

Aprovado  
26.07.2017

Relatório  
de  
Governo  
Societário

2016

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL, E.P.E.  
Censelho de Administração

José  
Almeida

Ass.

Ass.

CENTRO  
HOSPITALAR DE  
LISBOA OCIDENTAL,  
E.P.E.

*CHLOE Hause J.*

## Índice

I.	Síntese (Sumário Executivo) .....	3/88
II.	Missão, Objetivos e Políticas .....	5/88
III.	Estrutura de capital .....	13/88
IV.	Participações Sociais e Obrigações detidas.....	14/88
V.	Órgãos Sociais e Comissões .....	14/88
A.	Assembleia Geral.....	14/88
B.	Administração e Supervisão .....	15/88
C.	Fiscalização.....	40/88
D.	Revisor Oficial de Contas (ROC) .....	43/88
E.	Auditor Externo .....	43/88
VI.	Organização Interna .....	44/88
A.	Estatutos e Comunicações .....	44/88
B.	Controlo interno e gestão de riscos .....	48/88
C.	Regulamentos e Códigos .....	56/88
D.	Deveres especiais de informação .....	59/88
E.	Sítio da Internet.....	61/88
F.	Prestação de Serviço Público ou de Interesse Geral .....	62/88
VII.	Remunerações.....	65/88
A.	Competência para a Determinação .....	65/88
B.	Comissão de Fixação de Remunerações .....	65/88
C.	Estrutura das Remunerações.....	66/88
D.	Divulgação das Remunerações .....	67/88
VIII.	Transações com partes Relacionadas e Outras.....	69/88
IX.	Análise de sustentabilidade da entidade nos domínios económico, social e ambiental .....	71/88
X.	Avaliação do Governo Societário.....	82/88
XI.	ANEXOS DO RGS .....	85/88

*ML  
Cesv  
Cesv  
Hall*

## Índice

I.	Síntese (Sumário Executivo) .....	3/88
II.	Missão, Objetivos e Políticas .....	5/88
III.	Estrutura de capital .....	13/88
IV.	Participações Sociais e Obrigações detidas.....	14/88
V.	Órgãos Sociais e Comissões .....	14/88
A.	Assembleia Geral.....	14/88
B.	Administração e Supervisão .....	15/88
C.	Fiscalização.....	41/88
D.	Revisor Oficial de Contas (ROC) .....	43/88
E.	Auditor Externo .....	43/88
VI.	Organização Interna .....	44/88
A.	Estatutos e Comunicações .....	44/88
B.	Controlo interno e gestão de riscos .....	49/88
C.	Regulamentos e Códigos .....	57/88
D.	Deveres especiais de informação .....	60/88
E.	Sítio da Internet.....	62/88
F.	Prestação de Serviço Público ou de Interesse Geral .....	63/88
VII.	Remunerações.....	66/88
A.	Competência para a Determinação .....	66/88
B.	Comissão de Fixação de Remunerações .....	66/88
C.	Estrutura das Remunerações.....	67/88
D.	Divulgação das Remunerações .....	68/88
VIII.	Transações com partes Relacionadas e Outras.....	70/88
IX.	Análise de sustentabilidade da entidade nos domínios económico, social e ambiental .....	72/88
X.	Avaliação do Governo Societário.....	82/88
XI.	ANEXOS DO RGS .....	85/88

## I. Síntese (Sumário Executivo)

O Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E., (CHLO), é um estabelecimento público do Serviço Nacional de Saúde (SNS), dotado de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial, e de natureza empresarial, 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.

O Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E., constitui-se como um dos grandes centros hospitalares do país, sendo hospital de primeira linha para as freguesias de Belém, Ajuda, Alcântara e Campo de Ourique, do Concelho de Lisboa, para o total das freguesias do Concelho de Oeiras, e ainda para a freguesia de Alfragide do Concelho da Amadora, num total de 250.000 habitantes (censos 2011).

Abrange, ainda, outras prestações de cuidados de saúde diferenciados, tais como:

- Saúde Mental, para o concelho de Cascais;
- Cardiologia e Nefrologia, enquanto última linha de referenciação, não só para as Unidades C e D da Sub-Região de Lisboa, onde se insere, mas também de âmbito nacional;
- Infecciología, âmbito nacional;
- Neurocirurgia, enquanto referência direta para o hospital de Cascais e para o Hospital Dr. Fernando da Fonseca (Amadora – Sintra);
- Urgência Geral, enquanto referência directa para as freguesias Brandoa, Alforneiros, Alfragide, Falagueira, Venda Nova do Concelho da Amadora.

num total de 810.000 habitantes (censos 2011).

No âmbito do reforço do poder do cidadão no SNS foi implementado o princípio do Livre Acesso e Circulação (LAC) dos utentes, permitindo-se a referenciação para a primeira consulta hospitalar, através do médico de Medicina Geral e Familiar, em qualquer das unidades hospitalares do SNS, sempre que a rede de referenciação abranja a especialidade em causa, facto que poderá vir a alterar as estatísticas acima referidas.

O CHLO tem-se preocupado em promover a modernização das suas estruturas e equipamentos, e sobretudo com a qualidade dos serviços prestados aos doentes. O modelo colaborativo no Ensino e na Investigação com a Faculdade de Ciência Médicas tem-se mostrado muito frutuoso para as duas instituições.

Em relação à Qualidade, estão já certificados atualmente os Serviços Farmacêuticos e o de Medicina Transfusional, estando em curso a acreditação de outros doze serviços

*PC  
Auy  
J.  
Lbg  
Hau*

clínicos, numa perspetiva de acreditação total dos serviços do CHLO nos próximos três anos.

O CHLO foi designado Centro de Referência Nacional para cinco áreas clínicas, nomeadamente a Epilepsia Refractária, Neoplasia do Recto, Transplantação Renal, Cardiopatias Congénitas e Intervenção Estrutural Cardíaca.

Os próximos passos deverão passar por novas candidaturas à segunda fase dos Centros de Referência, e promover a integração dos já atribuídos nas Redes de Referenciação Europeia.

Constitui também um objetivo estratégico, a curto-médio prazo, fazer evoluir alguns dos serviços clínicos do CHLO para Centros de Responsabilidade, permitindo assim maior autonomia na gestão de recursos que possa vir a facilitar ganhos de eficiência e a alcançar a excelência nos cuidados prestados por este Centro Hospitalar.

Bo -  
L  
CreeV  
Cle  
Hauel

## II. 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 superiormente aprovados.

Intervém de acordo com as áreas de influência e redes de referenciação, 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.

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

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;
- Acesso à inovação.

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

- Humanizar e não discriminar: 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.

No triénio anterior foram delineadas e implementadas com a ARSLVT diversas medidas (Objetivos de Gestão) que visavam, melhorar a qualidade dos serviços de saúde prestados, mas também, potenciar a utilização dos recursos instalados:

### Objetivo 1: Redução de Custos com Recurso ao Exterior

A redução da despesa com recurso ao exterior, nomeadamente Subcontratos ascendeu a -10,1%, comparativamente ao ano de 2015, ultrapassando o objetivo estabelecido, apresentado um desvio favorável de 7,7%, face ao orçamento.

### Objetivo 2: Contenção do aumento da despesa com Pessoal

As despesas com Pessoal realizadas em 2016 apresentaram um desvio negativo de 1,9% face as valores previstos. Este desvio é originado pelos Suplementos de Remuneração onde também se encontram incluídos a despesa acrescida realizada com a produção adicional.

### Objetivo 3: Percentagem de Proveitos Operacionais extra Contrato Programa no total dos proveitos Operacionais.

O montante de proveitos operacionais extra Contrato Programa atingiu 19,4 milhões de euros, cumprindo com a meta estabelecida de 8,7%.

### Objetivo 4: Cumprimento metas do Orçamento Económico (EBITDA)

O esforço na contenção dos custos nos agregados principais não se encontra espelhado na evolução ocorrida, fundamentalmente devido ao alargamento da dispensa de medicamentos em ambulatório respeitante ao tratamento a doentes de VIH, introdução de medicamentos inovadores, bem como o

aumento da despesa de dispositivos médicos e da despesa com pessoal em consequência das reposições salariais legisladas. Este comportamento levou a um desvio desfavorável de 2,9% em relação ao total de Custos orçamentados.

No entanto, a realização dos Proveitos superou os valores orçamentados em 1,6%. Para esta evolução contribuíram as Adendas ao Contrato Programa.

O CHLO terminou o exercício económico de 2016 com o EBITDA de 8,5 milhões de euros.

Estas medidas se manter-se-ão como linha estratégica para o triénio 2017-2019.

As medidas de carácter assistencial e de organização da produção/capacidade instalada, que referimos, são:

- Melhorar o acesso aos cuidados de saúde;
- Melhorar a qualidade assistencial;
- Otimizar a gestão do medicamento;
- Internalizar os MCDT's no SNS;
- Melhorar a integração de cuidados (articulação com os Cuidados Primários);
- Garantir a sustentabilidade financeira.

No âmbito destas medidas, foi elaborado um plano de acções muito concreto e objectivo, que virá estabelecer uma ponte entre as diversas atividades desenvolvidas até ao momento e aquelas que se objectivam vir a desenvolver, obedecendo aos domínios estratégicos definidos como fundamentais para a boa persecução das metas propostas para o triénio 2017 – 2019 como garante das grandes opções do Plano Nacional de Saúde:

- Promoção da Saúde, valorizando a Educação, a Literacia e os Autocuidados;
- Redução da desigualdade no acesso;
- Melhorar a gestão do Centro Hospitalar, nomeadamente naquilo que respeita à circulação de informação clínica e da articulação com outros níveis de cuidados e outros agentes do sector e à aplicação das tecnologias de informação à medicina, nomeadamente, a telemedicina e a telemonitorização;
- Aperfeiçoar a gestão dos recursos humanos, promovendo a autonomia técnica e a participação dos profissionais e equipas;
- Melhorar a governação, aprofundando competências organizacionais e de controlo de gestão para a redução das ineficiências, incentivando a transparência e a cultura da prestação de contas;
- Melhorar a qualidade, explorando as tecnologias de informação e comunicação.

Acreditamos que estas 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).

J.  
A/C  
C/C  
J/CC

Por outro lado, o CHLO tem o máximo interesse na aposta em novas candidaturas para Centros de Referência – já é a Centro de Referência para as áreas de Epilepsia Refractária, Doenças Cardiovasculares: Cardiologia de “intervenção estrutural e Cardiopatias congénitas, Transplantes de Rim e Coração e Cirurgia do Reto - nas suas áreas de maior diferenciação e com melhores resultados.

### **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.

#### **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 2017-2019 manter-se-á uma estratégia de recuperação das listas de espera, em especial nas especialidades mais críticas (Ortopedia, Oftalmologia, Cirurgia Vascular, Otorrinolaringologia e Neurocirurgia), 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, potenciando e utilizando ainda a ambulatorização cirúrgica como instrumento de rentabilização da produção.

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” permitirão reduzir o tempo de espera na área do ambulatório para um valor muito próximo do objectivo.

Procurar-se-á ainda estimular a actividade dos serviços de saúde altamente diferenciados, para os quais o Centro Hospitalar está vocacionado, bem como a actividade dos Centros de Referência e a valorização das Redes de referenciação.

Paralelamente procurar-se-á melhorar a eficácia e a eficiência na resposta às situações de urgência, reorientando a procura para os Cuidados primários, sempre que aconselhável.

**Impacto esperado:**

- 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. Melhorar a qualidade assistencial e optimizar a Gestão do Medicamento e Dispositivos Clínicos**

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.

Para este triénio de 2017 – 2019, o grande desafio será optimizar a gestão do medicamento e dos dispositivos médicos, enquadrada nos princípios das boas práticas acima referidas, possibilitando uma eficiência económica sustentável e o acesso à inovação.

Os princípios para a boa 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 actualização técnico-profissional dos colaboradores do CHLO
- 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
- Cultura de informação regular de dados e de transparência junto dos serviços, apoiada nas TIC's
- Uniformização de Protocolos e procedimentos, com monitorização e responsabilização pelos resultados
- Divulgação das orientações e prioridades da Governação Clínica

J.  
FVR  
CLO  
Halle

- Envolvimento dos doentes e familiares através da análise sistemática das queixas, obrigatoriedade de consentimento informado escrito, e disponibilização da informação aos utentes sobre a atividade do CHLO
- Incremento da utilização de genéricos, com acompanhamento de farmacovigilância em áreas consideradas mais críticas

**Impacto esperado:**

- Melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados
- Criar ambiente de serviços de excelência
- Satisfação dos doentes
- Satisfação dos profissionais

**3. Articulação com outras unidades do SNS, nomeadamente, com as redes de cuidados de saúde primários e cuidados continuados integrados**

O CHLO tem vindo a potenciar e a melhorar a sua articulação com os Centros de Saúde e demais instituições do SNS.

Dando continuidade aos projectos já iniciados, será reforçada a colaboração em parceria:

- Com os Centros de Saúde nas áreas de Patologia Clínica, Anatomia Patológica, Imagiologia e Medicina Física e Reabilitação;
- Por outro lado, mantém-se contactos regulares com a Direção Clínica do ACES de Oeiras e Lisboa Ocidental;
- Com o CHLN e CHLC nas áreas de Centros de Referência, através dos protocolos celebrados;
- Com o HFF, em diversas áreas clínicas e fornecimento de serviços;
- 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.

A internalização de Meios Complementares de Diagnóstico em unidades do SNS, tendente a uma rentabilização dos equipamentos dos hospitais públicos é, ainda, considerada prioritária para o CHLO, com vista à diminuição da despesa através da contratação de prestação desses serviços junto de entidades privadas.

**Impacto esperado:**

- 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.

#### 4. Autonomia, Responsabilização e modernização na governação

O CHLO tem vindo a desenvolver e a aperfeiçoar o modelo de gestão previsto no Regulamento Interno, onde se destaca a descentralização e a 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 rigorosas, às quais os serviços têm obrigação de se adaptar, permitem um acompanhamento sistemático suportado num sistema de informação (Business Intelligence) com vista à informação necessária à gestão dos principais indicadores de nível de serviço e desempenho económico e financeiro para a correção atempada de desvios por parte da gestão de topo, e que integra:

- Informação em cascata para os profissionais, dos níveis de cumprimento dos objetivos individuais.
- Reafectação em tempo adequado de recursos existentes.
- Melhor conhecimento e participação dos profissionais na avaliação do seu desempenho.

Paralelamente, haverá que desenvolver todos os esforços no sentido de caminhar para a completa desmaterialização dos processos em Registo de saúde eletrónico.

#### **Impacto esperado:**

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

#### 3. Indicação dos fatores críticos de sucesso de que dependem os resultados da entidade

Pontos Fortes	Pontos Fracos
<b>Pontos Fortes</b> Centro de Referência, nas áreas de Epilepsia refractária, Doenças Cardiovasculares (Cardiologia de "intervenção estrutural" e Cardiopatias congénitas), Transplante de Rim e Coração, Oncologia de adultos / Cancro do Reto Especialização noutras áreas de excelência: Neurocirurgia e Oto-Neurocirurgia, Infectiologia, Pneumologia, Neonatalogia, Reumatologia e Oncologia Aplicação Clínica da inovação tecnológica Vias verdes (AVC, Trauma, Coronária e Sepsis) Investigação Clínica	<b>Pontos Fracos</b> Degradação de algumas Instalações e desadaptação de outras para as funções a que destinam Dispersão geográfica por 3 pólos assistenciais hospitalares Dificuldade na resolução da lista de espera em algumas especialidades cirúrgicas por carência de recursos humanos médicos: Ortopedia, ORL, Cirurgia Vascular, Oftalmologia, Neurocirurgia, Anestesia Carência de médicos especialistas em várias especialidades

J.  
Cav  
M  
Cabe  
Halle

Boa imagem junto dos utentes Boa localização geográfica Recursos Humanos altamente qualificados Formação pré e pós graduada	Fraca autonomia na gestão hospitalar
<b>Oportunidades</b> Candidatura para integração dos CR nas Redes Europeias Criação de Novos Centros de Referência noutras áreas clínicas de elevada diferenciação Candidatura CRI's Desenvolvimento de técnicas inovadoras na área da Imagiologia Desenvolvimento da gestão de risco clínico na área da qualidade Acreditação de Serviços Clínicos para acreditação total do CHLO Protocolos Interinstitucionais na área da formação e investigação Aproximar o Hospital da comunidade através de iniciativas do Departamento de Qualidade e com os ACES da região Liberalização das redes de referenciação Investimento na telemedicina e na telemonitorização	<b>Ameaças</b> Saída de Profissionais para outras unidades hospitalares Dificuldade de renovação do quadro médico já envelhecido por carência de jovens especialistas em várias áreas Indefinição de carreiras médicas Contexto Económico desfavorável Envelhecimento da população assistida pelo hospital Deficiente resposta dos cuidados continuados no âmbito social Ausência de modelo organizacional de suporte ao aumento das doenças crónicas Inovação terapêutica e tecnológica de elevado preço com insuficiente financiamento Insuficiente Orçamento para Investimento

#### **4. Evidenciação da atuação em conformidade com as orientações definidas pelos ministérios setoriais, designadamente as relativas à política setorial a prosseguir, às orientações específicas a cada entidade, aos objetivos a alcançar no exercício da atividade operacional e ao nível de serviço público a prestar pela entidade**

No âmbito da actuação com vista a uma execução de acordo com as orientações definidas pelos ministérios sectoriais que tutelam o Centro Hospitalar, haverá a referir que o CHLO se encontra dotado de controlos permanentes que visam assegurar não só o cumprimento, mas também que qualquer desvio material a essas orientações seja atempadamente identificado e que as necessárias medidas correctivas sejam de imediato aplicadas, para além do permanente controlo de actuação exercido pelas intuições legalmente mandatadas para tal: ACSS, ARS, DGO, ERS, IGAS, TC, etc.

