

# 2023

# Relatório de Governo Societário

Centro Hospitalar Leiria, E.P.E

Versão aprovada em reunião do Conselho de Administração de 28 de março de 2024



CENTRO  
HOSPITALAR  
LEIRIA



REPÚBLICA  
PORTUGUESA  
SAÚDE



SNS  
SERVIÇO NACIONAL  
DE SAÚDE

---

## ÍNDICE

---

I. Síntese .....	3
II. Missão, Objetivos e Políticas .....	5
III. Estrutura de Capital.....	17
IV. Participações Sociais e Obrigações Detidas .....	18
V. Órgãos Sociais e Comissões .....	19
A. Modelo de Governo .....	19
B. Assembleia Geral.....	20
C. Administração e Supervisão.....	20
D. Fiscalização .....	34
E. Revisor Oficial de Contas (ROC).....	43
F. Conselho Consultivo .....	45
G. Auditor Externo.....	45
VI. Organização Interna.....	46
A. Estatutos e Comunicações .....	46
B. Controlo Interno e Prevenção de Riscos .....	47
C. Regulamentos e Códigos.....	66
D. Deveres Especiais de Informação .....	71
E. Sítio na Internet.....	73
F. Prestação de Serviço Público ou de Interesse Geral .....	74
VII. Remunerações .....	77
A. Competência para a Determinação .....	77
B. Comissão de Fixação de Remunerações .....	78
C. Estrutura das Remunerações .....	78
D. Divulgação das Remunerações .....	82
VIII. Transações com partes Relacionadas e Outras .....	85
IX. Análise de Sustentabilidade da Empresa nos Domínios Económico, Social e Ambiental.....	87
X. Avaliação do Governo Societário .....	98
XI. Anexos do RGS .....	101
A. Relatório do Órgão de Fiscalização .....	101
B. Declarações de Participações Patrimoniais .....	102
C. Declarações de Independência .....	110
D. Demonstração Não Financeira.....	115
E. Aprovação pela Tutela.....	124

## I. SÍNTESE

O presente relatório autónomo de boas práticas de governo societário, relativo ao ano 2023, 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 2023 não se verificaram alterações significativas em matéria de Boas Práticas de Governo Societário em relação às descritas no Relatório de Governo Societário do ano 2022.

CAPÍTULO II do RJSPÉ – Práticas de Bom Governo		Sim	Não	Observações
Artigo 43.º	Apresentou plano de atividades e orçamento para 2023 adequado aos recursos e fontes de financiamento disponíveis	X		
	Obteve aprovação pelas tutelas setorial e financeira do plano de atividades e orçamento para 2023	X		Despacho do Ministro de Estado e das Finanças de 9 de outubro de 2023
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 2023
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		Relatório de execução do PGRIC elaborado com referência ao ano de 2022 e aprovado por deliberação do CA de 2023.03.24
Artigo 47.º	Adotou um código de ética e divulgou o documento	X		<a href="https://www.chleiria.pt/o-hospital/-/codigo-de-etica-87/">https://www.chleiria.pt/o-hospital/-/codigo-de-etica-87/</a>
Artigo 48.º	Tem contratualizada a prestação de serviço público ou de interesse geral, caso lhe esteja confiada	X		Celebração do Acordo Modificativo ao CP 2023 a 2022.11.18
Artigo 49.º	Prosseguiu objetivos de responsabilidade social e ambiental	X		
Artigo 50.º	Implementou políticas de recursos humanos e planos de igualdade	X		O Plano para a Igualdade de Género e Não Discriminação de 2023 foi aprovado em 2022.11.16. 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		Declarações do Conselho de Administração nomeado por Despacho Conjunto Finanças e Saúde de 22 de janeiro de 2020 para o triénio 2020-2022 e em funções no ano 2023 nos termos do n.º 5 do artigo 69.º do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto
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		
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 2023
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 RJSPÉ (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 disponível, 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);
- Criação da Unidade de Internamento de Cuidados de Convalescença;
- Dinamização e aumento da resposta da Unidade de Hospitalização Domiciliária, criada em 2020;
- Continuar a apostar nos Cuidados Paliativos, nomeadamente com a criação de uma equipa domiciliária;
- 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 referência 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 2023, 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 2023, comparativamente ao ano 2022 e ao previsto no PAO, é o que se apresenta no quadro abaixo.

Atividade Assistencial Total	Realizado 2022	Realizado 2023	Var. 2022/2023	PAO 2023	% Execução PAO 2023
<b>1. Consultas Externas</b>	<b>295.630</b>	<b>299.356</b>	<b>3.726</b>	<b>324.365</b>	<b>92,3%</b>
N.º Primeiras Consultas Médicas	88.647	89.333	686	101.970	87,6%
N.º Consultas Médicas Subsequentes	206.983	210.023	3.040	222.395	94,4%
<b>2. Internamentos</b>					
<b>Doentes Saídos (GDH)</b>	<b>21.207</b>	<b>20.621</b>	<b>-586</b>	<b>23.176</b>	<b>89,0%</b>
GDH Médicos	14.773	14.429	-344	16.133	89,4%
GDH Cirúrgicos Programados (Base + Adicional)	3.181	2.755	-426	3.597	76,6%
GDH Cirúrgicos Urgentes	3.253	3.437	184	3.446	99,7%
<b>Episódios Transferidos (SIGIC)</b>	<b>388</b>	<b>615</b>	<b>227</b>	-	
<b>Dias de Internamento de Doentes Crónicos</b>					
Psiquiatria Crónicos no Hospital	15.890	15.893	3	17.200	92,4%
<b>3. Episódios de GDH de Ambulatório</b>					
GDH Cirúrgicos (Base + Adicional)	13.045	15.251	2.206	13.169	115,8%
GDH Médicos	7.799	8.315	516	8.303	100,1%
<b>Episódios Transferidos (SIGIC)</b>	<b>264</b>	<b>427</b>	<b>163</b>	-	
<b>4. Urgências</b>					
Atendimentos totais*	181.536	175.568	-5.968	172.700	101,7%
Atendimentos sem internamento*	165.510	160.578	-4.932	158.516	101,3%
<b>5. Sessões em Hospital de Dia (s/ GDH)</b>	<b>23.707</b>	<b>29.972</b>	<b>6.265</b>	<b>24.031</b>	<b>124,7%</b>
Hematologia	1.414	1.421	7	1.678	84,7%
Psiquiatria	1.953	2.206	253	1.984	111,2%
Outras sessões	20.340	26.345	6.005	20.369	129,3%
<b>6. IG até 10 semanas</b>					
IG medicamentosa	292	452	160	286	158,0%

Atividade Assistencial Total	Realizado 2022	Realizado 2023	Var. 2022/2023	PAO 2023	% Execução PAO 2023
<b>7. Serviços Domiciliários</b>					
Visitas domiciliárias	3.067	3.160	93	3.125	101,1%
Hospitalização Domiciliária	417	442	25	450	98,2%
<b>8. Diagnóstico e Tratamento de Infertilidade</b>					
N.º Consultas de Apoio à Fertilidade	23	98	75	100	98,0%
N.º Induções Ováricas	11	18	7	40	45,0%
<b>9. Diagnóstico Pré-Natal</b>					
N.º Consultas - Protocolo I	692	420	-272	807	52,0%
<b>10. Linha Financiamento CRE Cancro Reto **</b>					
N.º Doentes tratados - 1º Ano	192	192	0	192	100,0%
N.º Doentes tratados - 2º Ano	150	150	0	151	99,3%
<b>11. Linha Financiamento Esclerose Múltipla **</b>					
N.º Doentes tratados/mês	183	176	-7	200	88,0%
<b>12. Linha Financiamento Hepatite C</b>					
N.º Doentes tratados/ano	30	50	20	50	100,0%
<b>13. Programa de tratamento de doentes com dispositivosPSCI **</b>					
Doentes Novos	11	7	-4	15	46,7%
Doentes Seguimento	73	75	2	79	94,9%
<b>14. Rastreios</b>					
N.º Rastreo do Cancro do Cólon e Reto	34	76	42	200	38,0%
<b>15. Implantes</b>					
Implantes Unilaterais	0	0	0	3	0,0%
Implantes Bilaterais	0	0	0	3	0,0%
<b>16. Atividade Cirúrgica</b>	<b>19.396</b>	<b>21.407</b>	<b>2.011</b>	<b>21.555</b>	<b>99,3%</b>
Convencional	3.240	2.964	-276	4.035	73,5%
Ambulatório	13.670	15.979	2.309	15.055	106,1%
Urgente	2.486	2.464	-22	2.465	100,0%
<b>17. Partos</b>	<b>1.910</b>	<b>2.258</b>	<b>348</b>	<b>1.920</b>	<b>117,6%</b>
Eutócicos	940	1.128	188	1.065	105,9%
Cesarianas	593	666	73	480	138,8%
Outros Partos	377	464	87	375	123,7%

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

\*\* Doentes Equivalente/Ano

Partos: Metas internas porque com o PE não existem metas externas para Partos

Em termos homólogos, é de destacar o crescimento registado nas Hospital de Dia sem GDH (+26,4%), dos GDH de ambulatório (+13,1%) e da atividade cirúrgica (+10,4%). Quanto à execução das metas de produção, no que diz respeito aos Internamentos, Consultas Externas e Atividade Cirúrgica Base, constata-se uma diminuição quando comparado com o previsto no PAO 2023.

