O Vogal

O Vogal

Governo Societário A Enf.ª Diretora

O Diretor Clínico

Ana Paula



Relatório do

CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO LISBOA NORTE | 2020





Índice

I.	Sínte	se (Sumário Executivo)	5
II.	Miss	šo, Objetivos e Políticas	7
III.	Estru	tura de capital	18
IV.	Parti	cipações Sociais e Obrigações detidas	19
V.	Órgã	os Sociais e Comissões	19
	A.	Modelo de Governo	19
	B.	Assembleia Geral	20
	C.	Administração e Supervisão	20
	D.	Fiscalização	36
	E.	Revisor Oficial de Contas	38
	F.	Conselho Consultivo (caso aplicável)	39
	G.	Auditor Externo (caso aplicável)	40
VI.	Orga	nização Interna	40
	A.	Estatutos e Comunicações	40
	B.	Controlo interno e gestão de riscos	41
	C.	Regulamentos e Códigos	46
	D.	Deveres especiais de informação	49
	E.	Sítio na Internet	50
	F.	Prestação de Serviço Público ou de Interesse Geral	51
VII.	Rem	unerações	
	A.	Competência para a Determinação	52
	В.	Comissão de Fixação de Remunerações	
	C.	Estrutura das Remunerações	53
	D.	Divulgação das Remunerações	54
VIII.	Tran	sações com partes Relacionadas e Outras	
IX.		ise de sustentabilidade da empresa nos domínios: económico, social e ambiental	
X.	Aval	iação do Governo Societário	71



Índice de quadros:

uadro 1 - Práticas de Bom Governo
uadro 2 - Centros de Referência do CHULN
uadro 3 - Grau de cumprimento dos objetivos do CP 202013
uadro 4 - Evolução do capital estatutário do CHULN
uadro 5 - Composição do Conselho de Administração 2019-202121
uadro 6 - Número de reuniões realizadas e grau de assiduidade de cada membro às reuniões realizadas 23
uadro 7 - Acumulação de funções23
uadro 8 - Composição do Conselho Fiscal
uadro 9 - Número de reuniões realizadas e grau de assiduidade de cada membro
uadro 10 - Número de anos em que o ROC exerce funções na entidade/grupo39
uadro 11 - Remuneração do ROC relativa ao ano de 2019
uadro 12 - Montante anual da remuneração auferida pelos membros do Conselho de Administração 54
uadro 13 - Montante anual da remuneração auferida pelos membros do órgão de fiscalização57
uadro 14 - Lista Fornecedores58
uadro 15 - Formação no âmbito da prevenção de riscos profissionais64
uadro 16 - Formação no âmbito da descontaminação de superfícies e utilização de equipamentos6
uadro 16.1 – Sessão de esclarecimento Coronavírus – COVID-19

127

SIGLAS

ACES Agrupamento de Centros de Saúde

ACSS Administração Central do Sistema de Saúde

AESE Escola de Direção e Negócios

ARSLVT Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

CA Conselho de Administração

CAGEP Curso Avançado para Gestores Públicos

CCP Código dos Contratos Públicos

CEAH Curso de Especialização em Administração Hospitalar

CP Contrato Programa

CPLP Comunidade dos Países de Língua Portuguesa

CTH Consulta a Tempo e Horas

CTT Correios e Telecomunicações de Portugal

DGS Direção Geral do Orçamento DGS Direção Geral de Saúde

DGTF Direção Geral de Tesouro e Finanças

EGA Equipa de Gestão de Altas

ENSP
Escola Nacional de Saúde Pública
EPE
Entidade Pública Empresarial
ERS
Entidade Reguladora de Saúde
ETC
Equivalente a Tempo Completo
FDL
Faculdade de Direito de Lisboa
Indice de Desempenho Global

INA Direcção Geral da Qualificação dos Trabalhadores em Funções Públicas

ICM Índice de Case-Mix

IGF Inspeção-Geral de Finanças

INFARMED Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P.

Livre Acesso e Circulação de Utentes no Serviço Nacional de Saúde

Lista de Espera para a Consulta
Lista Inscritos na Cirurgia

MCDT Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

PPRCIC Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas

RGPD Regulamento Geral de Proteção de Dados

RGS Relatório de Governo Societário

RJSPE Regime Jurídico do Setor Público Empresarial
RNCCI Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

ROC Revisor Oficial de Contas

SIADAP Sistema Integrado de Avaliação de Desempenho da Administração Pública Sistema de Informação para a Contratualização e Acompanhamento

SIGEF Sistema de Informação para a Gestão Económico Financeira
SIRIEF Sistema de Recolha de Informação Económico-Financeira

SNS Serviço Nacional de Saúde

SPMS Serviços Partilhados do Ministério da Saúde TMRG Tempos Máximos de Resposta Garantidos

UNL Universidade Nova de Lisboa

UOCF Unidade Operacional de Controlo Financeiro

TAM 1 Unidade Técnica de Acompanhamento e Monitorização do Setor Público Empresarial



25 8

I. Síntese (Sumário Executivo)

A síntese ou sumário executivo deve permitir a fácil perceção do conteúdo do relatório e, em particular, mencionar as alterações mais significativas em matéria de Boas Práticas de Governo Societário adotadas em 2020.

O presente Relatório sobre o Governo Societário no exercício de 2020 é elaborado nos termos do artigo 54º do Decreto-Lei nº 133/2013, de 3 de outubro, com as alterações da Lei nº 75-A/2014, de 30 de setembro e pela Lei nº 42/2016, de 28 de setembro, e de harmonia e para cumprimento das orientações emanadas para o efeito pela Unidade Técnica de Acompanhamento e Monitorização do Setor Público Empresarial (UTAM) e reflete a estrutura de governação da sociedade e as práticas adotadas pela sociedade em matéria de *Corporate Governance*, no estrito cumprimento da Lei e de Boas Práticas de Gestão, no exercício de 2020.

A atividade do Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E. no ano de 2020 fica marcada pelo contexto extraordinário da situação pandémica COVID-19 que persistiu durante todo o ano de 2020, tendo-se estendido aos primeiros meses de 2021.

Em 11 de março de 2020, foi declarada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) a situação de pandemia para a infeção por SARS-Cov-2, que sucedeu à situação de Emergência de Saúde Pública de âmbito internacional que já tinha sido declarada a 30 de janeiro de 2020.

A evolução da pandemia em Portugal desencadeou uma situação de pressão sobre os serviços de saúde nunca antes verificada, tendo-se rapidamente constatado a incapacidade de persistir em modelos funcionais e organizativos convencionais.

Rapidamente se tornou previsível que o maior impacto da doença Covid-19 se verificaria nas áreas da urgência, do internamento e da medicina intensiva, a par da necessidade de prosseguir o atendimento a doentes com patologias de perfil inadiável não-COVID.

Foi determinante a rápida identificação de estratégias adaptativas, em sintonia com a elaboração e aprovação de planos de contingência de todos os serviços.

Estas estratégias extraordinárias obrigaram à suspensão provisória dos objetivos dos hospitais em termos de atividade contratualizada e provocaram grandes impactos em toda a rede hospitalar do país ao nível de circuitos e procedimentos e mobilização de recursos humanos para áreas mais necessitadas de combate à pandemia.

A título de síntese e de forma a permitir a perceção do conteúdo do RGS, apesar das difíceis circunstâncias já referidas, o CHULN continuou a adotar as Práticas de Bom Governo, do capítulo II do regime jurídico do setor público empresarial (RJSPE) que têm sido seguidas.

Para assegurar os objetivos definidos, o CHULN propõe-se concretizar um conjunto de programas e ações, que decorrem do seu plano estratégico sujeito a aprovação dos representantes designados pelas Tutelas, mais concretamente da ARSLVT.

São adotados os instrumentos de gestão previsional adequados, tais como Planos de Atividades e Orçamentos, assentes no cumprimento rigoroso da sua missão e prossecução dos objetivos estabelecidos e na respetiva sustentabilidade nos diversos domínios.

São determinados procedimentos internos de controlo e auditabilidade permanente, da execução do contrato-programa e dos orçamentos.

O presente documento, apresenta o modelo de governação, avalia os princípios de bom governo adotados, designadamente o grau de cumprimento das orientações, objetivos, obrigações e responsabilidades, o grau de cumprimento dos princípios de responsabilidade social e ambiental e desenvolvimento económico sustentável, a estrutura organizacional definida e instrumentos de gestão implementados, com especial enfoque no princípio da transparência, no controlo de risco e prevenção de conflitos de interesse e na melhoria e reforço contínuo dos instrumentos adequados à promoção da excelência do governo societário, tal como se refere no quadro seguinte:

Quadro 1 - Práticas de Bom Governo

	CAPÍTULO II do RJSPE – Práticas de bom governo	sim	não	data
420	Apresentou plano de atividades e orçamento para 2020 adequado aos recursos e fontes de financiamento disponíveis	х		22/5/2020
Artigo 43.º	Obteve aprovação pelas tutelas setorial e financeira do plano de atividades e orçamento para 2020		x	
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	х		
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		
Artigo 47.º	Adotou um código de conduta ética e divulgou o documento	X		
Artigo 48.º	Tem contratualizada a prestação de serviço público ou de interesse geral, caso lhe esteja confiada	X		
Artigo 49.º	Prosseguiu objetivos de responsabilidade social e ambiental	X		
Artigo 50.º	Implementou políticas de recursos humanos e planos de igualdade	X		
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		
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		
Artigo 54.º	Apresentou o relatório do órgão de fiscalização em que é aferido constar do relatório anual de práticas de governo societário informação atual e completa sobre todas as matérias tratadas no Capítulo II do RJSPE (boas práticas de governação)	x		

My x5

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 empresa (vide artigo 43.º do RJSPE).

O CHULN tem por objeto a prestação de cuidados de saúde de excelência aos cidadãos, nacionais e internacionais, no âmbito das suas capacidades e responsabilidades, tendo em conta o seu elevado grau de diferenciação e posicionamento ímpar no Serviço Nacional de Saúde.

Na área do ambiente, o CHULN adota as estratégias e práticas mais adequadas, destacando-se a poupança de recursos naturais e a gestão racional de resíduos, as quais inserem a responsabilidade social pelo equilíbrio ambiental e pelo desenvolvimento sustentável.

São objetivos do CHULN:

Prestação da sua atividade, centrada no primado do doente;

Qualidade e humanização dos cuidados prestados;

Assegurar e melhorar as condições de acolhimento e internamento dos cidadãos utilizadores dos serviços prestados pelo Centro Hospitalar;

Garantir elevados padrões técnico-científicos, com particular destaque para a inovação;

Adequar equipamentos e instalações diretamente ligados à prestação de cuidados de saúde, na medida das disponibilidades;

Gestão de recursos humanos eficaz e eficiente, norteado pelos princípios legais aplicáveis;

Proporcionar aos profissionais condições de motivação e realização profissional, que permitam atrair e reter os melhores e mais diferenciados;

Desenvolver as atividades de investigação, ensino e formação, no que respeita à formação de profissionais de saúde;

Promover a articulação funcional com a rede de cuidados primários, no âmbito da sua área de influência, bem como com a rede nacional de cuidados continuados integrados;

Promover critérios de rigor, autonomia, responsabilização e flexibilidade na gestão.

Incluem-se, ainda, no seu objeto o desenvolvimento de atividades de investigação, formação e ensino, sendo a sua participação na formação de profissionais de saúde. Daqui decorre a estreita ligação à Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa e outras instituições de ensino/investigação, nomeadamente no âmbito do Centro Académico de Medicina de Lisboa.

No que concerne à oferta de cuidados de saúde, o CHULN apresenta uma carteira de serviços altamente especializada e diversificada, dirigindo a sua intervenção a um vasto leque de situações de saúde, com diferentes níveis de complexidade. De uma forma geral, a oferta assistencial abrange a área de ambulatório (consulta externa, hospital de dia, cirurgia de ambulatório e meios complementares de diagnóstico e terapêutica), internamento e urgência.

