

Relatório de Governo Societário

2016

Relatório de Boas Práticas de
Governo Societário adotadas em
2016



Índice

II.	SÍNTESE	2
III.	MISSÃO, OBJETIVOS E POLÍTICAS	2
IV.	ESTRUTURA DE CAPITAL	8
V.	ÓRGÃOS SOCIAIS E COMISSÕES	9
	B. ADMINISTRAÇÃO E SUPERVISÃO	9
	C. FISCALIZAÇÃO	21
	D. REVISOR OFICIAL DE CONTAS	21
	E. AUDITOR EXTERNO	22
VI.	ORGANIZAÇÃO INTERNA.....	22
	A. ESTATUTOS E COMUNICAÇÕES	22
	B. CONTROLO INTERNO E GESTÃO DE RISCOS	23
	C. REGULAMENTOS E CÓDIGOS	29
	D. DEVERES ESPECIAIS DE INFORMAÇÃO	32
	E. SÍTIO DE INTERNET	33
	F. PRESTAÇÃO DE SERVIÇO PÚBLICO OU DE INTERESSE GERAL	34
VII.	REMUNERAÇÕES.....	35
	A. COMPETÊNCIA PARA A DETERMINAÇÃO	35
	B. COMISSÃO DE FIXAÇÃO DE REMUNERAÇÕES	35
	C. ESTRUTURA DAS REMUNERAÇÕES	36
	D. DIVULGAÇÃO DAS REMUNERAÇÕES	37
VIII.	TRANSACÇÕES COM PARTES RELACIONADAS	39
IX.	ANÁLISE DE SUSTENTABILIDADE DA ENTIDADE NOS DOMÍNIOS ECONÓMICO, SOCIAL E AMBIENTAL	42
X.	AVALIAÇÃO DO GOVERNO SOCIETÁRIO	45

II. Síntese

O Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE (CHBM, EPE) elabora o Relatório do Governo Societário respeitante ao ano de 2016 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.

No decorrer do ano 2016 foi nomeado um novo Conselho de Administração, conforme determinado pela Resolução de Conselho de Ministros n.º 33/2016, de 20 de Outubro, que entrou em funções a 3 de Novembro de 2016.

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

Relativamente à Estrutura de Capital, não se registaram alterações ao capital estatutário do CHBM, mantendo-se o valor de 99.030.000,00€;

Globalmente, foram cumpridas a maioria as metas e objectivos definidos em sede de contratualização com a Tutela, apresentado uma taxa de cumprimento do Contrato Programa de 97,4% e do Índice de Desempenho Global na ordem dos 80%;

Em termos financeiros, o CHBM EPE apresentou um resultado liquido negativo de -17,8 M€, dentro dos valores contratualizados em sede de Contrato Programa 2016.

O CHBM adopta boas práticas no âmbito do seu objecto de actuação, designadamente no que respeita às políticas de gestão, no seguimento do relatório elaborado no ano transacto.

III. Missão, Objectivos e Políticas

1. Missão, Visão e Valores

Missão da Entidade

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

Visão

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

Valores

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

2. Objectivos, Resultados definidos e grau de cumprimento

a) Objectivos

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

- Orientar toda a atividade em função do doente, respondendo às suas necessidades, de acordo com as melhores práticas disponíveis;
- Prosseguir e implementar metodologias de gestão que proporcionem a realização pessoal e profissional dos seus colaboradores;
- Rentabilizar a capacidade disponível e garantir a viabilidade económico-financeira da instituição.
- Em sede de contratualização com a tutela foi estabelecido o Contrato Programa de 2016, onde foram definidos os objetivos de desempenho económico-financeiro e os objetivos de qualidade e eficiência.

Objetivos Económico-financeiros – O valor global do contrato programa 2016 foi de 57.540.904,04 €, dos quais 52.682.475,85 € relativamente à produção contratualizada, 2.877.045,20 € de incentivos institucionais e 1.981.382,99 € de verba de convergência.

Objetivos de qualidade e eficiência – O valor global dos incentivos institucionais foi de 2.877.045,20 € e foi alcançado uma taxa de execução de 80%, que corresponde ao valor de 2.301.636,20 €, conforme o seguinte quadro:

Q1 - Índice Desempenho Global

Instituição: Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE
Período Análise: Dezembro 2016

Objectivos	Peso Relativo Indicador (%)	2016			2016	
		Meta	Real	Grau de Cumprimento (%)	Grau de Cumprimento Ajustado (%)	Índice de Desempenho
Objectivos Nacionais	60					
Acesso	15					12,2
Percentagem das primeiras consultas no total de consultas médicas (%)	2	25,6	24,0	93,8	93,8	1,9
Percentagem de utentes referenciados para consulta externa atendidos em	3	76,9	71,7	93,2	93,2	2,8
Percentagem das consultas externas com registo de ano no total de consultas	2	10,0	6,3	63,0	63,0	1,3
Percentagem utentes inscritos em LIC (neoplasias malignas) com tempo de	2	97,0	72,7	74,9	74,9	1,5
Mediana de tempo de espera da LIC, em meses	2	3,9	5	64,6	64,6	1,3
Percentagem de episódios de urgência atendidos dentro do tempo de	2	70,0	47,8	68,3	68,3	1,4
Permilagem de doentes sinalizados para a RNCCI, em tempo adequado, no	2	85,93	85,37	99,3	99,3	2,0
Desempenho Assistencial	25					23,2
Percentagem reinternamentos em 30 dias, na mesma Grande Categoria de	2	4,00	3,80	105,0	105,0	2,1
Percentagem de doentes saídos com duração de internamento acima do	2	2,65	2,73	97,0	97,0	1,9
Percentagem de cirurgias da anca efetuadas nas primeiras 48 horas (%)	2	52,00	46,30	89,0	89,0	1,8
Percentagem de cirurgias realizadas em ambulatório no total de cirurgias	2	77,0	73,8	95,9	95,9	1,9
Percentagem de cirurgias realizadas em ambulatório, para procedimentos	2	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0
Índice de Demora Média Ajustada	3	1,1680	1,1532	101,3	101,3	3,0
Índice de Mortalidade Ajustada	3	1,5333	1,6301	93,7	93,7	2,8
Índice de Risco - Segurança do Doente	6	8,0000	22,9463	286,8	120,0	7,2
Percentagem de embalagens de medicamentos prescritos, que são	3	58,0	47,8	82,4	82,4	2,5
Desempenho económico-financeiro	20					16,3
Percentagem de Custos com Horas Extraordinárias, Suplementos e FSE	5	14,8	10,7	138,3	120,0	6
Resultado antes juros, impostos, amortizações e depreciações (EBITDA) (€)	5	-15.466.337,96	-14.075.475,15	109,9	77,0	5,5
Acréscimo de Dívida Vencida (fornecedores externos) (€)	5	0,00	1.457.684,87	0,0	#DIV/0!	0
Percentagem de proveitos operacionais extra contrato-programa, no total	5	7,1	6,73	95,0	95,0	4,8
Objectivos Regionais Lisboa e Vale do Tejo	40					28,3
Taxa de internamentos DCV, entre residentes com < 65 anos	5	8,3	9,59	86,44	86,44	1,82
Proporção de Recém Nascidos de termo, de baixo peso	5	2,0	2,26	87,17	87,17	4,36
Percentagem de utentes referenciados para Consulta de Oftalmologia + rastreio						
da Retinopatia diabética (CTH) atendidos em tempo adequado < 30 dias						
Percentagem de doentes em espera para cirurgia com tempo superior a 12	15	10,0	15,4	43	43	5,5
meses > 30 dias						
Despesa de Medicamentos faturados por utilizador (PVP)	15	91,8	94,08	97,58	97,58	16,64
Índice de Desempenho Global						80,0
Valor Incentivos Contratados (€)						2.877.045,2
Valor Incentivos Realizados (€)						2.301.636,2

b) Grau de cumprimento e justificação dos desvios

Relativamente ao grau de cumprimento, o valor total do contrato programa 2016 respeitante a produção e incentivos institucionais foi alcançado com uma taxa de execução de 97,4 %, tendo-se emitido uma faturação de 57.328.346,24 €.