Concretamente, o CHLO dispõe de unidades técnicas de acompanhamento (Gabinete Jurídico, Serviço de Planeamento e Controlo de Gestão, Serviço de Auditoria Interna) que se complementam, vocacionadas para o apoio à interpretação das normas imanadas, trabalhando directamente com as direcções dos diversos serviços do CHLO que, já *per si*, procuram, diariamente, responder e

corresponder às suas obrigações legais e regulamentares que são evidenciadas nos diversos relatórios de actividade e reporte quer para as entidades acima referidas – de acordo com os deveres legais de informação (pág. 55 e seg.) - quer aquelas largamente divulgadas no sítio da internet do CHLO (pág. 58 e seg.), fazendo cumprir, assim, a sua Missão enquanto prestador de cuidados de saúde a todos os cidadãos, no âmbito das responsabilidades e capacidades das Unidades Hospitalares, dando execução às definições de política de saúde a nível nacional e regional, aos planos estratégicos e decisões superiormente aprovados.

A  
Cav  
Cly  
Hall

### III. 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 133,3 M€, detido na totalidade pelo Estado Português (Ministério da Saúde e Ministério das Finanças).

O total do Fundo Patrimonial do CHLO ascende, em 31 de dezembro de 2016, a 3.153.342 euros negativos. O valor do Património é de 133.293.333 euros, pelo que está assim perdido em mais de 50%, em virtude dos resultados transitados negativos acumulados.

#### 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

*Carvalho  
Cid  
Lobby  
Paulo*

#### IV. Participações Sociais e Obrigações detidas

- 1.Identificação das pessoas singulares (órgãos sociais) e/ou coletivas (entidade) que, direta ou indiretamente, são titulares de participações noutras entidades.**

Não existem

- 2.Explicitação da aquisição e alienação de participações sociais, bem como da participação em quaisquer entidades de natureza associativa ou fundacional (vide alínea c) do n.º1 do artigo 44.º do RJSPE.**

Apesar de não haver participações sociais, há uma participação do CHLO de natureza associativa, cujo valor anual da quota é de 3.000 euros, no SUCH, Serviço de Utilização Comum dos Hospitais.

- 3.Indicação do número de ações e obrigações detidas por membros dos órgãos de administração e de fiscalização, nos termos do n.º5 do artigo 447.º do CSC.**

Não existem

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

Não existem

#### V. Órgãos Sociais e Comissões

##### A. Assembleia Geral

- 1.Composição da mesa da assembleia geral, ao longo do ano em referência, com identificação dos cargos e membros da mesa da assembleia geral e**

*CV*  
**respetivo mandato (data de início e fim), assim como a remuneração relativa ao ano em referência.**

**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.**

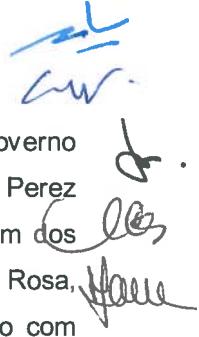
Não existe.

## B. Administração e Supervisão

### 1.Identificação do modelo de governo adotado

Cargo	Orgão Sociais	Eleição	Mandato
<b>Conselho de Administração</b>			
Presidente	Dr.ª Maria João Reis Silva de Soares Pais		
Vogal (1)	Dr.ª Maria Celeste Malveiro Serra Sim-Sim dos Anjos Silva	Resolução n.º 36/2013 DR n.º 253	2014-2016
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)		
<b>Fiscal Único</b>			
Efectivo	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)		
<b>Conselho Consultivo</b>			
Presidente	Dr. Roberto Artur da Luz Carneiro	Despacho n.º 12491/2014	2014-2016

Nos termos dos artigos 6.º e 13.º dos Estatutos constantes do anexo II ao Decreto -Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro, alterado e republicado pelo Decreto -Lei n.º 12/2015, de 26 de janeiro, alterado pelo Decreto -Lei n.º 183/2015, de 31 de agosto, dos n.os 2 e 3 do artigo 13.º e da alínea c) do n.º 3 do artigo 20.º e do n.º 8 do artigo 28.º do Decreto - Lei n.º 71/2007, de 27 de março, alterado e republicado pelo Decreto -Lei n.º 8/2012, de 18 de janeiro, e alterado pelo Decreto -Lei n.º 39/2016, de 28 de julho, e da alínea d) do artigo 199.º da Constituição, o Conselho de Ministros, através da



Resolução n.º 31/2017 de 12 de janeiro, nomeou, sob proposta dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde, para um mandato de três anos Rita Perez Fernandez da Silva, José Manuel Fernandes Correia, Maria Celeste Malveiro Serra Sim-Sim dos Anjos Silva, Carlos Manuel Mangas Catarino Galamba de Oliveira e Fernanda Maria Rosa, respetivamente, para o cargo de Presidente do conselho de administração, vogal executivo com funções de diretor clínico, vogal executiva, vogal executivo e vogal executiva com funções de enfermeira diretora do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E. P. E. A presente resolução reporta os seus efeitos ao dia 1 de Janeiro de 2017.

## **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		OPRL	
			Forma	Data	Entidade	Pagadora (O/D)
2014-2016	Presidente	Dr.ª Maria João Reis Silva de Soares Pais	Resolução n.º 36/2013 DR n.º 253	31/12/2013 (*)	CHLO	O
	Vogal Executivo	Dr.ª Maria Celeste Malveiro Serra Sim-Sim dos Anjos Silva			CHLO	D
	Vogal Executivo	Dr. Carlos Manuel Mangas Catarino Galamba de Oliveira			CHLO	D
	Vogal Executivo	Dr.ª Rita Perez Fernandez da Silva (Directora Clínica)			CHLO	O
	Vogal Executivo	Enf.ª Fernanda Maria da Rosa (Enfermeira Directora)			CHLO	D

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

Nota: OPRL: Opção pela Remuneração Lugar de Origem; O/D: Origem/Desígnio

*an  
Cev  
d  
m  
Hau*

De acordo com o Artigo 6.º, Secção I, Capítulo I do Decreto-Lei n.º12/2015 de 26 de Janeiro de 2015, "o Conselho de Administração é composto pelo Presidente e um máximo de quatro vogais, que exercem funções executivas em função da dimensão e complexidade do hospital, E. P. E., sendo um dos membros o director clínico e outro o enfermeiro -diretor".

#### **4.Distinção dos membros executivos e não executivos do Conselho de Administração e, relativamente aos membros não executivos, identificação dos membros que podem ser considerados independentes**

Não existem membros não executivos do Conselho de Administração.

#### **5.Apresentação de elementos curriculares relevantes de cada um dos membros do Conselho de Administração**

##### **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

*SL  
Cver  
J.  
Clos  
Jane*

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

**1973-1975** - Internato Geral nos Hospitais Civis de Lisboa

**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 Infeção 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

*Cav  
Cels  
Fane*

**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 Direção 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 restruturação 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**

*ML  
Cav.  
Oleg  
Vale*

### 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** - Direcção 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** - Direcção Financeira do Hospital de Santa Marta: responsável pela sua autonomização em relação ao Grupo Hospitais Civis

**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.

*ML  
CVR  
Cle  
Nave*

- 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; Ulceras 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

*AL  
Cur  
Jo  
Co  
Hause*

## CARGOS E FUNÇÕES:

**2012** - Nomeado Vocal Executivo no Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, que tem o propósito de otimizar os recursos disponíveis, restrukturando 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 dossieres 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 Direcção de Instituições de Saúde - (AESE – Escola de Direcção e Negócios, Lisboa)

## OUTRA FORMAÇÃO:

- Mestrado em História de Arte pela Universidade Lusíada (1997 -1998) – incompleto.

**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:**

Preletrora 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 Xavier**

**Vogal do CA - Dra. Rita Perez Fernandez da Silva**

**DADOS BIOGRÁFICOS:**

Data de Nascimento: 22 de Janeiro de 1958

**HABILITAÇÕES ACADÉMICAS:**

**1984 - Licenciatura em Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa**

*cert. d.  
m  
Olga  
Silva*

Cef.  
AL  
Ces J.  
Ferreira

### **CARREIRA HOSPITALAR:**

**2005** – Chefe de Serviço de Anestesiologia do Quadro do Hospital de São Francisco Xavier;

**2003** – Competência em Emergência Médica pela Ordem dos Médicos;

**1998** – Assistente Graduada em Anestesiologia;

**1993** – Especialista em Anestesiologia pela Ordem dos Médicos;

**1991** – Grau de Assistente Hospitalar de Anestesiologia no Hospital Pulido Valente

### **CARGOS DE DIREÇÃO HOSPITALAR:**

**2014 – 2016** – Diretora Clínica do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

**2009-2014** - Diretora Médica do Hospital São Francisco Xavier;

**2009** - Adjunta da Direção Médica do Hospital São Francisco Xavier;

**2008-2009** - Coordenadora da Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos do Hospital São Francisco Xavier;

**2006-2008** - Coordenadora Hospitalar de Doação do Hospital São Francisco Xavier;

**2005-2006** - Coordenadora Geral da VMER do Hospital São Francisco Xavier e Helitransporte do INEM de Lisboa;

**1997-2005** - Adjunta da Direção do Serviço de Urgência do Hospital São Francisco Xavier;

**1995-2005**- Coordenadora Médica da VMER do Hospital São Francisco Xavier.

### **OUTRAS COMPETÊNCIAS/CARGOS/FORMAÇÃO:**

**2016** – Membro da Comissão Nacional de Trauma (Despacho n.º 1947/2016);

**2016** – LEADERSHIP IN HEALTHCARE DELIVERY Edição 2016 da Nova School of Business and Economics;

**2015** – Seminário Direção Hospitalar – Gestão de Equipas, AESE;

**2014** – Curso PADIS – Programa de Alta Direção das Instituições de Saúde, AESE;

**2011** – Membro da Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência (Despacho n.º 13377/2011 e Louvor n.º 616/2012);

**2006** – Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Urgência no INDEG-ISCTE.

L  
cref  
alle

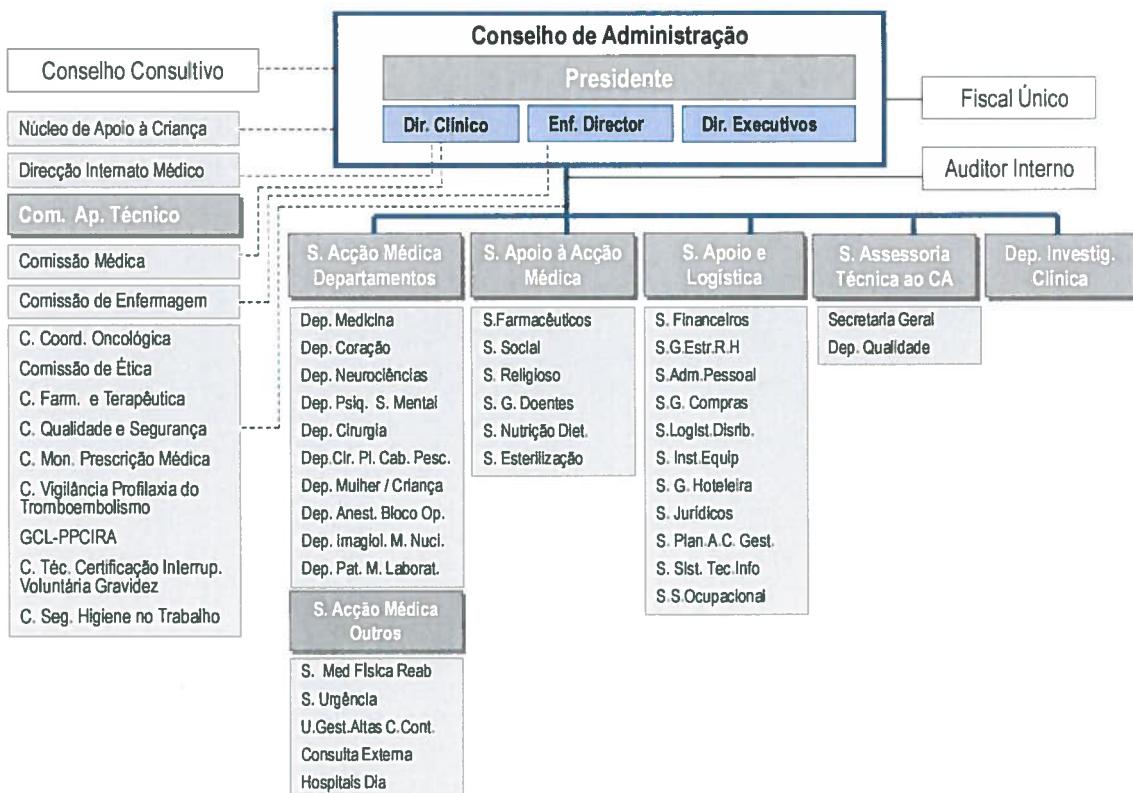
**6. Apresentação de declaração<sup>1</sup> de cada um dos membros do órgão de administração ao órgão de administração e ao órgão de fiscalização, bem como à Inspeção-Geral de Finanças (IGF), de quaisquer participações patrimoniais que detenham na entidade, assim como quaisquer relações que mantenham com os seus fornecedores, clientes, instituições financeiras ou quaisquer outros parceiros de negócio, suscetíveis de gerar conflitos de interesse (vide artigo 52.º do RJSPE).**

Ver anexo

**7. Identificação de relações familiares, profissionais ou comerciais, habituais e significativas, dos membros, consoante aplicável, do Conselho de Administração, do Conselho Geral e de Supervisão e do Conselho de Administração Executivo com acionistas.**

Não existem

## 8. Organograma



<sup>1</sup> Tem-se por desejável ser adequadamente evidenciada a receção das declarações por parte dos destinatários.

*al  
curto.  
César  
Háme.*

## FUNÇÕES E RESPONSABILIDADES

O Conselho de Administração é composto pelo presidente e por quatro vogais, nomeados por despacho conjunto dos Ministérios das Finanças e Saúde sendo um deles o Diretor Clínico e outro o Enfermeiro Diretor.

Para além das competências próprias do Conselho de Administração previstas no artigo 7.º dos estatutos dos hospitais E.P.E. anexos ao Decreto-Lei n.º 233/2005 de 29 de Dezembro, das específicas do Presidente do Conselho de Administração previstas no artigo 8.º e do Enfermeiro Diretor, previstas no artigo 10.º, a cada um dos membros do Conselho de Administração foram atribuídas as competências na gestão estratégica dos seguintes pelouros:

### **Conselho de Administração**

#### **Presidente**

**Dra. Maria João Reis Silva de Soares Pais:** Para além das competências próprias, este elemento coordenará a gestão estratégica dos seguintes pelouros:

- Serviço de Instalações e Equipamentos;
- Departamento de Qualidade;
- Secretaria-geral (inclui Gabinete de Comunicação e Imagem, Gabinete de Utente e Centro de Documentação/ Biblioteca e Reprografia);
- Serviço Social;
- Serviço de Auditoria Interna.

No âmbito destes pelouros a Presidente do Conselho de Administração tem competência para autorizar despesas até ao montante de 5.000€.

#### **Vogais Executivos**

**Dra. Maria Celeste Malveiro Serra Sim-Sim dos Anjos Silva:** Para além das competências próprias, este elemento desempenha funções de Diretor Executivo do HEM e acumula as competências na gestão estratégica dos seguintes pelouros:

- Serviço de Administração de Pessoal e Gestão Estratégica de Recursos Humanos;
- Serviço de Gestão de Compras e Logística e Distribuição;

*AL  
Luis  
CLO  
Hau*

- Serviço Jurídico;

- Serviço Religioso.

No âmbito destes pelouros a Vogal Executiva tem competência para autorizar despesas até ao montante de 2.000€.

**Dr. Carlos Manuel Mangas Catarino Galamba de Oliveira:** Para além das competências próprias, este elemento desempenha funções de Diretor Executivo do HSFX e HSC e acumula as competências na gestão estratégica dos seguintes pelouros:

- Serviços Financeiros;
- Serviço de Planeamento Análise e Controlo de Gestão;
- Serviço de Gestão de Doentes;
- Serviço de Sistemas e Tecnologias de Informação.

No âmbito destes pelouros o Vogal Executivo tem competência para autorizar despesas até ao montante de 2.000€.