Para além dos diferentes serviços clínicos disponíveis, o CHULN apresenta 17 Centros de Referência, reconhecidos como centros de elevada diferenciação para a prestação de cuidados de saúde a utentes com situações clínicas específicas, com especial concentração de recursos, e constituídos por equipas multidisciplinares e altamente qualificadas, visando a prestação de cuidados com elevado padrão de qualidade, como se pode verificar no quadro seguinte:

Ouadro 2 - Centros de Referência do CHULN

Centros de Referência					
Área de intervenção prioritária	Legislação				
Epilepsia Refratária Paramiloidose Familiar	Despacho n.º 11297/2015 de 8 de outubro				
Cardiologia de "Intervenção Estrutural" Cardiopatias Congénitas*					
Doenças Hereditárias do Metabolismo Oncologia de Adultos - Cancro do Esófago	Docnacho n. 0. 2652/2016 do 11 do março				
Oncologia de Adultos - Cancro Hepatobilio-Pancreático Oncologia de Adultos - Cancro do Reto Oncologia de Adultos - Sarcomas das Partes Moles e Ósseos	Despacho n.º 3653/2016 de 11 de março				
Oncologia Pediátrica - Tumores do Sistema Nervoso Central** Transplantação Renal Pediátrica					
Transplante do Rim - Adulto	Despacho n.º 9414/2016 de 22 de julho				
Coagulopatias Congénitas					
ECMO (Oxigenação por Membrana Extracorporal) Fibrose Quística	Despacho n.º 6669/2017 de 8 de fevereiro				
Implantes Cocleares***					
Neurorradiologia de Intervenção na Doença Cerebrovascular (NIDC)					

^{*}emcolaboração interinstitucional como Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E. P. E. e Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa

O objetivo estratégico da instituição passa pelo reconhecimento de novos centros de referência e certificação dos existentes.

O CHULN, enquanto estabelecimento hospitalar público, geral, central e altamente diferenciado em tecnologias e saberes, presta cuidados de saúde ao cidadão dentro da sua capacidade e no âmbito da sua responsabilidade desenvolve a sua Missão centrada no doente.

Fruto de uma simbiose histórica, lógica e natural, com a Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, com a qual partilha instalações, recursos humanos e conhecimentos, o ensino e a formação pré e pós-graduada constituem-se como outro eixo fundamental da missão, reforçada pela integração no Centro Académico de Medicina de Lisboa, sem prejuízo de parcerias com outras instituições académicas nacionais e internacionais.

Para além da prestação direta de cuidados de saúde e da formação, a missão do CHULN comporta ainda as vertentes da inovação, do desenvolvimento científico e da investigação, como corolário lógico e aproveitamento natural das sinergias resultantes dos eixos da prestação e da formação.

A **Visão** do CHULN, EPE é a de reforçar a sua posição como referência no contexto internacional, nacional e regional, através da melhoria da qualidade, eficiência e acessibilidade aos cuidados de saúde, de forma sustentável, aumentando o valor para os utentes, apostando nas condições de atendimento e valorizando o papel dos colaboradores.



^{**}em colaboração interinstitucional como Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Francisco Gentil, E. P. E. e Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, E. P. E.

^{***}emcolaboração interinstitucional como Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, E. P. E., Centro Hospitalar do Porto, E. P. E. e Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, E. P. E.

No âmbito do Centro Académico de Medicina de Lisboa, desenvolver-se-ão projetos conjuntos de prestação de cuidados, de formação e ensino e de investigação, a nível nacional e internacional.

No cumprimento da sua Missão, o CHULN e os seus profissionais partilham os seguintes Valores e Princípios:

- 1. Serviço público com primado no doente;
- 2. Respeito pela dignidade humana, pela diversidade cultural e religiosa e pelos direitos dos doentes;
- 3. Equidade do acesso a cuidados de saúde;
- 4. Rigor, integridade e responsabilidade;
- 5. Elevados padrões de humanização, de competência técnica e científica dos serviços prestados;
- 6. Cultura institucional e espírito de equipa;
- 7. Ambição e empenho na melhoria contínua da qualidade;
- 8. Valorização, motivação e envolvimento dos profissionais;
- 9. Desempenho e sustentabilidade;
- 10. Responsabilidade social e ambiental;
- 11. Respeito pelos princípios éticos e deontológicos na atividade assistencial, formação pré e pósgraduada e investigação.
- 2. Indicação de políticas e linhas de ação desencadeadas no âmbito da estratégia definida (vide artigo 38.º do RJSPE), designadamente:
 - a) Objetivos e resultados definidos pelos acionistas relativos ao desenvolvimento da atividade empresarial a alcançar em cada ano e triénio, em especial os económicos e financeiros;

O CHULN adotou um modelo de governação estratégica para o triénio 2020/2022 assente em quatro perspetivas:

A **perspetiva do interesse do doente,** agrupando projetos ou medidas de intervenção que criem valor para o utente em termos de acessibilidade aos cuidados, melhoria da qualidade e aumento da satisfação.

A **perspetiva financeira**, agrupando projetos ou medidas de intervenção que assegurem os meios financeiros adequados e numa base sustentável, para assegurar a satisfação das necessidades de cuidados de saúde a prestar.

A **perspetiva dos processos assistenciais**, agrupando projetos ou medidas de intervenção destinados a aumentar a organização, a eficiência e a qualidade dos principais processos assistenciais nas diversas linhas de atividade.

A perspetiva de aprendizagem e desenvolvimento, agrupando projetos e medidas instrumentais incluindo fatores críticos de sucesso para alcançar a otimização dos processos, os bons resultados económico-financeiros e os bons cuidados aos utentes, integrando várias dimensões, como o capital humano, sistemas de informação, tecnologia, comunicação e qualidade do processo gestionário.

Ry A

A matriz de projetos estratégicos com caráter transversal é a seguinte:

Dimensões/vetores estratégicos	Projetos estratégicos	Metas/Objetivos de Gestão
Interesse do doente	Melhoria da acessibilidade à consulta externa;	LEC 49,1% <tmrg; 59%="" consultas="" td="" tmrg<=""></tmrg;>
	Melhoria da acessibilidade aos cuidados cirúrgicos;	LIC 60% <tmrg; 82%="" cirurgias="" td="" tmrg<=""></tmrg;>
	Ambulatorização e integração de cuidados (ICC/IRC);	2,7% UF
	Hospitalização domiciliária	120 doentes
Financeira	Aumento da faturação e cobrança de serviços/cuidados prestados	1,5M€
	Aumento da faturação e cobrança de taxas moderadoras	2,0M€
	Aumento de venda de MCDT's	2,5M€
	Melhoria das condições de aquisição e racionalização consumos/serviços/materiais	8,0M€
	Racionalização de efetivos e da despesa com trabalho extraordinário	6592 efetivos; despesa trabalho extra <17,7%
Processos assistenciais	Melhoria da gestão de processos de internamento	Índice DM ajustado 1,02; DM pré-cir 0,95; 33% doentes referenciados RNCCI até 2 dias;
	Aumento e gestão flexível da capacidade de internamento	50+14 camas; Gestão partilhada camas área cirúrgica;
	Processo clínico eletrónico (PCE) e desmaterialização de suportes de apoio assistencial	PCE 100%; circuitos MCDT (5 serviços) e
	Reorganização e modernização de processos e circuitos	termos de responsabilidade. Desmaterializados;
	Reestruturação da área assistencial	37 circuitos a desmaterializar;
	Melhoria da segurança e da proteção de dados	Internamento c/ alta clínica dedicado; CT HSM.
Aprendizagem & desenvolvimento	Acreditação do sistema de gestão da qualidade (ACSA)	Início e 1º ano de preparação Acreditação





Dimensões/vetores estratégicos	Projetos estratégicos	Metas/Objetivos de Gestão
	Certificação de serviços, Centros de Referência e excelência clínica (SINAS)	Serviços Certificados (ISO 9001:2015), com renovação agendada para 2020: S. Logística e Stocks- renovou; S. Patologia Clínica – renovou. Todos os restantes, abaixo referidos, realizaram as auditorias de acompanhamento anuais e obrigatórias (incluídas num ciclo de 3 anos) mantendo a Certificação:
		Serviço de Neurologia
		Serviço de Pneumologia
		Serviço de Imuno-Hemoterapia
		Serviço de Urologia
		Serviço de Imagiologia Geral
		Serviço de Imagiologia Neurológica
		Serviço de Saúde Ocupacional
		Centro de Formação do CHLN
		O CHULN cumpriu todos os parâmetros em: Excelência Clínica, Segurança do Doente, Conforto das Instalações, Satisfação do Utente
	Formação avançada das lideranças clínicas	
	Melhoria da comunicação interna	1 curso para dirigentes intermédios + novos
	Sistema de contratualização interna e avaliação do desempenho	Informação relevante (Intranet/newsletter)
	Criação de Centros de Responsabilidade Integrados (CRI´s)	Contratualização todos os serviços clínicos
	Reestruturação do Centro de Investigação Clínica	Criação de CRI´s em 4 serviços
		Reforço equipa CIC, celeridade instrução e controlo faturação ensaios

b) Grau de cumprimento dos mesmos, assim como a justificação dos desvios verificados e das medidas de correção aplicadas ou a aplicar.

No que se refere aos **projetos estratégicos**, quase todos eles foram afetados pelo esforço e concentração no plano assistencial COVID e minimização dos efeitos na assistência não COVID.

No entanto, no que respeita aos projetos de ambulatorização e integração de cuidados, apesar do contexto adverso da pandemia, foram implementados alguns protocolos e iniciou-se a articulação com as equipas do ACES Lisboa Norte, no sentido de diminuir a afluência dos doentes crónicos com insuficiência respiratória, insuficiência cardíaca e doentes com multipatologia ao serviço de urgência e evitar hospitalizações;



Na hospitalização domiciliária, também foram internados no domicílio 128 doentes. Em resultado do projeto anterior, deste e da quebra de procura registada, contribuíram cumulativamente para melhorar a acessibilidade ao internamento onde, desde o início da pandemia, deixou de haver doentes internados em maca;

A faturação e cobrança relativamente aos serviços prestados à cobrança de taxas moderadoras`, situação que em anos anteriores ficou aquém do que seria possível, registou alguns progressos, com maior destaque no final do ano.

A venda de MCDT's não obteve os resultados previstos no plano estratégico, no que respeita à Gastrenterologia, Patologia Clínica e Ginecologia, em virtude da diminuição dos rastreios referenciados pelos cuidados de saúde primários, devido ao contexto da pandemia. O atraso na ampliação da Unidade de Técnicas de Gastro, também limitou a implementação de protocolo com a ARSLVT. Tentou-se atenuar a redução da faturação de exames nas áreas referidas, com a venda de testes para despistagem da SARS-CoV 2 a hospitais públicos e à ARSLVT, a utentes provenientes de lares, do ACES de Lisboa Norte e de outras instituições e empresas.