No que respeita à execução do Contrato Programa na parcela que concerne a produção, identificam-se como principais desvios ao contratualizado cinco linhas de produção, a saber:

- **Primeiras Consultas sem majoração** – Trata-se de primeiras consultas que são encaminhadas por outras especialidades ou por outros hospitais, e que não têm origem no acesso solicitado pelos cuidados de saúde primários (CSP). O CHBM tem

identificado como especialidades críticas às quais a sua capacidade de Recursos Humanos afectos não permite dar resposta atempada a toda a procura originada nos CSP, designadamente a Oftalmologia, a Urologia e a Ginecologia. Estas 3 especialidades representam 67.5% do total da Lista de Espera das Consultas a 31.12.2016. Desta forma, para além de ser um foco de preocupação e procura de implementação de medidas que permitam obviar esta situação por parte do CHBM, também a tutela tem procurado conjuntamente com os hospitais da Península de Setúbal definir estratégias conjuntas nesta área. O CHBM tem ressalvado a necessidade de reforço ao nível de Recursos Humanos médicos nestas especialidades, tanto para mais que a análise de Benchmarking realizada pela ARSLVT permite evidenciar um adequado nível de performance em termos de produtividade face aos hospitais do Grupo dos profissionais destas especialidades.

- **GDH's Cirúrgicos (Internamento)** – a capacidade e produção ao nível da actividade cirúrgica convencional ficou seriamente afectada pela redução da capacidade em termos de Anestesia, tendência que é comum a muitos dos hospitais da região, uma vez que a escassez destes especialistas ao nível do SNS foi apontada com razão para o decréscimo verificado. Uma vez mais, a situação carece de reforço de Recursos Humanos nesta área, que o CHBM tem procurado colmatar parcialmente com recurso a contratos de prestações de serviços, que não ultrapassa a necessidade de dispor de reforços afectos a tempo inteiro a esta instituição e tendo impacte na capacidade de planeamento da especialidade e de todas as que dela dependem. Acresce que atividade adicional realizada pelas equipas cirúrgicas no decorrer do ano 2016 foi menor que no ano anterior, tendo decorrido apenas durante 4 meses.
- **Doentes de Psiquiatria no exterior** – foi o segundo ano de operacionalização desta linha de produção em termos de Contrato Programa, pelo que as previsões iniciais foram majoradas pela percepção desta necessidade, mas os critérios clínicos para a referenciação dos doentes para este internamento permitiu um uso parcimonioso deste recurso.
- **Sessões de Hospital de dia** – O registo estatístico das sessões de hospital dia têm decrescido pelo facto de esta actividade ter passado a ser registada como GDH médico de ambulatório.
- **Tratamentos simples de radioterapia** – durante o ano de 2016 manteve-se uma alteração dos mix tratamentos simples/tratamentos complexos de radioterapia, com aumento dos tratamentos complexos em detrimento dos simples, que levou a que a actividade deste último ficasse aquém das estimativas iniciais, mas que os tratamentos complexos suplantassem o objectivo inicial.

No que respeita aos indicadores que concorrem para o apuramento do índice de Desempenho Global do CHBM, a estimativa realizada apontou para um grau de cumprimento na ordem dos 80%, com o desvio mais significativo verificado ao nível do

cumprimento dos objectivos regionais determinados pela ARSLVT, designadamente no que respeita à percentagem de utentes em espera para cirurgia com tempo superior a 12 meses, conforme explicado na abordagem dos GDH's Cirúrgicos de Internamento.

Instituição: Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE

Período: Dezembro 2016

Instituição: Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE

Período: dezembro 16

	Contratado		Produção		Marginal/Adicional		Estimativa da Especialização	Grau de Cumprimento (%)
	Quantidade	Valor (Euros)	Quantidade	Valor (Euros)	Quantidade	Valor (Euros)		
1. Consultas Externas:		7.470.706,50 €					7.333.786,78 €	98,2%
Nº 1ªs Consultas Médicas (s/ majoração)	29.830,00	1.260.914,10 €	26.709	1.128.989,43 €	0	0,00 €	1.128.989,43 €	89,5%
Nº 1ªs Consultas referenciadas (CTH)	15.397,00	715.960,50 €	15.113	702.754,50 €	0	0,00 €	702.754,50 €	98,2%
Nº Consultas Médicas Subsequentes (s/	129.970,00	5.493.831,90 €	129.970	5.493.831,90 €	1.295	8.210,95 €	5.502.042,85 €	100,1%
2. Internamento:		22.896.177,79 €					22.279.920,35 €	97,3%
Nº Doentes Equivalentes								
GDH Médicos	9.511,00	16.631.985,57 €	9.511	16.631.985,57 €	137	23.957,33 €	16.655.942,90 €	100,1%
GDH Cirúrgicos	2.190,00	3.829.676,00 €	1.979	3.460.698,08 €	0	0,00 €	3.460.698,08 €	90,4%
GDH Cirúrgicos Urgentes	1.390,00	2.309.172,22 €	1.272	2.113.141,77 €	0	0,00 €	2.113.141,77 €	91,5%
Dias de Internamento de Doentes Crónicos								
Doentes Psiquiatria no Exterior (Ordens Religiosas)	3.200,00	125.344,00 €	1.280	50.137,60 €	0	0,00 €	50.137,60 €	40,0%
3. Episódios de GDH de Ambulatório:		6.583.718,63 €					6.737.420,30 €	102,3%
GDH Cirúrgicos	2.991,00	4.376.088,73 €	2.991	4.376.088,73 €	125	182.885,69 €	4.558.974,42 €	104,2%
GDH Médicos	4.690,00	2.207.629,90 €	4.628	2.178.445,88 €	0	0,00 €	2.178.445,88 €	98,7%
4. Urgências:		5.499.300,00 €					5.535.806,00 €	100,7%
Atendimentos SU - Médico - Cirúrgica	89.650,00	4.482.500,00 €	89.650	4.482.500,00 €	6.875	34.375,00 €	4.516.875,00 €	100,8%
Atendimentos SU - Básica	25.420,00	1.016.800,00 €	25.420	1.016.800,00 €	2.131	2.131,00 €	1.018.931,00 €	100,2%
5. Sessões em Hospital de Dia:		762.804,73 €					687.739,90 €	90,2%
Base	15.595,00	314.083,30 €	14.158	285.142,12 €	0	0,00 €	285.142,12 €	90,8%
Imuno-Hemoterapia	1.420,00	416.798,40 €	1.280	375.705,60 €	0	0,00 €	375.705,60 €	90,1%
Psiquiatria	1.047,00	31.923,03 €	882	26.892,18 €	0	0,00 €	26.892,18 €	84,2%
6. Programas de gestão da doença crónica								
VIH/Sida (doentes em TARV)	500,00	4.582.800,00 €	500,00	4.582.800,00 €	50,00	68.742,00 €	4.651.542,00 €	101,5%
8. Saúde sexual e reprodutiva								
IVG até 10 semanas								
Medicamentosa (n.º IVG)	457,00	129.376,70 €	403	114.089,30 €	0	0,00 €	114.089,30 €	88,2%
Cirúrgica (n.º IVG)	22,00	8.109,42 €	14	5.160,54 €	0	0,00 €	5.160,54 €	63,6%
9. Sessões de Radioterapia								
Tratamentos Simples	22.684,00	2.371.158,52 €	20.284	2.120.286,52 €	0	0,00 €	2.120.286,52 €	89,4%
Tratamentos Complexos	2.804,00	703.579,68 €	2.804	703.579,68 €	1.127	282.786,84 €	986.366,52 €	140,2%
11. Serviço Domiciliário (consultas)	600,00	22.794,00 €	600	22.794,00 €	60	341,91 €	23.135,91 €	101,5%
13. Outros:								
Medicamentos de cedência hospitalar em		749.616,00 €		321.127,63 €			321.127,63 €	42,8%
Internos		902.333,88 €		902.333,88 €			902.333,88 €	100,0%
14. Valor da Produção		52.682.475,85 €		51.095.284,90 €		603.430,72 €	51.698.715,62 €	98,1%
15. Convergência		2.420.162,44 €		2.420.162,44 €			2.420.162,44 €	100,0%
16. Reposição Salarial		907.832,00 €		907.832,00 €			907.832,00 €	100,0%
SUB-TOTAL		56.010.470,29 €		54.423.279,34 €		603.430,72 €	55.026.710,06 €	98,2%
Incentivos Institucionais		2.877.045,20 €				80%	2.301.636,18 €	80,0%
TOTAL		58.887.515,49 €					57.328.346,24 €	97,4%