**Dra. Rita Perez Fernandez da Silva (Diretora Clínica):** Para além das competências próprias, este elemento acumula as competências na gestão estratégica dos seguintes pelouros:

- Serviços Farmacêuticos;
- Departamento de Investigação Clínica.

No âmbito destes pelouros a Diretora Clínica tem competência para autorizar despesas até ao montante de 2.000€.

**Enf.<sup>a</sup> Fernanda Maria da Rosa (Enf.<sup>a</sup> Diretora):** Para além das competências próprias, este elemento acumula as competências na gestão estratégica dos seguintes pelouros:

- Serviços de Gestão Hoteleira;
- Serviço de Esterilização;
- Serviço de Nutrição e Dietética.

No âmbito destes pelouros a Enfermeira Diretora tem competência para autorizar despesas até ao montante de 2.000€.

## Fiscal Único

**BDO & Associados, Lda.**

*al  
cav. J.  
C. L. H. M.*

Representada por Dr. Pedro Manuel Aleixo Dias

A natureza, o regime de substituição, o tempo de mandato e o regime de exercício de funções no respetivo termo, bem como as competências do fiscal único, são os constantes dos artigos 15.º e 16.º dos Estatutos dos Hospitais E.P.E.

### Conselho Consultivo

**Presidente do Conselho Consultivo: Dr. Roberto Artur da Luz Carneiro**

A natureza, o regime de substituição, o tempo de mandato e o regime de exercício de funções no respetivo termo, bem como as competências do conselho consultivo, são os constantes dos artigos 18.º e 19.º dos Estatutos dos Hospitais E.P.E.

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

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

#### CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Mandato	Cargo	Nome	N.º Reuniões	Assiduidade
2014-2016	Presidente	Dr.ª Maria João Reis Silva de Soares Pais	52	100%
	Vogal Executivo	Dr.ª Maria Celeste Malveiro Serra Sim-Sim dos Anjos Silva		100%
	Vogal Executivo	Dr. Carlos Manuel Mangas Catarino Galamba de Oliveira		100%
	Vogal Executivo	Dr.ª Rita Perez Fernandez da Silva (Directora Clínica)		100%
	Vogal Executivo	Enf.ª Fernanda Maria da Rosa (Enfermeira Directora)		100%

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

Não existem

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

*Lisboa Ocidental*

De acordo com o Artigo 18.º do Decreto-Lei n.º 8/2012, de 18 de Janeiro, o Gestor Público tem celebrado com o Ministério das Finanças e Ministério da Saúde um acordo de gestão em que se definem orientações, "envolvendo sempre metas objetivas, quantificadas e mensuráveis anualmente durante a vigência do contrato de gestão, que representem uma melhoria operacional e financeira nos principais indicadores de gestão da empresa", metas essas definidas ao nível do Acordo Modificativo - Contrato Programa, anualmente assinado entre o CHLO, E.P.E. e a ARSLVT.

d)Comissões<sup>2</sup> existentes no órgão de administração ou supervisão, se aplicável. Identificação das comissões, composição de cada uma delas assim como as suas competências e síntese das atividades desenvolvidas no exercício dessas competências.

•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 19º 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

O Código de Ética do CHLO encontra-se em processo de revisão e actualização, ao abrigo do Despacho nº 9456-C/2014 do Ministério da Saúde.

---

<sup>2</sup> Que incluem ou tenham a participação de elementos do órgão de administração ou supervisão.

*C. L. J.  
C. L. J.  
H. M. C.*

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 aspectos 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 2016 realizaram-se 10 reuniões ordinárias da Comissão de Ética e deve destacar-se:

- atividade assistencial (resposta a questões colocadas por diferentes serviços do CHLO)
- atividade de investigação
- foram recebidos 101 pedidos de parecer. Destes, 68 por estarem completos e de acordo com as Normas da Comissão de Ética para a Saúde (CES) foram submetidos a apreciação: 48 registos observacionais/projetos de investigação clínica, 15 estudos conducentes a provas académicas, 6 adendas/emendas a estudos aprovados anteriormente;
- deram entrada 57 modelos de consentimento informado (resultaram 8 pareceres favoráveis definitivos);

*al  
Clev J.  
Clá  
Jane*

- deu-se conhecimento de 9 pareceres favoráveis à Presidente da Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPD), no âmbito da proposta de articulação entre a CNPD e a CES do CHLO no que concerne ao tratamento de dados pessoais efetuado no âmbito de Investigação Clínica
- apreciaram-se 916 justificações para autorização de utilização de medicamentos que não fazem parte do Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos (FHMN) ou cuja aplicação não está ainda aprovada pelo INFARMED;
- participação no seminário Outono/Inverno da RedÉtica- Ética e Proximidade, organizado pela ARSLVT.

#### ➤ **Comissão de Qualidade e Segurança**

Elementos:

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

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

- Dar parecer sobre a formulação da política da qualidade;
- A elaboração de proposta do plano de ação anual;
- 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 Qualidade e Segurança é assegurada no CHLO pelo Departamento de Qualidade.

Durante o ano 2016 as atividades desenvolvidas por esta Comissão responderam aos requisitos para concretização das propostas da DGS, com carácter normativo, como é público, globalmente e de modo mais extensivo do que em anos anteriores.

Além disso outras intervenções tiveram lugar:

- Número de NOC DGS analisadas e discutidas – 14
- Número de NOC DGS objeto de auditoria interna - 141
- Aplicação da Tabela nacional de Funcionalidades - Pneumologia

CER J.  
Cler  
Janee

- Programa preventivo, no uso seguro do medicamento:
  - Procedimento para medicamentos LASA ("Look Alike, Sound Alike");
  - Procedimento para medicamentos de alerta máximo:
  - Aplicação de alertas informáticos no sistema de prescrição (eg dias de prescrição de antibiótico, incompatibilidades).
- Avaliação para controlo ambiental - gases anestésicos e AVAC
- Avaliação do grau de satisfação dos clientes externos
- Avaliação e tratamento das Reclamações
- Extensão do Programa de Medicina Ocupacional: realização de pelo menos cinco dezenas de avaliações individuais de colaboradores e 12 Avaliações do Risco no local de trabalho
- Continuação das atividades de Investigação Clínica compreendendo ainda um curso anual
- Atividades formativas transversais: S básico de vida, S avançado de vida, Plano de Emergência interna
- Atividades outras no Âmbito da Segurança do Doente:
  - Continuação da aplicação do Programa da Cirurgia Segura (2,5% taxa de não aplicação);
  - Continuação dos Programas de ensino ao doente durante o internamento de forma informal;
  - Promoção da comunicação de incidentes no sistema de *report* Antares;
  - Continuação da divulgação de Informação sobre estratégias para prevenção de quedas e monitorização do Risco de queda;
  - Estratégia de armazenamento de medicamentos LASA implementada;
  - Monitorização da infecção nosocomial - Programas HAI-SSI, HAI -UCI, UCIN, INCs;
  - Monitorização dos microrganismos problema.
- Divulgação ampla da Carta de Direitos e Deveres do doente e da Carta de acesso ao direito à informação do tempo de espera em lista
- Colaboração com os serviços na elaboração de modelos de Consentimento Informado à luz do Modelo de Consentimento Informado em vigor (NOC 015/2013) - criados 14 novos modelos
- Organização e produção de dois cursos para Auditores técnicos da Qualidade - 37 formandos
- Reconhecimento externo da Qualidade: manutenção da Certificação ISO 9001-2008 nos Serviços de Imunohemoterapia e Farmacêuticos e nas Unidades de Diálise, Biologia Molecular e Microbiologia e envolvimento de 12 serviços clínicos na aplicação do modelo de acreditação ACSA
- Produção e divulgação no site do Departamento da Qualidade de numerosos documentos transversais com o objetivo de formalizar procedimentos e instruções de trabalho, procurando sistematizar atividades com impacto positivo direto da organização no doente:
  - Acesso a Ajuda em Emergência;
  - Arquivo Digital;
  - Comunicação e Resolução de Ocorrências (S. Logística e Compras, SIE's, Hoteleiros);
  - Confidencialidade da Informação Clínica;
  - Continuidade na informação clínica e respetivos registos em situação de falha informática;
  - Controlo ambiental na conservação de medicamentos e dispositivos médicos;
  - Controlo de temperatura e humidade na conservação de medicamentos;

*ml  
Cui  
Oleg  
Hans*

- Dúvidas de Natureza Ética;
- Elos de Ligação;
- Gestão de Bens e Serviços;
- Listagem de processos não assistenciais;
- Privacidade do Cidadão no CHLO;
- Profissionais de Referência;
- Rastreabilidade, Confidencialidade e Proteção da Informação Clínica;
- O cidadão e o Testamento Vital;
- Substituição na tomada de decisão de cidadão incapaz.

➤ **Grupo de Coordenação Local de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistências aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA)**

Elementos:

- Dra. Filomena Martins (Presidente)
- Dra. Margarida Rosa Silva Santos
- Dr. António João Rodrigues Pereira
- Dra. Elsa Filipa Pasmal de Almeida Gonçalves
- Enf.<sup>a</sup> Maria Francelina Ribeiro Ferreira Rebelo
- Dra. Maria Helena Farinha
  - Dra. Maria Isabel Antunes
  - Dra. Ana Alexandra da Conceição Mirco
  - Dr. João Fernando Araújo Sequeira
  - Enf.<sup>a</sup> Maria Margarida Moreira Mimoso
  - Dra. Ana Alexandra Sousa Leitão
  - Enf.<sup>a</sup> Clara Maria Aguiar Carvalho
  - Dra. Erica Rodrigues Viegas
  - Dra. Maria Fátima Marques Grenho

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

No âmbito das competências que lhe são atribuídas, o GCL-PPCIRA realizou diversas atividades ao longo de 2016, das quais destaca-se:

**Vigilância Epidemiológica**

- Vigilância epidemiológica de incidência da infecção associada aos cuidados de saúde: infecção nosocomial e microrganismos epidemiologicamente significativos;

*Cef. J.  
Cef. J.  
J. P. J.*

- Vigilância epidemiológica das resistências aos antimicrobianos;
- Programa de vigilância epidemiológica da infecção do local cirúrgico e da infecção em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) do Healthcare Acquired Infection Network (HAI-Net) do ECDC, nomeadamente HAI-SSI e HAI-ICU;
- Programa de vigilância epidemiológica da infecção nosocomial em unidades de cuidados intensivos neonatais (VE-UCIN) que integra o Programa de Prevenção e Controlo das Infecções e das Resistências aos Antimicrobianos (PPCIRA);
- Vigilância epidemiológica da infecção nosocomial da corrente sanguínea que integra o PPCIRA;
- Vigilância Epidemiológica das Resistências aos Antimicrobianos de microrganismos alerta e problema de acordo com a Norma 004/2013 da Direcção Geral de Saúde;
- Apresentação de resultados da vigilância epidemiológica realizada e publicação online.

### **Formação / Acompanhamento Clínico**

- Organização, coordenação e participação em ações de formação interna, em colaboração com Departamento de Formação do CHLO (Plano anual de Formação);
- Organização do Curso de Terapêutica Antibiótica, do Grupo de Infeção e Sepsis do Hospital de S. João, realizado no Edifício Escolar do Hospital São Francisco Xavier nos dias 14 e 15 de Outubro de 2016;
- Integração de novos Enfermeiros, políticas do GCL-PPCIRA;
- Colaboração em estágios da especialidade médica e com instituições de cursos de ensino pós-graduado, nomeadamente, Escolas Superiores de Enfermagem;
- Orientação das práticas clínicas;
- Continuação da elaboração ou atualização de recomendações, procedimentos e normas para o manual de prevenção e controlo de infecção e de resistência aos antimicrobianos do CHLO;
- Emissão de pareceres em prevenção e controlo de infecção e utilização de antimicrobianos e antisépticos;
- Participação em reuniões externas, como oradora convidada:
  - o Comemoração promovida pela DGS aquando da Semana do Antibiótico, Lisboa, 17 de Novembro, Filomena Martins;
  - o O farmacêutico no GCL-PPCIRA, IX Congresso Nacional da Associação Portuguesa de Farmacêuticos Hospitalares, Estoril, 26 de Novembro, Erica Viegas;
  - o Participação como moderadora no workshop “Experiência Internacional na prevenção de infecção e regimes alternativos de descolonização” no 6º congresso Internacional dos Hospitais, organizado pela APDH, nos dias 23 a 25 de Novembro de 2016, Lisboa, Filomena Martins.

### **Auditoria de estrutura, processo e resultado**

- Campanha das Precauções Básicas em Controlo de Infecção (PBCI) – Direcção Geral de Saúde e Organização Mundial de Saúde;

*Covid  
Cle S.  
Hane*

- Auditorias internas a indicadores de estrutura, processo e resultado;
- Auditorias internas ao uso de antimicrobianos:
  - o Serviço de Cirurgia Geral I, Unidade de Oncologia, Unidade de AVC, UNICARD;
  - o Serviço de Cirurgia Geral II, Gastrenterologia e Neurologia;
  - o Serviço de Cirurgia Geral III, Cardiologia, CCT, Nefrologia e UCI-CCT;
  - o Avaliação da DDD/100 camas/dia e DDD/1000 doentes saídos do CHLO;

#### **Colaboração em atividades de gestão de materiais e equipamentos**

- Júri de concursos de escolha de material e consumo clínico;

#### **Projectos de investigação / participação em projectos de investigação**

- Avaliação do cateter Folley Bactiguard na prevenção da infecção do trato urinário associada à cateterização vesical (ainda em curso);
- Estudo "Caracterização de estirpes bacterianas associadas a infecções associadas aos cuidados de saúde (IACS): a importância dos biofilmes" (ainda em curso);

#### **Colaboração em actividades para a acreditação de serviços clínicos do CHLO**

- Integração na equipa de acreditação dos serviços clínicos.

#### **➤ 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 (Secretariado Técnico)

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;

*Crescida  
Eloy Jr.  
Ferreira*

- 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.

Foram realizadas 46 reuniões, tendo sido analisados:

- 2 Protocolos Terapêuticos;
- 25 pedidos de introdução de medicamentos ou formulações de usos geral;
- 426 pedidos de terapêutica para a Hepatite C;
- 1191 pedidos individualizados de outros medicamentos;
- 11 recomendações/normas da CFT

Outras actividades:

- Foram divulgados, alertas e Circulares informativas do Infarmed;
- Foram apreciados os consumos de medicamentos tendo sido objecto de análise detalhada os desvios identificados;

#### ➤ Núcleo Hospitalar de Apoio a Criança e Jovens em Risco

Elementos:

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

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.

Nas situações de risco, destaca-se um indicador de risco predominante, pelo que a disfuncionalidade familiar comporta um conjunto de vulnerabilidades sociofamiliares que podem condicionar os cuidados e segurança 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.

No ano de 2016, num total de 19 reuniões semanais do NHACJR foram avaliadas 75 crianças e jovens em risco/perigo com um total de 113 discussões de casos, 54 situações foram inaugurais, sendo as restantes 59, reavaliações. Relativamente a anos anteriores houve um decréscimo acentuado nas situações sinalizadas e reavaliadas.

Foram elaborados cerca de 26 pareceres técnicos, por escrito, de crianças e jovens em risco/ perigo, em resposta a entidades externas, tais como o Tribunal, DIAP, Policia Judiciária, etc.

Há que salientar que o número de crianças/jovens em risco/perigo sinalizadas e/ou acompanhadas pelo NHACJR não correspondem ainda ao numero total desta população atendida no CHLO, mais especificamente, no âmbito da intervenção social do Serviço Social.

➤ **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. Patrizia Veca
- Dr. António Macedo
- Dra. Carla Lilaia
- Dra. Tânia Sardinha

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 efetivos e dois suplentes, a nomear pelo conselho de administração do estabelecimento oficial de saúde pelo período de um ano, renovável.

CW.  
J.  
Clos  
Hause

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 receção 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 2016:

- 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 Objetora de Consciência para os casos de Interrupção da gravidez por opção da mulher.

