

**C.A.
APROVADO**



Teresa Carneiro
Presidente do Conselho de Administração



Apreciado em Reunião
do Conselho de Administração
ULSAR, E.P.E.
de 11/07/2024
ATA nº 27

Relatório de Governo Societário

2023



Aprovada em reunião de Conselho de Administração de
Barreiro, ~~11~~ de julho de 2024



[Handwritten signature]

[Handwritten text]

Índice

I. SÍNTESE (SUMÁRIO EXECUTIVO)	2
II. MISSÃO, OBJETIVOS E POLÍTICAS	3
III. ESTRUTURA DE CAPITAL	14
IV. PARTICIPAÇÕES SOCIAIS E OBRIGAÇÕES DETIDAS	15
V. ÓRGÃOS SOCIAIS E COMISSÕES	15
VI. ORGANIZAÇÃO INTERNA	36
A. ESTATUTOS E COMUNICAÇÕES	36
B. CONTROLO INTERNO E GESTÃO DE RISCOS	37
C. REGULAMENTOS E CÓDIGOS	45
D. DEVERES ESPECIAIS DE INFORMAÇÃO	49
E. SÍTIO DE INTERNET	50
F. PRESTAÇÃO DE SERVIÇO PÚBLICO OU DE INTERESSE GERAL	53
VII. REMUNERAÇÕES	54
A. COMPETÊNCIA PARA A DETERMINAÇÃO	54
B. COMISSÃO DE FIXAÇÃO DE REMUNERAÇÕES	55
C. ESTRUTURA DAS REMUNERAÇÕES	55
D. DIVULGAÇÃO DAS REMUNERAÇÕES	56
VIII. TRANSAÇÕES COM PARTES RELACIONADAS E OUTRAS	59
IX. ANÁLISE DE SUSTENTABILIDADE DA ENTIDADE NOS DOMÍNIOS ECONÓMICOS, SOCIAL E AMBIENTAL	61
X. AVALIAÇÃO DO GOVERNO SOCIETÁRIO	68
XI. ANEXOS DO RGS	70

I. Síntese (Sumário Executivo)

O Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE (CHBM) elabora o Relatório do Governo Societário respeitante ao ano de 2023 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, foram registadas alterações ao capital estatutário do CHBM, no valor global de 7.553.480,00 € aprovado pelo despacho conjunto das áreas governativas das finanças e da saúde, datado de 22 de dezembro. O Capital Estatutário do CHBM, E.P.E. é de 112.733.480,00 €.

Globalmente em 2023, foram cumpridas a maioria as metas e objetivos definidos em sede de contratualização com a Tutela, apresentado uma taxa de cumprimento do Contrato Programa de 94,4% e do Índice de Desempenho Global de 82,8%

Em termos financeiros, o CHBM EPE apresentou um resultado líquido negativo de -20,8 M€, acima dos valores contratualizados em sede de Contrato Programa 2023.

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



CAPÍTULO II do RJSPÉ - Práticas de bom governo		Sim	Não	Data
Artigo 43º	Apresentou plano de atividades e orçamento para 2023 adequado aos recursos e fontes de financiamento disponíveis	X		13-01-2023
	Obteve aprovação pelas tutelas setorial e financeira do plano de atividades e orçamento para 2023		X	
Artigo 44º	Divulgou Informação sobre estrutura acionista, participações sociais, operações com participações sociais, garantias financeiras e assunção de dívidas ou passivos, execução dos objetivos, documentos de prestação de contas, relatórios trimestrais de execução orçamental com relatório do órgão de fiscalização, identidade e curriculum dos membros dos órgãos sociais, remunerações e outros benefícios	X		
Artigo 45º	Submeteu a informação financeira anual ao Revisor Oficial de Contas, que é responsável pela Certificação Legal das Contas da empresa	X		
Artigo 46º	Elaborou o relatório identificativo de ocorrências, ou risco de ocorrências, associado à prevenção da corrupção, de 2023.	X		26-04-2024
Artigo 47º	Adotou um código de ética e divulgou o documento	X		20-10-2016
Artigo 48º	Tem contratualizada a prestação de serviço público ou de interesse geral, caso lhe esteja confiada	X		11-11-2022
Artigo 49º	Prosseguiu objetivos de responsabilidade social e ambiente	X		-
Artigo 50º	Implementou políticas de recursos humanos e planos de igualdade	X		03-09-2021
Artigo 51º	Evidenciou a independência de todos os membros do órgão de administração e que os mesmos se abstêm de participar nas decisões que envolvam os seus próprios interesses	X		
Artigo 52º	Evidenciou que todos os membros do órgão de administração cumpriram a obrigação de declararem as participações patrimoniais e relações suscetíveis de gerar conflitos de interesse ao órgão de administração, ao órgão de fiscalização e à IGF	X		
Artigo 53º	Providenciou no sentido de que a UTAM tenha condições para que toda a informação a divulgar possa constar do sítio na Internet da Unidade Técnica		X	a)
Artigo 54º	Apresentou o relatório do órgão de fiscalização em que é aferido constar do relatório anual de práticas de governo societário informação atual e completa sobre todas as matérias tratadas no Capítulo II do RJSPÉ (boas práticas de governação)	X		

II. a) - Atento o que acima se refere sobre o artigo 43º

Missão, Objetivos e Políticas

1. Missão, Visão e Valores

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

Missão da Entidade

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

Visão

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

Handwritten signature and initials in blue ink.

Valores

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

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

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

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

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



Para 2023 o CHBM mantém como principais focos de atuação quatro áreas distintas de intervenção:

MIE 1. Promover a melhoria da acessibilidade a cuidados de saúde

- 1.1. Aumentar a percentagem de consultas realizadas dentro do TMRG;
- 1.2. Melhorar a percentagem de primeiras consultas face às consultas subsequentes;
- 1.3. Reduzir o tempo de espera para cirurgia;
- 1.4. Melhorar a taxa de ocupação da Unidade de Cirurgia de Ambulatório (UCA);
- 1.5. Reforçar o perfil assistencial do CHBM.

MIE 2. Modernizar e reforçar a oferta de cuidados de saúde

- 1.6. Reforçar as respostas em proximidade designadamente a hospitalização domiciliária;
- 1.7. Aumentar a prestação de cuidados em ambulatório;
- 1.8. Dilatar o modelo de organização em Centros de Responsabilidade Integrados (CRI);
- 1.9. Reforçar a cirurgia laparoscópica;
- 1.10. Criar condições de maior envolvimento de representantes dos utentes em programas de humanização de cuidados;
- 1.11. Promover a gestão integrada da capacidade instalada em internamento;
- 1.12. Reduzir a taxa de infeção hospitalar;
- 1.13. Aumentar os serviços com certificação de qualidade.

MIE 3. Valorizar os profissionais de saúde no contexto do reforço do SNS

- 1.14. Robustecer a estrutura de Recursos humanos sobretudo nas áreas mais deficitárias;
- 1.15. Aumentar o número de especialidades médicas com reconhecimento da idoneidade formativa;
- 3.1. Assegurar oportunidades formativas aos colaboradores que permitam o desenvolvimento de competências técnicas, científicas e humanas;
- 3.2. Criar ambiente promotor do desenvolvimento profissional e institucional, dinamizando fluxos de informação e comunicação.

MIE 4. Melhorar a eficiência e garantir a sustentabilidade

- 3.3. Otimizar a eficiência energética nas duas unidades hospitalares do CHBM;
- 3.4. Gerir o edificado hospitalar potenciando as oportunidades de ganhos de eficiência;
- 3.5. Aumentar a eficiência hospitalar através da diminuição da demora média do internamento médico;
- 3.6. Melhorar os indicadores económico-financeiros;
- 3.7. Reduzir os custos com prestações de serviço médicos.

MIE 5. Promover a integração e complementaridade de cuidados no contexto do SNS

- 3.8. Aprofundar a articulação com o ACES Arco Ribeirinho criando condições para a implementação do "Projeto verde/azul";
- 3.9. Aprofundar a articulação com o ACES Arco Ribeirinho no âmbito do acompanhamento dos utentes utilizadores frequentes do Serviço de urgência;
- 3.10. Participar no programa de rastreio do cancro colon-retto;

Handwritten signature and initials

3.11. Aprofundar a articulação e complementaridade com os hospitais da península de Setúbal.

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 2023.

Linha de Produção	Produção Total			Realizado 2023	Produção SNS			Realizado 2022 (acum. Dezembro 13º)	Contrato Programa 2023
	Ano		Var %		Objetivo mensualizado a dezembro	Desvio Face ao CP			
	2022	2023				Valor	%		
	1	2	3=(2-1)/1	4	5=(9/12xmês)	6	7=(4-5)/5	8	9
Consultas Externas									
1.ªs Consultas	41.774	40.560	-2,9%	40.185	47.015	-6.830	-14,5%	41.774	47.015
1.ªs Consultas CTH	12.862	12.389	-3,7%	12.356	15.599	-3.243	-20,8%	12.862	15.599
Consultas Subsequentes	126.922	122.327	-3,6%	121.652	129.432	-7.780	-6,0%	126.922	129.432
Total Consultas Médicas	168.696	162.887	-3,4%	161.837	176.447	-14.610	-8,3%	168.696	176.447
Taxa de Acessibilidade	24,9%	24,9%	0,0%	24,8%	26,6%	-1,81	-6,8%	24,8%	26,6%
Internamento									
Doentes Saídos (com berçário)	13.743	13.800	0,4%	13.408	14.356	-948	-6,6%	13.743	14.356
GDH's Médicos	9.847	9.629	-2,2%	9.331	10.619	-1.288	-12,1%	9.847	10.619
GDH's Médicos CRI	14	5	-64,3%	5	20	-15	-75,0%	14	20
GDH's Médicos Int.Cuidados Paliativos	162	243	50,0%	243	174	69	39,7%	162	174
GDH's Cirúrgicos Programados	1.849	1.915	3,6%	1.911	1.817	94	5,2%	1.849	1.817
GDH's Cirúrgicos Programados CRI	11	3	-72,7%	3	0	3	-	11	0
GDH's Cirúrgicos Urgentes	1.860	2.005	7,8%	1.915	1.726	189	11,0%	1.860	1.726
Atividade cirúrgica - Doentes Intervencionados	7.499	7.500	0,0%					7.499	
Atividade cirúrgica convencional (base+adicional)	2.499	2.587	3,5%					2.499	
Atividade cirúrgica ambulatória (base+adicional)	3.626	3.571	-1,5%					3.626	
Atividade cirúrgica urgente	1.374	1.342	-2,3%					1.374	
Atividade de Ambulatório	8.818	9.258	5,0%	9.241	9.345	-104	-1,1%	8.818	9.345
GDH's Médicos Ambulatório	5.517	6.063	9,9%	6.046	5.505	541	9,8%	5.517	5.505
GDH's Cirúrgicos Ambulatório	3.301	3.195	-3,2%	3.195	3.840	-645	-16,8%	3.301	3.840
Hospitais de Dia (sessões)	22.202	23.388	5,3%	23.345	24.641	-1296	-5,3%	22.202	24.641
Imunohemoterapia	1.398	1.204	-13,9%	1.193	1.604	-411	-25,6%	1.398	1.604
Psiquiatria	3.542	4.160	17,4%	4.160	4.361	-201	-4,6%	3.542	4.361
Outros	17.262	18.024	4,4%	17.992	18.676	-684	-3,7%	17.262	18.676
Radioterapia	21.243	21.138	-0,5%	21.138	15.736	5.402	34,3%	21.243	15.736
Tratamentos Simples	7.090	5.035	-29,0%	5.035	5.353	-318	-5,9%	7.090	5.353
Tratamentos Complexos	14.153	16.103	13,8%	16.103	10.383	5.720	55,1%	14.153	10.383
Visitas Domiciliárias	126	142	12,7%	142	120	22	18,3%	126	120
Hospitalização Domiciliária	512	570	11,3%	570	640	-70	-10,9%	512	640
Total Episódios de Urgência	155.246	156.886	1,1%	145.172	155.720	-10.548	-6,8%	155.246	155.720
Urgência Médico-Cirúrgica	125.508	123.832	-1,3%	114.769	126.133	-11.364	-9,0%	125.508	126.133
Urgência Básica	29.738	33.054	11,2%	30.403	29.587	816	2,8%	29.738	29.587
Episódios de Urgência (sem internamento)	145.879	147.632	1,2%	136.245	144.820	-8.575	-5,9%	145.879	144.820
Urgência Médico-Cirúrgica	116.214	114.640	-1,4%	105.901	117.304	-11.403	-9,7%	116.214	117.304
Urgência Básica	29.665	32.992	11,2%	30.344	27.516	2.828	10,3%	29.665	27.516
Programas de Saúde									
VIH/Sida - Total de Doentes Equiv.	904,8	975,4	7,8%	975,4	890,0	85,4	9,6%	859	890
IVG até 10 Semanas	445	502	12,8%	502	435	67	15,4%	445	435
Esclerose Múltipla - Total de Doentes Equiv.	56	54,7	-2%	54,7	65,0	-10	-15,8%	55,6	65
Hepatite C - Doentes Tratados (Individuos)	61	51	-16%	51	60	-9	-15,0%	61	60
PSCI - Total de Doentes Equiv.	85	81,9	-3,8%	81,9	90	-8	-9,0%	85,2	90
Rastreio do Cancro do Cólon e Reto	21	31	47,6%	31	200	-169	-84,5%	21	200
Medicamentos									
Disp. Gratuita em Ambul. C/ suporte legal (€)	3.459.906	3.561.645	2,9%	1.999.617	2.098.456	-98.839	-4,7%	3.459.906	2.098.456

Consulta Externa



A atividade desenvolvida no âmbito das Consultas Médicas, em 2023, verificou uma redução da atividade face ao ano 2022, tendo sido realizadas 162.887 consultas, das quais 40.560 primeiras consultas e 122.327 consultas subsequentes. Com este volume de consultas realizadas, foi possível ficar a taxa de acessibilidade em 24,9%.