3. Factores Chave de que dependem os resultados da Entidade

Os factores chave de que dependem os resultados de um Hospital EPE estão relacionados com a atividade assistencial prestada, nomeadamente na possibilidade de resolução de listas de espera para consultas externa e cirurgia, a partir das quais se desenvolve o volume de atividade de consulta, cirurgia e internamento.

Outro serviço que apresenta um grande contributo de atividade é Urgência, que no CHBM se destaca pela Urgência Básica do Montijo e pela Urgência Medico Cirurgica do Barreiro, esta ultima com um volume de atividade em 2016 superior ao ano transacto. Este serviço contribui para o aumento do numero de doentes das especialidades médicas. O serviço de urgencia por outro lado é uma das áreas de prestação de cuidados que condiciona outras atividades assistenciais, uma vez que a sua sazonalidade, obriga o Centro Hospitalar a concentrar os recursos humanos e recursos materiais para responder no imediato ao Plano de Contingencia do Inverno, limitando a atividade assistencial programada.

A valorização da atividade assistencial do CHBM assenta no modelo de financiamento dos hospitais EPE, através da celebração anual de um contrato programa no qual cerca de 98% dos proveitos resulta da produção realizada a doentes do serviço nacional de saúde. Assim, os acionistas Ministério da Saúde e Ministerio das Finanças limitam de imediato os resultados a alcançar pela prestação de cuidados de saúde, incluindo todas as regras detalhadas inerentes à faturação.

Ao nível da despesa operacional, especial relevo para o acrescimo de custos com pessoal que decorreram das reposições salariais não previstos integralmente aquando da elaboração do orçamento de 2016, a contratação de profissionais para o reforço do Plano de Contingência e a contratação de enfermeiros e assistentes operacionais para compensar a reposição das 35h semanais dos Contratos de Trabalho em Funções Publicas.

Os resultados ao nível dos Consumos, em especial a rubrica de medicamentos estão influenciados por três factores principais: a obtenção de ganhos financeiros com a elaboração do acordo APIFARMA, celebrado entre a indústria farmacêutica, o Ministério da Saúde, o Ministério das Finanças e o Ministério da Economia e Emprego; o custo do novo tratamento de doentes com Hepatite C, incluindo medicamentos coadjuvantes não abrangidos pelo financiamento vertical; e o crescimento nos custos com medicamentos antiretrovÍricos decorrente do aumento no n.º de doentes medicados, a par do cumprimento do Despacho n.º 13447-B/2015, de 20 novembro, que preconiza a dispensa de antirretrovÍricos para 90 dias, em que a medicação era cedida para apenas 30 dias.

4. Políticas da Organização

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

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

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

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

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

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

IV. Estrutura de Capital

1. Estrutura de Capital

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

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

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

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

Não se aplica pelas razões apontadas no ponto anterior.

IV – Participações Sociais e Obrigações detidas

1. Identificação das pessoas singulares e/ou colectivas que, directa ou indirectamente, são titulares de participações noutras entidades.

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

2. Explicação da aquisição e alinação de participações sociais, bem como a participação em quaisquer entidades de natureza associativa ou fundacional.

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 100 €. Não detém outras participações.

3. Identificação do número de acções e obrigações detidas por membros dos órgãos de administração e de fiscalização.

Os membros do órgão de administração e de fiscalização não detêm acções 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

B. Administração e Supervisão

1. Modelo de governo

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

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

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

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

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

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

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

2. Regras estatutárias aplicáveis à nomeação substituição dos membros do Conselho de Administração

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

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

O Conselho de Administração em funções, foi nomeado pela Resolução do Conselho de Ministros nº 33/2016 de 20 de Outubro, (Diário da República, 2ª Série nº 211 de 3 de Novembro de 2016), na qual estão publicitadas as sinopses curriculares dos respetivos membros.

Este é o primeiro mandato nas funções referidas de todos os membros.

3. Composição, Competências e Remuneração

Para além das competências próprias do Conselho de Administração previstas no artigo 7.º dos Estatutos, das específicas do Presidente do Conselho de Administração, do Diretor Clínico e do Enfermeiro Diretor, previstas, respetivamente, nos artigos 8.º, 9.º e 10.º dos referidos Estatutos, a cada um dos membros do Conselho de Administração foi atribuída a responsabilidade de pelouros, através de delegação de competências, publicadas em Diário da República, 2ª série, nº 8 de 11/01/17, mediante Deliberação n.º 41/2017.

No Presidente do Conselho de Administração, Dr. Pedro Nuno Miguel Baptista Lopes, para além das competências próprias e da coordenação genérica de todas as áreas, a coordenação da Comissão de Catástrofe e de Emergência, do Serviço de Recursos Humanos, do Centro de Formação Profissional e Documentação, do Gabinete Jurídico, do Gabinete de Comunicação e Imagem e do Serviço de Auditoria Interna.

Na Vogal Executiva do Conselho de Administração, Dra. Sónia Maria Alves Bastos, a coordenação da Unidade Hospitalar de Gestão de Inscritos para Cirurgia, da Equipa de Acompanhamento da Consulta a Tempo e Horas, do Serviço de Gestão de Doentes, do Arquivo, do Serviço Financeiro, da área do Apoio Social e do Gabinete de Apoio à Gestão.

No Vogal Executivo do Conselho de Administração, Dr. Eduardo Manuel Rodrigues, a coordenação da Comissão de Normalização de Produtos e Equipamentos, do Serviço de Aproveitamento, do Serviço de Instalações e Equipamentos, do Serviço de Informática e do Gabinete de Gestão da Qualidade.

No Director Clínico e Vogal Executivo do Conselho de Administração, Dr. Luís Filipe Pereira dos Santos Pinheiro, para além das competências próprias inerentes à direcção médica e à governação clínica nos serviços, departamentos, unidades de acção 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, Direcção Internato Médico, Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco, Equipa de Gestão de Altas,

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

No Enfermeiro Director e Vogal Executivo do Conselho de Administração, Enf^o. António Manuel Silva Viegas, para além das competências próprias que compreendem a direcção técnica da actividade de enfermagem, gestão dos enfermeiros e assistentes operacionais em funções nos serviços assistenciais, a coordenação da Comissão de Enfermagem, do Serviço Hoteleiro e do Serviço de Esterilização

O Presidente do Conselho de Administração nas suas faltas e impedimentos será substituído pela Vogal Executiva, Dra. Sónia Maria Alves Bastos e, no seu impedimento, pelo Dr. Eduardo Manuel 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 directamente dependa.

