

Relatório de Governo Societário

2014

Relatório de Boas Práticas de Governo Societário adotadas em 2014

CENTRO
HOSPITALAR
DE LISBOA
OCIDENTAL

Índice

I. Missão, Objetivos e Políticas.....	3
II. Estrutura de capital	9
III. Participações Sociais e Obrigações detidas	10
IV. Órgãos Sociais e Comissões	10
A. Mesa da Assembleia Geral	10
B. Administração e Supervisão.....	11
C. Fiscalização.....	26
D. Revisor Oficial de Contas (ROC)	28
E. Auditor Externo.....	28
V. Organização Interna.....	29
A. Estatutos e Comunicações.....	29
B. Controlo interno e gestão de riscos	32
C. Regulamentos e Códigos	37
D. Deveres especiais de informação.....	39
E. Sítio de Internet.....	40
F. Prestação de Serviço Público ou de Interesse Geral (se aplicável)	40
VI. Remunerações.....	41
A. Competência para a Determinação	41
B. Comissão de Fixação de Remunerações.....	42
C. Estrutura das Remunerações	42
D. Divulgação das Remunerações	43
VII. Transações com partes Relacionadas e Outras	46
VIII. Análise de sustentabilidade da empresa nos domínios económicos, social e ambiental.....	47
IX. Avaliação do Governo Societário.....	55

I. Missão, Objetivos e Políticas

1. Missão, Visão e Valores

O CHLO tem como **missão** a prestação de cuidados de saúde a todos os cidadãos no âmbito das responsabilidades e capacidades das Unidades Hospitalares que o integram, dando execução às definições de política de saúde a nível nacional e regional, aos planos estratégicos e decisões superformente aprovados.

3

Intervém de acordo com as áreas de influência e redes de referência, cumprindo os contratos – programa celebrados, em articulação com as instituições integradas na rede de prestação de cuidados de saúde.

O CHLO desenvolve ainda atividades complementares como as de ensino pré e pós-graduado, investigação e formação, submetendo-se à regulamentação de âmbito nacional que rege a matéria dos processos de ensino - aprendizagem no domínio da saúde, sem prejuízo da celebração de contratos para efeitos de organização interna, repartição do investimento e compensação dos encargos que forem estipulados.

Nestas suas atividades, o CHLO estabelece ligação e atividades partilhadas com outras instituições de Saúde e de Ensino, em ações de complementaridade.

Na sua **visão**, o CHLO preocupa-se em ser reconhecido, pelo cidadão em geral, como uma unidade de prestação de cuidados de saúde humanizados, de qualidade e em tempo oportuno, que promova o desenvolvimento de áreas de diferenciação e de referência na prestação de cuidados de saúde.

Da mesma forma, preocupa-se que o acionista o reconheça, como uma organização em que o aumento da eficiência e eficácia, num quadro de equilíbrio económico e financeiro sustentável é uma realidade, sem descorar a:

- Implementação de projetos de prestação de cuidados de saúde em ambulatório e ao domicílio, para minimizar o impacto da hospitalização;
- Promoção da investigação clínica;
- Formação profissional pré e pós graduada.

No desenvolvimento de todas as suas atividades, o CHLO rege-se pelos seguintes **valores**:

- Humanização e não discriminação;
- Respeito pela dignidade individual de cada doente;
- Promoção da saúde na comunidade;
- Atualização face aos avanços da investigação e da ciência;
- Competência técnico-profissional;
- Ética profissional;
- Promoção da multidisciplinaridade;
- Respeito pelo ambiente.

2. Políticas e linhas de ação

A continuidade do CHLO, como um dos grandes hospitais do país, passa inevitavelmente por garantir um futuro com sustentabilidade.

Só com o alcance dessa estabilidade poderão vir a ser assegurados e melhorados o nível assistencial e os elevados padrões de qualidade e diferenciação técnica, investigação e ensino ao nível dos melhores hospitais do SNS.

Nos últimos três anos foram implementadas diversas medidas, essencialmente focadas na otimização dos custos correntes, no sentido da melhoria dos níveis de eficiência, que potenciaram a utilização dos recursos instalados, acompanhados de significativas reduções nos mesmos.

Só o rigoroso acompanhamento das medidas implementadas permite a sustentabilidade como garantia do futuro.

Acreditamos que outras medidas podem vir a aumentar a performance assistencial mas deverão ser objeto de estudo e análise em estreita colaboração com a ARSLVT na medida em que envolvem a avaliação das reais necessidades/tendências e da capacidade disponível na ARSLVT, no âmbito da reorganização da oferta hospitalar (carteira de serviços disponível e desejável).

Por outro lado, o CHLO tem o máximo interesse em posicionar-se na primeira linha no que se refere às candidaturas para Centros de Referência.

No CHLO existem áreas multidisciplinares de elevada diferenciação e complexidade, como as Neurociências, Transplante Renal e Cardíaco e área Cardiovascular. Nestas áreas, iniciou-se em 2014 a preparação da candidatura a cinco centros de referência de âmbito nacional, de acordo com a legislação em vigor.

Plano de Ações Propostas e medidas correspondentes

A elaboração deste Plano de Ações Propostas e medidas correspondentes, teve em consideração o trabalho que tem vindo a ser desenvolvido nos últimos anos, pretende funcionar como uma ponte entre as diversas atividades desenvolvidas até ao momento e aquelas que se pretendem agora desenvolver, obedecendo aos domínios estratégicos definidos como fundamentais para a boa persecução dos objetivos atrás propostos.

Não é de mais referir que esses objetivos – garantir a sustentabilidade económica e financeira do CHLO a médio longo prazo e assegurar a prestação assistencial com elevados padrões de qualidade e diferenciação técnica, investigação e ensino ao nível dos melhores hospitais do SNS – só poderão ser atingidos se assentes sobre os dois vectores anteriormente apontados.

Tratando-se de um processo complexo que envolve, numa primeira fase, o estudo, a avaliação das várias hipóteses e decisão final e numa segunda fase, adaptações e fusões de vários serviços mantendo o hospital em pleno funcionamento, tem por isso um tempo de execução longo. Uma vez que o seu início ocorrerá possivelmente próximo do final deste ano, prevê-se a conclusão do processo num período nunca inferior aos 5 anos.

Medidas de caracter assistencial:

1. Continuidade na adequação da oferta de cuidados de saúde às necessidades das populações / Acessibilidade

No último triénio, foi possível enquadrar a procura e a espera nos limiares do clinicamente aceitável na generalidade das especialidades existentes no CHLO, com uma acentuada redução no tempo médio de espera para cirurgia.

No triénio 2015-2017 manter-se-á uma estratégia de recuperação das listas de espera nas especialidades mais críticas (Ortopedia, Cirurgia Vascular, Otorrinolaringologia), de modo a permitir o tratamento atempado dos doentes e a redução dos custos para o CHLO, referente ao envio de cirurgias para o exterior.

O alargamento dos horários das consultas, a sua marcação por hora (e o seu cumprimento), a adesão ao programa de "Consulta a tempo e horas" permitiram reduzir o tempo de espera na área do ambulatório para um valor muito próximo do objetivo para esta área em 2013-2015.

Impacto esperado por esta medida até 2016

- Redução das listas de espera para níveis definidos como adequados.
- Resposta atempada aos doentes via CTH, com maior oferta de primeiras consultas.
- Cumprimento integral dos objetivos institucionais e dos objetivos contratualizados com a ARSLVT.

2. "Clinical Governance"

A Governação Clínica no CHLO tem como orientação principal garantir a eficácia clínica, com qualidade e segurança nos serviços prestados, numa perspectiva de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde.

Assim, os princípios orientadores de equipa de governação clínica traduzem-se nas seguintes medidas:

- Realização de auditorias clínicas, incluídas na contratualização interna com os serviços
 - Atualização de Protocolos e cumprimento das Normas de Orientação Clínica, de acordo com a medicina baseada na evidência e emanados pela DGS
 - Ensino e treino dos profissionais
 - Identificação de áreas de risco, com dinamização da atividade da Comissão de Gestão de Risco através de ações de formação/sensibilização junto dos profissionais e da utilização de programa informático de reporte anónimo de situações de risco
 - Escolha criteriosa, organização e reavaliação das atividades das equipas multidisciplinares ligadas à governação clínica
 - Incremento da utilização de genéricos, com acompanhamento de farmacovigilância em áreas consideradas mais críticas
 - Cultura de informação regular de dados e de transparência junto dos serviços
 - Uniformização de Protocolos e procedimentos, com monitorização e responsabilização pelos resultados
 - Divulgação das orientações e prioridades da Governação Clínica
 - Envolvimento dos doentes e familiares através da análise sistemática das queixas, obrigatoriedade de consentimento informado escrito, e disponibilizar informação aos utentes sobre a atividade do CHLO
- Impacto esperado:
- Melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados

- Criar ambiente de serviços de excelência
- Satisfação dos doentes
- Satisfação dos profissionais

3. Metodologia de Contratualização Interna

Obviamente, as medidas 1. e 2. acima apontadas terão que ser devidamente acompanhadas.

O CHLO tem vindo a incrementar os modelos de gestão previstos no Regulamento Interno que potenciam a descentralização e responsabilização ao nível produtivo, possibilitando a existência de níveis intermédios de gestão de acordo com a complexidade global e sectorial. Estes modelos, mais sofisticados, baseados em diretrizes mais rigorosas, às quais os serviços têm obrigação de se adaptar, permitem um acompanhamento sistemático suportado num sistema de informação (Business Intelligence) que integra a informação necessária à gestão dos principais indicadores de nível de serviço e desempenho económico e financeiro.

Impacto esperado com esta medida até 2016:

- Correção atempada de desvios por parte da gestão de topo.
- Informação em cascata para os profissionais, dos níveis de cumprimento dos objetivos individuais.
- Reafecção em tempo adequado de recursos existentes.
- Melhor conhecimento e participação dos profissionais na avaliação do seu desempenho.

4. Articulação com as redes de cuidados de saúde primários e cuidados continuados integrados

O CHLO tem vindo a potencial e a melhorar a sua articulação com os Centros de Saúde. Dando continuidade a um projeto já iniciado e para rentabilizar a capacidade instalada, será reforçada a colaboração em parceria com os Centros de Saúde nas áreas de Patologia Clínica e Gastroenterologia e iniciada a colaboração nas áreas de Anatomia Patológica e Imagiologia.

Por outro lado, estão estabelecidos contactos regulares e agendadas reuniões com os serviços de especialidades do CHLO com a Direcção Clínica do ACES de Oeiras.

Impacto esperado com esta medida até 2016:

- Estreitamento da relação entre o CHLO e os ACES da região
- Melhoria no acesso, ao conjunto de cuidados de saúde para as populações de referência do CHLO.
- Otimização dos recursos instalados na RSLV (instalações, humanos e financeiros).
- Melhoria da articulação clínica através do recurso à PDS, com consequente benefício para a qualidade dos cuidados ao doente, e redução dos custos por doente tratado.

Medidas de organização da produção/capacidade instalada:

1. Contribuição para a Reforma/Reestruturação Hospitalar

Para o Triénio 2015-2017, o CHLO apresenta o Plano Estratégico, tendo como objetivos principais o desenho de medidas estruturantes que visam uma ainda melhor prestação de cuidados integrados, a sustentabilidade económico financeira da instituição e a

contribuição para a reforma/reestruturação hospitalar. Aguarda-se a discussão do mesmo com a Tutela.

A proposta do Conselho de Administração do CHLO para o futuro corresponde à implementação de um modelo de reestruturação que passa pela eliminação da atual dispersão geográfica dos três hospitais, com os custos e Ineficiências que lhe estão associados. Seria necessária a construção de um novo edifício hospitalar nos terrenos adjacentes ao Hospital de São Francisco Xavier que permitisse a concentração de todos os serviços e departamentos dos três hospitais numa única área geográfica.

7

2. Candidatura a Centros de Referência

Através do processo de criação de centros de referência, com base na hierarquia de conhecimentos e competências, que não apenas geográfica, prevê-se que a oferta de cuidados de saúde de elevada especialização se traduza em melhorias significativas na sua qualidade, efetividade e segurança. Por outro lado, maximizar-se-á o potencial inovador da ciência médica e das tecnologias da saúde, através de uma indispensável e inerente partilha de conhecimento e formação dos profissionais de saúde e consórcios com centros de investigação de excelência.

Como referido anteriormente, o CHLO prevê entregar candidatura a cinco centros de referência.

Aguarda-se publicação em diploma legal, nomeadamente, no que se refere à definição do conceito, aos critérios de identificação e reconhecimento pelo Ministério da Saúde dos mesmos, bem como da sua implementação, modelos de financiamento e integração na rede hospitalar e redes de referência para que o CHLO efetue a sua candidatura.

3. Objetivos e grau de cumprimento

• Objetivo 1: Cumprimento metas do Orçamento Económico

Em 2014 manteve-se a política de contínua implementação de medidas diversas no sentido de maiores níveis de eficiência e eficácia.

O acentuado esforço no controlo e contenção de custos em todos os agregados principais, CMV/MC e FSE e dos Gastos com pessoal, proporcionou um desvio favorável de 5,8%, 4,9% e 2,9%, respectivamente, tendo-se dado cumprimento integral ao total de custos orçamentados.

A realização dos Proveitos superou os valores orçamentados em cerca de 1%. Para esta evolução contribuíram as Adendas ao Contrato Programa e também as correções efetuadas na faturação de exercícios anteriores.

Tudo visto e ponderado, o CHLO terminou o exercício económico de 2014 com a metas globais do Orçamento Económico superadas.

• Objetivo 2: Incentivos Institucionais

O montante dos incentivos institucionais orçamentados no Contrato Programa celebrado com a ACSS foi de 9,0 milhões de euros. O montante dos incentivos institucionais em 2014 ascendeu a 8,8 milhões de euros, o que corresponde a uma taxa de execução na ordem de 98%.

Não obstante o Conselho de Administração congratular-se com o valor atingido, revelador de uma franca recuperação face a iguais períodos do passado, não deixou de evidenciar na negociação com a ARS-LVT para 2015 que para alguns indicadores haveria que considerar metas mais adequadas à realidade do Centro Hospitalar, que acabaram por ser aceites.

Noutros casos, o Conselho de Administração negociou com os Diretores dos diversos Serviços Clínicos do CHLO, aquando da contratualização interna para 2015, medidas de ajustamento (mais do que correção) tendentes a uma ainda melhor performance, nomeadamente com a identificação das áreas de risco e subsequente dinamização/reorientação da atividade.

Por outro lado, o Conselho de Administração continua a desenvolver todos os esforços no sentido de dotar os serviços com modelos de gestão e controlo mais sofisticados (*Business Intelligence*), a funcionar em rede e em tempo real, para correção atempada de desvios.

• **Objetivo 3: Redução do Custo efetivo com trabalho extraordinário**

A redução da despesa com trabalho extraordinário ascendeu a 10,5%, comparativamente ao ano de 2013, ultrapassando o objetivo estabelecido, apresentado um desvio favorável de 5,8%, face ao orçamento.

4. Indicação dos fatores chave de que dependem os resultados da empresa

<p>Pontos Fortes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Especialização em áreas altamente diferenciadas: Neurociências nas áreas médicas e cirúrgicas, Cirurgia Cardiorácica, Infeciologia, Cardiologia de Adultos e Crianças, Nefrologia, transplantação de órgãos • Aplicação Clínica da inovação tecnológica • Vias verdes (AVC, Trauma, Coronária e Sepsis) • Investigação Clínica Aplicada • Boa imagem junto dos utentes • Boa localização geográfica • Recursos Humanos altamente qualificados 	<p>Pontos Fracos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Degradação de algumas Instalações e desadaptação de outras para as funções a que se destinam • Dispersão geográfica por 3 pólos assistenciais hospitalares • Dificuldade na resolução da lista de espera em algumas especialidades • Grande carência de Clínicos nas seguintes áreas: Obstetrícia, Anestesia, Cuidados Intensivos. • Reduzida autonomia para investimentos
<p>Oportunidades</p> <ul style="list-style-type: none"> • Candidatura a centros de referência • Centros de Elevada Diferenciação: Cardiologia (Adultos e Pediátrica); Obesidade Mórbida; Nefrologia, Neurocirurgia • Desenvolvimento de técnicas de intervenção na área de Imagiologia • Desenvolvimento da gestão de risco clínico na área da qualidade • Protocolos interinstitucionais na área da formação e investigação • Aproximar o Hospital da comunidade através de iniciativas do Departamento de Qualidade 	<p>Ameaças</p> <ul style="list-style-type: none"> • Saída de Profissionais para novas unidades hospitalares • Dificuldade de renovação do quadro médico por carência de especialistas em várias áreas • Envelhecimento do quadro médico do hospital • Indefinição de carreiras médicas • Contexto Económico desfavorável • Envelhecimento da população assistida pelo hospital • Deficiente resposta dos cuidados continuados

A continuidade do CHLO, como um dos grandes hospitais do país, passa inevitavelmente por garantir um futuro com sustentabilidade.

Só com o alcance da estabilidade económica e financeira poderão vir a ser assegurados elevados padrões de qualidade e diferenciação técnica, investigação e ensino ao nível dos melhores hospitais do SNS. Nos últimos dois anos foram implementadas diversas medidas no sentido da melhoria dos níveis de eficiência, que potenciaram a utilização dos recursos instalados, acompanhados de significativas reduções nos custos de produção.