A racionalização de efetivos, num ano marcado por múltiplas necessidades de reforço de efetivos, no sentido de assegurar as necessidades de cuidados aos doentes com SARS-CoV-2, sem que a satisfação das necessidades aos doentes não-COVID fosse afetada, foi sempre uma preocupação dos órgãos de gestão. No entanto, as necessidades de saúde na área COVID acresceram as necessidades em recursos, de forma significativa;

A gestão dos processos de internamento permitiu que em grande número de serviços, com recurso a métodos de reengenharia de processos traduziu-se na diminuição da Demora Média no internamento, em cerca de 1 a 2 dias, comparativamente com o ano anterior. A Demora Média Global do CHULN, contundo, não beneficiou desta redução, devido ao tempo médio de internamento dos doentes COVID (6,5 dias superior) e devido ao menor peso dos doentes cirúrgicos no conjunto global, devido à redução da atividade cirúrgica com prioridade normal, em vários períodos;

A capacidade de internamento não aumentou como se previa, devido à incerteza que o número de camas a afetar ao plano de contingência COVID fosse insuficiente, já que se efetou a este plano uma enfermaria no HPV de reserva e alguns recursos humanos inicialmente recrutados para a sua ativação. A gestão do internamento, devido à grande variação das necessidades COVID e afetação gradual de enfermarias não COVID ao internamento destes doentes, passou a ser partilhada, nomeadamente na área cirúrgica;

Pelos motivos anteriormente referidos, a adoção exclusiva do processo clínico eletrónico, apesar do elevado número de serviços e profissionais aderentes, designadamente na área do ambulatório, não foi totalmente implementada. Após a desmaterialização do circuito dos MCDT (em curso) e de alguns processos de apoio clínico, será possível alcançar este objetivo;

A reorganização e modernização de processos e circuitos nas áreas de suporte, num ano em que grande parte dos postos de trabalho funcionaram em regime de teletrabalho, apenas incluiu o levantamento e caracterização geral dos processos a desmaterializar, prevendo-se que só no corrente ano ocorra a desmaterialização efetiva;

No âmbito do projeto de requalificação do CHULN a reestruturação da área assistencial, apenas incluiu a consensualização do projeto de instalação da cirurgia torácica no HSM, descentralização de algumas consultas e cirurgias de ambulatório no HPV, devendo a restante parte do projeto ser implementada no corrente ano;

O processo de acreditação do CHULN pela Agência de Calidad de Andalucia (ACSA) foi adiado para 2021/2022, dado o contexto de grande adversidade, apesar da continuidade do reconhecimento da excelência clínica (SINAS) e recertificação de vários serviços pelas normas ISSO;

A formação avançada das chefias, não foi implementada devido ao contexto adverso, tendo sido adiada para momento mais favorável;

O sistema de contratualização interna, iniciado nos primeiros meses de 2020, só não foi concluído devido à ativação do plano de contingência COVID no início do mês de março, devendo ser implementado em pleno no corrente ano;

O processo de implementação dos Centros de Responsabilidade Integrados, apenas foi iniciado em 4 serviços, devendo ser concluído só no corrente ano.

Justificação dos desvios aos objetivos do CP 2020

O CHULN integrou, ainda, como metas/objetivos de gestão, os constantes do Contrato-Programa 2020, negociado com a ARSLVT no início de 2020, tendo sido posteriormente revistos, devido às alterações impostas pela doença COVID-19, nos objetivos da atividade assistencial e orçamentais.

Relativamente ao nível de cumprimento dos objetivos do CP 2020, contratualizados com a ARSLVT, o CHULN conseguiu alcançar, apesar de tudo, bons resultados, quer no chamado Índice de Desempenho Global 95,4%, que integra os objetivos de Acesso, de desempenho assistencial e desempenho económico-financeiro, quer no desempenho do Serviço de Urgência 106,7%.

Cumprimento dos objetivos

Índice de Desempenho Global dos objetivos contratualizados 95,4%

Índice de Desempenho Global do Serviço de Urgência 106,7%

Atividade Assistencial 97,5%

Desempenho Económico-Financeiro -27,1%

Quadro 3 - Grau de cumprimento dos objetivos do CP 2020

Ao nível do cumprimento da atividade assistencial negociada com a ARSLVT, o CHULN alcançou uma taxa de execução do CP 2020 de 97,5%.

Quanto ao Desempenho Económico-Financeiro acima exposto, representa o valor realmente obtido, face ao contratualizado com a ARSLVT. No entanto o que se apresenta em termos de Demonstração de Resultados do exercício de 2020 diferencia-se deste, o que origina o incumprimento do objetivo do Resultado Líquido do CP 2020.

O Resultado Líquido apresentado em 2020 negativo em 61.047.182,85€ e o EBITDA negativo de 50.852.136€ compara com um Resultado Líquido negativo de 46.889.316€ e um EBITDA negativo de 37.527.735€ no período homólogo.

Para este aumento contribuiu a regularização do valor do Contrato Programa comunicado pela ACSS para o ano de 2014 negativo em 18.533.953€ e a regularização do Contrato Programa de 2015 negativo em 26.952.353€. O registo destes valores em Resultados do Exercício prejudicou grandemente o desempenho económico do CHULN no ano de 2020, pois acreditamos que deveriam ter sido registados em Resultados transitados, não alterando a Situação Patrimonial e salvaguardando o desempenho económico do ano em curso. Sem este impacto atingiríamos um Resultado Líquido negativo em 15.531.878€ e um EBITDA negativo de apenas 5.365.831€. No entanto, conforme opinião dos Órgãos de Fiscalização, procedemos aos registos conforme o Manual de Consolidação de Contas da Saúde disponibilizado pela ACSS, de forma a não contribuir para a diferença de consolidação do Ministério da Saúde.

Esta realidade tem origem nos acertos de Contratos Programas de anos antriores, indicados pela ACSS. Segundo instruções da Consolidação SIEF – ACSS, de 14 de abril p.p. os acertos dos CP de 2014 e de 2015, no valor respetivamente de 18.533.953€ e de 26.952.353€, deveriam ser contabilizados (deduzidos) diretamente em Contratos programa- produção do exercício de 2020, com efeito direto em Resultados do exercício.

Ay)

Atendendo à realidade da operação e ao histórico da contabilização dos Contratos- Programas, vigentes para outros centros hospitalares, aceitámos as instruções da ACSS procedendo aos acertos efetuados por instruções da ACSS, embora discordando. Os valores a corrigir são de elevada materialidade e antiguidade, pelo que na nossa opinião deveriam ser lançados em Resultados Transitados, no entanto, seguimos as instruções da ACSS, o que tem enorme impacto nas demonstrações fianceiras do exercício de 2020, prejudicando efetivamente a análise comparativa do desempenho da Entidade no ano em apreço, não apenas em termos de Resultados, mas também no que respeita à própria séria evolutiva dos dados respeitantes às prestações de Serviços, já que os referidos acertos nada têm que ver com o desempenho da entidade no ano em apreço.

Apresentamos em anexo (Anexo 1) as principais rubricas que concorrem para os resultados económico e financeiros.

O ano de 2020, fortemente marcado pela Pandemia por SARS-CoV-2, teve consequências imprevistas relativamente à execução dos objetivos que o CHULN se propôs, na medida em que afetou de forma significativa a satisfação das necessidades em saúde. Durante vários meses, foram satisfeitas apenas necessidades urgentes e programadas prioritárias, com suspensão de atividade não prioritária, seguindo as indicações expressas das Autoridades e Tutela.

O processo de adaptação de estruturas assistências ao longo de 2020 envolveu 15 unidades de internamento e 5 unidades de cuidados intensivos (em espaços de blocos, recobros e unidades de internamento), bem como a criação de circuitos específicos e dedicados, envolveu um longo trabalho e condicionou marcadamente a atividade assistencial.

O reforço das equipas COVID nas diversas áreas assistenciais (urgência COVID; 2/3 elementos por unidade de internamento *COVID*, 1/1,5 enfermeiro por cama de cuidados intensivos *COVID*, recrutados entre profissionais dos recobros e blocos operatórios) foi assegurado através de intenso processo de mobilidade interna, dada a inexistência de profissionais no mercado para contratar, limitando a disponibilidade em blocos operatórios/recobros/unidades de técnicas, apesar de se ter tentado minimizar os impactos na atividade, nomeadamente, recorrendo ao trabalho extraordinário.

Apesar da retoma gradual da atividade assistencial, o reforço das medidas de segurança implicou o redesenho e maior consumo de tempo de quase todos os processos assistenciais, com relativo prejuízo da eficiência.

Para contrariar os efeitos negativos na execução dos diversos projetos podem apontar-se as seguintes medidas:

- Organização de programa de recuperação da atividade de consulta externa, especialmente no que respeita aos doentes com menor acessibilidade (LEC + 9 meses). Recurso à teleconsulta e consulta não presencial, nos casos em que esta modalidade de acompanhamento era adequada. Em consequência a LEC a mais de nove meses foi reduzida em quase 50% (4826 utentes em dezembro 2019; 2481 em dezembro de 2020). Foi possível reduzir o tempo médio de espera por uma consulta em 46 dias.
- Organização de programa de controlo semanal, com monitorização dos tempos de espera dos doentes operados, na tentativa de cumprir os pressupostos definidos pela Lei nº 15/2014 de 21 de março, alterada pelo Decreto-Lei nº 44/2017, de 20 de abril e pela Portaria nº 153/2017, de 4 de maio. No entanto, as limitações de recursos, nomeadamente, enfermeiros e anestesistas, para reforço do programa assistencial COVID e a sobrecarga dos elementos originários de blocos e recobros, não permitiram que o programa de cirurgia adicional que se tinha delineado fosse cumprido. Durante largos meses (pelo menos 5 meses) só foram operados doentes com neoplasias, muito prioritários e prioritários. A LIC com doentes em espera a mais de um ano apenas cresceu em 160 doentes, situação que, apesar de tudo, foi atenuada.

- A diminuição do custo por doente padrão, num ano que a pandemia gerou custos adicionais de exploração de aproximadamente 43 M euros, designadamente em material de consumo clínico (12,8 M euros, sendo grande parte com material de proteção) e reagentes (6 M euros) seria difícil melhorar este indicador como se previa. De qualquer modo a despesa com material de proteção foi minimizada, com aquisição de material de proteção diretamente pelo governo, invertendo a tendência de preços altamente especulativos praticados no início da pandemia. Nas aquisições de material, aumentaram-se as compras através da SPMS beneficiando em regra de melhores condições de aquisição. Nos medicamentos, aumentou-se a taxa de substituição de medicamentos de marca por biossimilares.
- A evolução da produtividade na área médica e de enfermagem não se verificou como o previsto em virtude da redução de todos os indicadores assistenciais em consequência da pandemia, em que uma parte resultou de medidas preventivas, como a suspensão da atividade programada não urgente, nem prioritária e a outra parte devido às medidas de confinamento e quebra da procura dos serviços de saúde pela população. Tentou-se minimizar esse efeito, como foi referido com alguns programas de recuperação nomeadamente da atividade cirúrgica e de consultas externas.
- A percentagem de gastos com trabalho extraordinário, ao invés de diminuir como previsto, aumentou em virtude de se ter solicitado às equipas médicas e de enfermagem maior disponibilidade, nomeadamente para integrarem serviços COVID, ou colmatarem reduções de dotações devido a mobilidade para estes serviços. Acresce o facto de terem contraído infeção por SARS-CoV-2 quase mil profissionais de saúde, gerando um enorme volume de dias de ausência, acrescidos da ausência de outros profissionais devido ao cumprimento da norma da DGS relativamente à quarentena (o acréscimo do absentismo global foi superior a 500 000 horas). Apesar de se ter recorrido preferencialmente à mobilidade interna para colmatar os efeitos destas ausências, o recurso a trabalho extraordinário foi utilizado como medida complementar. A suspensão do gozo de tolerâncias em vários dias por trabalho obrigatório decretado pelo governo e respetivo pagamento em regime de trabalho extraordinário contribuíram igualmente para este aumento da despesa com trabalho extraordinário. O recurso a contratações de profissionais para colmatar acréscimos excecionais e temporários de trabalho não foi possível, em virtude de não existirem profissionais de saúde no mercado, nomeadamente médicos e enfermeiros.

No que respeita aos indicadores do serviço de urgência, também neste âmbito foi necessária uma profunda reorganização de recursos para receber de forma segura todos os utentes, quer por suspeita de infeção por SARS-CoV-2, quer por outra patologia ou sintomatologia. Assim, registou-se uma reorganização estrutural, de recursos humanos, nos circuitos e protocolos instituídos. Observou-se uma mudança na utilização do serviço de urgência, verificando-se que os episódios classificados como urgentes de acordo com o protocolo de Triagem de Manchester (classificados com cor vermelha, laranja ou amarela) ultrapassaram os 50%, invertendo a tendência observada em anos anteriores e no peso de episódio com alta para internamento que aumentaram face a anos anteriores.

O CHULN tem trabalhado em áreas específicas, quer no âmbito da articulação com os Cuidados de Saúde Primários, quer criando alternativas internas de acesso, reduzir a afluência e frequência das admissões potencialmente evitáveis.