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

Conselho de Administração Actual					
Mandato	Cargo	Nome	Designação		Nº de Mandatos exercidos na sociedade
(Inicio - Fim)			Doc.	Data	
03/11/2016 a 31/12/2018	Presidente	Pedro Nuno Miguel Baptista Lopes	RCM nº 33/2016	03-11-2016	1º
03/11/2016 a 31/12/2018	Vogal	Sónia Maria Alves Bastos	RCM nº 33/2016	03-11-2016	1º
03/11/2016 a 31/12/2018	Vogal	Eduardo Manuel Rodrigues	RCM nº 33/2016	03-11-2016	1º
03/11/2016 a 31/12/2018	Director Clinico	Luís Filipe Pereira dos Santos Pinheiro	RCM nº 33/2016	03-11-2016	1º
03/11/2016 a 31/12/2018	Enfº Director	António Manuel Silva Viegas	RCM nº 33/2016	03-11-2016	1º

Conselho de Administração (até 2 Novembro 2016)					
Mandato (Início - Fim)	Cargo	Nome	Designação		Nº de Mandatos exercidos na sociedade
			Doc.	Data	
01/01/2015 a 02/11/2016	Presidente	João Manuel Alves da Silveira Ribeiro	RCM nº 12/2015	12-02-2015	2º
01/01/2015 a 02/11/2016	Vogal	Mário de Figueiredo Bernardino	RCM nº 12/2015	12-02-2015	2º
01/01/2015 a 02/11/2016	Vogal	Elsa Maria Baião Ferreira Airoso Banza	RCM nº 12/2015	12-02-2015	2º
01/01/2015 a 02/11/2016	Director Clínico	Elisabete Maria Farias Gonçalves Rodrigues	RCM nº 12/2015	12-02-2015	2º
01/01/2015 a 02/11/2016	Enfº Director	Luisa Maria Alves da Luz	RCM nº 12/2015	12-02-2015	2º

4. Não existem membros não executivos

5. Elementos curriculares dos membros do Conselho de Administração e de Fiscalização

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

http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/327/nomeacao_novo%20CA.pdf

Os elementos curriculares do órgão de fiscalização podem ser consultados no seguinte endereço:

http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/327/notas%20curriculares_fiscal%20único.pdf

6. Declaração de participações patrimoniais

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

Por outro lado, e em cumprimento do disposto nos artigos 1.º e 2.º da Lei n.º 4/83, de 2 de Abril, com a redação dada pela Lei n.º 25/95, de 18 de agosto, bem como do n.º 1 do artigo

14.º do Decreto-Regulamentar n.º 1/2000, de 9 de Março, cada membro do Conselho de Administração remeteu ao Tribunal Constitucional, a respetiva “*declaração de património, rendimentos e cargos sociais*”.

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

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

7. Identificação de relações familiares, profissionais ou comerciais dos membros do Conselho de Administração.

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

8. Apresentação de organogramas ou mapas funcionais relativos à repartição de competências dos membros do Conselho de Administração.

Organograma CHBM

http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/328/organograma_chbm_v2.pdf

Delegação de competências

http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/327/delegacao_competencias_ca16.pdf

9. Caracterização do funcionamento do Conselho de Administração

a) Número de reuniões realizadas e grau de assiduidade

No decurso do ano de 2016, foram realizadas nove reuniões de Conselho de Administração actual, com o seguinte grau de assiduidade:

Membro do Conselho de Administração Actual		Grau de Assiduidade (%)
Presidente	Pedro Nuno Miguel Baptista Lopes	100%
Vogal Executivo	Sónia Maria Alves Bastos	100%
Vogal Executivo	Eduardo Manuel Rodrigues	100%
Director Clínico	Luís Filipe Pereira dos Santos Pinheiro	100%
Enf ^o Director	António Manuel Silva Viegas	100%
TOTAL REUNIÕES REALIZADAS		9

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

Membro do Conselho de Administração (até 02 Novembro 2016)		Grau de Assiduidade (%)
Presidente	João Manuel Alves da Silveira Ribeiro	89%
Vogal Executivo	Mário de Figueiredo Bernardino	94%
Vogal Executivo	Elsa Maria Baião Ferreira Airoso Banza	96%
Directora Clínica	Elisabete Maria Farias Gonçalves Rodrigues	81%
Enf ^o Directora	Luisa Maria Alves da Luz	85%
TOTAL REUNIÕES REALIZADAS		47

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 acta 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

Não existem cargos exercidos em simultâneo em outras entidades.

c) Órgão competente para Avaliação do desempenho do Conselho de Administração

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

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

d) Comissões

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) Direcção do Internato Médico

(Comissão Médica)

- 1 - A Comissão Médica é presidida pelo Director Clínico e deverá acompanhar e avaliar, periodicamente e de modo sistemático, a actividade clínica, designadamente os aspectos relacionados com o exercício da medicina.
- 2 - A Comissão Médica, para além do Director Clínico, integra os adjuntos do Director Clínico e os Directores ou Médicos responsáveis pelos serviços de Acção 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 actividades:
 - a) Fomentar a cooperação entre os serviços de acção médica e entre estes e os restantes;
 - b) Apreciar os aspectos do exercício da medicina hospitalar que envolvam princípios de deontologia médica;
 - c) Dar parecer sobre as queixas e reclamações que sejam formuladas acerca da correcção técnica e profissional da assistência prestada aos doentes.

(Comissão de Enfermagem)

- 1 - A Comissão de Enfermagem é presidida pelo Enfermeiro-Director, competindo-lhe apreciar os aspectos relacionados com o exercício da enfermagem no Hospital e avaliar periodicamente e de modo sistemático a actividade desenvolvida neste sector e a formação dos profissionais.
- 2 - A Comissão de Enfermagem, para além do seu Presidente, é constituída pelos adjuntos do Enfermeiro-Director 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 actividades no âmbito das suas competências:
 - a) Realização dos planos de actualização profissional do pessoal de enfermagem;
 - b) Parecer sobre a regulamentação interna para o sector de enfermagem e colaborar na respectiva 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 aspectos não previstos neste regulamento, a Comissão de Ética do Hospital rege-se pelos princípios definidos no Decreto-Lei nº 97/95 de 10 de Maio.

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

(Comissão de Qualidade e Segurança do Doente)

- 1 - A Comissão de Qualidade e Segurança do Doente é constituída por cinco membros, dos quais um é o Presidente do Conselho de Administração, que preside à Comissão.
- 2 - Os elementos da Comissão de Qualidade e Segurança do Doente são nomeados pelo Conselho de Administração, por proposta do Presidente.
- 3 – Foram desenvolvidas pela comissão de qualidade e segurança do doente as seguintes actividades:
 - 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 acção anual, com previsão dos recursos necessários à sua execução;
 - d) O acompanhamento das actividades incluídas no plano de acção anual.

