de cariz formativo e em estágios realizados no território nacional, desde que não determinem encargos para a instituição;

1.1.4 — Autorizar a participação dos profissionais em júris de concursos noutras instituições;

1.1.5 — Ordenar a instauração de processos de inquérito, sindicâncias e processos disciplinares;

1.1.6 — Autorizar o gozo e a acumulação de férias e aprovar os respetivos planos anuais e subsequentes alterações dos profissionais;

1.1.7 — Validar a realização de trabalho extraordinário e suplementar realizado pelos profissionais;

1.1.8 — Propor ao Conselho de Administração profissionais para exercício de cargos de direção e chefia;

1.1.9 — Assinar correspondência e expediente;

1.1.10 — Autorizar despesas de conservação, reparação e beneficiação das instalações, bem como aquisição de bens e serviços até ao montante de € 200.000, abrangendo a autorização de abertura de procedimentos, a escolha do procedimento a adotar e a prática dos demais atos necessários para a formação dos contratos, concretamente a decisão de qualificação dos concorrentes e a decisão de adjudicação;

1.2 — Ato de gestão no âmbito do Serviço de Recursos Humanos:

1.2.1 — Celebrar, prorrogar, renovar e resolver contratos de trabalho, praticando os atos resultantes da caducidade ou revogação dos mesmos;

1.2.2 — Praticar todos os atos subsequentes à abertura de concursos na área dos recursos humanos, com exceção da decisão de recursos hierárquicos;

1.2.3 — Autorizar a atribuição dos abonos e regalias a que os profissionais tenham direito;

1.2.4 — Autorizar a participação dos profissionais em estágios, congressos, reuniões, seminários, colóquios, entre outros, de cariz formativo realizados em território nacional;

1.2.5 — Autorizar deslocações em serviço, qualquer que seja o meio de transporte, bem como o processamento dos correspondentes abonos ou despesas com a aquisição de bilhetes ou títulos de transporte e de ajudas de custo, antecipadas ou não;

1.2.6 — Conceder as licenças e dispensas previstas no regime legal da proteção da parentalidade;

1.2.7 — Atribuir o estatuto de trabalhador-estudante;

1.2.8 — Autorizar os pedidos de equiparação a bolsista no país ou no estrangeiro;

1.2.9 — Diligenciar a verificação do estado de doença, comprovada por certificado médico;

1.2.10 — Promover a submissão dos profissionais a juntas médicas;

1.2.11 — Aprovar as listas legais de antiguidade das funcionários e decidir das respetivas reclamações;

1.2.12 — Qualificar os acidentes de trabalho;

1.2.13 — Determinar a reposição de direitos públicos e participar à administração fiscal as faltas de pagamento;

1.2.14 — Praticar todos os atos relativos à aposentação dos profissionais e, em geral, todos os atos respeitantes ao respetivo regime de proteção social;

1.2.15 — Autorizar a extração de fotocópias e a emissão de certidões/declarações;

1.2.16 — Autorizar a destruição de documentos respeitantes a concursos, nos termos da legislação em vigor;

1.2.17 — Autorizar os profissionais a comparecer em juízo quando para tal forem requisitados;

1.2.18 — Assinar a correspondência ou expediente respeitante a matérias de gestão de recursos humanos e autorizar publicações na imprensa diária e no *Diário da República*, respeitantes às áreas de coordenação direta;

2 — *Do Regime Financeiro do Conselho de Administração*, Dra. Sónia Maria Alves Bastos, a coordenação do Serviço de Gestão de Documentos, do Serviço de Aprovisionamento, do Conselho de Normalização de Produtos e Equipamentos, do Conselho de Acompanhamento da Prevenção da Corrupção, do Serviço Social, do Serviço de Formação, do Conselho de Gestão de Qualidade e do Gabinete de Informação e Controlo, atribuindo-lhe competência para:

2.1 — Ato de gestão corrente no âmbito das áreas de coordenação direta:

2.1.1 — Autorizar as várias modalidades de organização e duração do tempo de trabalho e aprovar os respetivos horários dos profissionais;

2.1.2 — Justificar e injustificar faltas, nos termos da lei;

2.1.3 — Autorizar a participação dos profissionais em sessões de cariz formativo e em estágios realizados no território nacional, desde que não determinem encargos para a instituição;