12: 1 X

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

O **principal fator crítico de sucesso** foi a resposta ao impacto assistencial da pandemia, a concretização do plano de contingência COVID e a criação de condições de exequibilidade.

O plano de contingência COVID, por força das recomendações da tutela, considerou níveis de intensidade elevada nos principais setores assistenciais:

- No setor da urgência foi criada uma urgência COVID dedicada (ADC-SU) que, na primeira fase, no período de meados de abril a julho, foi instalada na entrada principal do HSM, funcionou durante curtas semanas em tendas de campanha. A partir de julho foi instalada numa estrutura contentorizada, ampliada posteriormente no passado mês de janeiro (53 postos), perante o crescimento exponencial do número de episódios;
- No internamento, o plano de contingência na 1ª e 2ª fase contemplava, nos diferentes níveis de ativação 308 camas, das quais só foram ativadas cerca de um terço. Na 3ª fase foram previstas 336 camas, envolvendo 15 enfermarias e só ficou por ativar 1 enfermaria;
- Nos cuidados intensivos o plano de contingência previa na 1ª e 2ª fase 78 camas, das quais só foram ativadas 29. Na 3ª fase foram previstas 74 camas e foram ativadas 69 camas, envolvendo 8 unidades, das quais 5 novas unidades, instaladas em blocos operatórios, recobros ou enfermarias.

A preparação e adaptação mínima desta multiplicidade de estruturas influenciou e condicionou de forma marcada todo o plano assistencial delineado para 2020, dificultando a otimização de recursos à qual se sobrepôs a preocupação de dar resposta em quantidade e tempo oportuno às necessidades específicas na área COVID, sem descurar a área não-COVID, num quadro de acompanhamento e monitorização difícil e de grande incerteza, quanto ao impacto assistencial das diferentes fases da evolução epidemiológica.

Estes requisitos foram auditados pelas autoridades de saúde, como foi o caso da Entidade Reguladora da Saúde, no mês de julho, com várias adaptações ainda em curso nas múltiplas estruturas envolvidas.

Apesar de este fator ter condicionado em absoluto os resultados obtidos pelo CHULN, verificaram-se ainda **outros fatores específicos**, também com impacto nos resultados, nomeadamente:

- O desfasamento relativo à evolução das práticas clínicas, em particular no que respeita à introdução da inovação terapêutica e tecnológica, não traduzida no modelo de financiamento. A título de exemplo, muito embora a política do SNS seja a de financiar diretamente o tratamento altamente oneroso com a atrofia muscular espinal, o CHULN tratou vários doentes com a terapêutica mais inovadora e com bons resultados, situação ainda não reconhecida e com profundo impacto financeiro;
- A ampliação ou abertura de novas unidades hospitalares privadas na área de Lisboa teve um impacto bastante significativo na cessação de funções de profissionais com elevada diferenciação, em áreas críticas do plano de contingência (ex. cuidados intensivos) dificultando a sua operacionalização, apesar de este constrangimento ter sido minimizado no final do ano, com a suspensão de cessação de funções, durante o período do estado de emergência;
- A escassez de especialistas de Anestesiologia e o atraso nos concursos de provimento para as vagas do SNS, num ano em que várias unidades hospitalares foram ampliadas ou iniciaram o seu funcionamento, tornaram o preenchimento de vagas no CHULN ainda mais difícil, impedindo o reforço do quadro permanente desta especialidade, de acordo com a expetativa no período pré pandemia.

Recorda-se que o CHULN possui metade dos profissionais que o colégio de Anestesiologia preconiza para o CHULN e que os maiores centros hospitalares possuem, dificultando a otimização das estruturas operatórias e da capacidade instalada nos serviços cirúrgicos.

Outros fatores houve que contribuíram positivamente para o plano assistencial assegurado, nomeadamente:

- O grande profissionalismo e resiliência das equipas do CHULN, que imbuídos dum forte sentido de missão, aumentaram grandemente a sua disponibilidade em tempo de trabalho e esforço, que permitiu gerir este difícil contexto, com os mesmos ou até menos recursos, em alguns setores;
- A capacidade de adaptação funcional dos profissionais do CHULN, traduzida na cooperação ativa e frequentemente espontânea quando solicitados a colaborar em equipas de outros serviços e especialidades;
- O espírito solidário com um número significativo de profissionais se voluntariou para colaborar nas áreas sujeitas a maior pressão assistencial.
- 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 a prestar pela empresa (vide n.º 4 do artigo 39.º do RISPE).

O CHULN desenvolve a sua atividade em conformidade com as políticas e estratégias definidas pelo Ministério da Saúde, divulgadas no documento denominado Termos de Referência para a contratualização de cuidados de saúde no SNS para 2020, http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/ACSS-Termos Referencia-Contratualizacao SNS 2020.pdf publicado no site da ACSS. Este documento suporta o processo de contratualização e operacionaliza as orientações da Política de Saúde que consideram medidas transversais às várias entidades do Ministério da Saúde.

O SICA- Sistema de Informação para a Contratualização e Acompanhamento, tem como objetivo suportar o processo de Contratualização entre a Tutela e as entidades prestadoras de cuidados de saúde que integram o SNS e, no essencial, o processo é dividido em três fases: Contratualização/Negociação, Elaboração do Contrato-programa e Acompanhamento dos objetivos estabelecidos.

O CHULN presta contas da informação produzida, mensalmente, através da submissão na plataforma SICA, dos dados relativos aos cuidados prestados nas suas diversas linhas de produção e, nos Serviços Online da UOGF (SIGEF), dos dados financeiros.

A atividade contratada com o hospital pode ser objeto de monitorização mensal através dos relatórios de monitorização do Portal SICA, assim como através dos *dashboards* de monitorização mensal e de *benchmarking* que são publicados no *microsite* de "Monitorização do SNS", alojado no sítio institucional da ACSS e no Portal do SNS (www.sns.gov.pt).

D. 7 1

O Contrato-Programa celebrado entre o CHULN, a ARSLVT e a ACSS, encontra-se publicado, no site da ACSS: http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/10/Acordo-Modificativo-ao-CP-CHULN-EPE-2020.pdf

III. Estrutura de capital

 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 RISPE).

O CHULN conforme disposto no art.º 16º do DL nº 18/2017, enquanto entidade pública empresarial, está dotada de capital estatutário no montante de 312.440.000€, detido integralmente pelo Estado, e o respetivo valor é fixado por despacho dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das Finanças e da Saúde, conforme disposto no art.º 3.º, nº1 dos Estatutos Anexos ao Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 dezembro, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 12/2015, de 26 de Janeiro, e ainda alterado pelo Decreto-Lei n.º 183/2015, de 31 de agosto.

Apresentamos de seguida a composição do capital estatutário nos últimos cinco anos:

Ano	Capital Estatutário	Aumento	Realização	Descrição
2016	256.863.333,33€			
2017	312.440.000,00 €	55.576.666,67 €	31-12-2017	Despacho nº1265/2017 de 29 de dezembro do Senhor Secretário de Estado do Tesouro
2018	312.440.000,00 €			
2019	312.440.000,00 €			
2020	312.440.000,00€			

Quadro 4 - Evolução do capital estatutário do CHULN

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

Não aplicável - de acordo com o n. °2, do artigo 16.°, do Decreto-Lei n.° 18/2017, de 10 de fevereiro, o capital estatutário é detido pelo Estado.

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

Não existem acordos parassociais.



IV. Participações Sociais e Obrigações detidas

1. Identificação das pessoas singulares (órgãos sociais) e/ou coletivas (entidade) que, direta ou indiretamente, são titulares de participações noutras entidades, com indicação detalhada da percentagem de capital e de votos imputáveis, bem como da fonte e da causa de imputação nos termos do que para o efeito estabelece o Código das Sociedades Comerciais (CSC) no seu artigo 447.º (vide alíneas a) e b) do n.º 1 do artigo 44.º do RJSPE).

Nem o Hospital nem os órgãos sociais detêm participações diretas ou indiretas em entidades societárias.

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 Hospital não detém participações no capital de outras entidades.

No entanto, o CHULN 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 SES, no dia 5 de janeiro de 2016, e publicados no Portal da Justiça em 25 de fevereiro de 2016.

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

Não aplicável, de acordo com o n. °2, do artigo 16.°, do Decreto-Lei n.° 18/2017, de 10 de fevereiro, o capital estatutário é detido pelo Estado.

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

Não são conhecidas relações de natureza comercial entre os titulares de participações e a entidade.

V. Órgãos Sociais e Comissões

A. Modelo de Governo

A empresa 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.

As funções de administração executiva e funções de fiscalização do CHULN estão estruturadas nos termos do art.º 5º dos Estatutos dos Hospitais EPE, aprovados e publicados no Anexo II ao Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro, sendo que o modelo de governo adotado prevê os seguintes órgãos:

- Conselho de Administração;
- Conselho Fiscal, o Revisor Oficial de Contas (ROC) ou uma sociedade de revisores oficiais de contas;
- Conselho Consultivo.

O Conselho de Administração do CHULN foi nomeado em 2019, conforme Resolução do Conselho de Ministros nº 82/2019, de 24 de maio de 2019, publicada no Diário da República, 1ª série – nº 100-24 de maio de 2019.

O Conselho Consultivo ainda não foi nomeado.

Me of

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 entidade deverá indicar os mandatos respetivos (o que saiu e o que entrou).

O CHULN sendo uma EPE, não dispõe de Assembleia Geral, pelo que todo este ponto não lhe é aplicável.

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.

O Estado é o único detentor do capital estatutário, pelo que esta informação não é aplicável.

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.

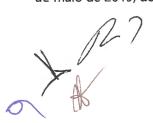
As regras aplicáveis à nomeação, composição e mandato, competências, funcionamento, vinculação do Conselho de Administração são as constantes do estatuto dos gestores públicos - conforme artigos 6.º, 7.º, 11.º, 12.º e 14.º dos Estatutos, aprovados no anexo II do Decreto-Lei n. º 18/2017, de 10 de fevereiro.

O regulamento interno do CHULN, nos artigos 6°, 7.°, 8.°, 9.°, estabelece os princípios referentes à composição, competência e funcionamento do Conselho de Administração.

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

Conforme disposto no art.6.º dos Estatutos dos Hospitais, Centros Hospitalares e Institutos Portugueses de Oncologia, aprovados no anexo II ao Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro, o Conselho de Administração é composto pelo Presidente e um máximo de quatro Vogais, que exercem funções executivas, em função da dimensão e complexidade do hospital, incluindo um Diretor Clínico, um Enfermeiro-Diretor e um Vogal proposto pelo membro do Governo responsável pela área das finanças.

O Conselho de Administração do CHULN, nomeado para o triénio 2019-2021, através da Resolução do Conselho de Ministros n.º 82/2019, de 24 de maio de 2019, publicada no Diário da República, 1.º série — n.º 100 — 24 de maio de 2019, designa os seguintes membros:



Vogal Executivo

2019-2021

ח

Designação Mandato Remuneração Cargo Nome Forma (1) (Início-Fim) Data [Entidade pagadora] O/D 2 17 de maio de Centro Hospitalar Universitário 2019-2021 Presidente Joaquim Daniel Lopes Ferro R D 2019 Lisboa Norte, EPE Luís Filipe Pereira dos Vogal Executivo 17 de maio de Centro Hospitalar Universitário 2019-2021 0 (Diretor Clínico) Santos Pinheiro 2019 Lisboa Norte, EPE Ana Paula Dias Costa Vogal Executiva 17 de maio de Centro Hospitalar Universitário 2019-2021 R D 2019 Lisboa Norte, EPE (Enfermeira Diretora) Fernandes Maria de Lourdes Caixaria 17 de maio de Centro Hospitalar Universitário 2019-2021 Vogal Executiva R D 2019 Lisboa Norte, EPE Bastos

Quadro 5 - Composição do Conselho de Administração 2019-2021

3. Distinção dos membros executivos e não executivos do Conselho de Administração¹ e, relativamente aos membros não executivos, identificação dos membros que podem ser considerados independentes², ou, se aplicável, identificação dos membros independentes do Conselho Geral e de Supervisão (vide artigo 32.º do RJSPE).