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

#### ➤ **Comissão de Gestão de Risco**

Elementos:

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

#### ➤ **Comissão de Coordenação Oncológica**

Elementos:

- Dra. Rita Perez (Presidente)
- Dra. Ana Maria Martins
- Dr. Carlos Neves
- Dra. Sância Ramos

*Ceu  
n  
Cecília  
Helena*

- Dra. Helena Miranda

➤ **Comissão da Monitorização da Prescrição Médica do CHLO**

Elementos:

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

➤ **Comissão de Vigilância e Profilaxia do Tromboembolismo Venoso**

Elementos:

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

➤ **Unidade Coordenadora Funcional de Diabetes**

Elementos do CHLO

- Dra. Rita Perez
- Dr. José Guia
- Enf.<sup>a</sup> Isabel Maria Amaral Amado
- Dr. Carlos Augusto Carvalho Vasconcelos
- Enf<sup>a</sup> Maria Isabel Gomes A. Pita Góis

➤ **Unidade Funcional de Terapêutica Cirúrgica da Obesidade Mórbida**

Elementos:

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


  
 C.H.L.O.  
 f.  
 Ana

### ➤ Comissão Informatização Clínica

Elementos:

- Dr. António Carvalho (Presidente)
- Eng. Jorge Pedroso
- Dr. João Faro Viana
- Dra. Ana Mirco
- Dra. Isabel Cabral
- Enf<sup>a</sup>. Célia Osana
- Dra. Ana Maria Monteiro Almeida

### ➤ Equipa de Prevenção da Violência em Adultos

Elementos:

- Dra. Paula Afonso (Coordenadora)
- Dra. Paula Cristina Alves
- Dra. Gabriela Rodrigues
- Enf.<sup>a</sup> Ana Maria Ramos
- Enf.<sup>a</sup> Lígia Maria Silva
- Dr. Fernando Silva

## C. Fiscalização

### 1.Identificação do órgão de fiscalização

#### FISCAL ÚNICO

Mandato	Cargo	Identificação			Designação			N.º de anos de funções exercidas no grupo	N.º Mandatos exercidos na sociedade
		Nome	N.º de Inscrição na OROC	N.º de Inscrição na CNVM	Forma	Data	Data do Contrato		
Efectivo		BDO & Associados, Lda Representada por Dr. Pedro Manuel Aleixo Dias	SROC n.º 29 ROC n.º 725	20161384 20160361	Despacho n.º 328/14	03-03-2014	10-03-2014 SET	6	2
Suplementar		Dr. João Paulo Torres Cunha Ferreira	ROC n.º 956	20160573					

### 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 n.º 5 do artigo 414.º, do CSC.

Não existe

*Cler  
ad  
o.*

**3.Apresentação de elementos curriculares relevantes de cada um dos membros do Conselho Fiscal, da Comissão de Auditoria, do Conselho Geral e de Supervisão ou da Comissão para as Matérias Financeiras e outros. Deverão especificamente ser indicadas as atividades profissionais exercidas, pelo menos, nos últimos 5 anos.**

•**Fiscal Único**

**Efectivo – BDO & Associados, Lda.**

Dr. Pedro Manuel Aleixo Dias

Data de Nascimento: 04/02/1957

**Habilidades 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.

•**Fiscal Único**

**Suplente – BDO & Associados, Lda.**

Dr. João Paulo Torres Cunha Ferreira

Data de Nascimento: 02/01/1964

*CW J  
CL  
Cle  
Hans*

### Habilidades Académicas

- Licenciatura em Gestão pelo Instituto Superior de Economia e Gestão (ISEG).
- Inscrito na lista dos Revisores Oficiais de Contas com o n.º 956.

### Atividade Profissional

Categoria Profissional:

Colaborador desde 1988 na BDO, atualmente com a categoria de Partner do departamento de auditoria desde 2012, sendo responsável de trabalhos de Revisão Legal de Contas, de Auditoria, Formação Profissional e de Consultoria.

Cargos anteriores:

- Tem trabalhado em Portugal e no estrangeiro em variados clientes, de entre os quais se destacam a Universidade da Madeira, Universidade do Algarve, Instituto Superior Técnico, Universidade dos Açores, Universidade Nova de Lisboa; responsável por trabalhos de auditoria e avaliação em entidades do sector da saúde como o Centro Hospitalar Lisboa Norte, Centro Hospitalar Lisboa Central, Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), Misericórdia das Caldas da Rainha, entidades cotadas como a Reditus e a Glintt públicas e formação efetuados para a APA, SMAS Oeiras e Amadora, Águas de Cascais, de várias Câmaras Municipais (Santarém, Borba, Faro, Loulé, etc.), responsável da firma pela auditoria das participadas do Grupo Águas de Portugal.
- Coordenador de trabalhos especiais, como projetos de formação na área das IFRS e do SNC, "due diligences", fusões e avaliações.
- Formador qualificado de acordo com as normas do INOFOR, destacando-se acções de formação ministradas na Ordem dos Revisores Oficiais de Contas, nomeadamente em matérias de auditoria na área seguradora e ao nível de IFRS / NIC.

### 4.Caracterização do funcionamento do Conselho Fiscal, da Comissão de Auditoria, do Conselho Geral e de Supervisão ou da Comissão para as Matérias Financeiras

Não existem.

### D.Revisor Oficial de Contas (ROC)

**1.Identificação, membros efetivo e suplente, da Sociedade de Revisores Oficiais de Contas (SROC), do ROC e respetivos números de inscrição na Ordem dos Revisores Oficiais de Contas (OROC) e na Comissão do Mercado de Valores Mobiliários (CMVM), caso aplicável, e dos sócios ROC que a**

*CW. J.  
CJL  
Hau.*

representam e indicação do número de anos em que o ROC exerce funções consecutivamente junto da entidade e/ou grupo.

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

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

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

Não existe, uma vez que os estatutos do CHLO (Artigo 5º Capítulo II do Decreto-Lei 233/2005, Anexo II) não o preveem. O ROC que representa a SROC não prestou outros serviços à entidade.

A sociedade que representa o Fiscal Único (BDO & Associados, Lda) não prestou outros serviços ao CHLO.

## 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 entidade e/ou do grupo, bem assim como a remuneração relativa ao ano em referência.

2. Explicitação da política e periodicidade da rotação do auditor externo e do respetivo sócio ROC que o representa no cumprimento dessas funções, bem como indicação do órgão responsável pela avaliação do auditor externo e periodicidade com que essa avaliação é feita.

3. Identificação de trabalhos, distintos dos de auditoria, realizados pelo auditor externo para a entidade e/ou para entidades que com ela se encontrem em relação de domínio, bem como indicação dos procedimentos internos para

*cur.*  
**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 entidade e/ou por pessoas coletivas em relação de domínio ou de grupo ao auditor e a outras pessoas singulares ou coletivas pertencentes à mesma rede**

*Col.*  
Não existe.

## **VI. Organização Interna**

### **A. Estatutos e Comunicações**

#### **1. Indicação das regras aplicáveis à alteração dos estatutos da entidade**

O Regulamento Interno do CHLO, E.P.E., foi homologado por Sua Ex.<sup>a</sup> o Secretário de Estado da Saúde, em 27 de Junho de 2006, com a adaptação homologada por sua Ex<sup>a</sup> o Sr. Ministro da Saúde, em 04 de Março de 2016.

Os estatutos do CHLO, E.P.E. são aprovados por Decreto-Lei, constando atualmente do Anexo II e III ao Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro. O regime fixado no Decreto-Lei ora citado e nos Estatutos a ele anexos tem caráter especial relativamente ao disposto no regime jurídico do setor público empresarial, que é subsidiariamente aplicável, com as devidas adaptações.

#### **2. Caracterização dos meios e política de comunicação de irregularidades ocorridas na entidade.**

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 de dezembro (entretanto revogado pelo Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro, que regula atualmente esta matéria), 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 irregularidades, competindo ao

*CHEV*  
*de*  
*CCB*  
*Paulo*

Conselho de Administração assegurar a sua implementação e manutenção ao auditor interno a responsabilidade pela sua avaliação".

Considerando que o Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E. (CHLO) encara cada comunicação de irregularidade como uma oportunidade para melhorar os seus mecanismos de qualidade e controlo da sua atividade, elaborou o regulamento de comunicação de irregularidades, tendo sido aprovado pelo Conselho de Administração em 08 de janeiro de 2014 e de seguida publicitado na intranet e internet do CHLO.

O regulamento 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](mailto: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.

*Curr. f.  
Cabo  
Háve*

Por outro lado, as exposições (reclamações, sugestões e opiniões) efetuadas por utentes ou familiares, quer sejam direcionadas aos Gabinetes dos Utentes (cartas, emails), Livro Amarelo, Caixas de Opiniões/Sugestões ou diretamente ao Conselho de Administração são sujeitas a tratamento. Estes registos permitem não só efetuar a análise/acompanhamento dos processos como também à avaliação dos profissionais e do funcionamento dos serviços, já que nem todas as situações são visíveis pela gestão do centro hospitalar.

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

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

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

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.
- e) Após a análise preliminar referida no número 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

*[Handwritten signatures]*

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 2<sup>a</sup> 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 as irregularidades detetadas a entidades externas.

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 ponto 2 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 30 de julho de 2014, o primeiro Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PGRCIC) e em 02 de dezembro de 2015, a sua primeira revisão, tendo em consideração a Recomendação n.º 3/2015 do CPC, publicada no DR, 2<sup>a</sup> Série, N.º 132 de 9 de julho de 2015.

O PGRCIC estabelece orientações sobre a prevenção de riscos de gestão, incluindo os de corrupção e infrações conexas, os critérios de risco, as funções e as responsabilidades na sua estrutura e organização interna, bem como as medidas de melhoria (preventivas/corretivas).

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

- Conselho de Administração;
- Serviço de Auditoria Interna;
- Serviço Jurídico e de Contencioso;
- Serviço de Planeamento, Análise e Controlo de Gestão;
- Serviço de Gestão de Compras;
- Serviço de Logística e Distribuição;
- Serviço de Gestão Hoteleira;

*cur  
J.  
at  
CLO  
Paulo*

- Serviço de Sistemas e Tecnologias de Informação;
- Serviço Financeiro;
- Serviço de Gestão Estratégica de Recursos Humanos/Administração de Pessoal;
- Serviço de Gestão de Doentes;
- Serviço de Instalações e Equipamentos;
- Secretaria - Geral;
- Serviço de Transportes;
- Serviços Farmacêuticos;
- Espólio – Urgência Geral;
- Áreas Clínicas.

O PGRCIC encontra-se publicado na intranet e internet do CHLO e no Portal do SNS.

## B. Controlo interno e gestão de riscos<sup>3</sup>

### 1. Informação sobre a existência de um sistema de controlo interno (SCI) compatível com a dimensão e complexidade da entidade, de modo a proteger os investimentos e os seus ativos.

O 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, que altera e republica o Decreto-Lei nº 233/2005, de 29 de dezembro (entretanto revogado pelo Decreto-Lei nº 18/2017, de 10 de fevereiro, que regula atualmente esta matéria).

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;

<sup>3</sup> Querendo, a entidade poderá incluir síntese ou extrato(s) de Manual ou Código que satisfaça(m) o requerido. Tal formato de prestação da informação implica que o texto seja acompanhado das adequadas referências que permitam identificar as partes da síntese ou extrato(s) que satisfazem cada uma das alíneas.

*Cur*  
*d*  
*el*  
*ab*  
*all*

- A existência de informação económica e financeira e de gestão que sustente/garante 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 das 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.

De referir ainda que o Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E. dispõe de vários mecanismos implementados que contribuem para mitigar/dirimir os riscos relevantes, dos quais salientamos:

- Serviço de Auditoria Interna;
- Auditor Clínico;
- Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas;
- Regulamento Interno;
- Regulamento de Comunicação de Irregularidades;
- Código de Ética;
- Comissão de Gestão de Risco;
- Comissão de Qualidade e Segurança.

## **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 – Etelvino Craveiro;
- Auditor Clínico – Dr. João Fernando Araújo Sequeira;
- Comissão de Qualidade e Segurança- Dra. Suzana Parente (Presidente);
- Comissão de Gestão de Risco Clínico – Dr. Conceição Fursteneau (Presidente);
- Comissão de Ética da Saúde (CES) – Prof. Dra. Teresa Marques (Presidente);
- Outras "vide a alínea d) do n.º 9 do ponto V deste relatório";
- Diretores/Responsáveis de Serviço.

Em 31/12/2016, o SAI era constituído pelo Auditor Interno e por uma Técnica de Auditoria.

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

Ao SAI compete em especial:

- a) Fornecer ao CA análises e recomendações sobre as atividades revistas para melhoria do funcionamento dos Serviços;
  - 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 entidade, deve incluir a definição de níveis de risco considerados aceitáveis e identificar as principais medidas adotadas.**

O CHLO, E.P.E. dispõe de um PGRCIC que foi aprovado pelo CA em 30 julho de 2014, revisto em 2015 e aprovado pelo CA, em 02 de dezembro de 2015. Esta revisão consistiu na análise de risco de serviços que até aí não tinham sido considerados no PGRCIC, bem como o acrescento de novos riscos, respetivos níveis de Probabilidade de Ocorrência e Escala de Risco dos serviços em controlo, de acordo com a FEDERATION OF EUROPEAN RISK MANAGEMENT ASSOCIATIONS (FERMA) – “A Risk Management Standard” com o objetivo de tornar o mais abrangente/consistente, de modo a que a gestão/avaliação do risco seja mais eficaz e eficiente (mitigação do risco).

Neste sentido, foram dadas orientações aos serviços contemplados no PGRCIC (Ponto 6. abaixo) para que elaborassem as suas matrizes de risco de acordo com o manual de Normas de Gestão de Risco da FERMA, anteriormente citado.

Por outro lado o Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC) do Tribunal de Contas foi chamado a realizar, nas nossas instalações, uma sessão de esclarecimento/pedagógica onde os diretores de Serviços, convocados pelo CA a estarem presentes, tiveram acesso aos esclarecimentos que entenderam por necessários e, bem assim, à noção da importância das matrizes / "correto preenchimento".

Mesmo assim, par o caso de subsistirem dúvidas, o CA e o SAI encontram-se disponíveis para os esclarecimentos entendidos por necessários.

A definição de níveis de risco considerados aceitáveis e identificação das principais medidas adotadas encontram-se no PGRCIC, publicado no Portal do SNS e no site do CHLO (Intranet e Internet) cujo Link de acesso é o seguinte: [http://www.chlo.minsaudade.pt/images/documents/informacao\\_gestao/Plano\\_GRCIC\\_1%20revisao.pdf](http://www.chlo.minsaudade.pt/images/documents/informacao_gestao/Plano_GRCIC_1%20revisao.pdf)

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

O Serviço de Auditoria Interna, a Comissão de Qualidade e Segurança e a Comissão de Gestão do Risco Clínico do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE., dependem, em termos orgânicos, o primeiro da Presidente do CA e os outros 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, destas se destacando áreas específicas, nomeadamente o risco clínico no âmbito da Comissão da Qualidade e Segurança e da Comissão de Gestão de Risco Clínico.

Acresce ainda, a nomeação de um Auditor Clínico em 3 de janeiro de 2014, no âmbito do Departamento da Qualidade, de acordo com a alínea a), n.º 2, do Artigo 56.º do Regulamento Interno do CHLO.

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

**Riscos económicos:**

- Pressão económica face às restrições orçamentais;
- Dificuldades económicas dos utentes que recorrem ao CHLO;
- Decréscimo dos serviços a prestar aos doentes pelos seus agregados familiares.

*Lew*  
*João*  
*Hávea*

Relativamente aos riscos económicos, as mudanças significativas que vêm acontecendo quer ao nível interno e externo ao CHLO, a pressão económica, conjuntamente com as necessidades crescentes da população em cuidados de saúde (resultantes do envelhecimento, do aumento da prevalência de doenças crónicas, da inovação tecnológica e farmacológica) e as dificuldades económicas e financeiras sobejamente conhecidas, marcam a realidade atual e futura do CHLO.

### Riscos financeiros:

- Contexto económico muito desfavorável;
- Custo *per capita* da saúde a crescer numa relação desproporcionada às verbas disponibilizadas;
- Elevado Prazo Médio de Recebimentos;
- Elevado Prazo Médio de Pagamentos;
- Diminuição do poder de negociação nos processos de aquisição de bens e serviços
- Significativa dependência do Contrato-programa;
- Diminuição de ativos;
- Decisões da tutela a nível central com impacto negativo na execução orçamental.

### Riscos operacionais:

- Fraca autonomia de Gestão;
- Edifícios e parque de equipamentos muito envelhecidos;
- Dificuldade na realização de novos investimentos;
- Constrangimentos na contracção de novos profissionais para algumas áreas;
- Dificuldade em assegurar a permanência de alguns profissionais face às condições mais favoráveis que o setor privado apresenta;
- Dificuldade na gestão/redução de listas de espera de algumas especialidades;
- Deficiente resposta de Cuidados Primários;
- Deficiente resposta de Cuidados Continuados;
- Ausências de modelos organizacionais suporte da doença crónica;
- Legislação laboral muito restritiva.

### Riscos jurídicos:

- Capacidade de identificar áreas mais sensíveis;
- Capacidade de monitorizar as responsabilidades da empresa/profissionais em cada uma dessas áreas;
- Capacidade de litigância.

As Organizações devem analisar os fatores de risco para cada área de atividade, equacioná-los e geri-los por forma a 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.

Curr.

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, os Serviços que atualmente constituem parte integrante do PGRCIC do CHLO são os seguintes:

- Conselho de Administração;
- Serviço de Auditoria Interna;
- Serviço Jurídico e de Contencioso;
- Serviço de Planeamento, Análise e Controlo de Gestão;
- 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/Administração de Pessoal;
- Serviço de Gestão de Doentes;
- Serviço de Instalações e Equipamentos;
- Secretaria - Geral;
- Serviço de Transportes;
- Serviços Farmacêuticos;
- Espólio – Urgência Geral;
- Áreas Clínicas.

Os riscos referentes aos serviços acima referidos estão expressos no PGRCIC do CHLO, cujo Link é:

[http://www.chlo.min-saude.pt/images/documents/informacao\\_gestao/Plano\\_GRCIC\\_1%20revisao.pdf](http://www.chlo.min-saude.pt/images/documents/informacao_gestao/Plano_GRCIC_1%20revisao.pdf)

## **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.

Cover

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 contínua 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.