II. Estrutura de capital

1. Estrutura de capital

O Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E., é um estabelecimento público do Serviço Nacional de Saúde, criado pelo Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro, resultante da integração, por fusão, do Hospital de S. Francisco Xavier, SA, do Hospital de Egas Moniz, SA e do Hospital de Santa Cruz, SA.

Este estabelecimento de saúde apresenta um Capital Social de 126,9 M€, detido na totalidade pelo Estado Português (Ministério da Saúde e Ministério das Finanças).

Apesar da evolução favorável das despesas e das receitas o facto é que, a 31 de Dezembro de 2014, o total do Fundo Patrimonial ascende a apenas 24,5 milhões de euros, pelo que está perdido 80,7% do valor do seu Património. Para não ficar em causa o equilíbrio da estrutura financeira, nomeadamente no que respeita à capacidade do CHLO para liquidar o seu passivo, o Conselho de Administração e a tutela continuam a equacionar diferentes cenários económicos possíveis e mais adequados, para promover a sustentabilidade e o equilíbrio financeiro do CHLO.

2. Eventuais limitações à titularidade e/ou transmissibilidade das ações.

De acordo com o n.º1 do Art.º 3º do Decreto-Lei 233/2005 de 29 de Dezembro e do n.º4 dos Estatutos das Entidades Públicas Empresariais, *“o capital estatutário dos hospitais E. P. E. é detido pelo Estado e pode ser aumentado ou reduzido por despacho conjunto dos Ministros das Finanças e da Saúde, que constitui título bastante para todos os efeitos legais, incluindo os de registo”*.

3. Acordos parassociais que sejam do conhecimento da sociedade e possam conduzir a eventuais restrições.

Não existem

III. Participações Sociais e Obrigações detidas

1. Identificação das pessoas singulares (órgãos sociais) e/ou coletivas (Empresa) que, direta ou indiretamente, são titulares de participações noutras entidades, com indicação detalhada da percentagem de capital e de votos.

Não aplicável

2. A aquisição e alienação de participações sociais, bem como a participação em quaisquer entidades de natureza associativa ou fundacional.

Não aplicável

3. A prestação de garantias financeiras ou assunção de dívidas ou passivos de outras entidades, mesmo nos casos em que assumam organização de grupo.

Não aplicável

4. Indicação sobre o número de ações e obrigações detidas por membros dos órgãos de administração e de fiscalização.

Não aplicável

5. Informação sobre a existência de relações significativas de natureza comercial entre os titulares de participações e a sociedade.

Não aplicável

6. Identificação dos mecanismos adotados para prevenir a existência de conflitos de interesses, atuais ou potenciais, entre os membros de órgãos ou comissões societárias e a sociedade, designadamente na aprovação de despesas por si realizadas. Declaração dos membros do órgão de administração de que se abstêm de interferir nas decisões que envolvam os seus próprios interesses.

Não aplicável

IV. Órgãos Sociais e Comissões

A. Mesa da Assembleia Geral

1. Composição da mesa da assembleia geral, ao longo do ano em referência, com identificação e cargo dos membros da mesa da assembleia geral e respetivo mandato (início e fim), assim como a remuneração relativa ao ano em referência. Caso tenha ocorrido alteração de mandato durante o ano em reporte deverá indicar os mandatos respetivos (o que saiu e o que entrou).
2. Identificação das deliberações acionistas que, por imposição estatutária, só podem ser tomadas com maioria qualificada, para além das legalmente previstas, e indicação dessas maiorias.

Não Aplicável

B. Administração e Supervisão

1. Identificação do modelo de governo adotado

11

Cargo	Orgão Sociais	Eleição	Mandato
Conselho de Administração			
Presidente	Dr.ª Maria João Reis Silva de Soares Pais	Resolução n.º 36/2013 DR n.º253	2014-2016
Vogal (1)	Dr.ª Maria Celeste Malveiro Serra Sim-Sim dos Anjos Silva		
Vogal (2)	Dr. Carlos Manuel Mangas Catarino Galamba de Oliveira		
Vogal (3)	Dr.ª Rita Perez Fernandez da Silva (Directora Clínica)		
Vogal (4)	Enf.ª Fernanda Maria da Rosa (Enfermeira Directora)		
Fiscal Único			
Electivo	BDO & Associados, Lda (SROC n.º 29) representada por Dr. Pedro Manuel Aleixo Dias (ROC n.º 725)	Despacho n.º 328/14- SET de 03.03	2014-2016
Suplente	Dr. João Paulo Torres Cunha Ferreira (ROC n.º 956)		
Conselho Consultivo			
Presidente	Dr. Roberto Artur da Luz Carneiro	Despacho n.º 12491/2014	2014-2016

2. Regras estatutárias sobre procedimentos aplicáveis à nomeação e substituição dos membros, consoante aplicável, do Conselho de Administração, do Conselho de Administração Executivo e do Conselho Geral e de Supervisão.

Nos termos dos artigos 6º e 13º dos Estatutos constantes do Anexo II ao Dec. Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro dos n.ºs 2 e 3 do artigo 13º do Dec. Lei 71/2007 de 27 de Março, alterado e republicado pelo Dec. Lei n.º 8/2012 de 18 de Janeiro, e da alínea D do artigo 199º da Constituição, o Conselho de Administração é nomeado pelo Conselho de Ministros sob proposta dos Ministros de Estado e das Finanças e da Saúde.

3. Composição do Conselho de Administração Executivo

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Mandato	Cargo	Nome	Designação		N.º de Mandatos exercidos na sociedade	Observações¹
			Forma	Data		
2014-2016	Presidente	Dr.ª Maria João Reis Silva de Soares Pais			3	
	Vogal Executivo	Dr.ª Maria Celeste Malveiro Serra Sim-Sim dos Anjos Silva	Resolução n.º		3	
	Vogal Executivo	Dr. Carlos Manuel Mangas Catarino Galamba de Oliveira	36/2013 DR	31/12/2013 (*)	2	
	Vogal Executivo	Dr.ª Rita Perez Fernandez da Silva (Directora Clínica)	n.º253		1	
	Vogal Executivo	Enl.ª Fernanda Maria da Rosa (Enfermeira Directora)			4	

(*) Produz efeitos a partir de 01/01/2014

12

4. **Distinção dos membros executivos e não executivos do Conselho de Administração e, relativamente aos membros não executivos, identificação dos membros que podem ser considerados independentes¹, ou, se aplicável, identificação dos membros independentes do Conselho Geral e de Supervisão.**

Não aplicável

5. **Elementos curriculares relevantes de cada um dos membros do Conselho de Administração Executivo.**

- **Membros do Conselho de Administração**

Administradores Executivos:

Presidente CA – Dra. Maria João Reis Silva de Soares Pais

DADOS BIOGRÁFICOS:

Data de nascimento: 25 de Agosto de 1949, em Ponta Delgada, Açores

HABILITAÇÕES ACADÉMICAS:

1967-1972 - Licenciatura em Medicina - Faculdade de Medicina de Lisboa (15 valores)

CARREIRA HOSPITALAR:

1996 - Chefe de Serviço de Medicina Interna do Quadro do Hospital Santa Cruz

1989 - Titulação em Chefe de Serviço Hospitalar de Medicina Interna

1988 - Especialista em Nefrologia pela Ordem dos Médicos

1983 - Especialista em Medicina Interna pela Ordem dos Médicos

1983 - Assistente Hospitalar de Medicina Interna do Quadro do Hospital Santa Cruz

1975-1979 - Internato da Especialidade de Medicina Interna no Hospital Santo António dos Capuchos

1973-1975 - Internato Geral nos Hospitais Cívicos de Lisboa

¹ A independência dos membros do Conselho Geral e de Supervisão e dos membros da Comissão de Auditoria afere-se nos termos da legislação vigente e, quanto aos demais membros do Conselho de Administração, considera-se independente quem não esteja associado a qualquer grupo de interesses específicos na sociedade nem se encontre em alguma circunstância suscetível de afetar a sua isenção de análise ou de decisão.

CARGOS DE DIRECÇÃO HOSPITALAR:

2011-2013 - Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

2008-2010 - Diretora Clínica e Vogal executiva do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

2007-2008 - Diretora Médica do Hospital Santa Cruz/ CHLO

2006-2008 - Diretora do Serviço de Nefrologia do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

1997-2006 - Diretora do Serviço de Medicina Interna e de Nefrologia do Hospital Santa Cruz

1993-1995 - Diretora Clínica do Hospital Santa Cruz

1992 - Adjunta da Direcção Clínica do Hospital Santa Cruz

CURSOS COMPLEMENTARES:

2004 - Curso de Gestão PADIS – Programa de Alta Direcção de Instituições de Saúde - (AESE – Escola de Direcção e Negócios, Lisboa)

OUTROS CURSOS:

1999 - Frequência do Mestrado em Experimentação Animal (Faculdade de Medicina Universidade de Coimbra)

1975 - Curso de Medicina do Trabalho (Escola Nacional de Saúde Pública)

1974 - Curso de Medicina Tropical (Instituto de Medicina Tropical)

OUTROS CARGOS:

2000-2008 - Presidente do Instituto Nefrológico de Investigação (protocolo com o Hospital Santa Cruz)

1997-2000 - Presidente da Comissão de Controlo de Infecção do Hospital Santa Cruz

1995-2006 - Vogal e Vice-presidente da Comissão de Ética do Hospital Santa Cruz

1995-1998 - Vogal da Comissão de Farmácia e Terapêutica do Hospital Santa Cruz

ACTIVIDADE DOCENTE:

1984-1998 - Assistente Convidada da Cadeira de Terapêutica Geral, Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa

1977-1983 - Assistente Convidada da Cadeira de Patologia Geral, Faculdade de Medicina de Lisboa

TRABALHOS CIENTÍFICOS:

Autora de 35 trabalhos publicados em Revistas Médicas e mais de 100 Comunicações em reuniões científicas nacionais e internacionais

Vogal do CA – Dra. Maria Celeste Malveiro Serra Sim-Sim dos Anjos Silva**DADOS BIOGRÁFICOS:**

Data nascimento: 4 de Setembro 1958

HABILITAÇÕES ACADÉMICAS:

1986 - Licenciatura em Direito - Universidade Livre Lisboa, XVII Curso de Administração Hospitalar

1992 - Curso de Economia da Saúde

II Programa de Alta Direcção Instituição de saúde AESE

CARGOS E FUNÇÕES:

2011 - Vogal Executiva do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental com os mesmos pelouros que tinha até então e continua a participar na reestruturação desta unidade hospitalar, o que veio a ter impacto na

melhoria sustentada dos custos de exploração e melhoria dos indicadores de produtividade e qualidade de serviço.

2008 - Vogal Executiva do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental: pelouros de Gestão de Recursos Humanos e Formação, Gestão de Compras, Serviços Jurídicos e Diretora Executiva do Hospital Egas Moniz; Restruturação dos serviços de apoio num contexto de diminuição efetiva de custos

2007 - Direção executiva no Processo de Transmissão do Centro Hospitalar de Cascais para o modelo de Parceria Público-Privada

2005 - Diretora Financeira no Centro Hospitalar de Cascais: criação do Gabinete de Planeamento e Controlo de Gestão

2003 - Vogal executivo do Conselho de Administração do Hospital de Egas Moniz S.A: acompanhamento da elaboração do plano de negócios e criação da primeira Unidade de Cirurgia Ambulatória bem como de estruturas intermédias de gestão e desenvolvimento do modelo de contratualização interna e de avaliação de desempenho de incentivos

2002 - Adjunta do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde
Integração do Grupo de Trabalho Técnico de Criação dos Hospitais Sociedades Anónimas

Responsável pela preparação da Agenda de Conselho de Ministros e acompanha o Programa Operacional Saúde XXI

1999-2002 - Direção dos serviços de Compras e de Recursos Humanos do Centro Hospitalar Cascais.

1993 - Administradora delegada do Hospital de Cascais: Reestruturação diversos serviços, criação da Unidade de Cuidados Intermédios e início de funcionamento da Unidade de Oncologia

1992 - Representante da Direção Geral dos Hospitais, na Comissão Instaladora do Hospital da Amadora: Acompanhamento da construção e preparação do modelo orgânico funcional

1991 - Direção Financeira do Hospital de Santa Marta: responsável pela sua autonomização em relação ao Grupo Hospitais Cívicos

1990-1991 - Assessora do Administrador Delegado no Hospital de Cascais
Responsável pela programação do Novo Hospital de Cascais

Preparação do impacto da abertura de um Novo Hospital em Lisboa (Amadora)

1989 - Inicia funções no Hospital de Santa Maria como responsável pela informatização do serviço de Urgência

Vogal do CA – Dr. Carlos Manuel Mangas Catarino Galamba de Oliveira

DADOS BIOGRÁFICOS:

Data de nascimento: 14 de Janeiro de 1963, em Lourenço Marques, Moçambique.

HABILITAÇÕES ACADÉMICAS:

1981-1986 - Licenciatura em Gestão e Administração de Empresas pela Universidade Católica Portuguesa

SUMÁRIO DA EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL:

Destaque para um envolvimento muito particular em funções de administração/direção, pela experiência na preparação e implementação de novos negócios e/ou de planos de reestruturação. Relevo para nível alto de liderança em projetos de resultados por objetivos, nas áreas Planeamento Estratégico, Finanças, Organização e de Marketing e Comunicação.

CARGOS E FUNÇÕES:

2012 - Nomeado Vogal Executivo no Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, que tem o propósito de otimizar os recursos disponíveis, reestruturando e redimensionando o Centro, numa perspetiva de maior eficiência e eficácia.

2009-2012 - Assume a direção geral da Sojormédia Capital, detentora do título do diário i. Desenvolve e implementa o plano estratégico de viabilização económica e financeira.

2006-2008 - Abre o escritório de Lisboa da rede Fischer América Publicidade, é nomeado Presidente e CEO, deixando a empresa, em apenas 2 anos, empresa referência no que respeita a criatividade e visão global da comunicação.

2001-2002 - Acumula funções de administrador delegado do semanário O Independente, onde efetua o seu saneamento económico e financeiro.

1998-2005 - Convidado para integrar os corpos diretivos da Foote Cone & Belding Publicidade, com responsabilidades na gestão financeira, administrativa e nos recursos humanos. Em 2002 assume a presidência dessa mesma empresa, cargo que desempenha até à saída, em finais de 2005, deixando a empresa como a mais premiada agência de publicidade em Portugal, alcançando o 5º lugar no ranking mundial (Gunn Report).

1994-1997 - Nomeado administrador delegado da TSF/Rádio Notícias, um grupo de rádios da esfera do Grupo Lusomundo, para proceder ao seu saneamento económico e financeiro. Neste período funda a Maxdesign, uma empresa de *design* e comunicação.

1991-1993 - Convidado para assessor do Conselho da SPE – Sociedade Portuguesa de Empreendimentos, ficando responsável por projetos de investimento, o *procurment*, o *funding* e a análise de dossiês de carácter económico e social, em Angola, tendo sido, ainda, destacado para exercer, em Luanda, a função de Diretor Geral da ENSUL – Empresa de Supermercados de Luanda, à data uma das maiores empresas de direito angolano, para preparar a sua privatização.

1989-1990 - Integra a equipa da Totta Finance, uma empresa especializada em fusões e aquisições, na esfera do, recém-privatizado Banco Totta.

1986-1989 - Ingresso nos quadros da Arthur Andersen onde teve oportunidade de adquirir significativa experiência nas áreas de Auditoria e Consultadoria.

CURSOS COMPLEMENTARES:

2012-2013 - PADIS XVI – Programa de Alta Direção de Instituições de Saúde - (AESE – Escola de Direção e Negócios, Lisboa)

OUTRA FORMAÇÃO:

- Mestrado em História de Arte pela Universidade Luslada (1997 -1998) – incompleto.
- Revisor Oficial de Contas - Ordem dos Revisores De Contas (ROC n.º 745) – com actividade suspensa por incompatibilidade com a actividade desempenhada actualmente.
- Técnico de Contas - Câmara dos Técnicos Oficiais de Contas (TOC nº 27828) – com actividade suspensa por incompatibilidade com a actividade desempenhada actualmente.