R

17 de maio de

Centro Hospitalar Universitário

Lisboa Norte, EPE

Todos os membros do Conselho de Administração exercem funções executivas.

Pedro de Andrade Pais

Pinto dos Reis

4. Apresentação de elementos curriculares relevantes de cada um dos membros, consoante aplicável, do Conselho de Administração, do Conselho Geral e de Supervisão e do Conselho de Administração Executivo. Deverão especificamente ser indicadas as atividades profissionais exercidas, pelo menos, nos últimos 5 anos (vide alínea j) do n.º 1 do artigo 44.º do RJSPE)

Os elementos curriculares dos membros do Conselho de Administração são apresentados em anexo a este Relatório (Anexo 2).

5. Evidências da apresentação das declarações³ de cada um dos membros do órgão de administração ao órgão de administração e ao órgão de fiscalização, bem como à Inspeção-Geral de Finanças (IGF), de quaisquer participações patrimoniais que detenham na empresa, 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).

As declarações emitidas por cada um dos membros do CA apresentam-se no Capítulo XI (Anexo 5) deste Relatório.

¹ Conforme decorre da aplicação do n.º 1 do artigo 278.º e n.º 1 e 2 do artigo 407.º do CSC.

² A independência dos membros do Conselho Geral e de Supervisão e dos membros da Comissão de Auditoria afere-se nos termos da legislação vigente. Quanto aos demais membros do Conselho de Administração, considera-se independente quem não esteja associado a qualquer grupo de interesses específicos na entidade nem se encontre em alguma circunstância suscetível de afetar a sua isenção de análise ou de decisão.

³ Tem-se por desejável ser adequadamente evidenciada a receção das declarações por parte dos destinatários. Para o efeito considere-se o que refere a Inspeção-Geral de Finanças no sítio na internet desta última, acedível através da hiperligação http://www.igf.gov.pt/deveres-de-comunicacao/deveres-de-informacao-gestores-publicos1.aspx. "(...) Para cumprimento desta obrigação legal, a IGF disponibiliza um formulário eletrónico ao qual o gestor público deve solicitar o acesso, através do envio de mensagem de correio eletrónico para o endereço de mail gestorespublicos@igf.gov.pt, que também está disponível para o esclarecimento de quaisquer dúvidas. Após o recebimento da resposta com o respetivo link de acesso, deve preencher integralmente o formulário e submetê-lo no sistema, podendo no final imprimir as suas respostas".

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

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

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

De harmonia com o disposto nos artigos 44º a 49º do Código do Procedimento Administrativo, aprovado pelo Decreto-Lei nº 4/2015, de 7 de janeiro e, nos termos dos artigos 7.º e 8.º dos Estatutos constantes do Anexo II ao Decreto-Lei nº 18/2017, de 10 de fevereiro, o Conselho de Administração do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE, reunido a 23/5/2019, delegou, de entre os limites da Lei, nos seus membros, com a faculdade de subdelegar as competências que se encontram no anexo 5.

Distribuição de pelouros pelos membros do Conselho de Administração 2019-2021

No *Presidente do Conselho de Administração*, – Dr. Joaquim Daniel Lopes Ferro:

Área de Internacionalização e Cooperação, Conselho Consultivo; Centro Académico de Medicina de Lisboa; Centro de Formação; Comissão mista CHULN/FMUL; Comissão de Catástrofe e Emergência Interna; Serviço de Auditoria Interna; Serviço de Assistência Religiosa e Espiritual; Gabinete de Comunicação e Relações Públicas, Gabinete de Estudos e Planeamento; Gabinete Jurídico; Conselho Coordenador de Avaliação e Parque de Saúde Pulido Valente.

Na Vogal Executiva – Dra. Maria de Lourdes Caixaria Bastos:

Área de contratualização Interna/Externa e Controle de Gestão; Serviço de Gestão Financeira; Serviço de Gestão Hospitalar; Serviço de Sistemas de Informação; Gabinete de Planeamento e Informação de Gestão.

No Vogal Executivo - Dr. Pedro de Andrade Pais Pinto dos Reis:

Área dos Planos de Investimento; Serviço de Gestão Técnico-Farmacêutica; Serviço de Gestão de Compras; Serviço de Instalações e Equipamentos; Serviço de Logística e Stocks (unidade de gestão hoteleira e unidade de logística e stocks); Serviço de Recursos Humanos; Gabinete de Segurança.

No Vogal Executivo, Diretor Clínico, Dr. Luís Filipe Pereira dos Santos Pinheiro:

Direção Clínica; Departamentos, Serviços e Unidade de Ação Médica, nas áreas de competência própria do Diretor Clinico; Serviço de Dietética e Nutrição; Serviço de Gestão Técnico-Farmacêutica (gestão clínica); Serviço de Saúde Ocupacional; Conselho Técnico dos Técnicos Superiores de Diagnostico e Terapêutica; Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo das Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA); Comissão de Coordenação Oncológica; Comissão Departamental; Comissão de Ética; Comissão de Farmácia e Terapêutica; Comissão de Harmonização e Boas Práticas; Comissão de Introdução e Análise de Reagentes Laboratoriais; Comissão Técnica de Certificação da Interrupção Voluntária da Gravidez; Comissão Transfusional; Comissão da Qualidade e Segurança; Direção do Internato Médico; Gabinete de Apoio à Investigação Clínica; Gabinete de Gestão Clínica; Gabinete de Codificação e Auditoria Clínica; Gabinete Coordenador de Colheitas e Transplantação; Gabinete de Risco e Centros de Referência.

Na Vogal Executiva, a Enfermeira Diretora, Ana Paula Dias Costa Fernandes:

Direção de Enfermagem; Departamentos, Serviços e Unidades de ação médica, nas áreas de competência própria da Enfermeira Diretora; Central de Esterilização e Serviço Social e Gabinete do Cidadão.

- 8. Caracterização do funcionamento do Conselho de Administração, do Conselho Geral e de Supervisão e do Conselho de Administração Executivo⁴, indicando designadamente:
 - a) Número de reuniões realizadas e grau de assiduidade de cada membro às reuniões realizadas⁵

No exercício de 2020 o CA realizou 65 reuniões com o seguinte grau de assiduidade dos respetivos membros:

Quadro 6 - Número de reuniões realizadas e grau de assiduidade de cada membro às reuniões realizadas

Membro do CA - triéni	Grau de assiduidade	
Presidente do Conselho de Administração	Joaquim Ferro	94%
Vogal Executivo - Diretor Clínico	Luís Pinheiro	94%
Vogal Executiva - Enfermeira Diretora	Ana Paula Fernandes	89%
Vogal Executiva	Maria de Lourdes Bastos	89%
Vogal Executivo	Pedro Reis	88%

b) Cargos exercidos em simultâneo em outras empresas, dentro e fora do grupo, e outras atividades relevantes exercidas pelos membros daqueles órgãos no decurso do exercício, apresentados segundo o formato seguinte:

Quadro 7 - Acumulação de funções

Membro do	Acumulações	A THE STATE OF	
Conselho de Administração	Entidade	Função	Regime (público/privado)
Diretor Clínico - Luís Pinheiro	Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa	Assistente Convidado	Público

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

Nos termos da legislação em vigor, compete ao Conselho Fiscal a avaliação de desempenho dos administradores executivos, com base no cumprimento das orientações de gestão definidas no Contrato Programa, celebrado entre a Tutela e o Centro Hospitalar que fixa as orientações específicas e os objetivos quantificados a atingir no exercício económico de 2020.



⁴ Deve ser ajustado ao modelo de governo adotado.

⁵ A informação poderá ser apresentada sob a forma de quadro.

d) Comissões⁶ 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.

As Comissões de apoio técnico são órgãos de caráter consultivo existindo as seguintes:

- Comissão de Coordenação Oncológica
- Comissão de Catástrofe e Emergência Interna
- Comissão de Ética do Centro Académico de Medicina de Lisboa CAML
- Comissão de Farmácia e Terapêutica
- Comissão Transfusional
- Comissão de Harmonização e Boas Práticas
- Comissão de Humanização e Qualidade de Serviços
- Comissão de Introdução de Análise e Reagentes Laboratoriais
- Comissão Técnica de Certificação da Interrupção Voluntária da Gravidez
- · Comissão Local de Informatização Clínica
- · Equipa para a Prevenção da Violência no Adulto
- · Grupo de Avaliação de Doações
- Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controle de Infeção e de Resistência aos Antimicrobianos

Comissão de Coordenação Oncológica

A Comissão de Coordenação Oncológica coadjuva o Diretor Clínico, pronunciando-se sobre as matérias de âmbito oncológico que forem da sua competência.

Compete à Comissão de Coordenação Oncológica:

- Organizar as consultas de grupo, multidisciplinares, com o objetivo de analisar e definir a estratégia de diagnóstico e terapêutica relativa a casos clínicos oncológicos;
- Aprovar protocolos de atuação diagnóstica e terapêutica dos diversos tipos de doenças oncológicas:
- Emitir parecer sobre a estrutura do Centro Hospitalar no âmbito da oncologia sempre que solicitado pelo Conselho de Administração;
- Promover e coordenar o registo hospitalar do cancro;
- Elaborar e apresentar à aprovação do Conselho de Administração as recomendações que considere necessárias.
- Compete ainda à Comissão aprovar as normas de funcionamento da consulta de grupo, em articulação com os Diretores dos serviços respetivos.

Constituição da Comissão de Coordenação Oncológica:

- Presidente:
 - Prof. Doutor Luís António Marques Costa (Oncologia Médica)
- Membros:
 - Dr. João Carlos Ramos Raposo (Hematologia)
 - Dra. Maria encarnação Fonseca Macedo Teixeira (Pneumologia)
 - Dr. João Manuel Rodrigues Coutinho (Cirurgia Geral)
 - Dra. Maria Filomena Brazão Carvalho Pina (Radioncologia)
 - Dra. Maria Lurdes Correia da Encarnação (Anatomia Patológica)



Principais Atividades da Comissão de Coordenação Oncológica em 2020:

- Reuniões multidisciplinares de Decisão Terapêutica (RMDT): múltiplas
- Reuniões "plenárias" da Comissão: 3 (janeiro, julho e outubro)
 - Otimização do funcionamento das RMDT
 - Otimização e apoio ao Registo Oncológico Nacional (RON)
 - Atuação e procedimentos no contexto da pandemia e contingência COVID-19

Comissão de Ética

A Comissão de Ética funciona no âmbito do Centro Académico de Medicina de Lisboa.

O funcionamento da Comissão de Ética rege-se pela legislação específica, nomeadamente o Decreto-Lei nº80/2018 de 15 de outubro.

A Comissão de Ética é um órgão dotado de independência técnica e científica, de natureza consultiva e tem por missão contribuir para a observância de princípios da ética e da bioética na atividade da instituição, na prestação de cuidados de saúde e na realização de investigação clínica, em especial no exercício das ciências da saúde, à luz do princípio da dignidade da pessoa humana, como garante do exercício dos seus direitos fundamentais, bem como a integridade, confiança e segurança dos procedimentos em vigor na respetiva instituição.

São competências gerais da Comissão de Ética:

- Zelar, no âmbito do funcionamento da respetiva instituição, pela observância de padrões de ética, salvaguardando o princípio da dignidade e integridade da pessoa humana;
- Emitir pareceres, relatórios, recomendações e outros documentos, por sua iniciativa ou por solicitação, sobre questões éticas relacionadas com as atividades da respetiva instituição, e divulgar os que considere particularmente relevantes na área da comissão ética no site da instituição;
- Elaborar documentos de reflexão sobre questões de bioética de âmbito geral, designadamente com interesse direto no âmbito da atividade da instituição, e divulgá-los na área da Comissão de Ética no site da instituição, promovendo uma cultura de formação e de pedagogia na esfera da sua ação, incluindo a divulgação dos princípios gerais da bioética na respetiva instituição;
- Colaborar, a nível regional, nacional e internacional, com outras entidades relevantes no âmbito da ética e bioética, tendo em vista a partilha de melhores práticas;
- Promover ações de formação sobre assuntos relacionados com a ética e bioética na respetiva instituição;
- Pronunciar -se sobre a elaboração de documentos institucionais que tenham implicações no domínio da ética.