Neste sentido, foram dadas orientações aos serviços contemplados no PGRCIC (Ponto 6. acima) para que elaborassem as suas matrizes de risco de acordo com o manual de Normas de Gestão de Risco da FERMA, anteriormente citado.

Por outro lado o Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC) do Tribunal de Contas foi chamado a realizar, nas nossas instalações, uma sessão de esclarecimento/pedagógica onde os diretores de Serviços, convocados pelo CA a estarem presentes, tiveram acesso aos esclarecimentos que entenderam por necessários e, bem assim, à noção da importância das matrizes / "correto preenchimento".

Reforça-se ainda que tem havido por parte do CA, uma forte sensibilização no sentido da melhoria do PGRCIC.

*anexo*  
*s.*  
*NR*  
*Ab*  
*Han*

Em cumprimento do estabelecido na alínea d) do ponto 1.1, da Recomendação n.º 1/2009 do CPC e considerando o Plano em vigor, procedeu-se à elaboração do Relatório Anual de Execução do PGRCIC de 2015. Este relatório foi alicerçado na aferição das medidas de melhoria (preventivas/corretivas) constantes no Plano, se foram, ou não, implementadas/executadas durante o ano de 2015, tendo em consideração os prazos definidos, no sentido de mitigar ou dirimir os riscos correspondentes.

Para o feito, o SAI elaborou um questionário que após a sua aprovação pelo CA, foi submetido a todos os diretores/responsáveis dos Serviços que fazem parte do Plano para procederem ao seu preenchimento. Após a receção das respostas, foi efetuada a sua avaliação. Por amostragem, procedeu à avaliação de alguns riscos e da execução das respetivas medidas de melhoria (preventivas/corretivas) constantes nas matrizes de risco de alguns Serviços. Face aos resultados obtidos o SAI propôs um conjunto de recomendações no sentido de melhorar o PGRCIC.

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

O CHLO dispõe de um PGRCIC considerando-o um instrumento fundamental para a gestão. Este deve ser entendido como dinâmico, sujeito a um aperfeiçoamento contínuo, resultante da sua monitorização/avaliação, através da experiência que vai sendo adquirida, da consideração de novas situações que vão surgindo no seio da organização (CHLO) e da sua interligação com o exterior. Para que o Plano venha a ser, na prática, cada vez mais profícuo, exige-se uma participação global de todos os colaboradores nesse sentido. Para que essa participação se veja mais eficaz e eficiente deve, no seio da organização, existir a preocupação constante de fomentar o debate e a divulgação dos princípios éticos e da boa gestão, bem como alertar e sensibilizar para uma cultura de boas práticas de modo a possibilitar a existência de um sistema de controlo interno mais adequado.

Para além dos mecanismos internos, todo o processo de divulgação de informação financeira é reportado, acompanhado e validado por entidades externas, nomeadamente, o Tribunal de Contas, a IGF, a DGTF e a ACSS.

O Fiscal Único é o órgão responsável pelo controlo da legalidade, da regularidade e da boa gestão financeira e patrimonial da instituição, competindo-lhe especificamente verificar a regularidade dos registos contabilísticos e documentos que lhe servem de suporte, assim como dar parecer sobre o relatório de gestão do exercício e certificar as contas.

Saliente-se, que com a entrada em vigor do Decreto-lei 244/2012, de 9 de novembro, foram criadas condições para revalorizar a atividade de fiscalização, ajustando o perfil de recrutamento do Fiscal

L  
J.  
SL  
CLO  
Halle.

Único, ao mesmo tempo que se reforçou o princípio da segregação entre a administração e a fiscalização da entidade no modelo de organização vigente.

De referir ainda a elaboração dos Relatórios Trimestrais de Execução Financeira em articulação com o Fiscal Único, dando Cumprimento ao Ponto 1 do Despacho n.º 7709-B/2016, publicado na 2.ª série – N.º 111 do Diário da República, de 9 de junho de 2016 e tendo em consideração a Circular Normativa 14/2016/GAI/ACSS, de 1 de Julho de 2016 revogada pela Circular Normativa N.º 20/2016/ACSS, de 12 de Outubro de 2016.

## 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 ([http://www.chlo.min-saude.pt/images/documents/DL233\\_2005\\_29\\_12\\_Hospitais%20EPE.pdf](http://www.chlo.min-saude.pt/images/documents/DL233_2005_29_12_Hospitais%20EPE.pdf)), pelas normas em vigor para o SNS que os não contrariem e pelo seu Regulamento Interno ([http://www.chlo.min-saude.pt/images/documents/centro\\_hospitalar/Regulamento1.pdf](http://www.chlo.min-saude.pt/images/documents/centro_hospitalar/Regulamento1.pdf)) e ([http://www.chlo.min-saude.pt/images/documents/Adaptacao\\_RI\\_04032016.pdf](http://www.chlo.min-saude.pt/images/documents/Adaptacao_RI_04032016.pdf)), homologado pelo Ministério da Saúde.

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

*Cur.*  
*J.*  
*ML*  
*Colo*  
*Yane*

**um modo geral, qualquer entidade que estabeleça alguma relação jurídica com a entidade (vide artigo 47.º do RJSPE).**

O Código de Ética no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental foi aprovado em 01 de Junho de 2016 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.

O Código de Ética está devidamente publicado e divulgado junto dos colaboradores, clientes e fornecedores no sítio da intranet ([http://intranet/organizacao/informacao\\_de\\_gestao/Codigo%20de%20etica%20%20CHLO/CodigoCondu taEtica.pdf](http://intranet/organizacao/informacao_de_gestao/Codigo%20de%20etica%20%20CHLO/CodigoCondu taEtica.pdf)) e internet do CHLO (<http://www.chlo.min-saude.pt/images/documents/CodigoCondutaEtica.pdf>).

De acordo com os Pontos 5. e 7. do referido código, "todos os profissionais do CHLO, EPE devem pautar o seu relacionamento com o cidadão por critérios de respeito e cortesia. Neste sentido, devem:

*CW.  
JL.  
Clos  
Hause.*

- a) Atuar de modo a assegurar o exercício dos direitos dos cidadãos e o cumprimento dos seus deveres, de forma célere e eficaz;
- b) Pautar a sua conduta por critérios de transparência, abertura e respeito no trato social;
- c) Prestar informações e esclarecimentos quando solicitados, bem como diligenciar o encaminhamento para os serviços competentes;
- d) Esclarecer o cidadão dos seus direitos e deveres assegurando-se que este comprehende a informação que lhe é prestada;
- e) Assegurar que ao utente de serviços é garantido o direito de participação e autonomia de decisão.

No que se refere às relações externas, mais concretamente com os seus fornecedores, o CHLO, EPE respeita os princípios da contratação pública, nomeadamente os princípios da igualdade, isenção, transparência e concorrência na seleção dos fornecedores, conforme previsto na Lei aplicável.

**3.Referência à existência do Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PGRCIC) para prevenir fraudes internas (cometida por um Colaborador ou Fornecedor de Serviços) e externas (cometida por Clientes ou Terceiros), assim como a identificação das ocorrências e as medidas tomadas para a sua mitigação. Indicação relativa ao cumprimento da legislação e da regulamentação em vigor relativas à prevenção da corrupção e sobre a elaboração do Relatório Identificativo das Ocorrências, ou Risco de Ocorrências (vide alínea a) do n.º 1 do artigo 2.º da Lei n.º 54/2008, de 4 de setembro). Indicação do local no sítio da entidade onde se encontra publicitado o respetivo Relatório Anual de Execução do PGRCIC (vide artigo 46.º do RJSPE).**

O CHLO dispõe de um PGRCIC considerando-o um instrumento fundamental para a gestão. Este deve ser entendido como dinâmico, sujeito a um aperfeiçoamento contínuo, resultante da sua monitorização/avaliação, através da experiência que vai sendo adquirida, da consideração de novas situações que vão surgindo no seio da organização (CHLO) e da sua interligação com o exterior. Para que o Plano venha a ser, na prática, cada vez mais profícuo, exige-se uma participação global de todos os colaboradores nesse sentido. Para que essa participação se veja mais eficaz e eficiente deve, no seio da organização, existir a preocupação constante de fomentar o debate e a divulgação dos princípios éticos e da boa gestão, bem como alertar e sensibilizar para uma cultura de boas práticas de modo a possibilitar a existência de um sistema de controlo interno mais adequado.

*Cur.*  
*Alv.*  
*Han.*

O Relatório Anual da Execução do PGRCIC do ano de 2016 com o objetivo de aferir se as medidas de melhoria (preventivas/corretivas) a adotar que constam no Plano se foram, ou não, implementadas/executadas durante o ano de 2016, tendo em consideração os prazos definidos, no sentido de mitigar ou dirimir os riscos correspondentes, está publicado no Portal do SNS e no site (Intranet e Internet) do CHLO, E.P.E., cujo link de acesso é o seguinte:

[http://www.chlo.min-saude.pt/images/documents/informacao\\_gestao/RelExecucaoPGRCorrupcaoInfracoesConexas\\_2016.pdf](http://www.chlo.min-saude.pt/images/documents/informacao_gestao/RelExecucaoPGRCorrupcaoInfracoesConexas_2016.pdf)

O PGRCIC está publicado no Portal do SNS e no site da Internet da instituição no seguinte endereço:  
[http://www.chlo.min-saude.pt/images/documents/informacao\\_gestao/Plano\\_GRCIC\\_1%20revisao.pdf](http://www.chlo.min-saude.pt/images/documents/informacao_gestao/Plano_GRCIC_1%20revisao.pdf)

#### D) Deveres especiais de informação

**1. Indicação da plataforma utilizada para cumprimento dos deveres de informação a que a entidade se encontra sujeita, nomeadamente os relativos ao reporte de informação económica e financeira (vide alíneas d) a i) do n.º1 do artigo 44.º do RJSPE), a saber:**

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

Não existem

**b) 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)

*cuv.  
Jr  
pt  
Cle  
Hann.*

**c) 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

**d) Orçamento anual e plurianual;**

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

SIRIEF: Sistema de Recolha de Informação Económica e Financeira

**e) Documentos anuais de prestação de contas;**

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

SIRIEF: Sistema de Recolha de Informação Económica e Financeira

**f) 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 entidade se encontra sujeita, nomeadamente os relativos a informação a prestar anualmente ao titular da função acionista e ao público em geral sobre o modo como foi prosseguida a sua missão, do grau de cumprimento dos seus objetivos, da forma como foi cumprida a política de responsabilidade social, de desenvolvimento sustentável e os termos de prestação do serviço público, e em que medida foi salvaguardada a sua competitividade, designadamente pela via da investigação, do**

*CW  
JZ.  
CL  
OB  
Hale.*

**desenvolvimento, da inovação e da integração de novas tecnologias no processo produtivo (vide n.º 1 do artigo 45.º do RJSPE).**

SIRIEF: Sistema de Recolha de Informação Económica e Financeira

## E) Sítio da Internet

**1. 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/index.php/contactos>

<http://www.chlo.min-saude.pt/index.php/contactos/hospital-de-egas-moniz>

<http://www.chlo.min-saude.pt/index.php/contactos/hospital-de-sao-francisco-xavier-2>

[http://www.chlo.min-saude.pt/images/documents/centro\\_hospitalar/Certidao1.pdf](http://www.chlo.min-saude.pt/images/documents/centro_hospitalar/Certidao1.pdf)

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

<http://www.chlo.min-saude.pt/index.php/centro-hospitalar/legislacao>

<http://www.chlo.min-saude.pt/index.php/centro-hospitalar/orgaos-de-gestao/comissoes>

c) Identificação dos titulares dos órgãos sociais e outros órgãos estatutários;

<http://www.chlo.min-saude.pt/index.php/centro-hospitalar/orgaos-de-gestao>

[http://www.chlo.min-saude.pt/images/documents/RelatorioGestaoContas\\_2016.pdf](http://www.chlo.min-saude.pt/images/documents/RelatorioGestaoContas_2016.pdf)

d) Documentos de prestação de contas anuais<sup>4</sup> e caso aplicável, as semestrais;

<http://www.chlo.min-saude.pt/index.php/centro-hospitalar/informacao-de-gestao/relatorio-e-contas>

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

[http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/Contratualizacao-HH-ULS-Termos-Referencia\\_VF.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/Contratualizacao-HH-ULS-Termos-Referencia_VF.pdf)

<sup>4</sup> Que devem estar acessíveis pelo menos durante cinco anos

*Lewi Jr*

<http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Acordo-Modificativo-do-CP-CHLO.pdf>

[http://www.chlo.min-saude.pt/images/documents/informacao\\_gestao/Acordo%20mod%20CP%202016%20.pdf](http://www.chlo.min-saude.pt/images/documents/informacao_gestao/Acordo%20mod%20CP%202016%20.pdf)

*Cabo Halle*

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

[http://www.dqtf.pt/ResourcesUser/SEE/Documentos/see\\_chlo/chlo\\_13\\_03\\_2017\\_esforco\\_financeiro\\_publico.pdf](http://www.dqtf.pt/ResourcesUser/SEE/Documentos/see_chlo/chlo_13_03_2017_esforco_financeiro_publico.pdf)

[http://www.chlo.min-saude.pt/images/documents/informacao\\_gestao/RelGovSocietario\\_EsfFinanceiro\\_2016.pdf](http://www.chlo.min-saude.pt/images/documents/informacao_gestao/RelGovSocietario_EsfFinanceiro_2016.pdf)

## F) Prestação de Serviço Público ou de Interesse Geral

**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 RJSPE).**

Acordo Modificativo do Contrato Programa 2016 celebrado entre a ARSLVT (Administração Regional de Saúde de Lisboa) e o CHLO, EPE (Centro Hospital de Lisboa Ocidental, EPE) em 06 de Maio de 2016.

**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 RJSPE), 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;

*Celv. J.  
Cob. L  
Hau.*

**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.**

Em conformidade com o estabelecido anualmente, o CHLO, com base nas indicações da tutela, nomeadamente do Departamento da Contratualização da ARSLVT e orientações da ACSS, elabora o Plano Estratégico, onde constam peças fundamentais do Movimento Assistencial, contemplando as metas quantitativas de produção, Recursos Humanos e Demonstrações Financeiras previsionais. A partir desde documento é celebrado o Acordo Modificativo que define os objectivos do Contrato Programa, designadamente objetivos do Plano de Atividades do CHLO no âmbito da Prestação de Serviços e Cuidados de Saúde.