Vogal do CA – Enf.ª Fernanda Maria da Rosa

DADOS BIOGRÁFICOS:

Data de nascimento: 4 de Novembro 1952

FORMAÇÃO PROFISSIONAL:

1989 – Conclusão do Curso de Administração de Serviços de Enfermagem na Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende, com aproveitamento em todas as disciplinas constantes do Plano de Estudos

1983 – Graduação do Curso de Pedagogia e Administração para Enfermeiros Especialistas na Escola de Ensino e Administração

1981 - Graduação do Curso de Especialização em Enfermagem de Reabilitação da Escola de Reabilitação

1971-1974 - Ingressou na Escola de Enfermagem de S. João do Porto, no Curso Geral de Enfermagem

INGRESSO E PROGRESSÃO NA CARREIRA:

1990-1997 - Enfermeira Supervisora no Hospital São Francisco Xavier

1990 - Inicia funções com a categoria de enfermeira Chefe no Hospital São Francisco Xavier

1985-1989 - Processo de Enfermagem; Úlceras de Pressão – Project COMAC – Concert Action Programme on Quality Assurance of The European Communities; Comissão de Higiene e Infecção Hospitalar

Membro Fundador das referidas Comissões;

Integração na UCF (Unidade Coordenadora Funcional)

Colaboração na elaboração ao programa funcional, espaços arquitetónicos do Serviço de Urgência

Integração em Comissões Organizadoras/Científicas

1983 - Responsável pela remodelação do Serviço de Cirurgia, tendo assumido a sua chefia

1981 - Chefia do Serviço de Medicina e Cardiologia

1981 - Ascende à categoria de Enfermeira Chefe

1977 - Ascende ao lugar de Enfermeira subchefe

1975 - Enfermeira de 1.ª Classe

1974 - Enfermeira de 2.ª Classe do quadro do Hospital Distrital de Beja

OUTRAS ACTIVIDADES:

Preletora de ações de formação:

1990 - Regulamento de Visitas do Hospital S. Francisco Xavier

1984 - Grupos de Trabalho: Project do Sistema de Classificação de Doentes e sua Implementação

1982 - Project de Regulamento Interno do Hospital de Beja

CARGOS DESEMPENHADOS:

2011-2013 - Nomeada Enfermeira Diretora e Vogal Executivo do CHLO-Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental: exerce funções tendo os seguintes pelouros: Responsável pela Logística e Distribuição, Serviços Hoteleiros, Serviços de Instalações e Equipamentos e Serviço de Transportes

2008-2010 - Nomeada Enfermeira Diretora e Vogal executivo do CHLO- Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

2005-2008 - Nomeada Enfermeira Diretora e Vogal executivo do CHLO- Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

2002 - Nomeada Enfermeira Diretora do Hospital S. Francisco Xavier, SA

1997 - Eleita Enfermeira Diretora do Hospital S. Francisco

Vogal do CA - Dra. Rita Perez Fernandez da Silva

DADOS BIOGRÁFICOS:

Data de Nascimento: 22 de Janeiro de 1958

HABILITAÇÕES ACADÉMICAS:

- Licenciatura em Medicina
- Especialista em Anestesiologia

ACTIVIDADE PROFISSIONAL:

Categoria Profissional:

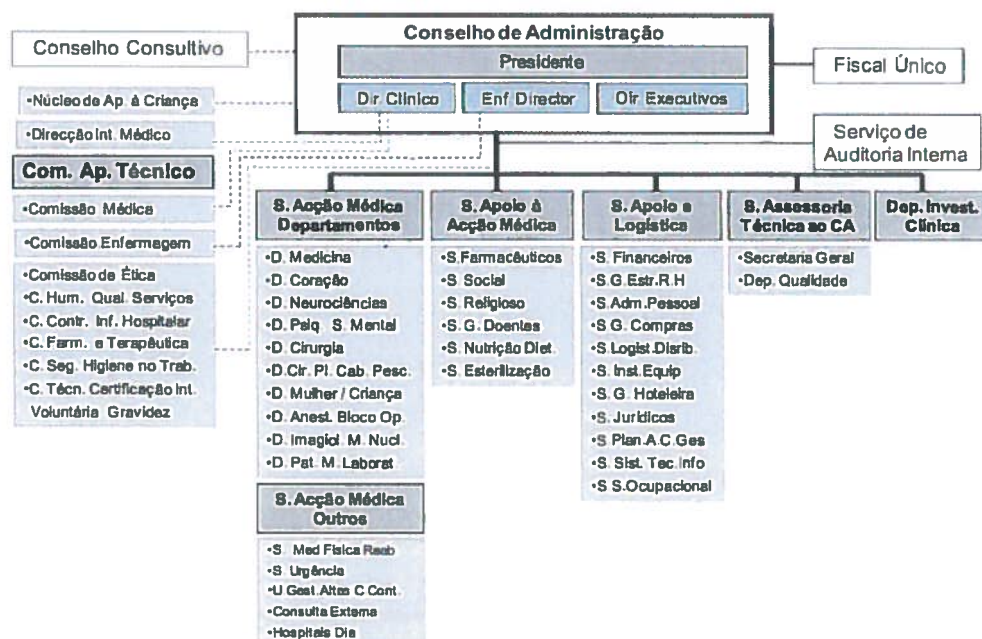
- Diretora Clínica

CARGOS ANTERIORES:

- Diretora Médica do Hospital São Francisco Xavier;
- Adjunta da Direção Médica do Hospital São Francisco Xavier;
- Coordenadora da Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos do Hospital São Francisco Xavier;
- Coordenadora Hospitalar de Doação do Hospital São Francisco Xavier;
- Coordenadora Geral da VMER do Hospital São Francisco Xavier e Helitransporte do INEM de Lisboa;
- Adjunta da Direção do Serviço de Urgência do Hospital São Francisco Xavier;
- Coordenadora Médica da VMER do Hospital São Francisco Xavier.

6. Relações familiares, profissionais ou comerciais, habituais e significativas, dos membros, consoante aplicável, do Conselho de Administração, do Conselho Geral e de Supervisão e do Conselho de Administração Executivo com acionistas a quem seja imputável participação qualificada superior a 2% dos direitos de voto.

Não existem

7. Organograma

8. Funcionamento do Conselho de Administração Executivo:

- a) **Número de reuniões realizadas e grau de assiduidade de cada membro às reuniões realizadas.**

Em 2014, realizaram-se 41 reuniões de Conselho de Administração, com 100% de assiduidade por parte de todos os membros.

- b) **Indicação dos cargos exercidos em simultâneo em outras empresas, dentro e fora do grupo, e outras atividades relevantes exercidas pelos membros daqueles órgãos no decurso do exercício.**

Não existem

- c) **Indicação dos órgãos da sociedade competentes para realizar a avaliação de desempenho dos administradores executivos e critérios pré-determinados para a avaliação de desempenho dos mesmos.**

Não aplicável

9. Comissões no seio do órgão de administração ou supervisão e administradores delegados.

- **Apoio Técnico no domínio do acesso aos cuidados de saúde**

- SIGIC – Dra. Isabel Cabral
- Comissão Médica – Dra. Rita Perez
- Comissão de Enfermagem – Enf. Fernanda Rosa
- Equipa de Gestão de Altas – Dra. Augusta Gaspar

- **Outras Comissões (apoio à gestão)**

De acordo com o Artº 21º do Regulamento Interno do CHLO, EPE, foram criadas as seguintes Comissões de Apoio à Gestão:

- Comissão de Ética

Elementos:

- Prof. Dra. Teresa Marques (Presidente)
- Dr. Carlos Costa
- Dra. Paula Peixe
- Dra. Helena Farinha
- Enfª Clara Maria Carvalho
- Dr. Santana Carlos
- Dr. Rui Miguel Campante Teles
- Padre João Valente

A Comissão de Ética zela pela observância de padrões de ética no exercício das ciências médicas, por forma a proteger e garantir a dignidade e integridade humanas, procedendo à análise e reflexão sobre temas da prática médica que envolvam questões de ética.

Neste sentido, conforme n.º 1 do Art.º 6º do Decreto-Lei n.º 97/95, de 10 de Maio, compete à Comissão de Ética:

- a) Zelar, no âmbito do funcionamento da instituição ou serviço de saúde respetivo, pela salvaguarda da dignidade e integridade humanas;
- b) Emitir, por sua iniciativa ou por solicitação, pareceres sobre questões éticas no domínio das atividades da instituição ou serviço de saúde respetivo;
- c) Pronunciar-se sobre os protocolos de investigação científica, nomeadamente os que se refiram a ensaios de diagnóstico ou terapêutica e técnicas experimentais que envolvem seres humanos e seus produtos biológicos, celebrados no âmbito da instituição ou serviço de saúde respetivo;
- d) Pronunciar-se sobre os pedidos de autorização para a realização de ensaios clínicos da instituição ou serviço de saúde respetivo e fiscalizar a sua execução, em especial no que respeita aos aspetos éticos e à segurança e integridade dos sujeitos do ensaio clínico;
- e) Pronunciar-se sobre a suspensão ou revogação da autorização para a realização de ensaios clínicos na instituição ou serviço de saúde respetivo;
- f) Reconhecer a qualificação científica adequada para a realização de ensaios clínicos, relativamente aos médicos da instituição ou serviço de saúde respetivo;
- g) Promover a divulgação dos princípios gerais da bioética pelos meios julgados adequados, designadamente através de estudos, pareceres ou outros documentos, no âmbito dos profissionais de saúde da instituição ou serviço de saúde respetivo.

No exercício das suas competências, a Comissão de Ética pondera, em particular, o estabelecido na lei, nos códigos deontológicos e nas declarações diretrizes Internacionais existentes sobre as matérias a apreciar.

Durante o ano de 2014, salientam-se as seguintes atividades:

- Foram emitidos 91 pareceres, dos quais, 82 submetidos a apreciação: 53 registos observacionais/projetos de investigação clínica, 15 estudos conducentes a provas académicas, 12 adendas/emendas a estudos aprovados anteriormente e 2 estudos que não tiveram parecer final e que aguardam esclarecimentos solicitados ao Investigador Principal;
- Apreclaram-se 868 justificações para autorização de utilização de medicamentos que não fazem parte do Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos (FHNM) ou cuja aplicação não está ainda aprovada pelo INFARMED;
- Participação no workshop "Ensaio Clínicos: Que Desafios para os Enfermeiros?", apresentando o tema: Ensaio Clínicos em ambiente hospitalar: perspectiva ética, bioética e legal. Organizado pelo CHLO em colaboração com a Escola Superior de Saúde Cruz Vermelha Portuguesa;
- Revisão e atualização das Normas de Submissão de Estudos à Comissão de Ética para a Saúde (CES) do CHLO.

- Comissão de Humanização e Qualidade dos Serviços

Elementos:

- o Dra. Suzana Parente (Presidente)
- o Dra. Filomena Martins
- o Dra. Conceição Furstenau
- o Dr. João Fernando Araújo Sequeira
- o Dra. Alexandra Flores
- o Enf.ª Maria de Fátima Sequeira Almeida
- o Técnica Ana Margarete

20

De acordo com o Art.º 23º do Regulamento Interno do CHLO, EPE, compete a esta comissão:

- a) Dar parecer sobre a formulação da política da qualidade;
- b) A elaboração de proposta do plano de ação anual;
- c) O acompanhamento e controlo da execução do plano de ação anual.

A política da qualidade inclui a aplicação global, setorial ou local de normas de certificação e acreditação.

A operacionalização das atividades atribuídas à Comissão de Humanização e Qualidade dos Serviços é assegurada no CHLO pelo Departamento de Qualidade.

Durante o ano 2014 destacaram-se as seguintes atividades:

- Divulgação das Normas de Orientação Clínica (NOC);
- Nomeação do Programa Nacional Prevenção e Controlo de Infecção e de Resistência Antimicrobianos (PPCIRA);
- Desenvolvimento em curso do Plano de Assistência Integrada (PAI) da diabetes;
- Monitorização das Infecções associadas aos cuidados de saúde;
- Participação no Programa Sistema Nacional de Avaliação em Saúde (SINAS) (alguns serviços);
- Auditorias Internas:
- Auditoria a normas emanadas pelo PPCIRA;
- Auditoria Interna à validação terapêutica no Hospital de Dia de Oncologia;
- Auditoria Interna à performance da Comunicação/Informação ao Doente e/ou seu Familiar na preparação da alta;
- Auditoria interna à Unidade de Colheitas e Transplante do Serviço de Oftalmologia;
- Auditoria interna aos Serviços Farmacêuticos do Hospital de Beja;

- Grupo de Coordenação local de prevenção e Controlo de Infecções e Resistências aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA)

Elementos:

- o Dra. Filomena Martins (Presidente)
- o Dra. Margarida Rosa Silva Santos
- o Dr. António João Rodrigues Pereira

- o Dra. Elsa Filipa Pasmal de Almeida Gonçalves
- o Enf.ª Maria Francelina Ribeiro Ferreira Rebelo
- o Dra. Maria Helena Farinha
- o Dra. Maria Isabel Antunes
- o Dra. Ana Alexandra da Conceição Mirco
- o Dr. João Fernando Araújo Sequeira
- o Enf.ª Maria Margarida Moreira Mimoso
- o Dra. Ana Alexandra Sousa Leitão
- o Enf.ª Clara Maria Aguiar Carvalho
- o Dra. Erica Rodrigues Viegas
- o Dra. Maria Fátima Marques Grenho

São objetivos desta Comissão, prevenir, detetar e controlar as infeções nos estabelecimentos de saúde, promovendo ações neste âmbito, em articulação com os vários departamentos, serviços, unidades e demais órgãos técnicos.

No âmbito destas competências, esta Comissão realizou as seguintes atividades ao longo de 2014 no âmbito da Vigilância Epidemiológica:

- Vigilância epidemiológica de incidência da infeção associada aos cuidados de saúde: infeção nosocomial e microrganismos epidemiologicamente significativos;
- Atualização da parametrização do sistema vigilância epidemiológica VigiGuard de acordo com as necessidades e baseada em orientações nacionais e internacionais;
- Vigilância epidemiológica da infeção do local cirúrgico e da infeção em UCI – Hospital in Europe Link for Infection Control through Surveillance (HELICS) - Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos antimicrobianos (PPCIRA);
- Vigilância epidemiológica na UCI Neonatal - (PPCIRA);
- Vigilância epidemiológica da infeção nosocomial da corrente sanguínea - (PPCIRA);
- Vigilância epidemiológica de prevalência – Global Prevalence Study on Infections in Urology (GPIU-study)- European Section on Infections in Urology (ESIU) and the UTI Commission of the International Society for Chemotherapy (ISC) of Infection and Cancer;
- Vigilância epidemiológica de prevalência – Global Prevalence Study on Infections in Prostate Biopsy (GPIU Prostate Biopsy Side Study)- European Section on Infections in Urology (ESIU) and the UTI Commission of the International Society for Chemotherapy (ISC) of Infection and Cancer; Apresentação de resultados da vigilância epidemiológica realizada.
- Apresentação de resultados à Auditoria à Duração da Terapêutica Antibiótica, de acordo com a Norma Clínica N°006/2014
- Inquérito de Prevalência à utilização de carbapenemes, fluoroquinolonas e cefalosporinas de 3ª geração.

- Comissão da Farmácia e Terapêutica

Elementos:

- o Dra. Rita Perez (Presidente)
- o Prof.^a Dra. Fátima Falcão
- o Dra. Helena Farinha
- o Dra. Ana Mirco
- o Dra. Isabel Aldir
- o Dr. António Carvalho
- o Dra. Erica Viegas

22

Compete a esta Comissão:

- a) Atuar como órgão de ligação entre os serviços de ação médica e os serviços farmacêuticos;
- b) Elaborar as adendas privativas de aditamento ou exclusão ao Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos;
- c) Emitir pareceres e relatórios, acerca de todos os medicamentos a incluir ou a excluir no Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos, que serão enviados trimestralmente ao INFARMED;
- d) Velar pelo cumprimento do Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos e suas adendas;
- e) Pronunciar-se sobre a correção da terapêutica prescrita aos doentes, quando solicitado pelo seu presidente e sem quebra das normas deontológicas;
- f) Apreciar com cada serviço hospitalar os custos da terapêutica que periodicamente lhe são submetidas, após emissão de parecer obrigatório pelo diretor dos serviços farmacêuticos do hospital;
- g) Elaborar, observando parecer de custos, a emitir pelo diretor dos serviços farmacêuticos, a lista de medicamentos de urgência que devem existir nos serviços de ação médica;
- h) Propor o que tiver por conveniente dentro das matérias da sua competência.

Em 22 de Maio de 2014 foi nomeada nova Comissão da Farmácia e Terapêutica. Foram realizadas 8 reuniões onde se discutiram e foram dados pareceres por escrito e aprovados:

- 11 Protocolos Terapêuticos;
- 29 pedidos de introdução de medicamentos ou formulações;
- 38 autorizações de utilizações excepcionais de medicamentos para aprovação pelo INFARMED;
- 8 estudos valia terapêutica ou de procedimentos em dispositivos médicos;
- 4 pedidos de colaboração de peritos externos e pareceres, nomeadamente do Grupo de Coordenação local de prevenção e Controlo de Infecções e Resistências aos Antimicrobianos GCL-PPCIRA;

Foram divulgadas as Circulares informativas do Infarmed;

Foram apreciados os custos de medicamentos por Serviço, elaborados mensalmente pelo S. Farmacêutico assim como os desvios notáveis.

- Núcleo Hospitalar de Apoio a Criança e Jovens em Risco

Elementos:

- o Dr. José Carlos Guimarães (Presidente)
- o Dra. Maria Manuel Vilhena
- o Dra. Ana Sofia Lopes Caldeira
- o Dra. Paula Afonso
- o Dra. Custódia Ribeiro
- o Enf. Fernanda Luis

23

Através de uma equipa multidisciplinar, o Núcleo Hospitalar de Apoio a Criança e Jovens em Risco propõe assumir a sua função de provedor dos direitos da criança, na proteção do seu superior interesse e no respeito pela sua dignidade. A sua principal atribuição deve passar por promover os direitos das crianças e jovens, através da prevenção da ocorrência de maus-tratos, da deteção precoce de contextos, fatores de risco e sinais de alarme, do comportamento e prestação de cuidados e da sinalização e/ou encaminhamento dos casos identificados.