(Comissão de Controlo da Infecção Hospitalar)

- 1 - O corpo médico da Comissão de Controlo da Infecção Hospitalar integra um infecciólogista, um microbiologista, um cirurgião e um internista, um dos quais será o presidente.
- 2 - Será ainda constituída por um técnico superior de farmácia e um enfermeiro que poderão acumular funções, mas nunca com a chefia de um serviço clínico.
- 3 - A Comissão de Controlo da Infecção Hospitalar pode agregar consultores mediante autorização do Conselho de Administração.
- 4 - Os elementos da Comissão de Controlo da Infecção Hospitalar são nomeados pelo Conselho de Administração sob proposta, respectivamente, do Director Clínico, do Director dos Serviços Farmacêuticos e do Enfermeiro-Director.
- 5 - As competências da Comissão de Controlo da Infecção Hospitalar são as constantes de Despacho do Director-Geral da Saúde, publicado no Diário da Republica nº. 246, II série, de 23/10/96.
- 6 - A Comissão de Controlo da Infecção Hospitalar deverá funcionar segundo regulamento próprio por si aprovado, e desenvolveu a sua actividade de acordo com o plano anual de actividades, designadamente no âmbito do projecto “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 três médicos e três farmacêuticos, sendo um dos médicos o Director Clínico, que preside, ou um dos adjuntos por ele designado.
- 2 - O Director do Serviço de Aprovisionamento participa, sem direito a voto, restringindo a sua intervenção a matérias económicas e de gestão de aquisições e existências.
- 3 – Foram desenvolvidas pela Comissão de Farmácia e Terapêutica as seguintes actividades:
 - 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 correcção da terapêutica prescrita a doentes, sob solicitação do Director 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 Director 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 actividade de acordo com as competências atribuídas:
 - a) Organizar as consultas de grupo multidisciplinares, com o objectivo 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 actuação diagnóstica e terapêutica dos diversos tipos de doença oncológica;
 - c) Aprovar protocolos de actuação 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.

(Direcção do Internato Médico)

- 1 – As funções de Direcção do Internato Médico cabem a um médico de reconhecida competência e experiência de formação de médicos internos, nomeado pelo director clínico e coadjuvado por um a três assessores.
- 2 – A Direcção 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.

C. Fiscalização

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

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

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

Fiscal Único / ROC									
Mandato (Início - Fim)	Cargo	Identificação SROC/ROC		Designação		Remuneração Anual		Nº de Mandatos exercícios na sociedade	
		Nome	Numero	Doc.	Data	Limite Fixado	Contratado		
01/01/2011 a 31/12/2013	Fiscal Único	ABC - Azevedo Rodrigues, Batalha e Costa, SROC	115	Desp. 498/12-SETF	13-04-2012	10.773 €	10.773 €	3º	
01/01/2011 a 31/12/2013	ROC	José Maria Monteiro de Azevedo Rodrigues	681	Desp. 498/12-SETF	13-04-2012	-	-	3º	
01/01/2011 a 31/12/2013	Fiscal Suplente	Reinaldo do Soares, Rogério Coelho & José Jacob, SROC	162	Desp. 498/12-SETF	13/042012	-	-	3º	
01/01/2011 a 31/12/2013	ROC Suplente	Rogério Carlos Guedes Coelho	787	Desp. 498/12-SETF	13-04-2012	-	-	3º	

Nota: O Fiscal Único é o Revisor Oficial de Contas

Não aplicáveis os pontos 2 e 4, por se tratar de uma entidade pública empresarial, não existem estes órgãos nos estatutos da entidade.

Relativamente ao ponto 3, remete-se para o ponto V. B 5 deste relatório.

D. Revisor Oficial de Contas

O Fiscal Único é o Revisor Oficial de Contas do CHBM, E.P.E.

E. Auditor Externo

Não Aplicável.

VI. Organização Interna

A. Estatutos e Comunicações

1. Regras aplicáveis à alteração dos estatutos

O CHBM, E.P.E. é uma pessoa colectiva de direito público de natureza empresarial dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, regendo-se pelo regime jurídico das entidades públicas empresariais, com as especificações previstas no Decreto-Lei nº 233/2005, de 29 de Dezembro alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 12/2015, de 26 de Janeiro e nos Estatutos a ele anexos e pelas normas em vigor para o Serviço Nacional de Saúde.

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

2. Meios e política de comunicação de irregularidades

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

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

3. Políticas antifraude adoptado

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

B. Controlo interno e gestão de riscos

1. Informação de existência de um Sistemas de Controlo Interno.

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 dos elementos do Serviço de Auditoria Interna.

O CHBM, E.P.E. tem um Serviço de Auditoria Interna, da responsabilidade da Dr.ª Ivone Silva, de acordo com o artigo 17º do Decreto-Lei nº233/2005 alterado e republicado pelo Decreto-Lei nº12/2015 que procedeu à alteração do Regime Jurídico e dos Estatutos dos Hospitais EPE., tendo como missão verificar a existência, o funcionamento e a eficácia do modelo de controlo dos riscos e dos sistemas de controlo interno nos domínios contabilístico, financeiro, operacional, informático e de recursos humanos, através de um acompanhamento objetivo, independente, sistemático e contínuo, realizando auditorias aos serviços ou processos considerados críticos e mais susceptíveis de risco (exemplo das auditorias constantes no plano anual de Auditoria Interna em 2014, onde foram estabelecidas e realizadas auditorias às taxas moderadoras, à área de higiene e limpeza, aos

serviços farmacêuticos, e os follow-up à Lei dos Compromissos e Pagamentos em Atraso, à auditoria ao Serviço de Instalações e Equipamentos e a auditoria efectuada ao Serviço de Transportes. É um órgão de apoio ao Conselho de Administração e depende diretamente do seu Presidente.

3. Plano Estratégico e política de riscos da entidade

Plano de Prevenção dos Riscos de Corrupção e infracções Conexas

http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/328/corruptcao_plano16.pdf

Foram identificadas as seguintes níveis de risco:

- Os riscos operacionais, que traduzem os riscos das operações se tornarem ineficientes e ineficazes na satisfação das necessidades dos utentes e na concretização dos objetivos de performance de qualidade, custo e tempo;
- Os riscos de recursos humanos que correspondem a um conjunto de riscos incorridos pelos colaboradores por não saberem operacionalizar corretamente as suas atividades ou não saberem o que fazer quando precisam de realizar uma tarefa;
- Os riscos de conformidade, que estão associados ao cumprimento do estabelecido nos contratos programa, nas leis e regulamentos;
- Os riscos financeiros, que representam um conjunto de riscos que comprometem a gestão eficiente dos recursos financeiros da organização.

O CHBM nomeou uma comissão de execução e acompanhamento do Plano de Prevenção dos Riscos de Corrupção e infracções Conexas, tendo elaborado o Relatório Anual com o resultado das monitorizações realizadas.

No link abaixo remete-se para o referido relatório:

<http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/328/corruptcao16.pdf>

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

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

4. 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 Não Clínicos, analisados pelo Gabinete de Gestão da Qualidade e do Risco. Segue o estabelecido sobre este ponto no Regulamento Interno do CHBM.

Gabinete de gestão da qualidade e do risco

1. Compete ao gabinete de gestão da qualidade promover e coordenar actividades de melhoria contínua e da qualidade, assim como gerir os programas de acreditação e certificação.

2. Este gabinete pode integrar núcleos tecnicamente autónomos como o núcleo de gestão do risco e segurança do doente, o núcleo de gestão de risco, o núcleo de auditoria interna, o núcleo de controlo interno e o núcleo de gestão documental.

3. Compete ao núcleo de gestão do risco e segurança do doente:

- a) Propor a política geral da qualidade;
- b) Avaliar os riscos clínicos e seus factores causais e adoptar medidas preventivas;
- c) Implementar um sistema de relato de incidentes clínicos, sua investigação e seguimento;
- d) Analisar reclamações e queixas que permitem a identificação precoce de riscos clínico;
- e) Em articulação com a comissão de catástrofe, apresentar proposta, sugestões e recomendações para a implementação e actualização do plano de emergência (Plano de Emergência da Unidade de Saúde –PEUS);
- f) Providenciar auditorias de qualidade e fomentar práticas baseadas na evidência;
- g) Promover formação na área de gestão do risco clínico e de auditoria clínica em articulação com o centro de formação.

