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

46 26/05/7023 ACTA N.º 22 C.A. APROVADO

Teenla

Teresa Carneiro

Presidente de Conselho de Administração

Relatório de Governo Societário

2022



Aprovada em reunião de Conselho de Administração de Barreiro, 26 de maio de 2023







Índice

I.	SÍNTESE (SUMÁRIO EXECUTIVO)
II.	MISSÃO, OBJETIVOS E POLÍTICAS
III.	ESTRUTURA DE CAPITAL
IV.	PARTICIPAÇÕES SOCIAIS E OBRIGAÇÕES DETIDAS
V.	ÓRGÃOS SOCIAIS E COMISSÕES
VI.	Organização Interna34
A	A
E	3. Controlo interno e gestão de riscos 36
C	REGULAMENTOS E CÓDIGOS 44
Γ	DEVERES ESPECIAIS DE INFORMAÇÃO 48
E	E. Sítio de Internet 49
F	Prestação de Serviço Público ou de Interesse Geral 50
VII.	REMUNERAÇÕES
A	A
E	3
C	C. ESTRUTURA DAS REMUNERAÇÕES 53
Ι	DIVULGAÇÃO DAS REMUNERAÇÕES 54
	I. Transações com partes relacionadas e Outras
IX.	ANÁLISE DE SUSTENTABILIDADE DA ENTIDADE NOS DOMÍNIOS ECONÓMICOS, SOCIAL E AMBIENTAL58
Χ.	AVALIAÇÃO DO GOVERNO SOCIETÁRIO
XI.	ANEXOS DO RGS







I. Síntese (Sumário Executivo)

O Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE (CHBM) elabora o Relatório do Governo Societário respeitante ao ano de 2022 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 em 2022, 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 92,1% e do Índice de Desempenho Global de 93,6%

Em termos financeiros, o CHBM EPE apresentou um resultado líquido negativo de -23,6 M€, acima dos valores contratualizados em sede de Contrato Programa 2022.

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 - Práricas de bom governo	Sim	Não	Data
959 825	Apresentou plano de atividades e orçamento para 2022 adequado aos recursos e fontes de financiamento disponiveis	Х		21-07-202
Artigo 439	Obteve aprovação pelas tutelas setorial e financeira do plano de atividades e orçamento para 2022		х	
Artigo 449	Divulgou informação sobre estrutura acionista, participações sociais, operações com participações sociais, garantias financeiras e assunção de dividas 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 beneficios	х		
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, de 2022.	Х		13-04-202
Artigo 47º	Adotou um código de ética e divulgou o documento	Х		20-10-2010
Artigo 489	Tem contratualizada a prestação de serviço público ou de interesse geral, caso lhe esteja confiada	Х		26-08-202
Artigo 49º	Prosseguiu objetivos de responsabilidade social e ambie	Х		
Artigo 50º	Implementou politicas de recursos humanos e planos de igualdade	Х		29-12-201
Artigo 51º	Evidenciou a independência de todos os membros do órgão de administração e que os mesmos se abstêm de participar nas decisões que envolvam os seus próprios interesses	х		
Artigo 52º	Exidenciou que todos os membros do órgão de administração cumpriram a obrigação de declararem as participações patrimoniais e relações suscetiveis de gerar conflitos de interesse ao órgão de administração, ao órgão de fiscalização e à IGF	х		
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		Х	
Artigo 549	Apresentou o relatório do órgão de fiscalização em que é aferido constar do relatório anual de práticas de governo societário informação atual e completa sobre todas as matérias tratadas no Capítulo II do RISPE (boas práticas de governação)	X		







II. Missão, Objetivos e Políticas

1. Missão, Visão e Valores

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

Missão da Entidade

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

Visão

Ser um Centro Hospitalar com diferenciação cientifica, técnica e tecnológica, reconhecido pela efetividade clinica, 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.

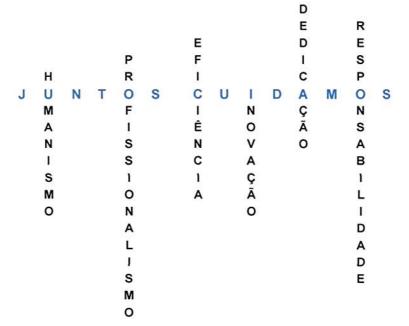
O princípio orientador geral: JUNTOS CUIDAMOS, integra os valores pelos quais os profissionais do Centro Hospitalar pautam a sua atuação:











- 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 2022 quatro áreas distintas de intervenção (Medidas de Intervenção Estratégica – MIE), muito embora o início do ano tenha ainda sido impactado pela Pandemia COVID-19:

- MIE 1. Modernização da oferta hospitalar
- 1.1. Alargar o internamento em hospitalização domiciliária
- 1.2. Alargar a prestação de cuidados de saúde de ambulatório, incluindo vídeo consultas
- 1.3. Inovar em termos de eficiência energética
- 1.4. Alargamento e adaptação de espaços para a assistência na urgência pediátrica e tratamento de doentes de medicina física e reabilitação
- 1.5. Reforço da resposta e nível de diferenciação em Medicina Intensiva
- 1.6. Nova abordagem clínica na área da saúde mental que privilegie a desinstitucionalização dos utentes e promova respostas de proximidade
- 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 Montijo e UCA Barreiro
- 2.4. Diminuir a Demora Média dos Serviços de Internamento
- 2.5. Cumprir dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos
- MIE 3. Promover a integração de cuidados no SNS
- 3.1. Estabelecer um plano de assistência integrado com o ACES Arco Ribeirinho para os doentes frequentes do serviço de urgência







- 3.2. Concluir o projeto do Programa de Incentivo à Integração de Cuidados e à Valorização dos Percursos dos Utentes de Medicina Física e Reabilitação
- 3.3. Instalar a Unidade de Saúde Familiar Aldegalega no Hospital do Montijo com utilização partilhadade meios complementares de diagnóstico e terapêutica e funcionamento misto da Urgência Básica do Montijo

MIE 4. Garantir a sustentabilidade financeira

- 4.1. Promover o switch da prescrição de medicamentos com base em análise custo/efetividade, nomeadamente a utilização de novos biossimilares
- 4.2. Rentabilizar capacidade interna na área dos MCDT com redução do recurso ao exterior
- 4.3. Consolidar a ferramenta de gestão e otimização do processo de transporte não urgente de doentes (plataforma informática SGTD)
- 4.4. Promover a realização de concursos públicos para aquisição de Equipamentos de Proteção Individual (EPI)
- 4.5. Apresentar candidaturas a cofinanciamentos comunitários no âmbito do Plano de Recuperação e Resiliência (PRR) e do Portugal 2030

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. Datado de 14 abril 2022, foi assinado o Acordo Modificativo para o ano, que prorrogou o Contrato-Programa estabelecido para o triénio 2017-2019. Em 26 agosto 2022 foi efetuada Adenda ao Acordo Modificativo de 2022, que reajustou o valor de três linhas de atividade assistencial, o documento 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", sendo também apresentada a componente de execução da produção realizada ao abrigo do Contrato-Programa para 2022.









MAPA 1 - Monitorização da Actividade Contratualizada por linha de Produção

	Proc	lução Total			Produção SN	IS		
Linha de Produção		Ano		Realizado	Objetivo	Desvio Fa	Desvio Face ao CP	
	2021	2022	Var%	2022	mensualizado a	Valor	%	
	1	2	3=(2-1)/1	4	dezembro 5=(9/12xmés)	6	7=(4-5)/5	
Consultas Externas			7		S-(5) IEANNES		7-(4-3)/3	
1.ªs Consultas	38 094	41 774	9,7%	40 879	46 839	-5 960	-12,7%	
Consultas Subsequentes	125 547	126 922	1,1%	122 983	124 674	-1691	-1,4%	
Total Consultas Médicas	163 641	168 696	3,1%		171 513	-7 651	-4,5%	
Taxa de Acessibilidade	23,3%	24,8%	6,4%	24,9%	27,3%	-2,36	-8,6%	
Internamento		Maraday All				antain.	MONEON EN	
Doentes Saídos (com berçário)	12 737	13 743	7,9%	13 380	14 151	-771	-5,4%	
GDH's Médicos	9 289	9 847	6,0%	9 592	10 144	-552	-5,4%	
GDH's Médicos CRI	20	14	-30,0%	14	40	-26	-65,0%	
GDH's Médicos Int.Cuidados Paliativos	143	162	13,3%	162	170	-8	-4,7%	
GDH's Cirúrgicos Programados	1 383	1 849	33,7%	1841	1 686	155	9,2%	
GDH's Cirúrgicos Programados CRI	7	11	57,1%	11	10	1	10,0%	
GDH's Cirúrgicos Urgentes	1 895	1 860	-1,8%	1760	2 101	-341	-16,2%	
Atividade cirúrgica - Doentes Intervencionados	7 281	7 499	3,0%		An established		20,210	
Actividade cirúrgica convencional (base+adicional)	2 390	2 499	4,6%					
Actividade cirúrgica ambulatória (base+adicional)	3 676	3 626	-1,4%					
Actividade cirúrgica urgente	1 215	1 374	13,1%					
Atividade de Ambulatório	8 638	8 818	2,1%	8811	9 943	-1 132	-11,4%	
GDH's Médicos Ambulatório	5 429	5 517	1,6%	5 5 1 0	6 020	-510	-8,5%	
GDH's Cirurgicos Ambulatório	3 209	3 301	2,9%	3 301	3 923	-622	-15,9%	
Hospitais de Dia (sessões)	18 651	22 202	19,0%	21 947	20 641	1306	6,3%	
Imunohemoterapia	1 694	1 398	-17,5%	1 398	1 706	-308	-18,1%	
Psiquiatria	1 232	3 542	187,5%	3 541	2 782	759	27,3%	
Outros	15 725	17 262	9,8%	17 008	16 153	855	5,3%	
Radioterapia	20 768	21 243	2,3%	21 243	24 500	-3 257	-13,3%	
Tratamentos Simples	10 456	7 090	-32,2%	7 090	11 000	-3910	-35,5%	
Tratamentos Complexos	10 312	14 153	37,2%	14 153	13 500	653	4,8%	
Visitas Domiciliárias	137	126	-8,0%	126	150	-24	-16,0%	
Hospitalização Domiciliária	340	512	50,6%	512	600	-88	-14,7%	
Total Episódios de Urgência	121 319	155 246	28,0%	153 550	149 433	4117	2,8%	
Urgência Médico-Cirúrgica	100 704	125 508	24,6%	124 074	125 683	-1609	-1,3%	
Urgência Básica	20 615	29 738	44,3%	29 476	23 750	5 726	24,1%	
Episódios de Urgência (sem internamento)	112 513	145 879	29,7%	144 216	138 650	5 566	4,0%	
Urgência Médico-Cirúrgica	91 985	116 214	26,3%	114 813	115 000	-187	-0,2%	
Urgência Básica	20 528	29 665	44,5%	29 403	23 650	5 753	24,3%	
Programas de Saude	20 320		44,570	25 405	25 050	3,33	24,576	
VIH/Sida - Total de Doentes Equiv.	872,4	859,3	-1,5%	859,3	890,0	-30,8	-3,5%	
IVG até 10 Semanas	363	445	22,6%		375	70	18,7%	
	58		-4%					
Esclerose Múltipla - Total de Doentes Equiv.		55,6			70,0	-14	-20,6%	
Hepatite C - Doentes Tratados (individuos)	65	61	-6%	61	100	-39	-39,0%	
PSCI - Total de Doentes Equiv.	75	85,2	13,9%		90	-5	-5,4%	
Rastreio do Cancro do Cólon e Reto	3	21	600,0%	21	250	-229	-91,6%	
Medicamentos		72722		the state of				
Disp. Gratuita em Ambul. C/ suporte legal (€)	2 425 316	3 459 906	42,7%	2 219 745	1 550 000	669 745	43,2%	







Consulta Externa

A atividade desenvolvida no âmbito das Consultas Médicas, em 2022, verificou um incremento de atividade face ao ano 2021, tendo sido realizadas 168.696 consultas, das quais 41.774 primeiras consultas e 126.922 consultas subsequentes. Com este volume de consultas realizadas, foi possível ficar a taxa de acessibilidade em 24,8%.

Procedendo-se a uma comparação da atividade realizada, com os objetivos consensualizados para o Contrato-Programa de 2022, verifica-se que as consultas externas apresentam um desvio global de -4,5%. As primeiras consultas são as que mais se afastam do objetivo definido, com uma variação de -12,7%, traduzindo-se na realização de menos 5.960 consultas face ao previsto. A variação das consultas subsequentes é de -1,4%, representando menos 1.691 consultas realizadas. Nesta sequência a Taxa de acessibilidade apresenta-se 2,36pp abaixo da prevista.

Internamento

Relativamente ao internamento, no ano de 2022, o CHBM revelou capacidade para aumentar o n.º de doentes saídos face ao ano 2021. Assim, o Centro Hospitalar apresentou um total de 13.743 doentes saídos, representando um acréscimo de 1.006 doentes face a 2021.

Em termos globais, no ano de 2022, o CHBM praticou uma lotação média de 367 camas, acrescida de 25 berços, registando uma taxa de ocupação de 85,0% (sem Berçário), o que se traduziu em 11.439 doentes saídos (sem transferências internas), acrescidos de 1.502 altas do Berçário, o que totaliza 12.241 altas no ano de 2022.

Tendo em consideração os valores previstos para o CP2022 e os valores estimados para cada tipologia de GDH, tendo por base a atividade codificada, regista-se um desvio negativo nos GDH Médicos de - 5,4%, enquanto os GDH Cirúrgicos Programados realizados ficaram 9,2% acima do valor contratualizado.

A hospitalização domiciliária, enquanto modelo de prestação de cuidados em casa, afigura-se como uma alternativa ao internamento convencional, proporcionando assistência contínua e coordenada aos cidadãos que, requerendo admissão hospitalar para internamento, cumpram um conjunto de critérios clínicos, sociais e geográficos que permitem a sua hospitalização no domicílio, sob a responsabilidade dos profissionais de saúde que constituem a Unidade de Hospitalização Domiciliária, com a concordância do cidadão e da sua família.

Assim, até final de dezembro de 2022 registaram-se 512 doentes saídos, com uma demora média de 11,2 dias de internamento, o que se traduziu numa taxa de ocupação de 82,5%, para uma lotação média de 19 camas.

Atividade Cirúrgica

No ano de 2022 foram intervencionados no Centro Hospitalar 7.499 doentes, dos quais 2.499 em cirurgia convencional, 3.626 em cirurgia do ambulatório e 1.374 em Urgência. Constata-se assim, que dos 6.125 doentes intervencionados em atividade programada, 59,2% efetuaram cirurgia em ambulatório.

Durante o ano 2022, o CHBM manteve as estratégias de rentabilização do bloco operatório e de eficiência dos serviços cirúrgicos, permitindo que, em 2022, se tenha verificado um incremento de 1,0 % da atividade cirúrgica programada por comparação com o período homólogo, representando mais 59 doentes operados de forma programada. Quando se analisa a Cirurgia de Ambulatório verifica-se uma











redução de 1,4%, enquanto na Cirurgia Convencional este incremento se fixou nos 4,1%, representando mais 110 doentes operados.

No que respeita à atividade cirúrgica urgente, esta apresenta também um incremento no período, por comparação com o período homólogo, traduzindo-se em mais 159 doentes operados por admissão urgente.

Hospitais de Dia

Durante o ano 2022 foi possível verificar um incremento global da produção de cerca de 19,0% no número de sessões, resultando na realização de 22.202 sessões enquadráveis nesta linha de produção, das quais, 3.542 de Psiquiatria (inclui Pedopsiquiatria), 1.398 de Imunohemoterapia e 17.262 na linha de Outros Hospitais de Dia.

Se tivermos em consideração os objetivos previstos para o CP 2022, verificamos que a atividade desta linha de produção apresenta uma variação negativa na tipologia de "Imunohemoterapia", apresentando uma variação positiva na linha de "Psiquiatria" e "Outros". Em termos globais a variação traduz-se na realização de mais 1.306 sessões de HDI face ao previsto.

No que diz respeito aos tratamentos de radioterapia, o ano de 2022, deu continuidade ao aumento de produção verificado em 2021, sendo o ano com maior número de doentes tratados do último triénio. Em 2022 foram realizados mais 45 tratamentos do que no ano anterior, ainda que 13,3% abaixo do valor contratualizado. Apesar desta redução global, foi possível observar um aumento, tanto quando comparado com 2021, como quando comparado com o valor contratualizado, do número de tratamentos complexos.

Para além da realização dos tratamentos o Serviço de Radioterapia mantém a realização de consultas de decisão terapêutica, sempre que possível, nos hospitais de origem com a presença de radio-oncologista do CHBM, ou através de teleconsulta.

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

Considerando todos os episódios registados em SIMH¹, observa-se um acréscimo dos GDH`s Médicos de ambulatório no ano de 2022 em 1,6% (88 GDH's Médicos) face ao período homólogo, ainda assim, menos 8,5% se tivermos em consideração o objetivo definido para o CP 2022, o que representa a realização de menos 510 GDH`s Médicos de ambulatório face ao previsto.

A atividade cirúrgica em ambulatório, considerando o nível de codificação dos episódios de cirurgia de ambulatório realizados em 2022, revela um incremento de 2,9% (+92 GDH's), face aos valores do ano anterior. Comparativamente com a previsão para o CP 2022 observa-se um desvio negativo de 15,9%, que representa menos 622 GDH's cirúrgicos de ambulatório realizados face ao objetivo previsto.

Urgências

Em 2022, verifica-se que a atividade da Urgência Médico-Cirúrgica apresentou, níveis de procura superiores ao observado no ano 2021 em cerca de +24,6%, com a Urgência Básica a registar também um incremento da sua atividade em +44,3%. Em termos globais observa-se a realização de mais 33.927 episódios de urgência (+28,0%) no ano 2022, por comparação com o período homólogo. A Urgência Médico-Cirúrgica regista 125.508 episódios no ano de 2022, dos quais 39.561 na Urgência Pediátrica

¹ Sistema de Informação para a Morbilidade Hospitalar







(+45,2% face período homólogo), 9.174 na Urgência Obstétrica/Ginecológica (+10,2% face ao período homólogo), 76.773 na Urgência Geral (+17,9% face ao período homólogo).

Também os episódios de urgência sem internamento verificaram, em 2022, um aumento expressivo face ao período homólogo (+29,7%) atingindo um total de 145.879 episódios.

No que respeita ao Contrato Programa 2022, para o qual foi determinado um aumento da atividade de curgência, podemos verificar que a atividade realizada se apresenta superior à contratualizada. Assim, apura-se um desvio global de +2,8%, representando mais 4.117 episódios de urgência. Relativamente ao n.º de episódios de urgência sem internamento, verifica-se também um desvio positivo de 4,0% que se traduz em mais 5.566 episódios realizados face aos previstos para 2022.

Programas de Saúde

O CHBM conta na sua carteira de serviços com a prestação de cuidados no âmbito de diversos programas de saúde como:

- Programa apoio hospitalar aos rastreios base populacional: cancro cólon e reto:
 No âmbito deste programa de saúde o CHBM apenas realizou rastreio a 21 doentes referenciados pelos Cuidados de Saúde Primários, ficando muito aquém da meta contratualizada (-91,6%) e que previa a realização de rastreio a 250 utentes.
- Programa para interrupção voluntária da gravidez (IVG):
 Em 2022 verificou-se a realização de um total de 445 IVG representando uma variação de cerca de 22,6% (+82 IVG) face ao ano 2021. Se considerarmos os objetivos consensualizados para o Contrato-Programa de 2022, verifica-se um desvio de +18,7%, traduzindo-se na realização de

Prestação de cuidados a pessoas a viver com patologias crónicas:

mais 70 IVG face ao previsto.

- O programa de tratamento de doentes com dispositivos PSCI;
 O número de doentes em seguimento com Dispositivos PSCI, tem vindo a aumentar gradualmente, tendo-se verificado, em 2022, um aumento de 13,9% face ao período homólogo. Em termos globais, observa-se um incremento de 8 doentes equivalentes, deste modo quando analisada a produção realizada face às metas contratualizadas verifica-se uma redução de 5,4%, representando uma diferença de 5 doentes equivalentes.
- Programa de tratamento ambulatório de pessoas portadoras de infeção pelo vírus hepatite C;
 Em 2022, foi possível tratar 61 doentes portadores de hepatite C, representando uma redução de 6,2% (-4 doentes) face ao período homólogo. Quando se procede à análise da atividade realizada com os valores previstos para o CP 2022, apura-se um desvio de -39,0% no número doentes tratados, o que representa menos 39 doentes tratados face ao contratualizado.
- Programa de tratamento ambulatório de pessoas a viver com infeção VIH/SIDA;
 O n.º de doentes acompanhados no âmbito do programa de tratamento do VIH/SIDA, em
 2022 verificou uma redução de cerca de 1,5% (+13 doentes equivalentes) face ao período homólogo. Ao analisar-se a produção face aos objetivos consensualizados para o Contrato-







Programa de 2022, verifica-se um desvio de -3,5%, traduzindo-se em menos 31 doentes equivalentes face ao previsto.

O Programa de tratamento ambulatório de pessoas a viver com Esclerose Múltipla.
O número de doentes com Esclerose Múltipla em tratamento ambulatório apresentou uma redução de cerca de 4% (+2 doentes equivalentes) face ao período homólogo. Quando analisada a produção realizada face às metas contratualizadas para o Contrato-programa de 2022 verifica-se um desvio negativo de cerca de 20,6%, traduzindo-se no acompanhamento de menos 14 doentes equivalentes, face ao previsto.

Contrato Programa 2022

A taxa de execução do Contrato-Programa 2022 fixou-se nos 92,1%, sendo este valor ainda um reflexo do impacto provocado pela Pandemia por COVID-19, no início do ano. Em agosto de 2022, procedeu-se à assinatura de uma adenda ao Contrato-Programa, com uma atualização dos preços, nomeadamente ao nível do internamento e da consulta.

No que diz respeito às linhas de produção da atividade assistencial, assumem especial importância:

- Aumento do número total de consultas externas face a 2021 em cerca de 3%, com especial enfoque nas primeiras consultas, em que o crescimento registado foi de 10%, ficando com uma taxa de execução do CP de 81,7% e de 92,7%, respetivamente;
- Os GDH cirúrgicos cresceram cerca de 45% face a 2021, o que em termos de CP representou uma taxa de cumprimento do CP de 100,9%;
- Os serviços de urgência do CHBM (Médico Cirúrgica e Básica), registaram uma taxa de cumprimento superior a 100%, sendo superiores a 2021 em cerca de 17% e 47%, respetivamente;
- Os tratamentos de radioterapia, nomeadamente os complexos registaram uma taxa de execução superior a 100% do CP e mais 36% relativamente a 2021, sendo que os simples registaram uma taxa de 64,5%;
- Na linha referente à Hospitalização Domiciliária a taxa de execução cifrou-se nos 85,3%. Face ao período homólogo, em termos de doentes saídos, registou-se um aumento de 52%;
- Os medicamentos de cedência hospitalar em ambulatório registaram, igualmente, uma taxa de execução de 100% face ao definido em CP.

Em suma, a taxa de execução corresponde uma valorização da produção em 70.653.892,74€, conforme se apresenta no mapa resumo seguinte, respeitante à valorização de proveitos do Contrato-Programa para 2022, na perspetiva de execução da atividade assistencial.







ESTIMATIVA

PROVEITOS

Instituição: Centro Hospitalar Barreiro Montjo, EPE

Periodo: dez-22



	Co	Contrato Produção		Ma	rginal			
	Quantidade	Valor (Euros)	Quantidade	Valor (Euros)	Quantidade	Valor (Euros)	Estimativa da Especialização	Taxa de Execução
1. Consultas Externas (Médicas):								Control of the last
Nº 1°s Consultas (s/ majoração)	30 385	1.428.095.00 €	24 827	1.166 869.00 €	0	0.00 €	1.168.869.00 €	81.7
Nº 1's Consultas referenciadas (CTH)	13.853	720.356.00 €		687 628.00 €	0	0.00 €	667.628,00 €	92.7
Nº 1°s Consultas Telemedicina em Tempo Real	1.044	54.288,00 €	1.044	54.288,00 €	104	811,20€	55.099,20 €	101,5
Nº 1's Consultas CRI	1.347	75.432,00 €	1.347	75.432,00 €	16	134,40 €	75 566,40 €	100,2
Nº 1's Consultas Descentralizadas (CSPEP)	50	2.800,00€		392,00 €	0	0,00€	392,00 €	14,0
Nº 1°s Consultas Cuidados Paliativos	160	8.960,00 €	121	6.776,00 €	0	0.00 €	6.776,00 €	75,6
Nº Consultas Subsequentes (s/ majoração) Nº Consultas Médicas Subsequentes Telemedicina em Tempo Real	102 283	4.807.301,00 €		4.807.301,00 €	10.228	72.107,40 €	4.879.408.40 €	101,5
N° Consultas Subsequentes CRI	17.841 3.950	927.732.00 €		135 564,00 €	0	0,00 €	135.564,00 €	14,6
Nº Consultas Subsequentes Descentralizadas (CSPEP)	50	2.800.00 €	3.509	616,00 €	0	0,00 €	182 468,00 €	22,0
Nº Consultas Subsequentes Cuidados Paliativos	550	30.800.00 €		30.800.00 €	55	462.00 €	31 262,00 €	101.
Valor Total das Consultas		8.263.964,00 €		7.128.134,00 €		73.515,00 €	7.201.649,00 €	87.
2. Internamento:							the the late of	
N° Doentes Equivalentes								
3DH Médicos	10,144	23.384.163.00 €		22.112.211.00 €	0	0,00 €	22.112.211,00 €	94,6
GDH Médicos Cuidados Paliativos GDH Médicos CRI	170	412.300.35 €		392 064,75 €	0	0,00 €	392.064,75 €	95,
GDH Médicos CRI GDH Cirúrgicos	40	96.119,10 €	13	32.882.85 €	0	0,00 €	32.882,85 €	34.2
SUH Cirurgeos SUH Cirurgeos CRI	1.686	3.885.717.00 €	1.613	3.885.717.00 €	148	35.653,20 €	3.921.370.20 €	100,
SDH Cirúrgicos Urgentes	2.101	25.294,50 €	1.684	25.294.50 €	0	0.00 €	25 294,50 €	100.
GDH Cirúrgicos Urgentes CRI	2.101	4.599.985.50 €	1.684	3.853.918.20 €	0	0.00 €	3.853.918,20 €	83,
Das de Internamento de Doentes Crónicos	0	0,00€	0	0,00 €	.0	0,00€	0,00 €	U,
Doentes de Psiquiatria Crónicos no Hospital	0	0,00€	0	0.00 €	0	0.00 €	0.00 €	
Doentes Psiquiatria no Exterior (Ordens Religiosas)	2.700	124 200,00 €	2.700	124 200.00 €	270	1.242.00 €	125 442 00 €	101.
Valor Total do Internamento		32.527.779,45 €		30.426.288,30 €		36.895,20 €	30.463.183.50 €	93
I. Episódios de GDH de Ambulatório:			and the same					1. 3. 3
30H Cirúrgeos	3.923	7.679 272,50 €	3 301	6 461.707,50 €	0	0,00 €	6.461.707,50 €	84
SDH Cirurgeos CRI	0	0,00€	0	0.00 €	0	0,00€	0,00 €	0.
3DH Médicos	6.000	3.774.600,00 €	5.503	3.461.937,30 €	0	0,00 €	3.461.937.30 €	91.
3DH Médicos CRI	20	13.211,10€	7	4.623,89 €	0	0.00 €	4.623,89 €	35.
Valor dos GDH de Ambulatório 4. Urgencias:		11.467.083,60 €		9.928.268,69 €		0,00€	9.928.268,69 €	86,
Atendimentos SU - Médico - Cirúrgica	115 000	6 003 000 00 €						100
Atendimentos SU - Básica	23.650	993 300,00 €	114.813 23.650	6 003 000,00 €	2 365	0,00 €	6.003.000,00 €	100,
/alor Total dos Atendimentos Urgentes	25.000	6.996.300,00€	23.030	6.996.300,00 €	2.303	2.365,00 €	6.998.665.00 €	100
5. Sessões em Hospital de Dia:		0.000,000		0.000,000,000		2.303,00 €	0.330.003,00 €	100,
Base	16.153	339 213.00 €	16.153	339 213.00 €	855	2.693.25 €	341.906.25 €	100
muno-Hemoterapia	1.706	527.154.00 €	1.398	431.982.00 €	0	0,00€	431.982,00 €	81.
Siquatra	2.782	89.024.00 €	2.782	89.024.00 €	278	1.334,40 €	90.358,40 €	101.
Valor Total do Hospital de Dia		955.391,00 €		860.219,00 €		4.027,65 €	864.246,65 €	90,
5. Program as de gestão da doença crónica	RETURN TO THE							
/H/Sida (doentes em TARC)	890,0	5.337.330,00 €	(2,2,2,7,2)	5.152.922,25 €	0	0,00€	5.152.922,25 €	96.
Hepatite C - № de doentes tratados Rastreio Cancro do Cólon e Reto	100.0	692.200,00 €		422 242,00 €	0	0,00€	422.242,00 €	61.
Esclerose múltipla - doentes em terapéutica modificadora	250.0 70.0	99.250,00 €		8.337,00 €	0	0,00 €	8.337,00 €	79.
PSCI (Centros de Tratamento autorizados pela DGS)	70,0	866.600,00 €	55,6	688.080,40 €	0,0	0,00€	688.080,40 €	19.
Doentes Novos (Cuidados 1ºAno)	15.0	21.870.00 €	10.8	15.804,72 €	0.0	0.00 €	15.804.72 €	72.
Doentes em Seguimento (Cuidados 2 ºAno e Seguintes)	75.0	78.450.00 €	74.3	77.749.18 €	0.0	0,00 €	77.749,18 €	99.
9. Saúde sexual e reprodutiva				77.7-29,100			17:140,100	
VG até 10 sem anas								
Vedicamentosa (n.º NG)	370	109.890.00 €	370	109.890,00 €	37	1.648,35 €	111,538,35 €	101,
Orurgica (n.º MG)	5	1.935,00 €	1	387,00 €	0	0,00€	387,00 €	20.
0. Sessões de Radioncologia								
ratamentos Simples	11.000	1.210.000,00 €		779.900,00 €	0	0,00 €	779.900,00 €	64.
ratamentos Complexos	13.500	3.564.000,00 €	13.500	3.564.000,00 €	653	172.392.00 €	3.736.392,00 €	104
2. Serviços Domiciliários								
Consultas Domiciliárias Hospitalização Domiciliária	150	6.000.00 €		5.040.00 €	0	0.00 €	5.040,00 €	84
15. Outros	600	1.383.103.26 €	490	1.180.410,00 €	0	0.00 €	1.180.410,00 €	85
Medicamentos de cedência hospitalar em ambulatório		1.550.000.00 €		1.550.000.00 €			1.550.000,00 €	100
Sistema de Atribuição de Produtos e Apoio		123.577.00 €		123.577.00 €			123.577.00 €	100
Programa de Incentivo à Integração de Cuidados		227.883,27 €		125.577,00 €			125.576,00 €	55
internos		1 219 924,00 €		1 219 924.00 €			1 219 924,00 €	100.
16, Valor da Produção		76.702.530,58 €		70.363.049,54 €		290.843,20 €	70.653.892,74 €	92,1

Em conformidade com os anos anteriores o Contrato Programa do ano 2022 integra uma listagem de indicadores assistenciais, de qualidade e de eficiência económico-financeira, que o CHBM deve cumprir para efetivo financiamento dos incentivos institucionais no montante de 4,3 M€.







Esta componente do incentivo manteve os pressupostos de anos anteriores, ou seja, corresponde a 5% do valor do Contrato Programa, dos quais 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.

Assim, considerando os indicadores e metas contratualizadas para o ano de 2022, e os valores disponibilizados em SICA até à data, apurou-se uma execução de 93,6% dos objetivos contratualizados, o que se traduz na atribuição de um montante de incentivos de 4.344.966,94€, conforme se detalha no quadro seguinte.

indice	Desen	npenno	Global
The second	Annual Vision		ZIEGO ON MAI
A	a	2 - t	- 01

73.1 87.6 70 82 68,1 88,6	2022 Real 50,2 76,5 73,7 73,7 63,7	Grau de Cumprimento (%) 68,7 87,3 105,3 89,9 93,5	68,7 87,3 105,3 89,9 93,5	Indice de Desempenho 53,0 6,9 8,7 10,5 9,0 9,4	55,0 88,3 63,8 76,4 64,5	Var. 2020/2021 -4, -11, -2, -0,
73.1 87.6 70 82 68,1	50,2 76,5 73,7 73,7 63,7	Cumprimento (%) 68,7 87,3 105,3 89,9	Cum primento Ajustado (%) 68,7 87,3 105,3 89,9	53,0 6,9 8,7 10,5 9,0 9,4	55,0 88,3 63,8 76,4	Var. 2020/2021 -4, -11, 9, -2,
87,6 70 82 68,1	76,5 73,7 73,7 63,7	68,7 87,3 105,3 89,9	68,7 87,3 105,3 89,9	6,9 8,7 10,5 9,0 9,4	88,3 63,8 76,4 64,5	-11, 9, -2,
87,6 70 82 68,1	76,5 73,7 73,7 63,7	87,3 105,3 89,9 93,5	87,3 105,3 89,9 93,5	6,9 8,7 10,5 9,0 9,4	88,3 63,8 76,4 64,5	-11, 9, -2,
87,6 70 82 68,1	76,5 73,7 73,7 63,7	87,3 105,3 89,9 93,5	87,3 105,3 89,9 93,5	8,7 10,5 9,0 9,4	88,3 63,8 76,4 64,5	-11, 9, -2,
70 82 68,1 88,6	73,7 73,7 63,7 75,9	105,3 89,9 93,5	105,3 89,9 93,5	9,0	63,8 76,4 64,5	9, -2,
68,1 88,6	73,7 63,7 75,9	93,5	93,5	9,0	76,4 64,5	-2,
68,1 88,6	75,9	93,5	93,5	9,4	64,5	-0,
88,6	75,9		-	8,6	100790	
		85,7	85,7		88,6	-12,
2,59				21.5		
2,59				1000000		
	2,7	95,8	95,8	2,9	2,79	-0,
3	6,5	216,7	120,0	3,6	1,8	4,
27,6	38,7	140,2	120,0	3,6	29,70	9,
1,4700	1,457	100,9	100,9	4,0	1,469	-0,
1,0500	1,074	97,8	97,8	3,9	11,141	-10,
0,95	0,79	116,8	116,8	3,5	1,0	-0,
			400000000000000000000000000000000000000	19,0		The state of
Valor do melhor do grupo			81,77	4,1	4.960,2	
67,5	65,4	96,9	96,9	4,8	61,3	4.
32,2	33,1	102,8	102,8	5,1	29,8	3
21	21,2	99,14	99,1	5,0	20,5	0,
					0	
				4.642.540,34		
	Valor do methor do grupo 67,5 32,2	0,95 0,79 Valor do methor do grupo 67,5 65,4 32,2 33,1	0,95 0,79 116,8 Valor do melhor do grupo 67,5 65,4 96,9 32,2 33,1 102,8	0,95 0,79 116,8 116,8 Valor do meitor do grupo 81,77 65,4 96,9 96,9 32,2 33,1 102,8 102,8	0,95 0,79 116,8 116,8 3,5 Valor do meitor do grupo 81,77 4,1 67,5 65,4 96,9 96,9 4,8 32,2 33,1 102,8 102,8 5,1 21 21,2 99,14 99,1 5,0	0,95 0,79 116,8 116,8 3,5 1,0 Valor do melhor do grupo 81,77 4,1 4.960,2 67,5 65,4 96,9 96,9 4,8 61,3 32,2 33,1 102,8 102,8 5,1 29,8 21 21,2 99,14 99,1 5,0 20,5

Os objetivos económico-financeiros estão diretamente relacionados com o valor do Contrato Programa do Centro Hospitalar estabelecido para 2022 que foi de 89.229.625,35€, dos quais 73.643.096,50€ relativamente à produção contratualizada, 4.080.792,96€ de incentivos institucionais e 11.505.735,89€ para custos de contexto.

A estimativa de proveitos tendo por base a atividade desenvolvida em 2022, apresenta uma execução de 93,1% da Produção contratada (incluindo Custos de Contexto) e 93,6% dos incentivos institucionais, conforme evidenciado nos quadros apresentados, o que representaria o valor financeiro dos proveitos de 86,5 milhões de euros. Todavia, a Circular Normativa nº 6/2019/ACSS de 21 de março, veio







estabelecer novas instruções para normalização dos registos contabilísticos associados à execução dos Contratos Programa, tendo a ACSS estabelecido para o ano de 2022 uma taxa de execução dos rendimentos provenientes da produção ligeiramente inferior à taxa de execução apurada no exercício (96,1%) e dos rendimentos provenientes dos incentivos institucionais inferior à apurada (87,9%), obtendo-se assim um rendimento global de 89,2 milhões de euros (incluindo Custos de Contexto), superior ao valor executado em sede de Contrato Programa de 2022 em cerca de 2,7 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.

O ano de 2022, foi o terceiro ano de combate à pandemia Covid-19, sendo o CHBM uma das instituições do Serviço Nacional de Saúde que contribuiu para o tratamento da doença e estabilização da saúde pública nacional. Assim, na continuidade do ano 2020, o CHBM manteve a sua resiliência e perseverança para acompanhar a situação excecional da pandemia por contágio de COVID-19, o que exigiu a todos os profissionais presentes no CHBM, dar continuidade e incrementar medidas extraordinárias para tratamento dos doentes com a patologia SARS-Cov-2.

Resumidamente o primeiro trimestre do ano 2022 do CHBM foi ainda marcado pela permanência das medidas de mitigação da doença por COVID-19, que foi sendo reajustada no decurso do ano, dada a evolução positiva da situação pandémica, reforçando-se a atividade clínica programada e urgente, no sentido de se recuperarem os níveis de atividade compatíveis com os registados em 2019. Foi aposta o recurso à atividade adicional cirúrgica, no cumprimento das disposições legais, no sentido de reduzir listas de espera e evitar a saída de doentes para o exterior no âmbito do SIGIC. Igualmente, foi dada particular atenção às primeiras consultas, para garantir um maior acesso aos utentes. Contudo, o Serviço de Urgência Geral do Hospital do Barreiro registou já um maior volume de atividade, sendo de destacar igualmente, o volume de atendimentos do Serviço de Urgência Pediátrica, o que poderá supor uma menor capacidade de resposta a montante do CHBM.

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.







O ano de 2022 iniciou-se ainda sob o espectro do impacto da Pandemia decorrente da doença COVID-19, com a manutenção de medidas de controlo e mitigação da mesma, que foram sendo suprimidas ao Jongo do ano, fruto da evolução da situação pandémica e da cobertura vacinal da população.

O ano de 2022 foi fortemente impactado por um conjunto de fatores, que a seguir se identificam:

- Fruto da dissolução da Assembleia da República, por Decreto do Presidente da República n.º 91/2021, de 5 de dezembro, na sequência da rejeição da Proposta de Lei n.º 116/XIV/3 que aprovaria o Orçamento do Estado para 2022, na votação na generalidade em 27 de outubro de 2021, até junho de 2022, vigorou o regime excecional, duodecimal, do Orçamento de Estado, tendo por referência os valores constantes do Orçamento do Estado 2021, que implicou limites mensais à despesa realizada;
- O aumento dos preços da energia, com variações muito significativas do custo com eletricidade, gás e combustíveis, que tiveram um forte impacto no desempenho económico-financeiro da entidade;
- O início da invasão da Rússia à Ucrânia, em fevereiro, veio colocar desafios adicionais ao fornecimento de bens, não só pela perturbação sentida ao nível das cadeias de abastecimento, que se encontravam a retomar o ritmo anterior à Pandemia, mas também pelo impacto que produziu ao nível da inflação, que também já se encontrava em sentido crescente, fruto do aumento dos custos de energia, que se tinha começado a revelar no final de 2021, mas que se acentuou a partir do primeiro trimestre de 2022;
- A aprovação do Decreto-Lei n.º 50-A/2022, de 25 de julho, que veio criar as condições para a estabilização das equipas de urgência dos serviços e estabelecimentos de saúde públicos, bem como estabelecer um regime remuneratório aplicável à prestação de trabalho suplementar realizado por trabalhadores médicos, necessário para assegurar o funcionamento dos serviços de urgência, que veio criar uma pressão adicional, ao nível dos encargos com horas extraordinárias;
- Revisão dos preços associados aos Internamentos e Consultas Externas, que motivou a assinatura de uma adenda ao Contrato Programa de 2022, em agosto, que reviu em alta o valor final do referido Contrato.

III. Estrutura de Capital

- 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.

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.

 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.

 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

 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

 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 pelo Despacho nº 9052/2022 da Ministra da Saúde e do Secretário de Estado do Tesouro de 20 de julho, (Diário da República, 2ª Série nº 142 de 25 de julho de 2022), por um mandato de três anos, renovável uma única vez, na qual estão publicitadas as sinopses curriculares dos respetivos membros.







2. Caraterização 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 170 de 2 de setembro de 2022, mediante Deliberação n.º 959/2022.

Na Presidente do Conselho de Administração, Drª. Maria Teresa Fernandes de Jesus de Sousa Carneiro, 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 Gabinete Jurídico, do Gabinete de Comunicação e Imagem e do Serviço de Auditoria Interna.

No Vogal Executivo do Conselho de Administração, Dr. Miguel Ângelo Madeira Rodrigues, a coordenação dos Serviços Financeiros, do Serviço de Instalações e Equipamentos e do Serviço de Sistemas de Informação.

No Vogal Executivo do Conselho de Administração, Dr. Jorge Manuel da Silva Pinto, 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.

Na Diretora Clinica 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 Infeção 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 Materna e Neonatal, Equipa da Unidade Coordenadora Funcional 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 Clinica.







No Enfermeiro Diretor e Vogal Executivo do Conselho de Administração, Enfº. José Filipe Fernandes Nunes, 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, do Serviço de Esterilização, da Academia de Formação, do Gabinete da Qualidade, Equipa de Prevenção da Violência em Adultos e Serviço de Nutrição e Dietética.

O Presidente do Conselho de Administração nas suas faltas e impedimentos será substituído pelo Vogal Executivo, Dr. Miguel Ângelo Madeira Rodrigues. 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.

Mandato	Cargo			Designa	ão	OPPLO	ou Opção pel	a Média dos	últimos 3 anos	Indicação do
(Inicio - Fim)		Nome	Doc.	Data	Sim / Não	Entidade Origem	Entidade Pagadora	ldentificação da data da autorização e forma	de mandatos	
26/07/2022 a 31/12/2024	Presidente	Maria Teresa Fernandes de Jesus de Sousa Carneiro	Despacho nº 9052/2022	20-07-2022	Não	CHLC	СНВМ	20-07-2022	1	
26/07/2022 a 31/12/2024	Vogal	Mi guei Ángelo Madeira Rodrígues	Despacho nº 9052/2022	20-07-2022	Não	HEA	СНВМ	20-07-2022	1	
26/07/2022 • 31/12/2024	Vogal	Jorge Manuel da Silva Pinto	Despacho nº 9052/2022	20-07-2022	Não	ARSLVT	снем	20-07-2022	1	
26/07/2022 a 31/12/2024	Directora Clinica	Ana Teresa Nobre Duque Montei ro Leite Marques Xavier	Despacho nº 9052/2022	20-07-2022	Sim	CHBM	СНВМ	20-07-2022	1	
26/07/2022 a 31/12/2024	Enf ^o Director	José Filipe Fernandes Nunes	Despacho nº 9052/2022	20-07-2022	Não	СНВМ	CHBM	20-07-2022	1	

Mandato			Designa	pão	OPRLO	ou Opção pe	la Média dos	últimos 3 anos	Indicação do
(Inicio - Fim)	Cargo	Nome	Dec.	Data	Sim / Não	Entidade Origem	Entidade Pagadora	identificação da data da autorização e forma	numero tota de mandato
22/03/2019 a 31/12/2021	Presidente	Pedro Nuno Miguel Baptista Lopes	RCM nº 61/2019	21-03-2019	Não	HGO	СНВМ	21-03-2019	2
22/03/2019 a 31/12/2021	Vogal	Sónia Maria Alves Bastos	RCM nº 61/2019	21-03-2019	Não	ARSLVT	СНВМ	21-03-2019	2
22/03/2019 a 31/12/2021	Vogal	João Pedro Mendes dos Santos	RCM nº 61/2019	21-03-2019	Não	Privado	СНВМ	21-03-2019	1
22/03/2019 a 31/12/2021	Directora Clinica	Ana Teresa Nobre Duque Monteiro Leite Marques Xavier	RCM nº 61/2019	21-03-2019	Sim	СНВМ	СНВМ	21-03-2019	1
22/03/2019 a 31/12/2021	Enf® Director	António Manuel Silva Viegas	RCM nº 61/2019	21-03-2019	Não	СНВМ	СНВМ	21-03-2019	2

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

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

Não aplicável, o CHBM não tem membros não executivos.







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

Notas curriculares

Maria Teresa Fernandes de Jesus de Sousa Carneiro, nascida em Lisboa a 13 de julho de 1960. Percurso académico: Curso de pós -graduação em Bioética da Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa (2017); Curso de pós -graduação em Direito do Trabalho da Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa (2015); Licenciatura em Direito pela Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa (2003 -2009); Curso de Estudos Superiores Especializados em Administração dos Serviços de Enfermagem na Escola Superior de Enfermagem de Maria Fernanda Resende (1997 -1999); Curso de especialização em Enfermagem de Reabilitação na Escola Superior de Enfermagem de Maria Fernanda Resende (1991 - 1993); Licenciatura em Enfermagem na Escola Superior de Enfermagem de Artur Ravara (1979 -1982). Percurso profissional:

Chefe de gabinete do Secretário de Estado da Saúde no XXII Governo Constitucional (2020 -2022); Adjunta da Ministra da Saúde no XXII Governo Constitucional, exercendo, em substituição, as funções de chefe de gabinete da Ministra da Saúde (2019 -2020); Chefe de gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde no XXI Governo Constitucional (2018 -2019); Vogal executiva do conselho de administração, em funções de enfermeira-diretora, do Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, E. P. E., com a tutela dos Serviços de Gestão de Recursos Humanos, Gabinete Jurídico e de Esterilização (2012 -2018); Membro da Comissão de Ética para Investigação Científica (CEIC) desde 2005 até 2019; Conselheira do Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros no mandato de 2008 -2010; Vogal executiva do conselho de administração do Hospital de S. José, em funções de enfermeiradiretora (1999 -2004); Enfermeira-gestora do mapa de pessoal do Centro Hospitalar e Universitário Lisboa Central (CHULC); Título profissional de enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação; Presidente da Comissão de Enfermagem do Hospital de S. José (1999 -2004). Presidente da Comissão Técnica de Avaliação de Enfermeiros (1999 -2004). Membro do Conselho Geral do Hospital de S. José em representação dos trabalhadores enfermeiros (1990 -1999); Membro do Conselho Consultivo da Escola Superior de Enfermagem Francisco Gentil no triénio 2003 -2006; Presidente e membro de júris de diferentes procedimentos concursais de acesso e promoção de pessoal no âmbito da administração pública. Membro de júris de diferentes comissões de escolha de aquisição de material clínico, equipamentos hospitalares e contratação de serviços externos; Colaboração como docente com diversas Escolas Superiores de Enfermagem. Preletora em diversos eventos científicos. Coautora de projetos de investigação em enfermagem. Início da atividade clínica na Unidade de Urgência Médica (UUM) do Hospital de S. José em 1982. Coordenação da Unidade de Cuidados Intermédios do Serviço de Medicina 2 do Hospital de S. José (1989 -1993). Enfermeira-chefe do Serviço 10 do Hospital de S. José — especialidades de Neurocirurgia e Neurotraumatologia — com as valências de Cuidados Intensivos, Cuidados Intermédios; Pediatria e Bloco Operatório de urgência/cirurgia programada (1993 -1999). Enfermeira-chefe da UUM (2004 -2012).

Miguel Ângelo Madeira Rodrigues, nascido a 12 de dezembro de 1977. Nacionalidade: portuguesa. Habilitações académicas: licenciado em Geografia e Planeamento Regional, pela Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa, 1999. Conclusão do ano curricular do VI Curso de Mestrado em Sistemas de Informação Geográfica, pelo Instituto Superior Técnico, 2001. XXXI Curso de Especialização em







Administração Hospitalar, da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, 2003. Licenciado em Gestão de Empresas pela Universidade Lusíada de Lisboa, 2008. Doutorando em Gestão de Informação, especialização em Sistemas de Informação e Decisão, pela Nova Information Management School (início em setembro de 2014).

Experiência profissional:

Iniciou a atividade profissional no Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde em agosto de 1994, onde permaneceu até julho de 2005, tendo desenvolvido diferentes projetos, nomeadamente na área da colheita e transplantação de órgãos; De agosto de 2005 a janeiro de 2006, exerceu funções como administrador hospitalar no Centro Hospitalar das Caldas da Rainha (Aprovisionamento, Especialidades Médicas e Cirúrgicas, Urgência, MCDT e Bloco Operatório); Em fevereiro de 2006, exerceu funções como administrador hospitalar no Hospital D. Estefânia (Serv. Financeiros); De março de 2006 a fevereiro de 2008, exerceu funções como diretor da Unidade de Compras da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa; De março de 2009 a setembro de 2011, exerceu funções como administrador hospitalar no Centro Hospitalar do Oeste Norte (Hospital Dr. Bernardino Lopes de Oliveira — Alcobaça, Serviço de Urgência, Instalações e Equipamentos, Especialidades Médicas e Aprovisionamento); De fevereiro de 2008 a junho de 2015, exerceu funções como administrador hospitalar no Departamento da Qualidade na Saúde da Direção -Geral da Saúde (Programa de Auditorias Clínicas às NOC, Formulário Eletrónico de atribuição de Produtos de Apoio, Gestão Integrada da Doença — Doença Renal Crónica); De junho a outubro de 2015, exerceu funções de coordenador da Unidade Acompanhamento dos Hospitais da ACSS tendo assumido em novembro de 2015 a coordenação da Unidade de Orçamento e Controlo da mesma entidade; De abril de 2016 a outubro de 2017, desempenhou funções como vogal executivo do conselho de administração da Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, E. P. E.; De novembro de 2017 a agosto de 2018, exerceu as funções de diretor de operações da Walk'in Clinics Portugal, S. A.; De agosto a outubro de 2018, exerceu as funções de adjunto da Secretária de Estado da Saúde; De novembro de 2018 a outubro de 2019, exerceu as funções de adjunto do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde; De novembro de 2019 a setembro de 2020, exerceu as funções de técnico especialista da Secretária de Estado Adjunta e da Saúde; De setembro de 2020 a janeiro de 2022, exerceu as funções de adjunto do Secretário de Estado da Saúde; De janeiro de 2022, mantendo -se em funções, exerce as funções de diretor financeiro do Hospital de Loures, E. P. E. (Hospital Beatriz Ângelo).

Jorge Manuel da Silva Pinto, nascido a 7 de maio de 1964. Administrador hospitalar, vinculado ao quadro único de administradores hospitalares, desde 14 de novembro de 2007. Habilitações académicas e profissionais:

2021 — Pós-Graduação em Gestão de Projetos;

2016 — FORGEP — Programa de Formação em Gestão Pública;

2002 — Curso de Especialização em Administração Hospitalar;

1998 — Licenciado em Organização e Gestão de Empresas;

1993 — Bacharelato em Gestão de Marketing;

1985 — Bacharelato em Enfermagem.

Experiência profissional:

Outubro de 2016 -atualidade — administrador hospitalar no Departamento de Planeamento e Contratualização da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I. P.; Janeiro de 2021 - março de 2022 — técnico especialista do Gabinete do Secretário de Estado da Saúde; Novembro de 2018 -outubro de 2019 — técnico especialista do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde; Maio -outubro de 2018 — técnico especialista do Gabinete da Secretária de Estado da Saúde; 2013 - 2016 — Responsável pela Logística da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I. P.;







2008 -2013 — Diretor do Serviço de Compras e Logística do Hospital dos Lusíadas/Hospitais Privados de Portugal (HPP Saúde); 2007 -2008 — Diretor do Serviço de Gestão de Compras do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E. P. E., e administrador do Departamento de Medicina Física e Reabilitação; 2006 - 2007 — Diretor do Serviço de Logística e Distribuição do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E. P. E.; 2003 -2005 — Coordenador do Serviço de Aprovisionamento do Hospital S. Francisco Xavier, S. A., coordenador do Centro de Responsabilidade Médico -Cirúrgico do Hospital S. Francisco Xavier, S. A.; 2003 — Administrador hospitalar do Departamento da Mulher e da Criança, do Departamento Médico e do Departamento de Saúde Mental e Psiquiatria do Hospital Garcia de Orta; 1987 -2002 — Enfermeirochefe de equipa de enfermagem e coordenador da Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos do Hospital S. Francisco Xavier.

Outras atividades:

Coordenador de vários grupos de trabalho, com destaque para: Comissão de Avaliação Técnica de Material de Consumo Clínico do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E. P. E.; Comissão de Normalização/implementação de Mestre de Artigos no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E. P. E.; Comité de Eficiência do Hospital S. Francisco Xavier, S. A. Orientador de estágio de alunos do Curso de Especialização em Administração Hospitalar, Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa e participação como vogal de júri de concursos para assistentes operacionais no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E. P. E., e concursos para técnicos superiores na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I. P.

Ana Teresa Nobre Duque Monteiro Leite Marques Xavier, nascida a 1 de março de 1959. Educação e carreira: licenciada 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 realizado na Universidade Católica Portuguesa, 2000; Curso de Gestão de Unidades realizado na Universidade Católica Portuguesa, 2002; e Competência em Gestão de Unidades de Saúde, 2003.

Experiência profissional e outras atividades:

Diretora clínica do Centro Hospitalar Barreiro Montijo (CHBM) desde março de 2019; Responsável da Unidade Funcional de Oncologia Médica (UFO) do CHBM desde março de 2016 e responsável pela coordenação da Unidade de Gestão da Doença Oncológica do CHBM, de maio de 2016 a 2020, e do Sistema de Alerta Oncológico, de 2017 a 2020; Adjunta do diretor clínico do Hospital do Barreiro (área de Consulta Externa e Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica de março de 2003 a outubro de 2005); Médica da UFO do CHBM desde março de 1994, no Serviço de Medicina Interna de 1985 a 1994 e médica nos Hospitais Civis de Lisboa de 1984 a 1985 e Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil de Lisboa de 1989 a 1990; 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; Membro da Comissão Médica do CHBM desde 2016; Responsável pela Equipa de Trabalho que obteve a Acreditação da Unidade Funcional de Oncologia, 2016; 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 e presidente de 2019 a 2021; 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; Delegada sindical de 2012 a 2018; Membro da Comissão Médica do CHBM desde 2016; Membro da Comissão de Toponímia a Cidade do Barreiro desde 2017; Presidente da Associação da Clínica Frater IPSS em regime de voluntariado de 2017 a 2019; Membro do Observatório da Saúde do Barreiro de 2013 a 2017; Deputada municipal da Assembleia Municipal do Barreiro de 2019 a outubro de 2021.

José Filipe Fernandes Nunes, nascido no Barreiro, a 5 de agosto de 1964. Habilitações académicas: Curso de Pós -Licenciatura de Enfermagem Comunitária, em 2010, Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus Évora; Curso de Especialização do Mestrado em Intervenção Sócio -Organizacional na Saúde, na área de especialização em Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde, Universidade de Évora. (Parte Curricular), em 2005; Licenciatura em Enfermagem, em 2003, Complemento de Formação em Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus, Évora; Curso Geral de Enfermagem, em 1991, Escola do Serviço de Saúde Militar, com equivalência ao grau de bacharelato.

Percurso profissional:

Adjunto do enfermeiro-diretor, desde dezembro de 2016 até apresente data. Enfermeiro em funções de chefia, do Serviço Urologia/Senologia/ORL/Oftalmologia, do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E. P. E., de 2014 até a presente data;

Enfermeiro em funções de chefia da Unidade de Técnicas de Endoscopia e Serviço de Imunohemoterapia do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E. P. E., de 2012 a 2014; Enfermeiro-coordenador do Gabinete de Gestão do Risco e Segurança do Doente, do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E. P. E., de 2010 a 2012; Integra a bolsa de formadores internos do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E. P. E.; Integra várias comissões de trabalho do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E. P. E.; Integra a bolsa de auditores internos da Qualidade do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E. P. E.; Júri de concursos para admissão de recursos humanos; Júri de concursos para aquisição de produtos de consumo clínico e não clínico; Membro da Comissão de Humanização e Qualidade, Segurança e Saúde no Trabalho; Representante dos trabalhadores, na Comissão Paritária de Avaliação dos trabalhadores integrados na carreira especial de enfermagem; Enfermeiro, Serviço de Cirurgia Geral, do Hospital Nossa Senhora do Rosário, S. A, Barreiro; 1998 -2009; Enfermeiro, Unidade de Técnicas de Endoscopia, do Hospital Distrital do Barreiro, 1995 - 1998; Enfermeiro, Serviço de Especialidades Médicas, do Hospital Distrital do Barreiro, 1995. Força Aérea Portuguesa, 1984 a 1994.

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/despacho_nomeacao_CA_julho22.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_chbm22.pdf

Delegação de competências do Conselho de Administração

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

- 8. Caraterização 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 2022, foram realizadas vinte e três reuniões de Conselho de Administração atual, com o seguinte grau de assiduidade:









Memb	Grau de Assiduidade (%)	
Presidente	Maria Teresa Fernandes de Jesus de Sousa Carneiro	100%
Vogal Executivo	Miguel Ângelo Madeira Rodrigues	100%
Vogal Executivo	Jorge Manuel da Silva Pinto	96%
Directora Clinica	Ana Teresa Nobre Duque Monteiro Leite Marques Xavier	57%
Enf® Director	José Filipe Fernandes Nunes	87%
	TOTAL REUNIÕES REALIZADAS	23

Foram realizadas vinte e nove reuniões pelo Conselho de Administração anterior, com o seguinte grau de assiduidade:

Memb	oro do Conselho de Administração (até 25 de Julho de 2022)	Grau de Assiduidade (%)
Presidente	Pedro Nuno Miguel Baptista Lopes	90%
Vogal Executivo	Sónia Maria Alves Bastos	93%
Vogal Executivo	João Pedro Mendes dos Santos	100%
Directora Clinica	Ana Teresa Nobre Duque Monteiro Leite Marques Xavier	97%
Enf [®] Director	António Manuel Silva Viegas	97%
	TOTAL REUNIÕES REALIZADAS	29

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

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

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

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

- O Presidente é substituído, nas suas ausências e impedimentos, pelo Vogal que este designar.
- b) Cargos exercidos em simultâneo em outras entidades, dentro e fora do grupo, e outras atividades relevantes exercidas pelos membros daqueles órgãos no decurso do exercício.

Não existem cargos exercidos em simultâneo em outras entidades.

 c) Órgãos da entidade competentes para realizar a avaliação de desempenho dos administradores executivos e critérios pré-determinados para a avaliação de desempenho dos mesmos.

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







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

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

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

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

- a) A Comissão Médica;
- b) A Comissão de Enfermagem;
- c) A Comissão de Ética;
- d) A Comissão de Qualidade e Segurança do Doente;
- e) A Comissão de Controlo da Infeção 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;
 - 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.

Lame

- 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;
 - 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 regese pelos princípios definidos no Decreto-Lei nº 97/95 de 10 de maio.
- A Comissão de Ética desenvolveu a sua atividade no âmbito das suas competências, designadamente, com emissão de pareceres sobre questões éticas, estudos e ensaios clínicos.

(Comissão de Qualidade e Segurança do Doente)

- 1 A Comissão de Qualidade e Segurança do Doente é constituída por cinco membros, dos quais um é o Presidente do Conselho de Administração, que preside à Comissão.
- 2 Os elementos da Comissão de Qualidade e Segurança do Doente são nomeados pelo Conselho de Administração, por proposta do Presidente.
- 3 Foram desenvolvidas pela comissão de qualidade e segurança do doente as seguintes atividades:
 - a) A formulação da política de qualidade orientada para o utente, nas dimensões de garantia, planeamento, controlo estatístico e melhoria contínua;
 - A avaliação das diferentes dimensões de qualidade, incluindo a dos custos da não qualidade;
 - c) Proposta do plano de ação anual, com previsão dos recursos necessários à sua execução;
 - d) O acompanhamento das atividades incluídas no plano de ação anual.







(Comissão de Controlo da 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 INFECÇÃO", 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;
 - 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.
 - Aprovar protocolos de atuação diagnostica e terapêutica dos diversos tipos de doença oncológica;
 - Aprovar protocolos de atuação na prestação de cuidados paliativos e terminais oncológicos;
 - d) Emitir parecer sobre a estrutura do Hospital no âmbito da oncologia e eventuais protocolos com outras instituições;
 - e) Promover e coordenar o registo do cancro ao nível do Hospital.

(Direção do Internato Médico)

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

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

D. Fiscalização

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

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

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

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







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

	Conselho Fiscal									
Mandato		Identificação do Conselho Fiscal	Designa							
(Inicio - Fim)	Cargo	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					

Até ao presente momento ainda não foi emitido qualquer despacho à renovação do mandato do Conselho Fiscal para o triénio 2021-2023, conforme proposta apresentada ao Ministério da Saúde através do nosso oficio de 28 de outubro de 2022.

Nos termos conjugados do n.º 3 do art.º 33º do DL n.º 133/2013, de 3/10 e dos n.ºs 3 e 4 do art.º 415º do CSC, o Vogal José Manuel Gonçalves André cessou as suas funções a 22 de abril de 2023, tendo sido substituído pela Vogal Anabela Garcia Barata

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

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. (maio 2019 a abril 2021), Administradora não executiva da Crédito Agrícola Gest - SGOIC, 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 (janeiro de 2013 a agosto de 2021), 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 - ISCSP.

Atividade Profissional

Administrador Hospitalar de 1º grau do Quadro Único desde 26 /04/2006 e de 1º 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 Civis de Lisboa, 1985-1989, membro da Comissão de Avaliação dos Administradores Hospitalares em 2020-2021.

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 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 Espirito 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. Caraterização 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 Orgão de Fiscalização
7	Teleconferências Lisboa	CF	Não existiram
1	Teleconferência	CF, AI	(1)
2	Teleconferência	CF, CA	Não existiram
3	Teleconferência	CF, BDO	(2)

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

(1)- O Vogal José Manuel Gonçalves André não teve presente na reunião, tendo justificado atempadamente a sua ausência

(2)- O Vogal Renato Felisberto Pinho Marques não teve presente numa das reuniões, tendo justificado atempadamente a sua ausência.

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







Nome	Outros cargos ou funções				
	Presidente do Conselho Fiscal do Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.				
Maria Leonor Betencourt Silva Dantas Jorge	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 (até 12/04/2021)				
	Administrador não executivo da Crédito Agricola GEST - SGOIC, SA				
	Vogal do Conselho de Administração da HL-Sociedade Gestor do Edificio, SA.				
	Administrador Único da Cardinal Credível, Lda.				
Renato Felisberto Pinho Marques	Vogal do Conselho Fiscal do Centro Hospitalar de Setúba E.P.E.				
Neliato relisperto Fillilo Marques	Vogal do Conselho Fiscal do Hospital Garcia da Orta, E.P.E				
	Vogal do Conselho Fiscal do Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.				
José Manuel Gonçalves André	Vogal do Conselho Fiscal do Hospital Garcia da Orta, E.P.E				
	Membro da Comissão de avaliação dos Administradores Hospitalares				

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, mantendo-se em funções até à data, nos termos da legislação em vigor e do contrato celebrado para o triénio 2018-2020, com a seguinte composição:

BDO & Associados, SROC, Lda., inscrita na Ordem dos Revisores Oficiais de Contas, com o nº 29 e registado na Comissão de Mercados de Valores Mobiliários, com o nº 20161384, com sede na Avenida da República, nº 50, 10º andar, em Lisboa, representada por António José Correia de Pina Fonseca, ROC nº 949.

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

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







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

Revisor Oficial de Contas									
Mandato (Inicio - Fim)		Identificação SROC/ROC			Designação			Nº de anos de funções	Nº de anos de funções
	Cargo	Nome	Nº de inscrição na OROC	Nº Registo na CMVM	Forma	Data	Contratada	exercidas no grupo	exercidas na entidade
01/01/2018 a 31/12/2020		BDO & Associados, SROC, Lda.	29	20161384	Despacho Conjunto	14-12-2018	29-01-2019	5	5

Nome	Remuneração Anual 2022		
BDO & Associados, SROC, Lda.	16.500 €		

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

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

F. Conselho Consultivo

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

O Conselho Consultivo é composto por: Uma personalidade de reconhecido mérito, nomeada pela Comunidade Intermunicipal ou pela Área Metropolitana onde se situe a sede dos respetivos centros hospitalares, que preside; Uma personalidade de reconhecido mérito, nomeada pelo membro do Governo responsável pela área da saúde; Um representante da respetiva Administração Regional de Saúde; Um representante dos utentes, designado pela respetiva associação ou por equivalente estrutura de representação; Um representante eleito pelos trabalhadores do hospital E.P.E.; Um representante dos prestadores de trabalho voluntário no hospital E. P. E., entre estes eleito, quando existam; Dois elementos, escolhidos pelo conselho de administração do hospital E. P. E., que sejam profissionais de saúde sem vínculo ao mesmo.

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

O Despacho nº 1505/2015, de 22 janeiro, nomeou 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.

A 18 janeiro 2021 é nomeado novo Presidente do Conselho Consultivo, o Dr. José Afonso Oliveira Janeiro Neves, que renuncia à designação a 3 novembro 2021. O Conselho de Administração volta 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.

 Caraterização 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. º4 do artigo 17.º-A do Decreto-Lei n. º12/2015, 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
- 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 2022 foram realizadas auditoria aos Contratos abrangidos pelo Regime de Execução previsto na Lei n.º 1-A/2020, incluindo os isentos de Fiscalização Prévia, bem como à Gestão de Existências nos Serviços Farmacêuticos. Neste ano também foram realizadas 8 ações de follow-up: ao Relatório de Auditoria "Retribuições por Atividades Fora do PNT (IGAS)", ao Relatório de Auditoria "Serviço de Medicina Física e Reabilitação"; ao Relatório de Auditoria "Tempos de Faturação (IGAS)"; ao Relatório de Auditoria "SCI Empreitadas"; ao Relatório de Auditoria "SCI Contratos de Prestação de Serviço de Tratamento de Roupa", ao Relatório de Auditoria "SCI Contratos de Prestação de Serviços de Gestão e Tratamento de Resíduos", ao Relatório de Auditoria "SCI Contratos de Prestação de Serviços Técnicos TIM III, AVAC e Electromedicina" e ao Relatório de Auditoria "Circuito dos Termos de Responsabilidade para o Exterior"

 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/733/PGRCIC_plano_22.pdf

Foram identificados os seguintes níveis de risco:

Risco de Gestão	Descrição
RG 1 – Não segregação de funções	Risco de existência de incompatibilidade de funções atribuídas ou configuradas nos sistemas de informação aos colaboradores, podendo originar erros involuntários ou voluntários (v.g. situações de fraude).
RG 2 - Autorizações e responsabilidade	Risco de tomada de decisões ou realização de ações por parte de colaboradores que não estejam nos seus limites ou áreas de responsabilidade.
RG 3 - Financiamento	Risco de inexistência de receita suficiente para garantir o equilíbrio orçamental e cobrir as despesas indispensáveis para garantir a prestação de cuidados de saúde.
RG 4 - Conformidade	Risco de incumprimento da legislação fiscal, ambiental, contabilística ou outra e/ou de regulamentação do setor, bem como de normas internas. É também considerado o risco de não observância das boas práticas no exercício da função (prestação de cuidados e outras).
RG 5 - Segurança da Informação	Risco de ocorrência de falhas de segurança da informação relacionadas com a confidencialidade, disponibilidade e integridade da informação, potenciando situações de violação do acesso a dados confidenciais dos utentes, dos colaboradores ou da instituição.
RG 6 - Desenvolvimento e manutenção dos Sistemas de Informação	Risco de incapacidade de desenvolver e manter os sistemas de informação alinhados com a atividade, não recorrendo a metodologias de gestão e de desenvolvimento de projetos de Sistemas de Informação ou não garantindo a necessária transferência de conhecimentos de recursos ou empresas externas, evitando assim uma excessiva dependência destes.
RG 7 - Ambiental	Risco de ocorrência de efeitos ambientais adversos, direta ou indiretamente imputados à atividade de prestação de cuidados de saúde, e que possam







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

Risco de Corrupção	Descrição
RC 1 - Imparcialidade	Tratamento privilegiado de pessoa ou pessoas. Favorecimento de utente, concorrente e/ou procedimento no qual tenha algum interesse na tomada de decisão.
RC 2 - Faturação indevida	Emissão de faturas, pelos fornecedores, com valores acima dos contratualizados ou com itens não conformes.
RC 3 - Apropriação indevida de ativos	Desvio e/ou apropriação indevida de ativos do Centro Hospitalar ou de terceiros (v.g. espólios dos doentes) para proveito do próprio.
RC 4 - Suborno	Oferecer, dar, receber, solicitar ou facilitar algo de valor para influenciar um ato.
RC 5 - Demonstrações financeiras fraudulentas	Ocultar ou alterar informação, propositadamente, com o intuito de alterar registos, de forma a alterar resultados e induzir em erro quem as analisa.







Conflitos de interesses	Descrição
CI 1 – Acumulação de funções incompatíveis	Exercício de atividades não autorizadas. Comprometimentos da isenção e da imparcialidade exigidas no exercício das funções. Não declaração de conflitos de interesses em cumprimento, nomeadamente, do Despacho n.º 14/2014, de 22 de janeiro, da Lei nº 35/2014, de 20 junho, da Lei nº 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.

A Comissão de Acompanhamento da Prevenção da Corrupção (CAPC), elabora o Relatório Anual com o resultado das monitorizações realizadas.

O ano de 2022, a Comissão de Acompanhamento da Prevenção de Corrupção (CAPC) desenvolveu esforços no sentido de acompanhar o Plano de Riscos 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 CHBM na concretização desse objetivo.

Procedeu-se á atualização do Manual de Procedimentos e Boas Práticas em Contratação Pública, pelo Serviço de Aprovisionamento, à luz de novo enquadramento legal.

Realização de ações de controlo e fiscalização surpresa para aferir da regularidade da cobrança de taxas moderadoras, conforme recomendação da IGAS, nº 287/2014.

Realização da ação de formação "Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas", ação aberta a todo o CHBM.

A implementação do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas para o período em análise foi bem-sucedida, havendo participação de todos os serviços do CHBM. A mencionada participação no PPRCIC denota a preocupação do Órgão de Gestão e Diretores/Coordenadores de serviços em melhorarem o sistema de controlo interno da instituição.

Conclui-se que as medidas adotadas para prevenção e/ou mitigação do risco foram eficazes e o PPRCIC é um instrumento de grande utilidade no melhoramento da gestão do risco no CHBM e

de grande utilidade na tomada de decisão, planeamento e execução de atividades.

No presente relatório foram consideradas a adoção das seguintes recomendações:

 A aprovação do presente relatório nos termos da Recomendação n.º 1/2009 do Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC), publicada em DR, 2ª série, n.º 140 de 22 de julho, e do artigo 5º do Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro, e enviar cópia do mesmo ao CPC, MENAC e órgãos de tutela e superintendência e controlo;









- Divulgar o presente relatório junto de todos os serviços do CHBM, sensibilizando os diretores/coordenadores para a aplicação das medidas de mitigação e/ou prevenção de riscos identificadas, que ainda se encontrem em curso ou por implementar;
- Sensibilizar a Academia de Formação para a necessidade de incluir no Plano Anual de Formação do CHBM ações de reflexão e formação relativas ao Risco de Corrupção e Infrações Conexas (PPRCIC);
- Publicar o presente relatório no Portal interno e externo do CHBM e na área dos instrumentos de gestão do CHBM, no Portal do SNS (versão não confidencial);
- Sensibilizar os diretores/coordenadores dos serviços para a importância da gestão do risco no
 plano de gestão do sistema de controlo interno do CHBM, bem como da implementação de
 todas as medidas propostas para prevenção ou mitigação do risco;
- Aplicar no CHBM o novo regime de Prevenção da Corrupção e Infrações Conexas, constante no Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro, nomeadamente proceder à revisão do Plano de Gestão de Riscos e Infrações Conexas do CHBM.

Na hiperligação abaixo remete-se para o relatório de 2022:

http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/733/relatorio acompanhamento corrupcao22.pdf

 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.

 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;
 - 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;
- Providenciar auditorias de segurança das instalações, dos doentes, dos profissionais e ocupantes e fomentar práticas baseadas na evidência;
- m) Promover e validar as ações de formação no âmbito da gestão do risco geral e risco clínico e segurança do doente, em articulação com os Serviços e a Academia de Formação.

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

Comissão de qualidade e segurança do doente

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

3. Compete-lhe em especial:

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

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

Serviço de Segurança e Saúde Ocupacional

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

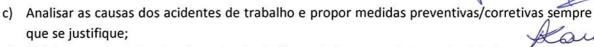
2. Compete ao SSSO:

- a) Promover locais de trabalho saudáveis, através da promoção da saúde dos profissionais e a prevenção dos riscos profissionais com vista à manutenção da capacidade de trabalho;
- b) Investigar fatores desencadeantes ou agravantes de doença no local de trabalho e desenvolver estratégias para a sua correção;









- d) Colaborar na revisão e implementação do Plano de Segurança Interno, incluindo os símulacros;
- e) Assegurar a confidencialidade dos dados de saúde e proteger a privacidade dos profissionais;
- f) Desenvolver atividades de formação, informação e educação para a saúde;
- g) Apoiar os profissionais e os órgãos de administração, no estabelecimento e conservação do ambiente de trabalho saudável e seguro que favoreça a otimização da saúde física e mental relacionada com o trabalho.
- 6. Identificação e descrição dos principais tipos de riscos (económicos, financeiros, operacionais e jurídicos) a que a entidade se expõe no exercício da atividade.

Risco Económico

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

O Resultado Líquido no final de 2022 foi de 23,6 milhões de euros negativos, com um EBITDA também negativo de 18,7 milhões de euros, pelo que se salienta, que o mesmo representa um agravamento em 23,9 % face aos resultados obtidos no período homólogo.

Atendendo aos resultados alcançados nos últimos anos, evidenciarem 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 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 especificas 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.

O CHBM contraiu um empréstimo reconhecido à data de 31/12/2022 de 3.473.989,90 €. Este empréstimo refere-se a uma comparticipação financeira do Fundo de Coesão, por via de uma candidatura ao POSEUR, designada por Eficiência Energética do Hospital do Barreiro para apoio ao investimento em estruturas no domínio da Sustentabilidade e Eficiência no Uso de Recursos. Este apoio







concedido é reembolsável num prazo de 21 anos sem encargos financeiros, no montante total de 4.407.033,23 €, correspondente ao valor total previsto para o projeto a concluir até ao final de 2023.

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

As Declarações de estado de emergência de saúde publica a que o país esteve sujeito nos últimos anos veio condicionar fortemente o Investimento para áreas dirigidas no combate à Pandemia Covid-19, nomeadamente a renovação de equipamento relacionado com doenças respiratórias, unidade de cuidados intensivos, rede de abastecimento e armazenamento de oxigénio, em detrimento de outras áreas de intervenção também prioritárias à prestação cuidados.

A guerra entre a Rússia e a Ucrânia teve inevitavelmente impactos significativos às economias portuguesa e europeia traduzindo-se numa deterioração do desempenho financeiro e operacional do CHBM, verificando-se, incrementos dos custos de operação por via do aumento da taxa de inflação.

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 ricos na gestão de recursos humanos.

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

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

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

Os riscos devem ser identificados relativamente às funções, ações e procedimentos realizados por todas as unidades da estrutura orgânica das entidades, incluindo os gabinetes, as funções e os cargos de direção de topo. Os Planos devem designar responsáveis setoriais e um responsável geral pela sua execução e monitorização, bem como pela elaboração dos correspondentes relatórios anuais.

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

 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.
- Lei nº 52/2022, de 4 de agosto, Estatuto do Serviço Nacional de Saúde.

Para o Regulamento Interno do CHBM foi adotado o modelo de gestão participada por objetivos assente em níveis de gestão estratégica, intermédia e operacional, em que os centros de responsabilidade e as direções de serviço assumem e desempenham um papel determinante.

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

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

Regulamento e Códigos do CHBM

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

2. Referência à existência de um código de ética, com a data da última atualização, que contemple exigentes comportamentos éticos e deontológicos. Indicação onde este se encontra disponível para consulta, assim como indicação da forma como é efetuada a sua divulgação junto dos seus colaboradores, clientes e fornecedores. Informação sobre as medidas vigentes tendo em vista garantir um tratamento equitativo junto dos seus clientes e fornecedores e demais titulares de interesses legítimos, designadamente colaboradores da entidade, ou outros credores que não fornecedores ou, de um modo geral, qualquer entidade que estabeleça alguma relação jurídica com a entidade.

O reforço dos valores éticos no comportamento do indivíduo e da comunidade em geral, a definição dos princípios de bom governo no Estado e nas suas empresas, bem como a instância da responsabilidade social, exigiram a aprovação do Código de Ética do CHBM em 19/09/2013, tendo o mesmo sido atualizado em 20/10/2016, de forma a dar resposta ao Despacho n.º 9456-C/2014 (Enquadramento dos Princípios Orientadores do Código de conduta dos Serviços e Organismos do Ministério da Saúde) e ao Código do Procedimento Administrativo aprovado pelo Decreto-Lei n.º 4/2015, de 7 de Janeiro, sendo enquadradas com as normas Portuguesa NP 4460-1:2017 e NP 4460-2:2010. Trata-se de uma sistematização das regras de conduta num documento público e partilhado que norteia a atuação responsável da Instituição e dos seus colaboradores. Visa personalizar de forma clara a essência da Instituição e divulgar os princípios, valores e regras de conduta que regem a prossecução da sua missão. Encontra-se publicado no *site* do CHBM estando desta forma disponível para consulta para todos os colaboradores, utentes, clientes e fornecedores.







Código de ética do CHBM

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

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

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

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

Plano de Prevenção da Corrupção e Infrações Conexas, atualizado em 11/03/2022

http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/733/PGRCIC plano 22.pdf

Relatório de Acompanhamento do Plano de Prevenção da Corrupção e Infrações Conexas de 2022

http://www.chbm.min-

saude.pt/attachments/article/733/relatorio acompanhamento corrupcao22.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 caráter clínico, nas áreas do medicamento e do dispositivo médico.

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

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

http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/733/declaracoes incompatibilidade22 v39.pdf

- D. Deveres Especiais de Informação
- 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
- Indicação do endereço utilizado na divulgação dos seguintes elementos sobre a entidade:

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

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

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

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

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

http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/328/estatutosEPE 17.pdf

http://www.chbm.min-saude.pt/centro-hospitalar-chbm/informacao-publica/regulamentose-codigos

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

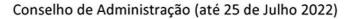
Conselho de Administração Atual

http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/499/despacho nomeacao CA julho22.pdf









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-econtas

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

http://www.chbm.minsaude.pt/attachments/article/302/contrato_programa_acordo_modificativo22.p

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

http://www.chbm.minsaude.pt/attachments/article/302/termos_referencia_contratualizacao22.pdf

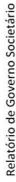
Os apoios financeiros recebidos do Estado nos últimos três anos, remete-se para o ponto anterior - Contratos programa.

- F. Prestação de Serviço Público ou de Interesse Geral
- 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 janeiro de 2022 foi assinado o Acordo Modificativo para o ano, que prorrogou o Contrato-Programa estabelecido para o triénio 2017-2019. Em agosto 2022 foi efetuada Adenda ao Acordo Modificativo de 2022, que, não tendo sido ainda assinada pela Tutela, não se encontra publicada no site do CHBM, e que reajustou o valor de três linhas de atividade assistencial.

2. Referencia 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 evidência 2 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 inicial de 2022 está divulgado no portal da intranet e através do sítio da internet:

http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/302/contrato programa acordo modificativo22.pdf

Neste contexto, importa referir que em 26 agosto 2022 foi efetuada Adenda ao Acordo Modificativo de 2022, que, não tendo sido ainda assinada pela Tutela, não se encontra publicada no site do CHBM, e que reajustou o valor de três linhas de atividade assistencial.

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

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

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

 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

 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.

A remuneração atribuída ao Revisor Oficial de Contas tem em conta o Despacho conjunto do Secretário de Estado do Tesouro e da Secretária de Estado da Saúde datado a 14 de dezembro de 2018, tendo em conta que o mesmo se mantém em exercício de funções até nova nomeação.

 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 Marco, 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.

 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.

 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.

 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.









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.

	Estatuto do Gestor Publico					
Membro do Orgão de Administração Actual	Fixado	Classificação	Remuneração mensal bruta (€)			
			Vencimento	Despesas de representação		
Maria Teresa Fernandes de Jesus de Sousa Carneiro	S	B1	4.430,55 €	1.772,21 €		
Miguel Ângelo Madeira Rodrigues	S	B1	3.544,45 €	1.417,78 €		
Jorge Manuel da Silva Pinto	S	B1	3.544,45 €	1.417,78 €		
Ana Teresa Nobre Duque Monteiro Leite Marques Xavier	N	B1	5.262,89 €	1.417,78 €		
Jos é Filipe Fernandes Nunes	S	B1	3.544,45 €	1.417,78 €		

	Remuneração Anual 2022 (€)					
Membro do Orgão de Administração Actual	Fixa	Variavel	Bruta	Redução Remuneratória	Reversão Remuneratória	Valor Final
María Teresa Fernandes de Jesus de Sousa Carneiro	35.763 €	NA	35.763 €	- €	- €	35.763,00 €
Miguel Ângelo Madeira Rodrigues	28.610 €	NA	28.610 €	- €	- €	28.610,00 €
Jorge Manuel da Silva Pinto	28.610 €	NA	28.610 €	- €	- €	28.610,00 €
Ana Teresa Nobre Duque Monteiro Leite Marques Xavier	39.555 €	1.771 €	41.326 €	- €	- €	41.326,00 €
José Filipe Fernandes Nunes	28.610 €	NA	28.610 €	- €	- €	28.610,00 €
TOTAL			162.919,00 €	· 6		162.919,00 €









	Beneficios Sociais (€)						
Membro do Orgão de Administração Actual	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
Maria Teresa Fernandes de Jesus de Sousa Carneiro	5,20 €	546,16 €	CGA	8.493,70 €	NA:	NA NA	
Miguel Ángelo Madeira Rodrígues	5,20 €	546,16€	CGA	6.794,98 €	NA	NA	THE PART OF
Jorge Manuel da Silva Pinto	5,20 €	546,16 €	CGA	6.794,98 €	NA	NA	
Ana Teresa Nobre Duque Monteiro Leite Marques Xavier	5,20 €	318,57 €	CGA	9.814,93 €	NA	NA	
lose Filipe Fernandes Nunes	5,20 €	503,23 €	CGA	6.794,97 €	NA	NA	
TOTAL		2.460,28 €		38.693,56 €			. (

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.

 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 2022.

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 2022
Maria Leonor Betencourt Silva Dantas Jorge	12.317,62 €
Renato Felisberto Pinho Marques	9.238,32 €
José Manuel Gonçalves André	9.238,32 €
TOTAL	30.794,26 €

 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







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

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, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 111-B/2017, de 31 de agosto (retificado pelas declarações de retificação n.º 36-A/2017, de 30 de outubro e n.º 42/2017, de 30 de novembro), pelo Decreto-Lei n.º 33/2018, de 15 de maio, pelo Decreto-Lei n.º 170/2019, de 4 de dezembro, pela Resolução da Assembleia da República n.º 16/2020, de 19 de março e pela Lei n.º 30/2021 de 21 de maio.

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 9001:2015, 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 12 procedimentos internos, além do Manual de Qualidade e do Manual de Procedimentos e Boas Práticas na área da Contratação Pública.

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 2021 foram submetidos a visto do Tribunal de Contas, procedimentos de contratação corresponde a 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 2022 e tendo em consideração as instruções da ACSS, apuraram-se proveitos no valor global de 89,2 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).









	2022
Internamento	31.230.344
Consulta Externa	7.934.339
Urgência	6.717.239
Hospitais de Dia	917.283
GDH's de Ambulatório	11.009.696
Outras Prestações de Serviços	19.914.988
Custos de Contexto	11.505.736
Total das Prestações de Serviço (SNS)	89.229.625

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 111-B/2017, de 31 de agosto (retificado pelas declarações de retificação n.º 36-A/2017, de 30 de outubro e n.º 42/2017, de 30 de novembro), pelo Decreto-Lei n.º 33/2018, de 15 de maio, pelo Decreto-Lei n.º 170/2019, de 4 de dezembro, pela Resolução da Assembleia da República n.º 16/2020, de 19 de março e pela Lei n.º 30/2021 de 21 de maio.

As normas presentes no Manual de Procedimentos e Boas Práticas na área da Contratação Pública 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.

O Manual de procedimentos e boas práticas na área da contratação pública foi atualizado em 2021.

http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/328/manual boas praticas contratacao publica 21.pdf

As transações relevantes com outras entidades, são as seguintes:









Nome	Descrição	Valor (€)	
Janssen-Cilag Farmacêutica,Lda	Matérias Primas	2.512.766,21 €	
Gilead Sciences, Lda.	Matérias Primas	2.041.490,74 €	
Viivh Healthcare, Unipessoal, Ld	Matérias Primas	1.559.968,70 €	
Msd-Merck Sharp & Dohme,Lda	Matérias Primas	889.996,13 €	
Roche Farmaceutica Quimica, Lda	Matérias Primas	880.650,18 €	
Siemens Healthcare, Lda.	Equipamentos	822.118,81 €	
Abbvie, Lda	Matérias Primas	655.250,80 €	
Laboratórios Pfizer, SA	Matérias Primas	561.317,34 €	
IELAC Instalações Electricas	Empreitadas	544.538,00 €	
Etrataf, SA	Empreitadas	536.420,93 €	

- 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
500697370	Petrogal, SA	3.074.643,99 €
501323325	UNISELF, Lda.	1.761.697,70 €
980122538	Eulen, SA	1.657.917,21 €
500900469	SUCH - Serv. Comum Hospitalar	1.204.211,55 €
501326456	Prestibel - Emp. Segurança, SA	516.603,04 €

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

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

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

A estratégia do CHBM no ano 2022 teve como principio o retorno gradual da atividade assistencial programada 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 do Contratos Programa de 2022. 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, que tinham sido iniciados antes da pandemia e novos investimentos que se assumiram no último biénio.

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 dar continuidade à realização de atividade assistencial com recurso a novas tecnologias de acompanhamento dos doentes à distancia, muito incentivada durante o período crítico da Pandemia, 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 Serviço de Recursos Humanos foi certificado pela Norma NP EN ISO 9001:2015, para a atividade de "Planeamento, Recrutamento, Seleção, Admissão, Acolhimento, Integração, Gestão de carreiras, Gestão das remunerações e Gestão do desempenho dos Recursos Humanos". O Sistema de Gestão da Qualidade implementado pelo Serviço de Recursos Humanos foi reconhecido pela EIC — Empresa Internacional de Certificação S.A. e visa desenvolver uma gestão integrada de pessoas alinhada com as melhores práticas, de forma a fomentar a gestão do talento, a qualidade do serviço e a sua eficiência, reconhecendo o mérito e qualidade de vida dos colaboradores do CHBM.

O Serviço de Radioterapia do Centro Hospitalar Barreiro Montijo (CHBM) renovou uma vez mais a sua certificação de acordo com a norma ISO 9001, pelas atividades de "planeamento, administração e controlo de radioterapia externa em doentes do foro oncológico", que mantém deste 2009.

O Serviço garantiu mais uma vez o cumprimento dos requisitos da norma, focando-se na melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos seus utentes, aumentando a sua satisfação e das instituições que os referenciam. O Serviço de Radioterapia do CHBM dispõe de dois aceleradores lineares, tendo um deles sido substituído em outubro de 2021, ao abrigo do programa Lisboa2020, tendo ficado concluído o concurso público internacional para a substituição do segundo acelerador linear, que ocorrerá em 2023.

O Serviço de Aprovisionamento do Centro Hospitalar Barreiro Montijo (CHBM) manteve, também, a sua certificação pelo sistema de "gestão e controlo de stocks e aquisição de bens e serviços", através da norma ISO 9001:2015, após receber uma vez mais a Auditoria da entidade certificadora APCER. Este serviço implementou um Projeto Integrado de Logística Hospitalar em 2007, através do sistema e-kanban, reconhecimento que mantem desde 2009.

O Serviço de Oncologia do Centro Hospitalar Barreiro Montijo (CHBM) e o Bloco Operatório do Centro Hospitalar Barreiro Montijo (CHBM), renovaram a sua certificação pela Direção-Geral da Saúde (DGS),







em conformidade com o Modelo de Acreditação da Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA) adotado pelo Ministério da Saúde Português.

O modelo ACSA é o adotado pela DGS para a certificação das unidades de saúde por se considerar 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.

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 foi 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 alargou 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 iniciou também a sua atividade com 5 camas/doentes. Em 2022, ambas as Unidades disponibilizam 10 camas/doentes (20 no total), e registaram 512 doentes saídos, com uma demora média de 11,2 dias de internamento, mais 0,2 dias de internamento do que em 2021. Face ao aumento da lotação de 10 camas para 20 camas, a taxa de ocupação em 2022 foi de 82,5%.

- 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;

A satisfação dos utentes, enquanto indicador da qualidade dos serviços de saúde, reveste-se da maior importância, quer para entender as reações às políticas definidas para o sector, quer para avaliar o grau de correção da qualidade em resultado da sua aplicação. Neste sentido, e no âmbito do Sistema Integrado de Gestão por Objetivos (SIGO) e numa perspetiva de melhoria contínua, o Centro Hospitalar Barreiro Montijo realiza anualmente um inquérito de satisfação aos utentes.

Adotou-se uma nova 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). Estes terminais SmileyTouch da HappyOrNot. Trata-se de uma metodologia mais user friendly e fácil de usar pelos utentes, que recorre a uma escala de faces para avaliação da satisfação, pedindo de seguida qual o fator mais determinante para a satisfação ou insatisfação. Permite ainda recolher sugestões/comentários. O tempo médio de resposta é inferior a 1 minuto.

Em 2022, realizaram-se os seguintes inquéritos setoriais em diversos Serviços/Unidades: Serviço de Oncologia, Serviço de Pediatria, Consultas Externas Barreiro, Consultas Externas Montijo, Consultas de







Psiquiatria e Psicologia – Barreiro, Serviço de Obstetrícia e na Unidade de Técnicas Endoscópicas, sendo que este último apenas ficou concluído no início de 2023.

No ano de 2022 foram registadas 1.169 exposições no CHBM, das quais 1.024 foram reclamações, 137 elogios e 8 sugestões. Comparativamente ao ano de 2021, verificou-se uma diminuição de 131 exposições (-10,1%), para o qual contribuíram de forma assimétrica, a redução do número de reclamações (-13,15) e o aumento dos elogios (+20,2%).

O tempo de espera para atendimento clínico não programado (superior a 1 hora); direito a tratamento pelos meios adequados, humanamente, com prontidão, correção técnica, privacidade e respeito; foram os assuntos mais visados nas reclamações com 388, 174, ambos com reduções face ao período homólogo.

O Serviço de Urgência Geral (510); o Serviço de Urgência Básica (129) e o Serviço de Urgência Pediátrica (91) foram os serviços com maior número de reclamações.

Excluindo os Serviços de Urgência, verificou-se que os Serviços Clínicos com um maior número de reclamações foram o Serviço de Medicina Interna (20) e o Serviço de Cirurgia Geral (16).

No que diz respeito aos Serviços de Apoio, os Serviços Concessionados, com 40 reclamações, foi o serviço mais visado.

Em 2022 a ACAF retomou a sua atividade promotora de formação para os colaboradores do CHBM, EPE, tendo a mesma sido interrompida em 2019 dada a Pandemia COVID 19.

No total foram realizadas 616,9h de formação, num total de 221 ações de formação, com um total de 4147 participantes (formandos, formadores, palestrantes, moderadores, etc.).

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 ano 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;

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. 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.

Em 2021 é aprovado o Relatório sobre Remunerações por Género 2020, concluindo em cumprimento do previsto na Lei e também enquanto entidade empregadora publica, o CHBM, EPE investe numa politica de igualdade de oportunidades entre mulheres e homens, bem identificada nos processos de recrutamento e seleção, na promoção e progressão da carreira, prevenindo assim qualquer forma de descriminação. A taxa de feminilidade do CHBM, EPE corresponde a 80,95% do total dos colaboradores efetivos. A diminuta representatividade do género masculino nos vários grupos profissionais, excetuando-se o Conselho de Administração, Pessoal de Informática e Outro Pessoal, não resulta da utilização de práticas discriminatórias, mas pela ausência de participação de profissionais do género masculino na maioria dos processos de recrutamento e seleção.

Relativamente às remunerações processadas, é aplicada a mesma tabela salarial a todos os profissionais do CHBM, EPE independentemente do género e da natureza do vinculo contratual - contrato de trabalho em Funções Públicas ou contrato de trabalho, pelo que as diferenças salariais resultam da categoria profissional em que cada trabalhador está inserido, regime de trabalho, posição remuneratória e não em função do género.

Foi aprovado a 29 de dezembro de 2017 o Plano de Igualdade de Género do CHBM.

Plano de Igualdade de Género

http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/328/Plano Igualdade 17.pdf

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

Objetivos

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

Medidas

- Inclusão da dimensão "igualdade de género" nos Planos e Relatórios de Atividades, bem como noutros documentos estratégicos do CHBM;
- Promover o tratamento dos dados estatísticos da instituição por género;
- Criar instrumentos de avaliação da Igualdade de Género, na Instituição;
- Promover o emprego feminino em setores de trabalho tradicionalmente ocupados exclusivamente por homens;
- Promover a existência de instrumentos e técnicas de recrutamento e seleção neutros;
- Promover a utilização da licença parental por parte de homens;







- Promover mecanismos de informação sobre a parentalidade;
- Potenciar os serviços oferecidos pela Casa do Pessoal, destinados à conciliação entre a vida profissional e familiar e facilitação do seu uso;
- Avaliação do Índice Potencial Motivador:
- Impulsionar o estabelecimento de novos protocolos que satisfaçam as necessidades dos colaboradores, numa estratégia de ação e responsabilidade social;
- · Estabelecer medidas de sensibilização e prevenção;
- Criar mecanismos de queixa e resolução das situações de assédio e discriminação de género;
- Promover a formação e aprendizagem dos trabalhadores, em igualdade de género, cidadania e não discriminação;
- Promover o respeito pela dignidade de mulheres e homens;
- Promover ações de formação/sensibilização sobre a temática "igualdade de género", designadamente:
- · Planeamento familiar, contraceção e IVG;
- · Violência Doméstica;
- Assédio Sexual e Moral no local de trabalho.

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.).

A Unidade de Investigação Clínica, criada em outubro 2020, promoveu em 2021 uma candidatura aos Prémios AICIB 2021 (Agência de Investigação Clínica e Inovação Biomédica), através da apresentação de um projeto de capacitação do centro de investigação clínica desenvolvido em conjunto com o ACES Arco Ribeirinho e a Universidade Nova de Lisboa, tendo recebido uma Menção Honrosa no âmbito da sua candidatura. No ano de 2022, foram realizadas reuniões com o ACES Arco Ribeirinho, para a definição de fluxograma para pedidos de estudos clínicos no CHBM.

Com o objetivo de melhorar a prestação de cuidados aos utentes e as condições de trabalho dos seus profissionais, o Centro Hospitalar Barreiro Montijo (CHBM) realizou obras de beneficiação no espaço físico do Serviço de Medicina Física e de Reabilitação (MFR) no Hospital de Nossa Senhora do Rosário – Barreiro. A realização desta obra permitiu integrar num mesmo espaço todas as áreas técnicas compreendidas na Medicina Física e de Reabilitação e que se encontravam dispersas no Hospital.

Foi, também, instalado um novo equipamento de Tomografia Computorizada (TC) no Serviço de Imagiologia, tendo sido realizado o primeiro exame no dia 20 de dezembro. Este novo equipamento de Tomografia Computorizada tem capacidade e características tecnológicas que permitem uma atividade mais diferenciada, eficiente e de elevada performance assistencial em radiologia do corpo, incluindo Colonoscopia Virtual, estudos Cardíacos e Angiográficos, Neurorradiologia e Intervenção guiada, num investimento superior a 635 mil euros.

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 recomendação 5 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.

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".







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 2022 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 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.
- 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 2022 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)º

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

2. Ata ou extrato da ata da reunião do órgão de administração em que haja sido deliberada a aprovação do RGS 2022.

O extrato da ata de aprovações do RGS 2022 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. º2 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 2022, 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 2022.

Ainda não foi emitido por parte dos titulares da função acionista, Despacho de aprovação da prestação das contas do ano 2022.

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.º 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.







O CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

A Presidente do Conselho de Administração

O Vogal do Conselho de Administração

Maria Teresa Fernandes de Jesus de Sousa Carneiro

Miguel Ângelo Madeira Rodrigues

O Vogal do Conselho de Administração

Jorge Manuel da Silva Pinto

A Diretora Clínica

O Enfermeiro Diretor

Ana Teresa Nobre Duque Monteiro Leite Marques Xavier

1 GitoLours

José Filipe Fernandes Nunes









ANEXOS