Com a nova legislação, o NHACJR irá contemplar também a problemática da Violência Doméstica, pelo que impõe uma reestruturação interna de todas as funções a desempenhar para que possa abraçar esta nova etapa da melhor forma possível.

Nas situações de risco, destaca-se um indicador de risco predominante, pelo que a disfuncionalidade familiar constitui uma vulnerabilidade familiar que condiciona o bem-estar global de algumas crianças. O NHACJR tem também a realidade das crianças/ jovens sinalizados por problemas comportamentais vários, o bullying escolar, as crianças/ jovens negligenciados, pais com patologias psiquiátricas, gravidez na adolescência e pais adolescentes ou com o consumo de aditivos, entre outras, não podendo dissociar que tal está normalmente associado a uma dinâmica familiar disfuncional ou mesmo uma situação de perigo ainda não diagnosticada.

O abuso sexual e o mau trato físico continuam a constituir as situações de perigo que comprometem mais a integridade física e psíquica da criança/jovem.

Foram elaborados 70 pareceres técnicos, por escrito, de crianças e jovens em risco/ perigo, em resposta a entidades externas, tais como o Ministério Público, Tribunal, DIAP, Polícia Judiciária, etc.

No ano de 2014 comparativamente ao ano de 2013 foi observado um número equivalente de crianças, tendo havido mais atos, ou seja, as crianças e jovens tiveram um acompanhamento mais completo.

No que respeita às problemáticas sociais prevalecem como diagnósticos de Risco a Disfuncionalidade Familiar e os problemas comportamentais e como diagnóstico de perigo, o abuso sexual e os maus tratos.

- Comissão Técnica de Certificação de Interrupção Voluntária da Gravidez
(Interrupção da gravidez por doença grave ou malformação congénita do feto ou fetos inviáveis)

Elementos:

Dra. Isabel Paz – Presidente
Dr. Fernando Cirurgião
Dra. Patrícia Veca
Dr. António Macedo
Dra. Carla Lilaia
Dra. Tânia Sardinha

24

Competências:

- 1- A certificação da situação prevista na alínea c) do nº 1 do artigo 142 do Código Penal compete à comissão técnica, criada em cada estabelecimento de saúde oficial que realize interrupções da gravidez.
- 2- Cada comissão técnica é composta por três ou cinco médicos como membros efectivos e dois suplentes, a nomear pelo conselho de administração do estabelecimento oficial de saúde pelo período de um ano, renovável.
- 3- Da comissão técnica fazem parte, obrigatoriamente, um obstetra/ecografista, um neonatologista e, sempre que possível, um geneticista, sendo os restantes membros necessariamente possuidores de conhecimentos adequados para a avaliação das circunstâncias que tornam não punível a interrupção da gravidez.
- 4- A comissão técnica pode, sempre que necessário, solicitar o parecer de outros técnicos ou peritos.
- 5- A comissão técnica reúne:
 - a) Mediante convocação do presidente, sempre que necessário;
 - b) Obrigatória e imediatamente, após a recepção dos atestados, relatórios, pareceres médicos e documento normalizado de consentimento.
- 6- A comissão técnica deve prestar os esclarecimentos pertinentes à mulher grávida ou seu representante legal.
- 7- Ao funcionamento da comissão técnica aplica-se o disposto no Código do Procedimento Administrativo quanto aos órgãos colegiais.

Nº de casos em 2014:

- 39 Interrupções médicas da gravidez por doença grave ou malformação congénita do feto ou fetos inviáveis

Mais se informa que a equipa médica de Ginecologia e Obstetrícia é Objectora de Consciência para os casos de Interrupção da gravidez por opção da mulher.

Para além destas, foram ainda criadas as seguintes Comissões/ Núcleos/ Unidades:

- Comissão de Gestão de Risco

Elementos:

- o Dr. Concelção Fursteneau (Presidente)
- o Dra. Gabriela Rodrigues
- o Dra. Isabel Madruga
- o Dra. Erica Viegas
- o Dra. Maria João Lupi
- o Enf.^a Ilda Roldão
- o Enf.^a Carolina Santos

25

- Comissão de Coordenação Oncológica

Elementos:

- o Dra. Maria João Pais (Presidente)
- o Dra. Ana Maria Martins
- o Dr. Carlos Neves
- o Dra. Sância Ramos
- o Dra. Helena Miranda

- Comissão da Monitorização da Prescrição Médica do CHLO

Elementos:

- o Dr. José Guia (Presidente)
- o Dra. Isabel Maria Madruga
- o Dr. João Manuel Godinho
- o Dr. Jorge Cunha Azinheira
- o Dra. Cecília Lam Gil
- o Dra. Maria Helena Farinha

- Comissão de Vigilância e Profilaxia do Tromboembolismo Venoso

Elementos:

- o Dr. Carlos Neves (Presidente)
- o Dra. Maria Teresa Gago
- o Dr. Belarmino Clemente
- o Dra. Maria Alice Sousa
- o Dr. Francisco Silva
- o Dra. Maria Manuela Soares
- o Dra. Maria do Céu Lobo
- o Dra. Carla Margarida Lapão

- Unidade Coordenadora Funcional de Diabetes

Elementos do CHLO

- o Dra. Rita Perez
- o Dr. José Guia
- o Enf.^a Isabel Maria Amaral Amado
- o Dr. Carlos Augusto Carvalho Vasconcelos
- o Enf.^a Maria Isabel Gomes A. Pita Góis

26

- Unidade Funcional de Terapêutica Cirúrgica da Obesidade Mórbida

Elementos:

- o Dra. Manuela Oliveira (Presidente)
- o Dr. Carlos Nascimento
- o Dra. Helena Contente

C. Fiscalização

1. Identificação do órgão de fiscalização

FISCAL ÚNICO

Mandato	Cargo	Identificação		Designação			N.º Mandatos exercidos na sociedade
		Nome	Número	Forma	Data	Contratada	
2014-2016	Electivo	BDO & Associados, Lda Representada por Dr. Pedro Manuel Aleixo Dias	SROC n.º 29 ROC n.º 725	Despacho n.º 328/14- SET	03/03/2014	10/03/2014	2 ^{a)}
	Suplente	Dr. João Paulo Torres Cunha Ferreira	ROC n.º 956				

a) Mandato 1 – 2011/2013 – Despacho n.º 111/12 – SETF de 05/02/2012

(euros)

Nome	Remuneração Anual.(a)		
	Bruto	Reduções Remuneratórias	Valor após Reduções
BDO & Associados, Lda	16.681,44	2.418,80	14.262,64

(a) Não inclui IVA

2. Identificação, consoante aplicável, dos membros do Conselho Fiscal, da Comissão de Auditoria, do Conselho Geral e de Supervisão ou da Comissão para as Matérias Financeiras que se considerem independentes, nos termos do art. 414.º, n.º 5 Código das Sociedades Comerciais (CSC).

Não aplicável

3. Elementos curriculares relevantes do Fiscal Único.

• Fiscal Único

Efectivo – BDO & Associados, Lda.

Dr. Pedro Manuel Aleixo Dias

Data de Nascimento: 04/02/1957

Habilitações Académicas

- Bacharelato em Contabilidade e Administração de Empresas pelo Instituto Técnico Militar dos Pupilos do Exército (ITMPE).
- Licenciatura em Organização e Gestão de Empresas pelo Instituto de Ciências do Trabalho e da Empresa (ISCTE).
- Mestrado em Gestão (MBA) na Universidade Nova de Lisboa (UNL).

Atividade Profissional

Categoria Profissional:

- Revisor Oficial de Contas, desde 1985, sendo atualmente "International Liaison Partner" (ILP) e "Senior Partner" da BDO & Associados – SROC, Lda.

Cargos anteriores:

- Client Services Partner e Revisor Oficial de Contas da BDO & Associados – SROC, Lda.
- Diretor do Departamento de Supervisão Bancária do Instituto Emissor de Macau, em comissão de serviço a convite do Governo de Macau.
- Consultor em regime de profissão livre.
- Supervisor de Auditoria da Price Waterhouse.

4. Funcionamento do Conselho Fiscal, Comissão de Auditoria, Conselho Geral e de Supervisão ou da Comissão para as Matérias Financeiras, consoante aplicável:

- a) Número de reuniões realizadas e respetivo grau de assiduidade por parte de cada membro.
- b) Indicação dos cargos exercidos em simultâneo em outras empresas, dentro e fora do grupo, e outras atividades relevantes exercidas pelos membros daqueles órgãos no decurso do exercício.
- c) Descrição dos procedimentos e critérios aplicáveis à intervenção do órgão de fiscalização para efeitos de contratação de serviços adicionais ao auditor externo.
- d) Outras funções dos órgãos de fiscalização e, se aplicável, da Comissão para as Matérias Financeiras.

Não aplicável

D. Revisor Oficial de Contas (ROC)

1. Identificação do ROC, SROC respetivos números de inscrição na OROC e CMVM, caso aplicável, e do sócio ROC, efetivo e suplente, que o representa e indicação do número de anos em que o revisor oficial de contas exerce funções consecutivamente junto da sociedade e/ou grupo. Caso tenha ocorrido alteração de mandato durante o ano em reporte deverá indicar os mandatos respetivos (o que saiu e o que entrou).
2. Indicação das limitações, legais e outras, relativamente ao número de anos em que o ROC presta contas à sociedade.
3. Indicação do número de anos em que a SROC e/ou ROC exerce funções consecutivamente junto da sociedade/grupo, bem como indicação do número de anos em que o ROC presta serviços nesta sociedade, incluindo o ano a que se refere o presente relatório.
4. Descrição de outros serviços prestados pelo SROC à sociedade e/ou prestados pelo ROC que representa a SROC, caso aplicável.

Não aplicável

E. Auditor Externo

1. Identificação do auditor externo designado e do sócio ROC que o representa no cumprimento dessas funções, bem como o respetivo número de registo na CMVM, assim como a indicação do número de anos em que o auditor externo e o respetivo sócio ROC que o representa no cumprimento dessas funções exercem funções consecutivamente junto da sociedade e/ou do grupo.
2. Política e periodicidade da rotação do auditor externo e do respetivo sócio ROC que o representa no cumprimento dessas funções, bem como indicação do órgão responsável pela avaliação do auditor externo e periodicidade com que essa avaliação é feita.
3. Identificação de trabalhos, distintos dos de auditoria, realizados pelo auditor externo para a sociedade e/ou para sociedades que com ela se encontrem em relação de domínio, bem como indicação dos procedimentos internos para efeitos de aprovação da contratação de tais serviços e indicação das razões para a sua contratação.
4. Indicação do montante da remuneração anual paga pela sociedade e/ou por pessoas coletivas em relação de domínio ou de grupo ao auditor e a outras pessoas singulares ou coletivas pertencentes à mesma rede² e discriminação da percentagem respeitante aos seguintes serviços:

Não aplicável

² Para efeitos desta informação, o conceito de rede é o decorrente da Recomendação da Comissão Europeia n.º C (2002) 1873, de 16 de maio.

V. Organização Interna

A. Estatutos e Comunicações

1. Alteração dos estatutos da sociedade - Regras aplicáveis

O Regulamento Interno do CHLO, E.P.E., foi homologado por Sua Ex^a o Secretário de Estado da Saúde, em 27 de Junho de 2006.

29

2. Comunicação de Irregularidades - meios e política de comunicação de irregularidades ocorridas na sociedade.

Considerando que nos termos do disposto na alínea b), do nº 2, do artigo 17º, do Decreto-Lei 244/2012, de 9 de novembro, que altera e republica o Decreto-Lei nº 233/2005, de 29/12, é dever do Serviço de Auditoria Interna (SAI) *“receber as comunicações de irregularidades sobre a organização e funcionamento do hospital E.P.E. apresentadas pelos demais órgãos estatutários, trabalhadores, colaboradores, utentes e cidadãos em geral.”*;

Considerando que de acordo com o previsto no nº 1, do artigo 17º-A do mesmo DL, *“o hospital E.P.E dispõe de um sistema de controlo interno e de comunicação de irregularidade, competindo ao Conselho de Administração assegurar a sua implementação e manutenção e ao auditor interno a responsabilidade pela sua avaliação.”*;

O sistema de comunicação acima referido define um conjunto de regras e procedimentos internos, disponível aos órgãos estatutários, trabalhadores, colaboradores, utentes e cidadãos em geral, que entendam participar a ocorrência de irregularidades, de forma livre e consciente e através do qual possam ser descritos factos que indiciem sobre:

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

Foram criados os procedimentos necessários para a receção das irregularidades, designadamente através da criação de circuitos de comunicação interna e externa como o correio eletrónico (acessível na internet e intranet do CHLO) e normal.

A participação da ocorrência de irregularidades poderá ser realizada através dos seguintes meios:

- Por correio eletrónico, dirigido ao SAI: sai.irregularidades@chlo.min-saude.pt;
- Por carta, dirigida ao SAI, para a seguinte morada: **Estrada do Forte do Alto do Duque, 1449-005 Lisboa**

A comunicação de qualquer eventual irregularidade ou informação similar, bem como o apoio no âmbito da investigação da comunicação de irregularidades são um

direito do seu autor, que deverá ser exercido com a absoluta salvaguarda da sua identidade se tal for solicitado, de forma a prevenir omissões por receio de represálias e/ou qualquer forma de pressão.

O SAI assegura a confidencialidade da comunicação, nomeadamente na consagração de procedimentos adequados para a receção, registo e tratamento (utilização única e exclusiva conforme o previsto no respetivo regulamento) da comunicação das irregularidades.

O SAI reportará, anualmente, ao Conselho de Administração (CA) do CHLO, um relatório sobre a atividade desenvolvida e das eventuais recomendações relativamente à aplicação do regulamento da comunicação de irregularidades e dos processos rececionados e concluídos anualmente, bem como a apresentação de alterações que considere necessárias para a melhoria e aperfeiçoamento da forma de gestão e da comunicação. Sempre que a situação reportada, exija tratamento especial e urgente, dada a sua natureza, o SAI informará de imediato o CA.

3. **Indicação das políticas antifraude adotadas e identificação de ferramentas existentes com vista à mitigação e prevenção da fraude organizacional. Referência à existência de Planos de Ação para prevenir fraudes internas (cometida por um Colaborador ou Fornecedor de Serviços) e externas (cometida por Clientes ou Terceiros), assim como a identificação das ocorrências e as medidas tomadas para a sua mitigação. Indicar se a empresa cumpre com a legislação e a regulamentação em vigor relativas à prevenção da corrupção e se elabora anualmente um Relatório Identificativo das Ocorrências, ou Risco de Ocorrências, dos factos mencionados na alínea a) do n.º 1 do artigo 2.º da Lei n.º 54/2008, de 4 de setembro. Indicação do local no site da empresa onde se encontra publicitado o respetivo relatório (Artigo 46.º DL 133/2013).**

O CHLO possui mecanismos implementados que permitem detetar, avaliar e mitigar a fraude da organização/riscos de corrupção, entre os quais:

- Regulamento Interno;
- Auditoria Interna;
- Código de Ética;
- Manuais de procedimentos administrativos;
- Regulamento de Comunicação de Irregularidades;
- Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas;
- Outros.

Os instrumentos acima identificados, em conjunto com as atividades de controlo, informação, comunicação e monitorização dos diversos riscos associados à atividade da organização, constituem um instrumento fundamental de suporte ao planeamento estratégico e tomada de decisão pelo CA.

No que diz respeito à comunicação de irregularidades, compete ao SAI desenvolver planos de ação que avaliem e garantam que as regras estabelecidas nos manuais são cumpridas, bem como outras ações de prevenção de fraude.

As irregularidades identificadas pelo SAI e as comunicadas por agentes internos ou externos serão alvo de análise preliminar, por parte deste serviço, por forma a certificar-se, nomeadamente:

- a) O grau de credibilidade da comunicação;
- b) O carácter irregular do comportamento reportado;
- c) A viabilidade da averiguação;
- d) A identificação das pessoas envolvidas ou que tenham conhecimento de factos relevantes e que, por esse motivo, devam ser confrontadas ou inquiridas.

Após a análise preliminar referida no nº anterior, será elaborado um relatório que concluirá pela continuação da averiguação, ou pelo arquivamento do processo.

Caso o SAI considere que a comunicação é inconsistente, pouco séria ou Inverosímil, proporá o arquivamento da mesma, procedendo ao respetivo tratamento estatístico, bem como à comunicação dessa decisão ao autor da comunicação, acompanhada de súmula dos fundamentos que determinaram tal desfecho.

Caso o SAI considere que a comunicação é consistente, plausível e verosímil, ou seja, que existem indícios suficientes de que os factos descritos na mesma possam consubstanciar uma irregularidade nos termos previstos na Cláusula 2ª do presente Regulamento, inicia-se o processo de averiguação, por si conduzido e supervisionado.

Concluída a fase de averiguação prevista no número anterior, o SAI elaborará um relatório devidamente fundamentado, acerca dos factos apurados durante a averiguação, e apresentará a sua proposta de decisão, que submeterá ao Conselho de Administração.

Sem prejuízo do disposto anteriormente, poderá haver a necessidade de reportar a entidades externas as Irregularidades detetadas.

Sempre que não esteja em causa uma irregularidade relevante para efeitos de aplicação dos procedimentos previstos na presente cláusula, o SAI remeterá a respetiva comunicação para o CA ou para outro serviço por este recomendado.