4. Compete ao núcleo de gestão do risco:

- a) Identificar e avaliar riscos e seus factores causais e adotar medidas preventivas;
- b) Implementar um sistema de relato de incidentes, e definir, para cada risco, metodologias de atuação;
- c) Analisar reclamações e queixas que permitem a identificação precoce de riscos não clínicos;

- d) Em articulação com o serviço de instalações e equipamentos, apresentar proposta, sugestões e recomendações para a implementação e atualização do plano de segurança (emergência interno);
- e) Promover formação na área de gestão do risco geral em articulação com centro de formação.

NO CHBM está igualmente nomeada a Comissão de Qualidade e Segurança do Doente, com as seguintes atribuições definidas em sede de Regulamento interno da instituição.

Comissão de qualidade e segurança do doente

1. Sem prejuízo das competências do gabinete de gestão da qualidade, compete à comissão de qualidade e segurança do doente a formulação da política de qualidade orientada para o utente nas dimensões de planeamento e melhoria contínua e o acompanhamento das ações com vista à segurança do doente.
2. Compete-lhe em especial:
 - a) A elaboração de estudos e a apresentação de 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.
3. O trabalho desenvolvido deve integrar o relatório de atividades a remeter ao conselho de administração.

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.

Saúde ocupacional

1. A organização da segurança, higiene e saúde no trabalho, é da responsabilidade do serviço de saúde ocupacional que desenvolve a sua atividade com vista à prevenção dos riscos profissionais e a promoção da saúde dos trabalhadores.
2. O serviço de saúde ocupacional, tem por objetivos gerais:

- a) Promover locais de trabalho saudáveis, através da promoção da saúde dos trabalhadores e a prevenção dos riscos profissionais com vista à manutenção da capacidade de trabalho;
- b) Investigar fatores desencadeantes ou agravantes de doença no local de trabalho e desenvolver estratégias para a sua correção;
- c) Assegurar a confidencialidade dos dados de saúde e proteger a privacidade dos trabalhadores;
- d) Desenvolver atividades de formação, informação e educação para a saúde;

Regulamento Interno do Centro Hospitalar Barreiro Montijo

e) Apoiar os trabalhadores e os órgãos de administração, no estabelecimento e conservação do ambiente de trabalho saudável e seguro que favoreça a optimização da saúde física e mental relacionada com o trabalho.

3. As funções do serviço de saúde ocupacional relacionam-se com:

- a) Vigilância da saúde dos trabalhadores;
- b) Vigilância do ambiente de trabalho;
- c) Medicina Curativa;
- d) Promoção da Saúde.

4. O serviço de saúde ocupacional deve assegurar uma consulta de medicina no trabalho e desenvolver as demais atividades decorrentes da lei, assegurando as notificações e comunicações obrigatórias com a Autoridade para as Condições do Trabalho e demais entidades públicas.

6. Gestão do Risco Financeira

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

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

À data do encerramento do Balanço de 2016 não existiam empréstimos contraídos.

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

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

Cumprimento das Orientações Legais	Cumprimento			Quantificação / Identificação	Justificação / Referencia ao ponto do Relatório
	S	N	N.A.		
Objectivos de Gestão / Planos de Actividades e Orçamento					
Objectivo 1			X	% Cumprimento	Indicar cada objectivo de gestão da empresa
Objectivo 2			X		
Objectivo 3			X		
Gestão do Risco Financeiro	X			0%	
Limites de Crescimento e Endividamento	X			0%	
Evolução do PMP a fornecedores	X			-17,30%	
Divulgação dos Atrasos nos Pagamentos ("Arrears")	X			1.457.685 €	
Recomendações do acionista na última aprovação de contas:					
Recomendação 1			X		Atá ao presente momento não foi recepcionado a aprovação de contas pelo acionista referente ao exercício de 2016
Recomendação 2			X		
Etc.			X		
Remunerações:					
Não atribuição de prémios de gestão, nos termos art.º 41º da Lei 83-C/2013	X				
Orgão Sociais - redução remuneratórias nos termos do art.º 33º da Lei 83-C/2013	X				
Orgão Sociais - redução de 5% por aplicação art.º 12º da Lei 12-A/2010	X				
Auditor Externo - redução remuneratória nos termos do art.º 33º da Lei 83-C/2013	X				
Restantes trabalhadores - redução remuneratória, nos termos do art.º 33º da Lei 83-C/2013	X				
Restantes trabalhadores - proibição de valorizações remuneratórias, nos termos do art.º 33º da Lei 83-C/2013	X				
Artigo 32º do EGP					
Utilização de cartões de crédito.	X				Não existem cartões de crédito
Reembolso de despesas de representação pessoal	X				Não existem reembolsos
Contratação Pública:					
Aplicação das Normas de contratação pública pela empresa	X				
Aplicação das Normas de contratação pública pelas participadas			X		
Contratos submetidos a visto prévio do TC	X				
Auditorias do Tribunal de Contas:					
Recomendação 1			X		Não foram realizadas auditorias do Tribunal de Contas
Recomendação 2			X		
Etc.			X		
Parque Automóvel					
Gastos Operacionais das Empresas Públicas					
Redução de Trabalhadores					
Nº de trabalhadores			X		
nº de cargos dirigentes			X		
Princípio da Unidade de Tesouraria (artigo 123º da Lei 83-C/2013)			X		

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

A comissão de Prevenção dos Riscos de Corrupção e infracções 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.

Remete-te para o Relatório identificado no ponto VI.B.3

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 Fiscal Único avalia os SCI e emite Relatório e parecer com as conclusões e recomendações.

C. Regulamentos e Códigos

1. Regulamentos Internos e externos

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

Com este Regulamento, o Centro Hospitalar adotou o modelo de gestão participada por objetivos assente em níveis de gestão estratégica, intermédia e operacional, em que os centros de responsabilidade e as direcções 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.

2. Código de ética

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

3. Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas.

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

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

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

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

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

- A identificação dos responsáveis setoriais pela execução e monitorização do Plano, bem como pela elaboração dos correspondentes relatórios.

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

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

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

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

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

Compete aos “responsáveis setoriais”:

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

- Elaborar os correspondentes relatórios sobre a execução do Pano.

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

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

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

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

http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/328/declaracoes_incompatibilidades16_v51.pdf

D. Deveres Especiais de Informação

A plataforma utilizada para o cumprimento dos deveres de informação, nos termos do nº 1 do artigo 44º do Decreto-lei nº 133/2013 de 3 de Outubro, encontra-se disponível no seguinte endereço:

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

E. Sítio de Internet

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

a) Sede e demais elementos.

[Contactos - Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE](#)

b) Estatutos e regulamentos.

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

c) Elementos curriculares dos Órgãos Sociais.

Conselho de Administração actual

http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/327/nomeacao_novo%20CA.pdf

Conselho de Administração anterior

<http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/327/notas%20curriculares.pdf>

d) Documentos de prestação de contas anuais.

[Relatórios e contas - Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE](#)

e) Obrigações de serviço público e termos contratuais da prestação de serviço publico.

[Contratos programa - Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE](#)

f) Modelo de financiamentos e metodologia

<http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/302/termos%20referencia16.pdf>

F. Prestação de Serviço Público ou de Interesse Geral

1. Referência ao Contrato celebrado com a Entidade Pública

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

2. Exposição das propostas de actividade, objectivos e Orçamento Económico.

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

O contrato-programa de 2016 está divulgado no portal da intranet e através do sítio da internet:

http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/302/contrato_programa16.pdf

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

VII. Remunerações

A. Competência para a Determinação

1. Competência para a determinação da remuneração dos órgãos sociais

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

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

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

2. Identificação dos mecanismos adoptados para prevenção de existência de conflitos de interesse

Foi emitida Declaração pelos membros do Conselho de Administração relativa ao conflito de interesses nos termos do n.º 1.º do art. 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”.