Procedendo-se a uma comparação da atividade realizada, com os objetivos consensualizados para o Contrato-Programa de 2023, verifica-se que as consultas externas apresentam um desvio global de -8,3%. As primeiras consultas são as que mais se afastam do objetivo definido, com uma variação de -14,5%, traduzindo-se na realização de menos 6.830 consultas face ao previsto. A variação das consultas subsequentes é de -6,0%, representando menos 7.780 consultas realizadas. Nesta sequência a Taxa de acessibilidade apresenta-se 1,8pp abaixo da prevista.

Internamento

Relativamente ao internamento, no ano de 2023, o CHBM revelou capacidade para aumentar o número de doentes saídos face ao ano 2022. Assim, o Centro Hospitalar apresentou um total de 13.800 doentes saídos, representando um acréscimo de 57 doentes face a 2022.

Em termos globais, no ano de 2023, o CHBM praticou uma lotação média de 364 camas, acrescida de 25 berços, registando uma taxa de ocupação de 88,9% (sem Berçário), o que se traduziu em 12.331 doentes saídos (sem transferências internas), acrescidos de 1.469 altas do Berçário.

Tendo em consideração os valores previstos para o CP 2023 e os valores estimados para cada tipologia de GDH, tendo por base a atividade codificada, regista-se um desvio negativo nos GDH Médicos de -12,1%, enquanto os GDH Cirúrgicos Programados realizados ficaram 5,2% 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 2023 registaram-se 570 doentes saídos, com uma demora média de 11,2 dias de internamento.

Atividade Cirúrgica

No ano de 2023 foram intervencionados no Centro Hospitalar 7.500 doentes, dos quais 2.587 em cirurgia convencional, 3.571 em cirurgia do ambulatório e 1.342 em Urgência. Constata-se assim, que dos 6.158 doentes intervencionados em atividade programada, 58% efetuaram cirurgia em ambulatório.

Durante o ano 2023, o CHBM manteve as estratégias de rentabilização do bloco operatório e de eficiência dos serviços cirúrgicos, permitindo que, em 2023, se tenha verificado um incremento de 0,5 % da atividade cirúrgica programada por comparação com o período homólogo. Quando se analisa a Cirurgia de Ambulatório verifica-se uma redução de 1,5%, enquanto na Cirurgia Convencional este incremento se fixou nos 3,5%, representando mais 110 doentes operados.

Ramen

No que respeita à atividade cirúrgica urgente, esta apresenta uma ligeira redução no período, por comparação com o período homólogo, traduzindo-se em menos 32 doentes operados por admissão urgente.

Hospitais de Dia

Durante o ano 2023 foi possível verificar um incremento global da produção de cerca de 5,3% no número de sessões, resultando na realização de 23.388 sessões enquadráveis nesta linha de produção, das quais, 4.160 de Psiquiatria (inclui Pedopsiquiatria), 1.204 de Imunohemoterapia e 18.024 na linha de Outros Hospitais de Dia.

Se tivermos em consideração os objetivos previstos para o CP 2023, verificamos que a atividade desta linha de produção apresenta uma variação negativa em todas as suas tipologias. Em termos globais a variação traduz-se na realização de menos 1.296 sessões de HDI face ao previsto.

No que diz respeito aos tratamentos de radioterapia, o ano de 2023, manteve praticamente o nível de atividade quando comparado com o ano de 2022. Em 2023 foram realizados menos 105 tratamentos do que no ano anterior, mas mais 5.402 acima do valor contratualizado.

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 2023 em 9,9% (88 GDH's Médicos) face ao período homólogo, e assim, mais 9,8% se tivermos em consideração o objetivo definido para o CP 2023, o que representa a realização de mais 541 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 2023, revela uma redução de 3,2% (-106 GDH's), face aos valores do ano anterior. Comparativamente com a previsão para o CP 2023 observa-se um desvio negativo mais acentuado de 16,8%, que representa menos 645 GDH's cirúrgicos de ambulatório realizados face ao objetivo previsto.

Urgências

Em 2023, verifica-se que a atividade da Urgência Médico-Cirúrgica apresentou, níveis de procura inferiores ao observado no ano 2022 em cerca de -1,3%, com a Urgência Básica a registar, por outro lado, um incremento da sua atividade em +11,2%. Em termos globais observa-se a realização de mais 1.640 episódios de urgência (+1,1%) no ano 2023, por comparação com o período homólogo. A Urgência Médico-Cirúrgica regista 123.832 episódios no ano de 2023, dos quais 32.803 na Urgência Pediátrica (-17,1% face período homólogo), 8.572 na Urgência Obstétrica/Ginecológica (-6,6% face ao período homólogo), 81.706 na Urgência Geral (+6,4% face ao período homólogo).

No que diz respeito aos episódios de urgência sem internamento estes verificaram, em 2023, um aumento face ao período homólogo (+1,2%) atingindo um total de 147.632 episódios.

¹ Sistema de Informação para a Morbilidade Hospitalar



No que respeita ao Contrato Programa 2023, podemos verificar que a atividade realizada se apresenta inferior à contratualizada. Assim, apura-se um desvio global de -6,8%, representando menos 10.548 episódios de urgência. Relativamente ao número de episódios de urgência sem internamento, verifica-se também um desvio negativo de -5,9% que se traduz em menos 8.575 episódios realizados face aos previstos para 2023.

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 31 doentes referenciados pelos Cuidados de Saúde Primários, ficando muito aquém da meta contratualizada (-84,5%) e que previa a realização de rastreio a 200 utentes.
- **Programa para interrupção voluntária da gravidez (IVG):**
Em 2023 verificou-se a realização de um total de 502 IVG representando uma variação de cerca de 12,8% (+57 IVG) face ao ano 2022. Se considerarmos os objetivos consensualizados para o Contrato-Programa de 2023, verifica-se um desvio de +15,4%, traduzindo-se na realização de mais 67 IVG face ao previsto.
- **Prestação de cuidados a pessoas a viver com patologias crónicas:**
 - Programa de tratamento de doentes com dispositivos PSCI;
O número de doentes equivalentes em seguimento com Dispositivos PSCI registou uma diminuição de -3,8% em 2023, face ao período homólogo, o que se traduziu em -3,1 doentes equivalentes. Quando analisada a produção realizada face às metas contratualizadas verifica-se uma redução de 9%, representando uma diferença de 8,1 doentes equivalentes.
 - Programa de tratamento ambulatorio de pessoas portadoras de infeção pelo vírus hepatite C;
Em 2023, foi possível tratar 51 doentes portadores de hepatite C, representando uma redução de 16% (-10 doentes) face ao período homólogo. Quando se procede à análise da atividade realizada com os valores previstos para o CP 2023, apura-se um desvio de -15,0% no número doentes tratados, o que representa menos 9 doentes tratados face ao contratualizado.
 - Programa de tratamento ambulatorio de pessoas a viver com infeção VIH/SIDA;
O número de doentes acompanhados no âmbito do programa de tratamento do VIH/SIDA, em 2023 verificou um aumento de cerca de 7,8% (+71 doentes equivalentes) face ao período homólogo. Ao analisar-se a produção face aos objetivos consensualizados para o Contrato-Programa de 2023, verifica-se um desvio positivo de 9,6%, traduzindo-se em mais 85 doentes equivalentes face ao previsto.
 - Programa de tratamento ambulatorio de pessoas a viver com Esclerose Múltipla.
O número de doentes com Esclerose Múltipla em tratamento ambulatorio apresentou uma redução de cerca de 2% (-1 doentes equivalentes) face ao período homólogo. Quando

analisada a produção realizada face às metas contratualizadas para o Contrato-programa de 2023 verifica-se um desvio negativo de cerca de 15,8%, traduzindo-se no acompanhamento de menos 10 doentes equivalentes, face ao previsto.

[Handwritten signature]

Contrato Programa 2023

A taxa de execução do Contrato-Programa 2023 fixou-se nos 94,4%.

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

- Os GDH cirúrgicos programados cresceram cerca de 3,6% face a 2022, o que em termos de CP representou uma taxa de cumprimento do CP de 100,5%;
- Os serviços de urgência do CHBM, Médico-Cirúrgica e Básica, registaram, respetivamente taxas de execução de 100,0% e 100,2% de cumprimento superior a 100%, apresentando variações de -1,4% e 11,2% face a 2022;
- Os tratamentos de radioterapia, nomeadamente os complexos registaram uma taxa de execução superior a 100% do CP e mais 13,8% relativamente a 2022, sendo que os simples registaram uma taxa de execução de 94,1%;
- Na linha referente à Hospitalização Domiciliária a taxa de execução cifrou-se nos 89,2%. Face ao período homólogo, em termos de doentes saídos, registou-se um aumento de 11,5%;
- 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 74.958.862,39€, conforme se apresenta no mapa resumo seguinte, respeitante à valorização de proveitos do Contrato-Programa para 2023, na perspetiva de execução da atividade assistencial.

Handwritten signature



Handwritten signature

ESTIMATIVA

PROVEITOS



Instituição: Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EFE
Período: dez-23