Destacam-se os seguintes aspetos:



- **Internamento (GDH):**

O internamento registou, no ano de 2023, 18.941 doentes saídos (excluindo berçário), traduzindo uma realização ligeiramente abaixo da previsão (taxa de execução do PAO de 90,5%), verificando-se uma demora média global de 7,61 dias e uma taxa de ocupação 71,3%.

Em termos homólogos, registou-se um decréscimo de -4,3% (-850 doentes), em grande medida relacionado com a diminuição da atividade cirúrgica convencional programada e adicional (-278 cirurgias) e o menor número de doentes internados via urgência (-1.080 episódios urgentes com internamento), consequência do decréscimo registado nos atendimentos urgentes.

- **Consulta Externa:**

A taxa de execução do PAO 2023, ao nível da consulta externa, ficou abaixo do expectável (92,3%), registando, no entanto, um acréscimo em termos homólogos (+1,3% ou +3.726 consultas), resultado do comportamento favorável verificado, principalmente, ao nível das consultas subsequentes (+1,5% ou +3.040 consultas), mas também das primeiras consultas (+0,8% ou +686 consultas).

- **Urgência:**

O número total de atendimentos registados no ano 2023, é inferior ao verificado no ano anterior, estando de acordo com a tendência desejável nesta linha de produção.

Em termos homólogos verifica-se um decréscimo global (-3,3%), destacando-se a diminuição registada na urgência pediátrica (-9,1%, ou -3.152 atendimentos), não obstante, regista-se um crescimento na Urgência Ginecológica/Obstétrica (+10,4% ou +1.238 atendimentos), para o qual contribui o aumento de admissões de utentes da área de residência do CHO (+1.036 atendimentos) face ao período homólogo.

- **Hospital Dia:**

O hospital de dia registou no ano de 2023, 36.198 sessões de tratamento, traduzindo uma taxa de execução do PAO de 120,7%, ou seja, acima do valor previsto.

O número total de sessões de hospital de dia registou um acréscimo de 41,6% (+6.884 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 de

Pé Diabético (+1.448 sessões), Psiquiatria – Ambulatório (+1.071 sessões), Endocrinologia (+988 sessões), Hematologia (+824 sessões), Cardiologia (+655 sessões) e Pneumologia (+303 sessões).

- **Atividade Cirúrgica:**

A atividade cirúrgica no ano de 2023, incluindo convencional, ambulatória e urgente, situou-se nas 21.407 cirurgias, traduzindo uma taxa de execução do PAO de 99,3%, ou seja, em linha com valor previsto, revelando, no entanto, um crescimento de 10,4% (+2.011 cirurgias) em relação ao ano anterior, alavancado, em especial, pelo comportamento registado na cirurgia de ambulatório (+16,9% ou +2.309 cirurgias), não obstante a diminuição registada cirurgia convencional programada (-5,5% ou -130 cirurgias), com uma taxa de execução de 77,3%.

A atividade cirúrgica ambulatória (sem incluir atividade adicional) teve um acréscimo de 11,0% (+779 cirurgias) face ao período homólogo do ano anterior, justificado pelo aumento registado nas cirurgias de Oftalmologia (+599 cirurgias), Dermatologia (+174 cirurgias) e Ortopedia (+161 cirurgias), ainda que registe uma taxa de execução de 92,8%, inferior ao expectável.

A atividade cirúrgica convencional adicional registou um decréscimo face ao período homólogo do ano anterior (-16,6% ou -149 cirurgias), com destaque para a Ortopedia (-100 cirurgias), Urologia (-53 cirurgias) e Cirurgia Geral (-28 cirurgias), não obstante o aumento verificado em ORL (+32 cirurgias) no sentido de reduzir a LIC dos utentes cujo tempo de espera em lista é superior a 1 ano.

Ao nível da produção adicional ambulatória, o número de cirurgias realizadas a dezembro de 2023 registou um acréscimo de 23,2% (+1.534 cirurgias) face ao período homólogo do ano anterior, explicado pelo impacto da atividade realizada pela Oftalmologia (+997 cirurgias) e Ortopedia (+281 cirurgias).

No que se refere à atividade cirúrgica urgente, o volume de produção realizada em 2023 (2.464 cirurgias) traduz uma taxa de execução da previsão constante do PAO 2023 de 100,0% e uma variação homóloga de -0,9%.

## Atividade Assistencial SNS e Subsistemas Públicos

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 98,0%. O detalhe por linha de produção apresenta-se no quadro abaixo.

Atividade Assistencial SNS e Subsistemas Públicos	Realizado 2022	Realizado 2023	Var. 2022/2023	PAO 2023	% Execução PAO 2023
<b>1. Consultas Externas</b>	<b>292.067</b>	<b>295.985</b>	<b>3.918</b>	<b>320.648</b>	<b>92,3%</b>
N.º Primeiras Consultas Médicas	87.406	87.955	549	100.781	87,3%
N.º Consultas Médicas Subsequentes	204.661	208.030	3.369	219.867	94,6%
<b>2. Internamentos</b>					
<b>Doentes Saídos (base dados GDH)</b>	<b>20.879</b>	<b>20.041</b>	<b>1.417</b>	<b>22.020</b>	<b>91,0%</b>
GDH Médicos	14.578	14.091	-487	15.200	92,7%
GDH Cirúrgicos Programados (Base+Adicional)	3.174	2.726	-448	3.555	76,7%
GDH Cirúrgicos Urgentes	3.127	3.224	97	3.265	98,7%
<b>Episódios Transferidos (SIGIC)</b>	<b>388</b>	<b>615</b>	<b>227</b>	-	
<b>Dias de Internamento de Doentes Crónicos</b>					
Psiquiatria Crónicos no Hospital	15.890	15.893	3	17.200	92,4%
<b>3. Episódios de GDH de Ambulatório</b>					
GDH Cirúrgicos (Base+Adicional)	12.943	15.135	2.192	13.054	115,9%
GDH Médicos	7.740	8.251	511	8.245	100,1%
<b>Episódios Transferidos (SIGIC)</b>	<b>264</b>	<b>427</b>	<b>163</b>	-	-
<b>4. Urgências</b>					
Atendimentos totais*	171.284	167.669	-3.615	166.401	100,8%
Atendimentos sem internamento*	155.882	153.102	-2.780	152.681	100,3%
<b>5. Sessões em Hospital de Dia (s/ GDH)</b>	<b>23.510</b>	<b>25.660</b>	<b>2.150</b>	<b>23.436</b>	<b>109,5%</b>
Hematologia	1.390	1.401	11	1.657	84,6%
Psiquiatria	1.953	2.206	253	1.984	111,2%
Outras sessões	20.167	22.053	1.886	19.795	111,4%
<b>6. IG até 10 semanas</b>					
IG medicamentosa	292	452	160	286	158,0%
<b>7. Serviços Domiciliários</b>					
Visitas domiciliárias	3.067	3.160	93	3.125	101,1%
Hospitalização Domiciliária	417	442	25	450	98,2%
<b>8. Diagnóstico e Tratamento de Infertilidade</b>					
N.º Consultas de Apoio à Fertilidade	23	98	75	100	98,0%
N.º Induções Ováricas	11	18	7	40	45,0%
<b>9. Diagnóstico Pré-Natal</b>					
Nº Consultas - Protocolo I	672	386	-286	727	53,1%
<b>10. Linha Financiamento CRE Cancro Reto</b>					
Nº Doentes tratados - 1º Ano	192	192	0	192	100,0%
Nº Doentes tratados - 2º Ano	150	150	0	151	99,3%
<b>11. Linha Financiamento Esclerose Múltipla</b>					
Nº Doentes tratados/mês	183	176	-7	200	88,0%
<b>12. Linha Financiamento Hepatite C</b>					
Nº Doentes tratados/ano	30	50	20	50	100,0%
<b>13. Programa de tratamento de doentes com dispositivosPSCI</b>					
Doentes Novos	11	7	-4	15	46,7%
Doentes Seguimento	73	75	2	79	94,9%
<b>14. Rastreios</b>					
Nº Rastreio do Cancro do Cólon e Reto	34	76	42	200	38,0%
<b>15. Implantes</b>					
Implantes Unilaterais	0	0	0	3	0,0%
Implantes Bilaterais	0	0	0	3	0,0%
<b>16. Programa de Tratamento a Doentes Mentais Crónicos Institucionalizados</b>					
Nº de dias de internamento	3.278	4.534	1.256	4.000	113,4%

\* 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 96,9%.

