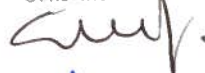


Relatório de Governo Societário

CA: Aprovado
16/10/2019



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

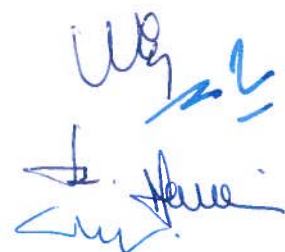


2017

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

Índice

I. Síntese (Sumário Executivo)	3
II. Missão, Objetivos e Políticas	5
III. Estrutura de capital	15
IV. Participações Sociais e Obrigações detidas	15
V. Órgãos Sociais e Comissões	17
A. Modelo de Governo	17
B. Assembleia Geral	18
C. Administração e Supervisão	18
D. Fiscalização	43
E. Revisor Oficial de Contas (ROC)	48
F. Auditor Externo	49
VI. Organização Interna	50
A. Estatutos e Comunicações.....	50
B. Controlo interno e gestão de riscos	54
C. Regulamentos e Códigos	62
D. Deveres especiais de informação	66
E. Sítio da Internet.....	67
F. Prestação de Serviço Público ou de Interesse Geral	68
VII. Remunerações	72
A. Competência para a Determinação	72
B. Comissão de Fixação de Remunerações	72
C. Estrutura das Remunerações.....	73
D. Divulgação das Remunerações.....	74
VIII. Transacções com partes Relacionadas e Outras	78
IX. Análise de sustentabilidade da entidade nos domínios económico, social e ambiental.....	80
X. Avaliação do Governo Societário.....	88
XI. ANEXOS DO RGS.....	91



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 referência, não só para as Unidades C e D da Sub-Região de Lisboa, onde se insere, mas também de âmbito nacional;
- Infecçiology, 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, Alfoanelos, Alfragide, Falagueira, Venda Nova do Concelho da Amadora.

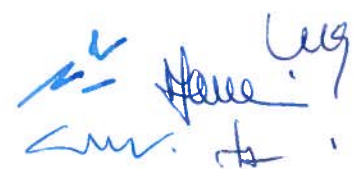
num total de 810.000 habitantes (censos 2011).

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 referência 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 referência abranja a especialidade em causa, facto que poderá vir a alterar as estatísticas acima referidas.

O CHLO presta cuidados assistenciais de saúde com a qualidade e segurança que lhe é devida.

O CHLO desenvolve ainda atividades complementares como as de ensino pré e pós-graduado, investigação e formação. O modelo colaborativo no Ensino e na Investigação com a Faculdade de Ciências Médicas da UNL tem-se mostrado muito frutuoso para as duas instituições.

O CHLO tem-se preocupado em promover a modernização das suas estruturas e equipamentos e, sobretudo, com a qualidade dos serviços prestados aos doentes, destacando-se o reconhecimento externo com a manutenção da Certificação ISO 9001-2008 nos Serviços de Imunohemoterapia,



[Handwritten signatures and initials in blue ink]

Farmacêuticos e Patologia Clínica e envolvimento de mais 6 serviços clínicos em acreditação para além dos 12, segundo o modelo de acreditação ACSA;

O CHLO é Centro de Referência Nacional para as seguintes áreas:

Cardiologia de Intervenção estrutural, Cardiopatias congénitas, Epilepsia Refractária, Neoplasia do Recto, Transplantação Cardíaco de adultos e Transplantação Renal adultos. Implantes cocleares e Neurorradiologia de intervenção na doença cerebrovascular.

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. Para o efeito está em curso a constituição do Centro de Responsabilidade Integrado do Coração e Vasos.

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 e, assim, dar resposta às grandes opções do Plano Nacional de Saúde, que são:

- 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.

Nesse sentido, e para o triénio 2017-2019, foram delineadas com a ARSLVT, e implementadas, diversas medidas que visam, melhorar a qualidade dos serviços de saúde prestados, mas também, potenciar a utilização dos recursos instalados, com contenção de custos.

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.

Handwritten signatures and initials in blue ink, including "CMV", "Hau", and "Uly".

Plano de Ações Propostas e medidas correspondentes

1. 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.

Para o triénio 2017-2019 procura-se:

- manter 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 que tem sido conseguido;
- alargar os horários das consultas, a sua marcação por hora (e o seu cumprimento), a adesão ao programa de "Consulta a tempo e horas" e assim permitir reduzir o tempo de espera;
- melhorar a eficácia e a eficiência na resposta às situações de urgência, reorientando a procura para os Cuidados primários, sempre que aconselhável.
- implementar um programa de teledermatologia, em parceria com o ACES Ocidental e a Gestão Integrada de Cuidados em doentes Crónicos complexos, duas linhas de preocupação que se prevê atender com o desenvolvimento de projectos específicos já em curso.

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

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.

Os princípios para a boa governação clínica, traduzem-se nas seguintes medidas:

- Realização de auditorias clínicas, incluídas na contratualização interna com os serviços;

Handwritten signatures and initials in blue ink, including 'Hau', 'CNR', and 'Lag'.

- Atualização de Protocolos e cumprimento das Normas de Orientação Clínica, de acordo com a medicina baseada na evidência e emanados pela DGS;
- Incremento do Programa de telemonitorização de doentes com Enfarte Agudo do Miocárdio;
- Incremento do Programa de telemonitorização de doentes com Insuficiência Cardíaca Crónica;

Mas o Conselho de Administração não deixará de manter no seu radar outras áreas da governação clínica que carecem de monitorização constante, nomeadamente:

- 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;

Impacto esperado:

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

3.Otimizar a Gestão do Medicamento

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

As medidas inerentes a esta prática são:

- Implementação de protocolos clínicos de prescrição entre o Hospital e o ACES, através das Direções Clínicas;
- Monitorizar e avaliar tecnicamente as prescrições e perfil de prescritores, através da Direção Clínica, Direções de Serviço e Comissão de Farmácia e Terapêutica;
- Incremento da utilização de genéricos e bio similares, com acompanhamento de fármaco-vigilância em áreas consideradas críticas.

Impacto esperado:

- otimizar o custo do medicamento
- promover a inovação

4.Internalizar MCDT's no SNS

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, foi reforçada a colaboração em parceria:

- Com os Centros de Saúde nas áreas de Patologia Clínica, Anatomia Patológica, Cardiologia, Dermatologia e Medicina Física e Reabilitação, pela renovação dos protocolos existentes;
- A internalização de Meios Complementares de Diagnóstico em unidades do SNS, tendente a uma rentabilização dos equipamentos dos hospitais públicos é, ainda, considerada uma medida prioritária, com vista à diminuição da despesa com a contratação de prestação desses serviços junto de entidades privadas.

Impacto esperado:

- Estreitamento da relação entre o CHLO e os ACES da região
- Otimização dos recursos instalados na RSLV (instalações, humanos e financeiros).

5.Melhorar a integração de cuidados

Dando continuidade aos projetos já iniciados, prevê-se reforçar, de uma forma geral, as seguintes medidas:

- Registo de melhoria significativa na articulação clínica através do recurso à PDS, com consequente benefício para a qualidade dos cuidados ao doente, e redução dos custos por doente tratado;
- Otimização da relação CHLO/ACES/Outras instituições.

Em particular, gostaríamos de ver maior interligação nos contatos regulares e agendadas reuniões com os serviços de especialidades do CHLO com:

- Direção Clínica do ACES de Oeiras;
- Equipa ACES, no que se refere ao projecto "Cuidados Integrados do Doente Crónico" e ao apoio de consultadoria na área da Medicina Física e de Reabilitação;
- CHLN e CHLC nas áreas de Centros de Referência, para os quais houve candidatura conjunta;
- HFF, em diversas áreas clínicas e não clínicas;
- CHLC, HGO e CHLN para a Urgência para assistência a doentes com Aneurisma Vascular Cerebral;
- Diversos hospitais e centros hospitalares com real incidência em especialidades carenciadas, através de consultas de telemedicina.

Impacto esperado:

- Estreitamento da relação entre instituições, com ganhos em qualidade assistencial
- Otimização dos recursos instalados na RSLV (instalações, humanos e financeiros)

6. Garantir a sustentabilidade financeira

O conceito de "boa governação" continuou a ser, em 2017, 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.

Impacto esperado:

- Cumprimento integral dos objetivos institucionais e dos objetivos contratualizados com a ARSLVT
- Otimização dos recursos instalados.

Num cenário desfavorável para a continuidade e desenvolvimento da organização, os custos operacionais registaram um acréscimo global de 5,8% face a 2016, justificação para o EBITDA ter atingido valores na ordem dos 13,9 milhões negativos, também fruto de um decréscimo de 4,4% 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 de foro oncológico 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.

Unidade: M€										
Rubrica	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Var % 17/16	Var % 17/10
Custos										
Consumos	98,2	94,6	77,3	77,1	72,6	76,1	81,7	87,5	7,1%	-10,9%
Fornecimentos e Serviços Externos	35,5	32,9	29,2	27,5	26,1	26,8	25,6	28,1	9,7%	-20,9%
Despesas com Pessoal	119,7	106,6	99,8	103,6	100,6	101,1	106,9	111,2	4,0%	-7,1%
Outros Custos Operacionais	12,4	10,6	10,0	8,3	7,4	7,2	6,7	6,9	2,8%	-44,5%
Total Custos Operacionais	265,9	244,7	216,4	216,4	206,7	211,1	220,9	233,7	5,8%	-12,1%
Proveitos										
Prestação de Serviços	213,9	200,4	196,0	200,3	195,1	200,7	215,2	202,3	-6,0%	-5,4%
Outros Proveitos Operacionais	13,5	15,2	11,1	16,5	4,8	3,6	7,6	7,5	-2,2%	-44,6%
Total Proveitos Operacionais	227,3	215,7	207,1	216,8	199,9	204,3	222,8	209,7	-5,9%	-7,8%
EBITDA	-26,2	-18,6	0,6	8,5	0,6	0,4	8,5	-17,1	-301,0%	34,5%
Resultados Operacionais	-38,5	-29,1	-9,3	0,4	-6,8	-6,8	1,8	-24,0	-1408,4%	37,8%
Resultados Líquidos	-42,1	-9,5	-9,7	1,1	-5,3	-12,8	2,2	-25,8	-1295,7%	38,8%
Produção										
N.º Consultas	449.821	452.799	463.482	472.032	465.802	462.107	461.690	458.142	-0,8%	1,8%
N.º Cirurgias (n.º intervenções)	23.719	23.620	24.669	23.878	22.696	23.743	22.850	23.410	2,5%	-1,3%
Quadro de Pessoal										
N.º de Médicos	674	652	610	571	522	502	522	548	5,0%	-18,7%
N.º de Enfermeiros	1.390	1.353	1.289	1.231	1.207	1.235	1.299	1.308	0,7%	-5,9%
Total de Funcionários	4.331	4.203	4.058	3.863	3.741	3.807	3.914	3.951	0,9%	-8,8%

Mesmo assim, as variações 2010/2017 ainda registam ganhos muito significativos, na ordem dos 12,1% para os custos operacionais, para níveis de proveitos operacionais com registo de uma variação de -7,8% em igual período, com o CHLO a apresentar um elevado grau de cumprimento do Contrato Programa (96,4%) no que se refere às principais linhas de produção e indicadores de desempenho assistencial com uma consistência, ao nível do nº de Doentes Saídos, Consultas e Cirurgias efetuadas, respondendo de uma forma adequada às solicitações da área de influência.

Quanto aos objectivos de Qualidade, Eficiência e Controlo Financeiro, o grau de cumprimento foi de 80,7%.

Objectivos	Peso Relativo Indicador (%)	2017				
		Meta	Real	Grau de Cumprimento (%)	Grau de Cumprimento Ajustado (%)	Índice de Desempenho
Objectivos Nacionais	60%					48,4%
Acesso	15%					12,5%
Percentagem das primeiras consultas no total de consultas médicas (%)	3%	26,29%	25,0%	95,1%	95,1%	2,9%
Mediana de tempo de espera da LIC, em meses	3%	3	4,0	66,7%	66,7%	2,0%
Percentagem de episódios de urgência atendidos dentro do tempo de espera previsto no protocolo de triagem	3%	98,00%	73,6%	75,1%	75,1%	2,3%
Peso das consultas externas com registo de alta no total de consultas externas (%)	3%	9,17%	7,8%	85,1%	85,1%	2,6%
Percentagem de doentes referenciados para a RNCCI, em tempo adequado e validados pela EGA, no total de doentes referenciados para a RNCCI	3%	85,10%	81,6%	95,9%	95,9%	2,9%
Desempenho Assistencial	25%					21,7%
Índice de Risco - Segurança do Doente	2%	8	40,00	500,0%	120,0%	2,4%
Percentagem de cirurgias da anca efetuadas nas primeiras 48 horas (%)	3%	49,20%	34,20%	69,5%	69,5%	2,1%
Percentagem de cirurgias realizadas em ambulatório, para procedimentos tendencialmente ambulatórios	3%	20,70%	33,50%	161,8%	120,0%	3,6%
Percentagem de doentes saídos com duração de internamento acima do limiar máximo (%)	3%	2,00%	2,93%	53,5%	53,5%	1,6%
Índice PPCIRA	8%	10	7,5	75,0%	75,0%	6,0%
Variação de utilização de biossimilares dispensados (em unidades, 2017/2016)	6%	10	10,0	100,0%	100,0%	6,0%
Desempenho económico-financeiro	20%					14,2%
Percentagem de Custos com Horas Extraordinárias, Suplementos e FSE (seleccionados) no Total de Custos com Pessoal (%)	5%	10,44%	11,58%	89,1%	89,1%	4,5%
Resultado antes juros, impostos, amortizações e depreciações (EBITDA) (€)	5%	-13.944.655	-13.915,6	100,2%	100,2%	5,0%
Acréscimo de Dívida Vencida (brancos externos) (€)	5%	0,00	20.558,7	0,0%	0,0%	0,0%
Percentagem de proveitos operacionais extra contrato-programa, no total de proveitos operacionais (%)	5%	9,39%	8,84%	94,1%	94,1%	4,7%
Objectivos Regionais Lisboa e Vale do Tejo	40%					36,6%
Taxa de internamentos DCV, entre residentes com < 65 anos	5%	5,19%	3,9%	76,77%	76,8%	3,8%
Proporção de Recém Nascidos de termo, de baixo peso	5%	0,27%	0,20%	80,0%	80,0%	4,0%
Percentagem Utentes referenciados para Consulta de Oftalmologia - Rastreio da Retinopatia diabética (CTH) atendidos em tempo adequado < X%	5%	98,0%	98,9%	100,9%	100,9%	5,0%
Despesa de Medicamentos facturados por utilizador (PVP)	10%	118,35	88,8	80,0%	80,0%	8,0%
Nº de projectos de articulação implementados com os CSP	10%	2,0	3,0	150,0%	120,0%	12,0%
Percentagem doentes cirúrgicos inscritos em LIC com tempo de espera > TMRG	5%	16,00%		74,3%	74,3%	3,7%
Índice de Desempenho Global						85,0%
Valor Incentivos Contratados (€)						9.077.726
Valor Incentivos Realizados (€)						7.716.067

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 permitindo 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.