	Contrato		Produção		Marginal		Estimativa da Especialização	Taxa de Execução
	Quantidade	Valor (Euros)	Quantidade	Valor (Euros)	Quantidade	Valor (Euros)		
1. Consultas Externas (Médicas):								
Nº 1ªs Consultas (s/ majoração)	27.620	1.353.380,00 €	24.138	1.182.762,00 €	0	0,00 €	1.182.762,00 €	87,4%
Nº 1ªs Consultas referenciadas (CTH)	15.599	842.346,00 €	12.356	667.224,00 €	0	0,00 €	667.224,00 €	79,2%
Nº 1ªs Consultas Telemedicina em Tempo Real	1.600	86.400,00 €	1.600	86.400,00 €	160	1.286,00 €	87.686,00 €	101,5%
Nº 1ªs Consultas CRI	1.936	114.224,00 €	0	0,00 €	0	0,00 €	0,00 €	0,0%
Nº 1ªs Consultas Descentralizadas (CSP/EP)	100	5.900,00 €	0	0,00 €	0	0,00 €	0,00 €	0,0%
Nº 1ªs Consultas Cuidados Paliativos	160	9.440,00 €	128	7.552,00 €	0	0,00 €	7.552,00 €	80,0%
Nº Consultas Subsequentes (s/ majoração)	121.206	5.939.094,00 €	115.683	5.668.467,00 €	0	0,00 €	5.668.467,00 €	95,4%
Nº Consultas Médicas Subsequentes Telemedicina em Tempo Real	2.560	138.240,00 €	2.560	138.240,00 €	256	2.073,60 €	140.313,60 €	101,5%
Nº Consultas Subsequentes CRI	4.108	221.724,00 €	0	0,00 €	0	0,00 €	0,00 €	0,0%
Nº Consultas Subsequentes Descentralizadas (CSP/EP)	600	35.400,00 €	14	826,00 €	0	0,00 €	826,00 €	2,3%
Nº Consultas Subsequentes Cuidados Paliativos	960	56.640,00 €	709	41.831,00 €	0	0,00 €	41.831,00 €	73,9%
Valor Total das Consultas		8.802.788,00 €		7.793.302,00 €		3.369,60 €	7.796.671,60 €	88,6%
2. Internamento:								
Nº Doentes Equivalentes								
GDH Médicos	10.619	25.456.962,96 €	8.929	22.370.359,44 €	0	0,00 €	22.370.359,44 €	87,9%
GDH Médicos Cuidados Paliativos	174	439.314,88 €	167	439.314,88 €	17	4.472,07 €	443.786,94 €	101,0%
GDH Médicos CRI	20	49.981,93 €	0	0,00 €	4	1.052,25 €	1.052,25 €	2,1%
GDH Cirúrgicos	1.817	4.356.821,04 €	1.739	4.356.821,04 €	89	22.287,70 €	4.379.118,74 €	100,5%
GDH Cirúrgicos CRI	0	0,00 €	0	0,00 €	0	0,00 €	0,00 €	-
GDH Cirúrgicos Urgentes	1.726	3.931.911,98 €	1.652	3.931.911,98 €	172	40.937,58 €	3.972.849,57 €	101,0%
GDH Cirúrgicos Urgentes CRI	0	0,00 €	0	0,00 €	0	0,00 €	0,00 €	0,0%
Dias de Internamento de Doentes Crónicos								
Doentes de Psiquiatria Crónicos no Hospital	0	0,00 €	0	0,00 €	0	0,00 €	0,00 €	0
Doentes Psiquiatria no Exterior (Ordens Religiosas)	3.430	222.950,00 €	3.430	222.950,00 €	132	858,00 €	223.808,00 €	100,4%
Valor Total do Internamento		34.457.942,79 €		31.321.357,34 €		69.617,61 €	31.390.974,95 €	91,1%
3. Episódios de GDH de Ambulatório:								
GDH Cirúrgicos	3.840	8.208.345,60 €	3.185	6.829.600,05 €	0	0,00 €	6.829.600,05 €	83,2%
GDH Cirúrgicos CRI	0	0,00 €	0	0,00 €	0	0,00 €	0,00 €	0,0%
GDH Médicos	5.500	3.598.452,00 €	5.500	3.598.452,00 €	546	53.584,22 €	3.652.036,22 €	101,5%
GDH Médicos CRI	5	3.434,89 €	0	0,00 €	0	0,00 €	0,00 €	0,0%
Valor dos GDH de Ambulatório		11.810.232,49 €		10.428.052,05 €		53.584,22 €	10.481.636,27 €	88,8%
4. Urgências:								
Atendimentos SU - Médico - Cirúrgica	117.304	6.073.414,60 €	105.901	6.073.414,00 €	0	0,00 €	6.073.414,00 €	100,0%
Atendimentos SU - Básica	27.516	1.142.326,74 €	27.516	1.142.326,00 €	2.751	2.751,00 €	1.145.077,00 €	100,2%
Valor Total dos Atendimento Urgentes		7.215.741,34 €		7.215.740,00 €		2.751,00 €	7.218.491,00 €	100,0%
	100	379.775,86 €	100	379.775,00 €	0	0,00 €	379.775,00 €	100,0%
5. Sessões em Hospital de Dia:								
Base	18.876	410.872,00 €	17.992	395.824,00 €	0	0,00 €	395.824,00 €	96,3%
Imuno-Hemoterapia	1.604	514.884,00 €	1.193	382.953,00 €	0	0,00 €	382.953,00 €	74,4%
Psiquiatria	4.361	143.913,00 €	4.180	137.280,00 €	0	0,00 €	137.280,00 €	95,4%
Valor Total do Hospital de Dia		1.069.669,00 €		916.057,00 €		0,00 €	916.057,00 €	85,6%
6. Programas de gestão da doença crónica								
VH/Sida (doentes em TARC)	890,0	5.550.930,00 €	890,0	5.550.930,00 €	85	79.914,68 €	5.630.844,68 €	101,4%
Hepatite C - Nº de doentes tratados	60,0	431.940,00 €	51,0	367.149,00 €	0	0,00 €	367.149,00 €	85,0%
Rastreio Cancro do Cólon e Reto	200,0	82.800,00 €	31,0	12.803,00 €	0	0,00 €	12.803,00 €	0,0%
Esclerose múltipla - doentes em terapêutica modificadora	65,0	836.875,00 €	54,7	704.777,50 €	0,0	0,00 €	704.777,50 €	84,2%
PSCI (Centros de Tratamento autorizados pela DGS)								
Doentes Novos (Cuidados 1º Ano)	15,0	22.740,00 €	15,0	22.740,00 €	3,7	5.563,72 €	28.303,72 €	124,5%
Doentes em Seguimento (Cuidados 2º Ano e Seguintes)	75,0	81.600,00 €	63,3	68.816,00 €	0,0	0,00 €	68.816,00 €	84,3%
9. Saúde sexual e reprodutiva								
IVG até 10 semanas								
Medicamentosa (n.º IVG)	430	132.870,00 €	430	132.870,00 €	43	1.993,05 €	134.863,05 €	101,5%
Cirúrgica (n.º IVG)	5	2.010,00 €	1	402,00 €	0	0,00 €	402,00 €	20,0%
10. Sessões de Radioncologia								
Tratamentos Simples	5.353	610.242,00 €	5.035	573.990,00 €	0	0,00 €	573.990,00 €	94,1%
Tratamentos Complexos	10.383	2.855.325,00 €	10.383	2.855.325,00 €	5.720	1.573.000,00 €	4.428.325,00 €	155,1%
12. Serviços Domiciliários								
Consultas Domiciliárias	120	5.040,00 €	120	5.040,00 €	12	75,60 €	5.115,60 €	101,5%
Hospitalização Domiciliária	640	1.534.322,55 €	545	1.365.421,20 €	0	0,00 €	1.365.421,20 €	89,0%
15. Outros								
Medicamentos de cedência hospitalar em ambulatório		2.098.456,00 €		1.999.617,20 €			1.999.617,20 €	95,3%
Sistema de Atribuição de Produtos e Apoio		163.722,00 €		168.855,58 €			168.855,58 €	103,1%
Internos		1.268.717,00 €		1.268.717,00 €			1.268.717,00 €	100,0%
16. Valor da Produção		79.413.539,03 €		73.151.736,87 €		1.789.869,48 €	74.941.606,35 €	94,4%
TOTAL		79.413.539,03 €		73.151.736,87 €		1.789.869,48 €	74.941.606,35 €	94,4%
Incentivos Institucionais		4.865.837,75 €		4.028.913,86 €			4.028.913,86 €	82,8%

Relatório de Governo Societário

Handwritten notes and signatures:
A
N
D

Em conformidade com os anos anteriores o Contrato Programa do ano 2023 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 perto de 4,9 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 2023, e os valores disponibilizados em SICA até à data, apurou-se uma execução de 82% dos objetivos contratualizados, o que se traduz na atribuição de um montante de incentivos de 4.028.157,50€, conforme se detalha no quadro seguinte.

Índice Desempenho Global

Instituição: Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE
Período Análise: dezembro 2023

Objectivos	Peso Relativo Indicador (%)	2023			2023		2022	
		Meta	Real	Grau de Cumprimento (%)	Grau de Cumprimento Ajustado (%)	Índice de Desempenho	Real	Var. 2022/2023
Objectivos Nacionais	100							
Acesso	60					50,3		
Percentagem de pedidos em Lista de Espera para Consulta (LEC) dentro do TMRG	10	69,6	41,6	59,8	59,8	6,0	55,0	-13,4
Percentagem de consultas realizadas dentro dos tempos máximos de resposta garantidos (TMRG)	10	85	56,9	66,9	66,9	6,7	88,3	-31,4
Percentagem de utentes em Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC) dentro do TMRG	10	72,1	66,9	92,8	92,8	9,3	63,8	3,1
Percentagem de doentes operados dentro do TMRG	10	83,5	81,4	97,5	97,5	9,7	76,4	5,0
Percentagem de episódios de urgência atendidos dentro do tempo de espera previsto no protocolo de triagem	10	66,1	66,1	100,0	100,0	10,0	64,5	1,6
Percentagem de doentes referenciados para a RNCCI, avaliados/confirmados pela EGA em tempo adequado (até 2 dias úteis) após a referenciação, no total de doentes referenciados para a RNCCI*	10	88	75,7	86,0	86,0	8,6	88,6	-12,9
Desempenho Assistencial	20					13,2		
Percentagem de reinternamentos em 30 dias, na mesma Grande Categoria de Diagnóstico	3	2,2	4,84	20,0	0,0	0,0	2,79	2,1
Percentagem de cirurgias realizadas em ambulatório (GDH), para procedimentos tendencialmente ambulatorizáveis	3	7	5,9	84,3	84,3	2,5	1,8	4,1
Percentagem de cirurgias da anca efetuadas nas primeiras 48 horas	3	45	21,2	47,1	0,0	0,0	29,70	-8,5
Índice de Mortalidade Ajustada	4	1,4700	1,570	93,2	93,2	3,7	1,469	0,1
Índice de Demora Média Ajustada	4	1,0400	1,067	97,4	97,4	3,9	11,141	-10,1
Demora média antes da cirurgia	3	0,74	0,72	102,7	102,7	3,1	1,0	-0,3
Desempenho económico-financeiro	20					19,2		
Gastos operacionais por doente padrão	5	Valor do melhor do grupo	4.073,00 €	79,1	79,1	4,0	4.960,2	
Doente padrão por Médico ETC	5	66,1	76,1	115,1	115,1	5,8	61,3	14,8
Doente padrão por Enfermeiro ETC	5	32,2	32,7	101,6	101,6	5,1	29,8	2,9
Percentagem de Gastos com Trabalho Extraordinário, Suplementos e FSE(Seleccionados), no Total de Gastos com Pessoal	5	21	23,3	89,23	89,2	4,5	20,5	2,8
Índice de Desempenho Global						82,8		
Valor Incentivos Contratados (€)						4.865.837,75		
Valor Incentivos Realizados (€)						4.028.157,50		



Os objetivos económico-financeiros estão diretamente relacionados com o valor do Contrato Programa do Centro Hospitalar estabelecido para 2023 que foi de 97.316.755,00€, dos quais 79.413.539,03€ relativamente à produção contratualizada, 4.865.837,75€ de incentivos institucionais e 13.037.378,22€ para custos de contexto.

A estimativa de proveitos tendo por base a atividade desenvolvida em 2023, apresenta uma execução de 94,4% da Produção contratada e 82,8% dos incentivos institucionais, o que representaria o valor financeiro dos proveitos de 92 milhões de euros (incluindo o valor de 13.037.378,22€ atribuído a título de subsídio para cobertura de custos de contexto).

Todavia, conforme abordado anteriormente a Circular Normativa n.º 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 2023 uma taxa de execução dos rendimentos provenientes da produção superior à taxa de execução apurada no exercício (97,1%) e dos rendimentos provenientes dos incentivos institucionais superior à apurada (87,9%), obtendo-se assim um rendimento global de 94,4 milhões de euros (incluindo Custos de Contexto), superior ao valor executado em sede de Contrato Programa de 2023 em cerca de 2,4 milhão 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 empresa.

Os resultados do Centro Hospitalar estão diretamente relacionados com a atividade assistencial prestada, nomeadamente nas diferentes linhas de atividade Consulta Externa, Cirurgia e Internamento. Naturalmente, que a capacidade de resolução de listas de espera para consultas externa e cirurgia, é um elemento crítico, dado que é a partir daqui que se desenvolve o volume de atividade de consulta, cirurgia e internamento.

O ano de 2023 foi programado como sendo o primeiro ano pós COVID, já sem quaisquer constrangimentos provocados pelo período pandémico. Os objetivos traçados para o ano apontavam para os valores de referência de 2019, no sentido de se recuperar atividade cirúrgica, ambulatória e convencional, consultas externas, nomeadamente as primeiras consultas e referenciadas pelos Cuidados de Saúde Primários. Continuou a ser 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.

Relativamente ao funcionamento do Serviço de Urgência de Ginecologia e Obstetrícia e Serviço de Urgência de Pediatria, o ano de 2023 ficou marcado pelo funcionamento destes serviços com encerramentos programados, por escassez de recursos humanos médicos, com natural impacto ao nível da atividade.

Handwritten signature and initials

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 empresa.

É 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 2023 foi fortemente impactado por um conjunto de fatores, que a seguir se identificam:

- A designação pela Direção-Executiva do Serviço Nacional de Saúde, para a preparação de um Plano de Negócios para a Unidade Local de Saúde que deveria integrar o Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE e o Agrupamento dos Centros de Saúde do Arco Ribeirinho, entregue àquela entidade no final do mês de abril de 2023;
- A publicação do Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, que procedeu à reestruturação das entidades públicas empresariais, integradas no Serviço Nacional de Saúde (SNS), adotando-se o modelo de organização e funcionamento em unidades locais de saúde (ULS), criando, entre outras, a Unidade Local de Saúde do Arco Ribeirinho, E. P. E., que integra o Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, E. P. E. e o Agrupamento de Centros de Saúde Arco Ribeirinho;
- Os aumentos de preços das principais prestações de serviços e do material de consumo clínico, provocado pela subida da inflação;
- A aprovação do Decreto-Lei n.º 15/2023, de 24 de fevereiro, que veio alterar o regime remuneratório aplicável à prestação de trabalho suplementar realizado por médicos nos serviços de urgência, instituído pelo Decreto-Lei n.º 50-A/2022, de 25 de julho, que estabeleceu um regime remuneratório aplicável à prestação de trabalho suplementar realizado por trabalhadores médicos, necessário para assegurar o funcionamento dos serviços de urgência.
- A aprovação do Decreto-Lei n.º 65/2023, de 7 de agosto, procedeu à prorrogação do regime remuneratório aplicável à prestação de trabalho suplementar por médicos nos serviços de urgência;
- A aprovação do Decreto-Lei n.º 103/2023, de 7 de novembro, veio estabelecer o regime jurídico de dedicação plena no Serviço Nacional de Saúde e da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar;

III. Estrutura de Capital

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

O Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE é uma pessoa coletiva de direito público de natureza empresarial, dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, com um Capital Estatutário atual de € 112.733.480,00, 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 participações sociais que a empresa pública detém (vd. alínea b) do n.º 1 do artigo 44.º do RJSPE).

O CHBM não detém qualquer participação noutras sociedades.

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

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

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

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

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

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

V. Órgãos Sociais e Comissões

A. Modelo de Governo

1. Identificação do modelo de governo adotado

De acordo com o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (SNS), aprovado pelo Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, 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 no referido Estatuto, o Conselho de Administração é composto pelo Presidente e quatro Vogais, que exercem funções executivas, sendo um dos membros o Diretor Clínico e o outro Enfermeiro-Diretor.

O mandato dos membros do conselho de Administração tem a duração de três anos e é renovável, até ao máximo de três renovações consecutivas, nos termos do estatuto do SNS, permanecendo aqueles no exercício das suas funções até à designação dos novos titulares, sem prejuízo da renúncia a que houver lugar.