2.1.4 — Autorizar a participação dos profissionais em júris de concursos noutras instituições;

2.1.5 — Ordenar a instauração de processos de inquérito, sindicâncias e processos disciplinares;

2.1.6 — Autorizar o gozo e a acumulação de férias e aprovar os respetivos planos anuais e subsequentes alterações dos profissionais;

2.1.7 — Validar a realização de trabalho extraordinário e suplementar realizado pelos profissionais;

2.1.8 — Propor ao Conselho de Administração profissionais para exercício de cargos de direção e chefia;

2.1.9 — Assinar correspondência e expediente;

2.1.10 — Autorizar despesas de conservação, reparação e beneficiação das instalações, bem como aquisição de bens e serviços até ao montante de € 200.000, abrangendo a autorização de abertura de procedimentos, a escolha do procedimento a adotar e a prática dos demais atos necessários para a formação dos contratos, concretamente a decisão de qualificação dos concorrentes e a decisão de adjudicação;

2.1.11 — Praticar os atos consequentes ao ato de autorização da escolha e do início do procedimento até ao montante delegado;

2.1.12 — Assinar as minutas de contratos relativos à aquisição de bens e serviços e representar o Centro Hospitalar na outorga desses contratos;

2.1.13 — Autorizar as despesas com seguros;

2.1.14 — Assinar a correspondência ou expediente respeitante a matérias de aprovisionamento e logística e autorizar publicações na imprensa diária e no *Diário da República*;

3 — *Do Regime Financeiro do Conselho de Administração*, Dr. João Pedro Mendes dos Santos, a coordenação dos Serviços Financeiros, do Serviço de Investições e Equipamentos, do Centro de Educação e Formação e do Gabinete de Gestão de Qualidade, atribuindo-lhe competência para:

3.1 — Ato de gestão corrente no âmbito das áreas de coordenação direta:

3.1.1 — Autorizar as várias modalidades de organização e duração do tempo de trabalho e aprovar os respetivos horários dos profissionais;

3.1.2 — Justificar e injustificar faltas, nos termos da lei;

3.1.3 — Autorizar a participação dos profissionais em sessões de cariz formativo e em estágios realizados no território nacional, desde que não determinem encargos para a instituição;

3.1.4 — Autorizar a participação dos profissionais em júris de concursos noutras instituições;

3.1.5 — Ordenar a instauração de processos de inquérito, sindicâncias e processos disciplinares;

3.1.6 — Autorizar o gozo e a acumulação de férias e aprovar os respetivos planos anuais e subsequentes alterações dos profissionais;

3.1.7 — Validar a realização de trabalho extraordinário e suplementar realizado pelos profissionais;

3.1.8 — Propor ao Conselho de Administração profissionais para exercício de cargos de direção e chefia;

3.1.9 — Assinar correspondência e expediente;

3.1.10 — Autorizar despesas de conservação, reparação e beneficiação das instalações, bem como aquisição de bens e serviços até ao montante de € 200.000, abrangendo a autorização de abertura de procedimentos, a escolha do procedimento a adotar e a prática dos demais atos necessários para a formação dos contratos, concretamente a decisão de qualificação dos concorrentes e a decisão de adjudicação;

3.2 — Ato de gestão no âmbito dos Serviços Financeiros:

3.2.1 — Acompanhar a execução do orçamento e apresentar medidas corretivas necessárias à correção de desvios em relação às previsões estabelecidas;

3.2.2 — Assinatura e controlo das despesas autorizadas pelo Conselho de Administração;

3.2.3 — Emitir cheques e efetuar transferências bancárias nos termos estabelecidos com o Conselho de Administração;

3.2.4 — Assegurar a regularidade da cobrança das dívidas;

3.2.5 — Autorizar os reembolsos de pagamentos indevidos, nos termos legais;

3.2.6 — Proceder à anulação de futuras, nos termos legais;

3.2.7 — Declarar as dívidas como incobráveis, nos termos da legislação em vigor;

3.2.8 — Autorizar o pagamento das despesas com a assistência médica de grande especialização no estrangeiro, nos termos do Decreto-Lei n.º 177/92, de 13 de agosto;

3.2.9 — Autorizar a despesa e o pagamento de despesas com meios complementares de diagnóstico e terapêutico, realizados em estabelecimentos de saúde não integrados no Centro Hospitalar, por indisponibilidade ou incapacidade interna;

3.2.10 — Dar balanço mensal à Tesouraria;

3.2.11 — Conceder adiantamentos a empreiteiros e fornecedores de bens e serviços nos termos do Código dos Contratos Públicos;

3.2.12 — Autorizar a constituição de fundos permanentes das dotações do orçamento;

3.2.13 — Assinar a correspondência ou expediente respeitante a matérias da área financeira.