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

Pontos Fortes • Centro de Referência, nas áreas de Epilepsia refractária, Doenças Cardiovasculares (Cardiologia de "intervenção estrutural" e Cardiopatias congénitas), Transplante de Rim, Oncologia de adultos / Cancro do Reto, Doenças Neurovasculares e Próteses cocleares • Especialização noutras áreas de excelência: Neurocirurgia e Oto-Neurocirurgia, Infecçiology, Neurologia, Pneumologia, Neonatologia, Reumatologia e Oncologia • Aplicação Clínica da inovação tecnológica • Vias verdes (AVC, Trauma, Coronária e Sépsis) • Investigação Clínica • Boa imagem junto dos utentes • Boa localização geográfica • Recursos Humanos altamente qualificados • Formação pré e pós graduada	Pontos Fracos • Degradação de algumas Instalações e desadaptação de outras para as funções a que se destinam • Dispersão geográfica por 3 pólos assistenciais hospitalares • Dificuldade na resolução da lista de espera em algumas especialidades cirúrgicas por carência de recursos humanos médicos: Ortopedia, Cirurgia Vascular, Oftalmologia, Neurocirurgia, Anestesia • Carência de médicos especialistas em várias especialidades • Fraca autonomia na gestão hospitalar
Oportunidades • 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 de 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 conjuntas com os ACES da região	Ameaças • Saída de Profissionais para outras unidades hospitalares • Dificuldade de renovação do quadro médico muito 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

• Liberalização das redes de referênciação • Investimento na telemedicina e na telemonitorização • Parceria com o Centro Médico Universitário de Lisboa	• 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
---	--

Handwritten notes and signatures in blue ink, including a checkmark, the word "Haver", and several initials.

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. 58 e seg.) - quer aquelas largamente divulgadas no sítio da internet do CHLO (pág. 64 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.

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 156,1 M€, detido na totalidade pelo Estado Português (Ministério da Saúde e Ministério das Finanças).

Não obstante o aumento de capital verificado, o total do Fundo Patrimonial do CHLO ascende, em 31 de dezembro de 2017, a 12.766.002 euros negativos, quando o valor do Património é de 156.100.000 euros, pelo que está, assim, perdido em mais de 50%.

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

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

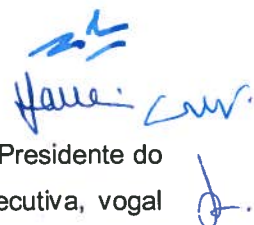
V.Órgãos Sociais e Comissões

A.Modelo de Governo

1.Identificação do modelo de governo adotado

Cargo	Orgão Sociais	Eleição	Mandato
Conselho de Administração			
Presidente	Dr.ª Rita Perez Fernandez da Silva	Resolução do Conselho de Ministros n.º 31/2017 DR n.º38 de 22/02/2017 (*)	2017-2019
Vogal (1)	Dr.ª Maria Celeste Malveiro Serra Sim-Sim dos Anjos Silva		
Vogal (2)	Dr. Carlos Manuel Mangas Catarino Galamba de Oliveira		
Vogal (3)	Dr. José Manuel Fernandes Correia		
Vogal (4)	Enf.ª Fernanda Maria da Rosa		
(*) Produz efeitos a partir de 01/01/2017			
Conselho Fiscal			
Presidente	Dr. Vítor Manuel Baptista de Almeida	Despacho Finanças e Saúde de 23 e 28/11/2017	2017-2019
Vogal	Dr.ª Anabela Mendes Garcia Barata		
Vogal	Dr. Carlos António Lopes Pereira		
Vogal Suplente	Dr.ª Maria de Lurdes Pereira Moreira Correia de Castro		
Fiscal Único			
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)		
Conselho Consultivo			
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.



B.Assembleia Geral

1.Composição da mesa da assembleia geral, ao longo do ano em referência, com identificação dos cargos e membros da mesa da assembleia geral e respetivo mandato (data de início e fim), 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.

C.Administração e Supervisão

1.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 18/2017, de 10 de Fevereiro, 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.

2.Composição do Conselho de Administração Executivo

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Mandato	Cargo	Nome	Designação		OPRL			N.º de Mandato
			Forma	Data	Sim/Não	Entidade	Pagadora (OD)	
2017-2019	Presidente	Dr.ª Rita Perez Fernandez da Silva				CHLO	O	1
	Vogal Executivo	Dr.ª Maria Celeste Malveiro Serra Sim-Sim dos Anjos Silva	Resolução do			CHLO	D	4
	Vogal Executivo	Dr. Carlos Manuel Mangas Catarino Galamba de Oliveira	Conselho de Ministros	12/01/2017		CHLO	D	3
	Vogal Executivo	Dr. José Manuel Fernandes Correia	n.º 31/2017			CHLO	O	1
	Vogal Executivo	Ent.ª Fernanda Maria da Rosa				CHLO	D	4

Nota: OPRL: Opção pela Remuneração Lugar de Origem; OD: Origem/Destino

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".

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

Não existem membros não executivos do Conselho de Administração.

4.Apresentação de elementos curriculares relevantes de cada um dos membros do Conselho de Administração

Membros do Conselho de Administração

Administradores Executivos:

Presidente CA – Dra. Rita Perez Fernandez da Silva

DADOS BIOGRÁFICOS:

Data de Nascimento: 22 de Janeiro de 1958

Handwritten signatures and initials in blue ink, including "Ferreira" and "Amorim".

HABILITAÇÕES ACADÉMICAS:

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

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.

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 reestruturação desta unidade hospitalar, o que veio a ter impacto na melhoria sustentada dos custos de exploração e melhoria dos indicadores de produtividade e qualidade de serviço.

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

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

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

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

2002 - Adjunta do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde

Integração do Grupo de Trabalho Técnico de Criação dos Hospitais Sociedades Anónimas

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

Handwritten signature in blue ink, likely reading "Hau" or similar, with a checkmark above it.

Handwritten signature and initials in blue ink.

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

Handwritten signature in blue ink.

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

Handwritten signature in blue ink.

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

Handwritten signature in blue ink.

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

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

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

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

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

DADOS BIOGRÁFICOS:

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

HABILITAÇÕES ACADÉMICAS:

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

SUMÁRIO DA EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL:

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

CARGOS E FUNÇÕES:

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

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

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

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

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

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

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

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

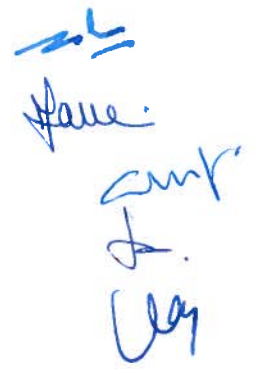
1986-1989 - Ingresso nos quadros da Arthur Andersen onde teve oportunidade de adquirir significativa experiência nas áreas de Auditoria e Consultadoria.

CURSOS COMPLEMENTARES:

2012-2013 - PADIS XVI – Programa de Alta 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.
- 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 – Dr. José Manuel Fernandes Correia

Data de Nascimento: 29/01/1960

HABILITAÇÕES ACADÉMICAS:

- Licenciatura em Medicina
- Consultor/Graduado da carreira médica hospitalar de Pneumologia

ATIVIDADE PROFISSIONAL

Categoria Profissional:

- Diretor Clínico

Cargos anteriores:

- Adjunto da Direção Clínica do Hospital Egas Moniz/CHLO.
- Adjunto da Direção Clínica do Hospital de Santa Luzia de Elvas
- Diretor do Serviço de Urgência do Hospital de Elvas.
- Responsável pela Unidade de Ventilação Não Invasiva do Serviço de Pneumologia do Hospital Egas Moniz.
- Gestor de camas do HEM
- Indicado pelo CA como interlocutor do HEM junto da ACSS, na implementação do ALERT e SICO.
- Nomeado para Comissão de Risco do CHLO.
- Responsável da Bolsa de Camas do HEM.
- Nomeado para Comissão de Mortalidade do HEM
- Responsável pela Unidade de Técnicas do Serviço de Pneumologia do HEM

Handwritten notes in blue ink:
-mk
-ll
Hau:
Ja.
Uey

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 Infeção Hospitalar

Membro Fundador das referidas Comissões;

Integração na UCF (Unidade Coordenadora Funcional)

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

Integração em Comissões Organizadoras/Científicas

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

1981 - Chefia do Serviço de Medicina e Cardiologia

1981 - Ascende à categoria de Enfermeira Chefe

1977 - Ascende ao lugar de Enfermeira subchefe

1975 - Enfermeira de 1.ª Classe

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

Compe.
= 6
Hau.
J.
Uy

OUTRAS ACTIVIDADES:

Preletora de ações de formação:

1990 - Regulamento de Visitas do Hospital S. Francisco Xavier

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

1982 - Project de Regulamento Interno do Hospital de Beja

CARGOS DESEMPENHADOS:

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

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

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

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

1997 - Eleita Enfermeira Diretora do Hospital S. Francisco Xavier

5. Apresentação de declaração¹ 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).

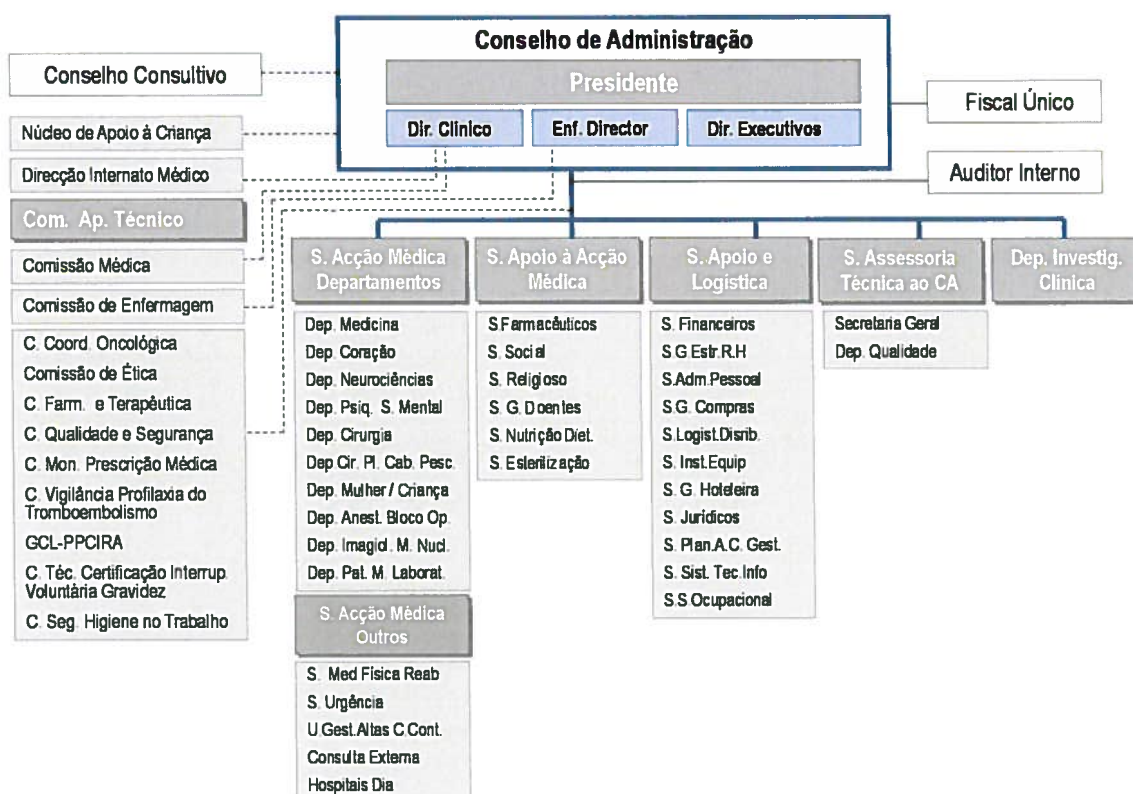
Ver anexo

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

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

Não existem

7. Organograma



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. Rita Perez Fernandez da Silva: Para além das competências próprias, este elemento coordenará a gestão estratégica dos seguintes pelouros:

- Departamento de Qualidade;
- Secretaria-geral (inclui Gabinete de Comunicação e Imagem, Gabinete de Utente e Centro de Documentação e 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 4.000€.

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;
- Serviço Jurídico;
- Serviço Religioso;
- Serviço de Instalações e Equipamentos HEM.

No âmbito destes pelouros a Vogal Executiva tem competência para autorizar despesas até ao montante de 1.000€.

Dr. Carlos Manuel Mangas Catarino Galamba de Oliveira: Para além das competências próprias, este elemento desempenha funções de Diretor Executivo do HAFX 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;

Handwritten signatures and initials in blue ink:
- Top right: "2.1. Amk"
- Middle right: "Hauel d."
- Bottom right: "Cly"

- Serviço de Instalações e Equipamentos HSC.

No âmbito destes pelouros o Vogal Executivo tem competência para autorizar despesas até ao montante de 1.000€.

Dr. José Manuel Fernandes Correia (Diretor Clínico): 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 1.000€.

Enf.^a Fernanda Maria da Rosa (Enf.^a 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;
- Serviço de Instalações e Equipamentos HSFx.

No âmbito destes pelouros a Enfermeira Diretora tem competência para autorizar despesas até ao montante de 1.000€.

Conselho Fiscal (nomeado em Novembro de 2017):

Presidente: Dr. Vítor Manuel Baptista de Almeida

Vogal: Dr.^a Anabela Mendes Garcia Barata

Vogal: Dr. Carlos António Lopes Pereira

Vogal Suplente: Dr.^a Maria de Lurdes Pereira Moreira Correia de Castro

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 fiscal, são os constantes dos artigos 15.º e 16.º dos Estatutos dos Hospitais E.P.E. (Decreto-Lei nº 18/2017 de 10 de Fevereiro).

Fiscal Único (até Novembro de 2017):**BDO & Associados, Lda.**

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. (Decreto-Lei nº 233/2005 de 29 de Dezembro).