Sempre que a especificidade ou complexidade das matérias em causa ou justifiquem, o SAI poderá solicitar ao CA a nomeação de peritos ou auditores externos para o auxiliar na averiguação.

O SAI reportará, anualmente, ao CA do CHLO, um relatório sobre a atividade desenvolvida e das eventuais recomendações relativamente à aplicação do regulamento da comunicação de irregularidades e dos processos rececionados e concluídos anualmente.

Para além do dispositivo mencionado no **ponto1**, e em cumprimento da Recomendação nº 1/2009, de 1 de julho, do Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC) o conselho de administração aprovou, em julho de 2014, o Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PPRCIC).

Este documento inclui as Matrizes de Risco (MGR) dos seguintes serviços:

- Serviço de Gestão de Compras;
- Serviço de Logística e Distribuição;
- Serviço de Gestão Hoteleira;

- Serviço de Sistemas e Tecnologias de Informação;
- Serviço Financeiro;
- Serviço de Gestão Estratégica de Recursos Humanos;
- Serviço de Administração de Pessoal;
- Serviço de Gestão de Doentes;
- Serviço de Instalações e Equipamentos.

O PPRCIC encontra-se publicado no site do CHLO e acessível no respetivo portal.

32

B. Controlo interno e gestão de riscos

1. **Informação sobre a existência de um sistema de controlo interno (SCI) compatível com a dimensão e complexidade da empresa, de modo a proteger os investimentos e os seus ativos (este deve abarcar todos os riscos relevantes pela empresa).**

O hospital E.P.E. dispõe de um sistema de controlo interno e de comunicação de irregularidades, competindo ao CA assegurar a sua implementação e manutenção e ao SAI compete efetuar/assegurar a sua avaliação, conforme previsto no ponto nº 1 do artigo nº 17 do Decreto-Lei nº 244/2012, de 9 de novembro.

O Sistema de Controlo Interno compreende um conjunto de estratégias, políticas, processos, regras e procedimentos estabelecidos no hospital com vista a garantir:

- A execução de uma atividade eficiente que assegure a utilização eficaz dos recursos e ativos, a garantia de continuidade, segurança e qualidade da prestação de cuidados de saúde, através de uma adequada gestão e controlo dos riscos da atividade, da correta e prudente avaliação dos ativos e responsabilidades, bem como da definição e implementação de mecanismos/procedimentos de prevenção e de proteção do serviço público contra atuações danosas ou comprometedoras ao normal funcionamento do mesmo;
- A existência de informação económica e financeira e de gestão que sustente/garanta as tomadas de decisão e os processos de controlo, quer a nível interno e externo;
- O cumprimento das disposições legais e regulamentares aplicáveis, bem como pelas normas deontológicas e profissionais aplicáveis, pelas regras internas e estatutárias, regras de conduta e de relacionamento, orientações e recomendações aplicáveis de entidades externas como o Tribunal de Contas, IGAS e outras.

As considerações acima mencionadas estão contempladas no regulamento interno e no código de ética do CHLO.

Para dar cumprimento a esta obrigação, os Serviços criaram instrumentos próprios, os manuais de procedimentos que reúnem e sistematizam o conjunto de informações relevantes para o desempenho das tarefas inerentes, de modo a

facilitar a compreensão da sua estrutura, atribuições e funcionamento, visando a minimização/eliminação do risco/fraude.

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

- Serviço de Auditoria Interna
- Comissão de Gestão de Risco do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE.

33

O SAI em 31/12/2014 era constituído pelo Auditor Interno e por três Técnicas de Auditoria.

Face à legislação em vigor, o SAI é responsável, pela avaliação do sistema de controlo interno e de gestão de riscos, nos domínios contabilístico, financeiro, operacional, informático e de recursos humanos, contribuindo para a sua melhoria contínua.

Ao SAI compete em especial:

- a) Fornecer ao CA análises e recomendações sobre as atividades revistas para melhoria do seu funcionamento;
- b) Receber e tratar as comunicações de irregularidades relacionadas com a organização e funcionamento do hospital EPE, apresentadas pelos órgãos estatutários, trabalhadores, utentes e cidadãos em geral;
- c) Elaborar o Plano Anual de Auditoria Interna, consistente com os objetivos propostos pelo CHLO e fundamentado na avaliação do risco;
- d) Elaborar anualmente um relatório sobre a atividade desenvolvida (auditorias executadas), referindo-se os controlos efetuados, as anomalias detetadas e as medidas corretivas a adotar.

3. Em caso de existência de Plano estratégico e de política de risco da sociedade, deve incluir a definição de níveis de risco considerados aceitáveis e identificar as principais medidas adotadas.

A existência do (PPRCIC) aprovado pelo CA em julho de 2014. Estando prevista a sua a curto prazo, incluindo outros serviços, bem como o acrescento de novos riscos com o objetivo de o tornar o mais abrangente/consistente, de modo a que a gestão/avaliação do risco seja mais eficaz e eficiente (mitigação do risco).

4. 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 e a Comissão de Gestão de Risco do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE., dependem, em termos orgânicos, do Presidente do CA.

5. Existência de outras áreas funcionais com competências no controlo de riscos.

A gestão e controlo dos riscos são assumidos no CHLO pela sua estrutura organizacional, numa primeira linha pelo CA e pelos seus colaboradores em geral.

Por sua vez, tendo em conta as especificidades de certos tipos de riscos existem áreas funcionais com competências para a gestão e o controlo dos mesmos e que estão previstas no regulamento interno do CHLO, destas se destacando áreas específicas, nomeadamente o risco clínico e o risco não clínico no âmbito da comissão da qualidade e da segurança do utente.

34

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

As Organizações devem analisar os fatores de risco para cada área de atividade, equacioná-los e geri-los por forma e evitar acontecimentos que prejudicam os resultados da sua atividade e o seu normal funcionamento, protegendo as suas áreas de atuação e assegurando que presidam à sua ação princípios como os da segurança, da transparência, da isenção e da eficiência.

A gestão de risco é, assim, uma tarefa em constante evolução e desenvolvimento, que, no caso do CHLO, acompanha permanentemente a definição das estratégias adotadas pela organização e a sua implementação concreta.

A identificação dos riscos associados a cada serviço do centro hospitalar tem como objetivo conhecer a sua exposição a determinados fatores, que poderão colocar em causa a realização de determinado objetivo.

No que diz respeito a este ponto, considera-se como potenciais áreas de risco:

- Serviço de Gestão de Doentes;
- Serviços de Gestão Estratégica de Recursos Humanos;
- Serviço de Gestão de Compras e Logística;
- Imobilizado;
- Tesouraria e contabilidade;
- Sistemas de Informação;
- Comunicação e Imagem;
- Qualidade da Informação

Área de Risco	Identificação do Risco	Medidas Preventivas
Serviço de Gestão de Doentes	Sistema de cobrança de taxas moderadoras ineficiente	Melhoramento do sistema de cobrança de valores em dívida
	Erros na recolha e/ou digitação de dados dos utentes e falhas na atualização de registos	Correta aplicação das normas e procedimentos em vigor
	Falta de registo de todos os diagnósticos efetuados	Monitorização da exatidão dos registos de todos os diagnósticos efetuados
	Quebra de sigilo às informações clínicas, manuseamento do processo clínico	Implementação de processos clínicos eletrónicos e informar os funcionários da exigência do sigilo
Serviço de Gestão Estratégica de Recursos Humanos	Informação (dados mestre) sobre pessoal incorreta ou desatualizada	Verificação de todas as alterações (criação / alteração e eliminação) a dados mestres de pessoal, devidamente aprovadas e total e corretamente atualizadas no respetivos sistema
	Registo de tempos trabalhados e controlo de assiduidade inadequados.	Folhas de ponto, controlo manual de tempos e assiduidade registados
	Processamento de abonos e descontos não autorizados	Submissão de todos os abonos à aprovação de acordo com a delegação de competências estabelecida; Submissão de todos os descontos (não oficiais) à aprovação dos colaboradores
	Pagamento de remunerações pelo valor indevido	Conferência manual dos respetivos cálculos
	Registo de tempos trabalhados e controlo de assiduidade inadequados.	Folhas de ponto, controlo manual de tempos e assiduidade registados
Serviço de Gestão de Compras e Logística	Violação de deveres funcionais e valores como independência, integridade, transparência, responsabilidade e imparcialidade	Existência de regulamento de contratação e respetiva divulgação
	Solicitação de aquisição de bens/serviços/obras desadequados às necessidades da Instituição	Segregação de funções (quem faz o pedido, quem avalia e quem autoriza)
	Favorecimento de fornecedores	Utilização da plataforma eletrónica e da sua lista de fornecedores como referência
	Cadernos de encargos pouco claros, incompletos ou discriminatórios	Existência de regulamento de contratação e respetiva divulgação
	Conluio entre fornecedores e colaboradores dos armazéns	Contagens periódicas e Inventário de final de ano; Diferentes níveis de conferência de existências; Promoção da segregação de funções
	Apropriação indevida de existências por colaboradores ou terceiros	Restrições de acesso físico aos armazéns; Contagens periódicas e Inventário de final de ano; Promoção da segregação de funções
	Movimentos de existências não registados ou não controlados nos armazéns e/ou nos serviços	Conferência diária dos movimentos de existências; Contagens periódicas e Inventário de final de ano; Acompanhamento periódico da atividade pelas chefias
Imobilizado	Ocorrência de desvios/roubos de equipamentos	Responsabilização dos serviços pelos equipamentos à sua guarda
	Não inventariação de bens oferecidos com eventual apropriação ou utilização indevida de bens públicos	Inventariação (etiquetagem) e registo dos bens aquando da sua receção
	Equipamento não etiquetado	Assegurar a conferência física periódica dos bens, reconciliado com registos contabilísticos e de inventário
	Transferência de bens sem comunicação	Responsabilização dos serviços pela salvaguarda dos bens à sua custódia.
	Deterioração de instalações e equipamentos	Assegurar a manutenção preventiva e proceder a reparações nas instalações e equipamentos.

Área de Risco	Identificação do Risco	Medidas Preventivas
Tesouraria e Contabilidade	Desvio de dinheiros e aplicação indevida dos procedimentos	Segregação de funções; Responsabilização das funções inerentes a cada profissional através do acompanhamento e supervisão das mesmas
	Correspondência incorreta entre o NIB e a entidade a pagar	Verificação mensal de todas as alterações efetuadas às tabelas e aos movimentos
	Quebra de sigilo ou de outros deveres funcionais e valores, tais como a integridade, responsabilidade, imparcialidade e prossecução do interesse público.	Responsabilização das funções inerentes a cada profissional através do acompanhamento e supervisão das mesmas
	Favorecimento de fornecedores aquando do pagamento	Formalização de regras de pagamento aos fornecedores
	Existência de erros de validades e/ou integridade de contas a apagar e a receber	Reforço de procedimentos de trabalho que assegurem a totalidade e exatidão dos registos de contas a pagar e a receber
	Atrasos na faturação de prestação de serviços	Implementação de procedimentos de garantia de faturação correta e atempada de todos os serviços prestados
	Faturação incorreta, anulação de recibos, isenção de taxas moderadoras	Segregação e responsabilização de funções
Serviço de Sistemas e Tecnologias de Informação	Atribuição de acesso indevido a determinada aplicação ou informação	Definição do perfil de acesso de acordo com as funções e a segregação de funções
	Permitir acesso à consulta e manipulação de dados informáticos	Acesso a dados, somente por pedido por responsáveis do serviço, via correio eletrónico para o helpdesk da informática. O acesso a alguns dados mais críticos é feito a dois níveis, no SSTI e no próprio serviço que gere a aplicação
	Interrupção de serviço contínuo e consequente perda de informação	Identificação, classificação e monitorização dos componentes mais críticos da infraestrutura tecnológica. Cumprimento de procedimentos de salvaguarda e recuperação de informação
Comunicação e Imagem	Falha de articulação entre os diversos serviços	Implementação de procedimentos de articulação interdepartamental. Implementação de reuniões periódicas de acompanhamento das atividades
Qualidade da informação	Falta de qualidade na informação gerada e disponível	Implementação de procedimentos que permitam garantir que a informação disponível é apropriada, suficiente e atual

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

Ao Serviço de Auditoria Interna compete avaliar os riscos enfrentados pelas organizações com base nos seus planos e em testes adequados. Aos Auditores Internos compete estar alerta para a possibilidade de sinais de fraude dentro das organizações.

Enquanto os auditores externos focam-se nos erros e omissões materialmente relevantes nas demonstrações financeiras, os auditores internos estão melhor posicionados para detetar os sintomas que acompanham a fraude.

A presença continua na organização permite-lhes ter um melhor entendimento da atividade e do sistema de controlos internos. Especificamente, os auditores internos

podem e auxiliam na dissuasão da fraude através da análise e exames da eficácia e adequação dos controlos internos. Adicionalmente, podem e apoiam a organização a implementar medida de prevenção de fraude dado o seu conhecimento dos pontos fracos e fortes da empresa.

A importância que a organização dá à auditoria interna é um claro indicador do compromisso da organização na gestão do risco e na eficácia dos controlos internos relacionados com a fraude.

A monitorização, controlo e prevenção da gestão de riscos é da responsabilidade do Serviço de Auditoria Interna, fazendo parte do seu Plano Anual de Auditoria.

A sua revisão é efetuada sistematicamente, visando todos os serviços, com vista à identificação do risco e criação de novos mecanismos, caso os existentes não o garantam.

O relacionamento que a auditoria interna tem com a gestão de risco de fraude inclui:

- Investigação inicial ou completa das suspeitas de fraude;
- Análise das causas e recomendações para melhoria dos controlos;
- Monitorização das linhas anónimas;
- Dar formação sobre ética.

A atribuição destas tarefas à Auditoria Interna implica que esta tem a responsabilidade de obter as competências necessárias para este efeito.

Importa ter presente que, independentemente do tipo de participação, a independência da função deve ser sempre garantida.

8. Principais elementos do SCI e de gestão de risco implementados na sociedade relativamente ao processo de divulgação de informação financeira.

Não aplicável

C. Regulamentos e Códigos

1. Referência sumária aos regulamentos internos aplicáveis e regulamentos externos a que a entidade está legalmente obrigada, com apresentação dos aspetos mais relevantes e de maior importância. Indicação onde este se encontra disponível para consulta.

O CHLO é um estabelecimento público do Serviço Nacional de Saúde dotado de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial.

O CHLO rege-se pelo regime jurídico aplicável às entidades públicas empresariais, com as especificidades constantes do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro e seus anexos I e II, pelas normas em vigor para o SNS que os não contrariem e pelo seu Regulamento Interno, homologado pelo Ministério da Saúde. Para mais

esclarecimentos sobre a legislação aplicável, consultar: www.chlo.min-saude.pt/Hospital/Legislacao.

2. **Referência à existência ou aderência de códigos de conduta e de um Código de Ética com a data da última atualização, em que contemple exigentes comportamentos éticos e deontológicos. Indicação onde este se encontra disponível para consulta, assim como a sua divulgação junto dos seus colaboradores, clientes, fornecedores e a forma como é efetuada. Informação sobre as medidas vigentes tendo em vista garantir um tratamento equitativo junto dos seus clientes e fornecedores e demais titulares de interesses legítimos, designadamente colaboradores da empresa, ou outros credores que não fornecedores ou, de um modo geral, qualquer entidade que estabeleça alguma relação jurídica com a empresa (artigo 47.º DL 133/2013).**

38

O Código de Ética no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, foi aprovado em 13 de Dezembro de 2012 e corresponde, não só ao cumprimento dos dispositivos legais aplicáveis, designadamente a Resolução de Conselho de Ministro 49/2007, mas também a um instrumento que visa a realização dos objetivos e da missão da instituição.

Este Código estabelece um conjunto de princípios de orientação da atividade hospitalar e de regras de natureza ética e deontológica destinadas a orientar os colaboradores do CHLO no desempenho das suas funções, de modo a que as possam exercer com elevados padrões de qualidade e em linha com os objetivos e missão do CHLO na prestação de cuidados de saúde.

No cumprimento do Decreto-Lei 8 n.º 97/1995 de 10 de Maio, possui uma Comissão de Ética com as seguintes competências:

- Pronunciar-se sobre todas as questões que envolvam valores morais dentro da Instituição, nomeadamente o respeito pelos direitos e dignidade dos doentes;
- Zelar pela observância de padrões éticos no acesso aos cuidados, de diagnóstico e tratamento e no respeito pela confidencialidade;
- Pronunciar-se sobre práticas corretas de investigação e ensino que envolvam doentes ou tenham impacto nos princípios morais porque se rege a sociedade e as práticas profissionais.