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

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

O Revisor Oficial de Contas é nomeado por despacho conjunto dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde, sob proposta fundamentada do Conselho Fiscal, tendo o mandato a duração de três anos, renovável por uma única vez. Compete ao revisor oficial de contas o dever de proceder a todos os exames e verificações necessários à revisão e certificação legais das contas.

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

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

B. Assembleia Geral

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

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

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

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

C. Administração e Supervisão

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

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

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



O Conselho de Administração em funções, foi nomeado pelo Despacho n.º 9052/2022 da Ministra da Saúde e do Secretário de Estado do Tesouro de 20 de julho, (Diário da República, 2ª Série n.º 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. Indicação do número estatutário mínimo e máximo de membros e duração estatutária do mandato dos membros, consoante aplicável, do Conselho de Administração, do Conselho de Administração Executivo e do Conselho Geral e de Supervisão.

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 71.º do Estatuto do SNS, das específicas do Presidente do Conselho de Administração, do Diretor Clínico e do Enfermeiro Diretor, previstas, respetivamente, nos artigos 72.º, 73.º e 74.º do referido Estatuto, 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, n.º 170 de 2 de setembro de 2022, mediante Deliberação n.º 959/2022.

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

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 Clínica e Vogal Executiva do Conselho de Administração, Dra. Ana Teresa Nobre Duque Monteiro Leite Marques Xavier, para além das competências próprias inerentes à direção médica e à governação clínica nos serviços, departamentos, unidades de ação médica e de diagnóstico e terapêutica, Comissão de Ética, Comissão de Qualidade e Segurança do Doente, Comissão de Controlo da Infecção Hospitalar (GCL -PPCIRA), Comissão de Higiene e Segurança no Trabalho, Comissão de Farmácia e Terapêutica, Comissão de Coordenação Oncológica, Comissão Técnica de Certificação de Interrupção da Gravidez, Comissão Médica, Direção Internato Médico, Núcleo de Apoio a Crianças e

Handwritten signature and initials in blue ink.

Jovens em Risco, Equipa de Gestão de Altas, Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar, Equipa de Trauma, Equipa da Unidade Coordenadora Funcional da Saúde Materna e Neonatal, Equipa da Unidade Coordenadora Funcional da Saúde da Criança e do Adolescente, Equipa de Suporte Intra-Hospitalar em Cuidados Paliativos, Grupo Coordenador Institucional da Violência Contra os Profissionais de Saúde no Local de Trabalho, Comissão de Hemoderivados, Comissão de Antimicrobianos, Conselho Técnico dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica, a coordenação do Serviço de Saúde Ocupacional, do Serviço de Farmácia, do Serviço de Nutrição e Dietética, Unidade de Psicologia e do Gabinete de Codificação e Auditoria Clínica.

No Enfermeiro Diretor e Vogal Executivo do Conselho de Administração, Enf.º 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.

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO						
Mandato (Início - Fim)	Cargo	Nome	Designação		Remuneração	
			Doc.	Data	{ Empresa Pagadora }	O / D
26/07/2022 a 31/12/2024	Presidente	Maria Teresa Fernandes de Jesus de Sousa Carneiro	Despacho nº 9052/2022	20-07-2022	CHBM	D
26/07/2022 a 31/12/2024	Vogal	Miguel Ângelo Madeira Rodrigues	Despacho nº 9052/2022	20-07-2022	CHBM	D
26/07/2022 a 31/12/2024	Vogal	Jorge Manuel da Silva Pinto	Despacho nº 9052/2022	20-07-2022	CHBM	D
26/07/2022 a 31/12/2024	Directora Clínica	Ana Teresa Nobre Duque Monteiro Leite Marques Xavier	Despacho nº 9052/2022	20-07-2022	CHBM	O
26/07/2022 a 31/12/2024	Enf.º Diretor	José Filipe Fernandes Nunes	Despacho nº 9052/2022	20-07-2022	CHBM	D

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

4. 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.



5. 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.

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 enfermeira-diretora (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

R
Amor
J
M
J

Universidade de Lisboa, 1999. Conclusão do ano curricular do VI Curso de Mestrado em Sistemas de Informação Geográfica, pelo Instituto Superior Técnico, 2001. XXI 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 — Enfermeiro-chefe 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 Cívicos 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 presente 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, 1993 - 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/558/nomeacao_CA_2022.pdf

- 6. Dar conhecimento de que foi apresentada declaração por 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 empresa, assim como**



quaisquer relações que mantenham com os seus fornecedores, clientes, instituições financeiras ou quaisquer outros parceiros de negócio, suscetíveis de gerar conflitos de interesse (vd. artigo 52.º do RJSPE).

Em cumprimento do disposto no artigo 13.º da Lei n.º 52/2019, de 31 de julho, cada um dos membros do Conselho de Administração procedeu ao depósito, no Tribunal Constitucional, da respetiva “declaração única de rendimentos, património, interesses, incompatibilidades e impedimentos».

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, na sua última redação, 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).

7. 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.

8. 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

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

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

No decurso do ano de 2023, foram realizadas cinquenta e três reuniões de Conselho de Administração atual, com o seguinte grau de assiduidade:

Conselho de Administração Assiduidade		
Cargo	Nome	Grau de Assiduidade (%)
Presidente	Maria Teresa Fernandes de Jesus de Sousa Carneiro	92%
Vogal	Miguel Ângelo Madeira Rodrigues	94%
Vogal	Jorge Manuel da Silva Pinto	94%
Directora Clínica	Ana Teresa Nobre Duque Monteiro Leite Marques Xavier	91%
Enfº Diretor	José Filipe Fernandes Nunes	89%
TOTAL REUNIÕES REALIZADAS		53

Handwritten signatures and initials in blue ink, including a large 'W' at the top and several other illegible signatures below it.

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.

A Presidente do Conselho de Administração foi nomeada como Vogal Suplente do Conselho Consultivo da ERS em representação das entidades do SNS com internamento, conforme Despacho do Sr. Ministro da Saúde de 19 de outubro de 2023.

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 71/2007, de 27 de março, 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.



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

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

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

(Comissão Médica)

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

(Comissão de Enfermagem)

- 1 - A Comissão de Enfermagem é presidida pelo Enfermeiro-Diretor, competindo-lhe apreciar os aspetos relacionados com o exercício da enfermagem no Hospital e avaliar periodicamente e de modo sistemático a atividade desenvolvida neste sector e a formação dos profissionais.
- 2 - A Comissão de Enfermagem, para além do seu Presidente, é constituída pelos adjuntos do Enfermeiro-Diretor e pelos Enfermeiros Chefes ou Enfermeiros Coordenadores de unidades do Hospital.

3 - A Comissão de Enfermagem funciona em plenário que reunirá ordinariamente uma vez por mês, por convocação do seu Presidente, sem prejuízo de poder funcionar em comissões especializadas, de âmbito restrito, sempre que tal se mostre necessário.

4 - Foram desenvolvidas pela comissão de enfermagem as seguintes atividades no âmbito das suas competências:

- a) Realização dos planos de atualização profissional do pessoal de enfermagem;
- b) Parecer sobre a regulamentação interna para o sector de enfermagem e colaborar na respetiva execução;
- c) Parecer sobre assuntos submetidos à sua apreciação pelo Conselho de Administração.

(Comissão de Ética)

1 - A Comissão de Ética é composta por sete membros, devendo revelar uma composição interdisciplinar.

2 - Os membros da Comissão de Ética são nomeados pelo Conselho de Administração.

3 - Em todos os aspetos não previstos neste regulamento, a Comissão de Ética do Hospital rege-se pelos princípios definidos no Decreto-Lei n.º 97/95 de 10 de maio (atual Decreto-Lei n.º 80/2018, de 15 de outubro).

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

(Comissão de Qualidade e Segurança do Doente)

1 - A Comissão de Qualidade e Segurança do Doente é constituída por cinco membros, dos quais um é o Presidente do Conselho de Administração, que preside à Comissão.

2 - Os elementos da Comissão de Qualidade e Segurança do Doente são nomeados pelo Conselho de Administração, por proposta do Presidente.

3 - Foram desenvolvidas pela comissão de qualidade e segurança do doente as seguintes atividades:

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

(Comissão de Controlo da 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.

Handwritten signature



- 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 n.º. 246, II série, de 23/10/96.
- 6 - A Comissão de Controlo da Infeção Hospitalar deverá funcionar segundo regulamento próprio por si aprovado, e desenvolveu a sua atividade de acordo com o plano anual de atividades, designadamente no âmbito do projeto "STOP INFECCÃO", tendo sido designado o CHBM como hospital piloto.

(Comissão de Farmácia e Terapêutica)

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

(Comissão de Coordenação Oncológica)

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

Handwritten signatures and initials in blue ink, including a large 'N' at the top right and several stylized signatures below it.

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

(Direção do Internato Médico)

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

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

D. Fiscalização

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

Nos termos do Estatuto do SNS, a fiscalização e controlo da legalidade da gestão financeira e patrimonial é exercida por um conselho fiscal - constituído por três membros efetivos e por um suplente, sendo um deles o presidente do órgão - e por um revisor oficial de contas ou por uma sociedade de revisores oficiais de contas que não seja membro daquele órgão, escolhido obrigatoriamente de entre os auditores registados na Comissão do Mercado de Valores Mobiliários, de acordo com o previsto no artigo 413.º do Código das Sociedades Comerciais (CSC).

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.

A remuneração do conselho fiscal é fixada no despacho a que se refere o n.º 3 do art.º 79.º do supramencionado Estatuto, atendendo ao grau de complexidade e de exigência inerente ao exercício do respetivo cargo e tendo em conta os critérios de classificação do estabelecimento de saúde, E. P. E., fixados na resolução do Conselho de Ministros a que se refere o n.º 4 do artigo 28.º do Estatuto do Gestor Público, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de março, na sua redação atual.

Cessando o mandato do conselho fiscal e do revisor oficial de contas, mantêm-se os titulares em exercício de funções até à designação de novos órgãos ou à declaração ministerial de cessação de funções.

O CHBM não tem Comissão de Auditoria, Conselho Geral e Supervisão ou Comissão para as Matérias Financeiras.

2. Apresentação de elementos curriculares relevantes de cada um dos membros do Órgão de Fiscalização: Conselho Fiscal.

Elementos curriculares do Conselho Fiscal:

Presidente do Conselho Fiscal: Maria Leonor Bettencourt Silva Dantas Jorge

Data de nascimento: 18 de janeiro de 1970

Formação académica e profissional:

- Licenciatura em administração de empresas - 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

- Vogal do Conselho de Administração da HL – SOCIEDADE GESTORA DO EDIFÍCIO, S.A., desde 30 de junho de 2022.
- Membro do Conselho Fiscal da Atticus - STC, S.A. (maio de 2019 a abril 2021).
- Administradora não executiva da Crédito Agrícola Gest - SGFIM, S.A., desde janeiro de 2020.
- Diretora Central de Fusões e Aquisições (F&A) do HAITONG BANK, S.A. (ex-BES Investimento) (2004-2017), responsável por transações em Portugal, Espanha, França, Chile, Brasil, Polónia e Macau, em diversos sectores.
- Direção de fusões e aquisições do BES Investimento, tendo ocupado cargos desde analista até diretora (1994-2004).
- Analista no departamento de fusões e aquisições do Deutsche Bank (Portugal) (1993-1994).

Vogal efetivo do Conselho Fiscal: Renato Felisberto Pinho Marques

- Data de nascimento: 29 de março de 1958
- Formação académica e profissional
- Licenciatura em Economia – Instituto Superior de Economia e Gestão (ISEG) da Universidade Técnica de Lisboa.
- 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 2013 - agosto 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.



Vogal efetivo do Conselho Fiscal: José Manuel Gonçalves André

Data de nascimento: 22 de abril de 1953

Formação académica e profissional

- Curso de Organização e Gestão de Empresas - Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa (ISCTE).
- 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 Unidades de Saúde - ISCSP.

Atividade Profissional

- Administrador Hospitalar de 1º grau do Quadro Único desde 26 /04/2006 e de 1ª classe do ex-Hospital Reynaldo dos Santos – Vila Franca de Xira desde 01/05/2007. Pertencente ao mapa da ARSLVT
- Membro da Comissão de Avaliação dos administradores da carreira de administração hospitalar (Despacho SEAMS de 11 agosto de 2020 – Aviso n.º 20735/2020 da ACSS de 09.12.2020).
- 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 Secretaria 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 Departamento Cabeça e Pescoço do Hospital Garcia de Orta, 1992-1994.
- Diretor do Serviço de Estudos e Gestão do Departamento Recursos Humanos da Saúde, 1990-1992.
- Administrador Hospitalar de vários serviços comuns do ex-Grupo Hospitais Civis de Lisboa, 1985-1989.

Vogal suplente do Conselho Fiscal (em exercício efetivo de funções, em regime de substituição, desde 23 de abril de 2023): Anabela Mendes Garcia Barata

Handwritten signature and initials in blue ink.