Conselho Consultivo**Presidente:** 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 21.º, 22.º e 23.º dos Estatutos dos Hospitais E.P.E. (Decreto-Lei nº 18/2017 de 10 de Fevereiro)

8.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
2017-2019	Presidente	Dr.ª Rita Perez Fernandez da Silva (Presidente)	51	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. José Manuel Fernandes Correia (Director Clínico)		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

[Handwritten signatures and initials in blue ink]

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;

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)Comissões² 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:

- oProf. Dra. Teresa Marques (Presidente)
- oDr. Carlos Costa
- oDra. Paula Peixe
- oDra. Helena Farinha
- oEnfª Clara Maria Carvalho
- oDr. Santana Carlos
- oDr. Rui Miguel Campante Teles
- oPadre João Valente

² Que incluam ou tenham a participação de elementos do órgão de administração ou supervisão.

AmV.
fauc.
Clay

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

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

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

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

Durante o ano de 2017 realizaram-se 10 reuniões ordinárias da Comissão de Ética salientando-se as seguintes atividades:

- ♦ Atividade assistencial (emissão de pareceres por solicitação de diferentes serviços do CHLO);
- ♦ Atividade de investigação:
 - Foram recebidos 99 pedidos de parecer para realização de estudos. Destes, 67 por se encontrarem completos e de acordo com as Normas da Comissão de Ética para a Saúde (CES) foram submetidos a apreciação: 46 registos observacionais/projetos de investigação clínica (41 com parecer favorável e 5 com parecer favorável condicionado); 13 Estudos

Handwritten notes in blue ink: "ab", "amr", "Hurt", "f.", "Ua".

conducentes a provas académicas (11 com parecer favorável e 2 com parecer favorável condicionado); 8 Adendas/Emendas com parecer favorável a estudos aprovados anteriormente; Destes 99 pedidos, 32 não tiveram ainda parecer final por se aguardarem respostas aos esclarecimentos solicitados pela CES ao Investigador Principal.

Deu-se conhecimento de 17 pareceres favoráveis à dispensa de consentimento informado à Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPd), com base na Deliberação n.º 1704/2015, para autorização final.

- Deram entrada, para apreciação, 47 modelos de consentimento informado a utilizar na prática clínica (38 com parecer favorável);
- Apreciaram-se 932 justificações para autorização de utilização de medicamentos que não fazem parte do FHNm ou cuja aplicação não se encontra ainda aprovada pelo INFARMED;
- Tomou-se conhecimento de 12 decisões de Interrupção voluntária de gravidez;
- ♦ Registo da Comissão de Ética do CHLO, no RNEC – Registo Nacional de Estudos Clínicos, a 06 de Julho de 2017.

➤ Comissão de Qualidade e Segurança

Elementos:

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

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.

Durante o ano 2017 as atividades desenvolvidas por esta Comissão responderam aos requisitos para concretização das propostas da DGS, com carácter normativo, como é público.

Globalmente foram acompanhadas na prática as acções contempladas nos requisitos do Planeamento exigido pela DGS e de modo mais extensivo do que em anos anteriores, porque mais serviços do CHLO foram incluídos no processo de Acreditação ACSA.

Intervenções que tiveram lugar:

- ♦ Número de NOC DGS analisadas e discutidas – 19
- ♦ Número de NOC DGS objeto de auditoria interna - 14

Compr
Hau
Uy

- ♦ Aplicação da Tabela nacional de Funcionalidades - Pneumologia
- ♦ Manutenção de Programas de segurança, 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)
- ♦ Manutenção do Programa de 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 10 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; Curso de Gestão de Risco para chefias intermédias.
- ♦ Segurança no âmbito dos profissionais: Workshop "Protecção Radiológica "
- ♦ Atividades outras no Âmbito da Segurança do Doente:
 - Continuação da aplicação do Programa da Cirurgia Segura (3.49% taxa de não conformidade);
 - 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 infeção 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, de acordo com os requisitos da ERS;
- ♦ Colaboração com os serviços na elaboração de modelos de Consentimento Informado à luz do Modelo de Consentimento Informado em vigor (NOC 015/2013).
- ♦ Reconhecimento externo da Qualidade: manutenção da Certificação ISO 9001-2008 nos Serviços de Imunohemoterapia, Farmacêuticos e Patologia Clínica e envolvimento mais 6, além de 12 serviços clínicos na aplicação do modelo de acreditação ACSA;
- ♦ Revisão 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);

Handwritten notes:
Haver. d
simp
Cly

- 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;
- 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.^a 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.^a Maria Margarida Moreira Mimoso
- Dra. Ana Alexandra Sousa Leitão
- Enf.^a Clara Maria Aguiar Carvalho
- Dra. Erica Rodrigues Viegas
- Dra. Maria Fátima Marques Grenho

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

No âmbito das competências que lhe são atribuídas, o GCL-PPCIRA realizou diversas atividades ao longo de 2017, das quais se destacam:

com
L
Hau...
Ug

Vigilância Epidemiológica

- ♦ Vigilância epidemiológica de incidência da infecção associada aos cuidados de saúde: infecção nosocomial e microrganismos epidemiologicamente significativos;
- ♦ 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 Direção Geral de Saúde;
- ♦ Apresentação de resultados da vigilância epidemiológica realizada e publicação online.

Formação / Acompanhamento Clínico

- ♦ Organização, coordenação e participação em acções de formação interna, em colaboração com Departamento de Formação do CHLO (Plano anual de Formação);
- ♦ Integração de novos Enfermeiros, políticas do GCL-PPCIRA;
- ♦ Integração de novos Assistentes Operacionais, políticas do GCL-PPCIRA;
- ♦ Colaboração em estágios da especialidade médica e especialidades clínicas de enfermagem;
- ♦ Orientação das práticas clínicas;
- ♦ Continuação da elaboração ou actualização 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 anti-sépticos;
- ♦ Participação em reuniões externas, como oradora convidada:
 - "Prevenção e controlo da colonização/infecção a MRSA". Lisboa 2017, Filomena Martins;
 - "Da requisição à interpretação. Colheitas em Microbiologia". Porto 2017, Filomena Martins;
 - "Experiência de implementação do PPS no CHLO". II Jornadas PPCIRA. Lisboa, DGS 2017 Comemoração promovida pela DGS aquando da Semana do Antibiótico, Lisboa, 17 de novembro, Filomena Martins;
- ♦ Participação como moderadora no simpósio "Simpósio "Bactérias Multirresistentes: eliminar ou prevenir?", Integrado no dia do antibiótico, 18 de novembro de 2017, Lisboa, Filomena Martins.

Handwritten signatures and initials in blue ink.

- ♦ Participação como moderadora na mesa “O papel do Farmacêutico nos programas de Antimicrobial Stewardship e na gestão dos novos Antibióticos”, integrada na 10ª Semana APFH, 23 de novembro de 2017, Lisboa, Erica Viegas
- ♦ Participação na reunião alargada para discussão da situação nacional dos programas de apoio à prescrição antibiótica, 29 e 30 de Setembro de 2017, Montreal, Ana Leitão e Erica Viegas

Auditoria de estrutura, processo e resultado

- ♦ Campanha das Precauções Básicas em Controlo de Infecção (PBCI) – Direção Geral de Saúde e Organização Mundial de Saúde;
- ♦ Auditoria ao feixe de intervenções à prevenção da ILC
- ♦ Auditorias internas a indicadores de estrutura, processo e resultado;
- ♦ Auditorias internas ao uso de antimicrobianos:
 - Serviço de Cirurgia Geral I, Unidade de Oncologia, Unidade de AVC, Unidade de Cuidados Intermédios da Medicina IV, UNICARD;
 - Serviço de Cirurgia Geral II, Gastrenterologia e Neurologia;
 - Serviço de Cirurgia Geral III, Cardiologia, CCT, Nefrologia e UCI-CCT;
 - Avaliação da DDD/100 camas/dia e DDD/1000 doentes saídos do CHLO;

Programa de apoio à prescrição antibiótica

- ♦ Realização de estudo piloto da implementação do programa, identificação de oportunidades e barreiras, HSFx
- ♦ Início do Programa de apoio à prescrição antibiótica

Colaboração em atividades de gestão

- ♦ Júri de concursos de escolha de material e consumo clínico;
- ♦ Acompanhamento à acreditação/ certificação de serviços de internamento
- ♦ Dados de indicadores de Qualidade na área de prevenção e controlo de infeção, identificação de standards e padrões de Qualidade para os indicadores de qualidade de PPCIRA.
- ♦ Participação nas reuniões de Qualidade e desempenho dos diversos Serviços.
- ♦ Assessoria ao Conselho de Administração e outros serviços do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, em assuntos do âmbito da CCI.

Projetos de investigação / participação em projetos de investigação

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

- ♦ “Caracterização de estirpes de bacterianas associadas a Infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS): a importância dos biofilmes” (em curso);
- ♦ “HAI-NET MORTALITY REVIEW VALIDITY AND REPRODUCIBILITY STUDY”, European Centre for Disease Prevention and Control (em curso).

Handwritten notes and signatures in blue ink, including the word "Hane:" and several initials.

Colaboração em atividades para a acreditação de serviços clínicos do CHLO

- ♦ Integração na equipa de acreditação dos serviços clínicos.

Equipa de crise no surto de Legionella no HSFX

- ♦ Integrou a equipa de crise em colaboração com o CA e com as autoridades de saúde;
- ♦ Colaborou com a DGS na revisão dos processos dos doentes.

➤ Comissão da Farmácia e Terapêutica

Elementos:

- o Dr. José Manuel Correia
- 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;
- 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.

Handwritten notes in blue ink:
Hau... Comp
f.
Cez

Foram realizadas 45 reuniões, tendo sido analisados:

- 4 Protocolos Terapêuticos;
- 18 Pedidos de introdução de medicamentos ou formulações de usos geral;
- 253 Pedidos de terapêutica para a Hepatite C;
- 1 293 Pedidos individualizados de outros medicamentos;
- 9 Formulários de prescrição;
- 1 Norma 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:

- Ana Caldeira (Médica Pediatra)
- Maria Custódia Ribeiro (Psicóloga)
- Maria do Rosário Almeida (Enfermeira)
- Paula Afonso (Técnica de Serviço Social)
- Sílvia Silva

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.

Handwritten notes and signatures in blue ink, including the word "Haver" and several initials.

No ano de 2017, num total de 5 reuniões semanais do NHACJR foram avaliadas 20 crianças e jovens em risco/perigo com um total de 20 discussões de casos, 15 situações foram inaugurais, sendo as restantes 5, reavaliações. Relativamente a anos anteriores houve um decréscimo muito acentuado nas situações sinalizadas e reavaliadas.

Foram elaborados cerca de 7 pareceres técnicos, por escrito, de crianças e jovens em risco/ perigo, em resposta a entidades externas, tais como o Tribunal, DIAP, Polícia 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:

- oDra. Isabel Paz – Presidente
- oDr. Fernando Cirurgião
- oDra. Patrícia Veca
- oDr. António Macedo
- oDra. Carla Lilaia
- oDra. 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.
- 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;

Handwritten signatures and initials in blue ink.

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 2017:

- 23 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 Coordenação Oncológica**

Elementos:

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

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

Elementos:

- Dr. João Carlos Furtado
- 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

AmV
Hau
f.
Cly

- 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.^a Isabel Maria Amaral Amado
- Dr. Carlos Augusto Carvalho Vasconcelos
- Enf.^a 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

➤ **Comissão Informatização Clínica**

Elementos:

- Dr. António Carvalho (Presidente)
- Eng. Jorge Pedroso
- Dr. João Faro Viana
- Dra. Ana Mirco
- Dra. Isabel Cabral
- Enf.^a 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

- oEnf.ª Ana Maria Ramos
- oEnf.ª Lígia Maria Silva
- oDr. Fernando Silva

Compu.
→
Paulo
Weg

D.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 CMVM	Forma	Data	Data do Contrato		
2014-2016	Efectivo	BDO & Associados, Lda	SROC n.º 29	20161384	Despacho n.º 328/14-SET	03-03-2014	10-03-2014	6	2
		Representada por Dr. Pedro Manuel Aleixo Dias	ROC n.º 725	20160361					
	Suplente	Dr. João Paulo Torres Cunha Ferreira	ROC n.º 956	20160573					

* Em funções em 2017. Nomeação do Conselho Fiscal por Despacho conjunto dos SEF e SES, em Novembro de 2017. À data de 31/12/2017 ainda não estava nomeado o ROC.

2.Identificação dos membros do Conselho Fiscal

CONSELHO FISCAL

(euros)

Mandato	Cargo	Nome	Designação		Estatuto Remuneratório Fixado Mensal	N.º Mandatos
			Forma (1)	Data		
2017-2019	Presidente	Dr. Vítor Manuel Baptista de Almeida	Despacho	28/11/2017	1.362,02	1
	Vogal	Dr.ª Anabela Mendes Garcia Barata	Finanças e		1.021,51	
	Vogal	Dr. Carlos António Lopes Pereira	Saúde de 23		1.021,51	
	Vogal Suplente	Dr.ª Maria de Lurdes Pereira Moreira Correia de Castro	e 28/11/2017			

(1) AG/DUE/despacho

Este órgão é composto por três elementos efetivos e um suplente, em conformidade com o disposto no n.º 2 do art.º 15.º dos estatutos do CHLO, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro, e foram nomeados através do despacho conjunto dos Senhores Secretários de estado do Tesouro e da Saúde, de 28/11/2017.

Compreensão
Mane

No que se refere ao cumprimento do conceito de independência, não se verifica, relativamente a qualquer um dos membros do Conselho Fiscal, qualquer das situações referidas no n.º 5 do art.º 414.º do Código das Sociedades Comerciais, pelo que são todos independentes, para efeitos do conceito previsto neste artigo.

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.

• Fiscal Único (até Novembro de 2017)

Efectivo – BDO & Associados, Lda.

Dr. Pedro Manuel Aleixo Dias

Data de Nascimento: 04/02/1957

Habilitações Académicas

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

Atividade Profissional

Categoria Profissional:

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

Cargos anteriores:

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

Suplente – BDO & Associados, Lda.

Dr. João Paulo Torres Cunha Ferreira

Data de Nascimento: 02/01/1964

Habilitações Académicas

Compe. 26
Paulo C. Ag.
D.

- 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.

• Conselho Fiscal (a partir de Novembro de 2017)

Presidente – Dr. Vítor Manuel Baptista de Almeida

Data de Nascimento: 14/07/1956

Habilitações Académicas

- Licenciatura em Organização e Gestão de Empresas
- Revisor Oficial de Contas

Actividade Profissional

Categoria Profissional:

- Revisor Oficial de Contas desde 1990, sendo actualmente sócio gerente da Vítor Almeida & Associados, SROC, Lda

[Handwritten signatures and initials]

Cargos:

- Integra a Comissão Técnica das Entidades Não Financeiras e o Júri de Exame de Admissão à Ordem dos Revisores Oficiais de Contas;
- Assistente convidado no Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa (ISCTE);
- Consultor do Ministério das Finanças Português, do Governo de Angola, bem como do Ministério das Finanças de Cabo Verde;
- Presidente do Conselho Directivo da Administração Geral Tributária (2000-2003);
- Adjunto do Ministro da Finanças e do Secretário de Estado e Finanças (1999-2000);
- Director na Inspecção-geral de Finanças (1998).

Vogal – Dr.ª Anabela Mendes Garcia Barata

Data de Nascimento: 26/08/1964

Habilitações Académicas

- Licenciatura em Administração e Gestão de Empresas
- MBA na Escola Superior de Gestão da AESE

Actividade Profissional

Cargos:

- Coordenadora da Unidade de Gestão Financeira da ARSLVT desde Janeiro 2008;
- Directora Administrativa e Financeira no Grupo Bureau Veritas – Rínavé (Janeiro 2002 a Dezembro 2007);
- Técnica Superior no Banco Espírito Santo (Julho 1996 a Dezembro 2001);
- Gerente na KPMG (Janeiro 1992 a Julho 1996);
- Técnica- “Assistent Manager” na Arthur Andersen (Setembro 1988 a Janeiro 1992).

Vogal – Dr. Carlos António Lopes Pereira

Data de Nascimento: 30/05/1955

Habilitações Académicas

- Licenciatura em Gestão, ISCTE (1988);
- parte escolar do Mestrado em Planeamento Estratégico, ISEG (1992);
- Pós-Graduação em Finanças e Gestão do Sector Público, IDEFF/FDL (2006);
- Mestrado em Economia e Políticas Públicas, ISEG (2017).
- Programa avançado para dirigentes da Administração Pública, INA (2010)

↓.Cg
CNR
Hau.

Actividade Profissional

Cargos:

- Quadro superior da DGTF-Direção-Geral do Tesouro e Finanças com funções de assessoria (desde Abril de 2015);
- Vogal do Conselho de Administração da Entidade Reguladora dos Serviços de Águas e Resíduos (2010 – 2015);
- Diretor do Gabinete de Acompanhamento do Sector Empresarial do Estado, Parcerias Público-Privadas e Concessões da DGTF (2007 – 2010);
- Técnico superior na DGTF (2004 – 2007);
- Coordenador Financeiro na Parque Expo 98, S.A. (2001 – 2004);
- Chefe de Serviços Financeiros na Brisa, Autoestradas de Portugal, S.A. (1991 – 2001);
- Analista Financeiro no Banco de Fomento Exterior (1988 – 1991);
- DGTF (1977 – 1988);
- Membro do Comité de Investimento do IFRRU 2020, do Comité de Investimento do Fundo JESSICA, do Conselho Consultivo do Fundo de Recuperação, FCR e do Conselho Consultivo do Fundo Azul, em representação da DGTF.
- Exerceu funções não executivas em diversas entidades públicas, em representação do Estado, como membro de órgãos de fiscalização e da mesa da assembleia geral.

Vogal – Dr.^a Maria de Lurdes Pereira Moreira Correia de Castro

Data de Nascimento: 13/04/1966

Habilitações Académicas:

- Mestrado em Ciências jurídico-empresariais pela Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa, 2018;
- Pós-graduação em Direito das Sociedades Comerciais, Universidade Católica – Faculdade de Direito, 2012-2013;
- Licenciatura em Direito pela Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa, variante ciências-jurídicas, 1984-1989.

Actividade Profissional

Cargos:

- Subdiretora-Geral da Direcção-Geral do Tesouro e Finanças (desde 05/12/2017);
- Directora da Direcção de Serviços Jurídicos e de Coordenação da Direcção Geral do Tesouro e Finanças (01/07/2017 a 04/12/2017);

- Técnica Especialista no Gabinete do Ministro da Economia do XXI Governo Constitucional (01/04/2016 a 31/05/2017);
- Directora do Gabinete de Apoio e Coordenação de Serviços Jurídicos e de Coordenação (Dez 2005 a Mar 2016);
- Presidente do Conselho Fiscal Único do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE e do Centro Hospitalar de Tondela-Viseu (mandato 2018-2020);
- Vogal do Conselho Fiscal da NAV Portugal, EPE (mandato 2015-2017);
- Vogal do Conselho Fiscal da CP, EPE (mandato 2013-2015)
- Presidente da Comissão de Credores do BPA, SA (em liquidação), em representação do Estado, no âmbito da Liquidação Judicial que decorre nos termos sob o n.º 519/10.5TYLSB, no 2º Juízo do Tribunal de Comércio de Lisboa;
- Mesas de Assembleias Gerais (MAG):
 - Presidente da MAG da Administração dos Portos de Setúbal e Sesimbra, SA e da Sociedade para o Financiamento do Desenvolvimento;
 - Secretária da MAG da Instituição Financeira de Desenvolvimento, SA;
- Vogal do conselho fiscal dos CTT (mandatos 2008-2010 e 2012-2014)
- Vogal não executiva do Conselho de Administração da LUSA – Agência de Notícias de Portugal, SA (mandatos 2006-2008 e 2009-2011).

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

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 fiscal, são os constantes dos artigos 15.º e 16.º dos Estatutos dos Hospitais E.P.E..

No que se refere, especificamente, ao exercício de 2017, importa ter presente que, não obstante o despacho de nomeação deste órgão se encontrar datado de 28 de novembro de 2017, o mesmo só foi dado a conhecer aos membros do órgão de fiscalização no início de 2018, razão pela qual, relativamente ao exercício de 2017, este órgão não exerceu qualquer atividade no CHLO.

E.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 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.

O artigo 5º, Capítulo II do Decreto-Lei 233/2005, Anexo II), não previa a existência de ROC, pelo que a SROC não prestou outros serviços à entidade. A sociedade que representou o Fiscal Único (BDO & Associados, Lda) não prestou outros serviços ao CHLO.

Nos termos dos artigos 15º dos Estatutos constantes do Anexo II ao Dec. Lei n.º 18/2017, de 10 de Fevereiro, foi nomeada o Conselho Fiscal, por Despacho conjunto dos SES e SET em 28/11/2017.

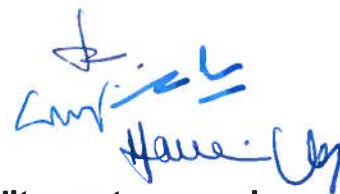
No que se refere, especificamente, ao exercício de 2017, importa ter presente que, não obstante o despacho de nomeação deste órgão se encontrar datado de 28 de novembro de 2017, o mesmo só foi dado a conhecer aos membros do órgão de fiscalização no início de 2018, razão pela qual, relativamente ao exercício de 2017, este órgão não exerceu qualquer atividade no CHLO.

Para agilizar os trabalhos associados à Revisão Legal das Contas de 2017, tendo já a referida empresa desenvolvido parte dos trabalhos de 2017, o Conselho Fiscal propôs à DGTF em 15/03/2018, a nomeação da BDO & Associados SROC, LDA para as funções de ROC no exercício de 2017.

À data ainda não se obteve resposta, razão pela qual, relativamente ao exercício de 2017, o ROC não exerceu qualquer atividade no CHLO.

F.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 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

Não existe.

VI.Organização Interna

A.Estatutos e Comunicações

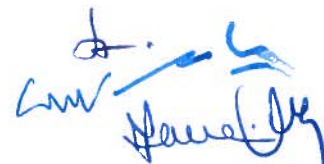
1.Indicação das regras aplicáveis à alteração dos estatutos da entidade

O Regulamento Interno do CHLO, E.P.E., foi homologado por Sua Ex.^a o Secretário de Estado da Saúde, em 27 de Junho de 2006, com a adaptação homologada por sua Ex.^a 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 carácter especial relativamente ao disposto no regime jurídico do setor público empresarial, que é subsidiariamente aplicável, com as devidas adaptações.

2.Caraterização dos meios e política de comunicação de irregularidades ocorridas na entidade.

Considerando que nos termos do disposto na alínea b), do n.º 2, do artigo 19.º, Anexo II, do Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro, compete ao 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 20.º do mesmo Decreto-Lei, “o hospital E.P.E., dispõe de um sistema de controlo interno e de comunicação de irregularidades, competindo ao Conselho de Administração assegurar a sua implementação e manutenção e 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 l via postal com a menção de “confidencial” conforme estipulado no respetivo regulamento.

A participação da ocorrência de irregularidades deve ser dirigida ao SAI através dos seguintes meios:

- Por correio eletrónico l: sai.irregularidades@chlo.min-saude.pt;
- Por carta, 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.

Handwritten signature and initials in blue ink.

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 reporta, anualmente, ao Conselho de Administração (CA) do CHLO, através de relatório a atividade desenvolvida referente às comunicações/situações de irregularidades rececionadas, concluídas e em curso e eventuais recomendações relativamente às mesmas, as infrações ao regulamento da comunicação de irregularidades, 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.

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:

Handwritten signatures and initials in blue ink, including "CNR", "D.", and "Hauce".

- 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 dessa decisão ao autor da comunicação, acompanhada de súmula dos fundamentos que determinaram tal desfecho.

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

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

Sem prejuízo do disposto anteriormente, poderá haver a necessidade de reportar 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.

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 (PGRIC) 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, 2ª Série, N.º 132 de 9 de julho de 2015.

O PGRIC 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:

cmr
—
—
Haué. Uly
J.

- 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.

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

B. Controlo interno e gestão de riscos³

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 n.º 1 do artigo n.º -20.º e n.º 1 do artigo 19.º, Anexo II, do Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro, respetivamente .

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

³ 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.

- A execução de uma atividade eficiente que assegure a utilização eficaz dos recursos e ativos, a garantia de continuidade, segurança e qualidade da prestação de cuidados de saúde, através de uma adequada gestão e controlo dos riscos da atividade, da correta e prudente avaliação dos ativos e responsabilidades, bem como da definição e implementação de mecanismos/procedimentos de prevenção e de proteção do serviço público contra atuações danosas ou comprometedoras ao normal funcionamento do mesmo;
- A existência de informação económica e financeira e de gestão que sustente/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 de Contas, IGAS e outras.

As considerações acima mencionadas estão contempladas no Regulamento Interno e no Código de Ética do CHLO.

Para dar cumprimento a esta obrigação, os Serviços criaram instrumentos próprios, os manuais de procedimentos, que reúnem e sistematizam o conjunto de informações relevantes para o desempenho das suas tarefas, 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 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 Ética da Saúde (CES) – Prof. Dra. Teresa Marques (Presidente);
- Outras "vide a alínea d) do n.º 8 do ponto V deste relatório";
- Diretores/Responsáveis de Serviço.

Em 31/12/2017, o SAI era constituído apenas pelo Auditor Interno.

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 PGRIC 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 PGRIC, 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) –

amr
Hane
Luz
J.

"A Risk Management Standard" com o objetivo de o tornar o mais abrangente/consistente, de modo a que a gestão/avaliação do risco seja mais eficaz e eficiente (mitigação do risco).

No PGRCIC estão identificados os diferentes tipos de riscos inerentes a cada serviço e respetivas áreas de atividade, a sua probabilidade de ocorrência e a escala de risco em termos de (alta, média e baixa), os mecanismos de controlo interno existentes, bem como as medidas de melhoria (preventivas/corretivas) propostas para fazer face aos mesmos e o(s) responsável(eis) pela sua implementação e respetivos prazos de execução, como se pode verificar na matriz abaixo indicada, como e.g.:

Serviço:	Serviço de Logística e Distribuição
Atividade / Área:	Armazéns
Diretor de Serviço:	Susana Teotónio Pereira

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo (s) de Controlo Interno Existente (s)
1	Conluio entre fornecedores e colaboradores dos armazéns	Baixa	Baixa	Contagens periódicas e Inventário de final de ano; Diferentes níveis de conferência de existências; Promoção da segregação de funções
	Plano de Ação			
	Medidas de Melhoria (Preventiva/Corretiva)	Responsável	Prazo de Execução	Monitorização
				Situação a) Data de Envio à Comissão
	Contagens periódicas e Inventário de final de ano;	DSLD	Mensal e Anual	Em Execução

O PGRCIC encontra-se publicado no Portal do SNS e no site do CHLO (Intranet e Internet) cujo Link de acesso é o seguinte: http://www.chlo.min-saude.pt/images/documents/informacao_gestao/RelatorioPlanoGestaoRisco_2017.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.

CMV
Hane.
Cay

O Serviço de Auditoria Interna, a Comissão de Qualidade e Segurança 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.

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 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;

LMV.
Hauve. Uly
Jo.

- Constrangimentos na contratação 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.

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 PGRIC 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;

amv
Luz
Hau
J.

- 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 PGRIC do CHLO, cujo Link é:
http://www.chlo.min-saude.pt/images/documents/informacao_gestao/RelatorioPlanoGestaoRisco_2017.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.

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 PGRIC (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 PGRIC.

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 PGRIC de 2017. 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 2017, 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 PGRIC.

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 PGRIC 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.

Saliente-se, que com a entrada em vigor do Decreto-Lei 244/2012, de 9 de novembro e Decreto-Lei 18/2017, de 10 de fevereiro, foram criadas condições para revalorizar a atividade de fiscalização, ajustando o perfil de recrutamento do Fiscal Único e do Conselho Fiscal, respetivamente, ao mesmo tempo que se reforçou o princípio da segregação entre a administração e a fiscalização da entidade no modelo de organização vigente.

Anteriormente, o CHLO, EPE, tinha como órgão fiscalizador o Fiscal Único como 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. Atualmente, o CHLO, EPE, tem como órgão fiscalizador o Conselho Fiscal nomeado pelo despacho conjunto, de novembro de 2017, proferido pelo Senhor Secretário de Estado do Tesouro e pelo Senhor Secretário de Estado da Saúde, cujas competências estão mencionadas no Anexo II, nos pontos 1 e 2 do Artigo 16.º do Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro.

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.

Can
Hau
Ch

O CHLO rege-se pelo regime jurídico aplicável às entidades públicas empresariais, com as especificidades constantes do Decreto-Lei n.º18/2017, de 10 de fevereiro, e seus anexos I e II http://www.chlo.min-saude.pt/images/documents/centro_hospitalar/Decreto-Lei_18_2017_Estatutos.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) e (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 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 13 de dezembro de 2012 e corresponde, não só ao cumprimento dos dispositivos legais aplicáveis, designadamente a Resolução de Conselho de Ministro 49/2007, mas também a um instrumento que visa a realização dos objetivos e da missão da instituição.

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

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;

CMV
Haué
↓

b) Emitir, por sua iniciativa ou por solicitação, pareceres sobre questões éticas no domínio das atividades da instituição ou serviço de saúde respetivo;

c) Pronunciar-se sobre os protocolos de investigação científica, nomeadamente os que se refiram a ensaios de diagnóstico ou terapêutica e técnicas experimentais que envolvem seres humanos e seus produtos biológicos, celebrados no âmbito da instituição ou serviço de saúde respetivo;

d) Pronunciar-se sobre os pedidos de autorização para a realização de ensaios clínicos da instituição ou serviço de saúde respetivo e fiscalizar a sua execução, em especial no que respeita aos aspetos éticos e à segurança e integridade dos sujeitos do ensaio clínico;

e) Pronunciar-se sobre a suspensão ou revogação da autorização para a realização de ensaios clínicos na instituição ou serviço de saúde respetivo;

f) Reconhecer a qualificação científica adequada para a realização de ensaios clínicos, relativamente aos médicos da instituição ou serviço de saúde respetivo;

g) Promover a divulgação dos princípios gerais da bioética pelos meios julgados adequados, designadamente através de estudos, pareceres ou outros documentos, no âmbito dos profissionais de saúde da instituição ou serviço de saúde respetivo.

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

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/CodigoCondutaEtica.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:

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 compreende a informação que lhe é prestada;

e) Assegurar que ao utente de serviços é garantido o direito de participação e autonomia de decisão.

CMV
Hau
d
Cdy

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 (PGRIC) 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 PGRIC (vide artigo 46.º do RJSPE).

O CHLO dispõe de um PGRIC 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.

Encontra-se em curso a elaboração do Relatório Anual da Execução do PGRIC (Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas) do ano de 2017 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 2017, tendo em consideração os prazos definidos, no sentido de mitigar ou dirimir os riscos correspondentes. Este relatório será publicitado oportunamente de acordo com o artigo 46º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de Outubro.

O PGRIC 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/RelatorioPlanoGestaoRisco_2017.pdf](http://www.chlo.min-saude.pt/images/documents/informacao_gestao/RelatorioPlanoGestaoRisco_2017.pdf)

[Handwritten signatures and initials in blue ink]

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)

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 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;

[Handwritten signatures and initials in blue ink]

<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/Certidao_Permanente.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;

Elementos Curriculares dos Órgãos Sociais constam nas páginas 19, 44 e 45 e as Remunerações dos Órgãos sociais nas páginas 74 a 78 deste documento.

Informação adicional:

http://www.chlo.min-saude.pt/images/documents/informacao_gestao/Relatorio_Contas_2017.pdf

d) Documentos de prestação de contas anuais⁴ 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-](http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/12/Contratualizacao_Cuidados_SNS_Termos_Referencia_2017.pdf)

[content/uploads/2016/12/Contratualizacao_Cuidados_SNS_Termos_Referencia_2017.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/12/Contratualizacao_Cuidados_SNS_Termos_Referencia_2017.pdf)

http://www.chlo.min-saude.pt/images/documents/informacao_gestao/CP_2017-2019_CHLO_.pdf

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

http://www.chlo.min-saude.pt/images/documents/Esforco_Financeiro_Publico_2017.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).

⁴ Que devem estar acessíveis pelo menos durante cinco anos

LMV
Hau
J.
Cely

Contrato Programa para o triénio 2017-2019 celebrado entre a ARSLVT (Administração Regional de Saúde de Lisboa) e o CHLO, EPE (Centro Hospital de Lisboa Ocidental, EPE) em 30 de Dezembro 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;**
- 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 deste 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.

LW 2-2

Hane

Veg

Contratualização						
	December 2018	December 2018	December 2018	December 2018	December 2018	December 2018
	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
Consultas Externas						
Nº Total Consultas Médicas	463.344	453.568	463.900	454.111	463.900	454.111
Primeiras Consultas	117.628	116.887	127.064	126.305	127.064	126.305
Primeiras Consultas com origem nos CSP refe	34.780	34.780	41.139	41.139	41.139	41.139
Primeiras Consultas Telemedicina em tempo r	0	0	125	125	125	125
Primeiras Consultas de Saúde Mental na Com	1.121	1.114	1.148	1.141	1.148	1.141
Primeiras Consultas Centros Ref.	4.940	4.910	4.989	4.959	4.989	4.959
Primeiras Consultas Cuidados Paliativos	50	50	51	51	51	51
Primeiras Consultas (sem majoração de preç	76.737	76.033	79.612	78.890	79.612	78.890
Consultas Subsequentes	345.716	336.681	336.836	327.806	336.836	327.806
Consultas Subsequentes Telemedicina em te	0	0	325	325	325	325
Consultas Subsequentes de Saúde Mental na	14.023	13.995	13.996	13.968	13.996	13.968
Consultas Subsequentes Centros Ref.	12.863	12.838	12.992	12.967	12.992	12.967
Consultas Subsequentes Cuidados Paliativos	50	50	51	51	51	51
Consultas Subsequentes (sem majoração de	318.780	309.798	309.472	300.495	309.472	300.495
Internamento						
Doentes Saídos - Agudos						
D. Saídos - GDH Médicos (Total)	16.336	16.223	16.113	16.002	16.113	16.002
GDH Médicos	16.137	16.029	15.814	15.708	15.814	15.708
GDH Médicos Int. Centros Ref.	199	194	199	194	199	194
GDH Médicos Int. Cuidados Paliativos	0	0	100	100	100	100
GDH Cirúrgicos	10.649	10.388	12.100	11.821	12.100	11.821
D. Saídos - GDH Cirúrgicos Programados	6.627	6.529	8.053	7.938	8.053	7.938
GDH Cirúrgicos Programados	6.202	6.122	7.628	7.531	7.628	7.531
GDH Cirúrgicos Int. Centros Ref.	425	407	425	407	425	407
D. Saídos - GDH Cirúrgicos Urg (Total)	4.022	3.859	4.047	3.883	4.047	3.883
GDH Cirúrgicos - Urgentes	3.729	3.580	3.754	3.604	3.754	3.604
GDH Cirúrgicos Urgentes Centros Ref.	293	279	293	279	293	279
Doentes Tratados Residentes/Crónicos						
Psiquiatria-No Exterior (Ordens Religiosas)	64	64	64	64	64	64
Doentes Crónicos Ventilados	1	1	1	1	1	1
Dias de Internamento Doentes Residentes						
Psiquiatria-No Exterior (Ordens Religiosas)	1.964	1.964	1.964	1.964	1.964	1.964
Doentes Crónicos Ventilados	178	178	365	365	365	365
Urgência						
Total de Atendimentos	153.199	147.837	148.603	143.402	148.603	143.402
Total de Atendimentos SU Polivalente	153.199	147.837	148.603	143.402	148.603	143.402
Nº de Atendimentos (sem Internament	137.879	133.053	133.743	129.062	133.743	129.062
Total Atendimentos SU Polivalente	137.879	133.053	133.743	129.062	133.743	129.062
Hospital de Dia						
Imuno-hemoterapia	2.633	2.631	2.633	2.631	2.633	2.631
Psiquiatria (Adultos e Infância e Adolescência)	6.332	6.332	6.332	6.332	6.332	6.332
Base (Pediatria+Pneumologia+Oncologia s/ Q	11.674	11.667	11.674	11.667	11.674	11.667
Cuidados Paliativos	6	6	6	6	6	6
Serviços Domiciliários						
Total de Domicílios	338	338	338	338	338	338
Hospitalização Domiciliária	0	0	250	250	250	250

CMV = 100
 Pave = 100
 f

	Contratualização					
	December 2018	December 2018	December 2018	December 2018	December 2018	December 2018
	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
GDH Ambulatório						
GDH Médicos de Ambulatório (Total)	9.859	9.684	10.845	10.652	10.845	10.652
GDH Médicos	9.859	9.684	10.845	10.652	10.845	10.652
GDH Cirúrgicos de Ambulatório (Total)	9.748	9.556	11.210	10.989	11.210	10.989
GDH Cirúrgicos	9.748	9.556	11.210	10.989	11.210	10.989
Doentes em Tratamento de Diálise Peritoneal	65		65		65	
Colocação de Implantes Cocleares	35	35	50	50	50	50
Implante coclear unilateral	25	25	40	40	40	40
Implante coclear bilateral	10	10	10	10	10	10
Programas de Saúde						
VIH/Sida - Total de Doentes Equivalente	2.486	2.486	2.486	2.486	2.486	2.486
VIH/Sida - N.º Doentes em TARC (1º e 2º ETR)	166	166	166	166	166	166
VIH/Sida - Doentes Transitados TARC (1º e 2º ETR)	2.320	2.320	2.320	2.320	2.320	2.320
IG até 10 Semanas						
IG até 10 semanas - N.º IG Medicamentosa e	10	10	10	10	10	10
IG até 10 semanas - N.º IG Cirúrgica em Amb	398	398	398	398	398	398
Esclerose Múltipla - Total de Doentes Equivalente	251	251	251	251	251	251
N.º Doentes em Tratamento - EDSS <= 3,5 até	220	220	220	220	220	220
N.º Doentes em Tratamento - EDSS <= 3,5 até	0	0	0	0	0	0
N.º Doentes em Tratamento - 4 <= EDSS <= 6	30	30	30	30	30	30
N.º Doentes em Tratamento - 7 <= EDSS <= 8	1	1	1	1	1	1
Hepatite C						
N.º Doentes Tratados (indivíduos)	0	0	347	347	347	347
Patologia Oncológica Doentes Equivalente						
Cancro do Cólon e Reto - N.º Doentes em Tra						
Cancro do Cólon e Reto - N.º Doentes em Tra	158	158	160	160	160	160
Cancro do Cólon e Reto - N.º Doentes em Tra	158	158	158	158	158	158
Rastreios - N.º de Rastreios						
Rastreio do Cancro do Cólon e Reto			326	326	326	326
Telemonitorização status pós Enfarte A						
Elementos de Telemonitorização EAM	60	60	48	48	48	48
N.º Doentes em Tratamento EAM (doente equ	17	17	26	26	26	26
Telemonitorização status da Insuficiência						
Elementos de Telemonitorização ICC	70	70	60	60	60	60
N.º Doentes em Tratamento ICC (doente equi	17	17	33	33	33	33
PSCI (Centros de Tratamento Autorizad						
Doentes novos (Cuidados 1º ano) (doente ed	3	3	21	21	21	21
Doentes em Seguimento (Cuidados 2º ano e	26	26	29	29	29	29
Doenças Lisossomais Centros de Refe						
Doença de Fabry - N.º Doentes em Tratamen	1	1	1	1	1	1
Doença de Pompe - N.º Doentes em Tratamen	1	1	1	1	1	1
Programa de Tratamento Cirúrgico da C						
N.º Doentes com Pré-Avaliação e Cirurgia Bar	0	0	10	10	10	10
Cirurgia de Banda Gástrica - 1º ano de follow						
N.º Doentes com Pré-Avaliação e Cirurgia Bar	60	60	85	85	85	85
Cirurgia de Bypass Gástrica - 1º ano de follo						
Perturbações Mentais Graves						
Psicoses esquizofrénicas (Doente Eq. Ano)			103	103	103	103
Psicoses afetivas (Doente Eq. Ano)			220	220	220	220
Psicoses não orgânicas (Doente Eq. Ano)			46	46	46	46
Medicamentos						
Disp. Gratuita em Ambul. c/ suporte legal e de	6.424.442,52	4.430.734,00	6.426.309,30	4.432.021,39	6.426.309,30	4.432.021,39
Sistema de Apoio de Ajudas Técnicas (S						
Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio			88.979,00	88.979,00	88.979,00	88.979,00
Programa de Incentivo à Integração de C						
Programa de Incentivo à Integração de Cuida			483.767,11	483.767,11	483.767,11	483.767,11

Amv-
Havv. lcy
J.

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 Dec. Lei n.º 18/2017, de 10 de Fevereiro determina a remuneração dos membros do Conselho de Administração, Fiscal Único e Conselho Fiscal, 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 mecanismos⁵ 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.

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

Handwritten signatures and initials in blue ink.

C. Estrutura das Remunerações

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

Nos termos do n.º 1 do artigo 13º dos Estatutos do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental EPE, constante no Anexo 2 ao Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de Fevereiro, aos membros do Conselho de Administração aplica-se o estatuto do Gestor Público.

A política de remuneração do Órgão de Fiscalização obedece ao estabelecido no Despacho Conjunto Finanças e Saúde, datado de 23 e 28/11/2017. A sua remuneração foi fixada no próprio despacho de nomeação, não auferindo os elementos deste órgão qualquer outro tipo de benefícios proporcionados pelo CHLO.

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 (até Novembro de 2017)

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

Conselho Fiscal: (a partir de Novembro de 2017)

As remunerações mensais líquidas dos membros do Conselho Fiscal do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E. são:

Efetivo (na qualidade de presidente): 1.362,02 euros, a pagar catorze vezes ao ano; e
Efetivo: 1.021,51 euros, a pagar catorze vezes ao ano.

Aos valores mensais determinados serão aplicadas as disposições legalmente vigentes que os tomem por objeto.

Handwritten notes in blue ink:
L
Hau...
Cur
d.

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

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.

(euros)

Nome	EGP			
	Fixado (S/N)	Classificação (A/B/C)*	Remuneração mensal bruta	
			Vencimento mensal	Despesas Representação
Dr.ª Rita Perez Fernandez da Silva	N	B	4.956,75	1.663,60
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. José Manuel Fernandes Correia	N	B	4.107,02	1.330,88
Ent.ª Fernanda Maria da Rosa	S	B	3.891,47	1.556,59

Nota: EGP: Estatuto do Gestor Público

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

(euros)

Nome	Remuneração Anual				
	Fixa (1)	Variável (2)	Valor Bruto (3)=(1)+(2)	Reduções Remuneratórias (4)	Valor Bruto Final (5)= (3)-(4)
Dr.ª Rita Perez Fernandez da Silva	84.723,56		84.723,56	3.965,47	80.758,09
Dr.ª Maria Celeste Malveiro Serra Sim-Sim dos Anjos Silva	69.346,06		69.346,06	3.268,80	66.077,26
Dr. Carlos Manuel Mangas Catarino Galamba de Oliveira	69.346,06		69.346,06	3.268,80	66.077,26
Dr. José Manuel Fernandes Correia	69.662,24		69.662,24	3.154,04	66.508,20
Ent.ª Fernanda Maria da Rosa	69.346,06		69.346,06	3.268,80	66.077,26
Total			362.423,98	16.925,91	345.498,07

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

(4) redução prevista no artigo 12.º da Lei n.º 12-A/2010, de 30 de junho.

(euros)

Nome	Benefícios Sociais							
	Sub. Refeição		Regime de Protecção Social		Encargo Anual	Encargo Anual	Outros	
	Valor/Dia*	Montante pago Ano	Identificar	Encargo Anual	Seguro de Saúde	Seguro de Vida	Identificar	Valor
Dr.ª Rita Perez Fernandez da Silva	4,77	1.051,56	ADSE/CGA	11.531,93				
Dr.ª Maria Celeste Malveiro Serra Sim-Sim dos Anjos Silva	4,77	1.085,95	ADSE/CGA	8.777,94				
Dr. Carlos Manuel Mangas Catarino Galamba de Oliveira	4,77	1.090,22	Seg Social	7.630,66				
Dr. José Manuel Fernandes Correia	4,77	1.058,08	ADSE/CGA	10.728,16				
Ent.ª Fernanda Maria da Rosa	4,77	1.067,12	ADSE/CGA	8.812,52				
Total		5.352,93		47.481,21	0,00	0,00		0,00

* Subsídio de Refeição (Valor/dia): De Janeiro a Julho = 4,52€ e de Agosto a Dezembro = 4,77€

Handwritten signatures and initials in blue ink.

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.

CONSELHO FISCAL

(euros)

Mandato	Cargo	Nome	Designação		Estatuto Remuneratório Fixado Mensal	N.º Mandatos
			Forma (1)	Data		
2017-2019	Presidente	Dr. Vítor Manuel Baptista de Almeida	Despacho		1.362,02	1
	Vogal	Dr.ª Anabela Mendes Garcia Barata	Finanças e	28/11/2017	1.021,51	
	Vogal	Dr. Carlos António Lopes Pereira	Saúde de 23		1.021,51	
	Vogal Suplente	Dr.ª Maria de Lurdes Pereira Moreira Correia de Castro	e 28/11/2017			

(1) AG/DUE/despacho



 (euros)

Nome	Remuneração Anual (Despacho Conjunto Finanças e Saúde, de 23 e 28/11/2017)			Exercício 2017
	Bruto (1)	Reduções Remuneratórias (2)	Valor Bruto Final (3)= (1)-(2)	28-11-2017 a 31/12/2017
Dr. Vítor Manuel Baptista de Almeida	19.068,28		19.068,28	1.560,65
Dr.ª Anabela Mendes Garcia Barata	14.301,14		14.301,14	1.170,48
Dr. Carlos António Lopes Pereira	14.301,14		14.301,14	1.170,48
Total			47.670,56	3.901,61

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 CMVM	Forma	Data	Data do Contrato		
2014-2016	Efectivo	BDO & Associados, Lda	SROC n.º 29	20161384	Despacho n.º 328/14- SET	03-03-2014	10-03-2014	6	2
		Representada por Dr. Pedro Manuel Aleixo Dias	ROC n.º 725	20160361					
	Suplente	Dr. João Paulo Torres Cunha Ferreira	ROC n.º 956	20160573					

* Em funções em 2017. Nomeação do Conselho Fiscal por Despacho conjunto dos SEF e SES, em Novembro de 2017. À data de 31/12/2017 ainda não estava nomeado o ROC.

(euros)

Nome	Valor anual do Contrato de Prestações de Serviços			Valor anual de Serviços Adicionais			
	Valor* (1)	Reduções (2)	Valor Final (3)= (1)-(2)	Identificação do serviço	Valor (1)	Reduções (2)	Valor Final (3)= (1)-(2)
BDO & Associados, Lda	17.193,54	834,12	16.359,42				0,00

(a) Não inclui IVA

*Inclui acertos de 512,10 euros referentes a 2016

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

Não existe

Carv
se
Hane
fs

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 procedimental 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 do artigo 1.º, n.º 2, alínea a) do Decreto-Lei n.º 233/2005, 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).

Um dos traços mais marcantes do referido carácter 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 procedimental 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 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. Merecem 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)
	2017
SUCH-SERV UTILIZ COMUM HOSPITAIS	6.126.967
SAFIRA FACILITY SERVICES,SA	1.891.503
INSTITUTO PORTUGUÊS SANGUE E DA TRANSPLATAÇÃO, IP	1.788.676
IBERDROLA CLIENTES PORTUGAL, UNIPessoal LDA	1.310.769

CNW
Hauley
Jr.

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

1. Estratégias adotadas e grau de cumprimento das metas fixadas

Esta informação consta do ponto II.2. anterior.

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

A política de responsabilidade, subjacente na missão, visão e valores da organização, assenta em princípios que promovem a prestação de cuidados assistenciais de saúde com qualidade e segurança, no respeito pela Lei, procurando minimizar o risco para todos os que se encontram diariamente nas nossas unidades Hospital de São Francisco de Xavier, Hospital de Egas Moniz e Hospital de Santa Cruz, sejam eles, doentes, acompanhantes ou os nossos profissionais.

Considerando o peso e a importância das atribuições do CHLO acima descritas – complementadas com o ensino e a investigação – logo se deduz a grande preocupação e o compromisso nas vertentes social e ambiental, a que não é estranho o facto de, por essa mesma razão, se terem definidos como princípios de actuação do CHLO:

- 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.

(vide, Regulamento Interno art.º 3)

Já, as políticas prosseguidas com vista a garantir a sustentabilidade económica e financeira só recentemente – a partir de 2018 – passaram a constar, de uma forma muito directa e objectiva, dos objectivos que a Tutela contratualiza, anualmente, com as instituições do seu perímetro de acompanhamento.

CMV
Dr. Paulo
Cay

Sobre o olhar atento do Conselho de Administração, têm, então, vindo a ser implementados controlos que ajudam a organização a melhorar os cuidados aos utentes, mas também possibilitando a optimização do trabalho dos profissionais, numa óptica de redução dos custos.

Na persecução dessa política, haverá que ter em atenção a necessidades tão diversas quanto:

- A aquisição de novos equipamentos de diagnóstico;
- Melhoramentos a introduzir ao nível das instalações (Enfermarias, Blocos, Hospital de dia, etc.), quer de renovação quer de adaptação;
- Melhoramentos ao nível do acesso físico, nomeadamente, instalação de quiosques de atendimento eletrónico, rampas, novas salas/zona de espera, salas de pausa, cafetarias, fardamento, etc.;

O conceito de “boa governação” continuou, assim, a ser, em 2017, 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 económico-financeira.

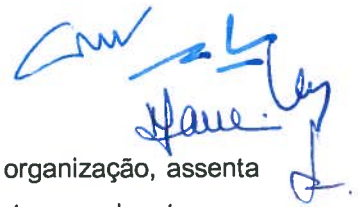
A transformação digital é, também, uma aposta do CHLO para um sistema mais eficiente, mas também mais seguro para todos, profissionais e utentes, bem patente na estratégia Nacional para o Ecossistema de Informação na Saúde (Resolução Conselho de Ministros nº 62/2016).

Reforçar o nível de gestão da informação e de processos do Centro Hospitalar, nomeadamente no que respeita à circulação de informação clínica e articulação com outros níveis de cuidados e outros agentes do sector, à aplicação das tecnologias de informação à medicina - a telemedicina e a telemonitorização – continua, assim, a ser uma das grandes prioridades estratégicas do Conselho de Administração.

Na continuação do objectivo de o CHLO poder vir a ser considerado um Centro Hospitalar sem papel em 2020, não poderíamos deixar de destacar o trabalho que tem sido efectuado, em estreita ligação com a Comissão Local de Informatização Clínica (CLIC) e os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS),

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 carenciados;
7. O aumento da medicina preventiva, as palestras e as sessões de esclarecimento;
8. A aposta 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;

A um outro nível, o CHLO está a posicionar-se como elemento de charneira, avançando na desmaterialização do processo clínico (sentido lato) com o objetivo de poder ser a primeira entidade do SNS a obter a certificação Nível 6 do HIMSS, Analytics EMRAM (Electronic Medical Records Adoption Model). Para a sua obtenção foram designados alvos de reengenharia e desmaterialização os processos dos Serviços de Medicina e Cirurgia I, do HSFX, e serviços suporte, Farmácia, Patologia Clínica e Radiologia, que servirão de piloto e exemplo para os demais serviços clínicos do CHLO, não deixando, contudo, de se atender a demais necessidades.

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.

Handwritten signatures and initials in blue ink.

Durante o ano de 2017, com especial atenção na área de consultas externas, foi efectuado um esforço na substituição de computadores pessoais de forma a permitir que os profissionais do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental usufruam de equipamentos com melhor capacidade de desempenho e que possibilitem um melhor atendimento aos utentes.

Também com o intuito na melhoria do atendimento aos utentes foi implementado, via expansão a todo o Centro Hospitalar, o sistema de atendimento automático a utentes, com quiosques e monitores que permitem a visualização de informação nas áreas de consultas externas.

Para facilitar a informação ao utente, foi implementada a app MyCHLO, assim como SMS's a informar os utentes das suas consultas. Esta aplicação permite também a interacção directa do utente com o Centro Hospitalar, seja para a desmarcação de consultas e/ou na resposta a inquéritos de satisfação.

Devido às necessidades de disponibilizarmos mais rapidamente relatórios de exames a utentes, nas áreas de Imagiologia, foi implementado em fins de 2017 um sistema que permite a transcrição automática de voz dos relatórios para o processo clínico electrónico do utente.

No ano de 2017 continuámos a expandir a nossa rede wireless de maneira a permitir que os utilizadores de sistemas e tecnologias de informação possam trabalhar sem necessidade de ligação física à rede de dados.

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 oportunidade de racionalização energética e hídrica. Exemplos disso, o CHLO já tem dois dos seus hospitais a funcionar com centrais de cogeração. Por outro lado, viu aprovados 11 milhões de euros de financiamento comunitário para realização de investimentos nas suas principais estruturas físicas: HEM, HSFx e HSC.

Num outro contexto, o CHLO tem procurado: 1. sensibilizar os funcionários para a necessidade de redução do consumo de água quente sanitária, eliminando desperdícios e alertado os utentes do centro hospitalar para a poupança de água e electricidade; 2. adquirir, preferencialmente, equipamentos com menores consumos de energia, nomeadamente, as lâmpadas de baixo consumo e procurado a 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; 3.

CMV
Hau
L

Instalar redutores de caudal (difusores, filtros, atomizadores ou arejadores) nas torneiras e chuveiros;
4. Prestar formação teórica sobre triagem de resíduos e passado a identificar os contentores para o correto acondicionamento dos resíduos nos respectivos locais de produção;

A um outro nível, será de destacar a preocupação com a adequada política de gestão de stocks de níveis mínimos no sentido de serem evitados prejuízos, a todos os níveis, em especial, por prazos de validade expirados.

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 74,4% Vs 25,6%.

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;

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

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 (74,6%) 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

Handwritten signatures and initials in blue ink, including "Cuv", "Hau", and "Ley".

estímulo do aumento da produtividade, tratando com respeito e integridade os seus trabalhadores e contribuindo ativamente 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 concomitantemente 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.

Exemplo, iniciámos em 2017, a parametrização e testes de uma nova plataforma de service desk. Esta plataforma irá permitir que, durante 2018, seja disponibilizado um melhor serviço de atendimento aos utilizadores de sistemas e tecnologias de informação, uma resposta mais eficiente e um controlo dos tempos de resposta. Permitirá também perceber o nível de satisfação dos utilizadores com a resposta dada aos seus pedidos e aos incidentes que reportam.

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.).

O Conselho de Administração, sensível à necessidade de garantir a eficácia clínica com qualidade e segurança nos serviços prestados, numa perspetiva de melhoria contínua, continuou a promover e a implementar, em 2017, diversos programas que mantêm a organização como uma unidade prestadora de cuidados de saúde altamente diferenciados, com intensa concentração de conhecimentos e de recursos técnicos, garantindo uma prestação de elevada qualidade. A concentração de inovação médica e de técnicas diferenciadas permite a obtenção dos melhores resultados clínicos, capitalizando a experiência dos profissionais e o uso clinicamente apropriado e economicamente racional dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos.

No que se refere à investigação clínica, há a destacar:

- ♦ Apoio à apresentação de trabalhos científicos em reuniões nacionais e internacionais;
- ♦ Apoio à Publicação de artigos científicos em revistas conceituadas das várias especialidades;
- ♦ Apoio a Cursos de pós graduação;

LMW
Hau.
L
LM

- ♦ Disponibilização de Consultoria científica na área da Estatística, com apoio de um consultor;
- ♦ Renovação de contrato com a Revista British Medical Journal Case Reports para publicação de trabalhos científicos;
- ♦ Realização de três Encontros Científicos do CHLO;
- ♦ Três Cursos de Formação em Investigação Clínica e Publicação Científica com um total de 56 participantes.

No Ano de 2017 deram entrada 41 Estudos, e 17 Adendas, foram autorizados 40 Estudos (1 do ano anterior). Dos Estudos entrados em 2017 um ficou a aguardar autorização da Comissão de Ética e outro Autorização do CA.

Já no que se refere à inovação, destaca-se a contínua aposta ao nível dos Centro de Referência dedicados ao tratamento de patologias que pela sua raridade, pela complexidade do diagnóstico ou do tratamento, e pelos custos elevados, obrigam à necessidade de uma estreita cooperação de diferentes especialidades médicas, de múltiplos recursos tecnológicos avançados e dispendiosos para garantir um tratamento diferenciado, otimizado ao doente e em igualdade de acesso.

É um conceito particularmente importante em determinadas áreas de medicina pela sua atividade inovadora, de elevado volume e qualidade, com uma importante participação na formação pré-graduada e pós-graduada, sendo a escolha privilegiada por numerosos especialistas nacionais e estrangeiros para o seu treino; e académica, em teses de mestrado e de doutoramento e participação em grupos técnicos, para além de permitir formalizar parcerias com centros de investigação nacionais e estrangeiros.

Os Centros de Referência revelam, ainda, capacidade de iniciativa e de mobilização da instituição, da sociedade civil e demais parceiros comerciais, para investimentos de ponta em equipamento.

Neste momento, o CHLO já conta com os seguintes Centros de Referência:

- Epilepsia refratária
- Doenças Cardiovasculares: Cardiologia de "intervenção estrutural" e Cardiopatias congénitas
- Transplantes de Rim
- Transplante de Coração
- Oncologia de adultos: Cancro do Reto
- Implantes Cocleares
- Neuroradiologia

Estas unidades apresentam um foco na orientação para o doente, comprovada pela prática em acompanhar de forma constante o doente através da organização sistematizada das suas interações

CMV → L
Hau. L
L

com os Centros, em garantir a continuidade de cuidados no período anterior e posterior ao momento da alta e pelo desenvolvimento da atividade em torno das necessidades dos diferentes doentes, articulando os seus serviços com diferentes serviços /especialidades do CHLO.

Aliás, terá sido esta preocupação em colocar o doente no centro do sistema que terá vindo a conduzir à necessidade de acreditação e certificação dos serviços do CHLO.

Se num primeiro momento, essa busca foi efectuada pelos centros de Referência, certo é que outros serviços tenham seguido para processo de acreditação.

O Conselho de Administração do CHLO tem acreditados os serviços:

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

e tem em acreditação:

- Blocos operatórios (HEM, HSF, HSC)
- UCA (Unidade Cirurgia Ambulatório)
- Otorrinolaringologia.

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 desenrola-se em torno das seguintes grandes áreas:

- Acesso;
- Prática clínica;
- Segurança e qualidade;
- Organização e gestão;

CMV
Hau
Ly
J

- Capacidade formativa e investigação;

o que evidencia que o cidadão está, de facto, colocado no centro do sistema, respeitando-se os seus direitos, necessidades e expetativas.

Porque o número de serviços interessados em acreditação começa a ser significativo, o Conselho de Administração do CHLO decidiu vir a abranger todo o Centro Hospitalar Lisboa Ocidental em processo de certificação pelo manual dos Hospitais, facto que não registou qualquer impedimento da parte da DGS, antes pelo contrário, total concordância.

Nesse sentido, os serviços certificados no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO) pela ISSO:

- Serviços Farmacêuticos (Certificação ISO 9001-2008)
- Serviço de Medicina Transfusional (Certificação ISO 9001-2008)
- Laboratório de Microbiologia Clínica e Biologia Molecular e Laboratório de Citometria de Fluxo do Serviço de Patologia Clínica (Certificação ISO 9001-2008)
- Laboratório de Ecografia/Hospital de Santa Cruz - ECO Transtorácico, ECO Transesofágico e ECO de Sobrecarga (Certificação da *European Association of Cardiovascular Imaging*)

também passarão a ser certificados pelo método ACSA.

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 efetuou e submeteu as alterações contantes nas recomendações apresentadas pela UTAM no exercício anterior.

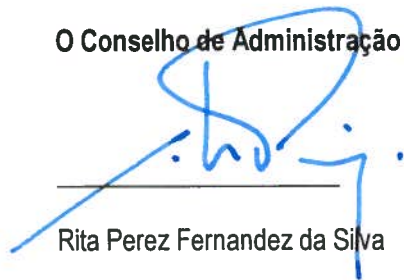
CMW
Hauw. Lg
A.

Cumprimento das Orientações legais	Cumprimento			Quantificação	Justificação/Referência ao Ponto do Relatório
	S	N	N.A.		
Objectivos de Gestão/Planos de Actividade e Orçamento:					
Objectivo 1- Contenção do aumento da despesa com Pessoal		X		99,6%	Ponto 5.1.1
Objectivo 2- Percentagem de Proveitos Operacionais extra Contrato Programa no total de Proveitos Operacionais		X		95,6%	Ponto 5.1.1
Objectivo 3- Cumprimento metas do Orçamento Económico (EBITDA)		X			Ponto 5.1.1
Metas a atingir constantes no PAO 2017					
Princípios Financeiros de Referência		X			Ponto 5.1.2
Investimento		X			Ponto 5.1.2
Gastos com Pessoal		X			Ponto 5.1.2
Grau de execução do Orçamento carregado no SIGO/SOE		X			Ponto 5.1.3
Gestão do Risco Financeiro			X		Ponto 5.2
Limites de Crescimento do Endividamento			X		Ponto 5.3
Evolução do PMP a fornecedores		X		+62 dias	Ponto 5.4.1
Divulgação dos Atrasos nos Pagamentos ("Atrasos")		X		65.709.561,03 €	Ponto 5.4/5.4.2
Recomendações do acionista na última aprovação de contas					Ponto 5.5
Remunerações:					
Não atribuição de prémios de gestão		X			Ponto 5.6.1.1
CA- Reduções remuneratórias vigentes em 2017		X			Ponto 5.6.1.1
Fiscalização (CFR/OC/FU) - reduções remuneratórias vigentes em 2017 (se aplicável)		X			Ponto 5.6.1.2
Auditor Externo - reduções remuneratórias vigentes em 2017 (se aplicável)			X		
Restantes trabalhadores - proibição de valorizações remuneratórias, nos termos do art.º 38.º da Lei 82-B/2014, prorrogada para 2017 pelo artigo 19.º da Lei n.º 114/2017, de 29 de dezembro		X			
EGP - artigo 32.º e 33.º do EGP					
Não utilização de cartões de crédito		X			Ponto 5.7
Não reembolso de despesas de representação pessoal		X			Ponto 5.7
Valor máximo das despesas associadas a comunicações		X			Ponto 5.7
Valor máximo de combustível e portagens atrelado mensalmente às viaturas de serviço		X			Ponto 5.7
Despesas não documentadas ou confidenciais- n.º 2 do artigo 16.º do RJSPE e artigo 11º do EGP					
Proibição de realização de despesas não documentadas ou confidenciais		X			Ponto 5.8
Promoção da igualdade salarial entre mulheres e homens - n.º 2 da RCM n.º 18/2014					
Elaboração e divulgação do relatório sobre remunerações pagas a mulheres e homens			X		Ponto 5.9
Elaboração e divulgação do relatório anual sobre prevenção da Corrupção			X		Ponto 5.10
Contratação Pública					
Aplicação da normas de contratação pública pela empresa		X			Ponto 5.11
Aplicação da normas de contratação pública pelas participadas			X		
Contratos submetidos a visto prévio do TC		X		86 contratos, no valor de 26.195.254,94 €	Ponto 5.11
Auditorias do Tribunal de Contas					
Recomendações			X		Ponto 5.15
Parque Automóvel					
N.º Viaturas		X		18 viaturas	Ponto 5.13
Gastos Operacionais das Empresas Públicas					
			X		Ponto 5.13
Princípio da Unidade de Tesouraria (artigo 125.º da Lei 82-B/2014/artigo 28.º do DL 133/2013)					
Disponibilidades e aplicações centralizadas no IGCP		X		94,3%	Ponto 5.14
Disponibilidades e aplicações na Banca Comercial		X		204.536,17 €	Ponto 5.14
Juros auferidos em incumprimento da UTE e entregues em Receita do Estado			X		Ponto 5.14

2.Outras informações

O CHLO não tem outras informações a prestar.

O Conselho de Administração



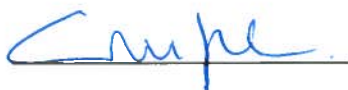
Rita Perez Fernandez da Silva

(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
Havi
L.

XI) Anexos do RGS

1.Demonstração não financeira relativa ao exercício de 2017 (desempenho e evolução da sociedade quanto a questões ambientais, sociais e relativas aos trabalhadores, igualdade de género, não discriminação, respeito pelos direitos humanos, combate à corrupção e tentativas de suborno).

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL (CHLO)

Aprovação
07.02.2018

REGULAMENTO INTERNO DA COMISSÃO LOCAL DE INFORMATIZAÇÃO CLÍNICA (CLIC)

I-Preâmbulo

[Handwritten signatures and stamps over the title]
CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL
Conselho de Administração

A Resolução do Conselho de Ministros nº 62/2016, de 15 de setembro, publicada no Diário da República, 1.ª série, N.º 199, de 17 de outubro de 2016, aprovou a Estratégia Nacional para o Ecossistema de Informação de Saúde 2020 — ENESIS 2020, tendo atribuído à SPMS, EPE as responsabilidades de coordenação e supervisão da referida estratégia, sob orientação da respetiva tutela.

O Despacho do Gabinete do Ministro da Saúde nº 3156/2017 de 5 de abril, publicado ao abrigo do nº 3 da Resolução anterior estabelece o modelo de funcionamento e coordenação operacional com vista à realização dos objectivos da ENESIS 2020, designado como modelo de governança e gestão do eSIS (ecossistema de informação de saúde).

Este modelo apoia-se numa estrutura organizacional, que garante a participação e a colaboração dos seguintes órgãos, que a constituem:

- a) Comissão de Acompanhamento do eSIS (CAeSIS)
- b) Coordenação do eSIS (CeSIS)
- c) Conselho Consultivo do eSIS
- d) Fórum ENESIS 2020
- e) Comissões Locais de Informatização Clínica
- f) Grupos de Trabalho

Pretende-se com a ENESIS 2020 atingir um SNS Sem Papel até 2020, melhorando o acesso e a partilha de informação, simplificando e desmaterializando processos e documentos.

específico para a realização dos trabalhos da Comissão, bem como ao abono de ajudas de custo e deslocações suportadas pelos seus respetivos locais de origem.

III – Competências

(Definidas pelo Despacho nº 3156/2017)

1. Garantir que a estratégia das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) do CHLO considera os objetivos da ENESIS 2020, integra as suas iniciativas e incorpora as boas práticas do eSIS.
2. Responsabilidade pela implementação na Instituição das iniciativas no âmbito da ENESIS 2020, coordenando actividades dos diversos departamentos e serviços envolvidos e atribuindo responsabilidades locais pelo cumprimento dos objetivos do eSIS.
3. Responsabilidade por monitorizar no CHLO a implementação das iniciativas no âmbito da ENESIS 2020, incluindo a análise de indicadores de acompanhamento e risco, e reportar essa avaliação através da plataforma de Gestão de Portfólio de Iniciativas disponibilizada pela CeSIS.

IV – Funcionamento

1. A CLIC reúne-se ordinariamente mensalmente, à primeira terça-feira, às 10:00 h, excepto se agendamento prévio para outro dia da semana.
2. A CLIC pode reunir-se de forma extraordinária sempre que convocada pelo seu presidente.
3. Qualquer dos membros da CLIC pode propor ao presidente a realização de reuniões extraordinárias, invocando o seu fundamento.
4. Poderão ser convidados a participar nas reuniões da CLIC, profissionais/entidades do CHLO ou externas, para discussão ou apresentação de assuntos/projectos no âmbito da competência da comissão.



CIRCULAR NORMATIVA Nº 2

Data: 2010-08-03

ASSUNTO: DIVULGAÇÃO DO GUIA DE BOAS PRÁTICAS/COMBATE AO DESPERDÍCIO

1. É hoje divulgado na Intranet o Guia de Boas Práticas/Combate ao Desperdício para o qual pedimos toda a atenção dos colaboradores do CHLO.
2. A monitorização da sua aplicação será executada pelos Serviços do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental como referido no ponto 10, centralizada no Serviço de Planeamento e Gestão Estratégica e divulgado mensalmente pelo Conselho de Administração.
3. Pretendemos que este Guia seja sujeito a melhoria e actualização, de acordo com os resultados que forem sendo obtidos na sua aplicação no terreno.

O PRESIDENTE CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Pedro Abecasis

Pedro Abecasis

Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental
Combate ao Desperdício – Introdução

A difícil circunstância económica que atravessamos encerra em si mesma um momento oportuno de inflexão em direcção a práticas mais racionais no cumprimento dos objectivos a que nos propomos diariamente.

Na complexidade do sistema de Saúde em que hoje vivemos toda a acção está centrada no Doente e toda a Organização tem de estar definida segundo um contínuo de actividades que permitam minimizar os tempos de resposta em cada interface e do mesmo modo maximizar a efectividade de todas as intervenções nos cuidados a prestar.

É um desiderato que se prende com a sobrevivência de cada Organização de Saúde no médio prazo e com o redesenho do Sistema no médio/longo prazo.

Podemos fazer o que em cada dia nos propomos, evitando duplicações de intervenções (eg exames complementares, consultas supérfluas, ...), reduzindo a variabilidade em intervenções similares (eg diferentes tipos de abordagem técnica e/ou medicamentosa para uma mesma patologia ou momento, diferentes tecnologias mas idênticas para um mesmo fim – caso das fitas de glicemia capilar).

Podemos minimizar ou mesmo evitar a redundância e devemos questionar em cada dia se o que determinamos é mesmo o que precisa ser feito e terá de ser desta forma ou doutra, quem sabe mais simples.

E, depois, temos todo um conjunto de comportamentos que se prendem com o cuidado com que tratamos os bens de que dispomos e que não “são do Hospital”, são de todos e cada um - acender ou apagar uma luz ou um computador, usar um desinfectante quando basta um produto de lavagem, em si são gestos quase inocentes mas que no conjunto dum tão vasto Universo (perto de cinco mil colaboradores) se traduz num peso económico significativo.

Seguindo a regra de Pareto sabemos que para determinado Universo 20% das causas são responsáveis por cerca de 80% dos efeitos, e assim, também na despesa. Rapidamente reconheceremos esta lei se olharmos o micro cosmos da nossa intervenção diária. É aqui que necessitamos actuar se queremos cumprir os objectivos que agora nos são colocados.

Precisamos, em resumo, duma intervenção sistemática que implica uma mudança cultural, em si um processo longo. Sabemos, no entanto, que também nos é exigida neste momento uma mudança significativa nalgumas práticas de modo a produzir efeitos mensuráveis na esfera económica no curto prazo.

Este Guia de Boas Práticas:

- Pretende ser um processo em construção, complementado com a contribuição de todos, e monitorizado regularmente nos resultados da sua aplicação.
- Complementa as medidas divulgadas na Circular Normativa 1 de 2010 e dá um enquadramento a todos os Programas de Redução de Custos apresentados pelos Serviços ao CA.
- Estará disponível na Intranet para consulta “a todo o tempo” pelos profissionais do CHLO

Se quisermos será possível!

3. Serviço de Logística e Distribuição

- a) Revisão e actualização do mestre de artigos; uniformizar Códigos de Artigos; aplicação dum conjunto de indicadores a cada item a codificar (e revisão no software), evitando duplicação de códigos.
- b) Actualização das listagens de material administrativo
- c) Levantamento de necessidades a nível CHLO evitando duplicações desnecessárias (eg. kits de anestesia epidural, sacos colectores de urina).
- d) Revisão dos procedimentos de introdução de novos produtos com criação de pequenos grupos de projecto para, através dum conjunto explícito de critérios, analisar novos artigos de material de consumo clínico (MCC) ou dispositivos médicos (DM) a inserir em processo de compra, incluindo sempre representação de utilizadores. Estes grupos extinguem-se finda a selecção.
- e) Para técnicas idênticas procurar consenso no âmbito CHLO procurando reduzir variabilidade do material.
- f) Reformulação dos stocks em armazém fazendo e preparando a abordagem ao sistema de Lean.
- g) Criação de armazéns avançados, nos serviços com maiores consumos e maior volume de material
- h) Rever e ajustar os níveis de material de consumo clínico nos Serviços, de acordo com a abordagem já referida
- i) Revisão e actualização do "Regulamento de aquisição de material em regime de consignação"

Objectivos a cumprir – otimizar o DM às funções para as quais é solicitado, melhoria da aceitação por parte do utilizador com redução da taxa de desperdício, economia de escala no processo negocial da compra.

Redução da variabilidade e quantidade de DM libertando espaço no armazém para outras solicitações.

Redução da taxa de desperdício representada pela quantidade de DM rejeitados em armazém – "monos".

4. Serviço de Gestão de Compras

- a) O planeamento deve ser sempre anual e plurianual no caso do investimento.
- b) Os componentes dum caderno de encargos devem ser definidos numa perspectiva holística:
 - componentes legais aplicáveis
 - componentes específicos do enquadramento do próprio serviço de compras
 - requisitos técnicos a definir pelo serviço utilizador considerando a função que deve cumprir e o enquadramento a que deve assistir no serviço/ departamento a que se destina.
 - os pedidos de compra devem ser subscritos pelos responsáveis/directores dos serviços e as normas a que obedecem devem ser do conhecimento de todos
- c) Dispositivos médicos de uso único implantáveis: definir o perfil de indicadores e critérios a cumprir para os requisitos técnicos nos DM de uso único implantáveis de modo a proceder-se a correcta avaliação de fornecedores e posterior identificação de fornecedores a seleccionar sendo ou não compras por consignação (esta definição será explicitada pelos serviços utilizadores em função de critérios clínicos explícitos).

- L
Cup-
↓
Hane:
CC
- a) Estando em curso o início do programa de informatização da requisição electrónica, torna-se urgente desde já solicitar a cada serviço utilizador o conjunto de análises que podem vir a constituir o(s) seu(s) perfil(s) diagnóstico(s). (sublinhamos que esta política adopta também um papel pedagógico ao informar o prescriptor do custo de cada pedido).
 - b) Esta prática obrigará a equacionar o número e características dos exames que genericamente respondem às necessidades da maioria dos doentes e a ter em consideração pedidos pontuais que irão ser acompanhados de justificação clínica.
 - c) A existência do conceito "Respostas Especiais" no Laboratório constitui já um repositório de conhecimento que alimenta a urgência e premência da aplicação desta política.
 - d) Por outro lado as análises com indicação específica só deverão ser disponibilizadas após consulta ao médico patologista a referir.
 - e) Protocolos de pedido por parte da Medicina Ocupacional.

Objectivos a cumprir – Racionalização dos meios de diagnóstico com melhor ajuste clínico. Promoção da reflexão clínica como elemento decisor "major" em detrimento do comodismo dum meio externo. Minimização do número de colheitas de produtos biológicos ao verdadeiramente necessário com impacto positivo nos doentes e no ambiente (eliminação de amostras biológicas) assim como na redução de custos de reagentes e tempo de vida de DM.

Imagiologia

- a) Resposta mediante requisições com elementos clínicos que justifiquem o pedido e permitam ao imagiologista decidir da melhor forma de colheita dos elementos necessários à obtenção da informação solicitada.
- b) Requisições com referenciação explícita do médico prescriptor de modo a permitir a discussão de alternativas diagnósticas.
- c) Quando doentes internados no CHLO estes devem respeitar as condições básicas que permitam a boa execução dos mesmos (eg. acessos venosos, análises de função renal, ...).

8. No âmbito do medicamento

- a) Aplicação do Formulário de anti infecciosos do CHLO promulgado Julho 2009.
- b) Promoção de Protocolos para antibióticos em termos de profilaxia e terapêutica empírica. Validade temporal normalizada para a prescrição.
- c) Passagem a terapêutica oral com antibacterianos desde que as condições do doente o permitam.
- d) Estreitamento da comunicação com Laboratório de Bacteriologia em termos de aceleração à resposta antibiótica dirigida.
- e) Aplicação dos Protocolos de tratamento de infecção Urinária e de uso de antifúngicos já definidos pelo CHLO.
- f) Sendo que cerca de 60% dos medicamentos sob responsabilidade de prescrição do CHLO são do âmbito do ambulatório há ainda espaço à redução da variabilidade de prescrição para determinados estadios de doença em fase crónica (eg HIV).
- g) Estandardização das diluições de fármacos de acordo com as exigências de cada serviço a serem tomadas em consideração no processo de continuidade de cuidados (fármacos em doentes que passam em diferentes interfaces, (eg Blocos /UCIS, UCIS /Cuidados Intermédios, ...)
- h) Uniformização de tiras de determinação de glicemia em todo o CHLO.

- d) O Serviço de Logística e Distribuição divulgará, mensalmente e por Serviço, o consumo dos 20 artigos com maior consumo.
- e) Os Administradores Hospitalares, afectos aos Serviços de Acção Médica, informarão mensalmente o CA da evolução dos vários indicadores ligados às Boas Práticas nos respectivos Serviços.
- f) O CA elaborará mensalmente um documento que apresente de modo uniforme a evolução dos vários parâmetros anteriormente referidos.
- g) De acordo com o Despacho de 24 de Maio passado, esta informação será enviada à Sr.^a Ministra da Saúde de 2 em 2 meses







Amv
Clay *Hani*
f

2. Ata ou extrato da ata da reunião do órgão de administração em que haja sido deliberada a aprovação do RGS 2017.



Handwritten signatures and initials in blue ink.

**Extrato da Ata nº119 do Conselho de Administração
do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E.**

(Sessão realizada em 27/03/2019)

Ponto sete – Foi aprovado o Relatório de Governo Societário do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E., referente ao ano 2017, reformulado em conformidade com o Relatório nº24/2019, de 20/02/2019, elaborado pela UTAM.

A Presidente do Conselho de Administração

Handwritten signature in blue ink.

(Rita Perez)



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





O CA tomou conhecimento.
16.10.2019

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

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

DECLARAÇÃO DO CONSELHO FISCAL

A UTAM – Unidade Técnica de Acompanhamento e Monitorização do Setor Público Empresarial, no âmbito da apreciação do Relatório do Governo Societário do CHLO – Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, relativo ao exercício de 2017, tem vindo a questionar o facto de este relatório não ser acompanhado de parecer do órgão de fiscalização.

Nos termos no n.º 2 do art.º 54.º do Decreto-lei n.º 133/2013, de 3 de outubro, “*competem aos órgãos de fiscalização aferir no respetivo relatório o cumprimento da exigência prevista no número anterior*”, sendo que este número se refere ao relatório anual de boas práticas de governo societário.

Por seu lado, o relatório anual da responsabilidade do Conselho Fiscal está previsto na alínea g) do n.º 1 do art.º 420.º do Código das Sociedades Comerciais, que refere que compete a este órgão “*elaborar anualmente relatório sobre a sua ação fiscalizadora e dar parecer sobre o relatório, contas e propostas apresentados pela administração*”.

No entanto, esta obrigação tem de ser conjugada com o disposto no n.º 1 do art.º 452.º, também do Código das Sociedades Comerciais, que estabelece que o Conselho Fiscal deve “*apreciar o relatório de gestão, as contas do exercício, a certificação legal das contas ou de impossibilidade de certificação*”, dispondo os números seguintes sobre o posicionamento a adotar, consoante concorde, ou não, com o teor da certificação legal das contas.

Deste modo, para que o Conselho Fiscal esteja em condições de emitir o seu relatório anual, onde se inclui o seu parecer sobre as contas e sobre o relatório anual de boas práticas de governo societário, é indispensável que, previamente, lhe seja disponibilizada a certificação legal das contas.

Adicionalmente, e porque estamos perante uma entidade de interesse público, tem ainda de ser previamente disponibilizado ao Conselho Fiscal, por parte do revisor oficial de contas da entidade, o relatório adicional dirigido ao órgão de fiscalização, no qual deverão ser reportadas diversas informações relacionadas com o processo de auditoria, materialidade considerada e conclusões decorrentes do trabalho realizado.

A isto acresce ainda o diálogo frequente que o Conselho Fiscal deve desenvolver com o Revisor Oficial de Contas, o que constitui um contributo essencial para a realização da missão do Conselho Fiscal.

Ora, no caso concreto do CHLO, apesar do despacho de nomeação do Conselho Fiscal ser datado de 28 de novembro de 2017, só no decurso do mês de janeiro de 2018 o mesmo chegou ao conhecimento dos signatários, tendo a proposta de nomeação do revisor oficial de contas para assegurar a certificação legal das contas de 2017 sido enviada à Direção Geral do Tesouro e Finanças em 15 de março de 2018.

Contudo, até ao presente, e tanto quanto é do nosso conhecimento, não ocorreu ainda a nomeação do revisor oficial de contas, razão pela qual os documentos de prestação de contas de 2017 não foram ainda objeto de auditoria e, consequentemente, não se encontra ainda disponível a respetiva certificação legal das contas.

Ora, sem a disponibilização deste documento, bem como do relatório adicional dirigido ao órgão de fiscalização, ambos da responsabilidade do revisor oficial de contas, não está o Conselho Fiscal em condições de emitir o seu relatório anual.

Consequentemente, não estão reunidas as condições para que se pronuncie igualmente sobre o relatório anual de boas práticas de governo societário, como é pretendido pela UTAM.

Lisboa, 2 de outubro de 2019

O Conselho Fiscal



Vitor Manuel Batista da Almeida Anabela Mendes Garcia Barata Carlos António Lopes Pereira

4. Declarações a que se refere o artigo 52.º do RJSPE.

[Handwritten signatures in blue ink]

[Handwritten signatures and initials]

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 2017 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 2018

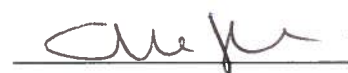
O Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE



Rita Perez Fernandez da Silva
(Presidente)



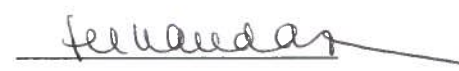
Maria Celeste Malveiro Serra Sim-Sim dos Anjos Silva
(Vogal)



Carlos Manuel Mangas Catarino Galamba de Oliveira
(Vogal)



José Manuel Fernandes Correia
(Diretor Clínico)



Fernanda Maria da Rosa
(Enfermeira Diretora)

Handwritten signatures and initials in blue ink, including 'CNR', 'L', 'J', 'Hau', and 'CQ'.

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

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

Lisboa, 02/01/2018



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

Obs:
Cópia Fiscal Único
Cópia IGF

[Handwritten signatures and initials in blue ink]

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

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

Lisboa, 02/01/2018

[Handwritten signature of Maria Celeste Silva in blue ink]

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

Obs:
Cópia Fiscal Único
Cópia IGF

[Handwritten signatures and initials in blue ink]

DECLARAÇÃO DE INDEPENDÊNCIA

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

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

Lisboa, 02/01/2018



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

Obs:
Cópia Fiscal Único
Cópia IGF

[Handwritten signatures and initials in blue ink]

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, 02/01/2018

[Handwritten signature of José Manuel Fernandes Correia]

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

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

Lisboa, 02/01/2018



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

Obs:
Cópia Fiscal Único
Cópia IGF

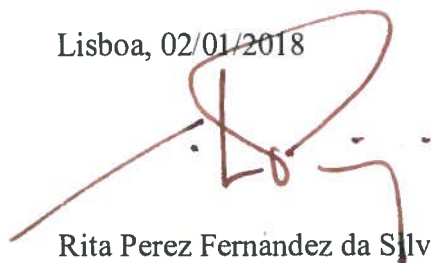
[Handwritten signatures and initials in blue ink]

DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO PATRIMONIAL

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

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

Lisboa, 02/01/2018



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

Obs:

Cópia Fiscal Único

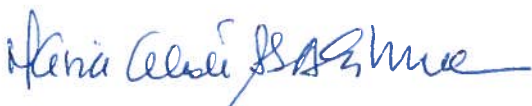
Cópia IGF

Handwritten signatures and initials in blue ink, including 'C.M.', 'H.M.', and 'C.M.'.

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, 02/01/2018



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)

[Handwritten signatures and initials in blue ink]

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, 02/01/2018



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

Handwritten signatures and initials in blue ink, including a large 'H' and 'C'.

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, 02/01/2018

Handwritten signature of José Manuel Fernandes Correia.

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)

[Handwritten signatures and initials in blue ink]

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, 02/01/2018

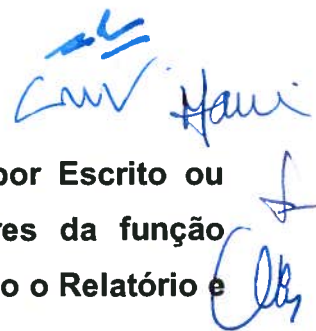
[Handwritten signature of Fernanda Maria da Rosa]

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

Obs:

Cópia Fiscal Único

Cópia IGF



5. Ata da reunião da Assembleia Geral, Deliberação Unânime por Escrito ou Despacho que contemple a aprovação por parte dos titulares da função acionista dos documentos de prestação de contas (aí se incluindo o Relatório e Contas e o RGS) relativos ao exercício de 2016⁶.

O CHLO continua a aguardar o despacho de aprovação das contas relativo ao exercício de 2016.

⁶ 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.

Mahomed Tayob

De: Mahomed Tayob
Enviado: sexta-feira, 15 de Março de 2019 18:11
Para: "'igfinancas@igf.min-financas.pt' (igfinancas@igf.min-financas.pt)'
Cc: Carlos Galamba; Rita Perez
Assunto: Relatório de Gestão e Contas 2017 e Relatório de Governo Societário 2017
Anexos: RGS CHLO 2017.pdf; CHLO EPE Relatorio de Gestao e Contas 2017.pdf

Controlo:	Destinatário	Lida
	"'igfinancas@igf.min-financas.pt' (igfinancas@igf.min-financas.pt)'	
	Carlos Galamba	Lida: 15-03-2019 18:22
	Rita Perez	Lida: 18-03-2019 16:38

Exmos. Senhores,

Remetemos em anexo os Relatório de Gestão e Contas 2017 e Relatório de Governo Societário 2017 do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE, onde constam as Declarações sobre o que dispõe o artº 52º do RISPE por parte de cada um dos membros do Conselho de administração, datadas de 2018-01-02.

Informamos a V. Exas. que, conforme estabelecido, os referidos Relatórios foram, respectivamente, carregados na plataforma da DGTF - SIRIEF em 14/08/2018 e 03/10/2018.

Com os melhores cumprimentos,

M. A. Tayob
Director do S. de Planeamento, Análise e Controlo de Gestão

mtayob@chlo.min-saude.pt
Telefone 210431015-210431010
Fax 213021166

PENSE ANTES DE IMPRIMIR



Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental
Sede: Hospital de S. Francisco Xavier
Estrada do Forte do Alto do Duque | 1449-005 LISBOA