	Contratualização					
	December 2017	December 2017	December 2017	December 2017	December 2017	December 2017
	Estimado (Ano N-1)	Estimado (Ano N-1)	Acumulado (Ano N)	Acumulado (Ano N)	Acumulado (Ano N+1)	Acumulado (Ano N+1)
	Produção Total	Produção SNS	Produção Total	Produção SNS	Produção Total	Produção SNS
<b>Consultas Externas</b>						
Nº Total Consultas Médicas	466.317	454.127	467.648	465.356	467.648	468.356
Primeiras Consultas	113.366	112.633	114.395	113.659	114.395	113.659
Primeiras Consultas com origem nos CSP referenciadas via CTH	33.895	33.895	34.182	34.182	34.182	34.182
Primeiras Consultas de Saúde Mental na Comunidade	1.036	1.030	1.036	1.030	1.036	1.030
Primeiras Consultas Centros Ref.	4.404	4.379	4.404	4.379	4.404	4.379
Primeiras Consultas Cuidados Paliativos			202	202	202	202
Primeiras Consultas (sem majoração de preço)	74.031	73.329	74.571	73.866	74.571	73.866
<b>Consultas Subsequentes</b>	362.951	341.494	363.163	341.696	363.163	341.696
Consultas Subsequentes de Saúde Mental na Comunidade	13.463	13.381	13.463	13.381	13.463	13.381
Consultas Subsequentes Centros Ref.	13.737	13.633	13.737	13.633	13.737	13.633
Consultas Subsequentes Cuidados Paliativos			202	202	202	202
Consultas Subsequentes (sem majoração de preço)	325.751	314.480	325.751	314.480	325.751	314.480
<b>Internamento</b>						
<b>Dentes Saldos - Agudos</b>						
D. Saldos - GDH Médicos (Total)	16.295	16.182	16.658	16.544	16.658	16.544
GDH Médicos	16.096	15.988	16.257	16.148	16.257	16.148
GDH Médicos Int. Centros Ref.	199	194	199	194	199	194
GDH Médicos Int. Cuidados Paliativos			202	202	202	202
<b>GDH Cirúrgicos</b>	11.238	10.969	11.354	11.090	11.354	11.090
D. Saldos - GDH Cirúrgicos Programados (Total)	7.145	7.047	7.204	7.113	7.204	7.113
GDH Cirúrgicos Programados	6.720	6.647	6.779	6.706	6.779	6.706
GDH Cirúrgicos Int. Centros Ref.	425	400	425	407	425	407
<b>D. Saldos - GDH Cirúrgicos Urg (Total)</b>	4.093	3.922	4.160	3.977	4.160	3.977
GDH Cirúrgicos - Urgentes	3.800	3.643	3.857	3.698	3.857	3.698
GDH Cirúrgicos Urgentes Centros Ref.	293	279	293	279	293	279
<b>Dentes Tratados Resid./Crônicos</b>						
Psiquiatria-No Exterior (Ordens Religiosas)	34	34	34	34	34	34
Doentes Crônicos Ventilados	1	1	1	1	1	1
<b>Dias de Internamento Doentes Residentes/Crônicos</b>						
Psiquiatria-No Exterior (Ordens Religiosas)	1.752	1.752	1.752	1.752	1.752	1.752
Doentes Crônicos Ventilados	0	0	0	0	0	0
<b>Urgência</b>						
Total de Atendimentos	167.692	162.961	160.058	165.256	160.058	165.256
Total de Atendimentos SU Polivalente	157.692	152.961	160.058	155.256	160.058	155.256
Nº de Atendimentos (sem Internamento)	141.923	137.665	144.052	139.730	144.052	139.730
Total Atendimentos SU Polivalente	141.923	137.665	144.052	139.730	144.052	139.730
<b>Hospital de Dia</b>						
Imuno-hemoterapia	2.371	2.366	2.395	2.300	2.395	2.300
Psiquiatria (Adultos e Infância e Adolesc.)	6.388	6.388	6.452	6.452	6.452	6.452
Base (Pediatría+Pneumologia+Oncologia s/ Químio+Outros)	10.993	10.987	11.103	11.097	11.103	11.097
Cuidados Paliativos			202	202	202	202
<b>Serviços Domiciliários</b>						
Total de Domicílios	365	365	365	365	365	365
Hospitalização Domiciliária			251	251	251	251
<b>GDH Ambulatório</b>						
GDH Médicos de Ambulatório (Total)	9.562	9.503	9.705	9.645	9.705	9.645
GDH Médicos	9.562	9.503	9.705	9.645	9.705	9.645
GDH Médicos Amb. Centros Ref.	0	0	0	0	0	0
<b>GDH Cirúrgicos de Ambulatório (Total)</b>	7.660	7.634	7.888	7.861	7.888	7.861
GDH Cirúrgicos	7.660	7.634	7.888	7.861	7.888	7.861
GDH Cirúrgicos Amb. Centros Ref.	0	0	0	0	0	0
Doentes em Tratamento de Diálise Peritoneal	70		70		70	
<b>Colocação de Implantes Cocleares</b>	27	27	35	35	35	35
Implante coclear unilateral	23	23	25	25	25	25
Implante coclear bilateral	4	4	10	10	10	10
<b>Programas de Saúde</b>						
VIH/Sida - Total de Doentes	2.500	2.500	2.486	2.486	2.486	2.486
VIH/Sida - N.º Doentes em TARC (1º e 2º ETR)	364	364	166	166	166	166
VIH/Sida - Doentes Transfidos TARC (1º e 2º ETR)	2.136	2.136	2.320	2.320	2.320	2.320
IG até 10 Semanas						
IG até 10 semanas - N.º IG Medicamentosa em Amb.	8	8	8	8	8	8
IG até 10 semanas - N.º IG Cirúrgica em Amb.	424	424	424	424	424	424
<b>Ecleroses Múltipla - Total de Doentes</b>	236	236	236	236	236	236
N.º Doentes em Tratamento - EDSS <= 3,5 até um surto por ano	207	207	207	207	207	207
N.º Doentes em Tratamento - EDSS <= 3,5 até dois surtos por ano	0	0	0	0	0	0
N.º Doentes em Tratamento - 4 <= EDSS <= 6,5	28	28	28	28	28	28
N.º Doentes em Tratamento - 7 <= EDSS <= 8	1	1	1	1	1	1
Câncer do Colón e Reto - N.º Doentes em Tratamento - 1º ano	100	100	100	100	100	100
Câncer do Colón e Reto - N.º Doentes em Tratamento - 2º ano	0	0	100	100	100	100
<b>Telemonitorização status pós Enfarte</b>						
<b>Agudo do Miocárdio</b>						
Bentoens de Telemonitorização EAM	15	15	60	60	60	60
N.º Doentes em Tratamento EAM (doente tratado/ano)	0	0	60	60	60	60
<b>Telemonitorização status da Insuficiência Cardíaca</b>						
Bentoens de Telemonitorização ICC	15	15	60	60	60	60
N.º Doentes em Tratamento ICC (doente tratado/ano)	0	0	60	60	60	60
<b>PSCI (Centros de Tratamento)</b>						
Doentes novos (Cuidados 1º ano) (doente tratado/ano)			3	3	3	3
Doentes em Seguimento (Cuidados 2º ano e seguintes) (doente tratado/ano)			26	26	26	26
<b>Doenças Lissosomais</b>						
Doença de Pompe - N.º Doentes em Tratamento	1	1	1	1	1	1
<b>Programa de Tratamento Cirúrgico da Obesidade (PTCO)</b>						
N.º Doentes com Pré-Avaliação e Cirurgia Bariatrítica - Cirurgia de Bandeira Gástrica			5	5	5	5
N.º Doentes com Pré-Avaliação e Cirurgia Bariatrítica - Cirurgia de Bypass Gástrica			70	70	70	70
<b>Medicamentos</b>						
Disp. Gratuita em Ambul. c/ suporte legal e da responsabilidade financeira do Hospital (patologias abrangidas pelo contrato-programa)	7.527.564,00	4.328.107,92	7.950.179,57	4.571.098,08	7.950.179,57	4.571.098,08

CW  
F.  
NL  
Cle  
Hans

## VII. 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 entidade.

O Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro, corrigido pelo Decreto-Lei 12/2015 de 20 Janeiro de 2015 determina a remuneração dos membros do Conselho de Administração e do Fiscal Único, atendendo ao grau de complexidade e exigência inerente ao exercício do respetivo cargo, tendo em conta os critérios de classificação de hospital EPE, fixados na Resolução do Conselho de Ministros a que se refere o n.º 4 do Artigo 28.º do estatuto do Gestor Público.

#### 2. Identificação dos mecanismos<sup>5</sup> adotados para prevenir a existência de conflitos de interesses, atuais ou potenciais, entre os membros de órgãos ou comissões societárias e a entidade, designadamente na aprovação de despesas por si realizadas (vide artigo 51.º do RJSPE).

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 caiam no âmbito do conceito de despesas de representação pessoal.

#### 3. Apresentação de declaração dos membros do órgão de administração a referir que estes se abstêm de interferir nas decisões que envolvam os seus próprios interesses.

Ver anexo.

### 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.

Os estatutos do CHLO não preveem a constituição de uma Comissão de Fixação de Remunerações.

<sup>5</sup> Mecanismos diversos dos inerentes às declarações a que se refere o ponto 3, seguinte.

## 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,  
C. M. J.  
C. B.  
A. M. S.

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 entidade.

#### 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 ilíquido 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 existe

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

Não existe

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

Não existe

cur.  
fb.  
al  
CHLO  
Háme.

## 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 existe

### D. Divulgação das Remunerações

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

Nome	EGP				(euros)	
	Fixado (S/N)	Classificação (A/B/C)*	Remuneração mensal bruta			
			Vencimento mensal	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		1.556,59	
Dr. Carlos Manuel Mangas Catarino Galamba de Oliveira	S	B	3.891,47		1.556,59	
Dr.ª Rita Perez Fernandez da Silva	N	B	4.956,75		1.330,88	
Enfª Fernanda Maria da Rosa	S	B	3.891,47		1.556,59	

Nota: EGP: Estatuto do Gestor Público

\*Classificação atribuída ao CHLO (RCM nº 36/12 de 26 de Março)

Nome	Remuneração Anual						(euros)
	Fixa (1)	Variável (2)	Valor Bruto (3)=(1)+(2)	Reduções Remuneratórias (4)	Reversões Remuneratórias (5)	Valor Bruto Final (6)=(3)-(4)+(5)	
Dr.ª Maria João Reis Silva de Soares Pais	97.286,04		97.286,04	7.322,13	2.990,19	92.954,10	
Dr.ª Maria Celeste Malveiro Serra Sim-Sim dos Anjos Silva	73.159,66		73.159,66	5.521,22	2.026,61	69.665,06	
Dr. Carlos Manuel Mangas Catarino Galamba de Oliveira	73.159,66		73.159,66	5.521,22	2.026,61	69.665,06	
Dr.ª Rita Perez Fernandez da Silva	85.365,06		85.365,06	6.418,62	2.174,05	81.120,49	
Enfª Fernanda Maria da Rosa	73.159,66		73.159,66	5.521,22	2.026,61	69.665,06	
<b>Total</b>	<b>402.130,08</b>		<b>402.130,08</b>	<b>30.304,40</b>	<b>11.244,08</b>	<b>383.069,76</b>	

(1) O valor da remuneração fixa corresponde ao vencimento + despesas de representação (sem reduções/reversões remuneratórias)

(4) e (5) Redução e reversões remuneratórias previstas no artigo 12º da Lei n.º 12-A/2010, de 30 de junho, na Lei n.º 75/2014, de 12 de Setembro e na Lei 159-A/2015, de 30 de Dezembro

Cov.  
(euros)

Nome	Benefícios Sociais						
	Sub. Refeição		Regime de Proteção Social		Encargo Anual	Encargo Anual	Outros
	Valor/Dia	Montante pago	Identificar	Encargo Anual	Seguro de Saúde	Seguro de Vida	
Dr.º Maria João Reis Silva de Soares Pais	4,27	965,02	ADSE/CGA	12.335,99			
Dr.ª Maria Celeste Malveiro Serra Sim-Sim dos Anjos Silva	4,27	1.029,07	ADSE/CGA	8.641,29			
Dr. Carlos Manuel Mangas Catarino Galamba de Oliveira	4,27	973,56	Seg. Social	8.127,42			
Dr.ª Rita Perez Fernandez da Silva	4,27	969,29	ADSE/CGA	10.838,53			
Enfº Fernanda Maria da Rosa	4,27	986,37	ADSE/CGA	7.070,44			
<b>Total</b>		<b>4.923,31</b>		<b>47.013,67</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>

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

Não existe

**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 existe

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

Não existe

**5. Montante anual da remuneração auferida, de forma agregada e individual, pelos membros do órgão de fiscalização da entidade.**

(euros)

Nome	Valor anual do Contrato de Prestações de				Valor anual de Serviços Adicionais				
	Valor (1)	Reduções (2)	Reversão (3)*	Valor Final (4)=(1)-(2)+(3)	Identificação do serviço	Valor (1)	Reduções (2)	Reversão (3)	Valor Final (4)=(1)-(2)+(3)
BDO & Associados, Lda	16.681,44	1.309,50		14.859,84					0,00

(a) Não inclui IVA

(2) e (3) - reduções e reversões remuneratórias previstas na Lei n.º 75/2014, de 12 de setembro e na Lei n.º 159-A/2015, de 30 de setembro

\*Reversões referentes a 2016 no total de 512,10 euros a serem regularizadas em 2017

## 6. Remuneração no ano de referência dos membros da mesa da assembleia geral.

Não existe

## VIII) Transações com partes Relacionadas e Outras

### 1. Mecanismos implementados pela entidade para efeitos de controlo de transações com partes relacionadas e indicação das transações que foram sujeitas a controlo.

Não foram efetuadas transações com partes relacionadas. No entanto, o CHLO sujeita-se, na celebração de quaisquer contratos de aquisição de bens, obras e serviços, mas também concessões (de obras e serviços públicos), ao regime procedural previsto na parte II do Código dos Contratos Públicos (CCP), aprovado pelo Decreto-Lei n.º 18/2008, de 29 de janeiro, na sua redação atual. Dito de outro modo, todo e qualquer contrato que envolva prestações típicas daqueles contratos (e só destes; cfr. artigo 6.º, n.º 2, do CCP) que seja celebrado pelo Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E. é sempre precedido por um dos procedimentos legalmente tipificados naquele diploma legal, sendo aferido caso a caso, de acordo com o critério geral de escolha do procedimento (artigos 17.º, 18.º e 20.º, todos do CPP) e com os critérios materiais (cfr. artigos 24.º e ss.), qual o procedimento em concreto aplicável.

Por sua vez, à celebração dos contratos que não envolvam prestações dos acima mencionados não é aplicável o CCP, sendo aos mesmos aplicáveis o direito privado, sem prejuízo do cumprimento, mesmo nesses casos, das normas constantes do Código do Procedimento Administrativo que concretizam preceitos constitucionais e dos princípios gerais da atividade administrativa.

Finalmente, merece ainda destaque, no caso específico da aquisição de medicamentos e de material de consumo clínico, as aquisições que são efetuadas ao abrigo dos Contratos Públicos de Aprovisionamento (CPA) na área da Saúde, mediante convite à apresentação de proposta dirigido apenas aos operadores económicos que sejam partes naqueles CPA, mediante o procedimento pré-contratual previsto no artigo 259.º do CCP.

### 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).

Um dos traços mais marcantes do referido caráter jurídico-público é a sujeição da celebração de quaisquer contratos de aquisição de bens, obras e serviços, mas também concessões (de obras e serviços públicos), ao regime procedural previsto na parte II do Código dos Contratos Públicos (CCP), aprovado pelo Decreto-Lei n.º 18/2008, de 29 de janeiro, na sua redação atual. Dito de outro modo, todo e qualquer contrato que envolva prestações típicas daqueles contratos (e só destes; cfr. artigo 6.º, n.º 2, do CCP) que seja celebrado pelo Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E. é sempre precedido por um dos procedimentos legalmente tipificados naquele diploma legal, sendo aferido caso a caso, de acordo com o critério geral de escolha do procedimento (artigos 17.º, 18.º e 20.º, todos do CPP) e com os critérios materiais (cfr. artigos 24.º e ss.), qual o procedimento em concreto aplicável.

Por sua vez, à celebração dos contratos que não envolvam prestações dos acima mencionados não é aplicável o CCP, sendo aos mesmos aplicáveis o direito privado, sem prejuízo do cumprimento, mesmo nesses casos, das normas constantes do Código do Procedimento Administrativo que concretizam preceitos constitucionais e dos princípios gerais da atividade administrativa.

Finalmente, merece ainda destaque, no caso específico da aquisição de medicamentos e de material de consumo clínico, as aquisições que são efetuadas ao abrigo dos Contratos Públicos de Aprovisionamento (CPA) na área da Saúde, mediante convite à apresentação de proposta dirigido apenas aos operadores económicos que sejam partes naqueles CPA, mediante o procedimento pré-contratual previsto no artigo 259.º do CCP. Merece ainda destaque as aquisições centralizadas promovidas pela SPMS nos termos do Despacho n.º 1571-B/2016, publicado no Diário da República, 2ª Série, n.º 21, 1 de fevereiro de 2016.

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

Não existem.

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

	(euros)
	2016
Such - Serv. Utiliz. Comum Hospitais	5.976.719
Edp Comercial - Comercialização de Energia	1.973.761
Safita Facility Services, SA	1.810.744
Instituto Português Sangue, IP	1.692.966
Hospital Ortopedico de Santana	1.332.786

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

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

Em 2016 foram delineadas e implementadas diversas medidas que visavam, sobretudo, melhorar a qualidade dos serviços de saúde prestados, mas também, potenciar a utilização dos recursos instalados, estas, essencialmente focadas na optimização e redução dos custos correntes.

As medidas de carácter assistencial e de organização da produção/capacidade instalada, que referimos, são:

- Melhorar o acesso aos cuidados de saúde;
- Melhorar a qualidade assistencial;
- Otimizar a gestão do medicamento;
- Internalizar os MCDT's no SNS;
- Melhorar a integração de cuidados (articulação com os Cuidados Primários);
- Garantir a sustentabilidade financeira.

Da definição destas medidas, foi elaborado um plano de ações muito concreto e objectivo, que já se pretende vir a funcionar como uma ponte entre as diversas atividades desenvolvidas até ao momento e aquelas que se objetivam vir a desenvolver, obedecendo aos domínios estratégicos definidos como fundamentais para a boa persecução das metas propostas para o triénio 2017 – 2019, garante das grandes opções do Plano Nacional de Saúde:

- Promoção da Saúde, valorizando a Educação, a Literacia e os Autocuidados;
- Redução da desigualdade no acesso;
- Melhorar a gestão do Centro Hospitalar, nomeadamente naquilo que respeita à circulação de informação clínica e da articulação com outros níveis de cuidados e outros agentes do sector e à aplicação das tecnologias de informação à medicina, nomeadamente, a telemedicina e a telemonitorização;

- Aperfeiçoar a gestão dos recursos humanos, promovendo a autonomia técnica e a participação dos profissionais e equipas;
- Melhorar a governação, aprofundando competências organizacionais e de controlo de gestão para a redução das ineficiências, incentivando a transparência e a cultura da prestação de contas;
- Melhorar a qualidade, explorando as tecnologias de informação e comunicação.

No âmbito do Contrato Programa, os Objetivos de Qualidade, Eficiência e Controlo Financeiro, o grau de cumprimento foi de 84,5%.