- Data de nascimento: 26 de agosto de 1964
- Formação académica e profissional
- Licenciatura em Administração e Gestão de Empresas - na Universidade Católica Portuguesa de Lisboa
- MBA - Escola Superior de Gestão da AESE
- Formação profissional em fiscalidade - Centro de formação profissional da Arthur Andersen
- Formação de Executivos da Nova School of Business and Economics - Program Leadership in healthcare Delivery
-
- Atividade Profissional
- Vogal do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP (desde 2019).
- Coordenadora da Unidade de Gestão Financeira da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP (2008-2019).
- Vogal do Conselho Fiscal do Hospital Fernando da Fonseca, Centro Hospital Lisboa Ocidental e Instituto Português de Oncologia (2017-2019).
- Responsável Administrativa e Financeira no Grupo Bureau Veritas (2002-2007).
- Técnica Superior no Banco Espírito Santo (1996-2001).
- Gerente na divisão de consultoria fiscal na KPMG (1992-1996).
- Técnica Sénior na divisão de consultoria fiscal Arthur Andersen & CO (1988-1992).

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

Em 2023 não foram contratados quaisquer serviços adicionais de auditoria ao auditor externo, cujos procedimentos e critérios aplicáveis à intervenção do órgão de fiscalização se encontram definidos nos estatutos da Ordem dos Revisores Oficiais de Contas e no Regime jurídico da Supervisão e Auditoria.

4. Outras funções dos órgãos de fiscalização.

O órgão de fiscalização não desempenhou quaisquer outras funções no CHBM.

5. Indicação do número estatutário mínimo e máximo de membros e duração estatutária do mandato dos membros: Conselho Fiscal.

O Conselho Fiscal é constituído por três membros efetivos e por um suplente, sendo um deles o presidente do órgão, conforme previsto no n.º 2 do art.º 79.º do Estatuto do SNS. 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, como estabelecido no n.º 3 do art.º 79.º do Estatuto do SNS.

O CHBM não tem Comissão de Auditoria, Conselho Geral e Supervisão ou Comissão para as Matérias Financeiras.

6. 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

Handwritten signature and initials

efetivos e suplentes, data da primeira designação e data do termo de mandato de cada membro. Caso tenha ocorrido alteração de mandato durante o ano em reporte.

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

CONSELHO FISCAL				
Mandato (Início - Fim)	Cargo	Nome	Designação	
			Forma	Data
01/0/2018 a 31/12/2020	Presidente	Maria Leonor Betencourt Silva Dantas Jorge	Despacho Conj. SET e SES	26-04-2018
01/0/2018 a 31/12/2020	Vogal	Renato Filesberto Pinto Marques	Despacho Conj. SET e SES	26-04-2018
01/0/2018 a 31/12/2020	Vogal	José Manuel Gonçalves André	Despacho Conj. SET e SES	26-04-2018
01/0/2018 a 31/12/2020	Vogal Suplente	Anabela Mendes Garcia Barata	Despacho Conj. SET e SES	26-04-2018

Por motivo de limite de idade (70 anos) o Vogal Efetivo do Conselho Fiscal Dr. José Manuel Gonçalves André cessou funções em 22 de abril de 2023. A partir dessa data, e em conformidade com o previsto no n.º 3 do art.º 33º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3/10 e nos n.ºs 3 e 4 do art.º 415º do Código das Sociedades Comerciais, o referido cargo passou a ser exercido em regime de substituição pela Vogal Suplente Drª Anabela Mendes Garcia Barata.

7. 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.

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

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

Nº Reuniões	Local de realização	Intervenientes na reunião	Ausências dos membros do Orgão de Fiscalização
10	Teleconferências, Lisboa	CF	Não existiram
1	Teleconferências	CF, CA	Não existiram
1	Teleconferências	CF, AI	Não existiram
2	Teleconferências, Lisboa	CF, BDO	(1)

Legenda: CF - Conselho Fiscal; CA - Conselho de Administração; AI - Auditoria Interna; DF - Direção Financeira; BDO – SROC
(1)- A Vogal Anabela Barata não teve presente na reunião, 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
Maria Leonor Betencourt Silva Dantas Jorge	Presidente do Conselho Fiscal do Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.
	Presidente do Conselho Fiscal do Hospital Garcia de Orta, E.P.E.
	Administrador único da Curiosolabirinto, SA.
	Administrador não executivo da Crédito Agrícola GEST - SGOIC, SA
	Vogal do Conselho de Administração da HL-Sociedade Gestora do Edifício, SA.
Renato Filisberto Pinto Marques	Administrador Único da Cardinal Credivel, Lda.
	Vogal do Conselho Fiscal do Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.
	Vogal do Conselho Fiscal do Hospital Garcia de Orta, E.P.E.
José Manuel Gonçalves André	Presidente do Conselho Fiscal da Transtejo Transportes do Tejo, SA (desde 23/11/2023)
	Vogal do Conselho Fiscal do Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.
	Vogal do Conselho Fiscal do Hospital Garcia de Orta, E.P.E.
Anabela Mendes Garcia Barata	Membro da Comissão de avaliação dos Administradores Hospitalares
	Vogal do Conselho Fiscal do Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.
	Vogal do Conselho Fiscal do Hospital Garcia de Orta, E.P.E.

E. Revisor Oficial de Contas

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

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

O Revisor Oficial de Contas foi nomeado por despacho conjunto do Secretário de Estado do Tesouro e do Secretário de Estado da Saúde, a 14 de dezembro de 2018, para o triénio 2018/2020, 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 n.º 29 e registado na Comissão de Mercados de Valores Mobiliários, com o n.º 20161384, com sede na Avenida da República, n.º 50, 10º andar, em Lisboa, representada por António José Correia de Pina Fonseca, ROC n.º 949.

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

Nos termos do n.º 4 do artigo 79.º do Estatuto do SNS, o Revisor Oficial de Contas é nomeado para um mandato com a duração de três anos, renovável por uma única vez.

Handwritten signature and initials

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 (Início - Fim)	Cargo	Identificação SROC / ROC			Designação			Nº de Mandatos	Nº de Mandatos
		Nome	Nº de Inscrição na SROC	Nº Registo em CHBM	Forma	Data	Contratado		
01/0/2018 a 31/12/2020		BDO & Associados, SROC, Lda.	29	20161384	Despacho Conjunto	14-12-2018	29-01-2019	6	5

Nome	Remuneração Anual 2023
BDO & Associados, SROC, Lda.	16.500,00 €

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

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

F. Conselho Consultivo

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

Nos termos do artigo 83.º, do Estatuto do SNS, o Conselho Consultivo é composto por:

- Uma personalidade de reconhecido mérito, nomeada pela Comunidade Intermunicipal ou pela Área Metropolitana, consoante a localização do estabelecimento de saúde;
- Uma personalidade de reconhecido mérito, nomeada pelo membro do Governo responsável pela área da saúde;
- Um representante do ACES da área de influência do estabelecimento 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.;

Handwritten signature



- 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 n.º 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.

Handwritten signature and initials in blue ink.

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 Estatuto do SNS, pelo Regime Jurídico do Setor Público Empresarial e pelas normas em vigor para o Serviço Nacional de Saúde.

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

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

Existe um Regulamento de Comunicação Interna de Irregularidades, aprovado pelo Conselho de Administração em 20/01/2023 que estabelece os procedimentos internos para a receção, registo e tratamento das comunicações de irregularidades recebidas pelo Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE.

Matérias abrangidas

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

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

Forma de Comunicação

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

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

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

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

Sandra



http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/328/Regulamento_irregularidades_infracoes_23.pdf

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

O Centro Hospitalar dispõe de um Regulamento interno homologado em 2013, com uma revisão aprovada em Conselho de Administração a 23/03/2018. Dispõe, também, de mecanismos de acompanhamento e de gestão de conflitos de interesses, devidamente publicitados, e que constam do Código de Ética (Princípios, valores e regras de conduta). Para melhor desenvolvimento remete-se para o capítulo “Regulamentos e Códigos”.

B. Controlo interno e gestão de riscos

1. Informação sobre a existência de um Sistema de Controlo Interno (SCI) compatível com a dimensão e complexidade da empresa, 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 prevenção 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 86.º do estatuto do SNS, data a partir da qual iniciou

Flavio

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 2023 foi realizada auditoria à “Gestão da Assiduidade” e iniciada as auditorias ao SCI da Gestão de Frota e auditoria informática à Cyber Security do CHBM. Neste ano foram também realizadas 5 ações de follow-up: ao Relatório de Auditoria “Gestão do Imobilizado”; ao Relatório de auditoria “SCI Empreitadas”; ao Relatório de Auditoria “SCI Contratos de Prestação de Serviço Tratamento Roupa”; ao Relatório de “SCI Contratos de Prestação de Serviços Técnicos TIM III, AVAC e Electromedicina”; e ao Relatório de Auditoria “Gestão de Existências nos Serviços Farmacêuticos”.

3. Em caso de existência de um plano estratégico e de política de risco da empresa, 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.

Rau...
[Handwritten signatures]

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

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

O ano de 2023, 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, n.º 287/2014.

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

Handwritten signatures and initials in blue ink.



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;
- Elaborar o Plano de Riscos da ULSAR, abrangendo todas as áreas organizacionais da instituição e tomando em consideração as diretrizes emanadas pelo Mecanismo anticorrupção (MENAC).

Na hiperligação abaixo remete-se para o relatório de 2023:

<http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/733/relatorioPGRIC 23.pdf>

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

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

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

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

Gabinete de Gestão do Risco

O Gabinete de Gestão do Risco integra a área do risco clínico e do risco geral (não clínico).

Compete ao Gabinete de Gestão do Risco:

- a) Promover uma cultura de segurança no ambiente interno;
- b) Propor a política de gestão do risco e a estratégia de identificação e avaliação de riscos e seus fatores causais;
- c) Participar no desenvolvimento da política interna de segurança do doente e dos profissionais;
- d) Elaborar o regulamento que expressa as responsabilidades específicas das duas áreas de intervenção;
- e) Estruturar e implementar uma estratégia de gestão integrada do risco na organização, através da mobilização e articulação com os serviços de ação médica, de apoio à ação médica e geral;

- f) Assegurar a gestão de um sistema de relato de incidentes clínicos e segurança do doente e risco geral (não clínico);
- g) Identificar e propor medidas preventivas e/ou medidas corretivas após a ocorrência de incidentes, em colaboração com os responsáveis/especialistas nas diversas áreas de tipologia de incidentes;
- h) Apoiar os serviços no âmbito da gestão do risco e segurança do doente;
- i) Colaborar com o nível estratégico na elaboração de pareceres e recomendações;
- j) Colaborar com comissões e grupos de trabalho no âmbito da gestão do risco e segurança do doente;
- k) Integrar o grupo institucional responsável pelo Plano de Segurança e Plano de Catástrofe Externa, promovendo a sua atualização;
- l) Providenciar auditorias de segurança das instalações, dos doentes, dos profissionais e ocupantes e fomentar práticas baseadas na evidência;
- m) Promover e validar as ações de formação no âmbito da gestão do risco geral e risco clínico e segurança do doente, em articulação com os Serviços e a Academia de Formação.

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

Comissão de qualidade e segurança do doente

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.

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

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.

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;



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

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

Risco Económico

Aquando da 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 2023 foi de 20,8 milhões de euros negativos, com um EBITDA também negativo de 15,8 milhões de euros, pelo que se salienta, que o mesmo representa uma melhoria em 12,0 % face aos resultados obtidos no período homólogo.

Atendendo aos resultados alcançados nos últimos anos, evidenciam a manutenção de resultados líquidos negativos, deve-se manter alguma preocupação quanto a sustentabilidade económica e financeira deste Centro Hospitalar.

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

Risco Financeiro

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

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

O CHBM contraiu um empréstimo reconhecido à data de 31/12/2023 de 4.022.936,33 €. Este empréstimo refere-se a uma participação 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.

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

Risco Operacional

Os eventos ocorridos após a data do balanço sobre condições que existiam à data do balanço, são eventos ajustáveis considerados na preparação das demonstrações financeiras.

Neste contexto, importa referir que, no cumprimento da Circular Normativa n.º 6/2019/ACSS, de 21 de março, o CHBM recebeu em 28 de março de 2024 a informação acerca dos ajustamentos para eliminação das diferenças contabilizadas entre as entidades e a ACSS, vindo a atualizar as estimativas de execução do Contrato-Programa de 2023 bem como do Índice desempenho Global para efeitos de apuramento dos incentivos associados.

Ainda neste âmbito, a manutenção da guerra entre a Rússia e a Ucrânia e o conflito na faixa de Gaza entre Israelitas e Palestinos trará inevitavelmente impactos significativos às economias portuguesa e europeia. Esta situação poderá traduzir-se numa deterioração do desempenho financeiro do CHBM, verificando-se, desde já, incrementos dos custos de operação por via do aumento dos preços dos combustíveis, energia e gás, bem como, por inerência, de diversos outros produtos e serviços.

Não obstante deste quadro incerto, o Conselho de Administração, entende que a solvabilidade do Centro Hospitalar, bem como a continuação da sua atividade normal, não se encontra em causa.

Risco Jurídico

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

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

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

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

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

As entidades devem realizar ações de formação, de divulgação, reflexão e esclarecimento dos seus Planos junto dos trabalhadores e que contribuam para o seu envolvimento numa cultura de prevenção de riscos. Os Planos devem ser publicados nos sítios da internet das entidades a que respeitam,

Carne



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

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

Uma identificação exaustiva dos riscos de gestão, dos riscos de corrupção e infrações conexas, dos conflitos de interesses, bem como as correspondentes medidas preventivas;

A identificação dos riscos relativamente às funções, ações e procedimentos realizados por todas as unidades da estrutura orgânica do CHBM, incluindo os gabinetes, as funções e os cargos de direção de topo.

A identificação dos responsáveis setoriais pela execução e monitorização do Plano, bem como pela elaboração dos correspondentes relatórios. Com o objetivo de acompanhar as atividades no domínio da prevenção da corrupção e infrações conexas, neste Centro Hospitalar Barreiro Montijo (CHBM) encontra-se constituída uma Comissão de Acompanhamento da Prevenção de Corrupção (CAPC).

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

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

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

C. Regulamentos e Códigos

1. Referência sumária aos regulamentos internos aplicáveis e regulamentos externos a que a empresa está legalmente obrigada, com apresentação dos aspetos mais relevantes e de maior importância.

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

O Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro, define o regime jurídico e os estatutos aplicáveis às unidades de saúde com a natureza de entidades públicas empresariais. Por força do artigo 7.º do referido Diploma, o Regulamento Interno do CHBM foi adaptado e aprovado pelo Conselho de Administração, e homologado pelo Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo em 19/07/2013, no uso de subdelegação de competências.

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

- O Decreto-Lei n.º 280/2009, de 6 de outubro, que cria o CHBM;

Handwritten signature and initials in blue ink.

- O Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, que aprova o estatuto do Serviço nacional de Saúde;
- O Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro que define o regime jurídico do Sector Público Empresarial;
- A Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, que aprova a Lei de Base da Saúde.

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

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

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

Regulamento e Códigos do CHBM

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

2. Código de Ética:

- a) **Referência à existência de um código de ética que contemple exigentes comportamentos éticos e deontológicos, indicando a data da última atualização e a forma como é efetuada a sua divulgação junto dos seus colaboradores, clientes e fornecedores;**

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



- ✓
J
S
K
P
- b) **Menção relativa ao cumprimento da legislação e da regulamentação em vigor sobre medidas vigentes tendo em vista garantir um tratamento equitativo junto dos seus clientes e fornecedores e demais titulares de interesses legítimos, designadamente colaboradores da empresa, ou outros credores que não fornecedores ou, de um modo geral, qualquer empresa que estabeleça alguma relação jurídica com a empresa (vd. artigo 47.º do RJSPE).**

O CHBM possui Código de Conduta Ética, o qual comporta os comportamentos éticos e deontológicos seguidos pela instituição, tendo o mesmo sido divulgado por todos os seus colaboradores, clientes, fornecedores e pelo público em geral. Com base nos seus padrões éticos, o CHBM trata com equidade todos os seus clientes e fornecedores e demais titulares de interesses legítimos, pautando o seu comportamento pelo cumprimento da legislação e regulamentação em vigor sobre estas matérias.

3. Regime Geral da Prevenção da Corrupção (RGPC: anexo do Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro):

- a) **Referência à existência do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PPR, vd. artigo 6.º do RGPC);**

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/PGRIC_plano_22.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, Aproveitamento, 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

Paula
A
R



júris, ou que participam na escolha, avaliação, emissão de normas e orientações de carácter clínico, nas áreas do medicamento e do dispositivo médico.

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

b) Referência à elaboração de relatório de avaliação intercalar nas situações identificadas de risco elevado ou máximo (vd. alínea a) do n.º 4 do artigo 6.º do RGPC);

O Relatório de Avaliação Intercalar do Plano de Riscos de 2023, nas situações identificadas de risco elevado ou máximo, do CHBM foi elaborado e aprovado pelo órgão de gestão a 26 de outubro de 2023 e remetido às entidades competentes. De notar que os riscos identificados de risco elevado ou máximo se referem a riscos de gestão, não havendo nenhum risco de corrupção ou infração conexas nestas condições.

Relatório de Acompanhamento do Plano de Prevenção da Corrupção e Infrações Conexas de 2023

http://www.ulsar.min-saude.pt/attachments/article/733/rel_acompanhamento_corrupcao23.pdf

c) Referência à elaboração de relatório de avaliação anual (vd. alínea b) do n.º 4 do artigo 6.º do RGPC e n.º 1 do artigo 46.º do RJSPE, que remete para a alínea a) do n.º 1 do artigo 2.º da Lei n.º 54/2008, de 4 de setembro, a que corresponde a atual alínea g) do n.º 3 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro);

O Relatório de Avaliação Anual do Plano de Riscos de 2023 do CHBM foi elaborado e aprovado pelo órgão de gestão a 13 de abril de 2023 e remetido às entidades competentes.

d) Referência à existência de um código de conduta, por parte das entidades abrangidas, nos termos e de acordo com o disposto no artigo 7.º do RGPC.

O código de conduta encontra-se no portal da intranet e através do sítio da internet:

http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/328/c%C3%B3digo_conduta18_v3.pdf

D. Deveres Especiais de Informação

1. Indicação da plataforma utilizada para cumprimento dos deveres de informação a que a empresa se encontra sujeita, nomeadamente os relativos ao reporte de informação económica e financeira (vd. alíneas d) a i) do n.º 1 do artigo 44.º do RJSPE), a saber:

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

Handwritten signature and initials

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.

E. Sítio de Internet

1. Indicação da hiperligação para acesso direto ao sítio na internet da empresa onde se encontram divulgados os seguintes elementos (vd. artigo 53.º do RJSPE):

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 artigo 44.º do Decreto-Lei n.º 133/2013 de 3 de outubro, estão disponíveis e têm divulgação no sítio da internet:

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

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

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



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

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

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

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

Conselho de Administração

http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/499/despacho_nomeacao_CA_julho22.pdf

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

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

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

<http://www.chbm.min-saude.pt/centro-hospitalar-chbm/informacao-publica/contratos-programa>

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

http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/302/termos_referencia_contratualizacao22.pdf

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

2. Indicação da hiperligação para acesso direto ao sítio na internet da empresa onde se encontram publicitados os seguintes documentos:

a) Regulamentos internos aplicáveis e regulamentos externos a que a empresa está legalmente obrigada;

Regulamento Interno

http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/328/regulamento_interno_chbm18.pdf

Flávia
[Handwritten signature]

b) Código de Ética;

Código de Ética

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

c) Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PPR);

Plano de Prevenção de riscos de Corrupção e Infrações Conexas

http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/733/PGRCIC_plano_22.pdf

d) Relatório de avaliação intercalar nas situações identificadas de risco elevado ou máximo;

Relatório de avaliação intercalar

http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/733/relatorio_acompanhamento_PGRCIC_out23.pdf

e) Relatório de avaliação anual no âmbito da execução do PPR;

Relatório de avaliação anual

http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/733/rel_acompanhamento_corrupcao23.pdf

f) Código de Conduta;

Código de Conduta

http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/328/c%C3%B3digo_conduta18_v3.pdf

g) Relatório sobre remunerações por género;

Relatório Remunerações por Género

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

h) Informação anual do modo como foi prosseguida a missão da empresa, 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 (vd. artigo 45.º do RJSPE);

O sítio da internet do CHBM (atual ULSAR), disponibiliza os documentos de prestação de contas, nomeadamente, no Relatório do Governo Societário e Relatório e Contas:



[http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/327/Governo %20Societario14.pdf](http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/327/Governo%20Societario14.pdf)

http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/301/Relatorio_Contas2022.pdf

http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/376/pao_23.pdf

Mensalmente é elaborado o Relatório Analítico de Desempenho Económico Financeiro (RADEF), aprovado pelo Conselho de Administração.

3. Quando aplicável, indicação das hiperligações para acesso direto ao sítio na internet da empresa onde se encontram publicitados os documentos objeto de remissão no RGS;

<http://www.chbm.min-saude.pt/centro-hospitalar-chbm/informacao-publica/governo-societario>

4. No caso de entidades abrangidas, nos termos do artigo 2.º do RGPC, indicação das hiperligações para acesso direto aos elementos listados no n.º 1 do artigo 12.º do RGPC.

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

F. Prestação de Serviço Público ou de Interesse Geral

1. Referência ao contrato celebrado com a empresa pública em que lhe tenha sido confiada a prestação de um serviço público ou de interesse geral, respeitante à remuneração dessa atividade (vd. n.º 3 do artigo 48.º do RJSPE).

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 dezembro de 2022 foi assinado o Acordo Modificativo para o ano de 2023, que prorrogou o Contrato-Programa estabelecido para o triénio 2017-2019. Em maio de 2023 foi efetuada Adenda ao Acordo Modificativo de 2023, que as partes procedem à alteração dos respetivos mapas anexos de forma a refletir a atribuição do subsídio ao investimento no montante de 836.954,36 € no âmbito do Programa de Incentivo Financeiro à Qualificação dos Blocos de Parto do Serviço Nacional de Saúde do a ser inscrito pela entidade beneficiária como receita de capital e de despesas de capital.

2. Caso não tenha contrato celebrado ou, tendo, caso haja apresentado nova proposta, referência às propostas de contratualização da prestação de serviço público apresentadas ao titular da função acionista e ao membro do governo

responsável pelo respetivo setor de atividade (vd. n.os 1, 2 e 4 do artigo 48.º do RJSPE). A empresa deve apresentar declaração 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 2023 está divulgado no portal da intranet e através do sítio da internet:

http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/302/CHBM_CP_2023.pdf

VII. Remunerações

A. Competência para a Determinação

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

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).

Handwritten signatures and initials in blue ink.



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.

2. Identificação dos mecanismos adotados para prevenir a existência de conflitos de interesses, atuais ou potenciais, entre os membros de órgãos ou comissões societárias e a empresa, 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. Dar conhecimento do cumprimento por parte dos membros do órgão de administração do que dispõe o artigo 51.º do RJSPE, isto é, de que se abstêm de intervir nas decisões que envolvam os seus próprios interesses, designadamente na aprovação de despesas por si realizadas.

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

B. Comissão de Fixação de Remunerações

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

C. Estrutura das Remunerações

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

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

Flavio

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.

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

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.

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

Não aplicável, não existe uma componente variável da remuneração.

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

Não aplicável, não existe uma componente variável da remuneração.

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

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

6. Referência a regimes complementares de pensões ou de reforma antecipada para os administradores e data em que foram aprovados em assembleia geral, em termos individuais.

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

D. Divulgação das Remunerações

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



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

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 Público

Nome	Fixado	Classificação	Remuneração mensal bruta (€)	
			Vencimento	Despesas de representação
Maria Teresa Fernandes de Jesus de Sousa Carneiro	S	B1	4.609,11 €	1.843,63 €
Miguel Ângelo Madeira Rodrigues	S	B1	3.687,29 €	1.474,92 €
Jorge Manuel da Silva Pinto	S	B1	3.687,29 €	1.474,92 €
Ana Teresa Nobre Duque Monteiro Leite Marques Xavier	N	B1	5.990,36 €	1.474,92 €
José Filipe Fernandes Nunes	S	B1	3.687,29 €	1.474,92 €

Remuneração Anual 2023 (€)

Nome	Fixa	Variável	Bruta	Redução Remuneratória	Reversão Remuneratória	Valor Final
Maria Teresa Fernandes de Jesus de Sousa Carneiro	84.127,20 €	NA	84.127,20 €	- €	- €	84.127,20 €
Miguel Ângelo Madeira Rodrigues	67.301,98 €	NA	67.301,98 €	- €	- €	67.301,98 €
Jorge Manuel da Silva Pinto	67.301,98 €	NA	67.301,98 €	- €	- €	67.301,98 €
Ana Teresa Nobre Duque Monteiro Leite Marques Xavier	102.159,12 €	9.238,94 €	111.398,06 €	- €	- €	111.398,06 €
José Filipe Fernandes Nunes	67.302,60 €	NA	67.302,60 €	- €	- €	67.302,60 €
TOTAL			397.431,82 €			397.431,82 €

h
laure
A
V
J

Benefícios Sociais 2023 (€)							
Nome	Valor Subsídio Refeição		Regime de Proteção Social		Seguro de Vida	Seguro de Saúde	Outras
	Diário	Encargo anual	Entidade	Encargo anual	Encargo anual	Encargo anual	Encargo anual
Maria Teresa Fernandes de Jesus de Sousa Carneiro	6,00 €	1.494,00 €	CGA	15.325,29 €	NA	NA	
Miguel Ângelo Madeira Rodrigues	6,00 €	1.494,00 €	CGA	12.260,24 €	NA	NA	
Jorge Manuel da Silva Pinto	6,00 €	1.494,00 €	CGA	12.260,24 €	NA	NA	
Ana Teresa Nobre Duque Monteiro Leite Marques Xavier	6,00 €	1.271,97 €	CGA	19.917,95 €	NA	NA	
José Filipe Fernandes Nunes	6,00 €	1.336,20 €	CGA	12.260,24 €	NA	NA	
TOTAL		7.090,17 €		72.023,96 €			

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

Não aplicável, não existem entidades em relação de domínio.

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

Não aplicável, não existem lucros distribuídos.

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

Não se registaram pagamentos desta natureza em 2023.

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 2023
Maria Leonor Betencourt Silva Dantas Jorge	12.821,03 €
Renato Fílesberto Pinto Marques	8.963,64 €
José Manuel Gonçalves André	4.040,78 €
TOTAL	25.825,45 €

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

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

VIII. Transações com partes relacionadas e Outras

1. Apresentação de mecanismos implementados pela empresa para efeitos de controlo de transações com partes relacionadas² 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.

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 2023 e tendo em consideração as instruções da ACSS, apuraram-se proveitos no valor global de 99,1 milhões de euros, distribuídos pelas seguintes rubricas:

² 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).

h
Alarner
A
M
R

Prestações de Serviços (SNS)	
	2023
Internamento	33.421.821 €
Consulta Externa	8.544.372 €
Urgência	7.372.542 €
Hospitais de Dia	1.038.268 €
GDH's de Ambulatório	11.463.530 €
Outras Prestações de Serviços	19.494.233 €
Custos de Contexto	16.969.366 €
Rendimentos Capital (Bloco Partos)	836.954 €
TOTAL	99.141.086 €

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:



Transações Relevantes

Nome	Descrição	Valor (€)
Janssen-Cilag Farmacêutica,Lda	Matérias Primas	1.961.776 €
Gilead Sciences, Lda.	Matérias Primas	1.948.877 €
Viivh Healthcare,Unipessoal,Ld	Matérias Primas	1.924.269 €
Msd-Merck Sharp & Dohme,Lda	Matérias Primas	1.291.534 €
Abbott Laboratórios,Lda	Matérias Primas	855.294 €
General Electric Portugal, Lda	Equipamento	763.837 €
DAIICHI SANKYO PORTUGAL, LDA	Matérias Primas	763.200 €
Medtronic Portugal, Lda.	Matérias Primas	621.597 €
Novartis Farma, Sa.	Matérias Primas	605.434 €
Roche Farmaceutica Quimica, Lda	Matérias Primas	504.996 €

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.

Transações que representam 5% dos FSE

NIF	Nome	Valor (€)
500.697.370	Petrogal, S.A	2.648.998 €
501.323.325	Uniself, Lda	2.118.691 €
504.458.086	SA LIMPA FACILITY SERVICES LDA	1.093.288 €
500.357.129	General Electric Portugal, Lda	763.837 €

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.

Handwritten signature and initials in blue ink.

À semelhança do que tem acontecido nos últimos anos, a estratégia do CHBM no ano de 2023, teve como princípio orientador o retorno aos níveis de atividade assistencial comparáveis com o ano de referência de 2019. Igualmente, foram implementadas 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 2023. Simultaneamente, a gestão rigorosa do orçamento económico disponível, sujeito a uma grande pressão dada a necessidade reforçar as equipas clínicas e garantir a realização de investimentos prementes para a prestação de cuidados.

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 distância, bem como a hospitalização domiciliária.

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

O Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar Barreiro Montijo (CHBM), renovou 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 2023, ambas as Unidades disponibilizam 12 camas/doentes (24 no total), e registaram 570 doentes saídos, o que representou um crescimento de 11,3% face ao período homólogo, ficando, porém abaixo do previsto em contrato-programa.

Handwritten signature



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

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

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 2023, realizaram-se os seguintes inquéritos setoriais em diversos Serviços/Unidades: Bloco Operatório; Hospital de Dia de Oncologia, Unidade de Hospitalização Domiciliária; Imagiologia; Imunohemoterapia – Dadores; Imunohemoterapia – Hospital de Dia; Medicina Física e Reabilitação; Patologia Clínica; Refeitório; UCA Barreiro; UCA Montijo e Unidade de Técnicas Endoscópicas.

No ano de 2023 foram registadas 1015 exposições no CHBM, das quais 818 foram reclamações, 193 elogios e 4 sugestões. Comparativamente ao ano de 2022, verificou-se uma diminuição de menos 154 exposições (- 13.17%), para o qual contribuíram, a redução do número de reclamações (- 20.12%) e o aumento dos elogios (40.88%).

Os assuntos mais visados nas reclamações foram: Tempo de espera para atendimento clínico não programado (superior a uma hora); Direito a tratamento pelos meios adequados, humanamente, com prontidão, correção técnica, privacidade e respeito; Delicadeza/urbanidade do pessoal clínico; mas todos com reduções face ao período homólogo.

Os serviços com o maior número de reclamações foram: Serviço de Urgência Geral (328), o que representa uma diminuição de 35,69% face a 2022, Serviço de Urgência Básica (77), menos 40,31% face ao período homólogo e o Serviço de Urgência Pediátrica (63), o que representa uma quebra de 30,77% face ao ano anterior.

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

Em 2023 a ACAF realizou um total de 428 ações de formação, que envolveram 5315 formando (dos quais 73% do sexo feminino e 27% do sexo masculino) e 835 formadores. Do total de formandos, 1392 realizaram pelo menos uma ação de formação no ano transato.

Estas ações representaram um total de 13.100 horas de formação.

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 projeto foi concluído com sucesso em outubro de 2023, com a implementação das medidas preconizadas no POSEUR, tendo cumprido todos os pressupostos estabelecidos no início do projeto: alteração da classe energética de C para B - no Hospital de Nossa Senhora do Rosário, instituição onde foram implementadas todas as medidas, visando a redução do consumo anual de energia primária e a diminuição da emissão de gases com efeitos de estufa.

Ao abrigo do POSEUR, que teve um investimento total de cerca de 5 milhões de euros, o Hospital de Nossa Senhora do Rosário, no Barreiro, substituiu todas as lâmpadas e luminárias convencionais por



tecnologia LED; melhorou o isolamento das coberturas; substituiu 21 Unidades de Tratamento de Ar (UTA) e dois chillers; substituiu as caldeiras a vapor, por caldeiras de condensação; instalou fancoils / ventiloconvectores nos serviços de internamento; instalou um campo fotovoltaico e um parque solar térmico.

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 pública, o CHBM, EPE investe numa política 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 discriminação. 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 vínculo contratual - contrato de trabalho em Funções Públicas ou contrato de trabalho, pelo que as diferenças salariais resultam da categoria

Handwritten signature

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.
- 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.).

Numa lógica de atualização dos recursos existentes, 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 do Montijo.

Igualmente, procedeu a obras de recuperação das zonas de circulação pedonal para os utentes e profissionais da unidade hospitalar do Montijo, procurando minimizar o risco decorrente da circulação em espaço público de pessoas.

No seguimento da aprovação de candidatura ao Programa de Incentivo Financeiro à Qualificação dos Blocos de Partos do Serviço Nacional de Saúde (SNS), o Centro Hospitalar Barreiro Montijo, procedeu à obra de requalificação da Urgência Obstétrica e Ginecológica / Bloco de Partos do. Esta obra permitiu, entre outras intervenções, melhorar o acesso e os circuitos no serviço; criar áreas, nomeadamente uma zona de SO para as utentes; e remodelar as instalações sanitárias, melhorando a acessibilidade.

O secretariado passou, agora, acesso a partir do exterior, facilitando o atendimento às utentes que recorrem a este serviço. Foi, ainda, possível adquirir vários equipamentos médicos, tais como camas, marquesas, mesas de reanimação, mesas de anestesia, incubadora, cardiotocógrafos, monitores de sinais vitais, entre outros equipamentos.

Esta intervenção representou um investimento de perto de 900 mil euros, financiado pelo Programa de Incentivo Financeiro à Qualificação dos Blocos de Partos do Serviço Nacional de Saúde.

Em 2023, procedeu-se à instalação do segundo Acelerador Linear do Serviço de Radioterapia, com as respetivas obras de adaptação. Este segundo equipamento vem finalizar o processo de atualização dos aceleradores lineares daquele Serviço, permitindo uma longevidade expectável para, pelo menos, os próximos 10 anos. Estes novos equipamentos, permitem a realização de tratamentos de uma forma mais eficiente, com elevada performance, destacando-se a necessidade identificada para os tratamentos complexos. Este foi um investimento superior a 2 milhões de euros.

X. Avaliação do Governo Societário

1. Menção à disponibilização em SISEE ou SiRIEF da ata da reunião da Assembleia Geral, Deliberação Unânime por Escrito ou Despacho que contemple a aprovação dos documentos de prestação de contas (aí se incluindo o Relatório e Contas e o RGS) relativos ao exercício de 2022 por parte dos titulares da função acionista ou, caso não se tenha ainda verificado a sua aprovação, menção específica desse facto.

Ainda não foi emitido por parte dos titulares da função acionista, Despacho de aprovação da prestação das contas do ano 2023.

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

2. Verificação do cumprimento das recomendações recebidas³ 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 recomendação⁴ 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);

³ 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.

⁴ 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".



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

O CHBM apresenta anualmente o relatório de boas práticas de governo societário, do qual consta informação atual e completa. Na elaboração do Relatório do Governo Societário de 2023 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.

3. 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. Relatório do órgão de fiscalização a que se refere o n.º 2 do artigo 54.º do RJSPE ou, no caso das empresas que não tenham órgão de fiscalização nomeado pela tutela, declaração dando conta desta situação.

Ainda não foi disponibilizado o Relatório do Órgão de Fiscalização.

2. Demonstração não financeira relativa ao exercício de 2023: aplicável às empresas de interesse público que à data do encerramento do seu balanço excedam um número médio de 500 trabalhadores durante o exercício anual – cf. n.º 1 do mesmo artigo).

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

O CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

A Presidente do Conselho de Administração

Maria Teresa Fernandes de Jesus de Sousa Carneiro

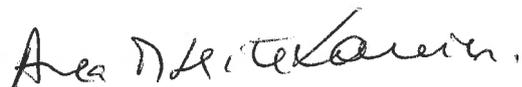
O Vogal do Conselho de Administração

Miguel Ângelo Madeira Rodrigues

O Vogal do Conselho de Administração

Jorge Manuel da Silva Pinto

A Diretora Clínica



Ana Teresa Nobre Duque Monteiro Leite Marques Xavier

O Enfermeiro Diretor



José Filipe Fernandes Nunes

ANEXOS

Demonstração não financeira 2023

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

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

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

I. Modelo Empresarial

O Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE (CHBM) é uma pessoa coletiva de direito público de natureza empresarial, dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, com um Capital Estatutário atual de € 112.733.480,00, totalmente detido pelo Estado e é aumentado ou reduzido por despacho dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças.

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

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

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

São órgãos do CHBM, EPE:

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

O Conselho de Administração em funções foi nomeado pelo Despacho nº 9052/2022, do Gabinete da Ministra da Saúde e do Secretário de Estado do Tesouro (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, é composto pelo Presidente, dois Vogais Executivos, a Diretora Clínica e o Enfermeiro-Diretor.

No final do ano de 2023, o CHBM integrava 1922 trabalhadores.

II. Políticas seguidas pela empresa

Constitui política do Centro Hospitalar estabelecer um compromisso sério entre a prestação de cuidados de saúde de qualidade e a garantia da sustentabilidade económica e financeira, num ambiente de dinâmica da economia portuguesa alinhada com as expectativas dos profissionais e utentes em melhorar a prestação de cuidados.

Estabeleceu com linhas de atuação:

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

A. Questões Ambientais

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

Foram definidos os seguintes Grandes Objetivos a atingir:

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

Ações desenvolvidas

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

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

B. Questões Sociais

O CHBM mantém o seu empenho na diferenciação e distinção da atividade assistencial desenvolvida, destacando-se no ano 2021 os Serviços de Pediatria e Oncologia que mantiveram os diplomas de acreditação, pela Direção-geral de Saúde (DGS), em conformidade com o Modelo de Acreditação da *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA)*. A Pediatria e a Oncologia viram os seus serviços certificados em 2016. O Bloco Operatório é também um serviço acreditado desde 2017, sendo este último serviço o primeiro do SNS a ser acreditado através deste Modelo. O Modelo de acreditação

ACSA, aprovado pelo Ministério da Saúde Português, foi adotado pela DGS por ser o que melhor se adapta aos critérios definidos na Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde e por ser um modelo consolidado e reconhecido, concebido para um sistema público de saúde, de organização semelhante ao português e destinatários idênticos em termos demográficos e epidemiológicos. Os Serviços de Recursos Humanos e de Imunohemoterapia realizaram no decorrer de 2021 as auditorias externas com vista à obtenção de certificação pela ISO 9001, tendo o Serviço de Recursos Humanos obtido a certificação ainda no decorrer de 2021.

O Centro Hospitalar Barreiro Montijo renovou no decorrer do ano de 2021 a sua certificação de “Hospital Amigo dos Bebés”, obtida pela primeira vez em setembro de 2012, com a adoção de medidas e práticas que implicam uma prestação de cuidados de qualidade e um contributo para a promoção e apoio do aleitamento materno. Esta certificação reconhecida pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF e pela Organização Mundial de Saúde (OMS) tem como objetivos intervir na melhoria de cuidados e na organização dos serviços, aumentando a taxa de aleitamento materno nos primeiros meses de vida da criança.

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

No ano 2020 e 2021, com o aparecimento da pandemia Covid-19 foi integrada na atividade assistencial, quer em internamento ou ambulatório esta nova patologia, essencialmente do âmbito das especialidades médicas.

Também em 2020 e 2021, o Centro Hospitalar alargou a sua oferta de cuidados criando as unidades de Hospitalização Domiciliária, contando com duas unidades dedicadas a doentes cirúrgicos e doentes de especialidades médicas, com uma lotação base de 10 doentes em acompanhamento simultâneo.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nesse plano foram estabelecidas as seguintes ações a desenvolver:

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

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

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

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

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

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

Das ações de monitorização desenvolvidas foram retiradas as seguintes conclusões:

A taxa de feminização é elevada (80,9%), o que decorre do facto de estarem em causa carreiras com grande adesão feminina, como é o caso da enfermagem e assistentes operacionais.