3. Declaração de Conflito de interesses

Em anexo.

B. Comissão de Fixação de Remunerações

Não aplicável. Nos estatutos da entidade publica empresarial que é o CHBM não se prevê a existência de Comissão para Fixação de Remunerações.

C. Estrutura das Remunerações

1. Política de remunerações dos órgãos da administração e de fiscalização.

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

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

2. Modo como a remuneração é estruturado.

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

Não Aplicável os pontos 3, 4 e 5, por se tratar de uma entidade publica empresarial .

6. Modo como a remuneração é estruturado.

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. Montante anual de remuneração auferida.

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

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

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

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

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

Conselho de Administração actual

Membro do Órgão de Administração Actual	Estatuto do Gestor Público			
	Fixado	Classificação	Remuneração mensal bruta (€)	
			Vencimento	Despesas de representação
Pedro Nuno Miguel Baptista Lopes	S	B	3.993,97 €	1.397,89 €
Sónia Maria Alves Bastos	S	B	3.473,02 €	1.041,90 €
Eduardo Manuel Rodrigues	S	B	3.473,02 €	1.041,90 €
Luís Filipe Pereira dos Santos Pinheiro	S	B	3.901,67 €	1.041,90 €
António Manuel Silva Viegas	S	B	3.473,02 €	1.041,90 €

Membro do Órgão de Administração Actual	Remuneração Anual 2016 (€)					
	Fixa	Variável	Bruta	Redução Remuneratória	Reversão Remuneratória	Valor Final
Pedro Nuno Miguel Baptista Lopes	11.617 €	NA	11.617 €	548,89 €		11.067,74 €
Sónia Maria Alves Bastos	9.748 €	NA	9.748 €	459,40 €		9.288,39 €
Eduardo Manuel Rodrigues	9.748 €	NA	9.748 €	459,40 €		9.288,39 €
Luís Filipe Pereira dos Santos Pinheiro	10.689 €	NA	10.689 €	503,03 €		10.186,16 €
António Manuel Silva Viegas	9.748 €	NA	9.748 €	459,40 €		9.288,39 €
TOTAL			51.549,19 €	2.430,12 €		49.119,07 €

Membro do Órgão de Administração Actual	Benefícios Sociais (€)							
	Valor do Sub. Refeição		Regime de Proteção Social		Seguro de Vida	Seguro de Saúde	Outras	
	Diário	Encargo anual da entidade	Entidade	Encargo anual da entidade	Encargo anual da entidade	Encargo anual da entidade		Encargo anual da entidade
Pedro Nuno Miguel Baptista Lopes	4,27 €	170,80 €	SS	2.628,59 €	NA	NA		
Sónia Maria Alves Bastos	4,27 €	170,80 €	CGA	2.206,00 €	NA	NA		
Eduardo Manuel Rodrigues	4,27 €	170,80 €	SS	2.206,00 €	NA	NA		
Luís Filipe Pereira dos Santos Pinheiro	4,27 €	170,80 €	CGA	2.419,21 €	NA	NA		
António Manuel Silva Viegas	4,27 €	170,80 €	CGA	2.206,00 €	NA	NA		
TOTAL		854,00 €		11.665,80 €				- €

Conselho de Administração anterior

Membro do Órgão de Administração (até 02 de Novembro de 2016)	Estatuto do Gestor Público			
	Fixado	Classificação	Remuneração mensal bruta (€)	
			Vencimento	Despesas de representação
João Manuel Alves da Silveira Ribeiro	S	B	3.993,97 €	1.397,89 €
Mário de Figueiredo Bernardino	S	B	3.473,02 €	1.041,90 €
Elsa Maria Baião Ferreira Airoso Banza	S	B	3.505,03 €	1.041,90 €
Elisabete Maria Farias Gonçalves Rodrigues	S	B	3.901,67 €	1.041,90 €
Luísa Maria Alves da Luz	S	B	3.473,02 €	1.041,90 €

Membro do Órgão de Administração (até 02 de Novembro de 2016)	Remuneração Anual 2016 (€)					
	Fixa	Variável	Bruta	Redução Remuneratória	Reversão Remuneratória	Valor Final
João Manuel Alves da Silveira Ribeiro	68.927 €	NA	68.927 €	4.797,81 €		64.129,26 €
Mário de Figueiredo Bernardino	55.752 €	NA	55.752 €	4.018,23 €		51.733,89 €
Elsa Maria Baião Ferreira Airosa Banza	61.897 €	NA	61.897 €	4.046,04 €		57.851,25 €
Elisabete Maria Farias Gonçalves Rodrigues	67.158 €	NA	67.158 €	4.750,14 €		62.408,00 €
Luisa Maria Alves da Luz	54.016 €	NA	54.016 €	4.018,23 €		49.997,38 €
TOTAL			307.750,23 €	21.630,45 €		286.119,78 €

Membro do Órgão de Administração (até 02 de Novembro de 2016)	Benefícios Sociais (€)							
	Valor do Sub. Refeição		Regime de Proteção Social		Seguro de Vida	Seguro de Saúde	Outras	
	Diário	Encargo anual da entidade	Entidade	Encargo anual da entidade	Encargo anual da entidade	Encargo anual da entidade		Encargo anual da entidade
João Manuel Alves da Silveira Ribeiro	4,27 €	832,65 €	CGA	15.230,70 €	NA	NA		
Mário de Figueiredo Bernardino	4,27 €	819,84 €	CGA	12.286,80 €	NA	NA	Ass. 3ª Pessoa	3.195,59 €
Elsa Maria Baião Ferreira Airosa Banza	4,27 €	845,46 €	SS	13.739,67 €	NA	NA		
Elisabete Maria Farias Gonçalves Rodrigues	4,27 €	772,87 €	CGA	14.821,90 €	NA	NA		
Luisa Maria Alves da Luz	4,27 €	760,06 €	CGA	11.874,38 €	NA	NA		
TOTAL		4.030,88 €		67.953,45 €				3.195,59 €

Não se aplicam os pontos 2, 3 e 6.

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

Não se registaram pagamentos desta natureza em 2016.

5. Montante anual de remuneração anual auferida pelos membros do órgão de fiscalização da entidade.

Remete-se para o quadro apresentado no ponto C – Fiscalização.

VIII. Transacções com partes relacionadas

1. Apresentação de mecanismos de controlo transacções com partes Relacionadas e Outras

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

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

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

O SAp tem Certificação pela Norma ISO 9001:2008, desde 2009, tendo sido o primeiro serviço de aprovisionamento certificado a nível nacional por este referencial. Tendo em vista assegurar a eficiente utilização dos recursos, o eficaz controlo dos processos e a avaliação e minimização dos riscos identificados, estão aprovados e publicados 15 procedimentos internos, além do Manual de Qualidade e do Regulamento de Contratação.

Durante o ano a que se reporta o presente Relatório, não foi celebrado nenhum contrato de valor superior a 5M€, sendo, contudo, submetidos a fiscalização prévia do Tribunal de Contas todos os atos, contratos ou outros instrumentos geradores de despesa nos termos dos artigos 44.º a 48.º da Lei de Organização e Processo do Tribunal de Contas. No ano 2016 foi submetido a visto do Tribunal de Contas, procedimentos de contratação corresponde à prestação de serviços de alimentação, transporte de doentes, medicamentos e reagentes.