São competências específicas da Comissão de Ética no âmbito da atividade clínica assistencial:

- Zelar pelo respeito dos princípios éticos da dignidade da pessoa humana, da beneficência, da justiça e da autonomia pessoal na prestação de cuidados de saúde;
- Colaborar com os serviços e profissionais da instituição envolvidos na prestação de cuidados de saúde, no domínio da ética;
- Zelar pela proteção e pelo respeito dos direitos e deveres dos utentes e dos profissionais de saúde da instituição;
- Prestar assistência ética e mediação na tomada de decisões que afetem a prática clínica e assistencial;
- Assessorar, numa perspetiva ética, a tomada de decisões de saúde, organizativas e institucionais;
- Elaborar orientações e recomendações nos casos e nas situações que gerem ou possam gerar conflitos éticos colocados pela prática clínica;
- Verificar o cumprimento dos requisitos éticos legalmente estabelecidos.

D2) X S)

São competências específicas da Comissão de Ética no âmbito da atividade de investigação clínica:

- Exercer as competências previstas para as comissões de ética para a saúde nos termos da Lei n.º 21/2014, de 16 de abril, na sua redação atual, que aprova a Lei da Investigação Clínica, no que respeita aos estudos clínicos;
- Exercer as competências da Comissão de Ética para a Investigação Clínica (CEIC) no âmbito dos ensaios clínicos, quando designadas pela CEIC nos termos do Regulamento (UE) n.º 536/2014, do Parlamento e do Conselho, de 16 de abril de 2014, relativo aos ensaios clínicos de medicamentos para uso humano, e da legislação nacional que assegura a sua execução na ordem jurídica interna;
- Emitir parecer sobre a adequação científica e ética dos investigadores para a realização de estudos de investigação clínica;
- Avaliar, de forma independente, os aspetos metodológicos, éticos e legais dos estudos de investigação clínica que lhe são submetidos, ou que nelas são delegadas pela CEIC, bem como emitir parecer sobre a sua realização;
- Assegurar o acompanhamento de todos os estudos de investigação clínica que decorrem na instituição desde o seu início até ao seu termo e a apresentação do relatório final do estudo;
- Monitorizar a realização dos estudos de investigação clínica efetuados na respetiva instituição, em especial no que diz respeito a aspetos éticos e à segurança e integridade dos participantes;
- Assegurar a disponibilização atempada e completa da informação relativa aos estudos de investigação clínica da sua responsabilidade, na plataforma da Rede Nacional das Comissões de Ética para a Saúde (RNCES) e no Registo Nacional de Estudos Clínicos (RNEC), bem como verificar e validar os dados constantes do RNEC relativamente aos estudos que avalia e acompanha.

Constituição da Comissão de Ética:

Presidente:

Prof. Doutor João Forjaz Lacerda

Vice-Presidente:

Profa. Doutora Helena Cortez Pinto

Membros

Profa. Doutora Ana Isabel Lopes

Profa. Doutora Claúdia Sofia Oliveira Dias Monge

Prof. Doutor Daniel Caldeira

Mestre Enfermeira Graça Roldão

Prof. Doutor João Lavinha

Profa Doutora Dulce Brito

Doutora Carla Fonseca

Profa. Doutora Maria do Céu Patrão Neves

Dra, Laura Silva Dias

Atividade da Comissão de Ética

Apesar dos constrangimentos impostos pela pandemia a SARS-CoV2, a CES procurou manter a sua atividade habitual dando resposta aos novos projetos de investigação submetidos para avaliação, incluindo a análise célere de muitos projetos envolvendo doentes infetados por SARS-CoV2.

A CES continuou a estar disponível para o apoio assistencial à instituição hospitalar.

Devido ao confinamento instituído em Portugal, todas as reuniões a partir de março de 2020 realizaramse por videoconferência.

Atual CES tomou posse em dezembro de 2020.

Projetos submetidos: 161

Projetos aprovados: 129 (32 transitaram para 2021) Projetos aprovados no âmbito da COVID-19: 39



Pareceres sobre casos clínicos: 1

Pareceres sobre medicamentos em regime de off-label. 116

Recomendações e sugestões:

- Assistência no decurso da pandemia COVID-19
- Cumprimento da legislação e clarificação da situação da Comissão de ética
- Regulamento para a Investigação Clínica Comentários e sugestões da Comissão de Ética

Comissão de Farmácia e Terapêutica

A Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) rege-se pelas disposições legais aplicáveis, nomeadamente o "Regulamento das Comissões de Farmácia e Terapêutica das unidades hospitalares", anexo ao Despacho nº 2325/2017 de 17 de março.

A CFT tem por missão propor as orientações terapêuticas e a utilização mais eficiente dos medicamentos, no âmbito da política do medicamento, apoiadas em bases sólidas de farmacologia clínica e evidência da economia da saúde sobre custo-efetividade, monitorizando a prescrição dos medicamentos, a sua utilização e garantindo a todos os utentes a equidade no acesso à terapêutica.

Compete à Comissão de Farmácia e Terapêutica, entre outras:

- Atuar como órgão de ligação entre os serviços de ação médica e os serviços farmacêuticos;
- Pronunciar -se sobre a adequação da terapêutica prescrita aos doentes, quando solicitado pelo seu presidente e sem quebra das normas deontológicas;
- Selecionar, designadamente entre as alternativas terapêuticas previstas no Formulário Nacional de Medicamentos (FNM) a lista de medicamentos que serão disponibilizados pela instituição, e implementar e monitorizar o cumprimento, no âmbito do Serviço Nacional de Saúde (SNS), dos critérios de utilização de medicamentos emitidos pela Comissão Nacional de Farmácia e Terapêutica (CNFT) e dos protocolos de utilização na entidade, de acordo com os critérios e condições de utilização dos medicamentos aí previstos;
- Monitorizar os dados resultantes da utilização de medicamentos e outras tecnologias de saúde no contexto do SNS, nomeadamente através dos registos que tenham sido considerados necessários no âmbito de decisões de financiamento das tecnologias de saúde;
- Representar a instituição na articulação com a CNFT e colaborar com a mesma disponibilizando a informação e os pareceres acerca da utilização dos medicamentos na sua instituição, sempre que para isso for solicitada;
- Analisar com cada serviço hospitalar os custos da terapêutica que lhe são imputados, auditando periodicamente e identificando desvios na utilização dos medicamentos;
- Diligenciar a promoção de estratégias efetivas na utilização racional do medicamento na instituição;
- Colaborar com o Sistema Nacional de Farmacovigilância;
- Articular com as diferentes Comissões com responsabilidades no âmbito do medicamento, nomeadamente com a GCL-PPCIRA, estabelecendo mecanismos de monitorização e utilização racional de antimicrobianos dentro dos objetivos e competências da mesma;

Constituição da Comissão de Farmácia e Terapêutica:

Presidente:

Dra. Patrícia Isabel Howell de Amorim Monteiro (Medicina Interna)

Membros:

Dr. Álvaro Ayres Pereira (Doenças Infeciosas e Coordenador do GCL-PPCIRA)

Dr. Cláudio David (Cardiologia e Farmacologia Clínica)



Prof.^a Doutora Isabel Fernandes (Oncologia)

Prof. Doutor. Ricardo Fernandes (Pediatria e Farmacologia Clínica)

Prof. Doutor João Paulo G. Lopes da Cruz (Farmacêutico, Diretor do Serviço)

Dra. Maria Filomena Marques (Farmacêutica)

Dra. Maria Isabel da Luz Félix (Farmacêutica)

Dra. Maria da Piedade Ferreira (Farmacêutica e Membro do GCL-PPCIRA)

Dr. Vasco Miguel Rodrigues (Farmacêutico)

Consultores:

Dr. Carlos Martins (Hematologia)

Dr. Carlos Noronha Ferreira (Gastrenterologia)

Dra. Cláudia Afonso (Doenças Infeciosas)

Prof. Doutor João Carlos Correia Sá (Neurologia)

Dr. Nikita Khmelinskii (Reumatologia

Resumo da atividade da CFT em 2020:

- Foram realizadas um total de 18 reuniões plenárias da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT).
- Realizaram-se 3 reuniões intercalares, com os Serviços de Imuno-Alergologia, Dermatologia e Oftalmologia.
- A CFT procedeu ao envio aos Diretores de Serviço dos mapas referentes ao top 10 do consumo de medicamentos por Serviço, referentes aos 4 trimestres do ano. Objetivou-se um crescente pedido de esclarecimentos sobre a informação constante dos mapas, o que denota uma maior adesão à consulta da informação e reflexão sobre a mesma.
- Relatório de Monitorização da Prescrição Médica de Medicamentos e MCDT's para envio à ACSS:
 - Foram elaborados os mapas referentes aos 4 trimestres do ano relativos à atividade da CFT, nomeadamente: Justificação Clínica de Medicamentos; Protocolos Terapêuticos; Introdução de novos medicamentos no CHULN
 - O Mapa de Justificação Clínica de Medicamentos é simultaneamente enviado a todos os elementos da Comissão de Farmácia e Terapêutica para conhecimento, análise e reflexão em sede de reunião plenária da Comissão.
- Pedido de Introdução de novos medicamentos no CHULN:
 - Foram formalizados um total de 52 pedidos de introdução de novos medicamentos no CHULN, dos quais foram autorizados 30, sendo os pedidos provenientes dos vários Serviços Hospitalares.
- Pedido de Autorização Prévia de Medicamentos submetidos na plataforma CFT:
 - Foram submetidos para análise e autorização pela Comissão de Farmácia e Terapêutica um total de 6000 pedidos de medicamentos, dos quais 5664 através da plataforma informática elaborada para o efeito.
 - Persiste ainda um número residual de pedidos realizados em suporte papel, mas com tendência decrescente em relação a anos prévios.
- Autorização de Utilização Especial (AUE) submetidos ao Infarmed:
 - Foram submetidos para avaliação pelo Infarmed 275 pedidos de autorização de utilização especial, dos quais 222 foram autorizados.

Comissão Transfusional

Competências da Comissão Transfusional

• Contribuir para o bem-estar do doente, assegurando que o suporte hemoterapêutico seja lógico, coerente, claramente justificado e seguro.

- Zelar para que seja assegurada ao doente uma terapêutica transfusional compatível, eficaz e endereçada aos padrões máximos de segurança.
- Fomentar e estimular a formação em hemoterapia dos Profissionais do CHULN.
- Assegurar a nível organizacional o processo de melhoria contínua de qualidade na área transfusional.
- Propor políticas gerais de âmbito institucional.
- Atuar como órgão consultivo do Conselho de Administração.
- Conduzir auditorias à prática transfusional no CHULN.
- Analisar os dados de atividade do Serviço de Imunohemoterapia.
- Promover reuniões de consenso.
- Elaborar recomendações.

Constituição da Comissão Transfusional

Presidente:

Dr. Álvaro Beleza de Vasconcelos

Membros:

Dr.ª Ana Isabel de Carvalho Mateus Rolim Caixaria Esteves

Enf.ª Ana Paula Oliveira Sebastião

Dr. Carlos Manuel Correia e França

Dr. Carlos Manuel dos Santos Moreira

Dr. Hugo Pinto Vilela

Dr.ª Maria do Carmo Louro de Gouveia

Dr.^a Maria Rita Fleming Leite Monteiro

Dr. Paulo Sérgio de Matos Figueira da Costa

Principais Atividades da Comissão Transfusional em 2020

- Reuniões: 3 (março, outubro e novembro)
- Principais matérias abordadas:
 - Sobre segurança transfusional
 - Implementação do sistema eletrónico de pulseiras

Comissão de Harmonização e Boas Práticas (CHBP)

A Comissão de Harmonização e Boas Práticas (CHBP) tem por objetivo definir de modo uniforme as especificações técnicas e a nomenclatura para as diferentes categorias de bens e serviços a adquirir pelo CHULN no que respeita a material de consumo clínico, material de consumo corrente e obras.