*✓  
JL  
CJH*

Objectivos	Peso Relativo Indicador (%)	2016		2016		Índice de Desempenho	
		Meta	Real	Grau de Cumprimento (%)	Grau de Cumprimento Ajustado (%)		
<b>Objectivos Nacionais</b>	<b>60%</b>						
<b>Acesso</b>	<b>15%</b>						
Percentagem das primeiras consultas no bloco de consultas médicas (%)	2%	25,0%	24,5%	98,20%	98,20%	2,0%	
Percentagem de utentes referenciados para consulta externa atendidos em tempo adequado (%)	3%	79,7%	82,0%	102,9%	102,9%	3,1%	
Peso das consultas externas com registo de alta no bloco de consultas externas (%)	2%	10,0%	6,7%	67,2%	67,2%	1,3%	
Percentagem utentes inscritos em LIC (neoplasias malignas) com tempo de espera <= TMRG (%)*	2%	97,0%	95,7%	98,6%	98,6%	2,0%	
Mediana de tempo de espera da LIC, em meses*	2%	3	3,7	76,7%	76,7%	1,5%	
Percentagem de episódios de urgência atendidos dentro do tempo de espera previsto no protocolo de triagem	2%	80,0%	91,6%	114,5%	114,5%	2,3%	
Percentagem de doentes sinalizados para a RNCCI, em tempo adequado, no total de doentes tratados (%)	2%	45,0	44,72%	99,4%	99,4%	2,0%	
<b>Desempenho Assistencial</b>	<b>25%</b>						
Percentagem reinternamentos em 30 dias, na mesma Grande Categoria de Diagnóstico	2%	3,8%	4,17%	90,3%	90,3%	1,8%	
Percentagem de doentes saídos com duração de internamento acima do limiar máximo (%)	2%	2,5%	2,92%	83,2%	83,2%	1,7%	
Percentagem de cirurgias da anca efectuadas nas primeiras 48 horas (%)	2%	50,4%	44,44%	88,2%	88,2%	1,8%	
Percentagem de cirurgias realizadas em ambulatório no bloco de cirurgias programadas (GDH) – para procedimentos ambulatóriáveis (%)	2%	78,1%	80,4%	102,9%	102,9%	2,1%	
Percentagem de cirurgias realizadas em ambulatório, para procedimentos tendencialmente ambulatóriáveis	2%	19,6%	20,3%	103,6%	103,6%	2,1%	
Índice de Demora Média Ajustada	3%	1,1700	1,1378	102,8%	102,8%	3,1%	
Índice de Mortalidade Ajustada	3%	1,1600	1,1685	99,27%	99,27%	3,0%	
Índice de Risco Segurança do Doente	6%	8,0000	24,38	304,8%	120,0%	7,2%	
Percentagem de embalagens de medicamentos prescritos, que são genéricos	3%	61,0%	53,5%	87,7%	87,7%	2,6%	
<b>Desempenho económico-financeiro</b>	<b>20%</b>						
Percentagem de Custos com Horas Extraordinárias, Suplementos e FSE (selecionados), no Total de Custos com Pessoal (%)*	5%	10,2%	11,0%	91,8%	91,8%	4,6%	
Resultado antes juros, impostos, amortizações e depreciações (EBITDA) (€)*	5%	-15.952.286	8.532.004	253,5%	120,0%	6,0%	
Acréscimo de Dívida Vencida (brinquedos externos) (€)*	5%	0,00	12.983.607	0,0%	0,0%	0,0%	
Percentagem de proveitos operacionais extra contrato-programa, no bloco de proveitos operacionais (%)*	5%	8,7%	8,7%	100,2%	100,2%	5,0%	
<b>Objectivos Regionais Lisboa e Vale do Tejo</b>	<b>40%</b>						
Taxa de internamentos DCV, entre residentes com < 65 anos*	5%	8,7	7,9	109,3%	109,3%	5,5%	
Proporção de Recém-Nascidos de Irmão, de baixo peso*	5%	1,0	0,3	173,0%	120,0%	6,0%	
Percentagem Utentes referenciados para Consulta de Oftalmologia - Rastreio da Retinopatia diabética (CTH) atendidos em tempo adequado < X%*	5%	98%	100,0%	102,0%	102,0%	5,1%	
Percentagem de Utentes em Espera para Cirurgia com Tempo Superior a 12 meses < X (%)*	10%	3,10%	5,9%	10,6%	0,0%	0,0%	
Despesa de Medicamentos faturados por utilizador (PVP)*	15%	136,0	117	85,7%	85,7%	12,9%	
<b>Índice de Desempenho Global</b>							
<b>Valor Incentivos Contratados (€)</b>							
<b>Valor Incentivos Realizados (€)</b>							

\* Real com base informação interna CHLO por ainda não estar disponível no SICA

## 2. Políticas prosseguidas

### a) 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, em especial nas especialidades mais críticas (Ortopedia, Cirurgia Vascular, Otorrinolaringologia e Neurocirurgia), 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, potenciando e utilizando, ainda, a ambulatorização cirúrgica como instrumento de rentabilização da produção.

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 objectivo.

Procurar-se-á, ainda, estimular a actividade dos serviços de saúde altamente diferenciados, para os quais o Centro Hospitalar está vocacionado, bem como a actividade dos Centros de Referência e a valorização das Redes de referenciação.

Paralelamente procurar-se-á melhorar a eficácia e a eficiência na resposta às situações de urgência, reorientando a procura para os Cuidados primários, sempre que aconselhável.

### b) Melhorar a qualidade assistencial e optimizar a Gestão do Medicamento

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.

Para este triénio de 2017 – 2019, o grande desafio que se acrescenta é, sem dúvida, optimizar a gestão do medicamento, enquadrada nos princípios das boas práticas acima referidas, mas agora possibilitadores de uma eficiência económica sustentável.

Os princípios para a boa 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;
- 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;
- Incremento da utilização de genéricos, com acompanhamento de farmacovigilância em áreas consideradas mais críticas.

**c) Articulação com outras unidades do SNS, nomeadamente, com as redes de cuidados de saúde primários e cuidados continuados integrados**

O CHLO tem vindo a potenciar e a melhorar a sua articulação com os Centros de Saúde e demais instituições do SNS.

Dando continuidade aos projetos já iniciados, será reforçada a colaboração em parceria:

- Com os Centros de Saúde nas áreas de Patologia Clínica, Anatomia Patológica, Imagiologia e Medicina Física e Reabilitação;
- Por outro lado, estão estabelecidos contatos regulares e agendadas reuniões com os serviços de especialidades do CHLO com a Direção Clínica do ACES de Oeiras;
- Com o CHLN e CHLC nas áreas de Centros de Referência, para os quais houve candidatura conjunta;
- Com o HFF, em diversas áreas clínicas e não clínicas;

- 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.

Luv.

A internalização de Meios Complementares de Diagnóstico em unidades do SNS, tendente a uma rentabilização dos equipamentos dos hospitais públicos é, ainda, considerada prioritária, com vista à diminuição da despesa, com a contratação de prestação desses serviços junto de entidades privadas.

J,

/

Ola,  
Háme.

**d) Autonomia, Responsabilização e modernização na governação**

O CHLO tem vindo a desenvolver e aperfeiçoar o modelo de gestão previsto 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:

- Informação em cascata para os profissionais, dos níveis de cumprimento dos objetivos individuais;
- Reafectação em tempo adequado de recursos existentes;
- Melhor conhecimento e participação dos profissionais na avaliação do seu desempenho com vista à informação necessária à gestão dos principais indicadores de nível de serviço e desempenho económico e financeiro para a correção atempada de desvios por parte da gestão de topo;
- Paralelamente haverá que desenvolver todos os esforços no sentido de caminhar para a desmaterialização dos processos para um completo Registo de saúde eletrónicos nos próximos anos.

**e) Controlo do equilíbrio financeiro**

O conceito de "boa governação" continuou a ser, em 2016, uma preocupação constante para que fossem salvaguardadas todas as realidades - assistencial, com segurança e qualidade, social e política - no cumprimento da lei, demais regulamentos e códigos, processos de decisão e de controlo interno com o objetivo de garantir a sustentabilidade económica-financeira.

Mesmo num cenário desfavorável para a continuidade e desenvolvimento da organização e apesar dos custos operacionais terem registado uma evolução desfavorável, com um acréscimo global de

4,7%, face a 2015, o EBITDA atingiu valores na ordem dos 9 milhões, fruto de um acréscimo de cerca de 9% ao nível dos proveitos operacionais, face ao ano anterior.

No acréscimo dos custos operacionais, destaque para a pressão nos consumos do Medicamento, por via de novas orientações clínicas da DGS e do INFARMED, em particular nos tratamentos das patologias VIH e Hepatite C e em geral, aos novos fármacos de inovação. Por outro lado, foram registados acréscimos significativos ao nível das rubricas dos recursos humanos decorrentes da reversão salarial e reposição de número de profissionais que, entretanto, deixaram o CHLO.

Mesmo assim, as variações 2010/2016 continuam a registar ganhos muito significativos, na ordem dos 16% para os custos operacionais, para níveis de proveitos operacionais com registo de uma variação de 2,2% em igual período, com o CHLO a apresentar um elevado grau de cumprimento do Contrato Programa no que se refere às principais linhas de produção e indicadores de desempenho assistencial com uma grande consistência, ao nível do nº de Doentes Saídos, Consultas e Cirurgias efetuadas, respondendo de uma forma adequada às solicitações da área de influência.

Como conclusão, podemos continuar a afirmar que a alavanca fundamental desta mudança era, e é, sem sombra de dúvida, a mudança estrutural de mentalidades e de práticas. O foco estaria em tudo o que pode ser repensado e reestudado. E isso é tanto mais verdade quanto as diversas medidas que têm vindo a ser implementadas têm vindo a permitir resultados económicos como os acima apontados, significativamente, mais favoráveis.

O Conselho de Administração continuará a competir pelo equilíbrio pragmático. Tratando-se de um processo complexo, haverá que manter o envolvimento de toda a organização, os vários serviços clínicos e não clínicos, para que os objetivos orçamentados para 2017 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.

#### f) Reforço dos sistemas de informação e de comunicação

Melhorar a gestão do Centro Hospitalar, nomeadamente no que respeita à circulação de informação clínica e da articulação com outros níveis de cuidados e outros agentes do sector e à aplicação das tecnologias de informação à medicina, nomeadamente, a telemedicina e a telemonitorização, foi um dos objectivos estratégicos, também uma das grandes áreas de importantes desenvolvimentos e investimentos no Ministério da Saúde.

Devem destacar-se as medidas tomadas no âmbito da informatização clínica incluindo a prescrição electrónica, a desmaterialização da informação dos processos clínicos, certificação do óbito, bem

como de outras medidas particulares de carácter mais limitado a serviços específicos, onde foram introduzidas novas aplicações/novas versões ao nível dos seus softwares para permitir melhores índices de operacionalidade/comunicação com terceiros. Referência, ainda, para a nova versão do sítio electrónico do CHLO, lançado em meados de 2016.

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

a) Definição de uma política de responsabilidade social e de desenvolvimento sustentável e dos termos do serviço público prestado, designadamente no âmbito da proteção dos consumidores (vide artigo 49.º do RJSPE);

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

São disso exemplos:

1. Os melhoramentos introduzidos ao nível das instalações, quer de renovação quer de adaptação;
2. A aquisição de novos equipamentos de diagnóstico;
3. A prescrição de medicamentos inovadores, sempre que aplicável;
4. A preocupação na divulgação e esclarecimento do “Consentimento informado”;
5. Melhoramentos ao nível da acessibilidade, nomeadamente, na redução dos tempos em lista de espera;
6. A disponibilização de transporte a carenteiados;
7. O aumento da medicina preventiva, as palestras e as sessões de esclarecimento;
8. A apostar cada vez mais exigente do voluntariado;
9. A obrigatoriedade de publicação de toda a informação respeitante aos direitos dos utentes, no site oficial do CHLO;

b)Definição de políticas adotadas para a promoção da proteção ambiental e do respeito por princípios de legalidade e ética empresarial, assim como as regras implementadas tendo em vista o desenvolvimento sustentável (vide artigo 49.º do RJSPE);

O Conselho de Administração tem vindo a acompanhar 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 oportunidades de racionalização energética e hídrica.

Numa perspectiva macro, o CHLO já tem dois dos seus hospitais a funcionar com centrais de cogeração.

Num contexto micro, o CHLO tem efectuado a:

- 1.Sensibilização de funcionários do SIE para a necessidade de redução do consumo de água quente sanitária, eliminando desperdícios e alertar os utentes e colaboradores do centro hospitalar para a poupança de água e electricidade;
- 2.Formação teórica sobre triagem de resíduos;
- 3.Identificação dos contentores para o correto acondicionamento dos resíduos nos respectivos locais de produção;
- 4.Aquisição preferencial de equipamentos com menores consumos de energia, nomeadamente, as lâmpadas de baixo consumo;
- 5.Redução dos consumos de energia através de alertas ao pessoal da segurança para, aquando das rondas apagarem as luzes e desligarem os equipamentos desnecessariamente acesos/ligados;
- 6.Instalação de redutores de caudal (difusores, filtros, atomizadores ou arejadores) nas torneiras e chuveiros.

A um outro nível, será de destacar a preocupação com a adequada política de gestão de stocks de níveis mínimos, também pela preocupação de não se registarem prejuízos por prazos de validade expirados e ainda ao nível da desmaterialização de documentação, nomeadamente a clínica, sempre que possível e aplicável, com o objectivo de, a curto prazo, o CHLO poder vir a ser considerado um hospital sem papel.

c)Adoção de planos de igualdade tendentes a alcançar uma efetiva igualdade de tratamento e de oportunidades entre homens e mulheres, a eliminar discriminações e a permitir a conciliação entre a vida pessoal, familiar e profissional (vide n.º 2 do artigo 50.º do RJSPE);

No CHLO existe uma população de trabalhadores maioritariamente feminina, numa grandeza de 74,5% Vs 25,5%. *Cev.*

Tendo em conta esta realidade, as políticas de RH tendem à promoção da igualdade de tratamento e de oportunidades entre homens e mulheres e à eliminação das discriminações, designadamente:

- ao nível do emprego e das remunerações;
  - na esfera da tomada de decisão e da liderança;
  - no acesso a oportunidades de formação;
  - na articulação da vida profissional, pessoal e familiar;
- Br-  
el-  
Cev.  
Hann.*

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 descriminações e a permitir a conciliação da vida profissional com a vida pessoal e familiar.

**d)Referência a medidas concretas no que respeita ao Princípio da Igualdade do Género, conforme estabelecido no n.º 1 da Resolução do Conselho de Ministros n.º 19/2012, de 23 de fevereiro;**

Importa referir que na presença de um universo de trabalhadores maioritariamente feminino (74,5%) grande parte das preocupações plasmadas na Resolução do Conselho de Ministros n.º 19/2012, de 23 de fevereiro são automaticamente neutralizadas, pelo que não se considerou a conceção de um plano para igualdade.

Todavia, o Conselho de administração do CHLO não ignora a problemática porque a preocupação não se resume tão-somente ao número de mulheres nos órgãos de gestão, mas também à não discriminação ou obstrução do exercício da função pelos pares, pelo que segue com especial cuidado a evolução da situação através de um acompanhamento regular.

**e)Identificação das políticas de recursos humanos definidas pela entidade, as quais devem ser orientadas para a valorização do indivíduo, para o fortalecimento da motivação e para o estímulo do aumento da produtividade, tratando com respeito e integridade os seus trabalhadores e contribuindoativamente para a sua valorização profissional (vide n.º 1 do artigo 50.º do RJSPE);**

É de destacar a dimensão humana e o respeito pelas pessoas na estratégia e políticas de gestão de recursos humanos comitantemente 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.

*AN*  
*FC.*  
*M*  
*OL*  
*Han*

f) Informação sobre a política de responsabilidade económica, com referência aos moldes em que foi salvaguardada a competitividade da entidade, designadamente pela via de investigação, inovação, desenvolvimento e da integração de novas tecnologias no processo produtivo (vide n.º 1 do artigo 45.º do RJPE). Referência ao plano de ação para o futuro e a medidas de criação de valor para o acionista (aumento da produtividade, orientação para o cliente, redução da exposição a riscos decorrentes dos impactes ambientais, económicos e sociais das atividades, etc.).

A responsabilidade económica do CHLO está diretamente ligada ao seu core business e 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.

Sobre o olhar atento do Conselho de Administração, têm vindo a ser implementados programas de gestão da doença, que ajudam a organização a melhorar os cuidados às pessoas, melhorando a acessibilidade e a qualidade e contendo os custos. Destaque para o Programa de manejo pró-activo da doença crónica em meio hospitalar, em que os aspectos "responsabilidade económica" e "responsabilidade ambiental" concorrem em igualdade de circunstância com os habituais "Qualidade Clínica!", "Resultados em Saúde" e "experiência do doente".

Por último, os conceitos de "Centro de Referência" e Acreditação de Serviços Clínicos no domínio da Saúde têm sido identificados, claramente, como uma prioridade estratégica e essencial para a modernização e consolidação da especialização clínica e defesa da qualidade das unidades hospitalares prestadoras de cuidados de saúde.