3.3 — Atos de gestão no âmbito do Serviço de Instalações e Equipamentos

3.3.1 — Autorizar o abate de bens após parecer da comissão de inutilização.

4 — Na Direção Clínica e Vogal Executiva do Conselho de Administração, *Dra. Sónia Maria Inês Dias Marques Mendes Mangueira Xavier*, para quem das competências próprias inerentes à direção clínica 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-PPCTRA), 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, Comissão Local de Informatização Clínica, Direção Interno Médico, Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco, Equipa de Gestão de Alias, 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, Equipa de Prevenção da Violência em Adultos, 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, atribuindo-lhe competência para:

4.1 — Atos de gestão corrente no âmbito das áreas de coordenação direta:

4.1.1 — Autorizar as várias modalidades de organização e duração do tempo de trabalho e aprovar os respetivos horários dos profissionais;

4.1.2 — Justificar e injustificar faltas, nos termos da lei;

4.1.3 — Autorizar a participação dos profissionais em sessões de cariz formativo e em estágios realizados no território nacional, desde que não determinem encargos para a instituição;

4.1.4 — Autorizar a participação dos profissionais em júris de concursos noutras instituições;

4.1.5 — Ordenar a instauração de processos de inquérito, sindicâncias e processos disciplinares;

4.1.6 — Autorizar o gozo e a acumulação de férias e aprovar os respetivos planos anuais e subsequentes alterações dos profissionais;

4.1.7 — Validar a realização de trabalho extraordinário e suplementar realizado pelos profissionais;

4.1.8 — Propor ao Conselho de Administração profissionais para exercício de cargos de direção e chefia;

4.1.9 — Autorizar o acesso a dados clínicos por parte do titular dos dados ou de terceiros, nos termos da lei;

4.1.10 — Assinar correspondência e expediente;

5 — No Enfermeiro Diretor e Vogal Executiva do Conselho de Administração, *Dra. Apolónia Mariana Silva Vinagre*, para além das competências próprias que compreendem a direção técnica da atividade de enfermagem, sendo das competências e assistentes operacionais em funções nos serviços assistenciais, a coordenação da Direção de Informatização, do Serviço Hoteleiro e do Serviço de Esterilização, atribuindo-lhe competência para:

5.1 — Atos de gestão corrente no âmbito das áreas de coordenação direta:

5.1.1 — Autorizar as várias modalidades de organização e duração do tempo de trabalho e aprovar os respetivos horários dos profissionais;

5.1.2 — Justificar e injustificar faltas, nos termos da lei;

5.1.3 — Autorizar a participação dos profissionais em sessões de cariz formativo e em estágios realizados no território nacional, desde que não determinem encargos para a instituição;

5.1.4 — Autorizar a participação dos profissionais em júris de concursos noutras instituições;

5.1.5 — Ordenar a instauração de processos de inquérito, sindicâncias e processos disciplinares;

5.1.6 — Autorizar o gozo e a acumulação de férias e aprovar os respetivos planos anuais e subsequentes alterações dos profissionais;

5.1.7 — Validar a realização de trabalho extraordinário e suplementar realizado pelos profissionais;

5.1.8 — Propor ao Conselho de Administração profissionais para exercício de cargos de direção e chefia;

5.1.9 — Assinar correspondência e expediente.

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 substituir as competências acima delegadas ao pessoal dirigente de 4.ª linha que deles tiverem a guarda.

A presente deliberação passa a vigorar desde 19 de março de 2019, ficando por este meio ratificados, nos termos e para os efeitos previstos no n.º 2 do artigo 49.º e do artigo 164.º do Código do Procedimento Administrativo, todos os atos entretanto praticados pelos membros do Conselho de Administração, no âmbito das competências ora delegadas.

8 de abril de 2019. — O Presidente do Conselho de Administração,
Paulo Lopes.

312212672

PARTE H

MUNICÍPIO DE ÁGUEDA

Aviso n.º 7263/2019

Lista Unitária de Ordenação Final dos candidatos

No âmbito do procedimento concursal, com caráter excecional, aberto sob o Aviso n.º 7770/2018, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 111, 11 de junho de 2018, para o preenchimento de 1 (um) posto de trabalho para a carreira/categoria de Assistência Operacional — Motorista (Redeção C), previsto e não ocupado no mapa do pessoal da Câmara Municipal de Agueda (CMA), na modalidade de relação jurídica de emprego público a constituir por contrato de trabalho em funções públicas por tempo indeterminado, notificam-se os candidatos do seguinte:

1 — Nos termos do disposto no n.º 6 do artigo 36.º da Portaria

n.º 145-A/2011, de 6 de abril (doravante designada por Portaria), a lista unitária de ordenação final dos candidatos aprovados e excluídos, resultante da aplicação dos métodos de seleção, foi homologada por despacho do Ex.ºm Senhor Presidente da Câmara, *Inf.º Jorge Almeida*, datado de 03/04/2019, encontrando-se afixada em local visível e público das instalações da CMA e disponibilizada na página eletrónica da mesma, em www.cm-agueda.pt (Menu: Recursos Humanos/Procedimento Concursual/Após fase de candidatura);

2 — Assim, nos termos do disposto nos n.ºs 4 e 5 do artigo 36.º da Portaria, considera-se, desta forma, notificados os candidatos do ato de homologação da lista unitária de ordenação final;

3 — Mais se informa que do despacho de homologação pode ser interposto recurso hierárquico nos termos do artigo 39.º da Portaria

4 de abril de 2019. — A Vereadora, *Dra. Elsa Costa*.

312212672

Deveres de informação dos gestores públicos

IDENTIFICAÇÃO DO GESTOR PÚBLICO (829)

- Nome: (11188)

Tipo: (S/text-short)

Pedro Nuno Miguel Baptista Lopes

- NIF: (11189)

Tipo: (N/numeric)

196756030.0000000000

- Morada: (11190)

Tipo: (S/text-short)

Rua Infante D. Pedro n.º4, Aroeira

- Localidade: (11211)

Tipo: (S/text-short)

Charneca da Caparica

- Código Postal: (11191)

Tipo: (S/text-short)

2820-066

- Email: (11192)

Tipo: (S/text-short)

pedro.m.lopes@chbm.mín-saude.pt

- Telefone: (11193)

Tipo: (N/numeric)

212049310.0000000000

NOMEAÇÃO/ELEIÇÃO (830)

- Empresa/Entidade: (11194)

Tipo: (S/text-short)

Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE

- NIPC: (11195)

Tipo: (N/numeric)

509186998.0000000000

- Tipo de entidade: (11196)

Tipo: (L/list-radio)

(A1) - Empresa pública do sector empresarial do Estado

- Endereço: (11197)

Tipo: (S/text-short)

Av. Movimento das Forças Armadas

- Localidade: (11213)

Tipo: (S/text-short)

Barreiro

- Código Postal: (11198)

Tipo: (S/text-short)

2834003

- Email: (11199)

Tipo: (S/text-short)

admin@chbm.min-saude.pt

- Telefone: (11200)

Tipo: (N/numeric)

212052837.0000000000

- Cargo para que foi nomeado/eleito: (11201)

Tipo: (S/text-short)

Presidente do Conselho de Administração

- Data de início do mandato: (11202)

Tipo: (D/date)

03/11/2016

- Data prevista do termo do mandato: (11203)

Tipo: (D/date)

31/12/2018

- Detém participações, direta ou indiretamente, na empresa/entidade onde exerce funções?

(11204)

Tipo: (Y/yes-no)

Não [X]

- Detém interesses patrimoniais, direta ou indiretamente, na empresa/entidade onde exerce funções? (11217)

Tipo: (Y/yes-no).

Não

- Detém participações, direta ou indiretamente, noutra empresa/entidade? (11206)

Tipo: (Y/yes-no)

Não

- Detém interesses patrimoniais, direta ou indiretamente, noutra empresa/entidade? (11249)

Tipo: (Y/yes-no)

Não

- Mantém relação com fornecedores, clientes, instituições financeiras ou quaisquer outros parceiros de negócio, da empresa onde exerce funções, suscetíveis de gerar conflitos de interesse? (11208)

Tipo: (Y/yes-no)

Não

- Declaração de conformidade. (11210)

Tipo: (M/multiple-opt)

Declaro, sob compromisso de honra, que todos os dados inseridos no formulário são verdadeiros, não contêm erros e correspondem à integralidade da informação relevante sobre Gestores Públicos. (11215)

Deveres de informação dos gestores públicos

IDENTIFICAÇÃO DO GESTOR PÚBLICO (829)

- Nome: (11188)

Tipo: (S/text-short)

António Manuel Silva Viegas

- NIF: (11189)

Tipo: (N/numeric)

138096830.0000000000

- Morada: (11190)

Tipo: (S/text-short)

Praçeta das Pátrias Livres nº 2B 2º Esquerdo

- Localidade: (11211)

Tipo: (S/text-short)

Barreiro

- Código Postal: (11191)

Tipo: (S/text-short)

2830-021

- Email: (11192)

Tipo: (S/text-short)

viegasprof@gmail.com

- Telefone: (11193)

Tipo: (N/numeric)

963261924.0000000000

NOMEAÇÃO/ELEIÇÃO (830)

- Empresa/Entidade: (11194)

Tipo: (S/text-short)

Centro Hospitalar Barreiro/Montijo

- NIPC: (11195)

Tipo: (N/numeric)

509186998.0000000000

- Tipo de entidade: (11196)

Tipo: (L/list-radio)

(A1) - Empresa pública do sector empresarial do Estado

- Endereço: (11197)

Tipo: (S/text-short)

Av. Movimento das Forças Armadas

- Localidade: (11213)

Tipo: (S/text-short)

Barreiro

- Código Postal: (11198)

Tipo: (S/text-short)

2834-003

- Email: (11199)

Tipo: (S/text-short)

admin@chbm.min-saude.pt

- Telefone: (11200)

Tipo: (N/numeric)

212052837.0000000000

- Cargo para que foi nomeado/eleito: (11201)

Tipo: (S/text-short)

Enfermeiro Diretor

- Data de início do mandato: (11202)

Tipo: (D/date)

03/11/2016

- Data prevista do termo do mandato: (11203)

Tipo: (D/date)

31/12/2018

- Detém participações, direta ou indiretamente, na empresa/entidade onde exerce funções?

(11204)

Tipo: (Y/yes-no)

Não

- Detém interesses patrimoniais, direta ou indiretamente, na empresa/entidade onde exerce funções? (11217)

Tipo: (Y/yes-no)

Não

- Detém participações, direta ou indiretamente, noutra empresa/entidade? (11206)

Tipo: (Y/yes-no)

Não

- Detém interesses patrimoniais, direta ou indiretamente, noutra empresa/entidade? (11249)

Tipo: (Y/yes-no)

Não

- Mantém relação com fornecedores, clientes, instituições financeiras ou quaisquer outros parceiros de negócio, da empresa onde exerce funções, suscetíveis de gerar conflitos de interesse? (11208)

Tipo: (Y/yes-no)

Não

- Declaração de conformidade. (11210)

Tipo: (M/multiple-opt)

Declaro, sob compromisso de honra, que todos os dados inseridos no formulário são verdadeiros, não contêm erros e correspondem à integralidade da informação relevante sobre Gestores Públicos. (11215)

Deveres de informação dos gestores públicos

IDENTIFICAÇÃO DO GESTOR PÚBLICO (829)

- Nome: (11188)

Tipo: (S/text-short)

Sónia Maria Alves Bastos

- NIF: (11189)

Tipo: (N/numeric)

204481651.0000000000

- Morada: (11190)

Tipo: (S/text-short)

Rua Futebol Clube de São Francisco nº 110 1º Frt.

- Localidade: (11211)

Tipo: (S/text-short)

Alcochete

- Código Postal: (11191)

Tipo: (S/text-short)

2890-482

- Email: (11192)

Tipo: {S/text-short}

.sonia.bastos@chbm.min-saude.pt

- Telefone: (11193)

Tipo: {N/numeric}

969844432.0000000000

NOMEAÇÃO/ELEIÇÃO (830)

- Empresa/Entidade: (11194)

Tipo: (S/text-short)

Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE

- NIPC: (11195)

Tipo: (N/numeric)

509186998.0000000000

- Tipo de entidade: (11196)

Tipo: (L/list-radio)

(A1) - Empresa pública do sector empresarial do Estado

- Endereço: (11197)

Tipo: (S/text-short)

Av. Movimento das Forças Armadas

- Localidade: (11213)

Tipo: (S/text-short)

Barreiro

- Código Postal: (11198)

Tipo: (S/text-short)

2834-003

- Email: (11199)

Tipo: (S/text-short)

admin@chbm.min-saude.pt

- Telefone: (11200)

Tipo: (N/numeric)

212052837.0000000000

- Cargo para que foi nomeado/eleito: (11201)

Tipo: (S/text-short)

Vogal Executivo

- Data de início do mandato: (11202)

Tipo: (D/date)

03/11/2016

- Data prevista do termo do mandato: (11203)

Tipo: (D/date)

31/12/2018

- Detém participações, direta ou indiretamente, na empresa/entidade onde exerce funções?

(11204)

Tipo: (Y/yes-no)

Não [X]

- Detém interesses patrimoniais, direta ou indiretamente, na empresa/entidade onde exerce funções? (11217)

Tipo: (Y/yes-no)

Não

- Detém participações, direta ou indiretamente, noutra empresa/entidade? (11206)

Tipo: (Y/yes-no)

Não

- Detém interesses patrimoniais, direta ou indiretamente, noutra empresa/entidade? (11249)

Tipo: (Y/yes-no)

Não

- Mantém relação com fornecedores, clientes, instituições financeiras ou quaisquer outros parceiros de negócio, da empresa onde exerce funções, suscetíveis de gerar conflitos de interesse? (11208)

Tipo: (Y/yes-no)

Não

- Declaração de conformidade. (11210)

Tipo: (M/multiple-opt)

Declaro, sob compromisso de honra, que todos os dados inseridos no formulário são verdadeiros, não contêm erros e correspondem à integralidade da informação relevante sobre Gestores Públicos. (11215)

Deveres de informação dos gestores públicos

Questionários
Deveres de informação dos gestores públicos (ID:976161)

IDENTIFICAÇÃO DO GESTOR PÚBLICO (829)

- Nome: (11188)

Tipo: (S/text-short)

João Pedro Mendes dos Santos

- NIF: (11189)

Tipo: (N/numeric)

182273717.0000000000

- Morada: (11190)

Tipo: (S/text-short)

Rua Alto do Chafariz, nº 38

- Localidade: (11211)

Tipo: (S/text-short)

Alcochete

Questionários
Deveres de informação dos gestores públicos (ID:976151)

- Email: (11192)

Tipo: (S/text-short)

jpmedesdossantos@sapo.pt

- Telefone: (11193)

Tipo: (N/numeric)

917775604.0000000000

Questionários
Deveres de informação dos gestores públicos (ID: 876151)

NOMEAÇÃO/ELEIÇÃO (830)

- Empresa/Entidade: (11194)

Tipo: (S/text-short)

Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE

- NIPC: (11195)

Tipo: (N/numeric)

509186998.0000000000

- Tipo de entidade: (11196)

Tipo: (L/list-radio)

(A1) - Empresa pública do sector empresarial do Estado

QuestionáriosDeveres de informação dos gestores públicos (ID:978151)

- Localidade: (11213)

Tipo: (S/text-short)

Barreiro

- Código Postal: (11198)

Tipo: (S/text-short)

2837-003 BARREIRO

- Email: (11199)

Tipo: (S/text-short)

admin@chbm.min-saude.pt

- Telefone: (11200)

Tipo: (N/numeric)

212049310.0000000000

- Cargo para que foi nomeado/eleito: (11201)

Tipo: (S/text-short)

Vogal Executivo

Questionários
Deveres de informação dos gestores públicos (ID:976151)

- Data de início do mandato: (11202)

Tipo: (D/date)