Em todas as suas atividades, o CHLO respeita os princípios da Ética já enunciados anteriormente:

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

D. Deveres especiais de informação

1. **Indicação da plataforma utilizada para cumprimento dos deveres de informação a que a empresa se encontra sujeita, nomeadamente os relativos ao reporte de informação económica e financeira (vide alíneas d) a i) do artigo 44.º do Decreto-Lei n.º 133/2013), a saber:**

- d) **Prestação de garantias financeiras ou assunção de dívidas ou passivos de outras entidades, mesmo nos casos em que assumam organização de grupo;**

Não aplicável

- e) **Grau de execução dos objetivos fixados, justificação dos desvios verificados e indicação de medidas de correção aplicadas ou a aplicar;**

ARSLVT: Sistema de Informação de Contratualização e Acompanhamento (SICA)

SIRIEF: Sistema de Recolha de Informação Económica e Financeira

ACSS: Serviços On-line – Unidade de Organização e Gestão Financeira (UOGF)

- f) **Planos de atividades e orçamento, anuais e plurianuais, incluindo os planos de investimento e as fontes de financiamento;**

ARSLVT: Sistema de Informação de Contratualização e Acompanhamento (SICA)

SIRIEF: Sistema de Recolha de Informação Económica e Financeira

- g) **Orçamento anual e plurianual;**

ARSLVT: Sistema de Informação de Contratualização e Acompanhamento (SICA)

SIRIEF: Sistema de Recolha de Informação Económica e Financeira

- h) **Documentos anuais de prestação de contas;**

ARSLVT: Sistema de Informação de Contratualização e Acompanhamento (SICA)

SIRIEF: Sistema de Recolha de Informação Económica e Financeira

- i) **Relatórios trimestrais de execução orçamental acompanhados dos relatórios do órgão de fiscalização.**

SIRIEF: Sistema de Recolha de Informação Económica e Financeira

2. Indicação da plataforma utilizada para cumprimento dos deveres de transparência a que a empresa se encontra sujeita, nomeadamente os relativos a informação a prestar anualmente ao titular da função acionista e ao público em geral sobre o modo como foi prosseguida a sua missão, do grau de cumprimento dos seus objetivos, da forma como foi cumprida a política de responsabilidade social, de desenvolvimento sustentável e os termos de prestação do serviço público, e em que medida foi salvaguardada a sua competitividade, designadamente pela via da investigação, do desenvolvimento, da inovação e da integração de novas tecnologias no processo produtivo (vide n.º 1 do artigo 45.º do Decreto-Lei n.º 133/2013).

SIRIEF: Sistema de Recolha de Informação Económica e Financeira

E. Sítio de Internet

Indicação dos endereços e divulgação da informação disponibilizada, designadamente.

- a) Sede e demais elementos mencionados no artigo 171.º do CSC;
http://www.chlo.min-saude.pt/Contactos/Gerais/?sm=6_1
- b) Estatutos e os regulamentos de funcionamento dos órgãos e/ou comissões;
http://www.chlo.min-saude.pt/Hospital/Legislacao/?sm=1_3
- c) Identificação dos titulares dos órgãos sociais e outros órgãos estatutários;
http://www.chlo.min-saude.pt/Hospital/Organiza%C3%A7%C3%A3o/?sm=1_2
- d) Documentos de prestação de contas anuais³ e caso aplicável, as semestrais;
http://www.chlo.min-saude.pt/Hospital/RelatorioContas/?sm=1_4

F. Prestação de Serviço Público ou de Interesse Geral (se aplicável)

1. Referência ao contrato celebrado com a entidade pública que tenha confiado à empresa a prestação de um serviço público ou de interesse geral, respeitante à remuneração dessa atividade (vide n.º 3 do artigo 48.º do Decreto-Lei n.º 133/2013).

Contrato Programa 2013-2015:

Acordo Modificativo do Contrato Programa 2014 celebrado entre a ARSLVT (Administração Regional de Saúde de Lisboa) e o CHLO, EPE (Centro Hospital de Lisboa Ocidental, EPE) em 17 de Abril de 2014.

³ Que devem estar acessíveis pelo menos durante cinco anos

2. Exposição das propostas de contratualização da prestação de serviço público apresentadas ao titular da função acionista e ao membro do governo responsável pelo respetivo setor de atividade (vide n.ºs 1, 2 e 4 do artigo 48.º do Decreto-Lei n.º 133/2013), das quais deverão constar os seguintes elementos:

- a) Associação de metas quantitativas a custos permanentemente auditáveis;
- b) Modelo de financiamento, prevendo penalizações em caso de incumprimento;
- c) Critérios de avaliação e revisão contratuais;
- d) Parâmetros destinados a garantir níveis adequados de satisfação dos utentes;
- e) Compatibilidade com o esforço financeiro do Estado, tal como resulta das afetações de verbas constantes do Orçamento do Estado em cada exercício;
- f) Metodologias adotadas tendo em vista a melhoria contínua da qualidade do serviço prestado e do grau de satisfação dos clientes ou dos utentes.

O Acordo Modificativo para 2014 define os objectivos do Contrato Programa designadamente objectivos do Plano de Actividades do CHLO no âmbito da Prestação de Serviços e Cuidados de Saúde sustentado do documento Plano Estratégico 2014 que contempla metas quantitativas de produção, de qualidade e eficiência económico-financeira.

VI. Remunerações

A. Competência para a Determinação

1. Competência para a determinação da remuneração dos órgãos sociais, dos membros da comissão executiva ou administrador delegado e dos dirigentes da sociedade.

Nos termos do n.º 1 do artigo 13º dos Estatutos do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental EPE, constante no Anexo 2 ao Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro, aos membros do Conselho de Administração aplica-se o estatuto do Gestor Público.

2. Da aplicação do disposto no artigo 32.º do Estatuto do Gestor Público, conforme republicado pelo Decreto-Lei n.º 8/2012, de 18 de Janeiro, no que se refere, designadamente:

À utilização de cartões de crédito e outros instrumentos de pagamento por gestores públicos, tendo por objeto a realização de despesas ao serviço da empresa;

O reembolso a gestores públicos de quaisquer despesas que caíam no âmbito do conceito de despesas de representação pessoal.

Nenhum elemento do Órgão de Gestão usufrui de cartões de crédito ou outro instrumento de pagamento para a realização de despesas ao serviço da empresa, ou de reembolso de quaisquer despesas que caíam no âmbito do conceito de despesas de representação pessoal.

42

B. Comissão de Fixação de Remunerações

Composição da comissão de fixação de remunerações, incluindo identificação das pessoas singulares ou coletivas contratadas para lhe prestar apoio.

Não Aplicável

C. Estrutura das Remunerações

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

Nos termos do n.º 1 do artigo 13º dos Estatutos do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental EPE, constante no Anexo 2 ao Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro, aos membros do Conselho de Administração aplica-se o estatuto do Gestor Público.

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

Conselho de Administração:

Remuneração base 14 vezes por ano

Despesas de representação 12 vezes por ano.

Fiscal Único:

Remuneração equivalente a 22,5% da quantia correspondente ao vencimento base mensal líquido atribuído, nos termos legais ao Presidente do Conselho de Administração, 12 vezes por ano.

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

Não aplicável.

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

Não Aplicável

5. Parâmetros e fundamentos definidos no contrato de gestão para efeitos de atribuição de prémio.

Não Aplicável

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

Não Aplicável

D. Divulgação das Remunerações

1. Indicação do montante anual da remuneração auferida, de forma agregada e individual, pelos membros do órgão de administração da sociedade, proveniente da sociedade, incluindo remuneração fixa e variável e, relativamente a esta, menção às diferentes componentes que lhe deram origem, podendo ser remetida para ponto do relatório onde já conste esta informação.

(euros)

Nome	EGP			
	Fixado (S/N)	Classificação (A/B/C)*	Valores Mensais Bruto	
			Remuneração Base	Despesas Representação
Dr.ª Maria João Reis Silva de Soares Pais	N	B	5.523,24	1.663,39
Dr.ª Maria Celeste Malveiro Serra Sim-Sim dos Anjos Silva	S	B	3.891,47	1.393,78
Dr. Carlos Manuel Mangas Catarino Galamba de Oliveira	S	B	3.891,47	1.393,78
Dr.ª Rita Perez Fernandez da Silva	N	B	4.956,75	1.330,88
Enf.ª Fernanda Maria da Rosa	S	B	3.891,47	1.393,78

Nota: EGP: Estatuto do Gestor Público

*Classificação atribuída ao CHLO (RCM n.º 36/12 de 26 de Março)

(euros)

Nome	Remuneração anual					
	Variável	Fixa**	Outra	Redução Lei 12-A/2010	Redução Lei (OE)	Redução anos anteriores*
Dr.ª Maria João Reis Silva de Soares Pais		97.286,04		-5.030,64	-7.669,73	-2.324,24
Dr.ª Maria Celeste Malveiro Serra Sim-Sim dos Anjos Silva		71.205,94		-3.699,68	-5.592,17	-567,54
Dr. Carlos Manuel Mangas Catarino Galamba de Oliveira		71.205,94		-3.699,68	-5.592,17	0,00
Dr.ª Rita Perez Fernandez da Silva		85.365,06		-4.401,34	-6.680,70	0,00
Ent.ª Fernanda Maria da Rosa		71.205,94		-3.699,68	-5.592,17	-321,60

44

Redução anos anteriores refere remunerações regularizadas no ano em referência pertencentes a anos anteriores

* - Redução imposta pela Lei 12-A/2010, tendo por base o novo entendimento da ACSS publicado através da Circular Informativa nº 2/2013/DRH-URT que obrigou à reposição de valores desde 2010 até Janeiro de 2013

** Inclui a remuneração + despesas de representação

(euros)

Nome	Benefícios Sociais							
	Sub. Relação		Regime de Protecção Social		Seguro de Saúde	Seguro de Vida	Outros	
	Valor/Dia	Montante pago Ano	Identificar	Valor			Identificar	Valor
Dr.ª Maria João Reis Silva de Soares Pais	4,27	1.114,47	ADSE/CGA					
Dr.ª Maria Celeste Malveiro Serra Sim-Sim dos Anjos Silva	4,27	1.080,31	ADSE/CGA					
Dr. Carlos Manuel Mangas Catarino Galamba de Oliveira	4,27	1.054,69	Seg. Social					
Dr.ª Rita Perez Fernandez da Silva	4,27	982,10	ADSE/CGA					
Ent.ª Fernanda Maria da Rosa	4,27	1.080,31	ADSE/CGA					

(euros)

Nome	Gastos com Comunicações Móveis		
	Plafond Mensal Definido	Valor Anual	Observações
Dr.ª Maria João Reis Silva de Soares Pais	80,00	709,40	
Dr.ª Maria Celeste Malveiro Serra Sim-Sim dos Anjos Silva	80,00	731,54	
Dr. Carlos Manuel Mangas Catarino Galamba de Oliveira	80,00	880,31	
Dr.ª Rita Perez Fernandez da Silva	80,00	737,50	
Ent.ª Fernanda Maria da Rosa	80,00	570,02	

(euros)

Nome	Encargos com viaturas								N.º Prestações Contratuais Remanescentes
	Viatura atribuída (SN)	Celebração de contrato (SN)	Valor de referência da viatura	Modalidade (1)	Ano Início	Ano Térmo	Valor da Renda Mensal	Gasto Anual com Rendas	
Dr.ª Maria João Reis Silva de Soares Pais	S	S		Leasing Financeiro	2006	2010			
Dr.ª Maria Celeste Malveiro Serra Sim-Sim dos Anjos Silva	S	S		Aquisição	2003				
Dr. Carlos Manuel Mangas Catarino Galamba de Oliveira	S	S		Leasing Financeiro	2006	2010			
Dr.ª Rita Perez Fernandez da Silva	N	N.A							
Enf.ª Fernanda Maria da Rosa	S	S		Leasing Financeiro	2004	2007			

45

(1) Aquisição, ALD, Leasing ou Outra

(euros)

Nome	Plafond Mensal definido para combustível	Gastos anuais associados a viaturas				Observações
		Combustível	Portagens	Outras reparações	Seguro	
Dr.ª Maria João Reis Silva de Soares Pais	486,43	1.839,30	194,15	2.059,28	456,26	
Dr.ª Maria Celeste Malveiro Serra Sim-Sim dos Anjos Silva	389,15	3.399,30	1.472,90	3.655,01	363,91	
Dr. Carlos Manuel Mangas Catarino Galamba de Oliveira	389,15	1.644,14	1.039,00	319,80	456,26	
Dr.ª Rita Perez Fernandez da Silva		0,00	0,00	0,00	0,00	
Enf.ª Fernanda Maria da Rosa	389,15	1.877,35	626,75	1.485,78	363,91	

2. Montantes pagos, por outras sociedades em relação de domínio ou de grupo ou que se encontrem sujeita a um domínio comum.

Não Aplicável

3. Remuneração paga sob a forma de participação nos lucros e/ou de pagamento de prémios e os motivos por que tais prémios e/ou participação nos lucros foram concedidos.

Não Aplicável

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

Não Aplicável

5. Indicação do montante anual da remuneração auferida, de forma agregada e individual, pelos membros do órgão de fiscalização da sociedade.

REMUNERAÇÕES ORGÃO DE FISCALIZAÇÃO		Unid: €
Fiscal Único	2013 (a)	2014 (a)
Remuneração anual auferida	14.262,60	14.262,60

(a) Não inclui IVA; Foi aplicado o artigo 22º da lei 55-A/2011(Lei OE/2011) Sim ☒ Não ☐

46

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

Não Aplicável

VII. Transações com partes Relacionadas e Outras

1. Mecanismos implementados pela sociedade para efeitos de controlo de transações com partes relacionadas e indicação das transações que foram sujeitas a controlo no ano de referência.

Não aplicável

2. Informação sobre outras transações:

- a) Identificação dos procedimentos adotados em matéria de aquisição de bens e serviços;

Nos termos dos artigos 1.º, n.º 1 do Decreto-Lei n.º 23/2008, 5.º, n.º 1, do Decreto-Lei n.º 233/2005, e 23.º, n.º 1 do Decreto-Lei n.º 558/99, de 17 de dezembro, o Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, E.P.E. é uma pessoa coletiva pública de natureza empresarial, cuja atividade, apesar de comungar de diversos traços de regime de Direito Público, é maioritariamente regida pelo Direito Privado (cfr. artigo 14.º do Novo Regime do Sector Empresarial do Estado, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro, aplicável como disposição geral que é, sem prejuízo da natureza subsidiária desse diploma face ao regime aprovado pelo Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro, como expressamente previsto no seu artigo 70.º).

Não obstante, entre os traços mais marcantes das vinculações jurídico-públicas a que os hospitais, E.P.E. se encontram sujeitos, poder-se-á destacar, por um lado, a submissão a visto prévio do Tribunal de Contas de contratos de valor igual ou superior a 350.000€, e, por outro lado, a necessidade de observação estrita dos procedimentos de formação de contratos legalmente tipificados, nos termos previstos no Código dos Contratos Públicos, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 18/2008, de 29 de janeiro, especialmente desde a sua alteração pelo Decreto-Lei n.º 149/2012, de 12 de julho, o qual procedeu à revogação do seu

artigo 5.º, n.º 3, terminando dessa forma com o regime de exceção (em matéria de contratação pública) parcial (porque limitado aos contratos de bens, serviços e obras até aos limiares comunitários aplicáveis) que até então foi constantemente conferido aos hospitais E.P.E.

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

Não aplicável

c) Lista de fornecedores que representem mais de 5% dos fornecimentos e serviços externos.

	(euros)
	2014
Such - Serv. Utiliz. Comum Hospitais	3.633.237
Instituto Português Sangue, IP	2.653.208
Uniself	1.968.486
Edp Comercial - Comercialização de Energia	1.745.243
Gás Natural Comercializadora	1.718.354
Hospital Ortopedico de Santana	1.179.961

VIII. **Análise de sustentabilidade da empresa nos domínios económicos, social e ambiental**

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

O CHLO, de acordo com o modelo de contratualização interna, negociou com os serviços de acção médica, os principais indicadores de produção, de custos e de qualidade, de forma ajustada ao Contrato Programa assinado com a ARSLVT para o ano em curso.

O acompanhamento desta contratualização interna, suportada numa estrutura de gestão intermédia, adequadas a este modelo de funcionamento, é monitorizado mensalmente de forma a possibilitar as correções aos desvios que se considerarem adequados.

As linhas de atuação que foram preconizadas para o ano 2014 mantiveram-se em linha com a estratégia definida pela Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo e, genericamente, traduziram-se na melhoria da acessibilidade e da qualidade dos serviços prestados, na eficiência da prestação, no controlo do equilíbrio financeiro, na renovação e remodelação das áreas mais degradadas e no reforço dos sistemas de informação.

2. Políticas prosseguidas

a. Acessibilidade

Durante o ano de 2014, foi possível enquadrar a procura e a espera nos limiares do clinicamente aceitável na generalidade das especialidades das especialidades existentes no CHLO. Foi verificada uma acentuada redução no tempo médio de espera para cirurgia que se situou abaixo do tempo médio para a região.

48

As maiores listas de espera cirúrgicas continuam a verificar-se nas especialidades de Ortopedia, Cirurgia Vascular e ORL, tal como se observa ao nível regional. Foi possível desenvolver uma estratégia de recuperação das listas nestas especialidades nos últimos meses de 2014 que permitiu chegar ao fim do ano com a situação substancialmente melhorada.

Na área da cirurgia do ambulatório, onde foi conseguido um grande avanço nos últimos anos na taxa de ambulatório face à cirurgia convencional, verificou-se novamente melhoria em relação ao ano anterior.

O alargamento dos horários das consultas, a sua marcação por hora e cumprimento, a adesão ao programa de "Consulta a tempo e horas" (objetivos também contratualizados com os Serviços), permitiram trazer o tempo de espera na área do ambulatório para um valor muito próximo dos objetivos definidos para esta área.