Indicadores	Meta 2023	Realizado Acum. dezembro 2023	Apuramento IDG			
			A) Peso Relativo do Indicador	Grau de Cumprimento	B) Grau de Cump. Ajustado	A) x B)
<b>Objetivos Nacionais</b>						
<b>Acesso</b>						
A.1 - Percentagem de pedidos em Lista de Espera para Consulta (LEC) dentro do TMRG	40,0%	39,8%	10%	99,5%	99,5%	10,0%
A.2 - Percentagem de consultas realizadas dentro dos tempos máximos de resposta garantidos (TMRG)	47,0%	35,0%	10%	74,6%	74,6%	7,5%
A.3 - Percentagem utentes em Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC) dentro do TMRG	89,0%	82,7%	10%	92,9%	92,9%	9,3%
A.4 - Percentagem de doentes operados dentro dos TMRG	85,0%	88,2%	10%	103,8%	103,8%	10,4%
A.5 - Percentagem de episódios de urgência atendidos dentro do tempo de espera previsto no protocolo de triagem	75,0%	60,9%	10%	81,2%	81,2%	8,1%
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	82,5%	97,9%	10%	118,7%	118,7%	11,9%
<b>Qualidade</b>						
B.1 - Percentagem de reinternamentos em 30 dias, na mesma grande categoria diagnóstico	3,30%	3,2%	3%	103,3%	103,3%	3,1%
B.2 - Percentagem de cirurgias realizadas em ambulatório, para procedimentos tendencialmente ambulatorizáveis	50,0%	43,8%	3%	87,5%	87,5%	2,6%
B.3 - Percentagem de cirurgias da anca efetuadas nas primeiras 48h	40,0%	37,3%	3%	93,3%	93,3%	2,8%
B.4 - Índice de mortalidade ajustada	1,0000	0,9218	4%	107,8%	107,8%	4,3%
B.5 - Índice de demora média ajustada	0,9900	0,9938	4%	99,6%	99,6%	4,0%
B.6 - Demora média antes da cirurgia	0,65	0,62	3%	104,6%	104,6%	3,1%
<b>Eficiência</b>						
C.1 - Gastos Operacionais por doente padrão	3.899,00 €	4.288 €	5%	90,0%	90,0%	4,5%
C.2 - Doente padrão por médico ETC	75,8	94,0	5%	124,0%	120,0%	6,0%
C.3 - Doente padrão por enfermeiro ETC	38,7	41,7	5%	107,8%	107,8%	5,4%
C.4 - Percentagem dos gastos com trabalho extraordinário, suplementos e Fornecimento de Serviços Externos (seleccionados), no total de gastos com pessoal	20,7%	25,0%	5%	79,5%	79,5%	4,0%
CHL a 31.12.2023			Índice de Desempenho Global		96,9%	
BIMH a 31.12.2023			Incentivos Institucionais 2023		6.417.753 €	
ARSC a 31.12.2023			Estimativa Valor a Receber		6.217.617 €	
SICA a 31.12.2023						

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.

## c) Objetivos Económico-Financeiros

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

Demonstração de Resultados	Realizado 2022	Realizado 2023	Var. 2022/2023 (%)	PAO 2023	% Execução PAO 2023
Impostos, contribuições e taxas	1.638.877	949.607	-42,1%	538.503	176,3%
Prestações de serviços	119.620.783	129.399.272	8,2%	131.337.873	98,5%
Transferências e subsídios correntes obtidos	181.118	274.028	51,3%	169.014	162,1%
Custo matérias consumidas	-29.536.201	-34.474.703	16,7%	-29.798.132	115,7%
Fornecimentos e serviços externos	-25.346.824	-27.212.795	7,4%	-23.519.225	115,7%
Gastos com o pessoal	-80.181.597	-91.655.674	14,3%	-80.012.162	114,6%
Imparidade de dívidas a receber (perdas/reversões)	5.646	163.336	2792,8%	352.459	46,3%
Provisões (aumentos/reduções)	170.407	201.210	18,1%	-122.907	-163,7%
Outros rendimentos	1.695.544	5.083.021	199,8%	1.771.811	286,9%
Outros gastos	-356.761	-480.458	34,7%	-203.873	235,7%
<b>Resultado antes de depreciações, gastos de financiamento e impostos</b>	<b>-12.109.009</b>	<b>-17.753.155</b>	<b>-46,6%</b>	<b>513.363</b>	<b>-3458,2%</b>
Gastos de depreciação e de amortização	-3.171.048	-3.514.025	10,8%	-4.062.487	86,5%
<b>Resultado operacional (antes de gastos de financiamento e impostos)</b>	<b>-15.280.057</b>	<b>-21.267.180</b>	<b>-39,2%</b>	<b>-3.549.124</b>	<b>599,2%</b>
Juros e rendimentos similares obtidos	2.465	4.360	76,8%	10.331	42,2%
Juros e gastos similares suportados	-162.327	-94.701	-41,7%	-50.013	189,4%
<b>Resultado antes de impostos</b>	<b>-15.439.918</b>	<b>-21.357.521</b>	<b>-38,3%</b>	<b>-3.588.806</b>	<b>595,1%</b>
Imposto sobre o rendimento	-26.948	-25.887	-3,9%	-	
<b>Resultado líquido do período</b>	<b>-15.466.867</b>	<b>-21.383.408</b>	<b>-38,3%</b>	<b>-7.410.361</b>	<b>288,6%</b>

O resultado antes de impostos a dezembro de 2023, apresenta o valor negativo de -€ 21.357.521, o que, comparado com o realizado no período homólogo, de -€ 15.439.918, evidencia um agravamento do desempenho económico.

Apesar do crescimento registado nas prestações de serviços, associado ao aumento da atividade assistencial em 2023, assim como a já referida atualização dos preços no âmbito do referido CP 2023, estes não superaram o acréscimo registado na estrutura de gastos do CHL.

Por outro lado, os rendimentos do ano 2023 encontram-se subvalorizados em € 649.718, em virtude de:

- A taxa de execução real do CP 2023 apurada é de 98,6% (98,0% antes de incentivos e 96,9% de incentivos);
- Contudo, dando cumprimento às orientações da ACSS, a fatura da 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.