22/03/2019

- Data prevista do termo do mandato: (11203)

Tipo: (D/date)

31/12/2021

- Detém participações, direta ou indiretamente, na empresa/entidade onde exerce funções'

(11204)

Tipo: (Y/yes-no)

Não

QuestionáriosDeveres de informação dos gestores públicos (ID:976151)

- Detém interesses patrimoniais, direta ou indiretamente, na empresa/entidade onde exerci funções? (11217)

Tipo: (Y/yes-no)

Não

- Detém participações, direta ou indiretamente, noutra empresa/entidade? (11206)

Tipo: (Y/yes-no)

Sim

- Identifique cada uma das empresas/entidades (denominação e NIPC), percentagem de participação e respetivo titular: (11207)

Tipo: (T/text-long)

JPMS Consulting, Lda.
NIF 513601287
Participação 51%

Questionários
Deveres de informação dos gestores públicos (ID:976151)

- Detém interesses patrimoniais, direta ou indiretamente, noutra empresa/entidade? (11249)

Tipo: (Y/yes-no)

Não

- Mantém relação com fornecedores, clientes, instituições financeiras ou quaisquer outros parceiros de negócio, da empresa onde exerce funções, suscetíveis de gerar conflitos de interesse? (11208)

Tipo: (Y/yes-no)

Não

- Declaração de conformidade. (11210)

Tipo: (M/multiple-opt)

Declaro, sob compromisso de honra, que todos os dados inseridos no formulário são verdadeiros, não contêm erros e correspondem à integralidade da informação relevante sobre

Questionários

Deveres de informação dos gestores públicos (ID:976151)

Deveres de informação dos gestores públicos

IDENTIFICAÇÃO DO GESTOR PÚBLICO (829)

- Nome: (11188)

Tipo: (S/text-short)

Ana Teresa Nobre Duque Monteiro Leite Marques Xavier

- NIF: (11189)

Tipo: (N/numeric)

140524460.0000000000

- Morada: (11190)

Tipo: (S/text-short)

Rua Dr. Câmara Pestana nº. 33 - 3º e 4º.

- Localidade: (11211)

Tipo: (S/text-short)

Barreiro

- Código Postal: (11191)

Tipo: (S/text-short)

2830-342- Barreiro

- Email: (11192)

Tipo: (S/text-short)

teresaxavier@chbm.min-saude.pt

- Telefone: (11193)

Tipo: (N/numeric)

212147300.0000000000

NOMEAÇÃO/ELEIÇÃO (830)

- Empresa/Entidade: (11194)

Tipo: (S/text-short)

Centro Hospitalar Barreiro Montijo

- NIPC: (11195)

Tipo: (N/numeric)

509186998.0000000000

- Tipo de entidade: (11196)

Tipo: (L/list-radio)

(A1) - Empresa pública do sector empresarial do Estado

- Endereço: (11197)

Tipo: (S/text-short)

Avenida das Forças Armadas

- Localidade: (11213)

Tipo: (S/text-short)

Barreiro

- Código Postal: (11198)

Tipo: (S/text-short)

2830-001 - Barreiro

- Email: (11199)

Tipo: (S/text-short)

admin@chbm.min-saude.pt

- Telefone: (11200)

Tipo: (N/numeric)

212147300.0000000000

- Cargo para que foi nomeado/eleito: (11201)

Tipo: (S/text-short)

Diretora Clínica

- Data de início do mandato: (11202)

Tipo: (D/date)

21/03/2019

- Data prevista do termo do mandato: (11203)

Tipo: (D/date)

31/12/2021

- Detém participações, direta ou indiretamente, na empresa/entidade onde exerce funções?