Foram desenvolvidas em 2014 estratégias para melhorar a articulação do hospital com os Centros de Saúde, tendo em vista a criação, a prazo, de um eventual Sistema Local de Saúde.

Aguarda-se com expectativa o desenvolvimento da rede de Cuidados Continuados na região Ocidental de Lisboa, o que permitirá rentabilizar e aproveitar integralmente a capacidade instalada do CHLO.

b. Qualidade de cuidados prestados

A ação no CHLO do Departamento de Qualidade, através do planeamento e controlo por ele levadas a cabo, assegura um processo de melhoria contínua da qualidade. No ano de 2014 manteve-se a certificação da Diálise, do Serviço de Imunohemoterapia e dos Serviços Farmacêuticos.

Estão em curso as certificações do Serviço de Cardiologia e do Serviço de Cirurgia Cardioracica.

Foram incluídos como objetivos nos processos de contratualização a realização de auditorias clínicas, após a nomeação do Auditor Clínico do CHLO.

No âmbito da contratualização interna com os Serviços, o Conselho de Administração tem sempre exigido a cada Serviço, não só contratualização na vertente da produção e custos, mas também objetivos mensuráveis nos domínios da qualidade.

c. Nível de serviço prestado e eficiência

A produtividade e a eficiência continuarão a ser medidas e estimuladas no CHLO. Para isso, foram implementados modelos de avaliação de desempenho, suportados em níveis adequados de produtividade e eficiência funcional. Neste sentido, reveste-se de grande importância a contratualização anual de objetivos de produção assistencial e de resultados financeiros, de forma a aumentar os níveis de eficiência e de desempenho dos serviços. Esta contratualização é acompanhada continuamente pelo Conselho de Administração e respetivas direções de serviços.

d. O CHLO no contexto do SNS

A abertura de novos hospitais na área da Grande Lisboa e a baixa da natalidade no país tiveram repercussões no Centro Hospitalar nomeadamente na área materno-infantil nos Serviços de Pediatria e de Obstetria onde se constatou como impacto redução do número das Urgências e do Internamento. Por este facto tornou-se mais difícil rentabilizar o Departamento da Mulher e da Criança, cuja potencial capacidade instalada nunca foi completamente alcançada. Desde 2009, e por decisão da ARSLVT, o CHLO passou a ter a responsabilidade técnica pela Oncologia Médica do Hospital de Cascais, obrigando ao aumento dos custos com os recursos humanos e medicamentos citostáticos, para além da dispersão geográfica com custos associados aos transportes diários e deslocação de pessoal.

Na área da Psiquiatria de urgência e na vertente de apoio comunitário em consultas, o CHLO continua também a manter a responsabilidade pelos doentes psiquiátricos da zona de Cascais a qual não foi ainda assumida pelo respectivo hospital.

O Serviço de Urgência Polivalente do CHLO, assim como todas as valências clínicas das várias especialidades, continuaram a receber todos os doentes enviados de acordo com as redes de referência, para além de múltiplos doentes de outras regiões de saúde em especialidades cuja elevada diferenciação faz ultrapassar o nível regional como a Cardiologia Pediátrica, a Cirurgia Cardíaca, a Cardiologia de intervenção, a Transplantação renal e cardíaca, a Cirurgia da Epilepsia refratária, o tratamento das Doenças Desmielinizantes e de HIV/SIDA, a Neurocirurgia e Otorrinolaringologia, entre outras.

No CHLO existem áreas multidisciplinares de elevada diferenciação e complexidade como nas neurociências, transplantação renal e cardíaca e na área cardiovascular. Nestas áreas iniciou-se em 2014 a preparação da candidatura a cinco centros de referência de âmbito nacional de acordo com a legislação em vigor.

Durante o ano de 2013 o CHLO continuou a reforçar as boas relações mantidas com os centros de saúde da sua área, no sentido de oferecer a melhor colaboração possível, tendo passado a efetuar as análises clínicas dos ACE's que lhe estão adstritos.

e. Reforço da gestão

O CHLO tem vindo a ajustar, sistematicamente, os modelos de gestão previstos no Regulamento Interno, de forma a potenciar a descentralização e responsabilização ao nível produtivo, possibilitando verdadeiros níveis intermédios de gestão de acordo com a complexidade global e sectorial.

Também os investimentos ao nível dos sistemas de informação têm vindo a permitir o melhoramento ao nível dos modelos automatizados de informação on-line, que facilitam e permitem a análise rigorosa da informação e a possibilidade de serem validados em real-time os dados principais e complementares de produção, indicadores económico financeiros e de qualidade, etc.

f. Controlo do equilíbrio financeiro

O Governo assumiu, no Memorando de Entendimento com a União Europeia, o Banco Central e o Fundo Monetário Internacional, entre outros, o compromisso de melhorar o desempenho e aumentar o rigor na gestão dos hospitais do SNS. Nesse contexto, foram publicados documentos e legislação vária que veio propor um conjunto de medidas que visavam a rede hospitalar, com o objectivo de garantir a sua sustentabilidade económica e financeira, sem que o acesso e a qualidade fossem postos em causa, da mesma forma que a eficiência hospitalar.

O Conselho de Administração do CHLO, sensível a tais orientações, implementou, nos últimos três anos, diversas medidas focadas na optimização dos custos correntes e na melhoria da eficiência. Atente-se, à evolução desde 2011. Em cenários extremamente desfavoráveis com reduções sistemáticas ao nível dos proveitos do Contrato Programa, mesmo assim, são muito interessantes os resultados da sobreposição de indicadores de desempenho vs. indicadores económico financeiros:

Unidade: M€							
Rubrica	2010	2011	2012	2013	2014	Var. % 14/13	Var. % 14/10
Custos							
Consumos	98,2	94,6	77,3	77,1	72,6	-5,8%	-26,1%
Fornecimentos e Serviços Externos	35,5	32,9	29,2	27,5	26,1	-4,9%	-26,3%
Despesas com Pessoal	119,7	106,6	99,8	103,6	100,6	-2,9%	-16,0%
Outros Custos Operacionais	12,4	10,6	10,0	8,3	7,4	-10,4%	-40,4%
Total Custos Operacionais	265,9	244,7	216,4	216,4	206,7	-4,5%	-22,2%
Proveitos							
Prestação de Serviços	213,9	200,4	196,0	200,3	195,1	-2,6%	-8,8%
Outros Proveitos Operacionais	13,5	15,2	11,1	16,5	4,8	-70,7%	-64,0%
Total Proveitos Operacionais	227,3	215,7	207,1	216,8	199,9	-7,8%	-12,1%
EBITDA	-26,2	-18,6	0,6	8,5	0,6		
Resultados Operacionais	-38,5	-29,1	-9,3	0,4	-6,8		
Resultados Líquidos	-42,1	-9,5	-9,7	1,1	-5,3		
Produção							
N.º Consultas	449.821	452.799	463.462	472.032	465.802	-1,3%	3,6%
N.º Cirurgias	23.719	23.620	24.669	23.878	22.696	-5,0%	-4,3%
Quadro de Pessoal							
N.º de Médicos	674	652	610	571	562	-1,6%	-16,6%
N.º de Enfermeiros	1.390	1.353	1.289	1.231	1.207	-1,9%	-13,2%
Total de Funcionários	4.331	4.203	4.058	3.863	3.741	-3,2%	-13,6%

Ou seja, com menos recursos o CHLO tem vindo a tratar, praticamente, o mesmo número de doentes. Se, por um lado, as linhas de produção associadas à intervenção cirúrgica têm vindo a ter uma evolução com sentido algo decrescente – reforce-se, no entanto, os ganhos em Dias de Espera em Lista que se traduzem em resultados muito abaixo do tempo médio para a região - por outro, as linhas de produção de consultas efectuadas tem tido uma evolução muito positiva. A melhor articulação das diversas especialidades cirúrgicas face aos tempos disponíveis de bloco operatório, bem como uma gestão mais eficiente das equipas, no caso das cirurgias, o alargamento dos horários das consultas, a sua marcação por hora, a adesão ao programa de “Consulta a tempo e horas” (objectivos também contratualizados com os Serviços), permitiram trazer, ainda, ganhos de eficiência a que o centro hospitalar não estava habituado.

No final, podemos dizer que a alavanca fundamental desta mudança era, sem sombra de dúvida, a mudança estrutural de mentalidades e de práticas. O foco estaria em tudo o que pode ser repensado, reestudado. E isso é tanto mais verdade quanto as diversas medidas que têm vindo a ser implementadas permitiram resultados económicos, acima apontados, significativamente, mais favoráveis.

O conceito de boa governação é, hoje, uma realidade, uma preocupação constante para que sejam salvaguardadas todas as realidades - económico-financeira, social e política - dentro do cumprimento da lei, demais regulamentos e códigos, processos de decisão e de controlo interno. De uma forma geral, podemos concluir que o objectivo principal foi atingido.

Uma última nota. O CHLO poderia apresentar melhores resultados que estes. Para isso bastava a remuneração da actividade assistencial que excede a produção contratualizada até 10% ser paga não a um preço marginal, mas sim ao preço do valor de base. Entre 2011 e 2014, o CHLO realizou produção marginal aproximado a 15 milhões de euros que não foi paga pela ACSS. Porque o CHLO não negou a acessibilidade a qualquer doente, essa produção foi, efectivamente, realizada a um custo que, em valores médios, foi igual à receita que não foi paga. Urge repensar a forma de financiamento das unidades E.P.E, sob pena de se continuar a prejudicar aquelas que, como o CHLO, continuam a apostar num futuro mais sustentável.

O Conselho de Administração continua a competir pelo equilíbrio pragmático, certo e seguro que este caminho não é uma questão de moda nem um paliativo de ocasião. Mas nada está garantido, se o esforço não for contínuo. Tratando-se de um processo complexo, haverá que continuar a envolver toda a organização e os vários serviços, para que os valores orçamentados para 2015 possam ser uma realidade e o equilíbrio económico garantido, uma vez mais. No que respeita à capacidade do CHLO para liquidar o seu passivo antigo, o Conselho de Administração e a tutela continuam a equacionar diferentes cenários económicos possíveis e mais adequados, para promover essa sustentabilidade.

g. Reforço dos sistemas de informação e de comunicação

O desenvolvimento das tecnologias de informação em Saúde (TIS) como investimento e enquanto fator de sustentabilidade e bom governo continua na agenda do dia do CHLO. O despesismo do passado continua a dar lugar a uma racionalidade que, embora muito mais limitada em recursos, tem permitido alcançar metas muito interessantes, como aliás determinado para a reforma hospitalar, de onde se destaca:

- maior partilha de ferramentas e aplicações;
- informação mais fidedigna e fiável;
- uma rede mais integrada;
- comunicações mais rápidas e seguras;
- os primeiros "passos" do um Registo de Saúde Eletrónico (PDS)
- o nível de informatização cresce, de uma forma conexa, sem duplicação de circuitos criando condições para o próximo salto tecnológico, em que os fluxos de informação serão praticamente automatizados.

Nesta realidade, o CHLO está capacitado para garantir:

- Maior acessibilidade e comodidade no acesso, resultados e disponibilização imediata de dados;
- Maior proximidade e possibilidade de contacto entre o médico prescritor e o médico de família e o utente;
- Alta qualidade na prestação do serviço; que se traduz, claramente, em maiores índices de eficiência.

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

Responsabilidade social – Política de responsabilidade social e de desenvolvimento sustentável e os termos do serviço público prestado, designadamente no âmbito da proteção dos consumidores. Adoção de planos de igualdade de tratamento e oportunidades, de forma a eliminar as discriminações e a permitir a conciliação da vida pessoal, familiar e profissional.

Medidas adotadas pela empresa no que respeita ao Princípio da Igualdade do Género, conforme estabelecido no n.º 1 da Resolução do Conselho de Ministros n.º 19/2012, 23 de fevereiro.

Indicação das medidas implementadas no âmbito do investimento na valorização profissional.

A política de responsabilidade social, subjacente na missão, visão e valores da organização, assenta em princípios que promovem, por um lado, os seus colaboradores, e por outro, os doentes e a comunidade em geral, no que se refere a:

- À igualdade de direitos e oportunidades
- Uma atuação ética assente no respeito pelo indivíduo
- À adequada aplicação da lei e respeito pelos seus representantes

- À confiança e rigor nas relações empresariais, sejam entre pares ou entre terceiros

Especificamente para os colaboradores:

- À oportunidade de trabalho e ao desenvolvimento pessoal e profissional

O Conselho de Administração tem dado grande ênfase à análise do risco social, na identificação de onde a organização pode estar a falhar para serem implementadas boas práticas que acrescentem valor e minimizem esse risco. Destaque para as, sucessivas, inovações que têm vindo a ser introduzidas são o melhor resultado, sendo as mesmas de diversa natureza:

53

São disso exemplos os melhoramentos introduzidos ao nível das instalações, quer de renovação quer de adaptação, os melhoramentos ao nível da acessibilidade, nomeadamente, na redução dos tempos em lista de espera, na aposta cada vez mais exigente do voluntariado, a disponibilização de transporte a carenciados, o aumento da medicina preventiva, as palestras e as sessões de esclarecimento.

Naquilo que se refere à gestão do capital humano do CHLO, o Conselho de Administração tem procurado gerir as oportunidades de forma a eliminar as discriminações e a permitir a conciliação da vida profissional com a vida pessoal e familiar.

Nesse sentido é de destacar a dimensão humana e o respeito pelas pessoas na estratégia e políticas de gestão de recursos humanos comitadamente com a valorização o emprego e a progressão na carreira estimulando a aquisição de competências através da formação contínua e da aprendizagem ao longo da vida.

Em concreto, criar condições de trabalho motivadoras que favoreçam a excelência e o mérito garantindo os mais elevados padrões de saúde e segurança no trabalho, desde o apoio ativo da transição do ensino para a vida ativa, promovendo a formação contínua qualificante, até ao envelhecimento ativo visando o equilíbrio geracional dos recursos humanos no quadro de uma política laboral responsável e socialmente sustentável.

Responsabilidade ambiental - Políticas adotadas para promoção da proteção ambiental e o respeito por princípios de legalidade e ética empresarial, assim como as regras implementadas tendo em vista o desenvolvimento sustentável.

Ao longo dos últimos dois anos, o Conselho de Administração do CHLO tem vindo a desenvolver atividades que contribuem de um modo significativo para a mudança. Através da análise de uma série de estudos e da identificação de casos concretos, têm-se alterado a visão que o mesmo tem deste tema, evoluindo de uma perspetiva puramente instrumental, para uma concepção mais integrada e, assim, muito mais prometedora, com a ancoragem da estratégia de

sustentabilidade no compromisso pessoal dos dirigentes, na integração de todos os pilares da responsabilidade ambiental corporativa na centralidade da pessoa, como destinatária das ações desenvolvidas e como sua origem última.

Concretamente, o Conselho de Administração tem vindo a acompanhar bem de perto a estratégia para a implementação do Plano Estratégico do Baixo Carbono (PEBC) e do Programa de Eficiência Energética na Administração Pública (ECO.AP) no Ministério da Saúde que visa promover a redução dos consumos e dos custos com energia e água averiguando a evolução dos consumos e custos e, ainda, identificando potenciais oportunidade de racionalização energética e hídrica.

54

O despacho n.º 4860/2013, de 9 de Abril, do Senhor Secretário de Estado da Saúde, estabeleceu um conjunto de metas de redução a alcançar globalmente em 2014, designadamente:

- a) Consumos de eletricidade e gás: - 10%;
- b) Consumos com água: - 5%;
- c) Produção de Resíduos: -5%.

O CHLO tem vindo a trabalhar no sentido de serem atingidos estes indicadores.

Responsabilidade económica - Moldes em que foi salvaguardada a competitividade da empresa, designadamente, pela via de investigação, inovação, desenvolvimento e da integração de novas tecnologias no processo produtivo. Planos de acção para o futuro. Criação de valor para o acionista (aumento da produtividade, orientação para o cliente, redução da exposição a riscos decorrentes dos impactes ambientais, económicos e sociais das atividades, etc.).

A responsabilidade económica do CHLO está diretamente ligada ao seu *core business*, traduzida na sua governação clínica: garantir a eficácia clínica, com qualidade e segurança nos serviços prestados, numa perspetiva de melhoria contínua dos cuidados de saúde. Ou seja, Qualidade, Segurança, e Inovação são conceitos mas também preocupações sobre o olhar atento do Conselho de administração, aliás, logo expressos na sua Missão, Visão e Valores do CHLO.

Pode ser medido através da história recente deste Centro Hospitalar os esforços bem sucedidos e as parcerias estabelecidas para desenvolver e disponibilizar os recursos de uma forma sustentável no sentido de permitir a introdução da inovação sem comprometer o futuro da instituição.

Alargar a entrada a novos medicamentos às pessoas que deles precisam é disso uma realidade e um bom exemplo. A substituição de equipamentos médicos obsoletos é um outro exemplo. O desenvolvimento das tecnologias de informação em Saúde (TIS) como investimento e enquanto fator de sustentabilidade e bom governo, por oposição ao despesismo do passado deu lugar a uma racionalidade que, embora muito mais limitada em recursos, tem permitido alcançar metas muito interessantes, é outro sinal desse esforço.