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 2016, apuraram-se proveitos no valor global de 57,3 milhões de euros, distribuídos pelas seguintes rubricas:

PRESTAÇÕES DE SERVIÇOS (SNS)	
	2016
Internamento	22.279.920 €
Consulta Externa	7.333.787 €
Urgência	5.535.806 €
Hospitais de Dia	687.740 €
GDH's de Ambulatório	9.844.073 €
Verba de Convergência	3.327.994 €
Outros	8.319.025 €
Total das Prestações de Serviço (SNS)	57.328.346 €

4. Transações relevantes com outras entidades

As Transações relevantes com outras entidades, são as seguintes:

Nome	Descrição	Valor (€)
Gilead Sciences,Lda	Matérias Primas	3.124.632 €
Roche – Farmaceutica, Lda.	Matérias Primas	1.580.041 €
Abbvie, Lda	Matérias Primas	1.146.413 €
VIIIVH Healthcare, Unipessoal, Lda.	Matérias Primas	914.592 €
Janssen-Cilag Farmacêutica, Lda.	Matérias Primas	880.445 €
Bristol Myers Squibb, SA.	Matérias Primas	730.988 €
Pfizer Biofarmaceutica, Lda.	Matérias Primas	598.869 €
Abbott Laboratórios	Matérias Primas	548.260 €
Astellas Farma, Lda	Matérias Primas	396.246 €
Merck, SA	Matérias Primas	382.785 €

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

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

NIF	Nome	Valor
500142858	ITAU - Inst. Tecnic. Alimentação Humana	1.019.846,46 €
980122538	Eulen, SA	941.854,83 €
503504564	EDP Comercial, SA	731.980,46 €
500900469	SUCH - Serv. Comum Hospitalar	624.698,66 €

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

1. Estratégias adoptadas e grau de cumprimento

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.

Num contexto de restrição financeira, a estratégia do CHBM do ponto de vista da sustentabilidade económico financeira passou pelo objetivo de melhoria dos seus resultados o que implicou a implementação de medidas tendentes a garantir o aumento da produção realizada, bem como o atingimento dos indicadores de qualidade e eficiência definidos no âmbito do Contrato Programa de 2016. A par disso, igualmente a implementação de uma gestão rigorosa do orçamento económico disponível, não descorando a necessidade de continuar a garantir pelo menos a realização de investimentos prementes para a prestação de cuidados.

Nesta linha, a aquisição de equipamento, a modernização de processos com base nas tecnologias da informação e a introdução de novas formas de organização do trabalho, numa lógica de serviço centrado na satisfação do doente, norteiam a atuação dos profissionais do CHBM. Para melhor ilustração dos níveis de cumprimento das metas fixadas faz-se remissão para os resultados apresentados nas páginas 4 e 6 do presente relatório.

Tendo em atenção a envolvente externa que se caracteriza por defice de profissionais em algumas especialidades que, no CHBM são a base para a acessibilidade dos utentes à prestação de cuidados de saúde, foi crucial a cooperação entre os três Hospitais da Península de Setubal, sob a égide da ARSLVT, no sentido de definir protocolos de complementaridade que contribuam quer para a garantia da prestação de cuidados de saúde de qualidade, em termos da oferta que disponibilizam à população, quer para a sustentabilidade dos hospitais em matéria de equilíbrio económico-financeiro.

O CHBM mantém o seu empenho na diferenciação e distinção da atividade assistencial desenvolvida, destacando-se no ano 2016 a acreditação do Serviço de Pediatria e da Unidade de Oncologia, pela Direção-geral de Saúde (DGS), em conformidade com o Modelo de Acreditação da Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA). Este modelo, 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.

O Centro Hospitalar Barreiro Montijo renovou a sua certificação como “Hospital Amigo dos Bebés”, em setembro de 2016, de entre as 16 entidades do Serviço Nacional de Saúde com este título. 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, bem como ter um impacto direto no aumento da taxa de aleitamento materno nos primeiros meses de vida da criança.

O Centro Hospitalar Barreiro Montijo foi distinguido com a classificação máxima de “Excelência Clínica” nas áreas de Ortopedia (Tratamento cirúrgico da fratura proximal do fémur) e Cirurgia de Ambulatório, bem como no procedimento de “Focalização no Utente”, no âmbito do projeto Sistema Nacional de Avaliação em Saúde (SINAS) da Entidade Reguladora da Saúde (ERS). O módulo SINAS@Hospitais conta com a participação de 161 prestadores de cuidados de saúde de natureza hospitalar, dos setores público, privado e social, que voluntariamente se submeteram à avaliação.

O protocolo para o funcionamento de uma Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) no Centro Hospitalar Barreiro Montijo foi assinado, no dia 12 de abril, entre esta Instituição e o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM). A viatura, está sediada no Hospital de Nossa Senhora do Rosário no Barreiro e no ano de 2016 sido accionada 1.623 vezes.

O Serviço de Esterilização foi alvo de obras de remodelação, com o objetivo de melhorar a prestação de cuidados. Este novo espaço físico, que iniciou funções em novembro de 2016, garante a existência de um ambiente controlado, de equipamentos e circuitos adequados ao cumprimento das normas sobre reprocessamento e descontaminação de dispositivos médicos, do controlo da infeção hospitalar, incluindo um novo equipamento que permite esterilizar a baixa temperatura.

Sustentabilidade Social

O CHBM, EPE continua condicionado pelas inúmeras situações sociais que impedem que as altas médicas correspondam a saídas efetivas e imediatas dos utentes para o seu domicílio. Esta situação tem vindo a ser minimizada com o desenvolvimento em curso da Rede Nacional de Cuidados Continuados, mas há ainda inúmeros casos de permanência prolongada (por vezes, mais de 3 meses) dos utentes no Hospital por motivos não clínicos, desviando-se assim os recursos de saúde para outras finalidades.

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

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

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

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

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

Sustentabilidade Ambiental

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*.

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

No final do ano 2016 foi iniciada a preparação da candidatura ao PO SEUR - Programa Operacional Sustentabilidade e Eficiência no Uso de Recursos que pretende contribuir especialmente na prioridade de crescimento sustentável, respondendo aos desafios de transição para uma economia de baixo carbono, assente numa utilização mais eficiente de recursos e na promoção de maior resiliência face aos riscos climáticos e às catástrofes. Esta candidatura a concretizar-se no ano 2017 insere-se na campanha de sustentabilidade ambiental, no âmbito do Programa de Eficiência Energética e do Plano Estratégico do Baixo Carbono do Ministério da Saúde.

X. Avaliação do Governo Societário

1. Verificação do cumprimento das recomendações recebidas relativamente à estrutura e práticas do Governo Societário

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 2016 foi adoptado 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 Fiscal Único, as contas são auditadas por um Revisor Oficial de Contas e mantém um sistema de controlo dos ativos (Remete-se para a certificação legal, relatório e parecer do fiscal único, revisor oficial de contas).
- Dispõe, também, de um serviço de auditoria interna a quem compete a avaliação dos processos de controlo interno e de gestão de riscos, nos domínios contabilístico, financeiro, operacional, informático e de recursos humanos, contribuindo para o seu aperfeiçoamento contínuo, nos termos definidos nos Estatutos.

Na elaboração do presente Relatório do Governo Societário foram tomadas em consideração as recomendações da UTAM respeitantes aos relatórios anteriores.

2. Outras informações

Não existem outras informações relevantes a prestar neste contexto.

O CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

O Presidente do Conselho de Administração

Pedro Nuno Miguel Baptista Lopes

O Vogal do Conselho de Administração

Eduardo Manuel Rodrigues

A Vogal do Conselho de Administração

Sónia Maria Alves Bastos

O Diretor Clínico

Luís Filipe Pereira dos Santos Pinheiro

O Enfermeiro Diretor

António Manuel Silva Viegas