(11204)

Tipo: (Y/yes-no)

Não [X]

- Detém interesses patrimoniais, direta ou indiretamente, na empresa/entidade onde exerce funções? (11217)

Tipo: (Y/yes-no)

Não

- Detém participações, direta ou indiretamente, noutra empresa/entidade? (11206)

Tipo: (Y/yes-no)

Não

- Detém interesses patrimoniais, direta ou indiretamente, noutra empresa/entidade? (11249)

Tipo: (Y/yes-no)

Não

- Mantém relação com fornecedores, clientes, instituições financeiras ou quaisquer outros parceiros de negócio, da empresa onde exerce funções, suscetíveis de gerar conflitos de interesse? (11208)

Tipo: (Y/yes-no)

Não

- Declaração de conformidade. (11210)

Tipo: (M/multiple-opt)

Declaro, sob compromisso de honra, que todos os dados inseridos no formulário são verdadeiros, não contêm erros e correspondem à integralidade da informação relevante sobre Gestores Públicos. (11215)

EXTRATO

Ata n.º 21/2021

Aos vinte e um dias do mês de maio do ano de dois mil e vinte e um, pelas nove horas e trinta minutos, reuniu em sessão ordinária, o Conselho de Administração (CA) do Centro Hospitalar Barreiro Montijo E.P.E., com a presença dos seus membros: o Presidente, Pedro Nuno Miguel Baptista Lopes, e os Vogais Executivos João Pedro Mendes dos Santos, Sónia Maria Alves Bastos, e António Manuel Silva Viegas (Enfermeiro-Diretor). Encontra-se ausente a Dr.ª Ana Teresa Nobre Duque Monteiro Leite Marques Xavier (Diretora-Clinica). -----

Ordem de Trabalhos: -----

.../...

46. Foi presente o Relatório e Contas referente ao exercício económico de 2020, e proposta de aplicação de resultados. -----

O Presidente o Conselho de Administração fez uma explanação das condições em que decorreu a atividade de 2020, referenciando que este relatório corresponde a um período compreendido entre 1 de janeiro e 31 de dezembro do referido ano. -----

Do ponto de vista económico, salientou um total do Balanço de € 48.846.795,70 (quarenta e oito milhões, oitocentos e quarenta e seis mil, setecentos e noventa e cinco euros e setenta centimos), e um total de Fundos Próprios negativos de € 41.585.442,32 (quarenta e um milhões, quinhentos e oitenta e cinco mil, quatrocentos e quarenta e dois euros e trinta e dois centimos), incluindo um resultado líquido negativo de € 11.289.509,96 (onze milhões, duzentos e oitenta e nove mil, quinhentos e nove euros e noventa e seis centimos). -----

Face ao exposto, o Conselho de Administração deliberou por unanimidade, aprovar o Relatório de Contas correspondente ao exercício económico de 2020, do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE, assim como a proposta de aplicação de resultados, transferindo o resultado líquido, para resultados transitados. -----

47. Foi presente o Relatório de Governo Societário de 2020. -----

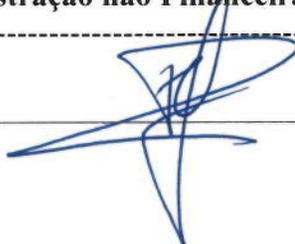
O Conselho de Administração deliberou por unanimidade, aprovar o Relatório de Governo Societário de 2020 do Centro Hospitalar Barreiro Montijo E.P.E. -----

48. Aprovado o Anexo às Demonstrações Financeiras de 2020. -----

49. Aprovado o documento Demonstração não Financeira de 2020. -----

.../...

Pedro Nuno Miguel Baptista Lopes



apreciado em Reunião
do Conselho de Administração
CHBM, E.P.E.
de 21/05/2021
ACTA N.º 01

C.A.
APROVADO



Pedro Lopes
Conselho de Administração

Demonstração não financeira 2020

(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 2020, o CHBM integrava 1927 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 entrem 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.

Akane

B. Questões Sociais

O CHBM mantém o seu empenho na diferenciação e distinção da atividade assistencial desenvolvida, destacando-se no ano 2020 os Serviços de Pediatria e Oncologia que mantiveram 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 realizaram no decorrer de 2020 as auditorias internas com vista a suportar os respetivos processos de certificação pela ISO 9001.

O Centro Hospitalar Barreiro Montijo renovou no decorrer do ano de 2020 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 de 2020, 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:

Handwritten notes on the right margin: a stylized signature, the name "Alana", and other illegible scribbles.

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.

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:

Política 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 (80,9%), 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

J
*
A
SB



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 2020 a Comissão de Acompanhamento da Prevenção da Corrupção reforçou o seu empenho, 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;

Academ

- 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.

Em setembro de 2020, através de Circular interna nº 60 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.

No corrente ano 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.