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

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

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

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

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

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

A metodologia adotada passou por abranger a monitorização a todas as áreas de atividade por forma a garantir a maior cobertura em termos de prevenção, sendo exigível: Uma identificação exaustiva dos riscos de gestão, dos riscos de corrupção e infrações conexas, dos conflitos de interesses, bem como as correspondentes medidas preventivas; A identificação dos riscos relativamente às funções, ações e procedimentos realizados por todas as unidades da estrutura orgânica do CHBM, incluindo os gabinetes, as funções e os cargos de direção de topo e a identificação dos responsáveis setoriais pela execução e monitorização do Plano, bem como pela elaboração dos correspondentes relatórios.

O ano de 2023, 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.

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;
- Elaborar o Plano de Riscos da ULSAR, abarcando todas as áreas organizacionais da instituição e tomando em consideração as diretrizes emanadas pelo Mecanismo anticorrupção (MENAC).



CHBM

**Centro Hospitalar
Barreiro Montijo EPE**

Regulamento de comunicação interna de irregularidades

Capítulo I - Enquadramento

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

Capítulo II - Âmbito

Artigo 1.º Objectivo

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

Artigo 2.º Matérias abrangidas

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

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

Artigo 3.º Matérias excluídas

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

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

Artigo 4.º Carácter Voluntário

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

Capítulo III – Comunicação das Irregularidades

Artigo 5.º Forma de Comunicação

- 1 - As comunicações são feitas na forma escrita, por carta ou correio electrónico.
- 2 - As comunicações de indícios de irregularidades, abrangidas pelo presente Regulamento, são enviadas ao SAI, devendo obedecer aos seguintes critérios:
 - a) Entregue em envelope fechado, se remetido por carta;
 - b) Menção de “confidencial” no assunto da mensagem (no caso de correio electrónico) ou inscrita na parte exterior do envelope;
 - c) Identificação do autor da comunicação, não sendo objecto de tratamento comunicações anónimas;
 - d) Indicação expressa de que prescinde do anonimato, caso assim o deseje;
 - e) Conter uma descrição dos fatos relevantes que sustentam a alegada irregularidade, bem como de elementos de prova que a sustentem.
- 3 - Todas as comunicações devem apresentar a identificação do autor, pelo que só excepcionalmente e mediante análise, serão aceites e tratadas informações anónimas.

Artigo 6.º Canais de Comunicação

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

- b) Correio Postal:

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

2834-003 Barreiro

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

Artigo 7.º
Confidencialidade

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

Artigo 8.º
Garantia de não discriminação

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

Capítulo IV – Tratamento das Irregularidades

Artigo 9.º
Procedimentos

Etapas do procedimento:

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

Artigo 10.º
Registo da Comunicação de Irregularidade

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

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

Artigo 11.º
Análise preliminar

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

Artigo 12.º
Relatório da análise preliminar

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

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

Capítulo V – Disposições Finais

Artigo 13.º Relatório de Actividades

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

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

Artigo 14.º Alterações ao regulamento

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

Artigo 15.º Vigência

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

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

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

V/Ref.º:

Data: PC/136/2019

N/Ref.º:

27 JUN 19 004123

Assunto: Conselho Consultivo - pedido de nomeação

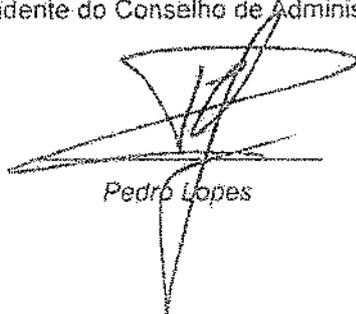
Vem o Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE, doravante CHBM, ao abrigo do artigo 21.º do Anexo II, do Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro, na sua última redação, que estabelece os estatutos dos Hospitais EPE, expor e requerer a V. Ex.ª o seguinte:

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

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

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

O Presidente do Conselho de Administração



Pedro Lopes

CENTRO HOSPITALAR BARREIRO MONTIJO, E. P. E.**Deliberação n.º 959/2022**

Sumário: Delegação de competências do conselho de administração nos seus membros.

O Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Barreiro Montijo, E. P. E., reunido a 29 de julho de 2022, delibera, ao abrigo do disposto nos artigos 44.º e 46.º do Código do Procedimento Administrativo, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 4/2015, de 7 de janeiro, e do n.º 3 do artigo 7.º dos Estatutos das Entidades Públicas Empresariais, constantes do Anexo II ao Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro, na sua última redação, e do n.º 1 do artigo 109.º do Código dos Contratos Públicos, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 18/2008, de 29 de janeiro, na sua última redação, delegar nos seus membros, abaixo indicados, o seguinte:

1 — Na Presidente do Conselho de Administração, Dr.ª 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, atribuindo-lhe competência para:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.1.9 — Assinar correspondência e expediente.

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

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

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

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

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

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

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

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

1.2.7 — Atribuir o estatuto de trabalhador-estudante;

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

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

1.2.10 — Promover a submissão dos profissionais a juntas médica;

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

1.2.12 — Qualificar os acidentes de trabalho;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.1.10 — Assinar correspondência e expediente.

3 — No Enfermeiro Diretor e Vogal Executivo do Conselho de Administração, Enf. José Filipe Fernandes Nunes, para além das competências próprias que compreendem a direção técnica da atividade de enfermagem, a gestão dos enfermeiros e assistentes operacionais em funções nos serviços assistenciais, a coordenação da Direção de Enfermagem, do Serviço Hoteleiro, do Serviço

de Esterilização, da Academia de Formação, do Gabinete de Gestão da Qualidade, Equipa de Prevenção da Violência em Adultos e Serviço de Nutrição e Dietética, atribuindo-lhe competência para:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.1.9 — Assinar correspondência e expediente.

4 — 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, atribuindo-lhe competência para:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.2 — Atos de gestão no âmbito dos Serviços Financeiros:

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

4.2.2 — Autorizar o pagamento das despesas autorizadas pelo Conselho de Administração;

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

4.2.4 — Assegurar a regularidade da cobrança das dívidas;

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

4.2.6 — Proceder à anulação de faturas, nos termos legais;

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

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

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

4.2.10 — Dar balanço mensal à Tesouraria;

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

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

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

4.3 — Atos de gestão no âmbito do Serviço de Instalações e Equipamentos:

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

5 — 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, atribuindo-lhe competência para:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.1.9 — Assinar correspondência e expediente.

5.2 — Atos de gestão no âmbito do Serviço de Aprovisionamento:

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

5.2.2 — Designar os júris e delegar a competência para proceder à audiência prévia mesmo nos procedimentos de valor superior ao ora delegado;

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

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

5.2.5 — Autorizar as despesas com seguros;

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

A 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.

A presente deliberação produz efeitos desde 29 de julho de 2022, ficando por este meio ratificados, nos termos e para os efeitos previstos no n.º 2 do artigo 49.º e do artigo 164.º do Código do Procedimento Administrativo, todos os atos entretanto praticados pelos membros do Conselho de Administração, no âmbito das competências ora delegadas.

25 de agosto de 2022. — A Presidente do Conselho de Administração, *Teresa Carneiro*.

315640999



AUTORIDADE DE AUDITORIA

DECLARAÇÃO

Nos termos do disposto no n.º 1 do art. 52.º do DL n.º 133/2013, de 3 de outubro, e no n.º 9 do art. 22.º do DL n.º 71/2007, de 27 de março, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 8/2012, de 18 de janeiro, declara-se que Maria Teresa Fernandes Jesus Sousa Carneiro, NIF n.º 106390210, submeteu a Declaração de interesses públicos no dia 2023-02-20 pelas 10:59 horas, sendo registada com o n.º 616, referente ao cargo de Presidente Conselho de Administração na Entidade CENTRO HOSPITALAR BARREIRO MONTIJO, E.P.E. tendo indicado o início do mandato em 2022-07-26 e data prevista do termo em 2024-12-31 .

25-07-2023

A IGF-Autoridade de Auditoria



Fechar



AUTORIDADE DE AUDITORIA

DECLARAÇÃO

Nos termos do disposto no n.º 1 do art. 52.º do DL n.º 133/2013, de 3 de outubro, e no n.º 9 do art. 22.º do DL n.º 71/2007, de 27 de março, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 8/2012, de 18 de janeiro, declara-se que Miguel Ângelo Madeira Rodrigues, NIF n.º 188151060, submeteu a Declaração de interesses públicos no dia 2022-10-28 pelas 13:16 horas, sendo registada com o n.º 562, referente ao cargo de Vogal Executivo do Conselho de Administração na Entidade CENTRO HOSPITALAR BARREIRO MONTIJO, E.P.E. tendo indicado o início do mandato em 2022-07-26 e data prevista do termo em 2024-12-31.

25-07-2023

A IGF-Autoridade de Auditoria



Fechar



DECLARAÇÃO

Nos termos do disposto no n.º 1 do art. 52.º do DL n.º 133/2013, de 3 de outubro, e no n.º 9 do art. 22.º do DL n.º 71/2007, de 27 de março, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 8/2012, de 18 de janeiro, declara-se que José Filipe Fernandes Nunes, NIF n.º 139305408, submeteu a Declaração de interesses públicos no dia 2022-10-28 pelas 12:42 horas, sendo registada com o n.º 561, referente ao cargo de Enfermeiro diretor na Entidade CENTRO HOSPITALAR BARREIRO MONTIJO, E.P.E. tendo indicado o início do mandato em 2022-07-26 e data prevista do termo em 2024-12-31 .

25-07-2023

A IGF-Autoridade de Auditoria



DECLARAÇÃO

Nos termos do disposto no n.º 1 do art. 52.º do DL n.º 133/2013, de 3 de outubro, e no n.º 9 do art. 22.º do DL n.º 71/2007, de 27 de março, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 8/2012, de 18 de janeiro, declara-se que Ana Teresa Nobre Duque Monteiro Leite Marques Xavier, NIF n.º 140524460, submeteu a Declaração de interesses públicos no dia 2022-11-16 pelas 16:36 horas, sendo registada com o n.º 581, referente ao cargo de Vogal do Conselho de Administração na Entidade CENTRO HOSPITALAR BARREIRO MONTIJO, E.P.E. tendo indicado o início do mandato em 2022-07-26 e data prevista do termo em 2024-12-31 .

28-07-2023

A IGF-Autoridade de Auditoria



DECLARAÇÃO

Nos termos do disposto no n.º 1 do art. 52.º do DL n.º 133/2013, de 3 de outubro, e no n.º 9 do art. 22.º do DL n.º 71/2007, de 27 de março, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 8/2012, de 18 de janeiro, declara-se que Jorge Manuel da Silva Pinto, NIF n.º 179774239, submeteu a Declaração de interesses públicos no dia 2023-08-29 pelas 10:14 horas, sendo registada com o n.º 790, referente ao cargo de Vogal Executivo na Entidade CENTRO HOSPITALAR BARREIRO MONTIJO, E.P.E. tendo indicado o início do mandato em 2023-07-26 e data prevista do termo em 2024-12-31 .

29-08-2023

A IGF-Autoridade de Auditoria



EXTRATO

Ata n.º 27/2024

Aos onze dias do mês de julho de 2024 do ano de dois mil e vinte e quatro, pelas catorze horas e trinta minutos, reuniu em sessão ordinária, o Conselho de Administração (CA) da Unidade Local de Saúde do Arco Ribeirinho, E.P.E. (ULSAR), com a presença dos seus membros: a Presidente, Maria Teresa Fernandes de Jesus de Sousa Carneiro e os Vogais Executivos, Ana Teresa Nobre Duque Monteiro Leite Marques Xavier (Diretora Clínica para a área de Cuidados de Saúde Hospitalares), José Filipe Fernandes Nunes (Enfermeiro-Diretor), Miguel Ângelo Madeira Rodrigues, Jorge Manuel da Silva Pinto e Anabela Domingues Pires Ribeiro Martins (Diretora Clínica para a área de Cuidados de Saúde Primários). -----

Ordem de Trabalhos: -----

.../...

54. Foi presente o Relatório e Contas referente ao exercício económico de 2023, e proposta de aplicação de resultados. -----

A Presidente do Conselho de Administração fez uma explanação das condições em que decorreu a atividade de 2023, referenciando que este relatório corresponde a um período compreendido entre 1 de janeiro e 31 de dezembro do referido ano. -----

Do ponto de vista económico, salientou um total do Balanço de € **50.945.033,74** (cinquenta milhões novecentos e quarenta e cinco mil e trinta e três euros e setenta e quatro cêntimos), e um total de Fundos Próprios negativos de € **52.008.890,10** (cinquenta e dois milhões e oito mil oitocentos e noventa euros e dez cêntimos), incluindo um resultado líquido negativo de € **20.776.737,89** (vinte milhões setecentos e setenta e seis mil setecentos e trinta e sete euros e oitenta e nove cêntimos). -----

Face ao exposto, o Conselho de Administração deliberou por unanimidade, aprovar o Relatório de Contas correspondente ao exercício económico de 2023, do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE, assim como a proposta de aplicação de resultados, transferindo o resultado líquido, para resultados transitados. -----

55. Foi presente o Relatório de Governo Societário de 2023. -----

O Conselho de Administração deliberou por unanimidade, aprovar o Relatório de Governo Societário de 2023 do Centro Hospitalar Barreiro Montijo E.P.E. -----

.../...

Maria Teresa Fernandes de Jesus de Sousa Carneiro