## d) Plano de Investimento

DESIGNAÇÃO DO PROJETO	PREVISÃO 2023			EXECUÇÃO 2023		OBSERVAÇÕES
	RECETTA PRÓPRIA	FUNDOS EUROPEUS/ OUTROS	TOTAL PREVISTO	TOTAL EXECUTADO	DESVIO	
Reabilitação Estrutural Serviço MFR	449.339 €	309.699 €	759.037,54 €	582.454,61 €	176.583 €	Investimento que se prevê concluir em 2024
Unidade de internamento de cuidados de convalescença	415.837 €	76.913 €	492.749,81 €	557.727,06 €	-64.977 €	Concluído em 2023
Empreitada de expansão do Serviço de Urgência Geral do HSA	481.250 €	0 €	481.250,00 €	481.250,00 €	0 €	Investimento transitou para 2024
Expansão da Consulta Externa HSA	57.500 €	325.833 €	383.333,33 €	383.333,33 €	0 €	Investimento transitou para 2024
Sistema de deteção de incêndios	141.450 €	0 €	141.450,00 €	100.947,13 €	40.503 €	Investimento iniciado em 2023, que se prevê concluir em 2024
Reabilitação e expansão Consulta Externa HDP	36.225 €	205.275 €	241.500,00 €	19.895,25 €	221.605 €	Investimento transitou para 2024
Criação de uma Unidade Intermédia Cirúrgica	66.750 €	378.250 €	445.000,00 €	445.000,00 €	0 €	Investimento transitou para 2024
Requalificação da rede exterior de drenagem de águas residuais HDP	138.000 €	0 €	138.000,00 €	138.000,00 €	0 €	Investimento transitou para 2025
Reconversão da zona da Lavandaria para instalação do serviço de Nefrologia e da UAGastrenerologia	56.750 €	321.583 €	378.333,33 €	378.333,33 €	0 €	Investimento transitou para 2024
Sistema/Torre de laparoscopia avançada	150.000 €	0 €	150.000,00 €	150.000,00 €	0 €	Investimento excluído do Plano de Investimento
Plataforma Integrada de colaboração entre profissionais e utentes	43.057 €	243.991 €	287.047,94 €	115.374,00 €	171.674 €	Concluído em 2023
CHL + Seguro, Segurança, Resiliência e Privacidade de Dados	68.796 €	389.846 €	458.642,88 €	30.356,40 €	428.286 €	Concluído em 2023
Eficiência e Segurança do Doente no CHL	98.779 €	559.748 €	658.526,62 €	245.827,80 €	412.699 €	Concluído em 2023
Criação da nova Unidade de Cirurgia de Ambulatório	207.000 €	1.173.000 €	1.380.000,00 €	1.380.000,00 €	0 €	Investimento transitou para 2024
Expansão do Serviço de Sangue	30.188 €	171.063 €	201.250,00 €	201.250,00 €	0 €	Investimento transitou para 2025
Expansão do Serviço de Patologia Clínica	21.563 €	122.188 €	143.750,00 €	143.750,00 €	0 €	Investimento transitou para 2025
Obras de adaptação do atual ADR-SU aos serviços de Oncologia Médica, Hospital de Dia e Cuidados Paliativos	115.000 €	0 €	115.000,00 €	115.000,00 €	0 €	Investimento excluído do Plano de Investimento
Criação de condições para implementação de novas áreas assistenciais (Radioncologia, Neurorradiologia,...)	15.000 €	85.000 €	100.000,00 €	100.000,00 €	0 €	Investimento transitou para 2025
Substituição Angiógrafo do Serviço de Cardiologia	120.000 €	680.000 €	800.000,00 €	800.000,00 €	0 €	Investimento transitou para 2024
Substituição de equipamento de fibroscopia do serviço de Gastrenerologia	150.000 €	0 €	150.000,00 €	150.000,00 €	0 €	Investimento excluído do Plano de Investimento
Aquisição de um novo microscópio cirúrgico, para equipar a sala 2 da Cirurgia de Ambulatório	250.000 €	0 €	250.000,00 €	250.000,00 €	0 €	Investimento transitou para 2024
Aquisição de novos aparelhos de diagnóstico: perimetria estática computadorizada (PEC) e aparelhos de Eletro-Fisiologia Ocular	60.000 €	340.000 €	400.000,00 €	400.000,00 €	0 €	Investimento transitou para 2024
Marquesas Operatórias	150.000 €	0 €	150.000,00 €	150.000,00 €	0 €	Investimento transitou para 2024
Remodelação da Cirurgia de Ambulatório	15.000 €	85.000 €	100.000,00 €	100.000,00 €	0 €	Investimento transitou para 2024
Equipamento para realização de biópsias prostáticas de fusão (ecógrafo+sonda+software de fusão+stepper)	184.500 €	0 €	184.500,00 €	184.500,00 €	0 €	Investimento transitou para 2024
Criação de uma Unidade de Reabilitação Psiquiátrica na UIDEPP	43.125 €	244.375 €	287.500,00 €	287.500,00 €	0 €	Investimento transitou para 2025
Substituição Sala de Raio-X	48.000 €	272.000 €	320.000,00 €	320.000,00 €	0 €	Investimento transitou para 2025
Substituição Ecógrafo	98.400 €	0 €	98.400,00 €	98.400,00 €	0 €	Investimento transitou para 2024
Repensar a organização interna do hospital em função dos principais circuitos dos doentes	87.500 €	0 €	87.500,00 €	87.500,00 €	0 €	Investimento transitou para 2024
Repensar a estrutura e organização de produção cirúrgica	145.000 €	0 €	145.000,00 €	145.000,00 €	0 €	Investimento transitou para 2024
Rever o portefólio de serviços	155.000 €	0 €	155.000,00 €	155.000,00 €	0 €	Investimento transitou para 2024
Promover uma gestão, clínica e não clínica, baseada em dados	130.000 €	0 €	130.000,00 €	130.000,00 €	0 €	Investimento transitou para 2024
Ferramenta de Business Intelligence, com módulo de Inteligência Artificial	15.000 €	85.000 €	100.000,00 €	100.000,00 €	0 €	Investimento transitou para 2024
Renovação do sistema RIS / PACS	112.750 €	0 €	112.750,00 €	112.750,00 €	0 €	Investimento transitou para 2024
Renovação do parque informático	250.000 €	0 €	250.000,00 €	250.000,00 €	0 €	Investimento transitou para 2024
Renovação da infraestrutura de equipamentos ativos de rede	250.000 €	0 €	250.000,00 €	250.000,00 €	0 €	Investimento transitou para 2024
Ecógrafo Bloco Operatório Central	100.000 €	0 €	100.000,00 €	100.000,00 €	0 €	Investimento transitou para 2024
Eficiência Energética em Edifícios	0 €	2.661.498 €	2.661.498,48 €	2.661.498,48 €	0 €	Investimento transitou para 2024
Eficiência Energética em Edifícios	0 €	724.464 €	724.463,63 €	724.464 €	-0,37 €	Investimento transitou para 2024
Eficiência Energética em Edifícios	0 €	443.900 €	443.899,83 €	443.900 €	-0,17 €	Investimento transitou para 2024
Outras Obras	500.000 €	0 €	500.000,00 €	898.647,06 €	-398.647 €	
Equipamento Médico-Cirúrgico	750.000 €	0 €	750.000,00 €	1.251.652,83 €	-501.653 €	
Equipamento Imagiologia	250.000 €	0 €	250.000,00 €	526.091,30 €	-276.091 €	
Equipamento Mobiliário Hospitalar	100.000 €	0 €	100.000,00 €	225.019,67 €	-125.020 €	
Equipamento Laboratório	50.000 €	0 €	50.000,00 €	2.569,65 €	47.430 €	
Outros Equipamentos Básicos	50.000 €	0 €	50.000,00 €	112.729,75 €	-62.730 €	
Equipamento Desinfecção e Esterilização	50.000 €	0 €	50.000,00 €	29.644,98 €	20.355 €	
Equipamento Hotelaria	20.000 €	0 €	20.000,00 €	13.956,59 €	6.043 €	
Equipamento Administrativo	50.000 €	0 €	50.000,00 €	56.107,42 €	-6.107 €	
Equipamento Hardware	150.000 €	0 €	150.000,00 €	200.399,49 €	-50.399 €	
Equipamento Software	150.000 €	0 €	150.000,00 €	123.538,82 €	26.461 €	
Outros Equipamentos	50.000 €	0 €	50.000,00 €	89.067,56 €	-39.068 €	
<b>TOTAL</b>	<b>7.126.760 €</b>	<b>9.898.624 €</b>	<b>17.025.383 €</b>	<b>5.182.007 €</b>	<b>11.843.376 €</b>	

**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, designadamente as relativas à política setorial a prosseguir, às orientações específicas a cada empresa, aos objetivos a alcançar no exercício da atividade operacional e ao nível de serviço público (vide n.º 4 do artigo 39.º do RJSPE)**

Os instrumentos previsionais de gestão, nomeadamente PAO e Contrato-Programa (CP) 2023 (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 (consoante aplicável: capital estatutário ou capital social, número de ações, distribuição do capital pelos acionistas, etc.), 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 € 45.035.604, detido na totalidade pelo Estado 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.
- Na sequência do Despacho do Senhor Ministro das Finanças e do Senhor Ministro da Saúde, de 22 de dezembro de 2023, foi operado neste Centro Hospitalar um aumento de capital estatutário no montante de € 8.686.454, destinado a ser aplicado exclusivamente para liquidação de faturas de fornecedores externos que tenham recorrido a *factoring*.

**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 participações sociais que a entidade pública detém (vide alínea b) do n.º 1 do artigo 44.º do RJSPE)**

O CHL não detém participações no capital de outras entidades, nem 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 da 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, bem como das pessoas indicadas no n.º 2 do artigo 447.º do CSC, 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**

**1. Composição da mesa da assembleia geral, ao longo do ano em referência, com identificação dos cargos e membros da mesa da assembleia geral e respetivo mandato (data de início e fim). Caso tenha ocorrido alteração de mandato durante o ano em reporte, a empresa deverá indicar os mandatos respetivos (o que saiu e o que entrou).**

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, na sua redação atual, que aprova os atuais Estatutos dos Hospitais EPE, 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.

**2. Identificação das deliberações acionistas que, por imposição estatutária, só podem ser tomadas com maioria qualificada, para além das legalmente previstas, e indicação dessas maiorias.**

Não aplicável. Estatutariamente uma entidade do tipo E.P.E. não dispõe de Assembleia Geral.

## **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, 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. Indicação do número estatutário mínimo e máximo de membros e duração estatutária do mandato dos membros, consoante aplicável, do Conselho de Administração, do Conselho de Administração Executivo e do Conselho Geral e de Supervisão**

Conforme previsto no artigo 69.º do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, o Conselho de Administração é composto pelo Presidente e um máximo de quatro vogais executivos, em função da dimensão e complexidade do estabelecimento de saúde, E. P. E., incluindo um diretor clínico, um enfermeiro-diretor e um vogal proposto pelo membro do Governo responsável pela área das finanças.

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.

**3. Caracterização da composição, consoante aplicável, do Conselho de Administração, do Conselho de Administração Executivo e do Conselho Geral e de Supervisão, com identificação dos 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).**

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.

Deste modo, nos termos do n.º 5 do artigo 70.º do Decreto-Lei 52/2022, de 4 de agosto, no ano 2023, mantiveram-se em funções os seguintes membros do conselho de administração:

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

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

**5. 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.**

Os elementos curriculares dos membros do Conselho de Administração em funções em 2023, conforme 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 screeningmetabolicdiseases» 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 do 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 Aprovisionamento 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.

**6. Dar conhecimento de que foi apresentada declaração por 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.

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

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

**8. 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 2 do artigo 71.º do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, que aprova os novos Estatutos dos Hospitais E.P.E, durante o ano 2023 foram delegadas competências, relativamente à distribuição de responsabilidades e atribuição de poderes específicos de gestão aos 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.

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

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

Em 2023 realizaram-se 51 reuniões do Conselho de Administração, sendo 50 em sessões ordinárias e 1 em sessão extraordinária.

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, licença de parentalidade e por motivo de doença.