Estes conceitos já são uma realidade no CHLO nas seguintes áreas de intervenção:

#### **Centros de Referência**

- Epilepsia refratária
- Doenças Cardiovasculares: Cardiologia de "intervenção estrutural" e Cardiopatias congénitas
- Transplantes: Rim e coração
- Oncologia de adultos: Cancro do Reto

#### **Acreditação**

O processo de acreditação em curso está baseado no modelo ACSA da Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, reconhecido pela Direção-Geral da Saúde, em Portugal. Este programa que pretende evidenciar que o cidadão está, de facto, colocado no centro do sistema, respeitando-se os seus direitos, necessidades e expectativas, desenrola-se em torno das seguintes grandes áreas:

- Acesso;
- Prática clínica;

- Segurança e qualidade;
- Organização e gestão;
- Capacidade formativa e investigação;

O Conselho de Administração do CHLO tem em Acreditação os serviços:

- Cirurgia Cardio Torácica
- Cardiologia Pediátrica
- Cirurgia I/ Cirurgia II/ Cirurgia III
- Gastrenterologia
- Anatomia Patológica
- Oncologia
- Neurologia
- Neurocirurgia
- Nefrologia/Transplante Renal
- Ortopedia

Lew  
Jo.  
M  
Cley  
Hanne.

## X)Avaliação do Governo Societário

### 1.Cumprimento das Recomendações

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

Este Centro Hospitalar recebeu os Relatórios de Análise da UTAM tendo, para efeitos de cumprimento das recomendações apresentadas, mantido um diálogo com a referida Instituição. O documento com as rectificações foi enviado e, de acordo com o estabelecido, submetido atempadamente na plataforma do SIRIEF.

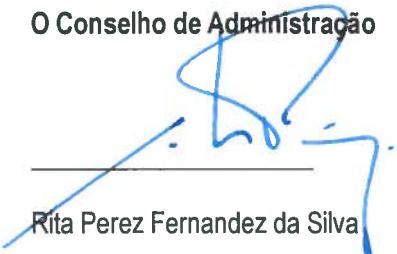
*CRW.*

Cumprimento das Orientações legais	Cumprimento			Quantificação	Justificação/Referência ao Ponto do Relatório
	S	N	N.A.		
<b>Objectivos de Gestão/Planos de Actividade e Orçamento:</b>					
Objetivo 1- Redução de Custos com Recurso ao Exterior	X			100%	Ponto 5.1.1 do Relatório de Gestão e Contas 2016
Objetivo 2- Contenção do aumento da despesa com Pessoal	X			98%	Ponto 5.1.1 do Relatório de Gestão e Contas 2016
Objetivo 3- Percentagem de Proveitos Operacionais extra Contrato Programa no total de Proveitos Operacionais	X			100%	Ponto 5.1.1 do Relatório de Gestão e Contas 2016
Objetivo 4- Cumprimento metas do Orçamento Económico (EBIT DA)	X			100%	Ponto 5.1.1 do Relatório de Gestão e Contas 2016
<b>Metas a atingir constantes no PAO 2016</b>					
Princípios Financeiros de Referência	X				Ponto 5.1.2 do Relatório de Gestão e Contas 2016
Investimento	X				Ponto 5.1.2 do Relatório de Gestão e Contas 2016
Gastos com Pessoal	X				Ponto 5.1.2 do Relatório de Gestão e Contas 2016
<b>Grau de execução do Orçamento carregado no SIGOSOE</b>					
Gestão do Risco Financeiro		X			Ponto 5.2 do Relatório de Gestão e Contas 2016
Límites de Crescimento do Endividamento		X			Ponto 5.3 do Relatório de Gestão e Contas 2016
Evolução do PMP a fornecedores	X			+48 dias	Ponto 5.4.1 do Relatório de Gestão e Contas 2016
Divulgação dos Atrasos nos Pagamentos ("Arrears")	X			49 645,86,13 €	Ponto 5.4.5.4.2 do Relatório de Gestão e Contas
<b>Recomendações do acionista na última aprovação de contas</b>					
<b>Remunerações:</b>					
Não atribuição de prémios de gestão, nos termos artº 41º da Lei 82-B/2014	X				Ponto 5.6.1.1 do Relatório de Gestão e Contas 2016
CA- Reduções e reversões remuneratórias vigentes em 2016	X				Ponto 5.6.1.1 do Relatório de Gestão e Contas 2016
Fiscalização (CF/ROC/FU) - reduções e reversões remuneratórias vigentes em 2016	X				Ponto 5.6.1.2 do Relatório de Gestão e Contas 2016
Auditor Externo -reduções e reversões remuneratórias vigentes em 2016	X				
Restantes trabalhadores - reduções e reversões remuneratórias vigentes em 2016	X			1.236.678,66 €	
Restantes trabalhadores -proibição de valorizações remuneratórias, nos termos do artº 38º da Lei 82-B/2014, promulgada para 2016 pelo n.º1 do artigo 18º da lei n.º7-A/2016 de 30 de março	X				
<b>EGP - artigo 32º e 33º do EGP</b>					
Não utilização de cartões de crédito	X				Ponto 5.7 do Relatório de Gestão e Contas 2016
Não reembolso de despesas de representação pessoal	X				Ponto 5.7 do Relatório de Gestão e Contas 2016
Valor máximo das despesas associadas a comunicações	X				Ponto 5.7 do Relatório de Gestão e Contas 2016
Valor máximo de combustível e portagens afeto mensalmente às viaturas de serviço	X				Ponto 5.7 do Relatório de Gestão e Contas 2016
<b>Despesas não documentadas ou confidenciais- n.º 2 do artigo 16.º do RJSP e artigo 11º do EGP</b>					
Proibição de realização de despesas não documentadas ou confidenciais	X				Ponto 5.8 do Relatório de Gestão e Contas 2016
<b>Promoção da Igualdade salarial entre mulheres e homens - n.º 2 da RCM n.º 18/2014</b>					
Elaboração e divulgação do relatório sobre remunerações pagas a mulheres e homens	X				Ponto 5.9 do Relatório de Gestão e Contas 2016
<b>Elaboração e divulgação do relatório anual sobre prevenção da Corrupção</b>					
<b>Contratação Pública</b>					
Aplicação da normas de contratação pública pela empresa	X				Ponto 5.11 do Relatório de Gestão e Contas 2016
Aplicação da normas de contratação pública pelas participadas	X				
Contratos submetidos a vistos prévio do TC	X			17 contratos, no valor de 7.452.363,16€	Ponto 5.11 do Relatório de Gestão e Contas 2016
<b>Auditórios do Tribunal de Contas</b>					
Recomendações		X			Ponto 5.15 do Relatório de Gestão e Contas 2016
<b>Parque Automóvel</b>					
N.º Viaturas	X			-0,053	
Gastos com viaturas	X			78.691,82 €	Ponto 5.13 do Relatório de Gestão e Contas 2016
<b>Gastos Operacionais das Empresas Públicas</b>					
<b>Princípio da Unidade de Tesouraria (artigo 125.º da Lei 82-B/2014/artigo 28.º do DL 133/2013)</b>					
Disponibilidades e aplicações centralizadas no IGCP	X			84,0%	Ponto 5.14 do Relatório de Gestão e Contas 2016
Disponibilidades e aplicações na Banca Comercial	X			172.547,66 €	Ponto 5.14 do Relatório de Gestão e Contas 2016
Juros auferidos em incumprimento da UTE e entregues em Receita do Estado	X			194.12€ entregues a 31.12.2016	Ponto 5.14 do Relatório de Gestão e Contas 2016

## 2. Outras informações

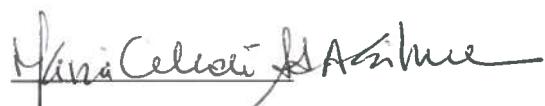
O CHLO não tem outras informações a prestar.

O Conselho de Administração



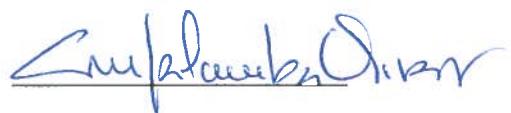
Rita Perez Fernandez da Silva

(Presidente)



Maria Celeste Malveiro Serra Sim-Sim dos Anjos Silva

(Vogal)



Carlos Manuel Mangas Catarino Galamba de Oliveira

(Vogal)



José Manuel Fernandes Correia

(Diretor Clínico)



Fernanda Maria da Rosa

(Enfermeira Diretora)

CMV

L

Clo F.  
Hause

## XI) Anexos do RGS

1. Ata ou extrato da ata da reunião do órgão de administração em que haja sido deliberada a aprovação do RGS 2016.

**Extracto da ata nº30 do Conselho de Administração  
do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E.**

**(sessão realizada em 26/07/2017)**

**Ponto dois – Foi aprovado o Relatório de Governo Societário do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E., referente ao ano de 2016.**-----

A Presidente do Conselho de Administração

(Rita Perez)

*CNEV.  
AL  
F.  
CLO  
J. M.*

- 2. Relatório do órgão de fiscalização a que se refere o n.º 2 do artigo 54.º do RJSPE.**

*C.N.V.  
M  
F.  
C. Olá,  
Háme.*

**3. Declarações a que se refere o artigo 52.º do RJSPE.**

## DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

(Resolução n.º44/2015 Tribunal de Contas,  
publicada no DR, 2ª Série, n.º 231, de 25 de Novembro)

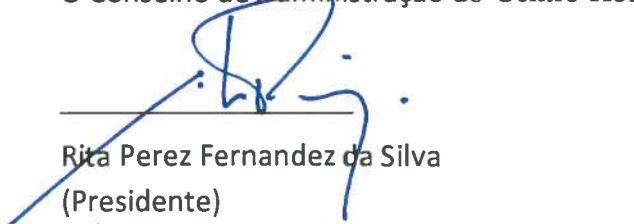
No âmbito do processo de prestação de contas do exercício de 2016 do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE, declaramos, sob compromisso de honra, enquanto titulares de órgãos responsáveis pela elaboração, aprovação e remessa das contas consolidadas ao Tribunal de Contas, que adotámos, fizemos aprovar e executar de forma continuada os princípios, normas e procedimentos contabilísticos e de controlo interno a que estamos vinculados por imperativo legal ou contratual e que garantem e asseguram, segundo o nosso conhecimento, a veracidade e sinceridade das respetivas demonstrações financeiras e a integralidade, legalidade e regularidade das transações subjacentes, pelas quais assumimos a responsabilidade de que, designadamente:

- a) não contêm erros ou omissões materialmente relevantes quanto à execução orçamental e de contabilidade de compromissos, à gestão financeira e patrimonial e, bem assim, ao registo de todas as operações e transações que relevem para o cálculo do défice e da dívida pública atendendo, nos termos aplicáveis, ao direito europeu da consolidação orçamental;
- b) identificam completamente as partes em relação de dependência e registam os respetivos saldos e transações;
- c) não omitem acordos quanto a instrumentos de financiamento direto ou indireto;
- d) evidenciam com rigor e de forma adequada a dimensão, extensão e relevação contabilística dos passivos efetivos ou contingentes, designadamente os compromissos decorrentes de benefícios concedidos ao pessoal e aos membros dos órgãos sociais, bem como as responsabilidades decorrentes de litígios judiciais ou extrajudiciais;
- e) incluem os saldos de todas as contas bancárias no IGCP e/ou noutras instituições financeiras;
- f) evidenciam que foram respeitadas as normas da contratação pública aplicáveis e cumpridos pontual e tempestivamente todos os acordos e contratos com terceiros;

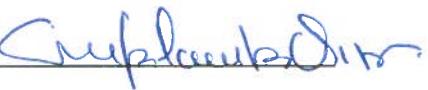
- g) evidenciam que foram respeitadas as normas dos regimes de vinculação, de carreiras e de remunerações dos trabalhadores que exercem funções públicas e do código do trabalho bem como observaram as incompatibilidades e limitações previstas aí, no estatuto de aposentação, no código contributivo da segurança social e em estatutos específicos, designadamente de carreiras especiais;
- h) foram publicitadas de acordo com as disposições legais e comunicadas às entidades competentes.

Lisboa, 02 de Janeiro de 2017

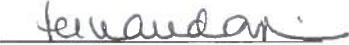
O Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE

  
Rita Perez Fernandez da Silva  
(Presidente)

  
Maria Celeste Malveiro Serra Sim-Sim dos Anjos Silva  
(Vogal)

  
Carlos Manuel Mangas Catarino Galamba de Oliveira  
(Vogal)

  
José Manuel Fernandes Correia  
(Diretor Clínico)

  
Fernanda Maria da Rosa  
(Enfermeira Diretora)

## DECLARAÇÃO DE INDEPENDÊNCIA

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

Eu, Maria João Reis Silva de Soares Pais, declaro que não intervengo 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, 30/12/2016



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

*Obs.:*

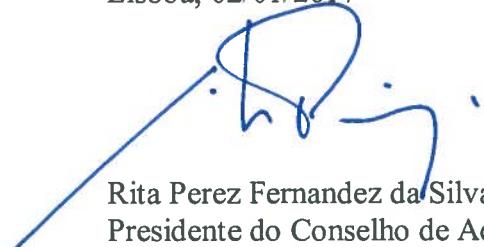
*Cópia Fiscal Único*  
*Cópia IGF*

## **DECLARAÇÃO DE INDEPENDÊNCIA**

(artigo 51º 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, 02/01/2017



Rita Perez Fernandez da Silva  
Presidente do Conselho de Administração  
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE

*Obs:*

*Cópia Fiscal Único*

*Cópia IGF*

## **DECLARAÇÃO DE INDEPENDÊNCIA**

(artigo 51º 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, 02/01/2017



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

*Obs:*

*Cópia Fiscal Único*

*Cópia IGF*

## **DECLARAÇÃO DE INDEPENDÊNCIA**

(artigo 51º 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, 02/01/2017



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

*Obs:*

*Cópia Fiscal Único*  
*Cópia IGF*

## **DECLARAÇÃO DE INDEPENDÊNCIA**

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

Eu, José Manuel Fernandes Correia, 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, 02/01/2017



José Manuel Fernandes Correia (Diretor Clínico)  
Vogal Executivo do Conselho de Administração  
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE

*Obs:*

*Cópia Fiscal Único*  
*Cópia IGF*

## **DECLARAÇÃO DE INDEPENDÊNCIA**

(artigo 51º 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, 02/01/2017



Fernanda Maria da Rosa (Enf<sup>a</sup> Directora)  
Vogal Executivo do Conselho de Administração  
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE

*Obs:*

*Cópia Fiscal Único*  
*Cópia IGF*

## DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO PATRIMONIAL

(artigo 52º 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, 30/12/2016



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

*Obs:*

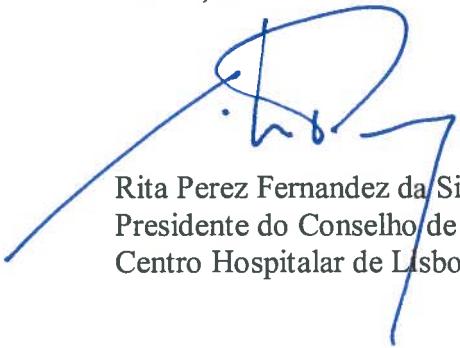
*Cópia Fiscal Único*  
*Cópia IGF*

## **DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO PATRIMONIAL**

(artigo 52º 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, 02/01/2017



Rita Perez Fernandez da Silva  
Presidente do Conselho de Administração  
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE

*Obs:*

*Cópia Fiscal Único*

*Cópia IGF*

## **DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO PATRIMONIAL**

(artigo 52º 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, 02/01/2017



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

*Obs:*

*Cópia Fiscal Único*

*Cópia IGF*

## **DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO PATRIMONIAL**

(artigo 52º 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, 02/01/2017



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

*Obs:*

*Cópia Fiscal Único*  
*Cópia IGF*

## **DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO PATRIMONIAL**

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

Eu, José Manuel Fernandes Correia, 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, 02/01/2017



José Manuel Fernandes Correia (Diretor Clínico)  
Vogal Executivo do Conselho de Administração  
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE

*Obs:*

*Cópia Fiscal Único*  
*Cópia IGF*

## **DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO PATRIMONIAL**

(artigo 52º 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, 02/01/2017



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

*Obs:*

*Cópia Fiscal Único*  
*Cópia IGF*

*CNV  
NL  
Jr.  
Oly  
Hau*

**4. Ata da reunião da Assembleia Geral, Deliberação Unânime por Escrito ou Despacho que contemple a aprovação por parte dos titulares da função acionista dos documentos de prestação de contas (aí se incluindo o Relatório e Contas e o RGS) relativos ao exercício de 2015<sup>6</sup>.**

Não existe.

---

<sup>6</sup> Apenas no caso do documento em apreço não se encontrar disponível em SiRIEF. Na eventualidade de não se ter ainda verificado a aprovação dos documentos de prestação de contas relativos ao exercício de 2015 por parte do(s) titular(es) da função acionista tal deve ser objeto de menção específica.