A constante preocupação do Conselho de Administração quanto a uma boa performance em sustentabilidade tem resultado, sem sombra de dúvida, num melhor desempenho económico e financeiro.

h. Avaliação do Governo Societário

55

1. Cumprimento das Recomendações

O Centro Hospitalar tem cumprido com todos os princípios de Bom Governo que lhe são aplicáveis.

Cumprimento das Orientações legais	Cumprimento			Quantificação	Justificação
	S	N	N.A.		
Objectivos de Gestão/Planos de Actividade e Orçamento:					
Objectivo 1 - Cumprimento metas Orçamento Económico	X			100%	Ponto I-3 (pág 7)
Objectivo 2 - Incentivos Institucionais	X			98%	Ponto I-3 (pág 7)
Objectivo 3 - Redução do Custo efectivo com Trabalho Extraordinário	X			100%	Ponto I-3 (pág 8)
Gestão do Risco Financeiro			X		
Limites de Crescimento do Endividamento	X			0%	
Evolução do PMP a fornecedores	X			+ 8 dias	a)
Divulgação dos Atrasos nos Pagamentos ("Arrears")	X			15.345.764,03 €	b)
Recomendações do acionista na aprovação de contas:					
Implementar um conjunto de regras essenciais, com vista ao reforço do Sistema de Controlo Interno, o qual deverá englobar o plano de organização, as políticas, os métodos e os procedimentos de controlo adotados pela administração com vista a assegurar a metódica e eficiente condução das suas atividades:	X				c)
Dar cumprimento ao n.º 3 do artigo 61.º da Lei 83-C/2013, de 31 de dezembro, designadamente quanto aos gastos com comunicações	X				c)
Aplicar o artigo 17º da Lei n.º 12/2010 de 30 de junho, o artigo 28.º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro e o artigo 123.º da Lei 83-C/2013, de 31 de dezembro, os quais estabelecem que as entidades que integram o setor empresarial do Estado devem manter as suas disponibilidades e aplicações financeiras junto da Agência de Gestão da Tesouraria e da Dívida Pública, EPE	X				c)
Remunerações:					
Não atribuição de prémios de gestão, nos termos artº 41.º da Lei 83-C/2013	X				Ponto VI-D (pág 36-38)
Órgãos sociais - redução remuneratória vigentes em 2014	X				Ponto VI-D (pág 36-38)
Auditor Externo - redução remuneratória nos termos do artº 73º da Lei 83-C/2013	X				Ponto VI-D (pág 36-38)
Restantes trabalhadores - redução remuneratória, nos termos do artº 73º da Lei 83-C/2013	X				d)
Restantes trabalhadores - proibição de valorizações remuneratórias, nos termos do artº 39º da Lei 83-C/2013	X				d)
Artigo 32º do EGP					
Utilização de cartões de crédito		X			
Reembolso de despesas de representação pessoal		X			
Contratação Pública					
Aplicação da normas de contratação pública pela empresa	X				e)
Aplicação da normas de contratação pública pelas participadas			X		
Contratos submetidos a visto prévio do TC	X			17 contratos 9.652.962,46€	e)
Auditorias do Tribunal de Contas					
Recomendações			X		
Parque Automóvel					
N.º Viaturas	X			0%	g)
Gastos com viaturas	X			132.113,07 €	g)
Gastos Operacionais das Empresas Públicas (artigo 61.º da Lei 83-C/2013)					g)
Redução de Trabalhadores (artigo 60.º da Lei 83-C/2013)					
Nº de trabalhadores	X			-122 / -3,2%	d)
Nº de cargos dirigentes	X			-2 / -8,3%	d)
Princípio da Unidade de Tesouraria (artigo 123.º da Lei 83-C/2013)					
Disponibilidades Centralizadas no IGC	X			75,5%	
Juros auferidos em cumprimento da UTE e entregues em Receita do Estado	X			314,84 €	

a)

PMP	2013	2014	Var.2014/ 2013
Prazo (dias)	219	227	3,7%

Verificou uma variação do Prazo Médio de Pagamentos de 219 dias em 2013 para 227 dias em 2014. Apesar de todos os esforços concentrados na redução deste prazo, não foi possível a diminuição do mesmo devido a evolução negativa dos recebimentos, nomeadamente porque em 2014 não se registou qualquer Programa Extraordinário Regularização Dívidas (PERD).

Se não fosse considerado o impacto do PERD em 2013 que ascendeu a 20.282.960 euros, uma vez que o mesmo não ocorreu em 2014, ter-se-ia verificado uma variação favorável, concretamente o PMP seria reduzido em 28 dias face ao ano transato.

b)

Dando prioridade à política de redução de dívidas junto dos fornecedores externos, destacam-se as regularizações das dívidas em atraso, efetuadas à Indústria farmacêutica, que contribuíram para um decréscimo de 3,1% dos *arrears*.

c)

Cumprimento das recomendações do acionista emitidas aquando da aprovação das contas do exercício de 2013:

- Implementar um conjunto de regras essenciais, com vista ao reforço do Sistema de Controlo Interno, o qual deverá englobar o plano de organização, as políticas, os métodos e os procedimentos de controlo adotados pela administração com vista a assegurar a metódica e eficiente conduta das suas atividades:

Durante o ano de 2014 verificou-se uma melhoria significativa de muitos aspetos de controlo interno, nomeadamente nos que se referem a documentação suporte aos registos contabilísticos associados ao fecho das operações, conferência de contas, em particular das contas de fornecedores, sistematização de alguns mais manuais de Procedimentos que careciam de atualização e não menos importante a emissão do primeiro Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas.

- Dar cumprimento ao n.º 3 do artigo 61.º da Lei 83-C/2013, de 31 de dezembro, designadamente quanto aos gastos com comunicações:

Foi dado cumprimento tendo as despesas com comunicações em 2014 registado uma redução face a 2013.

- Aplicar o artigo 17º da Lei n.º 12º/2010 de 30 de junho, o artigo 28.º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro e o artigo 123.º da Lei 83-C/2013, de 31 de dezembro, os quais estabelecem que as entidades que integram o setor

empresarial do Estado devem manter as suas disponibilidades e aplicações financeiras junto da Agência de Gestão da Tesouraria e da Dívida Pública, EPE:

Durante o ano de 2014 o CHLO tomou as diligências necessárias para estar em cumprimento com a referida recomendação, procedendo ao cancelamento de todas as contas bancárias fora do IGCP, com exceção do Novo Banco, que ainda se encontra em processo de encerramento pois aguardávamos por parte do IGCP a substituição dos TPA's deste banco por terminais do Montepio Geral (contratação entre o IGCP e o Montepio Geral).

d)

No que respeita a políticas de Recursos Humanos, o ano de 2014 segue a mesma linha dos anteriores, dando continuidade às medidas de contenção da despesa com pessoal, por força da aplicação da Lei n.º 83-C/2013, de 31 de Dezembro – LOE/14, com a introdução de novos cortes salariais nos trabalhadores da Administração Pública e a manutenção das restrições de admissão de novos recursos humanos.

Neste quadro, a LOE/14 previa a aplicação de cortes salariais a todos os trabalhadores com remunerações superiores a 675 euros, alargando o âmbito de aplicação dos cortes salariais anteriores. No entanto, esta medida vigorou apenas até Maio de 2014, dado que algumas normas foram declaradas inconstitucionais pelo Tribunal Constitucional. Em Setembro de 2014, por imposição legal, voltaram a aplicar-se os cortes salariais previstos para o ano de 2011, abrangendo, apenas, trabalhadores com remunerações superiores a 1.500 euros.

Seguindo a mesma política de redução de efetivos, também em 2014, se concluiu o programa de rescisões por mútuo acordo na Administração Pública, através do qual, rescindiram contrato 30 Assistentes Operacionais, com um custo total, em indemnizações, de 516.058,01 euros.

A aplicação destas medidas, ao longo do ano de 2014, resultou nos indicadores abaixo mencionados:

- Redução de 122 profissionais, cerca de 3,2%, face a 2013;
- Redução da despesa com pessoal na ordem dos 2,9%, onde se englobam todos os custos previstos na Conta 64.

e)

Foram observados os procedimentos de formação de contratos legalmente tipificados, nos termos previstos no Código dos Contratos Públicos, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 18/2008, de 29 de janeiro. Destacando-se a este nível a submissão a visto prévio do Tribunal de Contas de contratos de valor igual ou superior a 350.000 euros.

f)

As medidas implementadas no sentido da melhoria dos níveis de eficiência, dando cumprimento às orientações do acionista, traduziram-se em reduções significativas nos custos operacionais na ordem dos 21,5% (variação 2010/2014). Destaque para as

reduções em todos os agregados principais: CMV/MC e FSE e dos Gastos com pessoal, e, também, porque era solicitado:

- Medidas no âmbito da redução dos gastos com comunicações – renegociação dos contratos conseguindo diminuir a despesa em 57,0% face a 2010;
- Medidas no âmbito da redução das ajudas de custo e deslocações: embora historicamente despesa de valor residual, em 2014 apresentaram reduções de 19,1% e 1,6%, respetivamente, face a 2010.

59

(milhares de euros)

PRC	Meta	2014	2013	2012	2011	2010	Var Absol	Var %	Var Absol	Var %
							2014/2013		2014/2010	
EBITDA*	345,4	570,8	8.472,9	608,5	-18.632,7	-26.200,8	-7.902,0	-93,3%	26.771,7	102,2%
CMVMC	73.295,8	72.561,3	77.050,6	77.320,0	94.645,7	98.246,8	-4.489,3	-5,8%	-25.685,5	-26,1%
FSE	26.016,9	26.139,4	27.481,2	29.240,0	32.909,8	35.476,1	-1.341,8	-4,9%	-9.336,6	-26,3%
Deslocações/Estadias	9,0	19,7	9,2	8,1	12,2	20,1	10,5	114,0%	-3	-1,6%
Ajudas de custo	3,4	9,6	3,4	4,7	12,7	11,9	6,2	183,3%	-2,3	-19,1%
Comunicações	307,4	255,0	323,6	427,0	464,8	593,0	-58,6	-21,2%	-338,0	-57,0%
Gastos com pessoal	98.382,8	100.634,1	103.632,1	99.814,6	106.556,6	119.732,0	-2.998,0	-2,9%	-19.097,9	-16,0%
dos quais indemnizações	3,2	529,3	3,2	35,5	44,7	41,2	517,1	15982,7%	479,1	1161,7%
Total Gastos	197.692,5	198.814,5	208.160,7	206.339,1	234.067,4	253.413,7	-9.346,2	-4,5%	-54.599,2	-21,5%
Volume Negócios	200.771,3	197.577,8	214.379,9	205.538,1	213.946,6	226.015,3	-16.802,1	-7,8%	-28.437,5	-12,6%
Peso dos Gastos no VN (%)	98,5%	100,6%	97,1%	100,4%	109,4%	112,1%	0,04		-0,11	
Número RH										
N.º Efetivos	3.729	3.741	3.863	4.058	4.203	4.331	-122	-3,2%	-590	-13,6%
N. Cargos de Direção	24	22	24	22	25	29	-2	-8,3%	-7	-24,1%
N.º Efetivos/Cargos Direção	155,4	170,0	161,0	184,5	168,1	149,3	9	5,6%	21	13,9%
Viaturas										
N.º Viaturas	19	19	19	19	19	19	0	0,0%	0	0,0%
Gastos com viaturas	177,5	132,1	189,8	151,5	154,4	137,1	-57.644	-30,4%	-4.952	-3,6%

*Meta OE inicial

2. Outras informações

Não aplicável

O Conselho de Administração



Maria João Reis Silva de Soares Pais
(Presidente)

DECLARAÇÃO DE INDEPENDÊNCIA

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

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

Lisboa, 31/12/2014



Maria João Pais
Presidente do Conselho de Administração
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE

DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO PATRIMONIAL

(artigo 52.º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro)

Eu, Maria João Reis Silva de Soares Pais, declaro que não detenho qualquer participação patrimonial na empresa, assim como qualquer relação com os seus fornecedores, clientes, instituições financeiras ou quaisquer outros parceiros de negócio, suscetíveis de gerar conflitos de interesse, conforme determina o artigo 52.º do Decreto-Lei n.º 133/2013 ou em outra legislação aplicável.

Lisboa, 31 / 12 / 2014




Maria João Pais
Presidente do Conselho de Administração
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE

DECLARAÇÃO DE INDEPENDÊNCIA

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

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

Lisboa, 31/12/2014



Carlos Galamba de Oliveira
Vogal Executivo do Conselho de Administração
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE

DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO PATRIMONIAL

(artigo 52.º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro)

Eu, Carlos Manuel Mangas Catarino Galamba de Oliveira, declaro que não detenho qualquer participação patrimonial na empresa, assim como qualquer relação com os seus fornecedores, clientes, instituições financeiras ou quaisquer outros parceiros de negócio, suscetíveis de gerar conflitos de interesse, conforme determina o artigo 52.º do Decreto-Lei n.º 133/2013 ou em outra legislação aplicável.

Lisboa, 31 / 12 / 2014

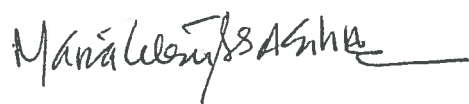


Carlos Galamba de Oliveira
Vogal Executivo do Conselho de Administração
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE

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

Eu, Maria Celeste Malveiro Serra Sim-Sim dos Anjos Silva, declaro que não intervenho nas decisões que envolvam os meus próprios interesses, designadamente na aprovação de despesas por mim realizadas, conforme determina o artigo 51.º do Decreto-Lei n.º 133/2013 ou em outra legislação aplicável.

Lisboa, 31/12/2014



Maria Celeste Silva
Vogal Executiva do Conselho de Administração
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE

DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO PATRIMONIAL

(artigo 52.º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro)

Eu, Maria Celeste Malveiro Serra Sim-Sim dos Anjos Silva, declaro que não detenho qualquer participação patrimonial na empresa, assim como qualquer relação com os seus fornecedores, clientes, instituições financeiras ou quaisquer outros parceiros de negócio, suscetíveis de gerar conflitos de interesse, conforme determina o artigo 52.º do Decreto-Lei n.º 133/2013 ou em outra legislação aplicável.

Lisboa, 31 / 12 / 2014



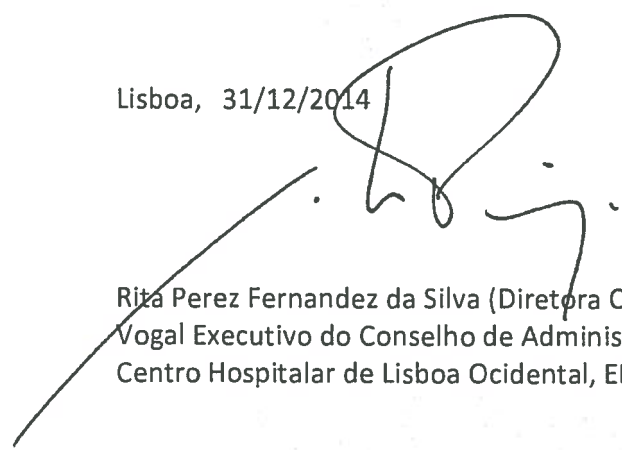
Maria Celeste Silva
Vogal Executiva do Conselho de Administração
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE

DECLARAÇÃO DE INDEPENDÊNCIA

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

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

Lisboa, 31/12/2014



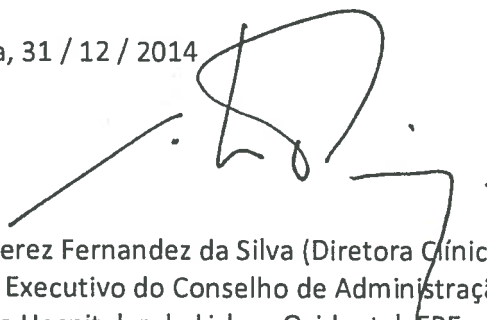
Rita Perez Fernandez da Silva (Diretora Clínica)
Vogal Executivo do Conselho de Administração
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE

DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO PATRIMONIAL

(artigo 52.º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro)

Eu, Rita Perez Fernandez da Silva, declaro que não detenho qualquer participação patrimonial na empresa, assim como qualquer relação com os seus fornecedores, clientes, instituições financeiras ou quaisquer outros parceiros de negócio, suscetíveis de gerar conflitos de interesse, conforme determina o artigo 52.º do Decreto-Lei n.º 133/2013 ou em outra legislação aplicável.

Lisboa, 31 / 12 / 2014



Rita Perez Fernandez da Silva (Diretora Clínica)
Vogal Executivo do Conselho de Administração
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE

DECLARAÇÃO DE INDEPENDÊNCIA

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

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

Lisboa, 31/12/2014



Fernanda Maria da Rosa (Enfª Directora)
Vogal Executivo do Conselho de Administração
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE

DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO PATRIMONIAL
(artigo 52.º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro)

Eu, Fernanda Maria de Rosa, declaro que não detenho qualquer participação patrimonial na empresa, assim como qualquer relação com os seus fornecedores, clientes, instituições financeiras ou quaisquer outros parceiros de negócio, suscetíveis de gerar conflitos de interesse, conforme determina o artigo 52.º do Decreto-Lei n.º 133/2013 ou em outra legislação aplicável.

Lisboa, 31 / 12 / 2014



Fernanda Maria da Rosa (Enfª Directora)
Vogal Executivo do Conselho de Administração
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE