

2022

Relatório de Governo Societário

Centro Hospitalar Leiria, E.P.E

Versão aprovada em reunião do Conselho de Administração de 6 de fevereiro de 2024



ÍNDICE

I. Síntese	3
II. Missão, Objetivos e Políticas	5
III. Estrutura de Capital.....	18
IV. Participações Sociais e Obrigações detidas	19
V. Órgãos Sociais e Comissões	20
A. Modelo de Governo	20
B. Assembleia Geral.....	21
C. Administração e Supervisão.....	21
D. Fiscalização	39
E. Revisor Oficial de Contas (ROC).....	47
F. Conselho Consultivo	49
G. Auditor Externo.....	50
VI. Organização Interna.....	51
A. Estatutos e Comunicações	51
B. Controlo interno e gestão de riscos	52
C. Regulamentos e Códigos.....	71
D. Deveres especiais de informação	74
E. Sítio na Internet.....	75
F. Prestação de Serviço Público ou de Interesse Geral	76
VII. Remunerações	79
A. Competência para a Determinação	79
B. Comissão de Fixação de Remunerações	80
C. Estrutura das Remunerações	80
D. Divulgação das Remunerações	84
VIII. Transações com partes Relacionadas e Outras	86
IX. Análise de sustentabilidade da empresa nos domínios económico, social e ambiental	88
X. Avaliação do Governo Societário	97
XI. Anexos do RGS	100
A. Relatório do Órgão de Fiscalização	100
B. Declarações de Participações Patrimoniais	112
C. Declarações de Independência	122
D. Demonstração Não Financeira.....	126
E. Aprovação pela Tutela.....	134



I. SÍNTESE

O presente relatório autónomo de boas práticas de governo societário, relativo ao ano 2022, visa o cumprimento do estipulado no artigo 54.º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro, (alterado pela Lei n.º 75-A/2014, de 30 de Setembro e pela Lei n.º 42/2016, de 28 de dezembro), que estabelece o Regime Jurídico do Setor Público Empresarial (RJSPE).

Constam no relatório as informações atuais e completas, deste Centro Hospitalar, reguladas pelo Capítulo II (Princípios de Governo Societário) do RJSPE, em que se destacam os seguintes assuntos: a definição da missão, objetivos e políticas; a informação da estrutura de capital; a identificação de existência de participações sociais e obrigações detidas; a composição dos órgãos sociais que assegura a efetiva separação entre as funções de administração executiva e as funções de fiscalização; a exemplificação da organização interna; a identificação e divulgação das remunerações dos órgãos sociais do Centro Hospitalar de Leiria, EPE (CHL); a existência de transações com partes relacionadas e outras; a análise de sustentabilidade da entidade nos domínios: económico, social e ambiental; e a avaliação do Governo Societário.

Durante o exercício de 2022 não se verificaram alterações significativas em matéria de Boas Práticas de Governo Societário em relação às descritas no Relatório de Governo Societário do ano 2021.

CAPÍTULO II do RJSPE – Práticas de Bom Governo		Sim	Não	Data	Observações
Artigo 43.º	Apresentou plano de atividades e orçamento para 2022 adequado aos recursos e fontes de financiamento disponíveis	X		2022.10.26	
	Obteve aprovação pelas tutelas setorial e financeira do plano de atividades e orçamento para 2022	X		2022.12.30	Despacho do Ministro de Estado e das Finanças de 30 de dezembro de 2022
Artigo 44.º	Divulgou informação sobre estrutura acionista, participações sociais, operações com participações sociais, garantias financeiras e assunção de dívidas ou passivos, execução dos objetivos, documentos de prestação de contas, relatórios trimestrais de execução orçamental com relatório do órgão de fiscalização, identidade e curriculum dos membros dos órgãos sociais, remunerações e outros benefícios	X		-	Informação divulgada ao longo do ano 2022
Artigo 45.º	Submeteu a informação financeira anual ao Revisor Oficial de Contas, que é responsável pela Certificação Legal das Contas da empresa	X		-	
Artigo 46.º	Elaborou o relatório identificativo de ocorrências, ou risco de ocorrências, associado à prevenção da corrupção	X		2023.03.24	O relatório de execução do PGRIC foi aprovado em 2023.03.24
Artigo 47.º	Adotou um código de ética e divulgou o documento	X		2015.05.21	https://www.chleiria.pt/o-hospital/-/codigo-de-etica-87/
Artigo 48.º	Tem contratualizada a prestação de serviço público ou de interesse geral, caso lhe esteja confiada	X		2022.04.14	Celebração do Acordo Modificativo ao CP 2022 a 2022.04.27. Posteriormente, na sequência da publicação da Lei do Orçamento de Estado para 2022 em 27 de junho de 2022, procedeu-se a uma Adenda ao Acordo Modificativo 2022.
Artigo 49.º	Prosseguiu objetivos de responsabilidade social e ambiental	X		-	
Artigo 50.º	Implementou políticas de recursos humanos e planos de igualdade	X		2021.12.02	O Plano para a Igualdade de Género e Não Discriminação de 2022 foi aprovado em 2021.12.02.
				2022.03.23	O Relatório sobre Remunerações Pagas a Mulheres e Homens com referência ao ano 2021 foi aprovado em 2022.03.23
Artigo 51.º	Evidenciou a independência de todos os membros do órgão de administração e que os mesmos se abstêm de participar nas decisões que envolvam os seus próprios interesses	X		2022.15.03	Declarações do Conselho de Administração nomeado por Despacho Conjunto Finanças e Saúde de 22 de janeiro de 2020
Artigo 52.º	Evidenciou que todos os membros do órgão de administração cumpriram a obrigação de declararem as participações patrimoniais e relações suscetíveis de gerar conflitos de interesse ao órgão de administração, ao órgão de fiscalização e à IGF	X		2021.03.23	
Artigo 53.º	Providenciou no sentido de que a UTAM tenha condições para que toda a informação a divulgar possa constar do sítio na internet da Unidade Técnica	X		-	Informação remetida para a Tutela e submetida no SIRIEF ao longo do ano 2022
Artigo 54.º	Apresentou o relatório do órgão de fiscalização em que é aferido constar do relatório anual de práticas de governo societário informação atual e completa sobre todas as matérias tratadas no Capítulo II do RJSPE (boas práticas de governação)	X			Informação a constar do Relatório e Parecer do Conselho Fiscal



II. MISSÃO, OBJETIVOS E POLÍTICAS

1. Indicação da missão e da forma como é prosseguida, assim como da visão e dos valores que orientam a entidade (vide artigo 43.º do RJSPE)

Missão. O Centro Hospitalar tem por missão essencial prestar cuidados de saúde diferenciados, em articulação com os cuidados de saúde primários e com os demais hospitais integrados na rede do Serviço Nacional de Saúde. Faz igualmente parte da sua missão colaborar na prevenção e promoção da saúde da comunidade em geral e assegurar condições de investigação e de formação profissional aos respetivos colaboradores.

Visão. A consecução desta missão é orientada por uma visão centrada no desejo e empenhamento de construir um Centro Hospitalar de referência em termos de qualidade dos cuidados de saúde prestados, com reconhecimento da comunidade e elevada satisfação dos doentes e profissionais, e com altos padrões de eficiência e eficácia na utilização dos recursos disponíveis, subordinada ao seguinte quadro de valores essenciais: respeito pela dignidade humana; primado do doente; respeito pelos códigos de conduta próprios de cada grupo profissional, no quadro da prestação de cuidados em equipa; prossecução da qualidade e da eficiência no desenvolvimento da atividade; desenvolvimento de uma cultura de dedicação e empenhamento e de conhecimento científico e técnico.

2. Indicação de políticas e linhas de ação desencadeadas no âmbito da estratégia definida (vide artigo 38.º do RJSPE)

Objetivos gerais. Face ao quadro de situação existente no CHL nos domínios de estrutura e operacional, e atendendo à envolvente externa, o Centro Hospitalar visa a prossecução dos seguintes objetivos gerais:

- Consolidar o projeto clínico e organizacional do CHL, através da reformulação da organização interna e da repartição de funções assistenciais diferenciadas, com base em princípios de racionalização, complementaridade e hierarquia;
- Melhorar a qualidade global da organização, através do desenvolvimento de políticas centradas nas necessidades, conforto e segurança dos doentes, na adequação e qualificação dos recursos afetos, especialmente humanos, e na prestação de serviços de qualidade e com prontidão;
- Diferenciar e diversificar a prestação de cuidados nas valências já existentes;



- Alargar a carteira de serviços disponíveis, em linha com o preconizado nas Redes de Referência Hospitalar ou com a realidade populacional da área de influência;
- Aumentar a eficiência operacional, promovendo uma adequada afetação de recursos, assegurando processos de produção alinhados com as melhores práticas e desenvolvendo programas, ações ou medidas de melhoria na utilização de recursos;
- Garantir uma adequada articulação com os hospitais mais diferenciados, nomeadamente com o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), e promover uma articulação efetiva com os Cuidados de Saúde Primários e com a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI);
- Garantir a sustentabilidade económico-financeira, mediante a adoção e desenvolvimento – especialmente ao nível das unidades operacionais, através do reforço da contratualização interna – de mecanismos de planeamento, execução e controle de gestão que possibilitem a efetiva gestão de recursos, o desempenho eficiente e a responsabilização descentralizada através de monitorização regular de resultados e, bem assim, assegurando o adequado registo dos procedimentos assistenciais, a respetiva faturação às entidades responsáveis e a promoção de cobranças atempadas;
- Promover o desenvolvimento e a motivação dos recursos humanos, através do desenvolvimento dos serviços, dos seus profissionais e das condições de trabalho, da adoção de políticas de meritocracia e de responsabilização pelo desempenho e da aposta na qualificação e motivação profissional;
- Melhorar a acessibilidade e reduzir as listas de espera, através do alargamento da oferta de serviços, da melhoria dos processos de referênciação e da adesão a programas específicos promovidos pelo Ministério da Saúde;
- Consolidar o setor ambulatorio como área prioritária do desenvolvimento assistencial, através de uma política de promoção da utilização das alternativas ao internamento convencional, designadamente a cirurgia ambulatoria, o hospital de dia e a hospitalização domiciliária, atendendo às vantagens clínicas e económicas que lhes estão associadas, a par da maior utilidade e satisfação que proporcionam aos doentes;
- Garantir a modernização e o desenvolvimento da capacidade técnica, mantendo atualizado o potencial do Hospital, através da realização sistemática de uma política de investimento de inovação e de substituição de equipamentos e tecnologias em situação de obsolescência técnica e funcional.

Objetivos operacionais, de eficiência e económico-financeiros. Para o exercício de 2022, no âmbito do Plano de Atividades e Orçamento (PAO), foram estabelecidos objetivos de gestão específicos.

a) Objetivos Operacionais

No que respeita à atividade assistencial total, o detalhe por linha de produção relativamente ao realizado no ano 2022, comparativamente ao ano 2021 e ao previsto no PAO, é o que se apresenta no quadro abaixo.

Atividade Assistencial Total	Realizado 2021	Realizado 2022	Var. 2021/2022	PAO 2022	% Execução PAO 2022
1. Consultas Externas	309.727	295.630	-14.097	311.527	94,9%
N.º Primeiras Consultas Médicas	101.131	88.647	-12.484	94.402	93,9%
N.º Consultas Médicas Subsequentes	208.596	206.983	-1.613	217.125	95,3%
2. Internamentos					
Doentes Saídos (GDH)	20.261	21.207	946	22.281	95,2%
GDH Médicos	14.019	14.773	754	15.282	96,7%
GDH Cirúrgicos Programados (Base + Adicional)	2.977	3.181	204	3.542	89,8%
GDH Cirúrgicos Urgentes	3.265	3.253	-12	3.457	94,1%
Episódios Transferidos (SIGIC)	731	388	-343	-	
Dias de Internamento de Doentes Crónicos					
Psiquiatria Crónicos no Hospital	15.587	15.890	303	16.500	96,3%
3. Episódios de GDH de Ambulatório					
GDH Cirúrgicos (Base + Adicional)	12.116	13.045	929	12.684	102,8%
GDH Médicos	7.806	7.799	-7	8.140	95,8%
Episódios Transferidos (SIGIC)	569	264	-305	-	
4. Urgências					
Atendimentos totais*	151.993	181.536	29.543	181.933	99,8%
Atendimentos sem internamento*	136.373	165.510	29.137	163.835	101,0%
5. Sessões em Hospital de Dia (s/ GDH)	13.916	23.707	9.791	21.840	108,5%
Hematologia	1.385	1.414	29	1.418	99,7%
Psiquiatria	1.186	1.953	767	1.900	102,8%
Outras sessões	11.345	20.340	8.995	18.522	109,8%
6. IG até 10 semanas					
IG medicamentosa	236	292	56	260	112,3%
7. Serviços Domiciliários					
Visitas domiciliárias	2.613	3.067	454	3.000	102,2%
Hospitalização Domiciliária	384	417	33	420	99,3%
8. Diagnóstico e Tratamento de Infertilidade					
N.º Consultas de Apoio à Fertilidade	80	23	-57	100	23,0%
N.º Induções Ovárias	34	11	-23	40	27,5%
9. Diagnóstico Pré-Natal					
Nº Consultas - Protocolo I	725	692	-33	809	85,5%
10. Linha Financiamento CRE Cancro Reto **					
Nº Doentes tratados - 1º Ano	152	192	40	192	100,0%
Nº Doentes tratados - 2º Ano	129	150	21	150	100,0%
11. Linha Financiamento Esclerose Múltipla **					
Nº Doentes tratados/mês	197	183	-14	190	96,3%
12. Linha Financiamento Hepatite C					
Nº Doentes tratados/ano	45	30	-15	50	60,0%
13. Programa de tratamento de doentes com dispositivosPSCI **					
Doentes Novos	13	11	-2	18	61,1%
Doentes Seguimento	54	73	19	66	110,6%

* Episódios transferidos dos SUB para o SUMC, com alta desse SU, apenas estão a ser considerados no SUMC

** Doentes Equivalente/Ano



Atividade Assistencial Total	Realizado 2021	Realizado 2022	Var. 2021/2022	PAO 2022	% Execução PAO 2022
14. Rastreios					
Nº Rastreo do Cancro do Cólon e Reto	22	34	12	120	28,3%
15. Implantes					
Implantes Unilaterais	0	0	0	3	0,0%
Implantes Bilaterais	0	0	0	3	0,0%
16. Atividade Cirúrgica	18.175	19.396	1.221	19.538	99,3%
Convencional	2.913	3.240	327	3.670	88,3%
Ambulatório	12.859	13.670	811	13.403	102,0%
Urgente	2.403	2.486	83	2.465	100,9%
17. Partos	1.727	1.910	183	1.845	103,5%
Eutócicos	932	940	8	1.041	90,3%
Cesarianas	488	593	105	461	128,6%
Outros Partos	307	377	70	343	109,9%

Em termos homólogos, verifica-se comportamento favorável na generalidade das linhas de produção, registando-se um decréscimo face ao ano anterior apenas nas Consultas Externas (-4,6%), Consultas de Apoio à Fertilidade (-71,3%), Esclerose Múltipla (-7,1%) e Hepatite C (-33,3%).

Destacam-se os seguintes aspetos:

- **Internamento (GDH):** registou, no ano de 2022, 19.791 doentes saídos (excluindo berçário), traduzindo uma realização ligeiramente abaixo da previsão (taxa de execução do PAO de 99,3%), verificando-se uma demora média global de 7,07 dias e uma taxa de ocupação 72,9%. Em termos homólogos, registou-se um acréscimo de 4,0% (+758 doentes), em grande medida relacionado com o aumento da atividade cirúrgica convencional programada e adicional (+332 cirurgias) e o maior número de doentes internados via urgência (+406 doentes), consequência do crescimento registado nos atendimentos urgentes.
- **Consulta Externa:** a taxa de execução do PAO 2022, ao nível da consulta externa, ficou abaixo do expectável (94,9%), registando um decréscimo em termos homólogos (-4,6% ou -14.097 consultas), resultado do comportamento desfavorável verificado, principalmente, ao nível das primeiras consultas (-12,3% ou -12.484 consultas), mas também das consultas subsequentes (-0,8% ou -1.613 consultas). O decréscimo registado nas primeiras consultas face ao período homólogo do ano anterior resulta, em grande parte, da diminuição das consultas associadas ao COVID (-14.601 consultas), bem como, da quebra de consultas de



Endocrinologia (-2.970 consultas), por via do fecho da referenciação externa para primeira consulta desde agosto de 2021.

- **Urgência:** a urgência, em termos globais, apresenta um volume de produção em linha com a previsão constante do PAO. Em termos homólogos verifica-se um acréscimo global (+19,4%), destacando-se o aumento registado na urgência pediátrica (+41,7%, ou +10.135 atendimentos) e na urgência geral não COVID-19 (+30,1%, ou + 24.960 atendimentos).
- **Hospital Dia:** registou no ano de 2022, 29.314 sessões de tratamento, traduzindo uma taxa de execução do PAO de 105,5%, ou seja, acima do valor previsto. O número total de sessões de hospital de dia registou um acréscimo de 41,6% (+8.615 sessões) face ao período homólogo do ano anterior e uma taxa de execução superior ao previsto. Para o crescimento registado contribuiu, em especial, o aumento das sessões de hospital de dia “Outros” de Psiquiatria – Ambulatório (+3.427 sessões), Dermatologia (+710 sessões), Cardiologia (+639 sessões), Pneumologia (+460 sessões), Cuidados Paliativos (+299 sessões) e Pé Diabético (+215 sessões). De entre as áreas clínicas mais relevantes neste setor destaca-se a oncologia médica, representando 21,9% da atividade global, refletindo em grande medida a aposta do CHL, tal como aconteceu no passado com o HSA, no desenvolvimento deste setor de ambulatório no tratamento de doentes do foro oncológico. Também são de referir os volumes de atividade de hematologia, psiquiatria, pneumologia e urologia – este último, em grande parte também dedicado ao tratamento de doentes específicos do foro oncológico.
- **Atividade Cirúrgica:** a atividade cirúrgica no ano de 2022, incluindo convencional, ambulatória e urgente, situou-se nas 19.396 cirurgias, traduzindo uma taxa de execução do PAO de 99,3%, ou seja, em linha com valor previsto, revelando, no entanto, um crescimento de 6,7% (+1.221 cirurgias) em relação ao ano anterior, alavancado, em especial, pelo comportamento registado na cirurgia de ambulatório (+6,3% ou +806 cirurgias) e da cirurgia convencional programada (+11,4% ou +332 cirurgias), mas igualmente da atividade urgente (+3,5% ou +83 cirurgias). Relativamente à atividade cirúrgica convencional base, que se situou abaixo do previsto para o ano, com uma taxa de execução de 90%, regista um comportamento favorável em relação ao ano anterior (+5,1%). A atividade cirúrgica ambulatória (sem incluir atividade adicional) teve um decréscimo de 0,9% (-65 cirurgias) face ao período homólogo do ano anterior e uma taxa de execução abaixo do expectável, justificada por: (i) limitações ao normal funcionamento do Bloco Operatório Central (BOC), decorrentes da afetação de duas salas a utentes com COVID-19; (ii) restrição das camas



afetas ao recobro tardio das cirurgias realizadas em regime ambulatorio no BOC, durante o primeiro trimestre de 2022, por necessidade de alocação de um maior volume de camas ao tratamento do doente suspeito ou confirmado com COVID-19 (0 camas até 15 de fevereiro, 10 camas de 16 de fevereiro a 15 de março, 12 camas de 16 a 31 de março), com um impacto estimado de -493 cirurgias; (iii) suspensão da atividade cirúrgica do bloco operatório do HABLO, para substituição da UTA da sala operatória, no período de 2022.04.01 a 2022.06.17, com um impacto de -97 cirurgias; e (iv) restrições de recursos de enfermagem e de assistentes operacionais para garantir o normal funcionamento do bloco operatório do HABLO, em outubro e novembro. No que concerne à atividade cirúrgica adicional, a cirurgia convencional, com 84,5%, ao contrário da ambulatória com 107,3%, ficou abaixo da meta estabelecida para o ano. Em termos homólogos, verifica-se um acréscimo nas cirurgias convencionais (+32,2%), em grande medida resultado do aumento da atividade dos serviços de ortopedia (+144 cirurgias), de urologia (+36 cirurgias) e de cirurgia geral (+28 cirurgias). No ambulatorio registou-se um aumento de +15,2%, em grande medida, consequência do aumento da atividade dos serviços de Oftalmologia (+1.019 cirurgias) e dermatologia (+19 cirurgias). No que se refere à atividade cirúrgica urgente, o volume de produção realizada em 2022 (2.486 cirurgias) traduz uma taxa de execução da previsão constante do PAO 2021 de 100,9% e uma variação homóloga de +3,5%, o que traduz o acréscimo que também se regista ao nível dos atendimentos urgentes.

No que respeita à atividade assistencial prestada a utentes do SNS e Subsistemas Públicos, a taxa média de cumprimento do valor da atividade assistencial (execução do Contrato-Programa – Produção) foi de 98,2%. O detalhe por linha de produção apresenta-se no quadro abaixo.

Atividade Assistencial SNS e Subsistemas Públicos	Realizado 2021	Realizado 2022	Var. 2021/2022	PAO 2022	% Execução PAO 2022
1. Consultas Externas	302.771	292.067	-10.704	307.917	94,9%
N.º Primeiras Consultas Médicas	99.267	87.406	-11.861	93.288	93,7%
N.º Consultas Médicas Subsequentes	203.504	204.661	1.157	214.629	95,4%
2. Internamentos					
Doentes Saídos (base dados GDH)	19.462	20.879	1.417	21.105	98,9%
GDH Médicos	13.415	14.578	1.163	14.340	101,7%
GDH Cirúrgicos Programados (Base+Adicional)	2.871	3.174	303	3.500	90,7%
GDH Cirúrgicos Urgentes	3.176	3.127	-49	3.265	95,8%
Episódios Transferidos (SIGIC)	731	388	-343	-	
Dias de Internamento de Doentes Crónicos					
Psiquiatria Crónicos no Hospital	15.587	15.890	303	16.500	96,3%
3. Episódios de GDH de Ambulatório					
GDH Cirúrgicos (Base+Adicional)	12.082	12.943	861	12.573	102,9%
GDH Médicos	6.585	7.740	1.155	8.082	95,8%
Episódios Transferidos (SIGIC)	569	264	-305	-	

Atividade Assistencial SNS e Subsistemas Públicos	Realizado 2021	Realizado 2022	Var. 2021/2022	PAO 2022	% Execução PAO 2022
4. Urgências					
Atendimentos totais*	143.445	171.284	27.839	171.618	99,8%
Atendimentos sem internamento*	131.235	155.882	24.647	157.544	98,9%
5. Sessões em Hospital de Dia (s/ GDH)	12.922	23.510	10.588	21.300	110,4%
Hematologia	1.368	1.390	22	1.400	99,3%
Psiquiatria	1.186	1.953	767	1.900	102,8%
Outras sessões	10.368	20.167	9.799	18.000	112,0%
6. IG até 10 semanas					
IG medicamentosa	236	292	56	260	112,3%
7. Serviços Domiciliários					
Visitas domiciliárias	2.613	3.067	454	3.000	102,2%
Hospitalização Domiciliária	384	417	33	420	99,3%
8. Diagnóstico e Tratamento de Infertilidade					
N.º Consultas de Apoio à Fertilidade	80	23	-57	100	23,0%
N.º Induções Ovárias	34	11	-23	40	27,5%
9. Diagnóstico Pré-Natal					
Nº Consultas - Protocolo I	699	672	-27	720	93,3%
10. Linha Financiamento CRE Cancro Reto					
Nº Doentes tratados - 1º Ano	152	192	40	192	100,0%
Nº Doentes tratados - 2º Ano	129	150	21	150	100,0%
11. Linha Financiamento Esclerose Múltipla					
Nº Doentes tratados/mês	197	183	-14	190	96,3%
12. Linha Financiamento Hepatite C					
Nº Doentes tratados/ano	45	30	-15	50	60,0%
13. Programa de tratamento de doentes com dispositivosPSCI					
Doentes Novos	13	11	-2	18	61,1%
Doentes Seguimento	54	73	19	66	110,6%
14. Rastreios					
Nº Rastreo do Cancro do Cólon e Reto	22	34	12	120	28,3%
15. Implantes					
Implantes Unilaterais	0	0	0	3	0,0%
Implantes Bilaterais	0	0	0	3	0,0%
16. Programa de Tratamento a Doentes Mentais Crónicos Institucionalizados					
Nº de dias de internamento	3.869	3.278	-591	4.000	82,0%

* Episódios transferidos dos SUB para o SUMC apenas estão a ser considerados no SUMC

b) Índice de Desempenho Global (Objetivos de Qualidade e Eficiência)

Relativamente ao Índice de Desempenho Global, prevê-se atingir uma taxa de concretização de 99,3%.

Indicadores	Meta 2022	Realizado Acum. dezembro 2022	Apuramento IDG			
			A) Peso Relativo do Indicador	Grau de Cumprimento	B) Grau de Cump. Ajustado	A) x B)
Objetivos Nacionais						
Acesso						
A.1 - Percentagem de pedidos em Lista de Espera para Consulta (LEC) dentro do TMRG	50,0%	42,4%	10%	84,9%	84,9%	8,5%
A.2 - Percentagem de consultas realizadas dentro dos tempos máximos de resposta garantidos (TMRG)	60,0%	40,1%	10%	66,8%	66,8%	6,7%
A.3 - Percentagem utentes em Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC) dentro do TMRG	85,0%	88,6%	10%	104,2%	104,2%	10,4%
A.4 - Percentagem de doentes operados dentro dos TMRG	65,0%	84,4%	10%	129,8%	120,0%	12,0%
A.5 - Percentagem de episódios de urgência atendidos dentro do tempo de espera previsto no protocolo de triagem	75,1%	75,1%	10%	100,0%	100,0%	10,0%
A.6 - Percentagem de doentes referenciados para a RNCCI, avaliados/confirmados pela EGA em tempo adequado (até 2 dias úteis) no total de doentes referenciados para a RNCCI	80,0%	97,8%	10%	122,2%	120,0%	12,0%
Qualidade						
B.1 - Percentagem de reinternamentos em 30 dias, na mesma grande categoria diagnóstico	3,60%	2,89%	3%	119,7%	119,7%	3,6%
B.2 - Percentagem de cirurgias realizadas em ambulatório, para procedimentos tendencialmente ambulatorizáveis	40,0%	49,1%	3%	122,8%	120,0%	3,6%
B.3 - Percentagem de cirurgias da anca efetuadas nas primeiras 48h	40,0%	26,9%	3%	67,3%	67,3%	2,0%
B.4 - Índice de mortalidade ajustada	0,9900	1,0249	4%	96,5%	96,5%	3,9%
B.5 - Índice de demora média ajustada	1,0000	1,0133	4%	98,7%	98,7%	3,9%
B.6 - Demora média antes da cirurgia	0,70	0,5	3%	131,4%	120,0%	3,6%
Eficiência						
C.1 - Gastos Operacionais por doente padrão	3.899 €	3.899 €	5%	100,0%	100,0%	5,0%
C.2 - Doente padrão por médico ETC	108,5	91,5	5%	84,3%	84,3%	4,2%
C.3 - Doente padrão por enfermeiro ETC	38,7	39,8	5%	102,8%	102,8%	5,1%
C.4 - Percentagem dos gastos com trabalho extraordinário, suplementos e Fornecimento de Serviços Externos (seleccionados), no total de gastos com pessoal	23,2%	25%	5%	94,2%	94,2%	4,7%
CHL a 30.12.2022			Índice de Desempenho Global		99,3%	
SICA a 31.12.2022			Incentivos Institucionais 2022		5.953.034 €	
ARSC a 31.12.2022			Estimativa Valor a Receber		5.909.585 €	
Benchmarking a 30.11.2022						

De referir que, dando cumprimento às orientações da ACSS, a fatura da estimativa de incentivos assume os 99,2%, por referência à taxa de execução de incentivos mais elevada dos últimos 3 anos, explicando assim a diferença existente entre os resultados apresentados (-€ 4.176).

c) Objetivos Económico-Financeiros

O desempenho económico no final do período revela-se desfavorável, traduzido em resultados líquidos negativos.

Rendimentos e Gastos	Realizado 2021	Realizado 2022	Var. 2021/2022 (%)	PAO 2022	% Execução PAO 2022
Impostos, contribuições e taxas	2.152.970	1.638.877	-23,9%	1.380.923	118,7%
Prestações de serviços	105.339.630	119.620.783	13,6%	121.933.219	98,1%
Transferências e subsídios correntes obtidos	169.014	181.118	7,2%	169.014	107,2%
Custo matérias consumidas	-29.816.446	-29.536.201	-0,9%	-28.871.685	102,3%
Fornecimentos e serviços externos	-20.959.868	-25.346.824	20,9%	-23.739.153	106,8%
Gastos com o pessoal	-74.897.666	-80.181.597	7,1%	-76.893.477	104,3%
Imparidade de dívidas a receber (perdas/reversões)	23.477	5.646	-75,9%	352.459	1,6%
Provisões (aumentos/reduções)	206.098	170.407	-17,3%	-122.907	-138,6%
Outros rendimentos	2.363.924	1.695.544	-28,3%	2.234.147	75,9%
Outros gastos	-199.064	-356.761	79,2%	-203.873	175,0%
Resultado antes de depreciações, gastos de financiamento e impostos	-15.617.932	-12.109.009	22,5%	-3.761.333	321,9%
Gastos de depreciação e de amortização	-2.920.599	-3.171.048	8,6%	3.495.834	-90,7%
Resultado operacional (antes de gastos de financiamento e impostos)	-18.538.532	-15.280.057	17,6%	-7.257.168	210,6%
Juros e rendimentos similares obtidos	10.330	2.465	-76,1%	6.940	35,5%
Juros e gastos similares suportados	-50.013	-162.327	224,6%	137.364	-118,2%
Resultado antes de impostos	-18.578.214	-15.439.918	16,9%	-7.384.201	209,1%
Imposto sobre o rendimento	-26.160	-26.948	3,0%	-	-
Resultado líquido do período	-18.604.374	-15.466.867	16,9%	-7.410.361	208,7%

Este desempenho económico favorável face a igual período de 2021 está influenciado, em grande medida, pelos seguintes factos:

- Comportamento favorável na generalidade das linhas de produção face ao ano anterior, com destaque para o crescimento das sessões de Hospital de Dia sem GDH (+70,4%), da atividade cirúrgica (+6,7%) e do Internamento (+4,7%).
- aumento dos preços de algumas linhas de produção do CP2022, uma vez que:
 - Por comunicação da ACSS, tendo em conta a circunstância excecional da publicação da Lei do Orçamento de Estado para 2022 em 27 de junho de 2022 e, conseqüentemente, as dotações estabelecidas para as EPE, a ARS do Centro recebeu a informação para proceder à atualização do processo de contratualização já implementado para o ano em curso, através da celebração de uma Adenda ao Acordo Modificativo 2022.
 - Essa atualização foi refletida no preço base da consulta externa, com uma valorização de 1,3%, passando de € 46 para € 47, e no preço base do GDH, que se fixou em € 3.000,00, traduzindo um aumento de 8,7%, tendo sido atribuída uma dotação financeira ao CHL de € 119.060.675.

Por outro lado, os rendimentos do ano 2022 encontram-se subvalorizados em € 611.115, em virtude de:

- A taxa de execução real do CP 2022 apurada é de 98,2% (98,2% antes de incentivos e 99,3% de incentivos);



- Contudo, dando cumprimento às orientações da ACSS, a fatura estimativa da produção realizada considera uma taxa de execução de 97,6%, por referência ao melhor desempenho dos 3 últimos Contratos-Programa encerrados (excluindo incentivos e custos de contexto) e a fatura da estimativa de incentivos assume os 99,2%, por referência à taxa de execução de incentivos mais elevada dos últimos 3 anos.

Pelo exposto e considerando que a taxa de execução real do CP 2022 é 98,2%, os rendimentos do período encontram-se subvalorizados em € 611.115. Por outro lado, e conforme analisado no Relatório e Contas de 2021, pelos mesmos motivos esta rubrica, em 2021, encontra-se subvalorizada em € 1.316.406. Expurgado estes efeitos, em ambos os períodos, a variação efetiva da rubrica “Prestações de Serviços - SNS – Contrato-Programa” seria de +13,3% (+€ 13.754.585) e não +14,2% (+€ 14.459.875).

Rubrica	Previsão real 2022	Fatura estimativa 2022
Prestações de Serviços - Contrato Programa		
Internamento	46.100.997 €	45.615.661 €
Consulta	14.164.503 €	16.306.051 €
Urgência	7.761.507 €	7.512.764 €
GDH Ambulatório	30.883.983 €	29.760.161 €
Hospital de dia	823.771 €	774.702 €
Outras Prestações Serviços Saúde	17.198.633 €	16.352.941 €
Serviço Domiciliário	1.037.714 €	542.139 €
Programas de gestão da doença crónica	5.644.308 €	6.078.147 €
Saúde Sexual e Reprodutiva	123.971 €	125.813 €
Incentivos Institucionais	5.909.585 €	5.905.409 €
Medicamentos de Cedência em Ambulatório	2.942.887 €	2.161.264 €
Internos	1.498.444 €	1.498.444 €
Outras prestações de serviços	41.724 €	41.724 €
Total de Rendimentos do Contrato Programa	116.933.395 €	116.322.280 €



d) Plano de Investimento

DESIGNAÇÃO DO PROJETO	PAO 2022	Executado 2022 ⁽¹⁾	Desvio	Observações
Criação da nova Unidade de Cirurgia de Ambulatório	250.000 €	0 €	-250.000 €	Investimento Transitou para 2023
Reabilitação Estrutural Serviço MFR	1.092.847 €	0 €	-1.092.847 €	Investimento Transitou para 2023
Unidade de internamento de cuidados de convalescença	814.190 €	214.359 €	-599.831 €	Investimento iniciado em 2022 que se prevê que esteja concluído em 2023
Alteração do Bloco Operatório no HSA para ampliação do recobro	405.886 €	356.057 €	-49.829 €	
Empreitada de alteração do Serviço de Urgência para criação de Área Respiratória	850.000 €	27.779 €	-822.221 €	Investimento excluído do Plano de Investimentos do CHL (Valor respeitante a honorários)
Expansão da Consulta Externa HSA	100.000 €	0 €	-100.000 €	Investimento Transitou para 2023
Sistema de deteção de incêndios	184.500 €	0 €	-184.500 €	Investimento Transitou para 2023
Criação de uma Unidade Intermédia Cirúrgica	400.000 €	0 €	-400.000 €	Investimento Transitou para 2023
Requalificação da rede exterior de drenagem de águas residuais HDP	120.000 €	0 €	-120.000 €	Investimento Transitou para 2023
Reconversão da zona da Lavandaria para instalação do serviço de Nefrologia e da UAGastrenerologia	100.000 €	0 €	-100.000 €	Investimento Transitou para 2023
Aquisição de Mamógrafo	370.000 €	368.508 €	-1.492 €	Investimento concluído em 2022
Aquisição 2 salas Raio-X	601.350 €	600.683 €	-667 €	Investimento concluído em 2022
Sistema/Torre de laparoscopia avançada	150.000 €	0 €	-150.000 €	Investimento Transitou para 2023
Plataforma Integrada de colaboração entre profissionais e utentes	507.150 €	186.624 €	-320.526 €	Investimento iniciado em 2022 que se prevê que esteja concluído em 2023
CHL + Seguro, Segurança, Resiliência e Privacidade de Dados	458.643 €	167.531 €	-291.112 €	Investimento iniciado em 2022 que se prevê que esteja concluído em 2023
Eficiência e Segurança do Doente no CHL	793.759 €	36.057 €	-757.702 €	Investimento iniciado em 2022 que se prevê que esteja concluído em 2023
Aquisição de Broncofibrocópio	30.750 €	30.750 €	0 €	Investimento concluído em 2022
Obras de adaptação do atual ADR-SU aos serviços de Oncologia Médica, Hospital de Dia e Cuidados Paliativos	100.000 €	0 €	-100.000 €	Investimento Transitou para 2023
Criação de condições para implementação de novas áreas assistenciais	100.000 €	0 €	-100.000 €	Investimento Transitou para 2023
Substituição Angiógrafo do Serviço de Cardiologia	800.000 €	0 €	-800.000 €	Investimento Transitou para 2023
Substituição de equipamento de fibroscopia do serviço de Gastrenerologia	430.500 €	0 €	-430.500 €	Investimento Transitou para 2023
Aquisição de um novo microscópio cirúrgico, para equipar a sala 2 da Cirurgia de Ambulatório	250.000 €	0 €	-250.000 €	Investimento Transitou para 2023
Marquesas Operatórias	150.000 €	43.937 €	-106.063 €	Investimento iniciado em 2022 que se prevê que esteja concluído em 2023
Remodelação da Cirurgia de Ambulatório	100.000 €	0 €	-100.000 €	Investimento Transitou para 2023
Equipamento para realização de biópsias prostáticas de fusão	120.000 €	0 €	-120.000 €	Investimento Transitou para 2023
Substituição da rede de automação e do sistema de supervisão integrado	150.000 €	0 €	-150.000 €	Investimento excluído do Plano de Investimentos do CHL
Criação de uma Unidade de Reabilitação Psiquiátrica na UIDEPP	100.000 €	0 €	-100.000 €	Investimento Transitou para 2023
Empreitada de alteração do Bloco de Partos	282.900 €	334.177 €	51.277 €	Investimento iniciado em 2022 que se prevê que esteja concluído em 2023
Repensar a organização interna do hospital em função dos principais circuitos dos doentes	87.500 €	0 €	-87.500 €	Investimento Transitou para 2023
Repensar a estrutura e organização de produção cirúrgica	250.000 €	0 €	-250.000 €	Investimento Transitou para 2023
Rever o portefólio de serviços	155.000 €	0 €	-155.000 €	Investimento Transitou para 2023
Promover uma gestão, clínica e não clínica, baseada em dados	180.000 €	0 €	-180.000 €	Investimento Transitou para 2023
Ferramenta de Business Intelligence, com módulo de Inteligência Artificial	300.000 €	0 €	-300.000 €	Investimento Transitou para 2023
Renovação do sistema RIS / PACS	125.000 €	0 €	-125.000 €	Investimento Transitou para 2023
Renovação da infraestrutura de equipamentos ativos de rede	170.000 €	0 €	-170.000 €	Investimento Transitou para 2023
Outros Investimentos	2.270.000 €	2.782.061 €	512.061 €	
TOTAL	13.349.976 €	5.148.524 €	-8.201.452 €	

(1) Execução Física

Políticas da Empresa. Tendo em conta a missão e os objetivos do CHL, as políticas adotadas estão orientadas para a consecução dos objetivos principais da organização centrando-se nos seguintes domínios:

- Orientação para os doentes, tendo as necessidades destes como fulcro da organização, dos processos, dos recursos e dos objetivos, através da adoção de políticas visando o aumento da acessibilidade, a oferta de novos serviços, a simplificação dos procedimentos ou regras de acesso e de continuidade de cuidados, o apoio e acompanhamento familiar, a melhoria do serviço oferecido, de modo a melhorar a qualidade percebida e o aumento da satisfação dos doentes;



- Qualidade organizacional, visando o aumento da efetividade e utilidade social do Centro Hospitalar, mediante a adoção de políticas orientadas para garantir a adequabilidade dos recursos às necessidades da prestação de cuidados de saúde, muito especialmente em relação aos recursos humanos de forma a assegurar um corpo de profissionais com elevado nível de competências e capacidades, e, bem assim, promover as melhores práticas no desenvolvimento dos processos operativos, designadamente nos relativos à prestação direta de cuidados, inserindo-se neste contexto a reacreditação do Centro Hospitalar de Leiria, em 2022;
- Desenvolvimento e inovação, procurando, num quadro de mutação acentuada do conhecimento e das tecnologias da saúde, adotar políticas que viabilizem a atualização e desenvolvimento técnico e operacional dos serviços, melhorando a capacidade diagnóstica e terapêutica, através de novos equipamentos, da formação dos profissionais e da melhoria do sistema de informação e comunicação do Centro Hospitalar pelo recurso às novas tecnologias de informação, estabelecendo planos estratégicos de investimento orientados para a inovação e desenvolvimento dos serviços, a par da promoção da formação e atualização profissionais;
- Sustentabilidade económico-financeira e eficiência na utilização dos recursos, através de políticas que visem salvaguardar o equilíbrio de exploração das atividades operacionais e a saúde financeira do CHL, mediante uma criteriosa afetação e gestão de recursos e da adoção de medidas de avaliação sistemática da sua utilização ao nível das diferentes áreas de atividade e serviços de modo a obter a maximização de resultados (de atividade ou operacionais e de ganhos de saúde ou de utilidade social);
- Afirmação externa da organização e política de comunicação, através da criação de canais e suportes regulares e sistemáticos de divulgação externa da realidade da organização em termos, designadamente, de oferta e de acesso aos serviços, capacidade e diferenciação tecnológica e das atividades desenvolvidas.

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


Assegurar uma prestação de cuidados com qualidade, segurança e adequada às crescentes necessidades da população servida, com os recursos disponíveis e garantindo a eficiência e sustentabilidade, é o grande desafio que se impõe ao CHL.

Acresce ainda a existência de um quadro restrito da operação decorrente das regras introduzidas no setor da saúde, principalmente nos Hospitais EPE, com destaque para a

contratação de profissionais e para a realização de investimentos, que são fatores críticos para este tipo de instituições.

4. Evidenciação da atuação em conformidade com as orientações definidas pelos ministérios setoriais (vide n.º 4 do artigo 39.º do RJSPE)

Os instrumentos previsionais de gestão, nomeadamente PAO e Contrato-Programa (CP) 2022 (que incluem as obrigações assistenciais, o orçamento económico e os objetivos de qualidade e eficiência para esse ano), estão alinhados com as orientações da tutela, designadamente no que respeita à política setorial a prosseguir, aos objetivos a alcançar no exercício da atividade operacional e ao nível de serviço público a prestar.





III. ESTRUTURA DE CAPITAL

1. Divulgação da estrutura de capital, incluindo indicação das diferentes categorias de ações, direitos e deveres inerentes às mesmas e percentagem de capital que cada categoria representa (vide alínea a) do n.º 1 do artigo 44.º do RJSPE)

O CHL, enquanto Entidade Pública Empresarial, está dotado de Capital Estatutário no montante de € 36.349.150, detido na totalidade pelo Estado, em conformidade com o Anexo I ao Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, que aprova os atuais Estatutos dos Hospitais EPE e revoga o Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro, e que inclui os seguintes aumentos de capital estatutário:

- Por Despacho do Senhor Secretário de Estado do Tesouro n.º 1265/2017, de 29 de dezembro, foi determinado um aumento de Capital Estatutário no valor de € 6.290.000.
- Em 2021 verificou-se um aumento de capital estatutário, no montante de € 129.150, na sequência do Despacho Conjunto das Finanças e Saúde, de 6 de outubro, de S. Exas. o Secretário de Estado do Tesouro e o Secretário de Estado da Saúde. Este montante terá de ser aplicado exclusivamente à substituição do Angiógrafo (investimento identificado no Anexo, parte integrante do referido despacho), ficando essa aplicação condicionada à apresentação e obtenção do correspondente financiamento europeu.

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

Não aplicável, uma vez que o capital do CHL não se encontra representado por ações.

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

Não aplicável, dada a inexistência de acordos parassociais.



IV. PARTICIPAÇÕES SOCIAIS E OBRIGAÇÕES DETIDAS

1. Identificação das pessoas singulares (órgãos sociais) e/ou coletivas (empresa) que, direta ou indiretamente, são titulares de participações qualificadas noutras entidades (vide alíneas a) e b) do n.º 1 do artigo 44.º do RJSPE)

O CHL não tem pessoas singulares (órgãos sociais) e/ou coletivas (empresa) que, direta ou indiretamente, sejam titulares de participações qualificadas noutras entidades, ao abrigo das alíneas a) e b) do n.º 1 do artigo 44.º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro.

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

O CHL não detém participações no capital de outras entidades. No entanto, é de referir que é membro associado do SUCH – Serviço de Utilização Comum dos Hospitais, que é uma entidade de natureza associativa, sem fins lucrativos, cujos estatutos foram homologados pelo Senhor Secretário de Estado da Saúde, Dr. Manuel Delgado, no dia 5 de janeiro de 2016, e publicados no Portal da Justiça no dia 25 de fevereiro de 2016.

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

Não aplicável. Tratando-se de uma EPE (Entidade Pública Empresarial), o capital do CHL não se encontra representado por ações e o Estado é o detentor da totalidade do capital.

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

Não aplicável, uma vez que o CHL é uma EPE e a totalidade do capital é detida pelo Estado.



V. ÓRGÃOS SOCIAIS E COMISSÕES

A. MODELO DE GOVERNO

A entidade deve apresentar um modelo de governo societário que assegure a efetiva separação entre as funções de administração executiva e as funções de fiscalização (vide n.º 1 do artigo 30.º do RJSPE)

1. Identificação do modelo de governo adotado

O CHL tem como órgão de administração um Conselho de Administração a quem cabe garantir o cumprimento dos objetivos básicos, bem como exercer a totalidade dos poderes de gestão da instituição, não existindo, conseqüentemente, outros órgãos com funções de gestão ou comissões com estas responsabilidades no seu seio.

De acordo com o artigo 68.º do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, que aprova os atuais Estatutos dos Hospitais EPE e revoga o Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro, são órgãos do CHL os seguintes:

- O Conselho de Administração;
- O Conselho Fiscal e o Revisor Oficial de Contas;
- O Conselho Consultivo.

O Conselho Consultivo do CHL, EPE apresenta a seguinte composição (conforme consta da deliberação do Conselho de Administração de 2018.11.07):

Conselho Consultivo	
Presidente	Álvaro José Brilhante Laborinho Lúcio
Membro nomeado pelo Ministério da Saúde	Maria Pedro Sucena Guarino
Representante da ARS Centro	António da Silva Cabeço
Representante dos Utentes	Paulo Lameiro
Representante dos Trabalhadores	Fernando Mendes Parreira
Representante do Voluntariado	Norberto Antunes Serra
Representantes do CHL	Manuel Jesus Antunes
	José Carlos Rodrigues Gomes



B. ASSEMBLEIA GERAL

Não aplicável, na medida em que o CHL é uma E.P.E e, de acordo com o Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, que aprova os atuais Estatutos dos Hospitais EPE e revoga o Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro, os seus órgãos sociais são: o Conselho de Administração, o Conselho Fiscal, o Revisor Oficial de Contas ou uma Sociedade de Revisores Oficiais de Contas e o Conselho Consultivo.

C. ADMINISTRAÇÃO E SUPERVISÃO

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

As regras estatutárias sobre os procedimentos aplicáveis à nomeação e substituição dos membros do Conselho de Administração estão estabelecidas no artigo 69.º do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, que aprova os novos Estatutos dos Hospitais EPE, observando-se para o efeito o disposto nos Estatutos do Gestor Público (aprovado pelo Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de março, na sua redação atual).

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

Nos termos do disposto no artigo 69.º do Decreto-Lei 52/2022, de 4 de agosto, que revoga o Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro e aprova os atuais Estatutos dos Hospitais EPE, o Conselho de Administração de um Centro Hospitalar EPE é composto por um presidente e um máximo de quatro vogais executivos, incluindo um diretor clínico, um enfermeiro-diretor e um vogal proposto pelo membro do Governo responsável pela área das finanças.

A designação dos membros do conselho de administração, mediante proposta da Direção Executiva do SNS, observa o disposto nos artigos 12.º, 13.º e 15.º do Estatutos do Gestor Público, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de março, na sua redação atual.



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

O Despacho n.º 1721/2020, de 22 de janeiro, procede à nomeação dos membros do conselho de administração para o triénio 2020/2022, nos seguintes termos:

- Presidente: Licínio Oliveira de Carvalho;
- Vogal Executiva: Maria Alexandra Liz Cardoso Tomás Borges;
- Vogal Executiva: Inês Sofia de Sousa Carlos;
- Diretor Clínico: Salvato Maciel de Castro Feijó;
- Enfermeira Diretora: Maria Emília Silva Fernandes Fael.

Mandato (Início - Fim)	Cargo	Nome	Designação		OPRLO *			Nº de Mandatos
			Despacho n.º	Data	Sim/Não	Entidade	Pagadora	
2020-01-23 a 2022-12-31	Presidente	Dr. Licínio Oliveira de Carvalho	1721/2020	2020-01-22	Não	CHL	-	1
2020-01-23 a 2022-12-31	Vogal Diretor Clínico	Dr. Salvato Maciel de Castro Feijó	1721/2020	2020-01-22	Sim	CHL	-	1
2020-01-23 a 2022-12-31	Vogal Enfermeira Diretora	Enf.ª Maria Emília Silva Fernandes Fael	1721/2020	2020-01-22	Não	CHL	-	7
2020-01-23 a 2022-12-31	Vogal	Eng.ª Maria Alexandra Liz Cardoso Tomás Borges	1721/2020	2020-01-22	Não	CHL	-	3
2020-01-23 a 2022-09-30	Vogal	Dr.ª Inês Sofia de Sousa Carlos	1721/2020	2020-01-22	Não	CHL	-	1


* Opção pela Remuneração do Lugar de Origem

A Vogal Executiva Dr.ª Inês Sofia de Sousa Carlos renunciou ao respetivo cargo, nos termos do previsto no art.º 27.º do Estatuto do Gestor Público, com efeitos produzidos a 30 de setembro de 2022, circunstância que não obsteu à continuidade de funções dos demais elementos do Conselho de Administração,

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, ou, se aplicável, identificação dos membros independentes do Conselho Geral e de Supervisão (vide artigo 32.º do RJSPE)

Todos os membros do Conselho de Administração exercem funções executivas.

4. Apresentação de elementos curriculares relevantes de cada um dos membros, consoante aplicável, do Conselho de Administração, do Conselho Geral e de Supervisão e do Conselho de



Administração Executivo. Deverão especificamente ser indicadas as atividades profissionais exercidas, pelo menos, nos últimos 5 anos (vide alínea j) do n.º 1 do artigo 44.º do RJSPE)

Os elementos curriculares dos membros do Conselho de Administração, que constam do Despacho n.º 1721/2020, de 22 de janeiro, são os descritos de seguida:

Licínio Oliveira de Carvalho

Registo Académico:

- Diploma em Administração Hospitalar pela Escola Nacional de Saúde Pública, em 1989/1991 (quinze valores);
- Licenciatura em Direito pela Universidade de Coimbra em 1984/1989 (catorze valores);
- Aprovação na parte escolar do Curso de Mestrado em Ciências Jurídico-Políticas, na Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, nas cadeiras de Direito Administrativo e de Direito Constitucional.

Registo Profissional:

- Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Leiria, E. P. E. – 2019/...;
- Vogal Executivo do Centro Hospitalar Leiria, E. P. E. – 2014/2019;
- Vogal Executivo do Centro Hospitalar Leiria-Pombal, E. P. E. - 2011/2014;
- Vogal Executivo do Hospital de Santo André, E. P. E., 2005/2011;
- Vogal Executivo do Hospital de Santo André, S. A., 2002/2005;
- Administrador Delegado do Hospital de Santo André - Leiria, 2001/2002;
- Administrador Delegado do Hospital Distrital de Pombal, 1995/2001;
- Administrador Delegado do Hospital Distrital de Lagos, 1994/1995;
- Assessor do Presidente do CA da ARS do Algarve, 1994/1995;
- Administrador Hospitalar do Hospital Distrital de Leiria, 1991/1994;
- Docente do ensino superior, responsável pelas cadeiras de Direito de Trabalho e Segurança Social e de Direito Comunitário, 1992/2002.

Estudos e Trabalhos Publicados:

- Realizou e publicou (em colaboração) estudos sobre temas de Saúde, para o Departamento de Recursos Humanos do Ministério da Saúde (1992/1993), e para a Secretaria de Estado da Saúde (1998/1999);
- Apresentou diversos trabalhos em congressos e *workshops* da Saúde.

Outros elementos:

- Estágio de advocacia;



- Frequentou várias ações de formação sobre temas de gestão empresarial, de saúde e na área jurídica, bem como iniciativas de natureza técnico-científica (Seminários, Congressos, Jornadas.);
- Integrou diversas Comissões e Grupos de Trabalho em diferentes áreas da Saúde;
- Desenvolveu como monitor, ações de formação;
- Diploma do II Curso de Pós-Graduação em Direito das Empresas do Instituto do Direito das Empresas e do Trabalho, da Faculdade de Direito de Coimbra (2002/2003);
- Programa Avançado em Gestão Empresarial Hospitalar promovido pelo INDEG/ISCTE (2003);
- Programa Integrado de Gestão Hospitalar promovido pela Universidade Católica Portuguesa (2010);
- Frequentou e concluiu o 19.º Programa de Alta Direção de Instituições de Saúde (PADIS) promovido pela AESE Business School (2014);
- Membro representante do Hospital de Santo André, EPE no Conselho Empresarial da Região de Leiria - CERL - NERLEI (2009/...);
- Membro da Comissão de Vencimentos do Serviço de Utilização Comum dos Hospitais (SUCH) (2010/2015) e Membro do Conselho Consultivo do SUCH (2014/...);
- Membro da Equipa Regional Multidisciplinar para Apoio ao Grupo Técnico do Planeamento Estratégico da Região Centro (2013/2014);
- Vogal do Conselho Fiscal e Disciplina da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (2013/...).

Salvato Maciel de Castro Feijó

Registo académico:

- 1980 — Licenciatura em Medicina pela Faculdade de Medicina de Lisboa.

Atividade profissional:

- 2015 -presente — Diretor do Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar de Leiria, E. P. E.;
- 2019 — Presidente da Comissão de Farmácia e Terapêutica;
- 1991 -1996 e 1997 -2015 — Assistente graduado do Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte - Hospital de Santa Maria, E. P. E. (CHLN - HSM);
- 1996 -1997 — Iniciou o Serviço de Pneumologia do Hospital Fernando da Fonseca, E. P. E.

Atividade académica e docente:

- 2004 -2015 — Assistente de Pneumologia da FML, direção dos Prof. B. Almeida e C. Bárbara;



- 2007 -2015 — Assistente de Biomateriais II, curso de Engenharia de Biomateriais do IST e da FML, sob a direção do Prof. L. Mendes Pedro;
- 2004 -2015 — Assistente de Introdução à Clínica da FML, direção do Prof. F. e Fernandes.

Investigação:

- 2019 — Próteses traqueobrônquicas e novos «dispositivos médicos» em colaboração com o IPL e a empresa RP Moldes. Financiamento aprovado pelo Programa Portugal 2020;
- 2016 -presente — «CBMETER a new medical device for screening metabolic diseases» colaboração com IPL. Coordenação Prof.ª Maria Guarino. Bolsa de Investigação da FCT;
- 2009 -2015 — «Pulmão Profundo — do Ambiente à Genética» I - GASP: na Interactive Genetic and Genomics to Primary Spontaneous Pneumothorax Susceptibility in the Portuguese Population», colaboração com o IMM da FML. Bolsa de Investigação da SPP/UCB.

Cursos:

- 2002 — Curso de Gestão em Saúde — Health Management and Leadership in Professional Practice, organizado pela Faculdade de Medicina de Lisboa;
- 1990 — Diplome d'Université d'Endoscopie Thoracique pela Université d'Aix-Marseille II.

Estágios e bolsas de estudo e investigação:

- 1995 — Estágio Mayo Clinic, Rochester MN -USA, orientação do Prof. Udaya BS Prakash. Bolseiro da SPP e da Fundação Luso - Americana para o Desenvolvimento;
- 1993 — Estágio no Centro di Endoscopia e Laserterapia dell'Apparato Respiratorio, Spedali Civili di Brescia e Istituto Del Radio «O. Alberti», Itália, orientação do Prof. Sergio Cavaliere. Bolseiro do INIC/Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR);
- 1990 — Estágio no Hôpital de la Conception, Marseille, orientação do Prof. C. Boutin;
- 1989 — Estágio no Hôpital Xavier Arnoz, Bordéus, orientação do Prof. Doutor L. Couraud e Prof. G. Courty. Bolseiro da Embaixada de França.

Outras atividades:

- 2006 -2009 — Membro do Colégio de Especialidade de Pneumologia da OM;
- 2003 -2016 — Colaboração com a ACSS: painel de peritos que realizou a Harmonização das Nomenclaturas das Tabelas de Pneumologia dos Convencionados e do SNS;
- 2000 — Colaboração IGIF do MS na elaboração Tabela de Custos e revisão da Lista de Exames Complementares de Pneumologia.

Prémios:

- 2013 — Prémio Prof. A. J. A. Robalo Cordeiro, da SPP, em colaboração com IMM da FML;



- 1994 — Reconhecimento pelo contributo na implementação de técnicas de endoscopia respiratória pioneiras a nível nacional, no livro História da Pneumologia Portuguesa, editado pela SPP sob a direção de Dr. A. Teles de Araújo, Dr. J. Pina e Dr.ª M. G. Freitas.

Outros:

- Revisor de técnicas endoscópicas da revista Pulmonology da SPP;
- Revisor de Pneumologia da Ata Médica Portuguesa — Revista Científica da OM.

Publicações:

- Tem várias publicações em revistas científicas nacionais e internacionais.

Maria Emília Silva Fernandes Fael

Registo académico:


- Curso Geral de Enfermagem em 1986, na Escola de Enfermagem de Leiria;
- Curso de Especialização em Enfermagem Médico -Cirúrgica em 1995, pela Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca, em Coimbra;
- Adquire a equivalência a estudos superiores especializados, em julho de 1995, atribuída pela Ordem dos Enfermeiros.

Registo profissional:

- Vogal do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Leiria — enfermeira diretora, desde novembro de 2011;
- Vogal do Conselho de Administração do Hospital de Santo André — enfermeira diretora, desde setembro de 2005 a novembro de 2011;
- Enfermeira chefe do Serviço de Cirurgia I do Hospital de Santo André desde janeiro de 2003, após concurso público;
- Enfermeira especialista em Enfermagem Médico -Cirúrgica na Cirurgia do Ambulatório e Hospital de Dia da Hospital de Santo André, desde dezembro de 1996, após concurso público;
- Enfermeira graduada no Serviço de Cirurgia e Ortopedia Mulheres no Hospital Distrital de Leiria, desde setembro de 1987;
- Enfermeira em Cuidados de Saúde Primários, no Centro de Saúde de Porto de Mós, de março de 1986 a agosto de 1987.

Outras atividades relevantes:

- Integrou várias comissões e grupos de trabalho:



Comissão de Enfermagem, Comissão de Coordenação Oncológica; Comissão de Humanização e Qualidade; Comissão Técnica de Avaliação do Desempenho; Grupo Funcional de Acreditação (*JointCommissionInternational*), Administração, Chefia e Direção (GLD);

- Integrou a Equipa de Gestão de Altas do HSA, E. P. E.;
- Integra a Equipa de Gestão de Camas do CHL, E. P. E.;
- Frequentou várias ações de formação, como formanda e como formadora, sobre temas relativos à prestação de cuidados de enfermagem;
- Orientou alunos de enfermagem em diversos estágios hospitalares;
- Foi júri de concursos e participou em comissões de escolha;
- Participou na realização de Encontros de Enfermagem;
- Participou em vários projetos de melhoria contínua dos cuidados de enfermagem;
- Frequentou o Programa Integrado de Gestão Hospitalar promovido pela Universidade Católica Portuguesa;
- Frequentou o Programa de Alta Direção das Instituições de Saúde (PADIS), realizado em Lisboa (AESE);
- Participou no processo de acreditação do Hospital de Santo André (JCI), concluído com êxito, em julho de 2012 e do CHL em novembro de 2015. Participou no processo de implementação do SONHO V2 e SClínico no CHL integrando implementação dos registos de enfermagem em suporte informático segundo a CIPE.

Maria Alexandra Liz Cardoso Tomás Borges

Registo académico:

- Curso Segurança do Doente: da Qualidade e Segurança à Excelência Clínica, promovido pela DGS e Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar, 2012;
- Formação PADIS — Programa de Alta Direção de Instituições de Saúde — AESE — Escola de Direção e Negócios, 2011;
- PACES DIRECT — Programa Avançado de Gestão para Diretores Executivos dos ACES, Curso, do Instituto Nacional de Administração, I. P., 2009;
- Ação de formação promovida pela *JointCommissionInternational*, dirigida a membros da Gestão de Topo e do Gabinete de Gestão da Qualidade, 2004;
- Pós -graduada em Administração Hospitalar, pela Escola Nacional de Saúde Pública, na Universidade Nova de Lisboa, 1996 – 1998;
- Licenciatura em Engenharia Química pela Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto, 1982 -1987.



Registo profissional:

- De março de 2014 até à presente data, vogal executiva do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Leiria, E. P. E.;
- De dezembro 2012 até março de 2014, diretora executiva do Agrupamento de Centros de Saúde Oeste Norte;
- De 2009 a 2012, diretora executiva do Agrupamento de Centros de Saúde Pinhal Litoral I;
- De 2000 a 2009, administradora hospitalar no Hospital Santo André, E. P. E., Leiria;
- De 1998 a 2000, assessora do Conselho de Administração da Administração Regional de Saúde, ARS Centro, I. P.;
- De 1988 a 1996, diretora técnica de uma empresa têxtil vertical;
- De 1987 a 1988, formadora na Escola Superior de Biotecnologia, Universidade Católica do Porto.

Outros elementos:

- Apresentou diversos trabalhos em jornadas, seminários e workshops da saúde e do setor social;
- Frequentou várias ações de formação sobre temas de gestão de serviços de saúde, gestão do risco e sistemas de gestão da qualidade. Integrou diversas comissões e grupos de trabalho em diferentes áreas da saúde;
- Liderou a implementação dos sistemas informáticos SONHO V2 e SClínico no CHL, com início de produção a 1 de outubro de 2016 e do Sistema de Gestão Hospitalar para o Aproveitamento e Farmácia — Circuito do Medicamento, que iniciou produção em setembro de 2017;
- Chefiou os grupos de trabalho responsáveis pela elaboração de candidaturas ao PORTUGAL 2020. Promoveu, em articulação com os ACES Pinhal Litoral e Oeste Norte, candidaturas ao Programa de Incentivo à Integração de Cuidados e à Valorização dos Percursos dos Utentes no Serviço Nacional de Saúde (PIIC);
- Lidera o grupo de trabalho para a implementação da Unidade de Hospitalização Domiciliária do CHL.

Inês Sofia de Sousa Carlos

Registo académico:

- Curso de Especialização em Administração Hospitalar da Escola Nacional de Saúde Pública, da Universidade Nova de Lisboa (2011/2013, dezasseis valores);



- Licenciatura em Gestão pelo Instituto Superior de Economia e Gestão, da Universidade Técnica de Lisboa (2002/2006, catorze valores).

Registo profissional:

- Vogal Executiva do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Leiria, E. P. E. – 2020/set.2022;
- Diretora do Serviço de Planeamento e Informação para a Gestão do Centro Hospitalar Leiria, E. P. E. — 2014/set.2022;
- Técnica superior das Áreas de Gestão Intermédia do Centro Hospitalar de Leiria, E. P. E. — 2013/2014;
- Técnica superior do Centro Hospitalar Leiria -Pombal, E. P. E. — 2011/2013;
- Técnica superior do Hospital de Santo André, E. P. E. — 2008/2011;
- Sénior em Auditoria na Mazars & Associados, Sociedade de Revisores Oficiais de Contas, S. A. — 2008.
- Associate em Auditoria na PricewaterhouseCoopers & Associados — Sociedade Revisora Oficiais de Conta, Lda. — 2006/2007.

Outros elementos:

- Membro do Gabinete de Comunicação, Relações Públicas e Imagem do Centro Hospitalar de Leiria, E. P. E. (2012/...);Membro do Conselho Coordenador de Avaliação (2017/...);
- Membro da Comissão de Humanização do Centro Hospitalar de Leiria, E. P. E. (2014/2017);
- Coordenadora do grupo funcional SQE (Qualificações e Formação do Pessoal) (2014/...) e membro dos grupos funcionais SQE (2010/2014) e QPS (Melhoria da Qualidade e Segurança do Doente) (2011/2012) no âmbito do processo de acreditação do Centro Hospitalar de Leiria, E. P. E., pela *JointComissionInternational*;
- Frequentou o Programa Integrado de Gestão Hospitalar promovido pela Universidade Católica Portuguesa (2010);
- Frequentou várias ações de formação sobre temas de gestão da saúde e na área da auditoria financeira;
- Participação no Programa Erasmus, no curso The Supply Chain Management Programme, na Universidade de Växjö, na Suécia (2005/2006);
- Detentora do First Certificate in English pela Universidade de Cambridge (2000)

5. Evidências da apresentação das declarações 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)

Foi apresentada, ao órgão de administração, ao órgão de fiscalização e ao IGF, declaração de cada um dos membros do Conselho de Administração a asseverar não terem nenhuma participação patrimonial na empresa – visto que a totalidade do Capital é detido pelo Estado –, e, também, não existirem quaisquer relações entre os membros, com os fornecedores, clientes, instituições financeiras ou quaisquer outros parceiros de negócios, suscetíveis de gerar conflitos de interesse.

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 relações familiares, profissionais ou comerciais, habituais e significativas, dos membros do Conselho de Administração.

7. Apresentação de organogramas ou mapas funcionais relativos à repartição de competências entre os vários órgãos sociais, comissões e/ou departamentos da entidade, incluindo informação sobre delegações de competências, em particular no que se refere à delegação da administração quotidiana da entidade

Nos termos do n.º 3 do artigo 7.º ao Anexo II ao Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro, norma dos anteriores Estatutos dos Hospitais EPE, replanada no n.º 2 do artigo 71.º do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, que aprova os novo Estatutos dos Hospitais E.P.E e revoga o diploma anterior, durante este exercício, foram delegadas competências, relativamente à distribuição de responsabilidades e atribuição de poderes específicos de gestão aos membros do Conselho de Administração, nos seguintes termos:

1 - Delegar os poderes de gestão e de coordenação, assim como de responsabilidades partilhadas, de serviços, órgãos de apoio ou outras estruturas, ou áreas funcionais dos administradores, nos seguintes termos:

1.1 - Dr. Licínio Oliveira de Carvalho, Presidente do Conselho de Administração:



- a) Planear e coordenar a atividade do Conselho de Administração e a execução das suas deliberações;
- b) Exercer os poderes necessários a superintender e controlar os serviços, áreas e estruturas do CHL, no sentido de desenvolver a sua eficácia e assegurar o seu pleno funcionamento, sem prejuízo das competências delegadas nos vogais executivos nas matérias que lhe sejam especialmente atribuídas;
- c) Representar o CHL em juízo e fora dele;
- d) Assinar ou visar a correspondência do CHL de e com destino a quaisquer entidades ou organismos públicos;
- e) Outorgar contratos de trabalho, de prestação de serviços, de empreitadas e de aquisição de bens relativos ao funcionamento dos serviços;
- f) Áreas e estruturas:
- Desenvolvimento Estratégico e Organizacional;
 - Gabinete de Comunicação, Relações Públicas e Imagem;
 - Gabinete Jurídico;
 - Serviço de Aprovisionamento;
 - Serviço de Auditoria Interna;
 - Serviço de Gestão de Recursos Humanos;
 - Serviço de Instalações e Equipamentos;
 - Serviço Social e Gabinete do Cidadão.

1.2 - Eng.ª Alexandra Borges, Vogal Executiva

- a) Substituição do Presidente do Conselho de Administração nas suas ausências e impedimentos conforme n.º 2, do artigo 8.º dos Estatutos dos Centros Hospitalares, E. P. E., anexos ao DL n.º 18/2017, de 10 de fevereiro, revogado pelo DL n.º 52/2022, de 4 de agosto;
- b) Áreas e estruturas:
- Gabinete de Educação e Formação Permanente;
 - Centro de Investigação;
 - Comissão da Qualidade e Segurança do Doente;



- Comissão de Gestão de Risco Global;
- Comissão Local de Informatização Clínica;
- Inovação e Empreendedorismo;
- Serviço de Gestão de Doentes;
- Serviço de Imagiologia;
- Serviço de Sistemas de Informação;
- Sistema Integrado de Avaliação do Desempenho na Administração Pública (SIADAP);
- Sistema Integrado de Gestão de Acesso (SIGA-SNS).

1.3 - Dra. Inês Sofia de Sousa Carlos, Vogal Executiva


a) Áreas e estruturas:

- Coordenação Hospitalar de Doação;
- Gabinete de Auditoria e Codificação Clínica;
- Segurança, Catástrofe e Emergência Interna;
- Serviço de Gestão Financeira;
- Serviços Hoteleiros;
- Serviço de Planeamento e Informação para a Gestão;
- Serviço de Segurança e de Saúde no Trabalho.

1.4 - Dr. Salvato Maciel de Castro Feijó, Diretor Clínico

a) Para além das competências previstas do Regulamento Interno do CHL, e sem prejuízo das competências próprias que lhe estão distribuídas por lei, delegar no Diretor Clínico os poderes de gestão e de coordenação seguintes áreas e estruturas:

- Comissão de Coordenação Oncológica;
- Comissão de Farmácia e Terapêutica;
- Comissão de Normalização de Consumos e Equipamentos;
- Equipa de Gestão de Altas;
- Equipa de Gestão de Camas;
- Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) e Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos Pediátricos (EIHSCPP);
- Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA);



- INEM/Meios de Urgência Pré-Hospitalar;
- Serviço Farmacêutico.

1.5 - Enf.ª Maria Emília Silva Fernandes Fael, Enf.ª Diretora

a) Para além das competências previstas no Regulamento Interno do CHL, e sem prejuízo das competências próprias que lhe estão distribuídas por lei, delegar na Enf.ª Diretora os poderes de gestão e de coordenação seguintes áreas e estruturas:

- Comissão de Humanização;
- Equipa de Gestão de Altas;
- Equipa de Gestão de Camas;
- Serviços Gerais;
- Unidade de Esterilização;
- Unidade de Nutrição e Dietética.

2 - Delegar, para efeitos de gestão e coordenação dos serviços e áreas referidos no n.º 1, em cada um dos administradores, as seguintes competências:

2.1 - No âmbito dos Recursos Humanos:

Tomar todas as decisões relativas à gestão corrente do pessoal necessárias ao normal funcionamento, designadamente, justificar e injustificar faltas, aprovar os planos de férias e respetivas alterações, aprovar as escalas de trabalho, autorizar o processamento de abonos, autorizar a inscrição e participação dos trabalhadores em estágios, congressos, reuniões, seminários, colóquios, cursos de formação e outras iniciativas idênticas que decorram em território nacional;

Autorizar a prestação e o respetivo processamento de trabalho extraordinário que se justifique por motivo urgente e imprevisto, sem prejuízo da necessária ratificação do Conselho de Administração, sem possibilidade de subdelegação.

2.2 - No âmbito da autorização de despesas:

Autorizar despesas com aquisição de bens e serviços e empreitadas de obras públicas até ao montante de (euro) 100.000,00.



3 - Delegar no administrador responsável pelo Serviço de Gestão de Recursos Humanos, as competências referidas no n.º 2.1 relativamente aos trabalhadores não abrangidos por serviços e áreas funcionais próprias dos demais administradores.

4 - Delegar no administrador responsável pelo Serviço de Aprovisionamento, a competência para autorizar despesas com aquisição de bens e serviços abrangidos por procedimentos relativos a compras centralizadas da SPMS ou outras Centrais de Compras do Estado, até ao montante de (euro) 300.000,00.

5 - Delegar no administrador responsável pelo Serviço de Gestão Financeira, a competência para autorizar o pagamento de despesas previamente autorizadas e/ou legalmente devidas, qualquer que seja o seu valor.

6 - Delegar no administrador responsável pelo SIADAP, sem a possibilidade de subdelegação, a competência para homologar as avaliações do desempenho de todos os profissionais.


7 - As competências delegadas nos números anteriores podem ser subdelegadas nos dirigentes e chefias com conhecimento ao Conselho de Administração dos respetivos termos e efeitos, sem prejuízo das exceções previstas no n.º 2 e 6.

8 - No caso de impedimento ou ausência de qualquer dos membros do Conselho de Administração as respetivas responsabilidades e competências serão assumidas por qualquer um dos restantes membros, sem prejuízo do disposto na alínea a) do ponto 1.2.

9 - Mensalmente os administradores darão conhecimento ao Conselho de Administração dos atos praticados em termos de despesa no âmbito da delegação ora deliberada que constará em ata.

10 - A presente deliberação produz efeitos à data efetiva da nomeação, ficando por este meio ratificados todos os atos entretanto praticados pelos membros do Conselho de Administração, no âmbito dos poderes ora delegados.

No seguimento da renúncia da Dra. Inês Sofia de Sousa Carlos ao cargo de vogal executiva, procedeu-se à delegação de competências nos membros do Conselho de Administração nos seguintes termos, conforme aprovado por Deliberação do Conselho de Administração de 2022.10.12:



1 - Delegar os poderes de gestão e de coordenação, assim como de responsabilidades partilhadas, de serviços, órgãos de apoio ou outras estruturas, ou áreas funcionais dos administradores, nos seguintes termos:

1.1 - Dr. Licínio Oliveira de Carvalho, Presidente do Conselho de Administração:

- a) Planear e coordenar a atividade do Conselho de Administração e a execução das suas deliberações;
- b) Exercer os poderes necessários a superintender e controlar os serviços, áreas e estruturas do CHL, no sentido de desenvolver a sua eficácia e assegurar o seu pleno funcionamento, sem prejuízo das competências delegadas nos vogais executivos nas matérias que lhe sejam especialmente atribuídas;
- c) Representar o CHL em juízo e fora dele;
- d) Assinar ou visar a correspondência do CHL de e com destino a quaisquer entidades ou organismos públicos;
- e) Outorgar contratos de trabalho, de prestação de serviços, de empreitadas e de aquisição de bens relativos ao funcionamento dos serviços;
- f) Áreas e estruturas:
 - Desenvolvimento Estratégico e Organizacional;
 - Gabinete de Comunicação, Relações Públicas e Imagem;
 - Gabinete Jurídico;
 - Segurança, Catástrofe e Emergência Interna;
 - Serviço de Aprovisionamento;
 - Serviço de Auditoria Interna;
 - Serviço de Gestão Financeira;
 - Serviço de Gestão de Recursos Humanos;
 - Serviço de Instalações e Equipamentos;
 - Serviço Social e Gabinete do Cidadão.



1.2 - Eng.ª Alexandra Borges, Vogal Executiva

a) Substituição do Presidente do Conselho de Administração nas suas ausências e impedimentos conforme n.º 3, do artigo 72.º do Decreto-Lei 52/2022, de 4 de agosto, que aprova os atuais Estatutos dos Centros Hospitalares, E. P. E., revogando o Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro.

b) Áreas e estruturas:

- Centro de Investigação;
- Comissão da Qualidade e Segurança do Doente;
- Comissão Local de Informatização Clínica;
- Gabinete de Auditoria e Codificação Clínica;
- Gabinete de Educação e Formação Permanente;
- Inovação e Empreendedorismo;
- Serviço de Gestão de Doentes;
- Serviço de Imagiologia;
- Serviço de Planeamento e Informação para a Gestão;
- Serviço de Sistemas de Informação;
- Sistema Integrado de Avaliação do Desempenho na Administração Pública (SIADAP);
- Sistema Integrado de Gestão de Acesso (SIGA-SNS).

1.3 - Dr. Salvato Maciel de Castro Feijó, Diretor Clínico

a) Para além das competências previstas do Regulamento Interno do CHL, e sem prejuízo das competências próprias que lhe estão distribuídas por lei, delegar no Diretor Clínico os poderes de gestão e de coordenação das seguintes áreas e estruturas:

- Comissão de Coordenação Oncológica;
- Comissão de Farmácia e Terapêutica;
- Comissão de Gestão de Risco Global;
- Comissão de Normalização de Consumos e Equipamentos;
- Coordenação Hospitalar de Doação;
- Equipa de Gestão de Altas;
- Equipa de Gestão de Camas;
- Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) e Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos Pediátricos (EIHSCPP);



- Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA);
- INEM/Meios de Urgência Pré-Hospitalar;
- Serviço Farmacêutico.

1.4 - *Enf.ª Maria Emília Silva Fernandes Fael, Enf.ª Diretora*

a) Para além das competências previstas no Regulamento Interno do CHL, e sem prejuízo das competências próprias que lhe estão distribuídas por lei, delegar na Enf.ª Diretora os poderes de gestão e de coordenação seguintes áreas e estruturas:

- Comissão de Humanização;
- Equipa de Gestão de Altas;
- Equipa de Gestão de Camas;
- Serviços Gerais;
- Serviços Hoteleiros;
- Serviço de Segurança e de Saúde no Trabalho.
- Unidade de Esterilização;
- Unidade de Nutrição e Dietética.

2 - Delegar, para efeitos de gestão e coordenação dos serviços e áreas referidos no n.º 1, em cada um dos administradores, as seguintes competências:

2.1 - *No âmbito dos Recursos Humanos:*

Tomar todas as decisões relativas à gestão corrente do pessoal necessárias ao normal funcionamento, designadamente, justificar e injustificar faltas, aprovar os planos de férias e respetivas alterações, aprovar as escalas de trabalho, autorizar o processamento de abonos, autorizar a inscrição e participação dos trabalhadores em estágios, congressos, reuniões, seminários, colóquios, cursos de formação e outras iniciativas idênticas que decorram em território nacional;

Autorizar a prestação e o respetivo processamento de trabalho extraordinário que se justifique por motivo urgente e imprevisto, sem prejuízo da necessária ratificação do Conselho de Administração, sem possibilidade de subdelegação.



2.2 - No âmbito da autorização de despesas:

Autorizar despesas com aquisição de bens e serviços e empreitadas de obras públicas até ao montante de (euro) 100.000,00.

3 - Delegar no administrador responsável pelo Serviço de Gestão de Recursos Humanos, as competências referidas no n.º 2.1 relativamente aos trabalhadores não abrangidos por serviços e áreas funcionais próprias dos demais administradores.

4 - Delegar no administrador responsável pelo Serviço de Aprovisionamento, a competência para autorizar despesas com aquisição de bens e serviços abrangidos por procedimentos relativos a compras centralizadas da SPMS ou outras Centrais de Compras do Estado, até ao montante de (euro) 300.000,00.

5 - Delegar no administrador responsável pelo Serviço de Gestão Financeira, a competência para autorizar o pagamento de despesas previamente autorizadas e/ou legalmente devidas, qualquer que seja o seu valor.

6 - Delegar no administrador responsável pelo SIADAP, sem a possibilidade de subdelegação, a competência para homologar as avaliações do desempenho de todos os profissionais.

7 - As competências delegadas nos números anteriores podem ser subdelegadas nos dirigentes e chefias com conhecimento ao Conselho de Administração dos respetivos termos e efeitos, sem prejuízo das exceções previstas no n.º 2 e 6.

8 - No caso de impedimento ou ausência de qualquer dos membros do Conselho de Administração as respetivas responsabilidades e competências serão assumidas por qualquer um dos restantes membros, sem prejuízo do disposto na alínea a) do ponto 1.2.

9 - Mensalmente os administradores darão conhecimento ao Conselho de Administração dos atos praticados em termos de despesa no âmbito da delegação ora deliberada que constará em ata.

10 - A presente deliberação produz efeitos à data efetiva da nomeação, ficando por este meio ratificados todos os atos entretanto praticados pelos membros do Conselho de Administração, no âmbito dos poderes ora delegados.

8. Caracterização do funcionamento do Conselho de Administração, do Conselho Geral e de Supervisão e do Conselho de Administração Executivo



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

Em 2022 realizaram-se 53 reuniões do Conselho de Administração, sendo 50 em sessões ordinárias e 3 em sessões extraordinárias.

O Conselho de Administração reuniu semanalmente, seguindo as regras do funcionamento do órgão estabelecidas, tendo a assiduidade sido em 100%, com exceção do período de férias e licença de parentalidade.

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

Nenhum membro do Conselho de Administração exerce cargos em simultâneo em outras empresas nem outras atividades relevantes.

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

Conforme disposto no n.º 2 do artigo 6.º do Estatuto do Gestor Público, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de março, na sua atual redação, a avaliação do desempenho dos administradores executivos compete aos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde.

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

Não existem comissões no órgão de administração ou supervisão.

D. FISCALIZAÇÃO

1. Identificação do órgão de fiscalização correspondente ao modelo adotado: Fiscal Único, Conselho Fiscal, Comissão de Auditoria, Conselho Geral e de Supervisão ou Comissão para as Matérias Financeiras.

O CHL, nos termos da alínea l) do artigo 3.º do Regime Jurídico de Supervisão e Auditoria, deve dispor de um Conselho Fiscal, ao abrigo do artigo 68.º do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de



agosto, que aprova os atuais Estatutos dos Hospitais EPE e revoga o Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro.

2. Composição, consoante aplicável, do Conselho Fiscal, da Comissão de Auditoria, do Conselho Geral e de Supervisão ou da Comissão para as Matérias Financeiras, ao longo do ano em referência, com indicação do número estatutário mínimo e máximo de membros, duração estatutária do mandato, número de membros efetivos e suplentes, data da primeira designação e data do termo de mandato de cada membro. Caso tenha ocorrido alteração de mandato durante o ano em reporte, a entidade deverá indicar os mandatos respetivos (o que saiu e o que entrou).

De acordo com o n.º 2 e 3 do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, o Conselho Fiscal deve ser constituído por três membros efetivos e por um suplente, sendo um deles o presidente do órgão, nomeados por despacho dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde, por um período de três anos, renovável por uma única vez.

Mandato (Início - Fim)	Cargo	Conselho Fiscal	Designação		Estatuto Remuneratório Fixado Mensal (€)	Nº de anos de funções exercidas na sociedade
			Forma	Data		
2018-2020	Presidente	José António Vila Mona Batalha	Despacho Conjunto do SET e da SES	27.03.2018	801,19	5
2021-2023			n.º 3 do artigo 79.º do Decreto -Lei n.º 52/2022	04.08.2022		
2018-2020	Vogal	Telma Carreira Curado	Despacho Conjunto do SET e da SES	27.03.2018	600,89	5
2021-2023			n.º 3 do artigo 79.º do Decreto -Lei n.º 52/2022	04.08.2022		
2018-2020	Vogal	Ana Paula Jesus Harfouche	Despacho Conjunto do SET e da SES	14.11.2018	600,89	4
2021-2023			n.º 3 do artigo 79.º do Decreto -Lei n.º 52/2022	04.08.2022		
2018-2020	Vogal Suplente	Mário José Alveirinho Carrega	Despacho Conjunto do SET e da SES	27.03.2018		
2021-2023			n.º 3 do artigo 79.º do Decreto -Lei n.º 52/2022	04.08.2022		

O Despacho Conjunto dos Secretários de Estado do Tesouro e da Saúde, de 27 de março de 2018, que procedeu à designação do Conselho Fiscal para o mandato de 2018-2020, produz efeitos a 1 de janeiro de 2018.

Por renúncia ao cargo da vogal efetiva Dra. Elsa Maria Baião Ferreira Airoso Banza, foi designada para o exercício desse cargo, por Despacho Conjunto do Secretário de Estado do Tesouro e da Secretária de Estado da Saúde, de 14 de novembro de 2018, a Dra. Ana Paula de Jesus Harfouche, com efeitos àquela data.



Nos termos do n.º 3 do artigo 79.º do Decreto -Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, os membros do Conselho Fiscal são nomeados por despacho dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde, por um período de três anos, renovável por uma única vez.

Por não ter sido, ainda, proferido despacho de nomeação do Conselho Fiscal para o triénio 2021-2023, mantêm-se os titulares designados para o triénio 2018-2020 em exercício de funções, nos termos do n.º 3 e 6 do artigo 79.º do Decreto -Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto

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

Segue apresentação dos elementos curriculares mais relevantes dos membros Conselho Fiscal:

Presidente – José António da Vila Mona Batalha

Data de nascimento: 17 de outubro de 1960.

Habilitações Académicas

Organização e Gestão de Empresas pelo Instituto Superior de Novas Profissões (1985).

Qualificações Profissionais

Revisor Oficial de Contas (1993);

Técnico Oficial de Contas/Contabilista Certificado (1985).

Atividade Profissional nos últimos 5 anos

Revisor Oficial de Contas desde 1993;

Membro da Assembleia Representativa da Ordem dos Revisores Oficiais de Contas (mandato 2021/2023).

Outras Atividades Profissionais relevantes

Controlador - Relator da Comissão de Controle de Qualidade da Ordem dos Revisores Oficiais de Contas. No âmbito destas funções tem efetuado controlo de qualidade a ROC individuais e a SROC de pequena e grande dimensão;



Ex-Revisor – Coordenador de estágio da Comissão de Estágio da Ordem dos Revisores Oficiais de Contas.

Auditor de diversos programas nacionais e comunitários.

Ex-Professor Assistente de 2º Triénio do Instituto Superior de Humanidades e Tecnologias (ISHT), Pólo da Marinha Grande, nas áreas de Contabilidade, Auditoria e Fiscalidade.

Ex-Formador do Instituto de Emprego e Formação Profissional (FORPESCAS), do Banco de Portugal, na área da Contabilidade Empresarial, da Sojornal (Jornal Expresso), nas áreas de Técnicas Administrativas e Contabilidade, e do CIDEC – Centro Interdisciplinar de Estudos Económicos, nas áreas da Fiscalidade e Contabilidade.

Vogal – Telma Carreira Curado

Data de nascimento: 16 de junho de 1977.

Habilitações Académicas

Economia pelo Instituto Superior de Economia e Gestão/Universidade Técnica de Lisboa (ISEG/UTL) (2000).

Qualificações Profissionais

Revisor Oficial de Contas (2010);

Pós-Graduação em Finanças, INDEG, ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa (2009);

Pós-Graduação em Fiscalidade, IDEFE - Instituto para o Desenvolvimento e Estudos Económicos, Financeiros e Empresariais (IDEFE) do ISEG/UTL (2002).

Atividade profissional nos últimos 5 anos

Revisor Oficial de Contas desde 2010;


Desde 2002 – Sócia da Steam – Business Consulting, Lda.

Outras Atividades Profissionais relevantes

2010-2014 – Professor Convidado, ISLA;

2009-2013 - Professor Convidado, Instituto Politécnico de Tomar;

2007-2009 – Assistente 1º Triénio, Instituto Politécnico de Leiria;



2000-2013 – Assistente de Contabilidade, Universidade Lusófona.

Vogal – Ana Paula de Jesus Harfouche

Data de nascimento: 4 de novembro de 1964.

Habilitações Académicas

Gestão de Empresas pela Universidade Lusíada de Lisboa (1995);

Gestão e Administração Pública pelo Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade Técnica de Lisboa (mestrado-2006);

Ciências Sociais - Especialidade de Administração Pública pelo Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade Técnica de Lisboa (doutoramento-2010).

Qualificações Profissionais

Curso de Análise Estratégica, Geoeconomia e Prospetiva, Instituto de Defesa Nacional (2015/16);

PADE - Programa de Alta Direção de Empresas - AESE/ IESE – *Executive Program e Advanced Management Program* (2013/14);

Mastering Health Care Finance - Harvard Medical International/ Université de Lausanne/ Institute of Health Economics and Management (2008);

Revisor Oficial de Contas (2005);

Mastering Hospitals Industrial Engineering – The University of Vermont - School of Business. Cats-Baril, PhD (2001);

Pós-Graduação em Administração Hospitalar, Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa (1997).

Atividade profissional nos últimos 5 anos

Revisor Oficial de Contas desde 2005;

Desde 2019 – Administradora Hospitalar – Head da Equipa Científica de Projetos de Desenvolvimento Sustentável e Head da AGENDA de SUSTENTABILIDADE e ESG da ARSLVT | Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT).



2016/18 – Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Oeste.

2008/16 - Administradora Hospitalar – Área do Activity Based Costing (ABC) – Projeto de Investigação Aplicada que englobou a conceção em todas as áreas de atividade clínica a criação de um SQL de Custeio, implementação da metodologia ABC, automatização em plataforma SQL de custeio e desenvolvimento da mesma por trajetórias de doentes e de doenças - Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EPE. Publicação na Acta Médica Portuguesa do Value Health Care para o Cancro da Mama.

Outras Atividades Profissionais relevantes

Desde 2018 - Professora na NOVA Medical School | Faculdade de Ciências Médicas;

De 2010 a 2019 - Professora Auxiliar Convidada – Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa.

Vogal Suplente – Mário José Alveirinho Carrega

Data de nascimento: 18 de agosto de 1966.

Habilitações Académicas

Organização e Gestão de Empresas pelo Instituto Superior de Economia e Gestão da Universidade Técnica de Lisboa (1990).

Atividade profissional nos últimos 5 anos

Desde outubro de 2013, Chefe de Divisão da Divisão de Análise e Acompanhamento incorporada na Direção de Serviços de Participações do Estado;

Desde abril de 1997 a setembro de 2013 – Técnico Superior da DGTF, tendo exercido funções na área do Sector Empresarial do Estado (SEE) – atual Direção de Serviços de Participações do Estado - consubstanciadas no acompanhamento da situação de entidades e empresas em que o Estado intervém como tutela financeira, acionista e na efetivação das operações associadas a essa intervenção

Outras Atividades Profissionais relevantes

03/12/1996 a 31/03/1997 - Chefe de Divisão da Divisão Administrativa e Financeira, da Direção-Geral da Administração Autárquica;



19/05/1993 a 29/11/1996 - Técnico Superior da Direção Geral do Tesouro (DGT), tendo exercido funções na Direção de Serviços Financeiros designadamente, na Divisão de Participações do Estado e na Divisão de Coordenação Orçamental e Bonificações;

14/10/1992 a 18/05/1993 - Técnico Superior da Direção-Geral de Apoio ao Tribunal de Contas, tendo exercido funções relacionadas com a Fiscalização Sucessiva às contas de gerência dos organismos e serviços dependentes do Ministério do Emprego e Segurança Social;

04/03/1992 a 13/10/1992 – Técnico Superior da DGT tendo exercido funções no Gabinete de Organização Informática;

14/09/1990 a 28/02/1992 – Auditor na Price Waterhouse, tendo exercido funções em empresas nacionais e multinacionais, de diferentes ramos de atividade, designadamente, bancário, hoteleiro, produção e comercialização de produtos farmacêuticos, avaliação de empresas, construção civil e obras públicas, construção e reparação naval e corticeiro.

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

Não foram contratados quaisquer serviços adicionais a serviços de auditoria ao auditor externo, nem se encontram definidos ainda quaisquer procedimentos e critérios aplicáveis à intervenção do órgão de fiscalização para o efeito.

5. Outras funções dos órgãos de fiscalização e, se aplicável, da Comissão para as Matérias Financeiras

O órgão de fiscalização não desempenhou outras funções no Centro Hospitalar de Leiria.

6. Identificação, consoante aplicável, dos membros do Conselho Fiscal, da Comissão de Auditoria, do Conselho Geral e de Supervisão ou da Comissão para as Matérias Financeiras que se considerem independentes, nos termos do n.º 5 do artigo 414.º, do CSC

Consideram-se independentes, para efeitos do estipulado no Código das Sociedades Comerciais, todos os membros do Conselho Fiscal, na sua atual composição (José António da Vila Mona Batalha – Presidente e Telma Carreira Curado e Ana Paula de Jesus Harfouche – Vogais).

7. Caracterização do funcionamento do Conselho Fiscal, da Comissão de Auditoria, do Conselho Geral e de Supervisão ou da Comissão para as Matérias Financeiras, indicando designadamente, consoante aplicável:



a) Número de reuniões realizadas e respetivo grau de assiduidade por parte de cada membro

N.º Reuniões	Local de realização	Intervenientes na reunião	Ausências dos membros do Órgão de Fiscalização
Ata n.º 50 de 12 de janeiro de 2022	Campo Grande, Lisboa	Membros do Conselho Fiscal	Não se verificaram ausências
Ata n.º 51 de 16 de fevereiro de 2022	Campo Grande, Lisboa	Membros do Conselho Fiscal	Não se verificaram ausências
Ata n.º 52 de 9 de março de 2022	Campo Grande, Lisboa	Membros do Conselho Fiscal	Não se verificaram ausências
Ata n.º 53 de 17 de março de 2022	Via telemática	Membros do Conselho Fiscal e do Revisor Oficial de Contas	Não se verificaram ausências
Ata n.º 54 de 30 de março de 2022	Via telemática	Membros do Conselho Fiscal, do Conselho de Administração e do Revisor Oficial de Contas	Não se verificaram ausências
Ata n.º 55 de 31 de março de 2022	Campo Grande, Lisboa	Membros do Conselho Fiscal	Não se verificaram ausências
Ata n.º 56 de 29 de abril de 2022	Via telemática	Membros do Conselho Fiscal	Não se verificaram ausências
Ata n.º 57 de 11 de maio de 2022	Via telemática	Membros do Conselho Fiscal	Não se verificaram ausências
Ata n.º 58 de 12 de julho de 2022	Via telemática	Membros do Conselho Fiscal e Auditoria Interna	Não se verificaram ausências
Ata n.º 59 de 22 de julho de 2022	Campo Grande, Lisboa	Membros do Conselho Fiscal	Não se verificaram ausências
Ata n.º 60 de 27 de julho de 2022	Via telemática	Membros do Conselho Fiscal e Auditoria Interna	Não se verificaram ausências
Ata n.º 61 de 18 de agosto de 2022	Campo Grande, Lisboa	Membros do Conselho Fiscal	Não se verificaram ausências
Ata n.º 62 de 25 de agosto de 2022	Campo Grande, Lisboa	Membros do Conselho Fiscal	Não se verificaram ausências
Ata n.º 63 de 27 de outubro de 2022	Via telemática	Membros do Conselho Fiscal	Não se verificaram ausências
Ata n.º 64 de 30 de novembro de 2022	Via telemática	Membros do Conselho Fiscal e Auditoria Interna	Não esteve presente o Presidente do CF (José Batalha), por razões justificadas

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

Presidente – José António da Vila Mona Batalha

Revisor Oficial de Contas/Fiscal Único, como administrador da ABC - Azevedo Rodrigues, Batalha, Costa & Associados, SROC, LDA., de pequenas e médias entidades;

Membro da Assembleia Representativa da Ordem dos Revisores Oficiais de Contas;

Presidente do Conselho Fiscal do Centro Hospital do Médio Tejo, EPE;

Presidente do Conselho Fiscal do Hospital Distrital de Santarém, EPE.

Vogal – Telma Carreira Curado

Revisor Oficial de Contas/Fiscal Único, como administrador da TCC & Associados, SROC, LDA., de pequenas e médias entidades;

Vogal do Conselho Fiscal do Centro Hospital do Médio Tejo, EPE;

Vogal do Conselho Fiscal do Hospital Distrital de Santarém, EPE;



Presidente da Comissão de Auditoria da FundBox, SCR;

Vogal – Ana Paula de Jesus Harfouche

Projetos para o Desenvolvimento Sustentável – AGENDA ARSLVT para a SUSTENTABILIDADE – na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo;

Vogal do Conselho Fiscal do Montepio Geral, Associação Mutualista;

Vogal do Conselho Fiscal do Centro Hospital do Médio Tejo, EPE;

Vogal do Conselho Fiscal do Hospital Distrital de Santarém, EPE.

Vogal Suplente – Mário José Alveirinho Carrega

Vogal do Conselho Fiscal da ADP - Águas de Portugal, SGPS, S.A.;

Presidente da Mesa da Assembleia Geral da SIMAB – Sociedade Instaladora de Mercados Abastecedores, S.A.;

Presidente do Conselho Fiscal da APS, Administração do Porto de Sines, SA,

Secretário da Mesa da Assembleia Geral da Parvalorem, SA

Secretário da Mesa da Assembleia Geral da Parparticipadas, SA

Fundador Honorário da Fundação Museu do Douro

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. Caso tenha ocorrido alteração de mandato durante o ano em reporte, a entidade deverá indicar os mandatos respetivos (o que saiu e o que entrou)

De acordo com o disposto no n.º 4 do artigo 79.º do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, que aprova os atuais Estatutos dos Hospitais EPE e revoga o Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro, o Revisor Oficial de Contas é nomeado por despacho conjunto dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde, sob proposta fundamentada do Conselho Fiscal.



Nos termos do Despacho Conjunto dos Secretários de Estado do Tesouro e da Saúde, de 12 de julho de 2018, foi designado Revisor Oficial de Contas do CHL, para o mandato 2018-2020, incluindo ainda o ano de 2017, a sociedade BDO & Associados - SROC Lda., inscrita na Ordem dos ROC sob o n.º 29 e registada na CMVM sob o n.º 20161384, representada pelo Dr. João Paulo Torres Cunha Ferreira, inscrito na Ordem dos ROC sob o n.º 956 e na CMVM sob o n.º 20160573, a prestar serviços a este Centro Hospitalar desde o exercício de 2018, ano em que prestou o serviço de revisão legal das contas do exercício de 2017.

Em 2019, por motivos de falecimento do Dr. João Paulo Torres Cunha Ferreira, a BDO & Associados - SROC Lda. passou a ser representada pelo Dr. António José Correia de Pina Fonseca, inscrito na Ordem dos ROC sob o n.º 949 e na CMVM sob o n.º 20160566.

Estando o Revisor Oficial de Contas originalmente mandatado para o triénio 2018-2020, foi apresentada proposta fundamentada, pelo Conselho Fiscal, de renovação de mandato da BDO & Associados - SROC Lda., aos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde para o triénio 2021-2023.

O Despacho n.º 1300/2022, de 24 e 25 de janeiro de 2022, dos Secretários de Estado do Tesouro e da Saúde, designa como Revisor Oficial de Contas do CHL, para o triénio de 2022-2024, a sociedade BDO & Associados, SROC, Lda. registada como SROC n.º 29 junto da OROC e na CMVM com o n.º 20161384, representada por António José Correia de Pina Fonseca, ROC n.º 949, inscrito na CMVM com o n.º 20160566.

Os honorários ilíquidos do ROC para o triénio apresentam o montante total de € 59.400.

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

O mandato do revisor oficial de contas tem a duração de três anos, renovável por única vez, conforme estabelecido no n.º 4 do artigo 79.º do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto.

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



No que se refere ao Centro Hospitalar de Leiria, EPE, a BDO & Associados, SROC, Lda. foi designada para o mandato 2018-2020 e Certificação Legal de Contas de 2017 e para o mandato 2022-2023, tendo dado continuidade ao serviço de revisão legal de contas no exercício de 2021. A BDO & Associados, SROC, Lda. foi, também, designada como Revisor Oficial de Contas do CHL, para o triénio de 2022-2024, conforme Despacho n.º 1300/2022, de 24 e 25 de janeiro de 2022, dos Secretários de Estado do Tesouro e da Saúde.

Mandato (Início - Fim)	Cargo	Identificação SROC/ROC			Designação			Nº de anos de funções exercidas no grupo	Nº de anos de funções exercidas na sociedade
		Nome	Nº de inscrição na OROC	Nº Registo na CMVM	Forma	Data	Data do Contrato		
2017	SROC (efetiva)	BDO & Associados, SROC, Lda.	29	20161384	Despacho Conjunto dos Secretários de Estado do Tesouro e da Saúde	12.07.2018	28.11.2018	6	6
2018-2020									
2021									
2022-2024									
2022-2024	SROC (suplente)	Oliveira, Reis & Associados, Lda.	23	20161381	Despacho n.º 1300/2022, dos Secretários de Estado do Tesouro e da Saúde	24.01.2022 25.01.2022			
2017 - 2018	ROC (efetivo)	Representada por: João Paulo Torres Cunha Ferreira	956	20160573	Despacho Conjunto dos Secretários de Estado do Tesouro e da Saúde	12.07.2018	28.11.2018	2	2
2019-2020	ROC (efetivo)	Representada por: António José Correia de Pina Fonseca	949	20160566					
2021									
2022-2024									
2022-2024	ROC (suplente)	Representada por: Joaquim Oliveira de Jesus	1056		Despacho n.º 1300/2022, dos Secretários de Estado do Tesouro e da Saúde	24.01.2022 25.01.2022			

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

A BDO & Associados, SROC, Lda. não prestou ao CHL, quaisquer serviços distintos dos serviços de revisão legal de contas.

F. CONSELHO CONSULTIVO

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



De acordo com o n.º 1 do artigo 83.º do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, que aprova os atuais Estatutos dos Hospitais EPE e revoga o Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro, o conselho consultivo é composto por 8 membros, cujo mandato tem a duração de 3 anos, sem prejuízo da possibilidade da sua substituição, a todo o tempo, pelas entidades que o designaram ou elegeram.

Em 2018.11.07 o Conselho de Administração deliberou divulgar aos profissionais a composição do Conselho Consultivo:

Conselho Consultivo	
Presidente	Álvaro José Brilhante Laborinho Lúcio
Membro nomeado pelo Ministério da Saúde	Maria Pedro Sucena Guarino
Representante da ARS Centro	António da Silva Cabeço
Representante dos Utentes	Paulo Lameiro
Representante dos Trabalhadores	Fernando Mendes Parreira
Representante do Voluntariado	Norberto Antunes Serra
Representantes do CHL	Manuel Jesus Antunes
	José Carlos Rodrigues Gomes

G. AUDITOR EXTERNO

O CHL não tem Auditor Externo.



VI. ORGANIZAÇÃO INTERNA

A. ESTATUTOS E COMUNICAÇÕES

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

O Centro Hospitalar de Leiria (CHL) é uma Entidade Pública Empresarial (EPE), integrada no Setor Público Empresarial, os seus Estatutos encontram-se expressos no, do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, diploma que aprova os Estatutos dos hospitais, centros hospitalares, institutos portugueses de oncologia e unidades locais de saúde, integrados no setor empresarial do Estado ou no setor público administrativo.

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

Conforme estipulado no artigo 87.º, do capítulo IV, dos Estatutos dos centros hospitalares, aprovados e publicados pelo Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, o CHL dispõe de um sistema de controlo interno e de comunicação de irregularidades, competindo ao Conselho de Administração assegurar a sua implementação e ao Auditor Interno a responsabilidade pela sua avaliação. Neste sentido, o Regulamento de Comunicação de Irregularidades foi aprovado pelo Conselho de Administração a 2015.06.25, com última atualização (2.ª revisão) aprovada por deliberação do mesmo órgão de 2021.10.13, encontrando-se em vigor e disponível no *site* do CHL (<http://www.chleiria.pt/o-hospital/-/servico-de-auditoria-interna-31/>).

Conforme disposto no artigo 4.º deste Regulamento, o procedimento para receção de comunicações de eventuais irregularidades segue os seguintes trâmites:

1. As comunicações de irregularidades abrangidas pelo presente regulamento devem ser efetuadas da seguinte forma:
 - a) Por correio eletrónico para o endereço (irregularidades@chleiria.min-saude.pt), criado exclusivamente para esse efeito, ou por via postal, remetida ao Serviço de Auditoria Interna do Centro Hospitalar de Leiria, para a seguinte morada: Rua das Olhalvas, Pousos, 2410 – 197 Leiria;
 - b) As comunicações de irregularidades expedidas por via postal devem indicar no exterior do envelope a expressão “Comunicação de Irregularidade” ou “Confidencial”;
 - c) Nas suas comunicações, eletrónicas e escritas, o autor deve identificar-se e, se for o caso, declarar prescindir do regime de confidencialidade;



- d) Conter uma descrição dos factos que suportam a apreciação da irregularidade comunicada;
 - e) Os canais de comunicação de irregularidades serão objeto de divulgação no sítio da intranet e da internet.
2. O Gabinete de Gestão de Risco e o Gabinete do Cidadão devem comunicar ao Serviço de Auditoria Interna as notificações recebidas que se enquadrem no âmbito do conceito de irregularidade definido no artigo 2.º do presente regulamento.

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

Por deliberação do Conselho de Administração de 2011.05.26, foi aprovado o Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas, com última atualização (4.ª revisão) aprovada por deliberação do mesmo órgão de 2021.06.16, onde se identificam os riscos, a sua categoria, procede-se à sua avaliação, probabilidade de ocorrência, impacto, nível de controlo e respetivas medidas preventivas, abrangendo todas as áreas de gestão e logística do Centro Hospitalar, o Conselho de Administração e, áreas clínicas.

Este Plano encontra-se divulgado e disponibilizado em todas as áreas operacionais do Hospital, e no *site* do CHL:

<https://www.chleiria.pt/o-hospital/-/gestao-de-riscos-de-corrupcao-e-infracoes-conexas-105/>

Relativamente às políticas antifraude adotadas e identificação de ferramentas existentes com vista à mitigação e prevenção de fraude organizacional remetemos para o ponto 3 da área seguinte referente ao Controlo Interno e Gestão de Risco.

B. CONTROLO INTERNO E GESTÃO DE RISCOS

1. Informação sobre a existência de um Sistema de Controlo Interno (SCI) compatível com a dimensão e complexidade da entidade, de modo a proteger os investimentos e os seus ativos

O Centro Hospitalar dispõe de sistema de controlo para proteção dos seus investimentos e ativos, tendo por base a gestão global de risco da organização, competindo ao Auditor Interno a sua avaliação e ao Conselho de Administração assegurar a sua implementação e manutenção.

O sistema de controlo interno compreende um conjunto de estratégias, políticas, processos, regras e procedimentos estabelecidos no CHL com vista a garantir:



i. Um desempenho eficiente da atividade que assegure a utilização eficaz dos ativos e recursos, a continuidade, a segurança e a qualidade da prestação de cuidados de saúde, através de uma adequada gestão e controlo dos riscos da atividade, da prudente e correta avaliação dos ativos e responsabilidades, bem como da definição de mecanismos de prevenção e de proteção do serviço público contra atuações danosas;

ii. A existência de informação financeira e de gestão que suporte as tomadas de decisão e os processos de controlo, tanto no nível interno como no externo;

iii. O respeito pelas disposições legais e regulamentares aplicáveis, bem como pelas normas profissionais e deontológicas aplicáveis, pelas regras internas e estatutárias, regras de conduta e de relacionamento, orientações tutelares e recomendações aplicáveis de entidades externas como o Tribunal de Contas.

Neste contexto, encontra-se concluído e implementado um sistema de controlo interno consubstanciado em manuais de procedimentos para cada área operacional (v.g. Recursos Humanos, Gestão de Doentes, Aprovisionamento, Gestão do Imobilizado, Farmácia, Gestão Financeira) e está implementado o processo de verificação da execução do Plano de Gestão de Riscos e Infrações Conexas. Os manuais foram elaborados a partir das orientações da ACSS, que estabeleceu e divulgou as melhores práticas de controlo em relação aos principais processos - tendo presente a segregação de funções e o impacto operacional e financeiro - da atividade hospitalar.

Dos vários mecanismos implementados que contribuem para a redução dos riscos relevantes, destacamos, para além do plano de gestão de risco e infrações conexas:

- Código de ética;
- Regulamento Interno;
- Manuais de procedimentos administrativos e contabilísticos;
- Regulamento de Comunicação de Irregularidades;
- Acreditação Internacional da Qualidade pela *JointCommissionInternational* para o triénio de 2019-2022 (acreditação é global, transversal a todas as áreas do Centro Hospitalar de Leiria, desde infraestruturas, equipamentos, ambiente, cuidados assistenciais, prevenção e controlo da infeção, direitos do doente, formação dos colaboradores, etc.);
- Regulamento Geral de Proteção de Dados.

Em adicional, nos termos do n.º 1 do artigo 79.º dos Estatutos dos Hospitais EPE, aprovados e publicados pelo Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, a fiscalização e controlo da legalidade



da gestão financeira e patrimonial é exercida por um conselho fiscal e por uma sociedade de revisores oficiais de contas.

2. Identificação de 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

O Conselho de Administração é o órgão máximo com responsabilidades no sistema de controlo interno e de gestão do risco, incluindo de corrupção e infrações conexas e o sistema de comunicação interna de irregularidades, competindo-lhe assegurar a sua implementação e manutenção.

Ao Serviço de Auditoria Interna, nos termos do artigo 86.º dos Estatutos dos Hospitais EPE, aprovados e publicados pelo Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, compete a avaliação dos processos de controlo interno e de gestão de riscos, nos domínios contabilístico, financeiro, operacional, informático e de recursos humanos, contribuindo para o seu aperfeiçoamento contínuo.

O Serviço de Auditoria Interna, à data de 2022.12.31, era constituído por um Técnico Superior de Auditoria, por conta da aposentação do Auditor Interno com efeitos a 2020.12.02. A nomeação do novo Auditor Interno foi aprovada por deliberação do Conselho de Administração de 2023.02.22, com início de funções a 1 de julho de 2023.

Os Diretores dos Serviços são responsáveis pela organização, aplicação e acompanhamento do sistema de controlo interno incluindo do plano de prevenção de riscos de gestão, incluindo de corrupção e infrações conexas na parte respetiva às suas áreas de atuação.

3. Em caso de existência de um plano estratégico e de política de risco da entidade, transcrição da definição de níveis de risco considerados aceitáveis e identificação das principais medidas adotadas

No Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas identificam-se como principais os seguintes riscos:



Conselho de Administração

Categoria do risco	Risco identificado	Risco inerente		Risco efetivo		Medidas preventivas
		Impacto	Ocorrência	Nível de controlo	Grau de risco	
RO; RP	Abuso de poder no exercício de funções de chefia	Elevado	Ocasional	Adequado	Elevado	a) Identificação e publicação das delegações de competências/pelouros atribuídos no Relatório de Governo Societário; b) Sensibilização para as sanções presentes nos Estatutos do Gestor Público, em caso de infrações que cometam no exercício das suas funções.
RCO; RO	Exercício de atividades não autorizadas	Significativo	Ocasional	Adequado	Baixo	a) Obrigatoriedade de preenchimento de declaração de autorização de acumulação de funções, conforme disposto no artigo 29.º da Lei nº 12 A/2008, de 27 de fevereiro; c) Registo biométrico da assiduidade a todos os grupos profissionais.
RCO	Ausência da declaração de conflito de interesses	Moderado	Ocasional	Forte	Muito baixo	a) Existência de Declaração escrita dos membros do CA em que não existem quaisquer relações suscetíveis de gerar conflitos de interesses com fornecedores, clientes, instituições financeiras ou quaisquer outros parceiros de negócios, nos termos do artigo 52.º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro.
RO; RP	Violação dos princípios da igualdade e da proporcionalidade	Significativo	Ocasional	Adequado	Baixo	a) Criação de níveis de serviço que garantam que situações iguais têm tratamentos iguais; b) Segregação de funções; c) Rotatividade de funções; d) Promoção da tomada de decisão pelos vários membros do CA, em reunião conjunta.

Áreas clínicas

Categoria do risco	Risco identificado	Risco inerente		Risco efetivo		Medidas preventivas
		Impacto	Ocorrência	Nível de controlo	Grau de risco	
RCO; RO; RP	Acesso ou uso não autorizado da informação clínica	Elevado	Muito frequente	Adequado	Elevado	1- Acesso à aplicação feito através de perfis de utilizador; 2- Definição de procedimentos no âmbito do cumprimento do Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD).
RCO; RO; RP	Desvios na lista de espera (cirurgia e consulta) pelo favorecimento de utentes	Significativo	Muito frequente	Adequado	Elevado	1- Monitorização das listas de espera para consulta e cirurgia, com níveis de prioridade estabelecidos; 2- Realização de auditorias às listas de espera.
RP; RO	Favorecimento de prestadores privados na realização de MCDT prescritos em detrimento do CHL	Significativo	Frequente	Adequado	Elevado	1- Realização de relatórios com indicação dos MCDT que foram mais vezes realizados no exterior e clínicas onde foram realizados; 2- Auditorias ao agendamento de MCDT.
RO; RE	Realização externa de atos clínicos sem validação da capacidade instalada	Elevado	Muito frequente	Adequado	Elevado	1- Controlo dos exames realizados por médico executante; 2- Análise da capacidade instalada e taxa de utilização dos equipamentos;
RCO; RO; RE	Fixação de objetivos inacessíveis numa perspetiva de constante crescimento do nível da produção (atividade assistencial)	Significativo	Ocasional	Inadequado	Baixo	1- Necessidade de adequação das perspetivas de produção ao número de recursos humanos; 2- Modelação da oferta de cuidados de saúde às necessidades da população.
RO	Tempestividade no acesso a relatórios de MCDT prescritos	Significativo	Muito frequente	Inadequado	Elevado	1 - Realização de auditorias da qualidade aos tempos de acesso aos relatórios de MCDT; 2 - Penalização pelo incumprimento dos prazos contratualizados.



Serviço de Gestão de Doentes

Categoria do risco	Risco identificado	Risco inerente		Risco efetivo		Medidas preventivas
		Impacto	Ocorrência	Nível de controlo	Grau de risco	
RCO; RO; RSI	Erros e falhas na recolha e atualização dos dados dos utentes	Moderado	Frequente	Adequado	Baixo	1 - Ligação de validação de dados via RNU; 2 - Promoção de formação do corpo técnico que executa a inscrição do utente no momento da admissão; 3 - Realização de auditorias aos dados administrativos; 4 - Correção das anomalias identificadas;
RCO; RO	Falta de cobrança de taxas moderadoras no momento da efetivação do ato médico	Significativo	Muito frequente	Forte	Moderado	1 - Ligação de validação de dados à RNU de forma a validar a isenção da taxa; 2 - Implementação de procedimentos que garantam maior celeridade na cobrança; 3 - Avaliação de eficácia individual, na cobrança de taxas moderadoras (Serviço de urgência); 4 - Promoção de formação do corpo técnico que executa a cobrança.
RCO; RO	Isenção de pagamentos de taxas moderadoras de forma indevida	Significativo	Muito frequente	Adequado	Elevado	1 - Auditorias aos registos manuais de isenção do utente; 2 - Recolha e arquivo de comprovativo a fundamentar a isenção manual; 3 - Elaboração e divulgação de procedimento escrito sobre as isenções.
RCO; RO	Anulação indevida de recibo de taxas moderadoras	Significativo	Muito frequente	Adequado	Elevado	1 - Todas as anulações são validadas ou aprovadas pelas coordenadoras dos respetivos secretariados; 2 - Todos os recibos anulados fazem parte integrante da documentação entregue na tesouraria; 3 - Realiza-se recolha e arquivo de comprovativo a fundamentar anulação do recibo; 4 - Os utentes assinam os recibos anulados a validar o recebimento do valor.
RO	Apropriação indevida de taxas moderadoras	Significativo	Frequente	Forte	Moderado	1 - Sensibilização para as sanções que inibam práticas de apropriação indevida de valores;
RO; RE	Transporte de valores referentes a taxas moderadoras recebidas de forma pouco segura	Significativo	Muito frequente	Adequado	Elevado	1 - Existência de cofres nos secretariados para guarda dos valores; 2 - Contagem de valores na presença de um segundo elemento; 3 - Centralização da conferência de valores, incluindo os valores recebidos no HSA e HABLO; 4 - Segregação de funções na recolha dos valores nos terminais automáticos da consulta externa;
RCO; RO; RE; RP	Cedência de informação clínica no âmbito do pedido centralizado	Significativo	Frequente	Adequado	Elevado	1 - Divulgação dos procedimentos definidos e aprovados no controlo de autorizações;
RO; RE; RP	Recurso em excesso a meios de diagnóstico exteriores	Significativo	Muito frequente	Adequado	Elevado	1 - A totalidade dos pedidos de realização de exames no exterior carece de aprovação pelo respetivo Diretor de Serviço; 2 - Pedidos em que existe protocolo carecem de aprovação da Diretora do SGD; 3 - Pedidos sem protocolo são alvo de análise pelo núcleo de exames ao exterior e necessitam de aprovação pelo CA.
RCO; RO; RP	Desrespeito pela regulamentação aplicável e inadequação das condições de transporte do doente	Significativo	Muito frequente	Adequado	Elevado	1 - Monitorização mensal da atividade; 2 - Circuito eletrónico da prescrição e aprovação das requisições; 3 - Análise das ocorrências e reclamações e definidas ações.
RO; RP	Não entrega das pertenças aos doentes	Moderado	Muito frequente	Adequado	Baixo	1 - Segregação de funções na guarda e entrega dos pertences; 2 - Existência de um cofre específico para episódios de valor com acesso controlado.
RCO; RO	Manuais de procedimentos desatualizados	Moderado	Ocasional	Inadequado	Baixo	1 - Existência / atualização dos manuais de procedimentos



Serviço de Gestão de Recursos Humanos

Categoria do risco	Risco identificado	Risco inerente		Risco efetivo		Medidas preventivas
		Impacto	Ocorrência	Nível de controlo	Grau de risco	
RCO; RO	Faltas, férias e licenças em desconformidade legal	Significativo	Frequente	Forte	Moderado	1 - Todas as informações sobre faltas, férias e licenças devem conter fundamentação legal; 2 - Os planos de férias são autorizados pelo CA, sob proposta dos Diretores dos Serviços.
RO; RSI	Modificação dos dados da assiduidade	Significativo	Frequente	Adequado	Elevado	1 - Verificação mensal de processamentos, imediatamente antes e após o fecho; 2 - Trabalhadores do SGRH não devem executar tarefas operacionais de gestão da assiduidade; 3 - O acesso à aplicação de gestão de assiduidade deve realizar-se mediante a identificação do utilizador e respetiva <i>password</i> .
RO	Registo indevido de assiduidade	Significativo	Muito Frequente	Inadequado	Elevado	1 - Verificação do registo da assiduidade de cada trabalhador, sendo que, em caso de omissão de registo e respetiva justificação, o processamento salarial correspondente não deve ser efetuado. A justificação apresentada pela omissão do registo biométrico deve ser comunicada ao Superior Hierárquico; 2 - SGRH realiza monitorização mensal por grupo profissional, de cinco trabalhadores com ausência de registo biométrico e respetiva justificação.
RCO	Processamentos de valores de vencimento sem fundamentação legal	Significativo	Ocasional	Forte	Muito baixo	1 - Todos os processamentos de valores devem conter fundamentação legal; 2 - Análise mensal pelo SGRH das cinco maiores variações em valor no processamento salarial, e respetiva justificação. Na ausência de justificação para a variação deve ser comunicada a situação ao SAI.
RCO; RE	Ausência de suporte às remunerações fora do período normal de trabalho	Elevado	Muito Frequente	Inadequado	Critico	1 - Confirmação das escalas elaboradas pelas chefias e aprovadas pelo CA; 2 - O número de recursos humanos presentes nas escalas deve ser devidamente justificado; 2 - Processamento só realizado após autorizado pelo CA.
RCO; RO	Incumprimento do número de horas mensais dos profissionais em regime de contrato de prestação de serviço	Significativo	Muito Frequente	Forte	Moderado	1 - Controlo por registo biométrico para a totalidade dos prestadores de serviço; 2 - Inserção no sistema de informação do SGRH do número de horas mensais a realizar pelo prestador; 3 - Controlo mensal do número de horas contratualizadas e executadas.
RCO; RE	Favorecimento no processo de seleção de candidatos	Significativo	Frequente	Adequado	Elevado	1 - Obrigatoriedade de definição de critérios objetivos para a seleção de candidatos; 2 - Júri do concurso composto por elementos do SGRH e da área a recrutar; 3 - Nomeação de um elemento do júri diferenciado, e se possível, externo ao CHL; 4 - Os contratos são assinados e autorizados pelo CA.
RCO	Não cumprimento das determinações legais para prover cargos de direção	Elevado	Ocasional	Forte	Moderado	1 - Cumprimento das determinações legais;
RP	Acesso indevido a informação confidencial relacionada com os profissionais	Significativo	Ocasional	Adequado	Baixo	1 - Utilização do sistema de informação por utilizador, com definição de níveis de acesso em função das tarefas a realizar; 2 - Formação dos colaboradores na área de proteção de dados/confidencialidade; 3 - Acesso ao arquivo controlado por elemento do SGRH.
RCO; RO	Manual de procedimentos inexistente / desatualizado	Significativo	Ocasional	Inadequado	Moderado	1 - Revisão e atualização dos manuais de procedimentos de acordo com os requisitos legais e normas internas.

Serviço de Gestão Financeira

Categoria do risco	Risco identificado	Risco inerente		Risco efetivo		Medidas preventivas
		Impacto	Ocorrência	Nível de controlo	Grau de risco	
RCO; RO	Pagamento de despesa sem visto prévio do tribunal de contas	Significativo	Muito frequente	Adequado	Elevado	1 - No processo de cabimentação prévia, o Serviço de Aprovisionamento informa o Serviço de Gestão Financeira sempre que há processos de compra a aguardar Visto do Tribunal de Contas. 2 - O Serviço de Gestão Financeira bloqueia os pagamentos associados a este processo.
RCO	Pagamento a fornecedores referentes a processos sem publicitação no portal BaseGov	Significativo	Muito frequente	Inadequado	Elevado	1 - O Serviço de Gestão Financeira sempre que realiza pagamentos a fornecedor, extrai listagem atualizada dos processos publicitados no portal BaseGov, e bloqueia os pagamentos associados aos processos sem publicitação.
RO	Pagamentos preferenciais mais céleres a determinados fornecedores	Moderado	Muito frequente	Adequado	Baixo	1 - Segregação de funções; 2 - Análise mensal da antiguidade de saldos de fornecedores pelo Serviço de Gestão Financeira; 3 - Circularização de saldos de fornecedores.
RCO	Pagamento de despesa sem confirmação de situação contributiva e tributária do fornecedor estar regularizada.	Moderado	Muito frequente	Adequado	Baixo	1 - O Serviço de Gestão Financeira confirma a situação contributiva e tributária do fornecedor antes de ser feito qualquer pagamento (pagamentos superiores a €5000).
RO	Pagamentos em montantes superiores aos efetivamente faturados	Moderado	Muito frequente	Adequado	Baixo	1 - Segregação de funções. 2 - Verificação da inexistência de pagamentos divergentes dos valores das faturas; 3 - Análise regular da conta corrente de fornecedores; 4 - Circularização dos fornecedores.
RO	Manutenção de dados mestre de fornecedores	Reduzido	Frequente	Forte	Baixo	1 - Segregação de funções; 2 - Confirmação de dados com a contraparte de forma regular.
RCO; RO	Tempestividade no registo contabilístico de documentos	Moderado	Muito frequente	Inadequado	Moderado	1 - As faturas após confirmação da entrada do bem/prestação do serviço pelo SA, são contabilizadas em conta corrente do fornecedor. 2 - Nos casos em que os artigos são acompanhados de guia de remessa, realiza-se registo em conta de faturas em receção e conferência para posterior registo da fatura;
RO	Desvio de fundos	Moderado	Muito frequente	Inadequado	Moderado	1 - Elaboração diária das folhas de caixa, com conferência pelo superior hierárquico. 2 - Realização de reconciliações bancárias por colaborador não afeto à tesouraria; 3 - Circularização periódica dos saldos de terceiros
RO	Cobranças não depositadas, total ou parcialmente	Moderado	Muito frequente	Adequado	Baixo	1 - Privilegiar os recebimentos por transferência bancária, utilizar <i>homebanking</i> , reduzindo a utilização de cheques e dinheiro; 2 - Reconciliações bancárias mensais; 3 - Segregação de funções.
RO	Incobrábilidade	Reduzido	Muito frequente	Adequado	Muito baixo	1 - Análise periódica de saldos de clientes; 2 - Gestão de cobrança de documentos vencidos; 3 - Envio de relação de clientes em atraso para o Gabinete Jurídico.
RCO	A execução orçamental conduza um aumento dos pagamentos em atraso.	Moderado	Muito frequente	Adequado	Baixo	1 - Aplicação das restrições impostas pelo artigo 8.º da Lei n.º 8/2012, de 21 de fevereiro; 2 - Controlo efetivo da assunção de compromissos com a emissão de alertas pelo Serviço de Gestão Financeira ao CA e Serviço de Aprovisionamento.
RCO; RO	Manuais de procedimentos desatualizados ou inexistentes	Reduzido	Frequente	Adequado	Muito baixo	1 - Elaboração de manuais detalhados para os procedimentos executados pelo Serviço de Gestão Financeira sem registos dos mesmos; 2 - Revisão e atualização dos manuais de procedimentos de acordo com os requisitos legais e as normas internas.



Serviço de Aprovisionamento

Categoria do risco	Risco identificado	Risco inerente		Risco efetivo		Medidas preventivas
		Impacto	Ocorrência	Nível de controlo	Grau de risco	
RCO; RO	Aquisições de bens e serviços por ajuste direto e consulta prévia - ao mesmo fornecedor	Significativo	Muito Freqüente	Adequado	Elevado	1- Fundamentação e justificação da necessidade de aquisição; 2 - Emissão de parecer por parte do Gabinete Jurídico; 3- Aferição do previsto no artigo 113.º do CCP.
RCO; RO	Supressão de procedimentos nos processos de aquisição de bens e serviços	Significativo	Muito Freqüente	Forte	Moderado	1- Segregação de funções em termos de consulta ao mercado, pedidos de compra e gestão de dados mestre de fornecedores; 2- Emissão de parecer por parte do Gabinete Jurídico; 3 - Listar e confirmar o cumprimento dos procedimentos;
RCO; RO	Fracionamento da despesa na aquisição de bens e serviços (repetição de aquisição do mesmo bem ao longo do ano)	Significativo	Freqüente	Adequado	Elevado	1-Elaboração de plano de compras (anual); 2 - Levantamento junto dos serviços de novas aquisições.
RCO; RO	Conflito de interesses - processos de aquisição de bens, serviços e empreitadas	Significativo	Muito Freqüente	Forte	Moderado	1- Subscrição de declaração de compromisso relativa a incompatibilidades/impedimentos; 2- Promoção de formação sobre o CCP dos profissionais do SA; 3 - No júri do procedimento, não exista mais do que um elemento do SA.
RO	Ausência de mecanismos que identifiquem situações de conluio entre adjudicatários e funcionários do CHL	Significativo	Muito Freqüente	Forte	Moderado	1 - Divulgação do código de ética; 2 - Sensibilização para as consequências da corrupção e infrações conexas; 3 - Segregação de funções na elaboração do procedimento; 4 - Rotatividade nas atividades a realizar.
RSI; RO	Ausência de alerta dos termos dos contratos (renovação / abertura de concurso), resultando no seu prolongamento	Moderado	Muito Freqüente	Adequado	Baixo	1 -Extração do aplicativo GHAF de listagem dos contratos ativos, para apuramento dos que se encontram com necessidades de calendarização em termos de renovação.
RO	Ajuste diretos simplificados - falta de convite a novos fornecedores	Moderado	Muito Freqüente	Adequado	Baixo	1-Centralização dos processos de aquisição de ajuste direto simplificado no SA; 2 - Emissão de parecer pelo Gabinete Jurídico; 3 -Avaliação de todos os fornecedores em termos de qualidade, satisfação, prazos de entrega e cumprimento dos itens contratuais (artigos de armazém); 4 -Limitar ao indispensável a utilização dos procedimentos de ajuste direto simplificado.
RO	Ausência de controlo dos consumos relativos aos contratos de artigos à consignação	Moderado	Freqüente	Forte	Muito Baixo	1 - Implementação de alertas automáticos para os níveis de consumo; 2 - Realização de processos de circularização com periodicidade mínima anual com os fornecedores de artigos à consignação; 3 - Realização de contagens aleatórias e periódicas aos artigos armazenados nos serviços consumidores de artigos à consignação.
RCO; RO	Manual de procedimentos na área da Contratação Pública desatualizado	Significativo	Freqüente	Forte	Moderado	1-Ações de formação internas aos colaboradores do SA; 2- Atualização dos manuais sempre que necessário.
RO	Desvio de bens - saídas de artigos de armazém central sem registo em sistema	Significativo	Muito Freqüente	Forte	Moderado	1 - Os movimentos de artigos são automatizados, sendo a informação registada no momento do movimento; 2 - Monitorização diária das existências pela análise crítica pelo coordenador do armazém dos movimentos realizados e os registados; 3 - Rotatividade de funções entre trabalhadores; 4 - Realização de inventários com periodicidade semestral ao armazém central.
RO	Armazéns periféricos - desvio ou não fiscalização de quantidade em stock	Moderado	Muito Freqüente	Adequado	Baixo	1 - Realização de contagens periódicas ao registado em sistema e comparação com os artigos armazenados; 2 - Responsabilização dos Serviços pela salvaguarda dos bens; 3 - Comparação das quantidades rececionadas com as notas de encomenda.
RO	Acesso indevido de pessoas estranhas ao armazém	Moderado	Muito Freqüente	Forte	Muito Baixo	1 - Controlo dos acessos por registo biométrico
RO	Ausência de controlo dos prazos de validade dos bens	Moderado	Muito Freqüente	Forte	Muito Baixo	1-Introdução da informação relativa aos prazos de validade do artigo na ficha do bem, para emissão de alerta automático pelo sistema; 2-Armazenamento dos artigos com menos validade à frente nas prateleiras.



Categoria do risco	Risco identificado	Risco inerente		Risco efetivo		Medidas preventivas
		Impacto	Ocorrência	Nível de controlo	Grau de risco	
RCO; RO	Manutenção / garantia do património - preenchimento incompleto da ficha dos bens	Moderado	Frequente	Adequado	Baixo	1 - O SA preenche para cada bem uma ficha patrimonial com a totalidade da informação disponível, em particular os prazos para as manutenções e garantia.
RCO; RO	Proposta indevida de bens para abate / venda	Significativo	Ocasional	Adequado	Baixo	1 - Segregação de funções; 2 - Avaliação e aprovação da proposta para abate/ venda pelo CA; 3 - Preenchimento do auto de abate e outras formalidades previstas pela AT no caso do abate.

Serviço de Instalações e Equipamentos

Categoria do risco	Risco identificado	Risco inerente		Risco efetivo		Medidas preventivas
		Impacto	Ocorrência	Nível de controlo	Grau de risco	
RCO; RO	Fundamentação insuficiente ou incorreta para trabalhos de "natureza imprevista"	Significativo	Muito Frequente	Inadequado	Elevado	1 - Centralização do processo de aquisição; 2 - Existência de parecer jurídico ao processo de aquisição; 3 - Aprovação do caderno de encargos pelo CA, previamente ao concurso.
RCO; RO	Ausência de controlo na execução das empreitadas e aquisição de equipamentos não respeitando o caderno de encargos	Moderado	Muito Frequente	Adequado	Moderado	1 - Verificação do cumprimento das especificações do caderno de encargos; 2 - Aplicação de penalidades em caso de incumprimento, previstas em caderno de encargo ou contratos; 3 - Implementação de sistemas de controlo de empreitadas no caso de trabalhos adicionais, para que não possam ser técnica ou economicamente separadas do objeto do contrato sem inconvenientes para o dono da obra, ou embora separados, sejam estritamente necessários à conclusão da obra.
RO	Falta de medição e de inspeção ou de ato que certifique a qualidade dos trabalhos executados	Moderado	Muito Frequente	Adequado	Baixo	1 - O SA valida a fatura dos trabalhos executados para respetivo pagamento pelo SGF, após a verificação do cumprimento de todas as obrigações contratuais pelo SIE e consequentemente aprovação da fatura emitida.
RCO; RO	Fixação no caderno de encargos de cláusulas técnicas discriminatórias	Moderado	Muito Frequente	Adequado	Baixo	1 - O SA deve solicitar parecer do Diretor do Serviço utilizador, previamente à abertura do procedimento; 2 - O Gabinete jurídico deve proceder à elaboração de parecer sobre o procedimento de aquisição, previamente à adjudicação.
RO	Existência de conflitos de interesses, o que determina falta de transparência na fiscalização de obras e prestação de serviços	Moderado	Muito Frequente	Adequado	Baixo	1 - Elaborar especificações técnicas que garantam a concorrência; 2 - Existência de declaração de inexistência de conflito de interesses para cada procedimento; 3 - Existência de declaração de inexistência de incompatibilidades.
RSI; RO	Não cumprimento dos contratos de manutenção	Moderado	Frequente	Adequado	Baixo	1 - Validações dos Serviços utilizadores em como foi realizada a manutenção. 2 - Criação/atualização anual do plano de manutenção. 3 - Revisão do procedimento de avaliação dos fornecedores, a realizar pelo SA, de modo a que o mesmo se possa realizar de forma anual no GHAF para os contratos de prestação de serviços.
RO	Controlo da execução das manutenções de acordo com as garantias dos equipamentos, e em função da sua utilização	Moderado	Ocasional	Inadequado	Baixo	1 - Utilização do sistema GHAF para gestão das manutenções dos equipamentos; 2 - Carregamento dos contratos no GHAF, a realizar pelo SA; 3 - Elaboração e divulgação na Intranet do CHL do plano anual de manutenção dos equipamentos.
RCO	Dificuldade de execução das penalidades dos contratos	Moderado	Ocasional	Adequado	Muito baixo	1 - Realização de relatório de obra pela equipa de fiscalização ao CA a reportar eventuais falhas da concretização do contratado;
RO	Quebra de segurança elétrica e físicas	Significativo	Frequente	Adequado	Elevado	1 - Existência de 2 geradores de emergência; 2 - Permanência de electricista no HSA, 24 horas por dia, todos os dias do ano;
RO	Plantas desatualizadas	Moderado	Ocasional	Adequado	Muito baixo	1 - A fiscalização das obras no CHL deverá garantir a atualização das plantas dos espaços, em articulação com o SIE e SSST.

Categoria do risco	Risco identificado	Risco inerente		Risco efetivo		Medidas preventivas
		Impacto	Ocorrência	Nível de controlo	Grau de risco	
RCO; RO	Abates de imobilizado não comunicado ao Serviço de Gestão Financeira / Serviço de Aprovisionamento	Moderado	Ocasional	Adequado	Muito baixo	1 - A proposta de abate de equipamentos deve ser comunicada ao Serviço de Aprovisionamento; 2 - O Serviço de Aprovisionamento é a única entidade que poderá efetuar o abate dos bens no sistema GHAF, tomando as diligências necessárias para o efeito, nomeadamente junto do SGF.
RO	Acesso indevido de pessoas estranhas ao CHL	Significativo	Muito Freqüente	Forte	Moderado	1 - Existência de uma equipa de segurança 24/7; 2 - Rondas em pontos estratégicos exteriores; 3 - Rondas interiores; 4 - Colocação de pontos de controlo de acessos; 5 - Videovigilância.
RCO; RO	Manuais de procedimentos desatualizados ou inexistentes	Moderado	Ocasional	Adequado	Muito baixo	1 - Elaboração / atualização de procedimentos para as diversas ações controladas pelo SIE.

Serviço Farmacêutico

Categoria do risco	Risco identificado	Risco inerente		Risco efetivo		Medidas preventivas
		Impacto	Ocorrência	Nível de controlo	Grau de risco	
RCO; RO	Conflito de interesses - Relacionamento dos profissionais de saúde com a indústria farmacêutica	Significativo	Muito Freqüente	Forte	Moderado	1 - Os convites para a participação em eventos científicos carecem de parecer da Diretora do SF e posterior autorização do CA, nos casos de comissão gratuita de serviço; 2 - Os patrocínios são declarados na plataforma de transparência do Infarmed; 3 - A aquisição de medicamentos é realizada de forma centralizada pelo SA ao abrigo do CCP. Os farmacêuticos, e restantes júris do concurso assinam declaração de inexistência de conflitos.
RO	Entrada de artigos no SF sem a realização de conferência dos artigos rececionados (reagentes do Serviço de Patologia Clínica)	Significativo	Muito Freqüente	Inadequado	Elevado	1 - A totalidade dos artigos com entrada pelo SF deve obrigatoriamente ser conferidos no cais deste serviço, antes de serem transportados para qualquer outro serviço do CHL;
RO; RE	Aquisição de produtos farmacêuticos em quantidades desajustadas	Moderado	Muito Freqüente	Adequado	Baixo	1 - Estimativas anuais de consumo reportadas ao Serviço de Aprovisionamento; 2 - Emissão da nota de encomenda de acordo com o consumo mensal, capacidade de armazenamento, ou imposição do fornecedor devido à encomenda de quantidades mínimas;
RO; RP	Favorecimento no atendimento de utentes do ambulatório	Moderado	Muito Freqüente	Forte	Baixo	1 - Sistemas de senhas; 2 - Sinalização das situações abrangidas pelo atendimento prioritário; 3 - Avaliação regular da gestão das quantidades a adquirir para estes medicamentos em função do número de doentes em terapêutica.
RO	Conservação inadequada dos produtos farmacêuticos resultantes de alteração de temperatura e/ou humidade	Moderado	Freqüente	Adequado	Baixo	1 - Sensores de medição de temperatura e humidade em todas as salas/frigoríficos de armazenamento de medicamentos que necessitem de controlo; 2 - Monitorização contínua da temperatura e humidade; 3 - Emissão de alarmes automáticos de acordo com parametrização pré-estabelecida; 4 - Elaboração / atualização de procedimento estabelecido de controlo e registo de temperatura e humidade.
RSI; RO	Entrada e saída de artigos de armazém sem o respetivo registo no sistema informático	Moderado	Muito Freqüente	Adequado	Baixo	1 - Registo de saída das doses unitárias automatizadas; 2 - Registo de consumo em armazém avançado por picking; 3 - Implementação de sistema de gestão integrado que permita a desmaterialização dos processos de consumo e entradas de medicamentos e outros produtos farmacêuticos.
RO	Desvios de produtos farmacêuticos no SF	Moderado	Muito Freqüente	Inadequado	Moderado	1 - Circuito controlado de pessoas externas ao Serviço Farmacêutico através de registo biométrico; 2 - Câmaras de videovigilância no interior do Serviço Farmacêutico; 3 - Produtos farmacêuticos de ambulatório com armazenamento segregado e acesso restrito; 4 - Rotatividade de funções entre trabalhadores; 5 - Inventário semestral às áreas de maior volume financeiro.

Categoria do risco	Risco identificado	Risco inerente		Risco efetivo		Medidas preventivas
		Impacto	Ocorrência	Nível de controlo	Grau de risco	
RO	Prazos de validade sem controlo efetivo	Moderado	Muito Freqüente	Adequado	Moderado	1 - Orientação e instruções de trabalho relativamente à correta arrumação dos medicamentos; 2 - Controlo periódico dos prazos de validade; 3 - Implementação de sistemas de alertas no aplicativo GHAF (inserção por artigo do prazo de validade e lote).
RCO	Fornecimento sem guias de transporte às unidades UIDEPP, HP e HABLO	Significativo	Muito Freqüente	Adequado	Elevado	1 - O transporte de medicamento é sempre precedido de comunicação à AT com emissão de guia eletrónica.
RO	Desvio de substâncias controladas (estupefacientes)	Significativo	Muito Freqüente	Adequado	Elevado	1 - Todos os estupefacientes são dispensados apenas por farmacêutico; 2 - Os estupefacientes encontram-se em sala fechada com acesso restrito, dentro de cofres fechados à chave; 3 - A requisição e registo de consumos de estupefacientes devem ser desmaterializados.
RO	Desvio de medicação durante o transporte	Moderado	Muito Freqüente	Inadequado	Moderado	1 - A dose unitária é transportada pelos AO da farmácia em módulos selados, apenas aberto pelo enfermeiro da equipa que vai rececionar os medicamentos; 2 - A medicação de reposição de stock é transportada em sacos selados com braçadeira e aberta na chegada ao serviço clínico; 3 - Os estupefacientes são distribuídos em sacos fechados e apenas abertos no serviço requisitante. O Serviço recetor assina o documento após validar os artigos, assim como o farmacêutico que acompanhou o estupefaciente.
RCO; RO	Manual de procedimentos des	Moderado	Ocasional	Adequado	Muito baixo	1 - Atualização de procedimentos, circulares, instruções de trabalho e, documentos de apoio para as várias áreas de abrangência do SF; 2 - Divulgação dos documentos pela equipa e intranet do CHL;

Serviço de Sistemas de Informação

Categoria do risco	Risco identificado	Risco inerente		Risco efetivo		Medidas preventivas
		Impacto	Ocorrência	Nível de controlo	Grau de risco	
RSI	Acesso por terceiros (empresas de manutenção, colaboradores do CHL, etc,...) através de ligações remotas	Significativo	Muito freqüente	Forte	Moderado	1 - O acesso via VPN disponibilizado pela SPMS obrigatório; 2 - Análise crítica com periodicidade anual dos acessos ativos no <i>datacenter</i> da SPMS; 3 - Monitorização anual dos contratos ativos (empresas de manutenção). Os diretores de serviço listam a continuidade da utilização do <i>software</i> e das suas necessidades ao nível de contratos de manutenção.
RE; RO; RSI	Ausência de adoção de <i>standards</i> (qualidade dos dados)	Moderado	Freqüente	Inadequado	Moderado	1 - Implementação de hub interoperabilidade; 2 - Assegurar que as aplicações instaladas comunicam com o Sistema Integrado de Gestão Hospitalar recorrendo aos <i>standards</i> de comunicação utilizados na área da saúde, evitando falhas de comunicação entre os sistemas.
RO; RSI	Ausência de auditorias aos sistemas	Moderado	Ocasional	Inadequado	Baixo	1 - Criação de plano de auditorias para os sistemas considerados mais críticos.
RSI	Ocorrência de eventos que possam causar interrupções nos servidores e rede informática em geral levando a indisponibilidade dos sistemas	Significativo	Freqüente	Adequado	Elevado	1 - Atualização do procedimento de atuação em caso de ausência de sistema informático nos serviços clínicos do CHL; 2 - Manutenção do plano de contingência, com <i>backups</i> locais por forma a manter a continuidade do negócio.
RSI	Avaria de servidores fora de suporte por parte dos fabricantes	Significativo	Ocasional	Adequado	Baixo	1 - Identificação de servidores e aplicações instaladas. Elaboração de uma política de <i>backups</i> ; 2 - Criação de alarmística na falha de <i>backup</i> monitorização diária dos mesmos
RO	Redução da qualidade de resposta no apoio técnico	Significativo	Freqüente	Adequado	Elevado	1 - Incidentes são priorizados e resolvidos consoante o impacto na Organização; 2 - Definição de gestor de distribuição dos incidentes (técnico informático).
RE; RSI	Ausência de normalização dos postos de trabalho.	Moderado	Ocasional	Inadequado	Baixo	1 - Aquisição de equipamento em maior escala; 2 - Desenvolvimento de procedimentos de aquisição em função das necessidades reais da Organização.

Categoria do risco	Risco identificado	Risco inerente		Risco efetivo		Medidas preventivas
		Impacto	Ocorrência	Nível de controlo	Grau de risco	
RO; RCO	Risco de inexistência de manuais de procedimentos	Reduzido	Frequente	Adequado	Muito baixo	1- Atualização sistemática de informação interna e dos procedimentos a cumprir dentro das unidades do serviço; 2 - Publicitação da totalidade dos procedimentos elaborados pelo SSI.
RO	Manuais indisponíveis aos utilizadores	Reduzido	Frequente	Inadequado	Baixo	1- Criação de plataforma única para disponibilização de manuais aos utilizadores, por área/sistema (concentração da informação armazenada no portal do SSI e no portal de formação com vídeos explicativos). 2 - Determinação dos riscos que possam levar à indisponibilidade dos sistemas informáticos, e respetivas medidas de atuação.
RE	Ausência de Plano de Continuidade	Elevado	Frequente	Inadequado	Elevado	1 - Elaborar um plano de contingência que defina, na ótica do utilizador e do Administrador de Sistema, os procedimentos a seguir em caso de falência do sistema.

Serviço Hoteleiro

Categoria do risco	Risco identificado	Risco inerente		Risco efetivo		Medidas preventivas
		Impacto	Ocorrência	Nível de controlo	Grau de risco	
RE	Ausência de gestão do conhecimento (Direção do Serviço Hoteleiro)	Elevado	Ocasional	Fraco ou inexistente	Critico	1- Nomeação de Diretor de Serviço; 2 - Assegurar a não dependência de um elemento por função; 3- Partilha do conhecimento.
RO	Desvio de fardamento e roupa hospitalar	Significativo	Muito frequente	Inadequado	Elevado	1- Registo de entrada e saída de fardamento associado a cada funcionário (fardamento personalizado); 2 - Reposição diária dos níveis determinados de fardamento por serviço (fardamento não personalizado); 3 - Sensibilização dos seguranças presentes nas principais entradas da Organização para a saída de roupa; 4 - Realização de ações junto de lares, outros hospitais e bombeiros, com periodicidade anual, no sentido de reaver roupa da organização; 5 - Realização de contagens físicas periódicas de stocks.
RCO; RO	Qualidade no processamento da roupa hospitalar	Moderado	Muito frequente	Adequado	Baixo	1 - Análise das reclamações feitas referentes a roupa mal lavada. Seguimento do circuito de tratamento desta roupa para inexistência de dupla faturação (carta de rejeição).
RCO; RO	Faturação do tratamento da roupa hospitalar	Moderado	Muito frequente	Adequado	Baixo	1 - Realização de conciliações entre os registos das pesagens da roupa hospitalar pela gestora do contrato e as faturas emitidas, de forma a serem identificadas divergências; 2 - Variações significativas do valor faturado são analisadas em função da atividade da Organização.
RO; RE; RP	Desperdício de refeições hospitalares	Significativo	Muito frequente	Inadequado	Elevado	1 - Atualização mensal das necessidades por serviço; 2 - Definição de 1 elemento por serviço responsável por determinar as necessidades; 3 - Execução de análise diária pela gestora do contrato das refeições fornecidas; 4- Monitorização presencial junto dos principais serviços consumidores de suplementos, das discrepâncias entre o solicitado e do efetivamente consumido.
RCO; RO; RP	Nutrição e dietética - diminuição da qualidade dos serviços prestados	Significativo	Muito frequente	Adequado	Elevado	1- Monitorização das reclamações associadas às refeições servidas, em especial ao período do fim de semana, devido à ausência de controlo efetivo; 2 - Produção semestral de relatório com as reclamações identificadas, e medidas efetivas para mitigar as situações identificadas; 3 - Realização de análise diária (exceção ao fim de semana) pela gestora do contrato das refeições fornecidas;
RCO	Nutrição e dietética - faturação indevida dos serviços prestados	Moderado	Muito frequente	Adequado	Baixo	1- Execução mensal de conciliações entre o serviço prestado e as faturas emitidas, tendo por base o controlo diário executado pela gestora do contrato; 2 - As divergências identificadas entre o faturado e o serviço prestado são comunicadas à Enf. Diretora para atuação em conformidade com o contrato celebrado entre as partes; 3 - Variações significativas do valor faturado são analisadas em função da atividade do hospital.



Categoria do risco	Risco identificado	Risco inerente		Risco efetivo		Medidas preventivas
		Impacto	Ocorrência	Nível de controlo	Grau de risco	
RCO; RO; RE	Indisponibilidade de recursos humanos nos contratos de limpeza, face ao exigido em caderno de encargos	Significativo	Muito frequente	Adequado	Elevado	1- Realiza-se controlo dos recursos humanos através de registo biométrico. No caso de funcionários de limpeza temporários (substituição de funcionário habitual) é realizado registo manual em modelo próprio da Organização. 2- É validado diariamente o número de funcionários presentes na limpeza das áreas comuns e serviço de urgência pela gestora do contrato.
RO; RP	Diminuição da qualidade dos serviços prestados	Moderado	Muito frequente	Inadequado	Moderado	1- Recolha e tratamento das reclamações feitas, e determinação de medidas para colmatar pontos identificados; 2- Execução de auditorias aos serviços prestados pela Gestora do contrato de limpeza de acordo com o contrato celebrado entre as partes.
RCO	Faturação indevida de serviços	Significativo	Muito frequente	Inadequado	Elevado	1- A fatura do prestador de serviço de limpeza com periodicidade mensal, inclui detalhe dos serviços prestados, possibilitando validação da mesma pela gestora do contrato; 2 - Realiza-se conciliações mensais entre o serviço prestado e faturado, e os registos biométricos; 3- As variações significativas do valor faturado são analisadas em função da atividade do hospital.
RCO; RO	Manuais de procedimentos inexistentes	Moderado	Ocasional	Inadequado	Baixo	1- Existência de manual de procedimentos.

Serviço de Planeamento e Informação para Gestão

Categoria do risco	Risco identificado	Risco inerente		Risco efetivo		Medidas preventivas
		Impacto	Ocorrência	Nível de controlo	Grau de risco	
RO; RCO	Incumprimento nos prazos de reporte de informação	Significativo	Muito frequente	Forte	Moderado	1 - Priorização de tarefas; 2 - Segregação de funções.
RO; RSI	Indisponibilidade de informação primária (não tratada)	Moderado	Muito frequente	Adequado	Baixo	1 - Definição de datas para reporte; 2 - Sistemas de informação adaptados às necessidades.
RO; RE	Qualidade da informação reportada	Significativo	Muito frequente	Forte	Moderado	1 - Segregação de funções; 2 - Elaboração de política de controlo da qualidade da informação produzida; 3 - Cruzamento de informação entre os diversos aplicativos.
RSI; RO; RE	Indisponibilidade de sistema de gestão integrado (ferramenta de business intelligence)	Significativo	Muito frequente	Inadequado	Elevado	1 - Conclusão, monitorização e acesso à ferramenta de <i>businessintelligence</i> .
RO; RCO	Inexistência de manual de procedimentos	Moderado	Frequente	Adequado	Baixo	1 - Criação de manual de procedimentos para o serviço.



Serviço de Segurança e Saúde no Trabalho

Categoria do risco	Risco identificado	Risco inerente		Risco efetivo		Medidas preventivas
		Impacto	Ocorrência	Nível de controlo	Grau de risco	
RO; RE; RSI	Ausência de avaliação de riscos por serviço.	Elevado	Muito Freqüente	Inadequado	Critico	1 - Implementação de <i>software</i> de gestão do serviço; 2 - Elaboração e aprovação de plano anual de avaliação de riscos; 3 - Realização de avaliação de riscos de exposição do trabalhador.
RCO; RO	Desatualização do plano eme	Elevado	Ocasional	Adequado	Elevado	1- Atualização do plano de emergência interno; 2- Aprovação das medidas de auto proteção pela Autoridade Nacional de Proteção Civil; 3- Realização de simulacros de forma periódica.
RCO; RO	Ausência de competências atr	Elevado	Ocasional	Inadequado	Elevado	1- Atualização de regulamento interno na área do ambiente; 2- Atribuição de competências.
RCO	Ausência de programa de formação para a promoção da segurança e saúde no trabalho (disposto na alínea h) do artigo 98.º da Lei n.º 102/2009 na sua versão atual.).	Significativo	Ocasional	Inadequado	Moderado	1- Elaboração de programa de formação para a promoção da segurança e saúde no trabalho.
RO	Avaliação de acidente em serviço (trabalhador em funções públicas) que tenha ocasionado ausência para o trabalho.	Significativo	Muito Freqüente	Inadequado	Elevado	1 - Segregação de funções ao nível da avaliação clínica do trabalhador.

O Plano de Atividades e Orçamento do CHL identifica as principais linhas de atuação previstas para o triénio 2021 a 2023. No posicionamento estratégico, é realizada análise do ambiente interno e externo (SWOT), e identificado um conjunto de ameaças, a nível da i) concorrência: pela abertura de novas unidades públicas e privadas, pelo crescimento da oferta diferenciada de cuidados por parte dos hospitais concorrentes e, atração sobre a procura natural decorrente da proximidade do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ii) recursos: saída de pessoal especializado para outras instituições, limitações de mercado na oferta de recursos humanos especializados e, limitações na autonomia de contratações de recursos; iii) socioeconómicas: envelhecimento da população com consequências ao nível da atividade assistencial do hospital, política de financiamento restritiva face aos condicionalismos das finanças públicas atendendo ao peso da faturação ao SNS ou Subsistemas públicos, conjuntura económica política, limitações ao crescimento global dos gastos operacionais, insuficiência de resposta da Rede Nacional de Cuidados Continuados e, incerteza face à conjuntura atual do COVID-19; iv) financiamento: restrições na elaboração do Contrato Programa com limitada condição negocial, condicionamentos ao desenvolvimento do modelo empresarial da organização e seu financiamento e, financiamento insuficiente das prestações aos utentes do SNS, para assegurar os gastos em que se incorre na produção das mesmas.



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

O Serviço de Auditoria Interna, conforme estabelecido no n.º 3 do artigo 86.º dos Estatutos dos Hospitais EPE, aprovados e publicados pelo Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, depende, em termos orgânicos, do presidente do Conselho de Administração.

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


Segundo o *Institute of Internal Auditor*, risco respeita à possibilidade de um acontecimento com impacto nos objetivos da Instituição ocorrer, mensurável pelo nível de impacto e pela probabilidade de acontecer. As fontes potenciais de dano são múltiplas e decorrem, na maior parte das vezes, da atividade humana. No hospital, a complexidade da atividade aponta para um potencial de perigo(s) que merece especial atenção. A gestão, baseada no conhecimento do risco, é um fator crucial e diferenciador, visando a sustentabilidade das organizações e a continuidade das atividades críticas, sustentada numa cultura de segurança. O CHL tem áreas funcionais específicas com competências no controlo dos riscos, nomeadamente:

A Comissão de Gestão de Risco Global é responsável pela elaboração de estratégias e políticas relativas à gestão de risco (clínico e não clínico), a gestão integrada das situações de risco e assegurar que os requisitos do sistema de gestão de risco sejam definidos, implementados e mantidos, em conformidade com a legislação e normalização portuguesa em vigor, propondo a sua revisão com vista à melhoria contínua, sempre que necessário.

A Comissão de Ética é um órgão multidisciplinar de apoio ao Conselho de Administração, que tem como principal incumbência proceder à análise e reflexão sobre questões relacionadas com a ética e bioética, rege-se pelas disposições do Decreto-Lei n.º 80/2018, de 15 de outubro.

A Comissão de Qualidade e Segurança do Doente é um órgão de apoio técnico ao Conselho de Administração, no âmbito da qualidade dos serviços, tendo por objeto a sua promoção efetiva. Compete-lhe, especialmente a formulação de propostas ou pareceres sobre a política de qualidade a prosseguir pelo CHL, de forma orientada para o utente, nas dimensões de garantia, planeamento, controlo estatístico e melhoria contínua.

O Serviço de Segurança e Saúde no Trabalho é uma estrutura que tem por objetivo garantir o cumprimento das obrigações legais no âmbito respetivo, em particular, as definidas na Lei n.º 28/2016, de 23 de agosto, que procede à 6.ª alteração à Lei n.º 102/2009, de 10 de setembro. É da sua responsabilidade planear a prevenção, integrando a todos os níveis avaliação dos riscos



e respetivas medidas de prevenção; elaborar o plano de prevenção de riscos profissionais, bem como planos detalhados de prevenção e proteção exigidos por legislação específica.

Encarregado da Proteção de Dados - A proteção de dados pessoais é um valor subjacente à atividade do CHL, é designado pelo Conselho de Administração, nos termos estabelecidos no Regulamento (UE) n.º 2016/679, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016 e demais legislação em vigor, competindo-lhe o desempenho das funções previstas no artigo 39.º do Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD).

Na sequência da aprovação do RGPD, cujo cumprimento é obrigatório para os Estados Membros da UE desde 25 de maio de 2018, o CHL nomeou a Encarregada de Proteção de dados, na reunião do Conselho de Administração de 2018.05.29.

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

Com periodicidade anual, o Serviço de Auditoria Interna elabora relatório de avaliação do Sistema de Controlo Interno do CHL, neste documento encontram-se definidos as categorias dos riscos da Instituição:

Risco de estratégia (RE): consiste na possibilidade de ocorrência de impactos negativos para o CHL, conseqüente de decisões estratégicas inadequadas, da deficiente implementação das decisões ou da incapacidade de resposta a alterações no meio envolvente;

Risco operacional (RO): consiste na possibilidade de ocorrência de impactos negativos para o CHL, conseqüente de falhas na atividade desenvolvida, de fraudes internas e externas, do não acompanhamento da execução do orçamento, de processos de decisão internos ineficazes, de recursos humanos insuficientes ou inadequados ou da inoperacionalidade das infraestruturas;

Risco de "compliance" (RCO): consiste na possibilidade de ocorrência de impactos negativos para o CHL, conseqüente de violações ou da não conformidade relativamente a leis, regulamentos, determinações específicas, contratos, regras de conduta, práticas instituídas ou princípios éticos, que se materializem em sanções de carácter legal ou na impossibilidade de exigir o cumprimento de obrigações contratuais;

Risco dos sistemas de informação (RSI): consiste na possibilidade de ocorrência de impactos negativos para o CHL, em resultado da inadaptabilidade dos sistemas de informação a novas



necessidades, da sua incapacidade para impedir acessos não autorizados, bem como garantir a integridade dos dados e assegurar a continuidade da atividade em casos de falha;

Risco de reputação (RP): consiste na possibilidade de ocorrência de impactos negativos para o CHL, consequente de uma perceção negativa da imagem pública do Centro Hospitalar, fundamentada ou não, por parte de utentes, fornecedores, colaboradores, órgãos de imprensa ou pela opinião pública em geral.

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

O processo inicial de identificação dos riscos surge da reunião entre o Serviço de Auditoria Interna e os vários Diretores de Serviço. A avaliação dos riscos identificados segue o modelo do *Institute of Internal Auditors*, uma perspetiva de avaliação de risco, ano de 2013:

Tabela I – Escala do nível de impacto

Impacto	1 Reduzido	2 Moderado	3 Significativo	4 Elevado	5 Muito elevado
Exposição Financeira: % Capital	X < 0,01 %	0,01% < X < 0,5 %	0,5 % < X < 2 %	2 % < X < 10 %	10 % < X
Exposição Financeira: Intervalo monetário	X < 500.000€	500.000€ < X < 2 M€ ¹	2 M€ ¹ < X < 10 M€ ¹	10 M€ ¹ < X < 30 M€ ¹	40 M€ ¹ < X
Imagem da Organização	Sem impacto.	O Impacto negativo é delimitado a conjunto de pessoas e reversível.	O Impacto negativo é ao nível da região, do domínio público, mas com reprodução limitada	O Impacto negativo é a nível global, com propagação limitada	Impacto negativo a longo prazo, irremediável, a nível global e com propagação generalizada.
Obrigações legais / contratos	Sem violação de obrigações legais ou contratuais	Violação de obrigações legais ou contratuais confinados a um incidente. Sem risco sistémico.	Violação de obrigações legais ou contratuais com custos financeiros para a organização e probabilidade do aumento do escrutínio pelas entidades reguladoras.	Violação de obrigações legais ou contratuais significativas. Com possibilidade de sanção para a organização e/ou Conselho de Administração.	Violação de obrigações legais ou contratuais com exposição mediática. Existência de responsabilidades para a organização e/ou respetivo Conselho de Administração.
Operações / atividades	Erros são diminutos e confinados a um pequeno número de pessoas internas na organização.	Erros são diminutos e isolados a um pequeno número de pessoas internas ou externas à organização.	Erros são transversais a vários serviços da organização e com um impacto a um grupo de pessoas, internas ou externas à organização	Erros são transversais a vários serviços da organização, com impacto a vários grupos de pessoas, internas ou externas à organização e do conselho de Administração.	Erros com impacto incalculável para a organização e Conselho de Administração.

¹-Milhoes de euros



A tabela I determina o nível de impacto do risco identificado, numa escala de 1 a 5 e em função de cinco fatores: exposição financeira (% do capital); exposição financeira (intervalo monetário); impacto na imagem da organização; violação das obrigações legais / contratos e impacto que o risco pode afetar ao nível das operações/ atividades dentro da organização.

Em paralelo, tabela II, é determinado a probabilidade de ocorrência do risco, avaliada numa escala de 1 a 5, e em função da sua frequência.

Tabela II – Probabilidade de ocorrência

Probabilidade	1 Muito Improvável	2 Improvável	3 Ocasional	4 Frequente	5 Muito frequente
Frequência	Em mais de/ a cada 5 anos	Em mais de/ a cada 3 a 5 anos	Em mais de/ a cada 1 a 3 anos	Em mais de/ a cada 1 ano	Em mais de/ a cada trimestre

Após a definição do nível de impacto, assim como da frequência dos riscos, conforme tabela I e II respetivamente, é determinado pelo Serviço de Auditoria Interna a seguinte classificação do risco inerente:

Matriz I – Risco inerente

		RISCO INERENTE				
Probabilidade	5 Muito Frequente	Baixo	Moderado	Elevado	Crítico	Crítico
	4 Frequente	Baixo	Moderado	Elevado	Elevado	Crítico
	3 Ocasional	Muito Baixo	Baixo	Moderado	Elevado	Elevado
	2 Improvável	Muito Baixo	Muito Baixo	Baixo	Moderado	Moderado
	1 Muito Improvável	Muito Baixo	Muito Baixo	Baixo	Baixo	Moderado
---		1 Reduzido	2 Moderado	3 Significativo	4 Elevado	5 Muito elevado
		IMPACTO				

O procedimento seguinte respeita à avaliação dos controlos associados ao risco identificado, numa escala com cinco níveis, entre muito forte e fraco ou inexistente.



Tabela III - Nível de controlo

Nível de controlo	Muito forte	Forte	Adequado	Inadequado	Fraco ou inexistente
Descrição	Os procedimentos de controlo e as atividades de mitigação são fortes e permitem uma efetiva gestão do risco. Redução significativa da probabilidade de eventos relacionados com o risco.	Os procedimentos de controlo e as atividades de mitigação são mais do que adequadas e permitem uma efetiva gestão do risco. O controlo tem oportunidades de melhoria.	Os procedimentos de controlo e as atividades de mitigação são adequados e permitem uma efetiva gestão do risco. O controlo demonstra oportunidades de melhoria, e/ ou necessidade de implementação de novos controlos.	O processo de controlo e as atividades de gestão de mitigação permitem uma reduzida /inadequada gestão do risco. Necessidades urgentes de novos controlos foram identificadas.	O processo de controlo e as atividades de gestão de mitigação não existem ou são muito fracas. Necessidades urgentes de novos controlos foram identificadas.

A matriz II respeita à avaliação final do nível de risco efetivo, após a definição do risco inerente pela matriz I e da delineação do nível de controlo interno identificado pelo Serviço de Auditoria Interna, tabela III.

Matriz II – Avaliação final do nível de risco efetivo

ESCALA DE RISCO EFETIVO						
Nível de controlo	5 Fraco ou inexistente	Baixo	Moderado	Elevado	Critico	Critico
	4 Inadequado	Baixo	Moderado	Elevado	Elevado	Critico
	3 Adequado	Muito Baixo	Baixo	Moderado	Elevado	Elevado
	2 Forte	Muito Baixo	Muito Baixo	Baixo	Moderado	Moderado
	1 Muito forte	Muito Baixo	Muito Baixo	Baixo	Baixo	Moderado
---	1 Reduzido	2 Moderado	3 Significativo	4 Elevado	5 Muito elevado	
RISCO INERENTE						

Para além do Plano de Gestão de Risco de Corrupção e Infrações Conexas é elaborado o relatório da sua execução com periodicidade anual, o que permite um aperfeiçoamento do plano inicial, quer ao nível de melhoria das ações preventivas, quer ao nível da identificação de novas áreas de risco.



O Plano em vigor dispõe de 271 medidas preventivas e, após aprovação pelo Conselho de Administração foi disponibilizado a todos os Serviços envolvidos, para aferirem da execução destas, sendo que, todos contribuíram na sua elaboração e atualização. A sua divulgação pelos serviços foi acompanhada da preocupação na sua transmissão por todos os colaboradores, tendo sido recomendado que estes deveriam evidenciar o conhecimento deste documento, conforme com o descrito no *template* de divulgação de documentos (PI.CHL.001.07) através de assinatura no impresso IMP.CHL.002.04.

Como resultado, crê-se que as medidas que têm sido promovidas e as que se encontram em aplicação, têm permitido acompanhar e controlar as atividades do Hospital, de modo a salvaguardar os seus ativos, a prevenção e a deteção de situações de ilegalidade, fraude e erro, garantindo a exatidão dos registos e procedimentos de controlo, para que se atinjam os objetivos definidos.

8. Identificação dos principais elementos do SCI e de gestão de risco implementados na entidade relativamente ao processo de divulgação de informação financeira

A divulgação da informação financeira é efetuada, em conformidade com as regras legais estabelecidas, às entidades tutelares, em reportes protocolados, enquanto a divulgação interna assume carácter relativo, não existindo em todo o caso riscos específicos associados.

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 da hiperligação do sítio na internet da entidade onde estes elementos se encontram disponíveis para consulta

De entre os regulamentos internos e externos que enquadram a organização e o funcionamento do CHL destacam-se, pela sua natureza matricial, os seguintes (disponíveis para consulta em <http://www.chleiria.pt/o-hospital/-/regulamento-e-legislacao-48/>):

- Decreto-Lei n.º 30/2011, de 2 de março: Procede à criação do Centro Hospitalar de Leiria-Pombal, EPE, por fusão, com a conseqüente extinção do Hospital de Santo André, EPE e do Hospital Distrital de Pombal;
- Decreto-Lei n.º 116/2013, de 9 de agosto: Procede à transferência de competências do Centro Hospitalar do Oeste para o Centro Hospitalar de Leiria-Pombal, EPE, relativas à



prestação de cuidados de saúde à população do concelho da Nazaré e do concelho de Alcobaça;

- Decreto-Lei n.º 157/2013, de 12 de novembro: Altera a denominação para Centro Hospitalar de Leiria, EPE;
- Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto: Estabelece os princípios e regras aplicáveis às unidades de saúde que integram o SNS com a natureza de entidade pública empresarial e aprova as especificidades estatutárias e os seus Estatutos;
- Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro, alterado pela Lei n.º 75-A/2014, de 30 de Setembro e pela Lei n.º 42/2016, de 28 de dezembro: Estabelece o regime jurídico do setor público empresarial;
- Regulamento Interno do CHL (Aprovado por deliberação do Conselho de Administração de 2022.08.31): Fixa a missão, os valores, os objetivos, a área de influência, a estrutura de órgãos, a organização interna, as atribuições e competências dos órgãos e serviços e os princípios e normas de gestão.

2. Referência à existência de um código de ética, com a data da última atualização, que contemple exigentes comportamentos éticos e deontológicos

O CHL dispõe de Código de Ética aprovado e em vigor, atualizado a 2022.10.26, que foi divulgado junto de todos os profissionais pela Circular Informativa n.º 157 de 2022.10.31 (<https://www.chleiria.pt/o-hospital/-/codigo-de-etica-87/>), o documento estabelece o conjunto de princípios e valores e matéria de ética institucional a observar por todos os colaboradores do CHL, na prossecução do interesse público multiprofissional, sem prejuízo e no respeito, quando aplicável, das regras deontológicas aprovadas pelas Ordens profissionais correspondentes.

O CHL possui em funcionamento uma Comissão de Ética, órgão multidisciplinar de apoio ao Conselho de Administração, no âmbito das exigências de natureza ética associadas à atividade do hospital, cuja composição, competências, funcionamento e mandato estão em conformidade com o estabelecido pelo Decreto-Lei n.º 80/2018, de 15 de outubro.

Todos os grupos profissionais são obrigados ao respeito pelos deveres de confidencialidade, sigilo profissional e lealdade, devendo ainda respeitar as normas de deontologia profissional previstas para os respetivos grupos.



3. Referência à existência do Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PGRCIC) para prevenir fraudes internas (cometida por um Colaborador ou Fornecedor de Serviços) e externas (cometida por Clientes ou Terceiros), com a data da última atualização, assim como a identificação das ocorrências e as medidas tomadas para a sua mitigação

O Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro, cria o Mecanismo Nacional Anticorrupção e estabelece o regime geral de prevenção da corrupção e estabelece o regime geral de prevenção da corrupção. Este diploma determina que *“As entidades abrangidas adotam e implementam um programa de cumprimento normativo que inclua, pelo menos, um plano de prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas (...)”*.

O CHL dispõem de um Plano de Gestão de Risco de Corrupção e Infrações Conexas, encontrando-se em vigor a sua quarta revisão, aprovado pelo Conselho de Administração em deliberação de 2021.06.16, abrangendo as áreas de gestão financeira, aprovisionamento, gestão de doentes, recursos humanos, instalações e equipamentos, farmácia, sistemas de informação, gestão hoteleira, planeamento e informação para a gestão, áreas clínicas e o Conselho de Administração, em que se encontram identificados, para cada uma das áreas, o risco, a sua avaliação e probabilidade de ocorrência e identifica as medidas preventivas que devem ser cumpridas.

Com periodicidade anual, é elaborado um relatório de execução do plano, em que se identificam as medidas que se encontram a ser aplicadas assim como as que ainda não o estão ou estão em curso. Com estas respostas e confirmações, é elaborado o relatório anual que é presente ao Conselho de Administração e enviado às instituições competentes.

No ano de 2022, ocorreu a primeira execução do Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas aprovado no ano de 2021, com a incorporação de novas áreas de gestão e logísticas, e das áreas clínicas. A redação do documento foi iniciada no mês de novembro de 2022, com vista à análise da implementação das medidas preventivas mencionadas no referido Plano, e aprovado por deliberação do Conselho de Administração, na reunião de 2023.03.24.

Plano de Gestão de Risco de Corrupção e Infrações Conexas:

<https://www.chleiria.pt/o-hospital/-/gestao-de-riscos-de-corrupcao-e-infracoes-conexas-105/>

Execução do Plano de Gestão de Risco de Corrupção e Infrações Conexas:

<https://www.chleiria.pt/galeria/files/Execucao%20-%20PGRCIC%20-%20Ano%20de%202022.pdf>



D. DEVERES ESPECIAIS DE INFORMAÇÃO

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

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

Não existe, na medida em que, no ano 2022, o CHL não prestou garantias financeiras nem assumiu dívidas ou passivos de outras entidades.

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

A informação acima mencionada é reportada através do Sistema de Informação de Contratualização e Acompanhamento (SICA).

c) Planos de atividade e orçamento, anuais e plurianuais, incluindo os planos de investimento e as fontes de financiamento

A informação acima mencionada é reportada através do SICA e do Sistema de Recolha de Informação Económica e Financeira (SIRIEF), sendo adicionalmente remetida para a ARS Centro e ACSS.

d) Orçamento anual e plurianual

A informação acima mencionada é reportada através do SICA e SIRIEF.

e) Documentos anuais de prestação de contas

A informação acima mencionada é submetida ao Tribunal de Contas através dos serviços de prestação eletrónica de contas, reportada através do SIRIEF e, adicionalmente, é remetida para a IGF, DGTF, ARS Centro e ACSS.

f) Relatórios trimestrais de execução orçamental acompanhados dos relatórios do órgão de fiscalização

A informação acima mencionada é reportada através do SIRIEF, sendo adicionalmente remetida para a IGF e DGTF.



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)

O CHL informa, anualmente, através da elaboração do Relatório e Contas e do Relatório de Governo Societário, o titular da função acionista e o público em geral, do 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.

Estes documentos, disponíveis para consulta no *site* do CHL (www.chleiria.pt), são submetidos para as seguintes entidades:

- Direção-Geral do Tesouro e Finanças;
- Administração Central do Sistema de Saúde;
- Administração Regional de Saúde do Centro;
- Inspeção-Geral de Finanças;
- Tribunal de Contas.


Adicionalmente é divulgado no *site* do CHL o Relatório Anual de Acesso a Cuidados de Saúde e informação relativa aos Tempos Médios de Espera (<http://www.chleiria.pt/o-hospital/a-instituicao-9/informacao-publica-51/outra-informacao-publica-71/>).

E. SÍTIO NA INTERNET

O Centro Hospitalar procede à divulgação de toda a informação atualizada, no seu *site* (www.chleiria.pt) e no *site* das empresas do SEE, em conformidade com Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro.

1. Indicação do(s) endereço(s) utilizado(s) na divulgação dos seguintes elementos sobre a entidade (vide artigo 53.º do RJSPE):

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



<http://www.chleiria.pt/o-hospital/conheca-nos-1/>

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

<http://www.chleiria.pt/o-hospital/-/regulamento-e-legislacao-48/>

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

<http://www.chleiria.pt/o-hospital/-/orientacoes-de-gestao-96/>

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

<http://www.chleiria.pt/o-hospital/-/relatorio-e-contas-52/>

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

<http://www.chleiria.pt/o-hospital/-/relatorio-do-governo-societario-98/>

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

<http://www.chleiria.pt/o-hospital/-/esforco-financeiro-publico-100/>

<http://www.chleiria.pt/o-hospital/-/contratos-programa-94/>

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)

O CHL é financiado nos termos da Base 23 da Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, devendo refletir as necessidades de saúde da população abrangida e permitir um adequado planeamento da oferta de cuidados de saúde.

O Contrato-Programa celebrado com a Administração Regional de Saúde do Centro para um período de três anos, e que é revisto anualmente através de Acordos Modificativos, estabelece o plano de prestação de serviços e de cuidados de saúde, em termos de quantidades de produção contratada, as contrapartidas financeiras que lhe estão associadas e os incentivos institucionais que estão dependentes do cumprimento de metas estipuladas para um conjunto



de objetivos, destinadas a aumentar a adequação na utilização dos recursos e a promover níveis de acesso, desempenho assistencial e eficiência mais elevados.

A proposta de contratualização para o ano 2022 apresentada pelo CHL, através do PAO 2022-2024, teve por base as orientações da Tutela divulgadas nos Termos de Referência para contratualização de cuidados de saúde no SNS para 2022, pela ACSS.

O Acordo Modificativo ao Contrato-Programa 2022, que prorroga o Contrato-Programa 2017-2019 para 2022, foi celebrado a 2022.04.27 e a 2022.08.29, tendo em conta a circunstância excecional da publicação da Lei do Orçamento de Estado para 2022 em 2022.06.27 e, conseqüentemente, as atualizações das dotações estabelecidas para as E.P.E, foi celebrada uma Adenda ao Acordo Modificativo ao Contrato-Programa 2022.

A remuneração pela produção contratada pelo CHL para o ano 2022 está definida na cláusula 2.ª do respetivo Anexo ao Contrato que determina que, como contrapartida pela produção e incentivos institucionais contratados, o CHL receberá um valor máximo de € 104.281.741,21. Os incentivos institucionais, no valor de € 5.214.087,06 são atribuídos em função do cumprimento de objetivos de qualidade e eficiência económico-financeira, conforme definido na cláusula 5ª do mesmo Contrato.

No Contrato-Programa é ainda referido que, para o ano 2022, vigoram as seguintes regras:

- As atividades do Hospital são remuneradas em função da valorização dos atos e serviços efetivamente prestados, tendo por base os preços constantes do Apêndice I ao Contrato;
- É adotado um preço base único para as atividades de internamento e ambulatório médico e cirúrgico, agrupadas em Grupos de Diagnóstico Homogéneos (GDH) – € 3.000 (95% deste valor se internamento cirúrgico urgente);
- É adotado um preço base para a atividade em consulta externa de € 47 considerando que as teleconsultas em tempo real e as primeiras consultas referenciadas pelo sistema de informação de suporte à Consulta a Tempo e Horas (CTH/VAI) são majoradas em 10% e que as consultas de saúde mental realizadas na comunidade, as consultas descentralizadas, as consultas de cuidados paliativos e as consultas realizadas no âmbito da atividade dos Centros de Referência (CRe) e dos Centros de Responsabilidade (CRi) são majoradas em 20%;
- O índice de case mix (ICM) utilizado tem por base a atividade realizada no ano de 2015;
- A atividade de doentes agudos é classificada em GDH através do agrupador na versão All Patient Refined DRG (APR-PCM);



- As regras e procedimentos para remuneração da produção contratada são definidos pela ACSS, I.P através de Circular Normativa. Para o ano 2022 estão definidas na Circular Normativa n.º 15/2022/ACSS, de 27 de setembro.

Dando cumprimento à Circular Normativa n.º 6/2019/ACSS, de 21 de março, e dando continuidade à metodologia que vem sendo seguida com o objetivo de mitigar/eliminar divergências de conciliação que afetem a Conta Consolidada do Ministério da Saúde na área dos Contratos-Programa e, ainda, no sentido de dar cumprimento a recomendações do Tribunal de Contas, o CHL procedeu, conforme Ofício Circular n.º 69754/2022/DPS/ACSS, de 6 de janeiro de 2023, e “Síntese Contrato-Programa 2022”, remetida pela ACSS, através de e-mail datado de 2023.01.06, à emissão de duas faturas nos seguintes termos:

- i. Fatura “Estimativa de Produção Realizada”, referente ao Contrato-Programa de 2022, no valor de € 110.416.870,20, tendo por referência a taxa de execução de 97,6% (a taxa mais elevada de entre os três últimos contratos encerrados);
- ii. Fatura “Estimativa de Incentivos” no valor de € 5.905.409,49, assumindo uma taxa de execução de 99,2% (a taxa mais elevada), apurada no Índice de Desempenho Global dos últimos três anos.

Considerando que, tendo por base a produção realizada e o IDG, a taxa de execução do CP 2022 seria de 98,2% (98,2% antes de incentivos e 99,3% de incentivos), os rendimentos do período encontram-se subvalorizados em € 611.116,24.

De referir que, as estimativas e os ajustamentos realizados, não prejudicarão os acertos a efetuar aquando do encerramento do Contrato-Programa de 2022, o qual ocorrerá quando a ACSS emitir o respetivo ofício e fecho, data em que deverá ser emitido o documento (fatura ou nota de crédito) pela diferença apurada e comunicada nesse ofício.

2. Referência às propostas de contratualização da prestação de serviço público apresentadas ao titular da função acionista e ao membro do governo responsável pelo respetivo setor de atividade (vide n.ºs 1, 2 e 4 do artigo 48.º do RJSPE)

Não aplicável, considerando que existe um contrato celebrado para o ano 2022, conforme descrito no ponto anterior.



VII. REMUNERAÇÕES

A. COMPETÊNCIA PARA A DETERMINAÇÃO

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

Remuneração dos membros do Conselho de Administração	Decreto-Lei 71/2007, de 27 de março (Estatuto Gestor Público), alterado pelo Lei n.º 64-A/2008, de 31 de dezembro, pelo Decreto-Lei n.º 8/2012, de 18 de janeiro, o qual foi corrigido pela Declaração de Retificação n.º 2/2022, de 25 de janeiro e pelo Decreto-Lei n.º 39/2016, de 28 de julho
	Resolução do Conselho de Ministros n.º 16/2012, de 14 de fevereiro
	Resolução do Conselho de Ministros n.º 18/2012, de 21 de fevereiro
	Resolução do Conselho de Ministros n.º 36/2012, de 26 de março, alterada pelas Resoluções do Conselho de Ministros n.º 97/2012, de 21 de novembro, n.º 45/2013, de 19 de julho, n.º 48/2013, de 29 de julho e n.º 11/2015, de 6 de março
Remuneração do Conselho Fiscal	Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro (que vigorou até 3 de agosto de 2022)
	Despacho do Secretário de Estado do Tesouro, de 14 de março de 2018
	Despacho do Secretário de Estado da Saúde, de 27 de março de 2018
	Despacho Conjunto dos Secretários de Estado do Tesouro e da Saúde, de 14 de novembro de 2018
Remuneração do Revisor Oficial de Contas ou da Sociedade de Revisores Oficiais de Contas	Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro (que vigorou até 3 de agosto de 2022)
	Despacho do Senhor Secretário de Estado do Tesouro, n.º 155/2018, de 9 de março
	Despacho Conjunto dos Secretários de Estado do Tesouro e da Saúde, de 12 de julho de 2018
	Despacho n.º 1300/2022 dos Secretários de Estado do Tesouro e da Saúde, de 24 e 25 de janeiro
	Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto (que revoga o Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro)

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

Os membros do Conselho de Administração não intervêm nas decisões que envolvam os seus próprios interesses, designadamente na aprovação de despesas por si realizadas.

Nesse sentido, foram efetuadas as declarações de independência dos membros do Conselho de Administração, conforme estabelecido no artigo 51.º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro.

Adicionalmente, ao abrigo do artigo 22.º do Estatuto do Gestor Público (EGP), foram remetidas à Procuradoria-Geral da República, declarações de inexistência de incompatibilidades ou impedimento para o exercício de funções dos membros do Conselho de Administração.



3. Evidenciação ou menção de que resulte inequívoco o cumprimento por parte dos membros do órgão de administração do que dispõe o artigo 51.º do RJSPE, isto é, de que se abstêm de intervir nas decisões que envolvam os seus próprios interesses, designadamente na aprovação de despesas por si realizadas

As declarações de independência dos membros do Conselho de Administração, conforme previsto no artigo 51.º do Decreto-Lei n.º133/2013, de 3 de outubro, foram elaboradas e apresentam-se em Anexo ao presente relatório.

B. COMISSÃO DE FIXAÇÃO DE REMUNERAÇÕES

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

Não aplicável, uma vez o CHL não dispõe de comissão de fixação de remunerações e o regulamento interno não prevê a constituição da mesma.


C. ESTRUTURA DAS REMUNERAÇÕES

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

1.1 Órgão de administração – Conselho de Administração

Nos termos do n.º 1 do artigo 13.º dos anteriores Estatutos dos Hospitais EPE, aprovados e publicados no Anexo II ao Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro – norma que tem respaldo no n.º 4 do art.º 69.º do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, que aprova os atuais Estatutos dos Hospitais EPE – aos membros do Conselho de Administração aplica-se o Estatuto do Gestor Público (EGP), aprovado pelo Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de março, alterado pela Lei n.º 64-A/2008, de 31 de dezembro, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 8/2012, de 18 de janeiro (objeto da Declaração de Retificação n.º 2/2012, de 25 de janeiro), e alterado pelo Decreto-Lei n.º 39/2016, de 28 de julho.

A remuneração dos elementos do Conselho de Administração do CHL observa o disposto nas Resoluções do Conselho de Ministros n.º 16/2012, 18/2012 e 36/2012, de 14 e 21 de fevereiro e 26 de março, respetivamente, que procedem à definição de categorias e critérios objetivos para a fixação do vencimento mensal dos gestores públicos, tendo por referência o limite do vencimento mensal do Primeiro-Ministro, e as Resoluções do Conselho de Ministros n.º 97/2012, 45/2013 e 48/2013, de 21 de novembro, 19 e 29 de julho, respetivamente, que alteram a Resolução do Conselho de Ministro n.º 36/2012, de 26 de março, e que atribuem a classificação



B ao CHL. A remuneração anual de 19 800 euros foi mantida em 2022 tal como na nomeação para o triénio 2022-2024.

Pelo ofício com as referências 39128/2020/URJ/ACSS e E-5532/2020/ACSS, a ACSS esclareceu que o levantamento progressivo da redução remuneratória de 5% (artigos 11.º e 12.º da Lei n.º 12-A/2010, de 30 de junho), aplicável aos elementos dos Conselhos de Administração Pública se efetiva nos termos do artigo 18.º da Lei do Orçamento de Estado de 2018 – LOE 2018, por força do estabelecido no artigo 182.º do Decreto-Lei de Execução Orçamental para 2018 (Decreto-Lei n.º 33/2018, de 15 de maio). Portanto, o levantamento da redução foi retroagido a 1 de janeiro de 2018, com o faseamento previsto na LOE 2018, vindo a desaparecer na sua totalidade em dezembro de 2019, sendo as remunerações integralmente asseguradas desde 2020.

Pela Portaria n.º 167-B/2022, de 30 de junho, são estabelecidas regras quanto à elegibilidade, composição, determinação e atribuição aos gestores públicos, que exerçam funções executivas em entidades públicas empresariais integradas no Serviço Nacional de Saúde, de uma remuneração variável associada ao reconhecimento e incentivo da boa gestão. Contudo, essa possibilidade cinge-se às situações em que tenha lugar a celebração de contratos de gestão nessa conformidade. Como em 2022 essa questão não se verificou, manteve-se em 2022 a não atribuição de prémios de gestão aos membros do Conselho de Administração.

1.2 Órgão de fiscalização – Conselho Fiscal e Revisor Oficial de Contas

Nos termos do n.º 1 do artigo 79.º do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, que aprova os atuais Estatutos dos Hospitais EPE., a fiscalização e controlo da legalidade da gestão financeira e patrimonial do CHL, qualificado como uma entidade de interesse público, é exercida por um conselho fiscal e por um revisor oficial de contas (ROC) ou por uma sociedade de revisores oficiais de contas que não seja membro daquele órgão, obrigatoriamente, de entre os auditores registados na Comissão de Valores Mobiliários.

O enquadramento remuneratório dos membros dos conselhos fiscais das empresas públicas integradas no serviço nacional de saúde e qualificadas como entidades de interesse público, consta do Anexo à Informação n.º 36/2017, de 6 de novembro, do Gabinete do Secretário de Estado do Tesouro, a qual foi objeto de concordância pelo Despacho n.º 941/17-SET, da mesma data, daquele membro do Governo, e de Despacho do, então, Secretário de Estado da Saúde, datado de 15 de novembro.



O conselho fiscal do CHL, constituído por um presidente e dois vogais, foi designado para o mandato 2018-2020, através de despacho conjunto dos Secretários de Estado do Tesouro e da Saúde, de 27 de março de 2018, fixando o referido despacho as remunerações mensais íliquidas, a suportar pelo CHL: Presidente – € 801,89 e vogal – € 600,89 (a pagar catorze vezes ao ano). Aos valores mensais são aplicadas as disposições legalmente vigentes que os tomem por objeto em cada momento.


Nos termos do n.º 3 do artigo 79.º do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, os membros do Conselho Fiscal são nomeados por despacho dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde, por um período de três anos, renovável por uma única vez.

Considerando que até à data não foi proferido despacho de nomeação do Conselho Fiscal para o triénio 2021-2023, mantiveram-se os titulares designados para o triénio 2018-2020 em exercício de funções, ao abrigo do n.º 6 do artigo 15.º do anexo II do Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro, revogado pelo Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto.

A designação do Revisor Oficial de Contas do CHL para o mandato 2018-2020, foi objeto do Despacho dos Senhores Secretários de Estado do Tesouro e da Saúde, de 12 de julho de 2018, no qual constam os honorários anuais íliquidos do ROC, que incluem a certificação legal de contas de 2017, e que correspondem aos apresentados na proposta de candidatura aprovada pelo Conselho Fiscal, que se explicitam de seguida: 2017 – € 10.000,00 (dez mil euros); 2018 – € 16.800,00 (dezasseis mil e oitocentos euros); 2019 a 2020 – € 19.800,00 (dezanove mil e oitocentos euros). Ao valor dos honorários mencionados, acresce o IVA, à taxa legal em vigor. Ao valor dos honorários são aplicadas as disposições legalmente vigentes que os tomem por objeto em cada momento. As despesas de transporte e alojamento, bem como quaisquer outras realizadas no exercício das funções do ROC são reembolsadas pelo CHL.

O Despacho n.º 1300/2022, de 24 e 25 de janeiro de 2022, dos Secretários de Estado do Tesouro e da Saúde, designa como Revisor Oficial de Contas do CHL, para o triénio de 2022-2024, a sociedade BDO & Associados, SROC, Lda. registada como SROC n.º 29 junto da OROC e na CMVM com o n.º 20161384, representada por António José Correia de Pina Fonseca, ROC n.º 949, inscrito na CMVM com o n.º 20160566.

Designa, também, como Revisor Oficial de Contas suplente do CHL, para o triénio 2022-2024, a sociedade Oliveira, Reis & Associados, SROC, Lda. registada como SROC n.º 23 junto da OROC e na CMVM com o n.º 20161381, representada por Joaquim Oliveira de Jesus, ROC n.º 1056.



Apesar de se ter aguardado nomeação formal, durante o ano de 2021, por parte da Tutela, a BDO & Associados - SROC Lda. deu continuidade ao serviço de revisão legal de contas no exercício de 2021, nos termos do n.º 6 do artigo 79.º dos Estatutos constantes do Decreto-Lei n.º 52/2022.

A remuneração anual de € 19.800 foi mantida em 2022, na nomeação para o triénio 2022-2024.

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

Os Órgãos Sociais não intervêm no modo como as remunerações são estruturadas, uma vez que estas são definidas por normativos legais emanados pelo Governo.

A remuneração é estruturada de forma a permitir o alinhamento dos objetivos dos membros do órgão de administração com os objetivos de longo prazo da entidade, tendo por base um contrato de gestão proposto pela Tutela e assinado por cada um dos membros do Conselho de Administração.

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

Não aplicável.

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

Não aplicável, na medida em que não é atribuída componente variável de remuneração.

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

Não aplicável, não tendo sido definida a atribuição de quaisquer prémios.

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

Não existem regimes complementares de pensões ou de reforma antecipada para os administradores.



D. DIVULGAÇÃO DAS REMUNERAÇÕES

1. Indicação do 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

Unid: €

Nome	Estatuto do Gestor Público			
	Fixado	Classificação	Remuneração mensal bruta	
			Vencimento Mensal	Despesas de Representação
Dr. Licínio Oliveira de Carvalho	75% Venc. PM	B	4.292,06 €	1.716,82 €
Dr. Salvato Maciel de Castro Feijó ⁽¹⁾	80% Venc. PCA	B	4.082,05 €	1.373,46 €
Enf.ª Maria Emília Silva Fernandes Fael	80% Venc. PCA	B	3.433,65 €	1.373,46 €
Eng.ª Maria Alexandra Liz Cardoso Tomás Borges	80% Venc. PCA	B	3.433,65 €	1.373,46 €
Dr.ª Inês Sofia de Sousa Carlos	80% Venc. PCA	B	3.433,65 €	1.373,46 €

⁽¹⁾ Ao vencimento mensal, acresce o valor de 403,35€ relativo à Direção de Serviço.

Unid: €

Membro do CA	Remuneração Anual					
	Fixa* (1)	Variável (2)	Bruta (3)=(1)+(2)	Reduções Remuneratórias (4)	Reversão Remuneratória** (5)	Valor Final (6) = (3)-(4)+(5)
Dr. Licínio Oliveira de Carvalho	80.690,68	0,00	80.690,68	0,00	0,00	80.690,68
Dr. Salvato Maciel de Castro Feijó ***	78.528,74	0,00	78.528,74	0,00	0,00	78.528,74
Enf.ª Maria Emília Silva Fernandes Fael	64.552,62	0,00	64.552,62	0,00	0,00	64.552,62
Eng.ª Maria Alexandra Liz Cardoso Tomás Borges	64.552,62	0,00	64.552,62	0,00	0,00	64.552,62
Dr.ª Inês Sofia de Sousa Carlos ****	48.144,16	0,00	48.144,16	0,00	0,00	48.144,16
			336.468,82	0,00	0,00	336.468,82

* A Remuneração Fixa inclui remuneração, despesas de representação mas não inclui subsídio de alimentação e ajudas de custo.

** A Reversão Remuneratória inclui regularização de vencimento, despesas de representação e reposição da redução remuneratória de anos anteriores.

*** A Remuneração Fixa inclui direção de serviço mas não inclui abonos atribuídos a título de subsídio parental, no valor de 2.540,98€.

**** A Remuneração Fixa não inclui o valor dos abonos atribuídos a título de créditos laborais: férias não gozadas e subsídio de férias, no valor de 5.221,49€ e 2.568,21€, respetivamente.

Unid: €

Membro do CA	Benefícios Sociais							
	Subsídio de Refeição		Regime de Proteção Social		Encargo Anual Seguro de Saúde	Encargo Anual Seguro de Vida	Outros	
	Valor / Dia *	Montante pago Ano	Identificar	Valor			Identificar	Valor
Dr. Licínio Oliveira de Carvalho	4,77 - 5,20	1.041,89	CGA/ADSE	19.164,04	0,00	0,00	-	0,00
Dr. Salvato Maciel de Castro Feijó	4,77 - 5,20	1.002,05	CGA/ADSE	18.650,58	0,00	0,00	-	0,00
Enf.ª Maria Emília Silva Fernandes Fael	4,77 - 5,20	1.103,04	CGA/ADSE	15.331,25	0,00	0,00	-	0,00
Eng.ª Maria Alexandra Liz Cardoso Tomás Borges	4,77 - 5,20	1.099,56	SS/ADSE	15.331,25	0,00	0,00	-	0,00
Dr.ª Inês Sofia de Sousa Carlos	4,77	849,06	SS	11.434,24	0,00	0,00	-	0,00
		5.095,60		79.911,34	0,00	0,00		0,00

* Valor dia de 4,77€ até 2022.09.30. De 2022.10.01 a 2022.12.31 valor dia de 5,20€.

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

Não aplicável, uma vez que não se verifica a existência de outras entidades em relação de domínio ou grupo.



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

Não aplicável, na medida em que não se verificou o pagamento de quaisquer remunerações deste tipo.

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

Não se verificaram quaisquer indemnizações pagas ou devidas a ex-administradores executivos no ano 2022.

5. Indicação do montante anual da remuneração auferida, de forma agregada e individual, pelos membros do órgão de fiscalização da entidade, podendo ser feita remissão para ponto do relatório onde já conste esta informação

Unid: €

Membro do Conselho Fiscal	Remuneração Anual Bruta
José António Vila Mona Batalha	11.216,66
Telma Carreira Curado	8.412,46
Ana Paula Jesus Harfouche	8.412,46
Mário José Alveirinho Carrega	0,00
	28.041,58

Unid: €

Nome ROC/FU	Valor Anual do Contrato de Prestação de Serviços - 2022 ⁽¹⁾			Valor Anual de Serviços Adicionais - 2022 ⁽¹⁾			
	Valor (1)	Reduções (2)	Valor Final (3) = (1)-(2)	Identificação do Serviço	Valor (1)	Reduções (2)	Valor Final (3) = (1)-(2)
BDO & Associados, SROC, Lda. Representada por: António José Correia de Pina Fonseca	19.800,00	0,00	19.800,00	Despesas incorridas com deslocações	2.091,53	0,00	2.091,53

⁽¹⁾ Acresce IVA à taxa legal em vigor

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

Não aplicável, uma vez que o CHL não dispõe de assembleia geral (ver ponto B. do capítulo V. Órgãos Sociais e Comissões deste relatório).



VIII. TRANSAÇÕES COM PARTES RELACIONADAS E OUTRAS

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

Não foram definidos mecanismos específicos para efeitos de controlo de transações com partes relacionadas, tendo em conta que o CHL não detém quaisquer participações e as transações mais relevantes com partes relacionadas respeitam aos serviços prestados aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde, que representam mais de 95% das prestações de serviços deste Centro Hospitalar, as quais são faturadas à ACSS, nos termos contratualizados com a Tutela, no âmbito do Contrato-Programa.

De referir que a faturação de prestações de serviços à ACSS é precedida da validação e aprovação, por parte da mesma, dos serviços a faturar.

A execução do Contrato-Programa é acompanhada e monitorizada por parte da ARS Centro e da ACSS.

2. Informação sobre outras transações

a) Procedimentos adotados em matéria de aquisição de bens e serviços

Os procedimentos adotados em matéria de aquisição de bens e serviços são os que decorrem do disposto no Código dos Contratos Públicos, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 18/2008, de 29 de janeiro, o qual foi revisto e republicado em anexo ao Decreto-Lei n.º 111-B/2017, de 31 de agosto, e ainda com as últimas alterações introduzidas pela Lei n.º 30/2021, de 21 de maio, que iniciaram a sua vigência a 2021.06.21.

De referir ainda que, por Deliberação do Conselho de Administração do CHL, de 2018.11.07, foi aprovado o Manual de Procedimentos em Contratação Pública, que visa instituir um conjunto de regras a observar em todos os procedimentos de contratação pública, desenvolvidos no Serviço de Aprovisionamento, orientando assim os procedimentos internos, obtendo a uniformização dos mesmos e observando as boas práticas em contratação pública.

Este manual de procedimentos terá que ser atualizado, tendo em conta as recentes alterações legislativas em sede do regime de contratação pública (Lei n.º 30/2021, de 21 de maio).



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

As transações realizadas ocorrem sempre em condições de mercado.

c) Lista de fornecedores com transações com a entidade que representam mais de 5% dos fornecimentos e serviços e externos (no caso de ultrapassar 1 milhão de euros)

As transações com fornecedores que representam mais de 5% do total dos fornecimentos e serviços externos, e cuja percentagem correspondeu simultaneamente a mais de um milhão de euros, foram as seguintes:

Unid: €

Fornecedor	Valor
SUCH-SERV.UTILIZACAO COMUM HOSPITAIS	3.626.993
UNISELF-SOC.RESTAU.R.PUBLICOS PRIVADOS, SA	2.232.958
HOSPITAL S. FRANCISCO, SA	1.535.012
IMI-IMAGENS MEDICAS INTEGRADAS, SA	1.475.612
IBERDROLA CLIENTES PORTUGAL, UNIPessoal, LDA	1.391.404



IX. ANÁLISE DE SUSTENTABILIDADE DA EMPRESA NOS DOMÍNIOS ECONÓMICO, SOCIAL E AMBIENTAL

1. Estratégias adotadas e grau de cumprimento das metas fixadas

Esta informação consta do n.º 2 do ponto II deste relatório.

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

Esta informação consta do n.º 2 do ponto II deste relatório.

Relativamente à política de qualidade seguida pelo CHL, importa referir a obtenção, em 22 de junho de 2019, da reacreditação do CHL, que integra o HSA, HDP, HABLO e UIDEPP, pela *Joint Commission International*, para o que foram adotadas múltiplas políticas e aplicados muitos procedimentos que visaram a melhoria da qualidade e da segurança ao nível das estruturas e dos recursos, dos processos e dos resultados, em todos os domínios da atividade da organização. O CHL encontra-se em fase de reacreditação, tendo nova auditoria prevista para os dias 20 e 21 de abril de 2023.

No ano de 2021, a Unidade de Hospitalização Domiciliária do CHL foi alvo de auditoria focal por parte da *Joint Commission International*, e foi concedida a extensão de acreditação a esta nova unidade.

De forma a garantir a sustentabilidade do processo, a Comissão da Qualidade e Segurança do Doente do CHL realiza auditorias pedagógicas de acompanhamento aos Serviços, visando a melhoria dos cuidados prestados, sob domínio dos padrões da *Joint Commission International* e do enquadramento legal.

Adicionalmente, o CHL viu em novembro de 2019 os seus Centros de Referência para o Cancro Colo Retal e Cancro Hepato-biliopancreático, certificados pelo modelo ACSA, modelo este, adotado pela Direção-Geral da Saúde (DGS), sendo que, em março de 2022, foi sujeito a nova auditoria de acompanhamento por parte da DGS.

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)



O Conselho de Administração tem pautado a sua atuação por uma estratégia de desenvolvimento sustentado da atividade assistencial, nos termos das orientações gerais fixadas pela tutela, nomeadamente no que se refere a:

- A melhoria da articulação e integração com as instituições de prestação de cuidados de saúde primários e diferenciados da região de Leiria;
- O reforço dos investimentos em equipamentos médicos e em meios complementares de diagnóstico e terapêutica;
- A melhoria da articulação com as unidades de cuidados continuados;
- A redução do tempo de espera para a cirurgia e primeira consulta nas especialidades com maior atraso;
- A reestruturação da urgência geral, em sintonia com a política definida para a rede de referenciação hospitalar de intervenção cardiológica;
- O desenvolvimento da cirurgia de ambulatório;
- A racionalização do consumo de exames de diagnóstico e de medicamentos, com a introdução de protocolos ajustados a cada situação.

O CHL tem vindo a colaborar ativamente com várias instituições de ensino superior, na realização de estágios de enfermagem, farmácia, serviço social, informática, técnicos de diagnóstico e terapêutica, etc., para além de ter vindo a receber um número significativo de médicos para frequência do ano comum ou para o internato da formação específica.

O CHL dispõe ainda de um Gabinete de Comunicação, Relações Públicas e Imagem que é responsável por toda a comunicação externa e interna do Centro Hospitalar. Além de promover os contatos e o relacionamento do CHL com os seus públicos externos, como utentes, comunidade, parceiros, órgãos de comunicação social, outros hospitais, etc., este gabinete procura dinamizar e promover a cooperação e comunicação internas, entre colaboradores e outros profissionais ligados ao CHL.


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 CHL mantém uma permanente responsabilidade ambiental, estando apostado no desenvolvimento de estratégias que promovem a utilização racional dos meios, de modo a evitar desperdícios e danos ambientais.



Neste sentido, o CHL tem implementado medidas de sustentabilidade ambiental de diversa natureza, de entre as quais se destacam:

- Triagem, acondicionamento e encaminhamento para destino final das várias tipologias de resíduos produzidos no CHL:
 - Resíduos hospitalares equiparados urbanos (grupo I e II);
 - Resíduos hospitalares perigosos (grupo III e IV);
 - Resíduos valorizáveis (papel e cartão, plásticos e vidro);
 - Resíduos líquidos / sólidos perigosos (nas áreas laboratoriais), nomeadamente, xilol, formol, parafina, álcoois e corantes).
 - Resíduos de fluxo especial:
 - Lâmpadas fluorescentes;
 - Toners e tinteiros;
 - Monstros e monos;
 - Pilhas, acumuladores, baterias;
 - Óleos usados;
 - Equipamentos elétricos e eletrónicos;
 - Amalgamas dentárias (resíduos com mercúrio).
- Caracterização dos efluentes gasosos das caldeiras, de acordo com o definido na legislação em vigor;
- Monitorização periódica dos Gases Anestésicos presentes na atmosfera das salas operatórias;
- Programa de monitorização da qualidade da água para consumo humano;
- Plano de prevenção, monitorização e controlo ambiental da bactéria Legionella;
- Tendo por base a política dos 3R's, promove a correta gestão de stock de forma a reduzir a produção de resíduos na fonte;
- Análise dos consumos de energia elétrica, gás natural e água assim como da produção de resíduos, como definido no Programa de Eficiência energética (ECO@SAÚDE) e do Plano Estratégico do Baixo Carbono (PEBC) do Ministério da Saúde;
- Participação no projeto europeu Hospital SUDOE 4.0, Gestão Inteligente de energia em edifícios hospitalares, mantendo no CHL a monitorização dos consumos de água e energia elétrica e gás natural e o estudo da qualidade do ar interior;




- Dando cumprimento ao Plano de Racionalização de Energia para as instalações do CHL, EPE, emanado e descrito no âmbito da Auditoria Energética realizada em 2016, realizou-se a empreitada de Substituição da UTA do Bloco Operatório do HABLO;
- Realização das auditorias energéticas e hídrica ao HSA, HDP e HABLO, com identificação das medidas a implementar de forma a aumentar a eficiência energética das unidades hospitalares, com emissão do respetivo certificado energético;
- Considerando o cenário de crise energética na União Europeia, bem como a situação crítica de seca em Portugal, em alinhamento com as diretivas da União Europeia para redução dos consumos energéticos, foram delineadas um conjunto de medidas transversais com vista à redução dos consumos e custos com as energias e com a água nas unidades hospitalares que compõem o CHL;
- Candidatura ao Plano de Resolução e Resiliência do Fundo Ambiental, Eficiência Energética em Edifícios da Administração Pública Central, com o intuito de obter financiamento para a implementação das diversas medidas identificadas em sede de auditoria energética e hídrica.
- Desenvolvimento de projetos para implementação de um Sistema Solar Fotovoltaico e de um Sistema Solar Térmico no HSA, HDP e HABLO;
- Desenvolvimento de projeto para a substituição do sistema de Gestão Técnica Centralizada do HSA;
- Implementação da campanha Eco.CHL com vista à sensibilização de todos os profissionais para com as boas práticas energéticas.

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 CHL verifica-se uma continuidade da predominância do género feminino, sendo que, a 31 de dezembro de 2022, cerca de 84,5% dos seus efetivos são mulheres, não se verificando diferenças salariais em função do género.

Ademais, são promovidas em permanência os princípios da igualdade de tratamento, nomeadamente no género, tanto na contratação dos recursos humanos como nas políticas remuneratórias, combatendo de forma perentória qualquer forma de discriminação.

Ademais, o CHL elaborou, aprovou e promoveu o Plano Anual para a Igualdade de Género e Não Discriminação para 2022, dando cumprimento à Resolução do Conselho de Ministros nº 19/2012, de 8 de março e Lei n.º 62/2017, de 1 de agosto, pelo qual este organismo renova a



integração, nas suas dinâmicas os princípios, a prossecução da efetiva igualdade de tratamento e oportunidades entre mulheres e homens e, por conseguinte, em cumprimento do objetivo de garantir um tratamento mais justo e equilibrado das pessoas com que se relaciona.

O Plano Anual para a Igualdade de Género e Não Discriminação encontra-se publicado no *site* do CHL (<http://www.chleiria.pt/o-hospital/-/igualdade-de-genero-e-nao-discriminacao-136/>).

d) Referência a medidas concretas no que respeita ao Princípio da Igualdade do Género, conforme estabelecido no n.º 1 da Resolução do Conselho de Ministros n.º 19/2012, de 23 de fevereiro, e à elaboração do relatório a que se refere o n.º 2 da Resolução do Conselho de Ministros (RCM) n.º 18/2014, de 7 de março

O CHL, enquanto entidade empregadora, promove ativamente uma política de igualdade de oportunidades entre homens e mulheres no acesso ao emprego e na progressão profissional, providenciando escrupulosamente no sentido de evitar toda e qualquer forma de discriminação, conforme evidenciado na alínea anterior.

O Plano Anual para a Igualdade de Género e Não Discriminação enuncia 10 objetivos para a promoção da igualdade de género e não discriminação, através da implementação de diversas medidas, organizados em 5 domínios específicos:

Domínio 1: Diagnóstico – Conhecer as práticas para a igualdade já implementadas e as áreas com maior desequilíbrio através da realização de um diagnóstico, através do questionário de satisfação dos colaboradores e da criação de um grupo de trabalho para a igualdade de género e não discriminação;

Domínio 2: Missão, Visão e Valores – Inclusão desta temática na Missão, Visão e Valores da Instituição, bem como em todos os seus documentos estruturais, através da revisão dos documentos e da apresentação de propostas ao CA a elaborar pela Comissão de Qualidade e Segurança do Doente em parceria com o grupo de trabalho para a igualdade de género e não discriminação;

Domínio 3: Igualdade de género na gestão de recursos humanos:

- i. Tratar homens e mulheres de forma igualitária e justa no acesso ao trabalho, através da adoção de linguagem não discriminatória nos anúncios de admissão a procedimentos concursais ou de recrutamento e garantindo a adoção de critérios de admissão não discriminatórios, baseados em competências e motivações;

- ii. Fomentar a participação de todos os profissionais na disseminação da temática da igualdade de género, nomeadamente, através de ações de sensibilização;
- iii. Permitir a avaliação de desempenho unicamente baseada na meritocracia;

Domínio 4: Comunicação e Imagem – garantir a comunicação interna e externa através de linguagem não discriminatória;

Domínio 5: Monitorização e divulgação – avaliar o cumprimento das metas definidas e divulgar publicamente os avanços alcançados na persecução de uma política de igualdade de género e não discriminação.

O n.º 2 da RCM n.º 18/2014, de 7 de março, determina que as empresas do setor empresarial do Estado promovam, de três em três anos, a elaboração de um relatório, a divulgar internamente e a disponibilizar no respetivo sítio na Internet, sobre as remunerações pagas a mulheres e homens tendo em vista o diagnóstico e a prevenção de diferenças injustificadas naquelas remunerações.

O Relatório sobre as Remunerações Pagas a Mulheres e Homens foi elaborado pelo CHL, com referência ao ano 2021, e pode ser consultado através do *link*:

<https://www.chleiria.pt/o-hospital/a-instituicao-9/informacao-publica-51/>

Conforme é evidenciado no referido relatório, o mapa de pessoal do CHL é constituído, maioritariamente, por trabalhadores do sexo feminino. Dado que é aplicada a mesma tabela salarial a todos os profissionais deste centro hospitalar – independentemente de serem mulheres ou homens e da natureza do vínculo contratual – consta-se que as diferenças salariais identificadas decorrem, única e exclusivamente, da categoria profissional em que cada trabalhador está inserido na respetiva carreira, bem como da posição remuneratória em que está colocado, da progressão na carreira e do regime de trabalho que cada um detém, não se verificando qualquer diferenciação da remuneração em função do sexo.

Ainda neste domínio, o CHL faz aprovar anualmente um Plano a Igualdade de Género e Não Discriminação, cumprindo assim com a Resolução do Conselho de Ministros nº 19/2012, de 8 de março de 2012, que veio determinar a obrigatoriedade de adoção, em todas as entidades do setor empresarial do Estado, de um plano para a igualdade, tendente a alcançar a igualdade de tratamento e de oportunidades entre homens e mulheres, eliminar as discriminações e facilitar a conciliação da vida pessoal, familiar e profissional.



O Plano para o ano 2022 foi aprovado por deliberação do Conselho de Administração de 2021.12.02, estando atualmente em vigor a versão para o ano 2023, aprovada por deliberação do Conselho de Administração de 2022.11.16. Este Plano materializa um conjunto de objetivos e medidas que o CHL pretende integrar nas suas dinâmicas, no objetivo de garantir um tratamento mais justo e equilibrado das pessoas com que se relaciona. O documento é público e encontra-se disponível no sítio da internet do CHL, no seguinte link:

<http://www.chleiria.pt/o-hospital/-/igualdade-de-genero-e-nao-discriminacao-136/>

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

Durante o exercício de 2022, a política de recursos humanos priorizou o objetivo de dotar os serviços com os trabalhadores em número adequado, e com competências e perfil necessários para prosseguir os objetivos e metas estabelecidos, no sentido do cumprimento da missão e metas do Centro Hospitalar, num quadro de observância de critérios de qualidade de serviço e com eficiência e efetividade.

Como aspeto crítico da gestão de recursos humanos, importa referir a persistência do quadro de dificuldades de recrutamento em algumas áreas clínicas especializadas que comprometem o desempenho assistencial do Centro Hospitalar, o que conduziu à necessidade de continuar a utilizar mecanismos de contratação específicos, como sejam o recurso à contratação de médicos em regime de prestação de serviços ou à contratação de empresas especializadas, em observância com as determinações legais vigentes, das quais se destaca a manutenção, com incidência crescentemente restritiva no processo de contratação, das exigências estabelecidas pelo Despacho n.º 3027/2018, de 23 de março, que revoga o Despacho n.º 5346/2017, de 6 de junho, e que derroga, na parte aplicável, o Despacho n.º 12083/2011, de 15 de setembro.

Procurando adequar os recursos humanos às necessidades funcionais da instituição, o CHL pugnou pelo cumprimento do previsto no artigo 50.º do RJSPE.

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 RJSPE). 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.)

Constitui preocupação constante do Conselho de Administração do CHL, a contenção da realização de despesa, o esforço de cobrança de receitas e o aperfeiçoamento do processo de contratualização da atividade assistencial, quer através da contratualização interna, quer através do reforço dos mecanismos de monitorização e acompanhamento interno. Importa evidenciar que os proveitos estão fortemente influenciados pela impossibilidade de negociação de preços do CP.

O CHL tem apostado numa gestão de proximidade, nomeadamente através das Áreas de Gestão Intermédia (AGI), unidade funcional do Serviço de Planeamento e Informação para a Gestão, que se tem traduzido em resultados bastante positivos para a Instituição. Encontra-se implementado um Modelo de Acompanhamento dos Serviços de Prestação de Cuidados pelas AGI, com os seguintes objetivos:

- Envolver cada vez mais os serviços na negociação e acompanhamento da execução do CP conjuntamente com o Conselho de Administração e as chefias intermédias, bem como no planeamento comum de objetivos, indicadores e metas de produção, eficiência/produtividade, económico-financeiras, qualidade e acesso;
- Monitorizar e acompanhar de forma periódica o desempenho dos serviços de prestação de cuidados do CHL, ao nível económico-financeiro, da eficiência operacional e qualidade dos cuidados prestados e da garantia da acessibilidade dos utentes, com o intuito de identificar desvios e implementar ou propor medidas corretivas;
- Avaliar propostas de realização de novas técnicas na prestação de cuidados de saúde, bem como a implementação de procedimentos que privilegiem a integração de novas tecnologias no processo produtivo.

Neste contexto está em planeamento a aquisição de uma ferramenta de Business Intelligence, que permita, de forma integrada e célere, o acesso a indicadores de gestão, cruzando informação nas suas diferentes vertentes de atuação (produção assistencial, recursos físicos, humanos, materiais e financeiros, de qualidade, de utentes), e que, adicionalmente, suporta o processo de contratualização interna, para que o mesmo seja potenciado e otimizado.



Pretende-se ainda com este processo, promover uma gestão eficiente, quer dos recursos disponíveis quer das necessidades de saúde, apoiando as equipas de gestão, clínicas e não clínicas, no processo de tomada de decisão. Adicionalmente, é expectável que a implementação de uma ferramenta deste tipo potencie e otimize os trabalhos de análise e decisão sobre a oferta de cuidados de saúde, bem como da estrutura de despesa inerente, e que permita o envolvimento e participação dos vários atores nos processos de gestão, promovendo uma cultura de responsabilização e de transparência.

O CHL tem também apostado na área da investigação, sendo reflexo disso o trabalho que tem sido desenvolvido pelo Centro de Investigação, e com o seu apoio, nomeadamente:

- Estudos da iniciativa do investigador: foram concluídos 30 estudos, estando outros 14 em curso, num total de 44 estudos de investigadores internos e externos;
- Ensaio clínico: foram concluídos 2 ensaios, estando outros 9 em curso, 4 com o recrutamento ativo, num total de 11 ensaios clínicos;
- Estudos observacionais com medicamentos: foram concluídos 0 estudos, estando 7 em curso, 3 com o recrutamento ativo, num total de 7 estudos;
- Estudos Observacionais sem medicamento: foi submetido 1 estudo e estão 6 em curso;
- Projetos candidatados a programas de financiamento do P2020: estão 3 projetos em curso, num total de 11 projetos.



X. AVALIAÇÃO DO GOVERNO SOCIETÁRIO

1. Menção à disponibilização em SiRIEF da ata da reunião da Assembleia Geral, Deliberação Unânime por Escrito ou Despacho que contemple a aprovação dos documentos de prestação de contas (aí se incluindo o Relatório e Contas e o RGS) relativos ao exercício de 2021 por parte dos titulares da função acionista ou, caso não se tenha ainda verificado a sua aprovação, menção específica desse facto.

O Relatório e Contas e o Relatório de Governo Societário, referentes ao ano 2021, foram aprovados por Deliberação do Conselho de Administração de 2022.03.30.

A Certificação Legal de Contas pelo Revisor Oficial de Contas e o Relatório e Parecer do Conselho Fiscal encontram-se emitidos com data de 2023.03.31.

Considerando que, de acordo com o Relatório de Análise 105/2022, de 12 de abril, elaborado pela Unidade Técnica de Acompanhamento e Monitorização do Setor Público Empresarial (UTAM), respeitante ao Relatório de Governo Societário 2021 do CHL, foram identificadas duas questões sobre o conteúdo do mesmo, a saber:

- i. A empresa deverá inserir a data associada ao cumprimento do artigo 54.º do RJSPE, inserindo 2022.03.31;
- ii. A empresa não evidencia a apresentação das declarações de cada um dos membros do órgão de administração à IGF.

Considerando que, no entendimento da UTAM, as questões identificadas *“são sanáveis através da apresentação de informação suficientemente explícita ou da justificação da sua não aplicabilidade à empresa, com uma nova versão do “Relatório de Governo Societário 2021”*.

Por Deliberação do Conselho de Administração de 2022.05.11 foi aprovada a nova versão do Relatório de Governo Societário 2021.

Todos os documentos mencionados, relativos ao exercício de 2021, foram disponibilizados em SiRIEF.

2. Verificação do cumprimento das recomendações recebidas relativamente à estrutura e prática de governo societário (vide artigo 54.º do RJSPE), através da identificação das medidas tomadas no âmbito dessas orientações.



a) Informação que permita aferir o cumprimento da recomendação ou remissão para o ponto do relatório onde a questão é desenvolvida

A estrutura e prática de governo societário cumprem, na generalidade, e no que é aplicável ao CHL, o previsto na Secção II do Capítulo II do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro.

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

Não aplicável, uma vez, à data, que não foram emitidas, por parte dos Órgãos de Fiscalização, quaisquer recomendações relativamente à estrutura e prática de governo societário.

3. Outras informações: a entidade deverá fornecer quaisquer elementos ou informações adicionais que, não se encontrando vertidas nos pontos anteriores, sejam relevantes para a compreensão do modelo e das práticas de governo adotadas

Não existem elementos ou informações adicionais a fornecer.

Leiria, 6 de fevereiro de 2024

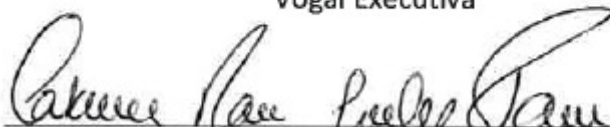
O Conselho de Administração



LICÍNIO OLIVEIRA DE CARVALHO
Presidente



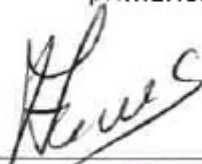
MARIA ALEXANDRA LIZ CARDOSO TOMÁS BORGES
Vogal Executiva




CATARINA MARIA GONÇALVES FARIA
Diretora Clínica para a área dos cuidados de saúde
hospitalares



DENISE ALEXANDRA CUNHA VELHO
Diretora Clínica para a área dos cuidados de saúde
primários



MARCO ALEXANDRE SANTOS DAS NEVES
Enfermeiro Diretor



XI. ANEXOS DO RGS

A. RELATÓRIO DO ÓRGÃO DE FISCALIZAÇÃO



Tel: +351 217 990 420
Fax: +351 217 990 439
www.bdo.pt

Av. da República, 50 - 10º
1069-211 Lisboa

CERTIFICAÇÃO LEGAL DAS CONTAS

RELATO SOBRE A AUDITORIA DAS DEMONSTRAÇÕES FINANCEIRAS

Opinião com reservas

Auditámos as demonstrações financeiras anexas do Centro Hospitalar de Leiria, EPE (adiante também designado por Centro Hospitalar ou CHL), que compreendem o balanço em 31 de dezembro de 2022 (que evidencia um total de 90 182 199 euros e um total de património líquido de 29 306 669 euros, incluindo um resultado líquido negativo de 15 466 867 euros), a demonstração dos resultados por naturezas, a demonstração das alterações no património líquido, a demonstração de fluxos de caixa, relativos ao ano findo naquela data, e o anexo às demonstrações financeiras que inclui um resumo das políticas contabilísticas significativas.

Em nossa opinião, exceto quanto aos possíveis efeitos das matérias referidas nos parágrafos 1 a 4 da secção “Bases para a opinião com reservas”, as demonstrações financeiras anexas apresentam de forma verdadeira e apropriada, em todos os aspetos materiais, a posição financeira do Centro Hospitalar de Leiria, EPE, em 31 de dezembro de 2022, o seu desempenho financeiro e os fluxos de caixa relativos ao ano findo naquela data de acordo com o Sistema de Normalização Contabilística para as Administrações Públicas (SNC-AP).

Bases para a opinião com reservas

1. O Centro Hospitalar utiliza os terrenos e edifícios onde funciona a unidade hospitalar de Leiria - Hospital de Santo André - para a prestação de serviços de saúde, sem que os mesmos se encontrem reconhecidos contabilisticamente, em virtude de não se encontrarem registados em seu nome. Não estão disponíveis elementos que permitam quantificar o efeito desta situação nas suas demonstrações financeiras, situação que configura uma limitação ao âmbito e profundidade do nosso trabalho.

2. Conforme referido no relatório de gestão e nas notas 2.6 e 13 do anexo às demonstrações financeiras: (i) os rendimentos associados às prestações de serviços do Serviço Nacional de Saúde, que resultam das condições acordadas com a Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS) no âmbito dos Contratos-Programa (CP) e respetivos Acordos Modificativos, celebrados anualmente, são registados tendo em consideração as instruções da ACSS para normalização dos registos contabilísticos associados à execução dos CP, Programas Verticais e Convenções Internacionais, preconizadas na Circular Normativa nº 6/2019/ACSS, de 21 de março, não levando em consideração a informação disponível relativa à produção efetivamente realizada pelo CHL, sendo que é reconhecido pela própria ACSS que os ajustamentos realizados “(...) não



prejudicarão os acertos a efetuar aquando do encerramento dos CP ainda em aberto” e; (ii) de acordo com as taxas de execução real do CP de 2021 e 2022, apuradas pelo CHL, os rendimentos relevados contabilisticamente no presente exercício e no anterior encontrar-se-ão subvalorizados num total de cerca de 1 927 500 euros, sendo que ainda não se encontra formalizada a adenda ao acordo modificativo ao CP de 2022. O facto de: (i) se encontra ainda em curso pela ACSS o processo de conferência para encerramento dos CP dos exercícios de 2017 a 2021, não sendo assim ainda possível quantificar os seus efeitos e; (ii) o CHL ter contestado o encerramento dos CP de 2014 a 2016, o que poderá traduzir-se em ajustamentos às contas de cerca de 4 871 000 euros, tendo em consideração os respetivos acertos de contas recebidos da ACSS; conjugados com as situações referidas anteriormente, consubstanciam limitações ao âmbito e profundidade do nosso trabalho.

3. O Balanço inclui na rubrica “Clientes, Contribuintes e Utentes” um saldo de cerca de 1 256 000 euros, com antiguidade muito significativa (mais de 10 anos), a receber de uma entidade pública na sequência de uma alteração legislativa que levou a interpretações diferentes por parte das entidades envolvidas e que se encontra atualmente em processo judicial. A incerteza relativa ao desfecho deste processo representa uma limitação ao âmbito do nosso trabalho.

4. Do processo de confirmação dos saldos a receber e a pagar com terceiros, resulta que o saldo líquido a pagar à Administração Regional de Saúde Centro, IP (ARS Centro) é inferior ao saldo registado pela ARS Centro como a receber do CHL em cerca de 2 238 000 euros. Da reconciliação das diferenças efetuada pelo CHL conclui-se que existem diferenças: (i) de cerca de 1 930 000 euros entre o saldo indicado pela ARS Centro como a receber (cerca de 5 700 000 euros) e o saldo evidenciado na contabilidade do CHL como a pagar, nas rubricas Fornecedores e Outras Contas a Pagar (cerca de 3 770 000 euros) e; (ii) de cerca de 308 000 euros entre o saldo indicado pela ARS Centro como a pagar (cerca de 1 910 000 euros) e o refletido na contabilidade do CHL como a receber, na rubrica de Clientes (cerca de 2 218 000 euros). Dada a inexistência de informação detalhada sobre os motivos das diferenças identificadas, bem como a impossibilidade de desenvolver procedimentos alternativos de auditoria para validação dos referidos saldos, não nos é possível concluir sobre a razoabilidade daqueles saldos relevados no balanço do CHL com referência a 31 de dezembro de 2022.

A nossa auditoria foi efetuada de acordo com as Normas Internacionais de Auditoria (ISA) e demais normas e orientações técnicas e éticas da Ordem dos Revisores Oficiais de Contas. As nossas responsabilidades nos termos dessas normas estão descritas na secção “Responsabilidades do auditor pela auditoria das demonstrações financeiras” abaixo. Somos independentes da Entidade nos termos da lei e cumprimos os demais requisitos éticos nos termos do código de ética da Ordem dos Revisores Oficiais de Contas.

Estamos convictos que a prova de auditoria que obtivemos é suficiente e apropriada para proporcionar uma base para a nossa opinião com reservas.



Ênfase

Conforme mencionado na nota 18 do anexo às demonstrações financeiras, e nos termos do Despacho Conjunto das Finanças e da Saúde, assinado por S. Exas. o Ministro das Finanças e o Ministro da Saúde, em 22 de dezembro, o seu acionista procedeu em 2022 a uma entrada de capital em numerário no montante de 17 584 429 euros para cobertura de prejuízos transitados. Saliente-se que, apesar do CHL ter vindo a apresentar resultados negativos avultados ao longo dos últimos anos, a sua continuidade não se encontra em causa, dado tratar-se de uma entidade pública empresarial relevante na prestação de serviços públicos no setor da saúde, e ter vindo a contar com o apoio financeiro do seu acionista para o equilíbrio da sua atividade operacional, ainda que traduzido na forma de cobertura de prejuízos. A nossa opinião não é modificada em relação a esta matéria.

Outras Matérias

À presente data, não se encontram ainda aprovadas pelo Acionista, as demonstrações financeiras referentes aos exercícios económicos de 2019, 2020 e 2021.

Responsabilidades do órgão de gestão e do órgão de fiscalização pelas demonstrações financeiras

O órgão de gestão é responsável pela:

- (i) preparação de demonstrações financeiras que apresentem de forma verdadeira e apropriada a posição financeira, o desempenho financeiro e os fluxos de caixa do Centro Hospitalar de acordo com o SNC-AP;
- (ii) elaboração do relatório de gestão e demonstração não financeira, nos termos legais e regulamentares aplicáveis;
- (iii) criação e manutenção de um sistema de controlo interno apropriado para permitir a preparação de demonstrações financeiras isentas de distorção material devido a fraude ou a erro;
- (iv) adoção de políticas e critérios contabilísticos adequados nas circunstâncias; e
- (v) avaliação da capacidade do CHL de se manter em continuidade, divulgando, quando aplicável, as matérias que possam suscitar dúvidas significativas sobre a continuidade das atividades.

O órgão de fiscalização é responsável pela supervisão do processo de preparação e divulgação da informação financeira do Centro Hospitalar.



Responsabilidades do auditor pela auditoria das demonstrações financeiras

A nossa responsabilidade consiste em obter segurança razoável sobre se as demonstrações financeiras como um todo estão isentas de distorções materiais devido a fraude ou a erro, e emitir um relatório onde conste a nossa opinião. Segurança razoável é um nível elevado de segurança mas não é uma garantia de que uma auditoria executada de acordo com as ISA detetará sempre uma distorção material quando exista. As distorções podem ter origem em fraude ou erro e são consideradas materiais se, isoladas ou conjuntamente, se possa razoavelmente esperar que influenciem decisões económicas dos utilizadores tomadas com base nessas demonstrações financeiras.

Como parte de uma auditoria de acordo com as ISA, fazemos julgamentos profissionais e mantemos ceticismo profissional durante a auditoria e também:

- (i) identificamos e avaliamos os riscos de distorção material das demonstrações financeiras, devido a fraude ou a erro, concebemos e executamos procedimentos de auditoria que respondam a esses riscos, e obtemos prova de auditoria que seja suficiente e apropriada para proporcionar uma base para a nossa opinião. O risco de não detetar uma distorção material devido a fraude é maior do que o risco de não detetar uma distorção material devido a erro, dado que a fraude pode envolver conluio, falsificação, omissões intencionais, falsas declarações ou sobreposição ao controlo interno;
- (ii) obtemos uma compreensão do controlo interno relevante para a auditoria com o objetivo de conceber procedimentos de auditoria que sejam apropriados nas circunstâncias, mas não para expressar uma opinião sobre a eficácia do controlo interno do Centro Hospitalar;
- (iii) avaliamos a adequação das políticas contabilísticas usadas e a razoabilidade das estimativas contabilísticas e respetivas divulgações feitas pelo órgão de gestão;
- (iv) concluímos sobre a apropriação do uso, pelo órgão de gestão, do pressuposto da continuidade e, com base na prova de auditoria obtida, se existe qualquer incerteza material relacionada com acontecimentos ou condições que possam suscitar dúvidas significativas sobre a capacidade do Centro Hospitalar para dar continuidade às suas atividades. Se concluirmos que existe uma incerteza material, devemos chamar a atenção no nosso relatório para as divulgações relacionadas incluídas nas demonstrações financeiras ou, caso essas divulgações não sejam adequadas, modificar a nossa opinião. As nossas conclusões são baseadas na prova de auditoria obtida até à data do nosso relatório. Porém, acontecimentos ou condições futuras podem levar a que o CHL descontinue as suas atividades;
- (v) avaliamos a apresentação, estrutura e conteúdo global das demonstrações financeiras, incluindo as divulgações, e se essas demonstrações financeiras representam as transações e os acontecimentos subjacentes de forma a atingir uma apresentação apropriada; e



- (vi) comunicamos com os encarregados da governação, entre outros assuntos, o âmbito e o calendário planeado da auditoria, e as conclusões significativas da auditoria incluindo qualquer deficiência significativa de controlo interno identificada durante a auditoria.

A nossa responsabilidade inclui ainda a verificação da concordância da informação constante do relatório de gestão com as demonstrações financeiras, bem como a verificação de que a informação não financeira foi apresentada.

RELATO SOBRE OUTROS REQUISITOS LEGAIS E REGULAMENTARES

Sobre as demonstrações orçamentais

Auditámos as demonstrações orçamentais anexas do CHL que compreendem a demonstração do desempenho orçamental, a demonstração da execução orçamental da receita (que evidencia um total de receita cobrada líquida de 142 599 631 euros), a demonstração da execução orçamental da despesa (que evidencia um total de despesa paga líquida de reposições de 141 531 378 euros) e a demonstração de execução do plano plurianual de investimentos relativas ao exercício findo em 31 de dezembro de 2022.


O órgão de gestão é responsável pela preparação e aprovação das demonstrações orçamentais no âmbito da prestação de contas do Centro Hospitalar. A nossa responsabilidade consiste em verificar que foram cumpridos os requisitos de contabilização e relato previstos na Norma de Contabilidade Pública (NCP) 26 - Contabilidade e Relato Orçamental, do SNC-AP.

Em nossa opinião, as demonstrações orçamentais anexas estão preparadas, em todos os aspetos materiais, de acordo com a NCP 26 do SNC-AP, exceto quanto ao facto da nossa opinião sobre as demonstrações financeiras relativas ao ano findo em 31 de dezembro de 2022 incluir quatro reservas que também têm, ou poderão ter, efeitos sobre as demonstrações orçamentais do CHL.

Sobre o relatório de gestão

Em nossa opinião, exceto quanto aos possíveis efeitos das matérias referidas nos parágrafos 1 a 4 da secção “Bases para a opinião com reservas” do “Relato sobre a auditoria das demonstrações financeiras” no: (i) relato sobre as demonstrações financeiras, e no (ii) relato sobre as demonstrações orçamentais do “Relato sobre outros requisitos legais e regulamentares”; bem como à matéria referida no parágrafo seguinte, o relatório de gestão foi preparado de acordo com as leis e regulamentos aplicáveis em vigor e a informação nele constante é coerente com as demonstrações financeiras auditadas e demonstrações orçamentais, não tendo sido identificadas incorreções materiais.

O relatório de gestão não inclui as divulgações previstas na NCP 27 - Contabilidade de Gestão.



Sobre a demonstração não financeira

Dando cumprimento ao artigo 451º, nº 6 do Código das Sociedades Comerciais, informamos que o Centro Hospitalar preparou o Relatório de Governo Societário, separado do relatório de gestão, que inclui os elementos referentes à demonstração não financeira, conforme previsto no artigo 66º-B do Código das Sociedades Comerciais, o qual deverá ser publicado no sítio da Internet do CHL no prazo legal.

Lisboa, 26 de abril de 2023



António José Correia de Pina Fonseca
(ROC nº 949, inscrito na CMVM sob o nº 20160566),
em representação de BDO & Associados - SROC

Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E. (CHL)
Sede Social: Rua das Olhalvas, Pousos, Leiria



RELATÓRIO E PARECER DO CONSELHO FISCAL SOBRE O RELATÓRIO E CONTAS DO EXERCÍCIO DE 2022

Enquadramento

- A. O presente Relatório e Parecer destina-se a dar cumprimento às alíneas a) e h) do nº 2 do artigo 80º do Decreto-Lei nº 52/2022, de 4 de agosto, nos termos das quais deve o Conselho Fiscal dar parecer sobre o relatório de gestão e elaborar relatório anual global sobre a sua ação fiscalizadora.
- B. O Conselho Fiscal emite, assim, o presente Relatório sobre a ação fiscalizadora no exercício de 2022, bem como o seu Parecer sobre o Relatório e Contas relativos a 31 de dezembro de 2022 apresentados pelo Conselho de Administração do CH LEIRIA, EPE.
- C. O CH LEIRIA, EPE tem a fiscalização e o controlo da legalidade da gestão financeira e patrimonial a ser exercida por um Conselho Fiscal e por um Revisor Oficial de Contas ou por uma Sociedade de Revisores Oficiais de Contas que não seja membro daquele órgão, obrigatoriamente de entre os auditores registados na Comissão do Mercado de Valores Mobiliários.
- D. O Conselho Fiscal do CH LEIRIA, EPE foi nomeado por despacho conjunto das Secretarias de Estado do Tesouro e da Saúde, datado de 14 de março e de 27 de março de 2018, respetivamente, tendo iniciado funções em 23 de abril de 2018.
Tendo cessado o primeiro mandato, o Conselho Fiscal mantém-se em funções.
- E. O Conselho Fiscal recebeu uma comunicação do Revisor Oficial de Contas, relativamente à sua objetividade e independência durante a realização da auditoria, e de que não prestou serviços adicionais para além daqueles a que se encontra obrigado enquanto auditor do CH LEIRIA, EPE.
- F. O Conselho de Administração do CH LEIRIA, EPE aprovou o Relatório e Contas, que incluía as demonstrações orçamentais e o respetivo anexo, a 29 de março de 2023.



Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E. (CHL)
Sede Social: Rua das Olhalvas, Pousos, Leiria



Atividade desenvolvida

- G. No decurso do exercício, a atividade do CH LEIRIA, EPE foi acompanhada com a periodicidade e extensão adequadas, tendo sido vigiada a observância dos estatutos e da Lei. O Conselho de Administração prestou atempadamente os esclarecimentos solicitados e os serviços do CH LEIRIA, EPE mostraram disponibilidade para prestar todas as informações necessárias ao exercício da revisão legal de contas.
- H. Durante o período de 2022 e até à presente data, foram emitidos os seguintes relatórios e pareceres:
1. Parecer sobre o PAO 2022, em 22 de julho de 2022;
 2. Parecer sobre o PAO 2023, em 20 de fevereiro de 2023;
 3. Parecer sobre o Relatório e Contas e Relatório do Governo Societário do período económico de 2021, em 31 de março de 2022;
 4. Parecer sobre o Relatório do Governo Societário do período económico de 2022, em 26 de abril de 2023;
 5. Pareceres sobre o Relatório de Execução Orçamental (4º trimestre de 2021 e 1º trimestre de 2022, em 18 de agosto de 2022; 2º e 3º trimestres de 2022, em 13 de fevereiro de 2023);
 6. Versão final dos Relatórios de Execução Financeira (4º trimestre de 2021, em 12 de julho de 2022; 1º trimestre de 2022, em 27 de julho de 2022; 2º trimestre de 2022, em 30 de novembro de 2022).
- I. Foi dado cumprimento ao Princípio da Unidade de Tesouraria previsto no artigo 28º do Regime Jurídico do Setor Público Empresarial, aprovado pelo Decreto-Lei nº 133/2013, de 3 de outubro, e ainda no artigo 86º da Lei nº 7-A/2016, de 30 de março. A taxa de centralização de fundos na Agência de Gestão da Tesouraria e da Dívida Pública – IGCP, EPE era de 100%, à data de 31 de dezembro de 2022.
- J. O Conselho Fiscal apreciou o Relatório de Governo Societário, no qual se incluem os elementos referentes à “Demonstração não Financeira”, e o Relatório e Contas, que incluía as demonstrações orçamentais e o respetivo anexo, apresentados pelo Conselho de Administração, bem como a Certificação Legal das Contas emitida pelo ROC, da qual constam quatro reservas (por limitação de âmbito) e uma ênfase.

Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E. (CHL)
Sede Social: Rua das Olhalvas, Pousos, Leiria

- K. Dando cumprimento ao nº 2 do artigo 54º do Regime Jurídico do Setor Público Empresarial, o Conselho Fiscal aferiu o cumprimento da exigência de apresentação de Relatório do Governo Societário relativo ao exercício de 2022, verificando que dele constam as informações reguladas no Capítulo II da legislação citada.
- L. O Conselho Fiscal verificou também terem sido cumpridas as orientações da Direção-Geral do Tesouro e Finanças sobre o processo de prestação de contas referente a 2022, designadamente, quanto ao relato do cumprimento das orientações legais vigentes para o Setor Empresarial do Estado, incluindo o cumprimento das orientações relativas às remunerações vigentes em 2022.
- M. O Conselho Fiscal verificou ter sido dado cumprimento ao disposto no nº 6 do artigo 451º do Código das Sociedades Comerciais (elaboração da "demonstração não financeira" prevista no artigo 66º-B do referido Código), a qual foi incluída no Relatório do Governo Societário.

Parecer

- N. Em face do exposto, e exceto quanto aos eventuais efeitos decorrentes das quatro reservas por limitação de âmbito, todas constantes da Certificação Legal das Contas, e tendo em consideração as matérias referidas nos pontos P e Q abaixo, o Relatório de Gestão, as Demonstrações Financeiras e Orçamentais, e a proposta de aplicação dos resultados do exercício de 2022 merecem a concordância do Conselho Fiscal.



Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E. (CHL)
Sede Social: Rua das Olhalvas, Pousos, Leiria

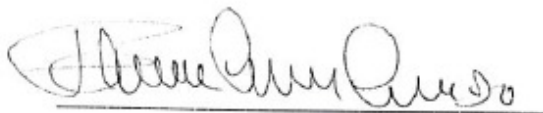
Outras Matérias

- O. O relatório de gestão não inclui as informações de contabilidade de gestão, conforme previsto na NCP 27 – Contabilidade de Gestão, do Sistema de Normalização Contabilística para as Administrações Públicas, em virtude de o CH LEIRIA, EPE não ter procedido ainda à implementação de um sistema de contabilidade de gestão.
- P. O parecer do Conselho Fiscal é emitido sem que o Relatório de Gestão e as Demonstrações Financeiras relativos aos exercícios económicos de 2019 a 2021 tivessem sido objeto de aprovação ao abrigo do exercício da função acionista previsto no artigo 38º do Regime Jurídico do Setor Público Empresarial, pese embora tenham sido aprovados pelo Conselho de Administração e certificadas pelo Revisor Oficial de Contas e merecido a concordância do Conselho Fiscal.

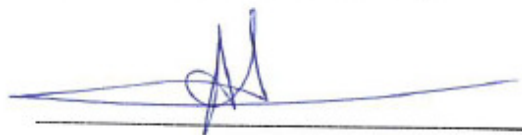
Leiria, 27 de abril de 2023

Assinado por: José António da Vila Mona Batalha
Num. de identificação: 04314675
Data: 2023.04.27 12:27:26+01'00'

Presidente do Conselho Fiscal do CH LEIRIA, EPE



Vogal do Conselho Fiscal do CH LEIRIA, EPE



Vogal do Conselho Fiscal do CH LEIRIA, EPE

Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E. (CHL)
Sede Social: Rua das Olhalvas, Pousos, Leiria

Parecer do Conselho Fiscal sobre o Relatório do Governo Societário de 2022

1. Introdução

O Centro Hospitalar de Leiria, EPE (doravante designado CHLEIRIA), rege-se pelos Estatutos aprovados pelo Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, e integra três unidades hospitalares: Hospital de Santo André, em Leiria, Hospital Distrital de Pombal, e Hospital Bernardino Lopes de Oliveira, em Alcobaça.

O CHLEIRIA é uma pessoa coletiva de direito público de natureza empresarial, dotado de autonomia administrativa, financeira e patrimonial. Enquanto Entidade do Setor Público Empresarial, o CHLEIRIA rege-se pelos princípios e regras do Regime Jurídico do Setor Público Empresarial (RJSPE), aprovado pelo Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro, alterado pela Lei n.º 75-A/2014, de 30 de setembro, e pela Lei n.º 42/2016, de 28 de setembro).

2. Enquadramento

De acordo com o disposto no artigo 54.º do RJSPE, as empresas públicas têm de apresentar anualmente um relatório de boas práticas de governo societário, do qual conste informação atual e completa sobre todas as matérias nele reguladas (Capítulo II — Secção II — Práticas de bom governo), competindo aos órgãos de fiscalização aferir no respetivo relatório o cumprimento daquela exigência.

Para a emissão do respetivo Parecer, o Conselho Fiscal teve por base a análise efetuada ao referido Relatório, a consulta aos documentos aí mencionados, alguns dos quais publicitados em diversos canais de informação e disponíveis ao público em geral, e ainda os esclarecimentos prestados pelo Conselho de Administração, pelos serviços do CHLEIRIA e pelo revisor oficial de contas BDO & ASSOCIADOS, Sociedade de Revisores Oficiais de Contas, LDA. sobre os aspetos considerados relevantes.

3. Principais Considerações

O CHLEIRIA seguiu o modelo de Relatório disponibilizado pela Unidade Técnica de Acompanhamento e Monitorização (UTAM) do Setor Público Empresarial disponível em <http://www.utam.gov.pt> e as instruções aí contidas.

O Relatório apresenta a missão, os objetivos e políticas da empresa, a estrutura de capital, identifica os órgãos sociais, faz a divulgação do estatuto remuneratório e remunerações auferidas. Para além do mais, divulga a sua organização interna e



Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E. (CHL)
Sede Social: Rua das Olhalvas, Pousos, Leiria

apresenta igualmente uma análise de sustentabilidade nos domínios económico, social e ambiental.

O Conselho de Administração do CH LEIRIA, EPE aprovou o Relatório do Governo Societário a 29 de março de 2023.

O Relatório do Governo Societário inclui os elementos referentes à Demonstração Não Financeira, conforme previsto no artigo 66º-B do Código das Sociedades Comerciais.

4. Parecer

Em cumprimento do estabelecido no n.º 2 do artigo 54.º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro, que aprovou o Regime Jurídico do Setor Público Empresarial, o Conselho Fiscal do CHLEIRIA, EPE é de parecer que o relatório de boas práticas de governo societário relativo ao exercício de 2022 inclui informação atual e completa sobre as informações reguladas no Capítulo II — Secção II daquele diploma, e que foi elaborado em conformidade com o modelo disponibilizado pela UTAM.

Leiria, 26 de abril de 2023

O Conselho Fiscal

Assinado por: José António da Vila Mona Batalha
Num. de Identificação: 04314675
Data: 2023.04.26 17:51:10+01'00'

José António da Vila Mona Batalha (Presidente)



Telma Carreira Curado (Vogal)



Ana Paula de Jesus Harfouche (Vogal)

B. DECLARAÇÕES DE PARTICIPAÇÕES PATRIMONIAIS



CENTRO
HOSPITALAR
LEIRIA

De: Presidente do Conselho de Administração

Para: Conselho de Administração

Assunto: Participações patrimoniais
(artigo 52º do Decreto-Lei nº 133/2013, de 3 de outubro)

Dando cumprimento ao disposto no n.º 1 do artigo 52º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro, junto remeto, em anexo, para conhecimento do Conselho de Administração, a declaração submetida na presente data, no site da Inspeção Geral de Finanças, que atesta que não detenho quaisquer participações patrimoniais no CHL, nem quaisquer relações com fornecedores, clientes, instituições financeiras ou quaisquer outros parceiros de negócios, suscetíveis de gerar conflitos de interesse.

Leiria, 23 de março de 2021

O PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO



(LICÍNIO OLIVEIRA DE CARVALHO)

DELIBERAÇÃO DO
Conselho de Administração
Acta nº 12 2021/03/24

Tomou-se conhecimento
21.03.24

O Conselho de Administração

Licínio de Carvalho

Presidente

Alexandra Borges

Megal Executiva

Salvato Feijó

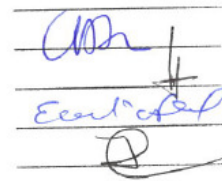
Diretor Clínico

Emília Fael

Enfª Diretora


Inês Carlos

Megal Executiva



03/05/22, 14:22

IGF - AA



DECLARAÇÃO

Nos termos do disposto no n.º 1 do art. 52.º do DL n.º 133/2013, de 3 de outubro, e no n.º 9 do art. 22.º do DL n.º 71/2007, de 27 de março, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 8/2012, de 18 de janeiro, declara-se que Licínio Oliveira de Carvalho, NIF n.º 146427866, submeteu a Declaração de interesses públicos no dia 2021-10-29 pelas 12:45 horas, sendo registada com o n.º 296, referente ao cargo de Presidente do Conselho de Administração na Entidade CENTRO HOSPITALAR DE LEIRIA, E.P.E. tendo indicado o início do mandato em 2020-01-23 e data prevista do termo em 2022-12-31.

03-05-2022

A IGF-Autoridade de Auditoria



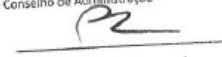

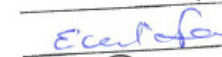


Fechar



**DELIBERAÇÃO DO
Conselho de Administração**
Acta nº 122021/CS/24

Tomou-se em Leiria
21.08.24

O Conselho de Administração

Licínio de Carvalho Presidente	
Alexandra Borges Vogal Executiva	
Salvato Feljó Diretor Clínico	
Emília Fael Enfª Diretora	
Inês Carlos Vogal Executiva	

De: Vogal Executiva, Alexandra Borges

Para: Conselho de Administração

Assunto: Participações patrimoniais
(artigo 52º do Decreto-Lei nº 133/2013, de 3 de outubro)

Dando cumprimento ao disposto no n.º 1 do artigo 52º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro, junto remeto, em anexo, para conhecimento do Conselho de Administração, a declaração submetida na presente data, no site da Inspeção Geral de Finanças, que atesta que não detenho quaisquer participações patrimoniais no CHL, nem quaisquer relações com fornecedores, clientes, instituições financeiras ou quaisquer outros parceiros de negócios, suscetíveis de gerar conflitos de interesse.

Leiria, 23 de março de 2021

A VOGAL EXECUTIVA



(ALEXANDRA BORGES)



DECLARAÇÃO

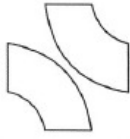
Nos termos do disposto no nº 1 do art. 52º do DL nº 133/2013, de 3 de outubro, e no nº 9 do art. 22º do DL nº 71/2007, de 27 de março, alterado e republicado pelo Decreto-Lei nº 8/2012, de 18 de janeiro, declara-se que Maria Alexandra Liz Cardoso Tomás Borges, NIF nº 152990437, submeteu a Declaração de interesses públicos no dia 2021-09-20 pelas 17:28 horas, sendo registada com o nº 248, referente ao cargo de Vogal Executiva na Entidade CENTRO HOSPITALAR DE LEIRIA, E.P.E tendo indicado o início do mandato em 2020-01-22 e data prevista do termo em 2022-12-31.

04-05-2022

A IGF-Autoridade de Auditoria



Fechar



CENTRO
HOSPITALAR
LEIRIA

DELIBERAÇÃO DO
Conselho de Administração
Acta nº 12 2021/03/24

↑ Inês Carlos
2021-03-24
Conselho de Administração

Licínio de Carvalho	Presidente	
Alexandra Borges	Vogal Executiva	Am
Salvato Feijó	Diretor Clínico	
Emília Fael	Enfª Diretora	Emília Fael
Inês Carlos	Vogal Executiva	

De: Vogal Executiva, Inês Carlos

Para: Conselho de Administração

Assunto: Participações patrimoniais
(artigo 52º do Decreto-Lei nº 133/2013, de 3 de outubro)

Dando cumprimento ao disposto no n.º 1 do artigo 52º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro, junto remeto, em anexo, para conhecimento do Conselho de Administração, a declaração submetida na presente data, no site da Inspeção Geral de Finanças, que atesta que não detenho quaisquer participações patrimoniais no CHL, nem quaisquer relações com fornecedores, clientes, instituições financeiras ou quaisquer outros parceiros de negócios, suscetíveis de gerar conflitos de interesse.

Leiria, 23 de março de 2021

A VOGAL EXECUTIVA



(INÊS CARLOS)



AUTORIDADE DE AUDITORIA

DECLARAÇÃO

Nos termos do disposto no n.º 1 do art. 52.º do DL n.º 133/2013, de 3 de outubro, e no n.º 9 do art. 22.º do DL n.º 71/2007, de 27 de março, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 8/2012, de 18 de janeiro, declara-se que Inês Sofia de Sousa Carlos, NIF n.º 239299698, submeteu a Declaração de interesses públicos no dia 2021-09-20 pelas 17:23 horas, sendo registada com o n.º 246, referente ao cargo de Vogal Executiva na Entidade CENTRO HOSPITALAR DE LEIRIA, E.P.E. tendo indicado o início do mandato em 2020-01-23 e data prevista do termo em 2022-12-31.

03-05-2022

A IGF-Autoridade de Auditoria



Fechar



CENTRO
HOSPITALAR
LEIRIA

De: Diretor Clínico

Para: Conselho de Administração

Assunto: Participações patrimoniais
(artigo 52º do Decreto-Lei nº 133/2013, de 3 de outubro)

Dando cumprimento ao disposto no n.º 1 do artigo 52º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro, junto remeto, em anexo, para conhecimento do Conselho de Administração, a declaração submetida na presente data, no site da Inspeção Geral de Finanças, que atesta que não detenho quaisquer participações patrimoniais no CHL, nem quaisquer relações com fornecedores, clientes, instituições financeiras ou quaisquer outros parceiros de negócios, suscetíveis de gerar conflitos de interesse.

Leiria, 23 de março de 2021

O DIRETOR CLÍNICO




(SALVATO FEIJÓ)

DELIBERAÇÃO DO
Conselho de Administração
Acta nº 12 2021 03/24

Tudo em conformidade
21.03.24

O Conselho de Administração

Ucinio de Carvalho	_____
Presidente	_____
Alexandra Borges	_____
Vogal Executiva	_____
Salvato Feijó	_____
Diretor Clínico	_____
Emília Fael	_____
Enfª Diretora	_____
Imês Carlos	_____
Vogal Executiva	_____



AUTORIDADE DE AUDITORIA

DECLARAÇÃO

Nos termos do disposto no n.º 1 do art. 52.º do DL n.º 133/2013, de 3 de outubro, e no n.º 9 do art. 22.º do DL n.º 71/2007, de 27 de março, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 8/2012, de 18 de janeiro, declara-se que Salvato Maciel de Castro Feijó, NIF n.º 149705832, submeteu a Declaração de interesses públicos no dia 2021-09-20 pelas 17:32 horas, sendo registada com o n.º 250, referente ao cargo de Vogal Executivo na Entidade CENTRO HOSPITALAR DE LEIRIA, E.P.E. tendo indicado o início do mandato em 2020-01-23 e data prevista do termo em 2022-12-31.

04-05-2022

A IGF-Autoridade de Auditoria



Fechar



DELIBERAÇÃO DO
Conselho de Administração
Acta nº 12 2021 / 03 / 24

Tenório de Carvalho

21.03.24
O Conselho de Administração

Luís de Carvalho	_____
Presidente	_____
Alexandra Borges	_____
Vogal Executiva	_____
Solene Feijó	_____
Director Clínico	_____
Emília Fael	_____
Enfª Directora	_____
dos Cuidados	_____
de Enfermagem	_____
Executiva	_____

De: Enfermeira Directora

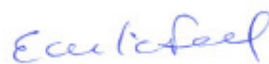
Para: Conselho de Administração

Assunto: Participações patrimoniais
(artigo 52º do Decreto-Lei nº 133/2013, de 3 de outubro)

Dando cumprimento ao disposto no n.º 1 do artigo 52º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro, junto remeto, em anexo, para conhecimento do Conselho de Administração, a declaração submetida na presente data, no site da Inspeção Geral de Finanças, que atesta que não detenho quaisquer participações patrimoniais no CHL, nem quaisquer relações com fornecedores, clientes, instituições financeiras ou quaisquer outros parceiros de negócios, suscetíveis de gerar conflitos de interesse.

Leiria, 23 de março de 2021

A ENFERMEIRA DIRETORA



(EMÍLIA FAEL)



AUTORIDADE DE AUDITORIA

DECLARAÇÃO

Nos termos do disposto no n.º 1 do art. 52.º do DL n.º 133/2013, de 3 de outubro, e no n.º 9 do art. 22.º do DL n.º 71/2007, de 27 de março, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 8/2012, de 18 de janeiro, declara-se que Maria Emília da Silva Fernandes Faci, NIF n.º 135007755, submeteu a Declaração de interesses públicos no dia 2021-09-20 pelas 17:30 horas, sendo registada com o n.º 249, referente ao cargo de Vogal Executiva na Entidade CENTRO HOSPITALAR DE LEIRIA, E.P.E. tendo indicado o início do mandato em 2020-01-23 e data prevista do termo em 2022-12-31.

03-05-2022

A IGF-Autoridade de Auditoria



Fechar



C. DECLARAÇÕES DE INDEPENDÊNCIA


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

Eu, Licínio Oliveira de Carvalho, 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, de 3 de outubro, ou em outra legislação aplicável.

Leiria, 15 de março de 2023



LICÍNIO OLIVEIRA DE CARVALHO
Presidente do Conselho de Administração



DECLARAÇÃO DE INDEPENDÊNCIA

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

Eu, Maria Alexandra Liz Cardoso Tomás Borges, 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, de 3 de outubro, ou em outra legislação aplicável.

Leiria, 15 de março de 2023



MARIA ALEXANDRA LIZ CARDOSO TOMÁS BORGES
Vogal Executiva

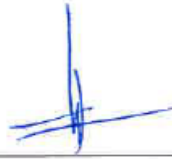


DECLARAÇÃO DE INDEPENDÊNCIA

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

Eu, Salvato Maciel de Castro Feijó, 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, de 3 de outubro, ou em outra legislação aplicável.

Leiria, 15 de março de 2023



SALVATO MACIEL DE CASTRO FEIJÓ
Diretor Clínico



DECLARAÇÃO DE INDEPENDÊNCIA

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

Eu, Maria Emília Silva Fernandes Fael, 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, de 3 de outubro, ou em outra legislação aplicável.

Leiria, 15 de março de 2023



MARIA EMILIA SILVA FERNANDES FAEL
Enfermeira Diretora



D. DEMONSTRAÇÃO NÃO FINANCEIRA

A informação que se apresenta de seguida dá resposta aos requisitos legais introduzidos pelo Decreto-Lei n.º 89/2017, de 28 de julho, que transpõe para a ordem jurídica interna a Diretiva n.º 2014/95/UE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 22 de outubro de 2014, no que respeita à apresentação de uma Demonstração Não Financeira, nos termos do artigo 66.º-B do Código das Sociedades Comerciais.

BREVE DESCRIÇÃO DO MODELO EMPRESARIAL DA EMPRESA

- Modelo de Governo: ver capítulo V. Órgãos Sociais e Comissões do RGS 2022;
- Políticas da Empresa: ver capítulo II. Missão, Objetivos e Políticas do RGS 2022.

QUESTÕES AMBIENTAIS (ver alínea b) do ponto 3. do capítulo IX. Análise de Sustentabilidade da Empresa nos Domínios Económico, Social e Ambiental, do RGS 2022)

As atividades em saúde, cuja finalidade última é prestar um serviço público à comunidade para proteger e cuidar da saúde dos cidadãos, é também em si mesma um motor de desenvolvimento local, que promove o crescimento económico na sua área de influência. No entanto, também representa um custo ambiental importante devido à quantidade de recursos necessários (energéticos, água, recursos naturais) e aos efeitos derivados da sua utilização (contaminação atmosférica, contaminação do solo e da água, por exemplo).

Neste sentido, o CHL é uma instituição de saúde comprometida com a sociedade e com o desenvolvimento sustentável, focada no desempenho energético e ambiental, controlando os impactos da sua atividade no meio ambiente.

De acordo com o definido no Manual de Boas Práticas Ambientais, aprovado por deliberação do Conselho de Administração de 2013.06.06, e revisto a 2022.07.13, em 2022 o CHL continuou a desenvolver atividades de forma a incentivar e fomentar a adoção de boas práticas ambientais, de modo a: reduzir da produção de resíduos hospitalares (líquidos e sólidos); promover as práticas corretas de triagem de resíduos; promover a utilização racional de substâncias químicas perigosas (reagentes de laboratório, desinfetantes, e outros); promover a utilização racionalização água, energia elétrica e combustíveis.



No entanto, as prossecuções destes objetivos só são possíveis, se cada um assumir uma atitude responsável perante o Ambiente. Assim, os pequenos gestos não são mais do que uma responsabilidade social, e podem, cumulativamente, levar a resultados frutíferos.

Em 2022, foram implementadas as seguintes ações:

- Sistema de *Printing*, com o objetivo reduzir o consumo de energia elétrica, número de impressões e cópias e o consumo de papel;
- Campanha de Sustentabilidade do Ministério da Saúde (M.S.), a decorrer até ao final de novembro de 2022. A campanha inclui os templates de sensibilização / consciencialização para cartazes, autocolantes e fundos de ambiente de trabalho e tem como objetivo sensibilizar os ocupantes dos edifícios para a necessidade de reduzir os consumos energéticos, hídricos e a produção de resíduos, pela adoção de comportamentos mais sustentáveis;
- Nomeação dos “Elos da Sustentabilidade Ambiental”, em cada um dos serviços do CHL, com o objetivo de promover as boas práticas ambientais, dinamizar e monitorizar a “Campanha de Sustentabilidade do Ministério da Saúde”, de participar nas auditorias internas sobre a temática “Triagem de Resíduos” e de identificar as principais dificuldades e estratégias a adotar na área do ambiente. Dinamização de ação “Elos da Sustentabilidade Ambiental do CHL – A escolha é nossa”.
- Participação no projeto europeu Hospital SUDOE 4.0, Gestão Inteligente de energia em edifícios hospitalares, mantendo no CHL a monitorização dos consumos de água e energia elétrica e gás natural e o estudo da qualidade do ar interior;
- Realização das auditorias energéticas e hídrica ao HSA, HDP e HABLO, com identificação das medidas a implementar de forma a aumentar a eficiência energética das unidades hospitalares, com emissão do respetivo certificado energético.
- Considerando o cenário de crise energética na União Europeia, bem como a situação crítica de seca em Portugal, em alinhamento com as diretivas da União Europeia para redução dos consumos energéticos, foram delineadas um conjunto de medidas transversais com vista à redução dos consumos e custos com as energias e com a água nas unidades hospitalares que compõem o CHL.
- Candidatura ao Plano de Resolução e Resiliência do Fundo Ambiental, Eficiência Energética em Edifícios da Administração Pública Central, com o intuito de obter financiamento para a implementação das diversas medidas identificadas em sede de auditoria energética e hídrica.



- Desenvolvimento de projetos para implementação de um Sistema Solar Fotovoltaico e de um Sistema Solar Térmico no HSA, HDP e HABLO.
- Desenvolvimento de projeto para a substituição do sistema de Gestão Técnica Centralizada do HSA.
- Implementação da campanha Eco.CHL com vista à sensibilização de todos os profissionais para com as boas práticas energéticas.
- Na área dos resíduos, promoveu-se a triagem, acondicionamento e encaminhamento para destino final das várias tipologias de resíduos produzidos no CHL:
 - Resíduos hospitalares equiparados urbanos (grupo I e II);
 - Resíduos hospitalares perigosos (grupo III e IV);
 - Resíduos valorizáveis (papel e cartão, plásticos e vidro);
 - Resíduos líquidos / sólidos perigosos (nas áreas laboratoriais), nomeadamente, xilol, formol, parafina, álcoois e corantes;
 - Resíduos de fluxo especial:
 - Lâmpadas fluorescentes;
 - Toners e tinteiros;
 - Monstros e monos;
 - Pilhas, acumuladores, baterias;
 - Óleos usados;
 - Equipamentos elétricos e eletrónicos;
 - Amálgamas dentárias (resíduos com mercúrio).
- Realização de auditoria interna, no âmbito da triagem dos resíduos.
- Tendo por base a política dos 3R's são adotadas medidas para a correta gestão de stock, de forma a reduzir a produção de resíduos na fonte;
- Ao nível da higiene e limpeza, mantém-se uma política que visa garantir que os produtos de higienização são usados nas quantidades apropriadas, pelo que são disponibilizados produtos em embalagens com doseadores e sensores bem como instalados sabonetes "espuma". Desta forma, garante-se que não existe desperdício e reduz-se o impacto ambiental deste tipo de resíduos.

No âmbito da informatização do processo clínico eletrónico, foram consolidadas medidas implementadas em anos anteriores, com conseqüente redução da circulação e consumo de papel, toners e tinteiros, e outros produtos, dentro do Centro Hospitalar, minimizando o risco e o impacto ambiental, contribuindo para aumentar a segurança dos doentes, designadamente:



- Consolidação da implementação da receita sem papel;
- Utilização de envelopes reutilizáveis na correspondência interna;
- Utilização da plataforma eletrónica de compras públicas (os documentos são disponibilizados aos elementos do júri em suporte digital, substituindo assim o seu envio em suporte de papel).

O CHL tem, ainda, como política a aquisição de produtos e equipamentos “amigos do ambiente”, ou seja:

- Produtos de limpeza biodegradáveis;
- Papel 100% reciclado e isento de Elementary Chlorine Free (ECF);
- Toalhetes e guardanapos de papel reciclado;
- Papel higiénico reciclado;
- Sacos plásticos em Polietileno de Baixa Densidade (PEBD);
- Equipamentos energeticamente eficientes.

QUESTÕES SOCIAIS (ver alínea a) do ponto 3. do capítulo IX. Análise de Sustentabilidade da Empresa nos Domínios Económico, Social e Ambiental, do RGS 2022)

O CHL dispõe de um conjunto de estruturas que se regem pelo princípio da responsabilidade social e que têm contribuído para o bom desempenho que se tem registado nesse âmbito:

- O Serviço Social, que tem como missão prestar apoio aos cidadãos – utentes e/ou seus familiares - em situação de crise, promovendo a mudança social, a resolução de problemas no contexto das relações humanas e a capacidade e empenhamento dos mesmos no seu bem-estar;
- O Gabinete do Cidadão, que é um instrumento de gestão dos serviços e um meio de defesa dos utentes, e tem como missão recolher, tratar e encaminhar as reclamações, sugestões, louvores e agradecimentos dos cidadãos;
- A Comissão de Humanização atua essencialmente na humanização dos cuidados prestados aos doentes e na promoção do clima organizacional e promoção do bem-estar dos colaboradores do CHL, dinamizando e apoiando iniciativas com diversos objetivos, nomeadamente, promoção da comunicação positiva e implementação do salário emocional, conciliação da vida pessoal/familiar com a vida profissional, formação, melhoria da satisfação do doente, humanização dos cuidados e promoção de estilos de vida saudáveis.




- O CHL assinou, no dia 4 de setembro de 2019, o Compromisso para a Humanização Hospitalar (<https://www.chleiria.pt/galeria/files/Compromisso%20para%20a%20Humanizacao%20Hospitalar.pdf>), juntamente com mais 48 instituições hospitalares nacionais, que abrange 15 dimensões objetivas de humanização, que devem ser analisadas e alvo de intervenção para concretização e/ou melhoria:

1. Orgânica institucional;
2. Privacidade dos utentes;
3. Personalização do cuidar e do tratar;
4. Circulação dos utentes;
5. Visitas aos doentes;
6. Acolhimento dos profissionais;
7. Normas de relacionamento com utentes;
8. Normas de relacionamento interpessoal e interprofissional;
9. Formação em comunicação, empatia e relacionamento;
10. Psicologia positiva, promoção da saúde e bem-estar;
11. Amenidades e segurança hospitalares para profissionais;
12. Combate ao ruído;
13. Promoção do silêncio;
14. Avaliação da satisfação;
15. Participação cidadã.

Nesta sequência, o CHL engloba no seu próprio plano de ação, o "Compromisso para a Humanização", a partir das 15 dimensões acima listadas, com monitorização periódica (<https://www.chleiria.pt/o-hospital/-/compromisso-com-a-humanizacao-123/>).

- A Comissão de Humanização elaborou o relatório de atividades relativo ao ano 2022, no qual avalia o ponto de situação e a concretização das atividades propostas no seu plano de ação. O plano de ação para 2023, foi já delineado e encontra-se em fase de aprovação pelo Conselho de Administração.



- O Gabinete de Comunicação, Relações Públicas e Imagem, que para além de promover os contactos e o relacionamento do CHL com os seus públicos externos, como utentes, comunidade, parceiros, órgãos de comunicação social, outros hospitais, etc., procura, através do desenvolvimento de um conjunto de iniciativas, contribuir para o bem-estar dos colaboradores e o seu envolvimento e participação, bem como dinamizar e promover a cooperação e comunicação internas, entre colaboradores e outros profissionais ligados ao CHL. Destacam-se algumas iniciativas e projetos que decorreram em 2022:
 - Serviço de Pediatria do CHL recebe doação de um carro elétrico infantil para uso dos pequenos utentes;
 - CHL e Politécnico de Leiria iniciam estudo em doentes hipertensos e ou diabéticos para avaliar efeitos do exercício físico;
 - Centro Hospitalar de Leiria promove ação de literacia em saúde na área dos Cuidados Paliativos;
 - Centro Hospitalar de Leiria assinala Dia Mundial do Doente;
 - Enfermeiros do CHL produzem vídeos para destacar a importância da formação e educação na prática clínica;
 - Enfermeira do Centro Hospitalar de Leiria integra grupo de trabalho da Comissão Nacional de Cuidados Paliativos;
 - CHL disponibiliza apoio emocional aos seus profissionais ucranianos, e a crianças adolescentes e adultos da comunidade ucraniana da Região;
 - Profissionais do CHL doam equipamentos para a prática de exercício físico pelos utentes do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental;
 - CHL comemora o Dia do Hospital de Santo André e dedica celebração ao Desporto;
 - Centro Hospitalar de Leiria assinala Dia Internacional de Sensibilização para o Ruído;
 - Centro Hospitalar de Leiria dedica o mês de maio à Família;
 - CHL comemora o Dia do Hospital Distrital de Pombal com a sessão temática “A Felicidade faz bem à Saúde”;
 - CHL assinala Dia Mundial da Grávida com atividades dirigidas às futuras mães;
 - 90% dos utentes atribuem classificação de Muito Bom e Bom à qualidade global dos serviços do CHL;
 - “Criança + Segura” é o projeto vencedor do Orçamento Partilhado do Centro Hospitalar de Leiria 2022;



QUESTÕES RELATIVAS AOS TRABALHADORES, À IGUALDADE ENTRE MULHERES E HOMENS, À NÃO DISCRIMINAÇÃO E AO RESPEITO DOS DIREITOS HUMANOS (ver alínea c) do ponto 3. do capítulo IX. Análise de Sustentabilidade da Empresa nos Domínios Económico, Social e Ambiental, do RGS 2022)

O CHL tem promovido a igualdade dos sexos, tanto na contratação dos recursos humanos como nas políticas remuneratórias, evitando de forma perentória qualquer forma de discriminação. Reflexo da política seguida é o facto de, a 31 de dezembro de 2022, as mulheres representarem 84,5 % do total dos efetivos.

Em termos de diferenciação salarial entre homens e mulheres, considerando que as tabelas salariais aplicadas aos profissionais do CHL, quer em contrato de trabalho em funções públicas (CTFP), quer em contrato individual de trabalho, são iguais, as diferenças que se possam encontrar respeitam à categoria profissional de cada trabalhador dentro do grupo profissional, à posição remuneratória, à progressão na carreira e ao regime de trabalho que detêm, pelo que não existe qualquer diferenciação da remuneração em função do sexo.

QUESTÕES RELATIVAS AO COMBATE À CORRUPÇÃO E ÀS TENTATIVAS DE SUBORNO

Ver pontos A. e B. do capítulo VI. Organização Interna do RGS 2022.


INDICADORES-CHAVE DE DESEMPENHO RELEVANTES PARA A SUA ATIVIDADE ESPECÍFICA

O Contrato-Programa celebrado com a Administração Regional de Saúde do Centro para um período de três anos, e que é revisto anualmente através de Acordos Modificativos, estabelece o plano de prestação de serviços e de cuidados de saúde, em termos de quantidades de produção contratada, as contrapartidas financeiras que lhe estão associadas e os incentivos institucionais que estão dependentes do cumprimento de metas estipuladas para um conjunto de objetivos, destinadas a aumentar a adequação na utilização dos recursos e a promover níveis de acesso, desempenho assistencial e eficiência mais elevados.

No âmbito do Contrato-Programa é atribuído um incentivo institucional que pode representar até 5% do valor total do mesmo e que está associado ao cumprimento de objetivos nacionais de acesso, de desempenho assistencial e de eficiência, em áreas de atividade consideradas prioritárias, de acordo com o Índice de Desempenho Global (IDG) apurado.

A par dos indicadores que compõem o IDG (e que se consideram indicadores-chave de desempenho da atividade desenvolvida), são também bastante relevantes os indicadores de

Desempenho do Serviço de Urgência, os indicadores de Benchmarking da ACSS (acesso, qualidade, eficiência) e os indicadores que compõem o sistema de penalidades associadas ao Contrato-Programa que se aplicam às seguintes áreas: programas de promoção e adequação do acesso; registo, consulta e partilha de informação.



E. APROVAÇÃO PELA TUTELA

As contas relativas aos anos 2019, 2020 e 2021 aguardam despacho de aprovação da Tutela.