**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.

**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 artigo 79.º 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
<b>Ata n.º 65</b> de 18 de janeiro de 2023	Campo Grande, Lisboa	Membros do Conselho Fiscal	Não se verificaram ausências
<b>Ata n.º 66</b> de 13 de fevereiro de 2023	Campo Grande, Lisboa	Membros do Conselho Fiscal	Não se verificaram ausências
<b>Ata n.º 67</b> de 17 de fevereiro de 2023	Campo Grande, Lisboa	Membros do Conselho Fiscal	Não se verificaram ausências
<b>Ata n.º 68</b> de 20 de fevereiro de 2023	Via telemática	Membros do Conselho Fiscal	Não se verificaram ausências
<b>Ata n.º 69</b> de 15 de março de 2023	Via telemática	Membros do Conselho Fiscal	Não se verificaram ausências
<b>Ata n.º 70</b> de 26 de abril de 2023	Via telemática	Membros do Conselho Fiscal, do Conselho de Administração e do Revisor Oficial de Contas	Não se verificaram ausências
<b>Ata n.º 71</b> de 27 de abril de 2023	Campo Grande, Lisboa	Membros do Conselho Fiscal	Não se verificaram ausências
<b>Ata n.º 72</b> de 17 de maio de 2023	Via telemática	Membros do Conselho Fiscal	Não se verificaram ausências
<b>Ata n.º 73</b> de 1 de junho de 2023	Leiria	Membros do Conselho Fiscal e Auditoria Interna	Não se verificaram ausências
<b>Ata n.º 74</b> de 14 de julho de 2023	Leiria	Membros do Conselho Fiscal e Auditoria Interna	Não se verificaram ausências
<b>Ata n.º 75</b> de 24 de agosto de 2023	Campo Grande, Lisboa	Membros do Conselho Fiscal	Não se verificaram ausências
<b>Ata n.º 76</b> de 31 de agosto de 2023	Leiria	Membros do Conselho Fiscal e Auditoria Interna	Não se verificaram ausências
<b>Ata n.º 77</b> de 18 de outubro de 2023	Campo Grande, Lisboa	Membros do Conselho Fiscal	Não se verificaram ausências
<b>Ata n.º 78</b> de 13 de dezembro de 2023	Campo Grande, Lisboa	Membros do Conselho Fiscal	Não se verificaram ausências

**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, 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	7	7
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, 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 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. O Regulamento de Comunicação de Irregularidades foi aprovado pelo Conselho de Administração a 2015.06.25, com última atualização (3.ª revisão) aprovada por deliberação do mesmo órgão de 2023.05.03, encontrando-se em vigor e disponível no *site* do CHL ([https://www.chleiria.pt/galeria/files/CN%2009\\_2023\\_Regulamento%20de%20Comunicacao%20de%20Irregularidades%20-%203\\_%C2%AA%20Revisao.pdf](https://www.chleiria.pt/galeria/files/CN%2009_2023_Regulamento%20de%20Comunicacao%20de%20Irregularidades%20-%203_%C2%AA%20Revisao.pdf)).

Conforme disposto no artigo 5.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](mailto: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) Todas as comunicações de irregularidades devem ser reencaminhadas exclusivamente para o Serviço de Auditoria Interna;

- c) Identificar a comunicação como confidencial e caso a mesma seja efetuada por carta, adotar um formato que permita garantir a sua confidencialidade até à receção pelo respetivo destinatário;
  - d) Identificar o autor, mencionando expressamente se pretende manter a confidencialidade da sua identidade;
  - e) Conter uma descrição dos factos que suportam a apreciação da irregularidade comunicada.
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 PREVENÇÃO 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 2023-2026 (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 2023.12.31, era constituído por um auditor interno e um técnico superior de auditoria. 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 - Ligação de validação de dados via RNU;</li> <li>2 - Promoção de formação do corpo técnico que executa a inscrição do utente no momento da admissão;</li> <li>3 - Realização de auditorias aos dados administrativos;</li> <li>4 - Correção das anomalias identificadas;</li> </ul>
RCO; RO	Falta de cobrança de taxas moderadoras no momento da efetivação do ato médico	Significativo	Muito frequente	Forte	Moderado	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 - Ligação de validação de dados à RNU de forma a validar a isenção da taxa;</li> <li>2 - Implementação de procedimentos que garantam maior celeridade na cobrança;</li> <li>3 - Avaliação de eficácia individual, na cobrança de taxas moderadoras (Serviço de urgência);</li> <li>4 - Promoção de formação do corpo técnico que executa a cobrança.</li> </ul>
RCO; RO	Isenção de pagamentos de taxas moderadoras de forma indevida	Significativo	Muito frequente	Adequado	Elevado	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 - Auditorias aos registos manuais de isenção do utente;</li> <li>2 - Recolha e arquivo de comprovativo a fundamentar a isenção manual;</li> <li>3 - Elaboração e divulgação de procedimento escrito sobre as isenções.</li> </ul>
RCO; RO	Anulação indevida de recibo de taxas moderadoras	Significativo	Muito frequente	Adequado	Elevado	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 - Todas as anulações são validadas ou aprovadas pelas coordenadoras dos respetivos secretariados;</li> <li>2 - Todos os recibos anulados fazem parte integrante da documentação entregue na tesouraria;</li> <li>3 - Realiza-se recolha e arquivo de comprovativo a fundamentar anulação do recibo;</li> <li>4 - Os utentes assinam os recibos anulados a validar o recebimento do valor.</li> </ul>
RO	Apropriação indevida de taxas moderadoras	Significativo	Frequente	Forte	Moderado	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 - Sensibilização para as sanções que inibam práticas de apropriação indevida de valores;</li> </ul>
RO; RE	Transporte de valores referentes a taxas moderadoras recebidas de forma pouco segura	Significativo	Muito frequente	Adequado	Elevado	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 - Existência de cofres nos secretariados para guarda dos valores;</li> <li>2 - Contagem de valores na presença de um segundo elemento;</li> <li>3 - Centralização da conferência de valores, incluindo os valores recebidos no HSA e HABLO;</li> <li>4 - Segregação de funções na recolha dos valores nos terminais automáticos da consulta externa;</li> </ul>
RCO; RO; RE; RP	Cedência de informação clínica no âmbito do pedido centralizado	Significativo	Frequente	Adequado	Elevado	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 - Divulgação dos procedimentos definidos e aprovados no controlo de autorizações;</li> </ul>
RO; RE; RP	Recurso em excesso a meios de diagnóstico exteriores	Significativo	Muito frequente	Adequado	Elevado	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 - A totalidade dos pedidos de realização de exames no exterior carece de aprovação pelo respetivo Diretor de Serviço;</li> <li>2 - Pedidos em que existe protocolo carecem de aprovação da Diretora do SGD;</li> <li>3 - Pedidos sem protocolo são alvo de análise pelo núcleo de exames ao exterior e necessitam de aprovação pelo CA.</li> </ul>
RCO; RO; RP	Desrespeito pela regulamentação aplicável e inadequação das condições de transporte do doente	Significativo	Muito frequente	Adequado	Elevado	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 - Monitorização mensal da atividade;</li> <li>2 - Circuito eletrónico da prescrição e aprovação das requisições;</li> <li>3 - Análise das ocorrências e reclamações e definidas ações.</li> </ul>
RO; RP	Não entrega das pertenças aos doentes	Moderado	Muito frequente	Adequado	Baixo	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 - Segregação de funções na guarda e entrega dos pertences;</li> <li>2 - Existência de um cofre específico para episódios de valor com acesso controlado.</li> </ul>
RCO; RO	Manuais de procedimentos desatualizados	Moderado	Ocasional	Inadequado	Baixo	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 - Existência / atualização dos manuais de procedimentos</li> </ul>

## 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 comunicado a situação ao SAL.
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 - 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	Incobrávelidade	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 conduz a 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 Frequente	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 Frequente	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	Frequente	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 Frequente	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 Frequente	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 Frequente	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 Frequente	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	Frequente	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	Frequente	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 Frequente	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 Frequente	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 Frequente	Forte	Muito Baixo	1 - Controlo dos acessos por registo biométrico
RO	Ausência de controlo dos prazos de validade dos bens	Moderado	Muito Frequente	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 desatualizado	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	Fracou 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 emergência interno.	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 atribuídas ao nível da área do ambiente.	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; 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€ <sup>1</sup>	2 M€ <sup>1</sup> < X < 10 M€ <sup>1</sup>	10 M€ <sup>1</sup> < X < 30 M€ <sup>1</sup>	40 M€ <sup>1</sup> < 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.

<sup>1</sup>-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
		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: Procedeu 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: Procedeu 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.
- Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro: Procede à criação, com natureza de entidades públicas empresariais, de unidades locais de saúde.

## 2. Código de Ética:

**a) Referência à existência de um código de ética que contemple exigentes comportamentos éticos e deontológicos, indicando a data da última atualização e a forma como é efetuada a sua divulgação junto dos seus colaboradores, clientes e fornecedores;**

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.

**b) Menção relativa ao cumprimento da legislação e da regulamentação em vigor sobre medidas vigentes tendo em vista garantir um tratamento equitativo junto dos seus clientes e fornecedores e demais titulares de interesses legítimos, designadamente colaboradores da empresa, ou outros credores que não fornecedores ou, de um modo geral, qualquer empresa que estabeleça alguma relação jurídica com a empresa (vd. artigo 47.º do RJSPE).**

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.

O CHL dispõe de uma política de privacidade de dados pessoais ao abrigo do Regulamento Geral de Proteção de Dados, aprovado por deliberação do Conselho de Administração de 2019.10.24, e revisto pela imposição da Lei n.º 58/2019, de 8 de agosto, na data de 2022.10.22. Com esta informação pretende-se dar a conhecer, ao abrigo das regras do RGPD, o acesso e a forma de tratamento dos dados pessoais recolhidos aos utilizadores do Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E., nomeadamente aos doentes/utentes, trabalhadores/colaboradores, voluntários, e ainda a quem se candidate ou seja de alguma forma inserido em bolsa de emprego/recrutamento através de envio de curriculum. A presente política está disponível para consulta da página da internet do CHL:

[https://www.chleiria.pt/galeria/files/PRIVACIDADE%20PROTECAO%20DADOS%20PESSOAIS%20AO%20ABRIGO%20DO%20RGPD%20\(PL\\_CHL\\_033\\_01\)%20\(2022\\_10\\_22\).pdf](https://www.chleiria.pt/galeria/files/PRIVACIDADE%20PROTECAO%20DADOS%20PESSOAIS%20AO%20ABRIGO%20DO%20RGPD%20(PL_CHL_033_01)%20(2022_10_22).pdf)

### **3. Regime Geral da Prevenção da Corrupção (RGPC: anexo do Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro):**

#### **a) Referência à existência do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PPR, vd. artigo 6.º do RGPC);**

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.

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/>

**b) Referência à elaboração de relatório de avaliação intercalar nas situações identificadas de risco elevado ou máximo (vd. alínea a) do n.º 4 do artigo 6.º do RGPC);**

Com a entrada em vigor do Regime Geral de Prevenção da Corrupção (RGPC), aprovado em anexo ao Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro, a execução do PGRCIC ficou sujeita a controlo a realizar, através da elaboração de relatório de avaliação intercalar no mês de outubro, nas situações identificadas de risco elevado ou crítico.

Assim, face ao reduzido hiato temporal decorrido entre a execução do PGRCIC finalizada em março de 2023, não consubstanciou uma alteração significativa ao conteúdo da informação vertida no documento, assim, entendeu-se por razoável proceder a uma monitorização intercalar interna no mês de outubro. Para o efeito, foram selecionadas as áreas de atividade para as quais se encontram definidos riscos de grau elevado ou crítico, procurando-se aferir o seu estado de execução, mediante um critério sustentado em três (3) níveis de resposta: “implementadas”, “em curso e/ou parcialmente implementadas” e “não implementadas”.

Paralelamente, este trabalho de monitorização, assumiu uma forma dinâmica, tendo a sua operacionalização sido materializada através da realização de reuniões, no início do mês de outubro, com os dirigentes, com o objetivo de proceder à sua auscultação e envolvimento neste processo. A presente ação de monitorização centrou-se em duas etapas fundamentais: a verificação das situações qualificadas de risco elevado ou crítico, e a avaliação do estado de execução das medidas preventivas que lhes estão associadas.

Assim, tendo por base o mapeamento efetuado ao nível das áreas que compõem a estrutura orgânica do CHL, foi aferida a informação constante nos quadros infra:

Quadro 1 - Número de situações de risco identificadas no PGRIC associadas a grau de risco elevado / crítico

Unidades da estrutura orgânica	Riscos de gestão, incluindo de corrupção e infrações conexas identificadas no PGRIC	Qualificação do risco (elevado / crítico)
Conselho de Administração	4	Elevado - 1
Áreas clínicas	6	Elevado - 5
Serviço de gestão de doentes	11	Elevado - 6
Serviço de gestão de recursos humanos	10	Elevado - 3 / crítico - 1
Serviço de Gestão financeira	12	Elevado - 2
Serviço de aprovisionamento	15	Elevado - 2
Serviço de instalações e equipamentos	13	Elevado - 2
Serviço farmacêutico	12	Elevado - 3
Serviço de sistemas de informação	10	Elevado - 3
Serviço hoteleiro	11	Elevado - 5 / crítico - 1
Serviço de planeamento e informação para a gestão	5	Elevado - 1
Serviço de segurança e saúde no trabalho	5	Elevado - 2 / crítico - 1

Resulta da informação vertida no quadro 1 que, pese embora tenham sido identificados cento e catorze (114) riscos, associados a doze (12) áreas analisadas, somente trinta e oito (38) desses riscos foram qualificados de grau elevado ou crítico. O que significa que os riscos elevados ou críticos representam cerca de trinta e três por cento (33%) do global dos riscos variáveis considerados.

O processo participativo que lhe esteve inerente, potenciou a consciencialização dos dirigentes envolvidos para a importância da implementação de mecanismos que possam mitigar a probabilidade da ocorrência e o impacto dos riscos que expõem a organização a atos de corrupção e infrações conexas e a sua monitorização e evolução constará do relatório de execução anual.

**c) Referência à elaboração de relatório de avaliação anual (vd. alínea b) do n.º 4 do artigo 6.º do RGPC e n.º 1 do artigo 46.º do RJSPE, que remete para a alínea a) do n.º 1 do artigo 2.º da Lei n.º 54/2008, de 4 de setembro, a que corresponde a atual alínea g) do n.º 3 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro);**

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.

De acordo com o DL n.º 109-E/2021, de 09 de dezembro, Regime Geral da Prevenção da Corrupção, o relatório de avaliação anual é elaborado no mês de abril do ano seguinte a que respeita a execução. No ano de 2022, ocorreu a primeira execução do Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas aprovado no ano de 2021. A redação do documento foi iniciada no mês de novembro de 2022, e aprovado por deliberação do Conselho de Administração, na reunião de 2023.03.24.

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) Referência à existência de um código de conduta, por parte das entidades abrangidas, nos termos e de acordo com o disposto no artigo 7.º do RGPC.**

O CHL dispõe de Código de conduta 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.

## **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 2023, 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](http://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](http://www.chleiria.pt)) e no *site* das empresas do SEE (informação em processo de atualização), 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 2023 apresentada pelo CHL, através do PAO 2023-2025, teve por base as orientações da Tutela divulgadas nos Termos de Referência para contratualização de cuidados de saúde no SNS para 2023, pela ACSS.

O Acordo Modificativo ao Contrato-Programa 2023, que prorroga o Contrato-Programa 2017-2019 para 2023, foi celebrado a 2022.18.11 e encontra-se homologado pela tutela.

A remuneração pela produção contratada pelo CHL para o ano 2023 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 € 128.355.058,01. Os incentivos institucionais, no valor de € 6.417.752,90 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 2023, 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 Homogêneos (GDH) – € 3.120 (95% deste valor se internamento cirúrgico urgente);
- É adotado um preço base para a atividade em consulta externa de €49 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 AllPatientRefined 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 2023 estão definidas na Circular Normativa n.º 7/2023/ACSS, de 3 de abril.

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 66762/2023/DPS/ACSS, de 20 de dezembro de 2023, à emissão de duas faturas nos seguintes termos:

- i. Fatura “Estimativa de Produção Realizada”, referente ao Contrato-Programa de 2023, no valor de € 119.493.509,71, 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 € 6.366.410,88, 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 2023 seria de 98,6% (98,0% antes de incentivos e 96,9% de incentivos), os rendimentos do período encontram-se subvalorizados em € 649.718,07.

De referir que, as estimativas e os ajustamentos realizados, não prejudicarão os acertos a efetuar aquando do encerramento do Contrato-Programa de 2023, 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 2023, 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

<b>Remuneração dos membros do Conselho de Administração</b>	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
<b>Remuneração do Conselho Fiscal</b>	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
<b>Remuneração do Revisor Oficial de Contas ou da Sociedade de Revisores Oficiais de Contas</b>	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 nº133/2013, 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.

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 2023 essa questão não se verificou, manteve-se em 2023 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 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, escolhido 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, 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 ilíquidas,

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 ilíquidos 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 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	4.474,86 €	1.789,94 €
Dr. Salvato Maciel de Castro Feijó <sup>(1)</sup>	OPRLO <sup>(2)</sup>	B	4.205,33 €	1.431,96 €
Enf.ª Maria Emília Silva Fernandes Fael	80% Venc. PCA	B	3.579,89 €	1.431,96 €
Eng.ª Maria Alexandra Liz Cardoso Tomás Borges	80% Venc. PCA	B	3.579,89 €	1.431,96 €
Dr.ª Inês Sofia de Sousa Carlos	80% Venc. PCA	B	3.579,89 €	1.373,46 €

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

<sup>(2)</sup> Opção pela Remuneração do Lugar de Origem.

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	85.582,28	0,00	85.582,28	0,00	0,00	85.582,28
Dr. Salvato Maciel de Castro Feijó **	76.709,23	0,00	70.473,25	0,00	0,00	70.473,25
Enf.ª Maria Emília Silva Fernandes Fael	68.465,70	0,00	68.465,70	0,00	0,00	68.465,70
Eng.ª Maria Alexandra Liz Cardoso Tomás Borges	68.465,70	0,00	68.465,70	0,00	0,00	68.465,70
			<b>292.986,93</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>292.986,93</b>

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

\*\* A Remuneração Fixa inclui direção de serviço mas não inclui abonos atribuídos a título de subsídio parental, no valor de 6.246,38€.

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	5,20 - 6,00	1.302,00	CGA/ADSE	20.325,79	0,00	0,00	-	0,00
Dr. Salvato Maciel de Castro Feijó	5,20 - 6,00	1.036,80	CGA/ADSE	16.737,40	0,00	0,00	-	0,00
Enf.ª Maria Emília Silva Fernandes Fael	5,20 - 6,00	1.345,60	CGA/ADSE	16.260,60	0,00	0,00	-	0,00
Eng.ª Maria Alexandra Liz Cardoso Tomás Borges	5,20 - 6,00	1.299,20	SS/ADSE	16.260,60	0,00	0,00	-	0,00
		<b>4.983,60</b>		<b>69.584,40</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>		<b>0,00</b>

\* Valor dia de 5,20€ até 2023.12.31. De 2023.01.01 a 2023.12.31 valor dia de 6,00€, sendo que o subsídio de refeição é pago com desfasamento de 1 mês.

Unid: €

Nome	Gastos Anuais associados a Deslocações em Serviço					
	Deslocações em Serviço	Custo com Alojamento	Ajudas de custo	Outras		Gasto total com
				Identificar	Valor	
Dr. Licínio Oliveira de Carvalho	0,00	0,00	75,30	-	0,00	75,30
Dr. Salvato Maciel de Castro Feijó	0,00	0,00	25,10	-	0,00	25,10
Enf.ª Maria Emília Silva Fernandes Fael	0,00	0,00	0,00	-	0,00	0,00
Eng.ª Maria Alexandra Liz Cardoso Tomás Borges	0,00	0,00	0,00	-	0,00	0,00
	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>100,40</b>		<b>0,00</b>	<b>100,40</b>

Unid: €

Membro do CA	Custos com Comunicações Móveis		
	Plafond Mensal Definido	Valor Máximo Anual	Total Anual
Dr. Licínio Oliveira de Carvalho	80,00	960,00	693,70 €
Dr. Salvato Maciel de Castro Feijó	80,00	960,00	150,63 €
Enf.ª Maria Emília Silva Fernandes Fael	80,00	960,00	81,87 €
Eng.ª Maria Alexandra Liz Cardoso Tomás Borges	80,00	960,00	231,58 €
		<b>3.840,00</b>	<b>926,20</b>

**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 2023.

**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
	<b>28.041,58</b>

Unid: €

Nome ROC/FU	Valor Anual do Contrato de Prestação de Serviços - 2023 <sup>(1)</sup>			Valor Anual de Serviços Adicionais - 2023 <sup>(1)</sup>			
	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	3.216,92	0,00	3.216,92

<sup>(1)</sup> 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, e ainda pelo Decreto-Lei n.º 78/2022, de 7 de novembro.

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 e Decreto-Lei n.º 78/2022, de 7 de novembro).

**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	2.950.232
IMI-IMAGENS MEDICAS INTEGRADAS, SA	2.510.338
UNISELF-SOC.RESTAU.R.PUBLICOS PRIVADOS, SA	2.181.956

## **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 abril de 2023, da reacreditação do Centro Hospitalar (que integra o HSA, HDP, HABLO e UIDEPP), pela *Joint Commission International*, para a qual foram adotadas múltiplas políticas e 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.

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 também a extensão de acreditação a esta unidade. Em 2023, esta unidade foi igualmente certificada pela ACSA (modelo este, adotado pela Direção-Geral da Saúde (DGS)).

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*, dos referenciais da ACSA e do enquadramento legal.

O CHL viu em novembro de 2019 os seus Centros de Referência para o Câncer Colo Retal e Câncer Hepato-biliopancreático, certificados pelo modelo ACSA, sendo que, em março de 2022, foi sujeito a nova auditoria de acompanhamento por parte da DGS. Em 2024, estes centros serão submetidos a novo processo de recertificação.

### **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 2023, cerca de 84,80% 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 2023, 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;
- iv. Promover medidas de reintegração ajustadas após a ausências por motivos familiares;
- v. Garantir uma representação equilibrada de géneros em posições de decisões.

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/-/relatorio-sobre-remuneracoes-pagas-a-mulheres-e-homens-113/>

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 2023 foi aprovado por deliberação do Conselho de Administração de 2022.11.16, estando atualmente em vigor. 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/>

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.

**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 2023, 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/produktividade, 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: 20 estudos a decorrer desde 2022, dos quais 16 terminaram em 2023 e 4 ainda em curso. Foram iniciados e concluídos 21 estudos, 44 estudos iniciados, num total de 65 estudos submetidos de investigadores internos e externos;



- Ensaio clínico: foram concluídos 1 ensaio, estando outros 13 em curso, 5 com o recrutamento ativo;
- Estudos observacionais com medicamentos: estando 2 em curso, 0 com o recrutamento ativo, num total de 7 estudos observacionais. Foram submetidos 2 estudos observacionais com medicamento em 2023;
- Estudos Observacionais sem medicamento: foi submetido 1 estudo e estão 5 em curso, num total de 7 estudos observacionais;
- Projetos candidatados a programas de financiamento do P2020: terminaram os últimos 3 projetos dos 11 projetos no total.

## 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 2022 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 2022, foram aprovados por Deliberação do Conselho de Administração de 2023.03.29.

A Certificação Legal de Contas pelo Revisor Oficial de Contas e o Relatório e Parecer do Conselho Fiscal encontram-se emitidos com data de 2023.04.26.

Na sequência da análise do RGS 2022, submetido no SIRIEF, foi elaborado o Relatório de Análise 14/2024, de 24 de janeiro, pela Unidade Técnica de Acompanhamento e Monitorização do Setor Público Empresarial (UTAM), sendo entendimento desta unidade que o documento reúne as condições para merecer a aprovação por parte do titular da função acionista, desde que, a versão do documento a sujeitar ao processo de apreciação dos documentos anuais de prestação de contas contemple a correção da informação nos seguintes termos:

*VI.E.2.b) Código de Ética (Na página 72 é feito menção à existência de um código de ética bem como à última data de atualização do mesmo (26-10-2022). Porém, ainda que que seja possível aceder a este código no site do CHL, o RGS 2022 não contempla nenhuma hiperligação do mesmo);*

*VI.E.3. Quando aplicável, indicação das hiperligações para acesso direto ao sítio na internet da empresa onde se encontram publicitados os documentos objeto de remissão no RGS. (Nesta situação, verificam-se dois aspetos em simultâneo: em primeiro relativo à inacessibilidade direta das hiperligações e em segundo o facto de o RGS não apresentar uma hiperligação para os documentos pedidos, como ocorre relativo ao Código de Ética);*

*X.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 RGS) de 2021 por parte dos titulares da função acionista, ou, caso não se tenha ainda verificado a sua aprovação, menção específica desse facto. (No RGS 2022 não é feito menção à disponibilização dos referidos documentos. Contudo, é possível conferir que os*

*mesmos estão disponíveis em SIRIEF. Recomenda-se que o CHL retifique esta situação, referindo a sua existência em sede do RGS 2022).*

Nesse seguimento, por Deliberação do Conselho de Administração de 2024.02.16 foi aprovada a nova versão do RGS 2022.

Através do Ofício n.º 49/2024, de 14 de fevereiro, a UTAM comunicou à DFTG que as questões identificadas no Relatório de Análise 14/2024, de 24 de janeiro se encontravam sanadas, pelo que, o nos termos e para os efeitos do disposto na alínea f) do n.º 1 do Artigo 4.º do Decreto Regulamentar n.º 1/2014, de 10 de fevereiro, alterado pelo Decreto Regulamentar n.º 3/2014, de 9 de julho, o Relatório de Governo Societário (RGS) de 2022 do Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E., está agora em condições para merecer a aprovação por parte do titular da função acionista.

Todos os documentos mencionados, relativos ao exercício de 2022, 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, na sua redação atual.

**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, 28 de março 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**

Aguarda-se emissão da Certificação Legal de Contas e do Relatório e Parecer do Conselho Fiscal para incorporação neste relatório.

## 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 7021/03/24

Licínio Oliveira de Carvalho  
21.03.24

O Conselho de Administração

Licínio de Carvalho

Presidente

Alexandra Borges

Vogal Executiva

Salvato Feijó

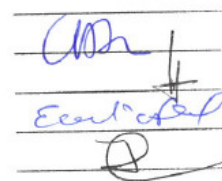
Diretor Clínico

Emília Fael

Enfª Diretora

Inês Carlos

Vogal 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



**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)

**DELIBERAÇÃO DO  
Conselho de Administração  
Acta nº 122021/03/24**

Tomou-se em Leiria  
21.03.24

O Conselho de Administração

Licínio de Carvalho

Presidente

Alexandra Borges

Vogal Executiva

Salvato Feljó

Diretor Clínico

Emília Fael

Enff. Diretora

Inês Carlos

Vogal Executiva





04/05/22, 13:15

IGF - AA



## 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



**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

Tomou-se o seguinte  
21.03.24

O Conselho de Administração

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



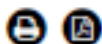
AUTORIDADE DE AUDITORIA

## 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



**De:** Enfermeira Diretora

**Para:** Conselho de Administração

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



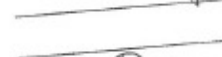


Dando cumprimento ao disposto no n.º 1 do artigo 52º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro, junto remeto, em anexo, para conhecimento do Conselho de Administração, a declaração submetida na presente data, no site da Inspeção Geral de Finanças, que atesta que não detenho quaisquer participações 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)

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	
Solente Feijó Diretor Clínico	
Emília Fael Enfª Diretora	
João 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 Maria Emília da Silva Fernandes Facil, 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, 28 de março de 2024



---

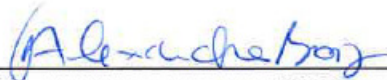
LICÍNIO OLIVEIRA DE CARVALHO  
Presidente do Conselho de Administração

## 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, 28 de março de 2024



---


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, Catarina Maria Gonçalves Faria, declaro que não intervenho nas decisões que envolvam os meus próprios interesses, designadamente na aprovação de despesas por mim realizadas, conforme determina o artigo 51º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro, ou em outra legislação aplicável.

Leiria, 28 de março de 2024



CATARINA MARIA GONÇALVES FARIA

Diretora Clínica para a área dos cuidados de saúde hospitalares

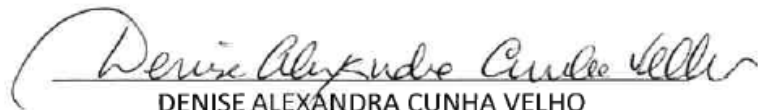


## DECLARAÇÃO DE INDEPENDÊNCIA

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

Eu, Denise Alexandra Cunha Velho, declaro que não intervenho nas decisões que envolvam os meus próprios interesses, designadamente na aprovação de despesas por mim realizadas, conforme determina o artigo 51º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro, ou em outra legislação aplicável.

Leiria, 28 de março de 2024



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

## DECLARAÇÃO DE INDEPENDÊNCIA

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

Eu, Marco Alexandre Santos das Neves, declaro que não intervenho nas decisões que envolvam os meus próprios interesses, designadamente na aprovação de despesas por mim realizadas, conforme determina o artigo 51º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro, ou em outra legislação aplicável.

Leiria, 28 de março de 2024

  
MARCO ALEXANDRE SANTOS DAS NEVES  
Enfermeiro Diretor

## 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 2023;
- Políticas da Empresa: ver capítulo II. Missão, Objetivos e Políticas do RGS 2023.

**QUESTÕES AMBIENTAIS** (ver alínea b) do ponto 3. do capítulo IX. Análise de Sustentabilidade da Empresa nos Domínios Económico, Social e Ambiental, do RGS 2023)

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 2023 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 prosseguções 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 2023, 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;
- 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 2023)

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 encontra-se a ultimar o relatório de atividades relativo ao ano 2023, no qual avalia o ponto de situação e a concretização das atividades propostas no seu plano de ação. O plano de ação para 2024, encontra-se a ser delineado, de forma a adequar a realidade à nova ULSRL, para posterior 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 2023:
  - Centro Hospitalar de Leiria recebe 59 novos médicos internos;

- Centro Hospitalar de Leiria disponibiliza segunda sala robotizada de raio x no Hospital de Santo André;
- Serviço de Gastrenterologia do CHL inicia estudos funcionais digestivos;
- CHL e Politécnico de Leiria formalizam colaboração durante empreitada de remodelação no HSA;
- Centro Hospitalar de Leiria dinamiza a primeira edição do Curso de Artroscopia do Punho de Leiria;
- Enfermeiros do CHL criam projetos de melhoria na área da Segurança do Doente;
- “A Saúde tem Concerto” sobe ao palco da Unidade de Dor do Centro Hospitalar de Leiria;
- Centro Hospitalar de Leiria organiza Jornadas de Urologia;
- “ClaraMente” é o novo ciclo de conferências do CHL que estreia com o tema “Depressão e Ansiedade”;
- Pediatria do CHL assinala Dia Mundial do Sono com atividades dirigidas aos pequenos utentes;
- Comissão de Humanização proporciona uma “Happy Week Solidária” aos profissionais do CHL;
- Centro Hospitalar de Leiria realiza o Registo Poligráfico de Sono Noturno no seu Laboratório do Sono;
- Cardiologia de Intervenção de Leiria lança “Um Olhar para o Futuro” no Centro Hospitalar de Leiria;
- 93% dos utentes atribuem classificação de “Muito Bom” e “Bom” à qualidade global dos serviços do CHL;
- “Saúde Mental para que te quero” dá mote ao Encontro de Saúde Mental do Centro Hospitalar de Leiria;
- CHL celebra o Dia do Hospital de Santo André com o mote “Cuidar de quem Cuida”;
- Centro Hospitalar de Leiria abre processo de recrutamento para 45 médicos recém-especialistas;
- Centro Hospitalar de Leiria organiza “Open Day” para assinalar o Dia Mundial da Higiene das Mãos;
- Centro Hospitalar de Leiria celebra o Dia da Família com atividades dirigidas aos filhos dos colaboradores;
- “Gastronomia na Saúde: equilíbrio com conta, peso e medida” dá mote à comemoração do Dia do Hospital de Alcobaça;



- Centro Hospitalar de Leiria participa na apresentação pública do Plano de Ação da Coordenação Regional de Saúde Mental;
- Jovens diabéticos e profissionais realizam um “Fim de Semana Radical com a Diabetes”;
- CHL recebe aprovação para projetos de Eficiência Energética dos Edifícios das três unidades hospitalares;
- “Perturbação da Ansiedade” dá mote à conferência dos Serviços de Psiquiatria e de Psicologia Clínica do CHL;
- João Morais nomeado presidente da European Mediterranean League Against Thrombotic Diseases;
- Centro de Investigação entrega Prémio de Investigação CHL - José Ribeiro Vieira e promove nova conferência;
- CHL celebra o Dia do Hospital Distrital de Pombal com o tema “Promoção da Igualdade de Género: um desafio nas organizações”;
- “Requalificação do Polidesportivo da Casa do Pessoal” é o projeto vencedor do Orçamento Partilhado do CHL 2023;
- Serviço de Cardiologia do CHL inaugura intervenções para tratamento da doença cardíaca estrutural;
- Centro Hospitalar de Leiria estreia nova aplicação MYCHL;
- Unidade de Hospitalização Domiciliária do CHL está certificada pela Direção Geral da Saúde;
- CHL reformula espaço e junta o Serviço de Oncologia Médica, Hospital de Dia Polivalente e Cuidados Paliativos;
- Centro Hospitalar de Leiria abre nova sala operatória no Bloco de Partos do Hospital de Santo André;
- Centro de Investigação do CHL dinamiza Fórum Académico para dar a conhecer os seus investigadores e respetivos projetos;
- CHL cria Unidade Funcional de Neurofisiologia para avaliação e diagnóstico de patologias do sistema nervoso;
- “De Internos para Internos” é o tema das Jornadas dos Internos do Centro Hospitalar de Leiria;
- Centro Hospitalar de Leiria abre Unidade Funcional de Hematologia;
- Centro de Investigação do CHL promove a segunda sessão do Fórum Académico;
- “Com as pessoas... Enfermagem na integração de cuidados” é o mote do XVII Encontro de Enfermagem do CHL;

- Politécnico de Leiria e CHL dinamizam a conferência “Saúde Mental no Ensino Superior” e assinam protocolo de cooperação nesta área;
- CHL dinamiza a iniciativa “A cozinhar é que a gente se entende” para comemorar o Dia Mundial da Diabetes;
- Centro de Investigação organiza conferência intitulada “Inteligência Artificial em análise de Imagem Biomédica”;
- Comissão executiva constituída integra CHL e ACES de Pinhal Litoral, do Médio Tejo e do Oeste Norte para abrir nova ULS RL;
- Médica pneumologista do Centro Hospitalar de Leiria distinguida com Prémio Thomé Villar 2023;
- Centro Hospitalar de Leiria foi o eleito para 24 novos médicos internos para a sua formação especializada;
- CHL assina compromisso com a Direção Executiva do SNS e ACSS para aquisição de equipamento médico pesado;
- Centro Hospitalar de Leiria promove campanha de sensibilização para a dádiva de sangue na quadra natalícia;
- Utentes internados no Centro Hospitalar de Leiria podem jantar com os seus familiares na consoada e no Ano Novo;
- Centro Hospitalar de Leiria reforça apelo para utentes recorrerem à Urgência apenas em casos urgentes.

**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 2023)

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 2023, as mulheres representarem 84,80 % 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 2023.

#### **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 a 2022 aguardam despacho de aprovação da Tutela.