Apesar de todos os constrangimentos relacionados com a pandemia e contingência COVID-19, a CHBP tentou que o ano decorresse da forma mais tranquila e serena possível, bem como, colocasse em prática o seu desígnio e nomeação: analisar e prenunciar-se sobre a introdução de novos dispositivos médicos no CHULN.

Constituição da Comissão de Harmonização e Boas Práticas (CHBP):

Presidente

João Manuel Rodrigues Coutinho (Médico – Cirurgia Geral)

Membros

Ana Paula Gama Gomes Prata (Enfermeira)

Carla Cristina M. Apolinário Martins Ribeiro (Enfermeira Adjunta da Enfermeira Diretora)

Fernando Miguel Reis Ribeiro (TSDT – Cardiopneumologia)

Graça Maria Pereira Rebelo Martinho (Enfermeira)

João Manuel Frazão Rodrigues de Sousa (Médico - Cardiologia)

DZ' 3 3

Nuno Manuel Marques Loureiro (Diretor do Serviço de Logística e Stocks)

Resumo da Atividade da CHBP em 2020:

- Foram realizadas 4 reuniões (fevereiro, junho, julho e setembro);
- Foram analisados aproximadamente 60 processos associados a 22 Serviços de Acão Médica;
- Foi assegurada a função vital para a prossecução da estratégia do CHULN de continuar a prestar serviços de excelência, sempre com uma análise criteriosa, cuidada, fundamentada e economicamente vantajosa para a organização.

Comissão Técnica de Certificação da Interrupção Voluntária da Gravidez

Compete à Comissão Técnica, a certificação da conformidade da interrupção voluntária da gravidez com as circunstâncias previstas no arto 142 do Código Penal, com vista à interrupção da gravidez.

Constituição da Comissão Técnica de Certificação da Interrupção Voluntária da Gravidez

Presidente

Dra. Maria Luísa Pinto

Membros

Prof. Doutor André Graça

Dr. Rui Carvalho

Dra. Ana Berta Almeida

Dra. Teresa Loureiro

Principais Atividades da Comissão Técnica IVG:

No ano de 2020, a Comissão recebeu 63 pedidos de interrupção de gravidez.

- Causa materna: 2 casos (osteossarcoma e doença cardíaca grave)
- Causa fetal: 59 casos
 - Alterações cromossómicas / genéticas: 27 casos
 - Síndrome polimalformativo: 12 casos
 - Malformações: 11 casos (cardíacas: 5, esqueléticas: 1, s. nervoso central: 3, urológicas: 2)
 - Restrição de crescimento fetal grave e precoce: 2 casos
 - Rotura prematura de membranas no 2º trimestre/anidrâmnios: 5 casos
 - Gémeos siameses: 1 caso
 - Fármacos comprovadamente teratogénicos: 1 caso
- Pedidos recusados: 2 (por n\u00e3o preencherem os requisitos previstos no enquadramento legal).
- Não houve pedidos de interrupção de gravidez com base na alínea c) do art. 142º do Diário da República n.º 63/1995, Série I-A de 1995-03-15 ("A gravidez tenha resultado de crime contra a liberdade e autodeterminação sexual e a interrupção for realizada nas primeiras 16 semanas").

Comissão Local de Informatização Clínica (CLIC)

A CLIC é um órgão consultivo do Conselho de Administração, funcionando na sua dependência direta. A CLIC é interlocutor direto do Serviço de Sistemas de Informação do CHULN em matérias relacionadas com os processos de informatização clínica.

Competências da Comissão Local de Informatização Clínica (CLIC):

A CLIC tem por missão primordial promover a implementação e acompanhar a utilização dos Sistemas de Informação em Saúde do CHULN, nomeadamente através de:



- Definição de estratégias de implementação de Sistemas Clínicos de Informação;
- Promoção das boas práticas de registo clínico;
- Articulação com as iniciativas de promoção da telemedicina.

Constituição da Comissão Local de Informatização Clínica:

Coordenador:

José Antonio Lopes (Médico)

Membros:

Ana Barardo (Administradora Hospitalar)

Fernando Ribeiro (Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica).

Filipa Gramacho (Enfermeira)

Hélder Matos (Médico)

Madalena Abranches (Enfermeira)

Maja Borisoglebski (Farmacêutica)

Pedro Valente (Sistemas de Informação)

Principais Atividades da CLIC em 2020:

- Reuniões periódicas mensais onde foram identificadas e discutidas questões relacionadas com a informatização clínica do CHULN;
- Nomeação, pelos elementos de gestão de todos os serviços do CHULN, dos seus interlocutores (keyusers) com a CLIC, com a função de reporte das principais questões informáticas identificadas com necessidade de resolução;
- Identificação e resolução de problemas de rede;
- Identificação das aplicações informáticas gerais e específicas existentes nos diversos serviços do CHULN;
- Contato com os fornecedores de serviços para a elaboração de manuais práticos relativos às diferentes aplicações utilizadas no CHULN;
- Identificação dos serviços com utilização de registos em papel, discussão dos motivos subjacentes e promoção da transição exclusiva para sistemas informáticos de registo;
- Identificação, pelos key-users dos diferentes serviços, das principais diferenças funcionais das aplicações existentes para avaliar a exequibilidade da utilização única de plataforma única;
- Avaliação conjunta com o Conselho de Administração do CHULN do plano de ampliação do Processo Clínico Eletrónico.

Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controle de Infeção e de Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA)

Competências do GCL-PPCIRA

- Supervisionar as práticas locais de prevenção e controlo de infeção e de uso de antimicrobianos;
- Garantir o cumprimento obrigatório dos programas de vigilância epidemiológica de infeção associada a cuidados de saúde e de resistências aos antimicrobianos, nomeadamente a vigilância e notificação de microrganismos-problema e de microrganismos alerta e a implementação de auditorias clínicas internas:
- Garantir práticas locais de isolamentos para contenção de agentes multirresistentes, assegurando a gestão racional dos recursos físicos existentes de acordo com a gestão de prioridades de risco e garantindo o fluxo de informação entre serviços e instituições;
- Garantir o retorno da informação sobre vigilância epidemiológica de infeção e de resistências aos antimicrobianos às unidades clínicas;
- Colaborar no processo de notificação das doenças de declaração obrigatória;



- Promover e corrigir práticas de prevenção e controlo de infeção, nomeadamente no que se refere à higiene das mãos, ao uso de equipamento de proteção individual e de controlo ambiental, sobretudo a higienização de superfícies frequentemente manuseadas;
- Promover e corrigir as práticas de uso de AB, nomeadamente através da implementação de programa de assistência à prescrição antibiótica, tanto em profilaxia como em terapêutica;
- Rever e validar as prescrições de pelo menos, carbapenemes e fluoroquinolonas, nas primeiras 96 horas de terapêutica. Anulação do uso de antibióticos em situações em que não estão indicados ou utilizados por tempo superior ao necessário;
- Ter como interlocutores privilegiados o diretor de serviço e o enfermeiro chefe de cada serviço clínico, podendo as ações de ordem prática ser dinamizadas por um médico e um Enfermeiro de cada serviço, como elos do processo;
- Fazer integrar as suas atividades no plano e relatório anual de atividades da comissão de qualidade e segurança, de acordo com o determinado no despacho número 3635/2013 e no plano de atividades do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos.

Constituição do GCL-PPCIRA

Coordenador

Dr. Álvaro Sendim Aires Pereira

Membros

Dra. Alda Maria Borges Jordão

Dra. Ana de Jesus Silva Bruschy da Fonseca

Dra. Ana Sofia Alexandre Oliveira

Dr. António dos Santos Ruivo

Enf.ª Carla Cristina Matos Apolinário Martins Ribeiro

Dra. Carla Isabel Mimoso Santos

Enf.ª Guiomar Maria Correia Ribeiro Prado

Dra. Isabel Cristina e Castro de Menezes Esteves

Dra. Joana Alexandra Rios Lopes

Dr. José Gonçalo Duque Pereira Monteiro Marques

Dr. Luís António Rodrigues Telo Moreira

Dr. Luís Eugénio Franco Marques Lito

Dra. Maria Isabel da Luz Félix

Enf.ª Maria Teresa Nunes Lourenço Amores de Sousa

Dr. Nuno Filipe Antunes Janeiro

Dr. Nuno Miguel Lameirão Serrano Marçal

Dra. Patrícia Margarida Pernadas Lages

Dr. Sérgio Eduardo Rodrigues Carvalho Paulo

Enf.ª Sónia Maria Albano Lopes

Dr. Tiago Miguel Pinheiro Gonçalves Marques

Principais Atividades do GCL-PPCIRA em 2020

- Vigilância dos Microorganismos Epidemiologicamente Importantes
 - Vigilância
 - Visita aos Serviços
 - Implementação de medidas de isolamento ou corretivas
- Estudos de Colonização
 - Serviço de Nefrologia
 - Serviço de Hematologia
- Programas de Vigilância da D.G.S.



- HAI-NET SSI
 - Cirurgia colo-Retal
 - Cirurgia prótese da anca e joelho
 - Cirurgia bypass coronário
- HAI-NET UCI
- HAI-NET UCIN
- INCS (Infeções Nosocomiais da Corrente Sanguínea)
 - Abrangeu 90% dos Serviços de internamento do CHULN
- Campanha Nacional de Higiene das Mãos
 - Taxa de adesão global: 81,4%
 - Comemoração do Dia Mundial da Higiene das Mãos 5/Maio
- Programa de Apoio à Prescrição Antimicrobiana (PAPA)
 - Número de intervenções: 980
 - Escolha de antibiótico: 308
 - Duração de antibioterapia: 148
 - Bacteriémias: 524
- Pareceres:
 - Definição dos circuitos nos serviços COVID, planos de obras e remodelações, retoma de atividade dos serviços pós-COVID, aquisição de bens e serviços, incluindo a participação em comissões técnicas de escolha, uso de desinfetantes, antisséticos e antimicrobianos.
- Ações de Formação:
 - Profissionais abrangidos: 600
 - Precauções Básicas; Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão; Equipamento de Proteção Individual (EPI); Descontaminação de superfícies
- COVID-19
 - Elaboração de planos de contingência
 - Monitorização ativa
 - Implementação de medidas corretivas e elaboração de orientações
 - Serviços de Urgência: separação dos doentes com suspeita de infeção respiratória aguda
 - Internamento hospitalar: separação dos doentes com COVID-19, formação de coortes e definição de circuitos.
 - Definição, adaptação e restruturação dinâmica das áreas COVID-19, com implementação da sinalética apropriada.
 - Monitorização de surtos nosocomiais (22 setores)
 - Coordenação de equipas para notificação: SINAVE e Trace COVID
 - Coordenação de equipa para comunicação de resultados e orientação da pesquisa de SARS-CoV-2 (> 20.000 telefonemas)
 - Colaboração ativa no planeamento da Estrutura Hospitalar de Contingência de Lisboa

Direção do Internato Médico

Estatuto Legal (de acordo com a Portaria nº224-B/2015)

A Direção do Internato Médico assume funções de natureza eminentemente operacional, competindo-lhe:

- Garantir a aplicação dos programas de formação do internato médico;
- Promover e zelar pela sequência e correta articulação entre os vários estágios do internato médico;
- Aprovar, no início da formação, o cronograma do internato médico, assim como as alterações que venham a ser sugeridas sobre o mesmo;
- Orientar e acompanhar o desenvolvimento geral do internato médico e a avaliação dos médicos internos;
- Verificar a adequação das condições de formação;



- Organizar, os elementos do processo individual dos médicos internos relevantes para o internato;
- Assegurar o preenchimento dos questionários e outros suportes online, com a informação relativa à idoneidade e capacidade formativa das instituições, serviços ou unidades de saúde;
- Assegurar os processos de avaliação contínua e garantir a permanente atualização do registo da avaliação no processo individual dos médicos internos;
- Designar os orientadores de formação;
- Designar os responsáveis de estágio;
- Substituir os orientadores de formação ou responsáveis de estágio, sempre que tal substituição contribua, de forma objetiva, para um melhor cumprimento dos objetivos do programa de formação;
- Pronunciar-se sobre os assuntos relativos à formação sempre que solicitados pela CRIM, pelo CNIM, pelos órgãos de gestão dos respetivos serviços, instituições e unidades de saúde ou pela ACSS, I. P.;
- Colaborar no processo de avaliação final de internato quando realizado na sua instituição;
- Garantir a inscrição dos candidatos à avaliação dentro dos prazos previstos para o efeito;
- Garantir a aplicação das orientações emanadas pela CRIM e CNIM;
- Contribuir para a manutenção do sistema de gestão do percurso do médico interno.

Constituição da Direção do Internato Médico

Diretor do Internato Médico (Adjunto do Diretor Clínico)

José António Machado Lopes (Assistente Hospitalar Graduado de Nefrologia)

Assessores da Direção do Internato Médico:

André Laboreiro Ferreira Mendes da Graça (Assistente Hospitalar Graduado de Neonatologia)

Augusto Manuel Almeida Ministro (Assistente Hospitalar de Cirurgia Vascular)

Carlos José Cordeiro Lopes (Assistente Hospitalar Graduado de Pneumologia)

Resumo da Atividade da Direção do Internato Médico em 2020

Em 2020, encontraram-se em atividade no CHULN 578 internos da formação especializada e 85 internos da formação geral.

A atividade da DIM, do ponto de vista geral, em 2020, centrou-se em:

- Promover a aplicação dos programas de formação do internato médico, garantindo o cumprimento da sequência e da correta articulação entre os vários estágios do internato médico;
- Aprovação, no primeiro trimestre da formação, do cronograma do internato médico;
- Promover a orientação e acompanhar o internato médico e a avaliação dos médicos internos, em estreita colaboração com os diretores dos serviços;
- Organização e atualização do processo individual informatizado dos médicos internos;
- Assegurar o preenchimento dos questionários e outros suportes online, com a informação relativa à idoneidade e capacidade formativas;
- Orientar a distribuição dos médicos internos;
- Assegurar os processos de avaliação contínua dos médicos internos;
- Designação dos orientadores de formação e os responsáveis de estágios, e substituí-los sempre que houve justificação formal;
- Garantir a realização dos cursos obrigatórios aos internos da formação geral;
- Informar e garantir a realização das visitas de idoneidade formativa solicitadas pelos vários colégios da especialidade da Ordem dos Médicos, recebendo institucionalmente, em representação da Direção Clínica, o grupo de verificação designado;
- Pronúncia sobre os assuntos relativos à formação sempre que solicitados pela CRIM-LVT, pelo CNIM, ou pela ACSS, I. P.;
- Colaboração no processo de avaliação final de internato quando realizado no CHULN;



12-3- M

- Garantia da inscrição dos candidatos à avaliação final dentro dos prazos previstos para o efeito;
- Informar a ACSS, I. P., sobre a não comparência dos médicos na sequência da publicação da lista final de médicos colocados no internato médico;
- Informar os pedidos de suspensão de internato, remetendo-os à CRIM-LVT para parecer;
- Informar os pedidos de reafectação que ocorreram entre instituições, serviços ou unidades de saúde, com posterior envio à CRIM-LVT para parecer;
- Informar os pedidos de realização de formação externa, remetendo-os ao Conselho de Administração com posterior parecer da CRIM-LVT;
- Realização de reuniões mensais;
- Participação nas reuniões quinzenais da CRIM-LVT e mensais do CNIM.

Atendendo à pandemia COVID ocorrida em 2020, a atividade da DIM relacionou-se também, em articulação com o Diretor Clínico, com o reajustamento dos diferentes estágios dos internos da formação geral e da formação especializada, de modo a garantir o máximo apoio médico institucional durante a fase pandémica.

Prof.^a Doutora Isabel Fernandes (Oncologia)

Equipa para a Prevenção da Violência no Adulto

A Equipa para a Prevenção da Violência no Adulto tem como missão, reconhecer a violência, em todas as suas dimensões, como um preocupante problema de saúde pública, cujo impacto negativo na vida dos cidadãos pode acontecer em qualquer fase do ciclo de vida.

A esta Equipa compete:

- Difundir informação e incrementar a formação e preparação dos profissionais, na matéria;
- Coletar e organizar a informação casuística sobre as situações de violência atendidas no Hospital;
- Prestar apoio de consultadoria aos profissionais e equipas de saúde no que respeita à sinalização, acompanhamento ou encaminhamento dos casos;
- Estabelecer a colaboração com outros projetos e recursos comunitários.

No início de 2020, fazia parte do plano de ação da EPVA, a continuidade da formação aos profissionais de saúde e o protocolo de atuação conjunto com o ACES Lisboa Norte, onde se realizaram, ainda, 3 reuniões.

Com a pandemia, a EPVA – CHULN, manteve uma relação de proximidade e discussão de casos, não tendo sido possível manter as reuniões semanais.

O número de situações sinalizadas no primeiro confinamento, foi praticamente inexistente. Não significa que o fenómeno da violência doméstica tenha sido erradicado. Os efeitos colaterais da pandemia, durante os confinamentos, poderão ser de grande violência, para todos aqueles que não foram infetados, mas afetados pelo isolamento, pelo medo do vírus, que tornou todas as vítimas mais vulneráveis, ficando mais longe dos serviços de saúde, das instituições e mais dominadas pelo agressor

Não diferente dos dados apresentados anualmente, contatamos que dos 41 casos referenciados, a grande parte surge após o primeiro confinamento até meados de 2020. O grande número aplica-se à violência doméstica exercida nas mulheres e na faixa etária dos 25 aos 44 anos. Verificam-se maioritariamente nas relações de intimidade e familiares.

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

Segundo o disposto no Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro, a fiscalização e controlo da legalidade da gestão financeira e patrimonial do CHULN é exercida por um Conselho Fiscal e por um ROC, de acordo com a Lei n.º 148/2015, de 9 de setembro que aprova o Regime Jurídico da Supervisão de Auditoria.

Este órgão de fiscalização é constituído por três membros efetivos e por um suplente, sendo um deles o Presidente do órgão e por um Revisor Oficial de Contas ou por uma Sociedade de Revisores Oficiais de Contas, que não seja membro daquele órgão, obrigatoriamente de entre os auditores registados na Comissão do Mercado de Valores Mobiliários.

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.

O Conselho Fiscal do CHULN foi nomeado em 29 de novembro de 2017 por Despacho Conjunto do Secretário de Estado do Tesouro e da Secretária de Estado da Saúde, para o mandato 2017-2019, sendo composto pelos seguintes membros:

Presidente: Dr. José Maria Monteiro de Azevedo Rodrigues

Vogal: Dr. Paulo Guilherme Fernandes Lajoso

Vogal: Dr.ª Carla Sofia Reis Santos

Vogal Suplente: Dr.a Maria Teresa Vasconcelos Abreu Flôr Morais

A remuneração do Conselho Fiscal é fixada no despacho de nomeação, atendendo ao grau de complexidade e de exigência inerente ao exercício do respetivo cargo e tendo em conta os critérios de classificação do Hospital EPE, estabelecidos na resolução do Conselho de Ministros, a que se refere o n.º 4 do artigo 28.º do Estatuto do Gestor Público. Cessando o mandato do Conselho Fiscal e do Revisor Oficial de Contas, os titulares mantêm-se em exercício de funções até à designação de novos ou à declaração ministerial de cessação de funções.

127

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). Informação a apresentar segundo o formato seguinte:

Quadro 8 - Composição do Conselho Fiscal

Mandato				Designação		
(início-fim)		Nome	Forma	Data	remuneratório (mensal)	
2017-2019	Presidente	José Maria Monteiro de Azevedo Rodrigues	Despacho SET/SES	29/11/2017	Não remunerado	
2017-2019	Vogal Efetivo	Paulo Guilherme Fernandes Lajoso	Despacho SET/SES	29/11/2017	1.021,51€	
2017-2019	Vogal Efetivo	Carla Sofia Reis Santos	Despacho SET/SES	29/11/2017	1.021,51€	
2017-2019	Vogal Suplente	Maria Teresa Vasconcelos Abreu Flôr Morais	Despacho SET/SES	29/11/2017	Não remunerado	

3. Apresentação de elementos curriculares relevantes de cada um dos membros do órgão de fiscalização. Deverão especificamente ser indicadas as atividades profissionais exercidas, pelo menos, nos últimos 5 anos.

Os elementos curriculares dos membros do Conselho Fiscal são apresentados em anexo a este Relatório (Anexo 3).

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

Em 2020 não foram contratados quaisquer serviços adicionais a serviços de auditoria ao auditor externo, cujos procedimentos e critérios aplicáveis à intervenção do órgão de fiscalização se encontram definidos nos estatutos da Ordem dos Revisores Oficiais de Contas e no Regime jurídico da Supervisão e Auditoria.

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

O órgão de fiscalização não desempenhou quaisquer outras funções no CHULN.

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.

Os elementos do Conselho Fiscal preenchem os requisitos de independência previstos no n.º 5 do art.º 414º do Código das sociedades comerciais, dado que não se encontram associados a qualquer grupo de interesses na sociedade, nem se encontram em alguma circunstância suscetível de afetar a sua isenção de análise ou de decisão e exercem o seu primeiro mandato no cargo.

- 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, apresentados segundo o formato seguinte:

127/2

Quadro 9 - Número de reuniões realizadas e grau de assiduidade de cada membro

Número de reuniões	Local de Realização	Intervenientes nas reuniões	Ausências dos membros do Conselho Fiscal
12	Plataforma eletrónica	Membros do Conselho Fiscal	Não Aplicável

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;

Esta Informação encontra-se disponível no Anexo 3.

E. Revisor Oficial de Contas

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 empresa e/ou grupo. 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).

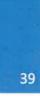
Nos termos do Despacho Conjunto do SET e SES, de 6 de novembro de 2018, foi nomeada como ROC do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE, para o triénio 2017-2019, incluindo ainda o ano de 2016, a sociedade João Cipriano & Associados, SROC, Lda., inscrita na Ordem dos ROC sob o número 119, registada na CMVM com o número 20161438, com o NIPC 503342742, representada pelo ROC nº 631, João Amaro Santos Cipriano.

De acordo com o nº 6 do artº15º dos Estatutos do CHULN cessando o mandato do ROC, mantém-se o titular em exercício de funções até à designação de novo revisor ou à declaração ministerial de cessação de funções. Dado que não se encontra excedido o número máximo de mandatos legalmente previsto para o exercício de funções de revisão legal de contas pelo mesmo ROC, tal como estabelecido no nº4 do art.º15º dos Estatutos, bem como no art.º 54º da Lei nº140/2015 de 7 de setembro de 2015 que aprovou o novo estatuto da ordem dos revisores oficiais de contas, foi elaborada uma proposta aprovada pelo Conselho Fiscal no sentido de aprovar a renovação para o triénio 2020-2022 do exercício das funções do Revisor Oficial de Contas do CHULN, pela Sociedade de Revisores Oficiais de Contas João Cipriano & Associados SROC Lda.

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

O CHULN é qualificado como uma entidade de interesse público, nos termos do Regime Jurídico da Supervisão da Auditoria, aprovado pela Lei n.º 148/ 2015, de 9 de setembro, dispondo o n.º 1, do artigo 15.º, dos seus Estatutos que nas entidades públicas empresariais, abrangidas pelo regime constante dessa mesma Lei, determina que a fiscalização e controlo da legalidade da gestão financeira e patrimonial seja exercida por um conselho fiscal e por um revisor oficial de contas ou por uma sociedade de revisores oficiais de contas que não seja membro daquele órgão (ROC), obrigatoriamente, de entre os auditores registados na Comissão do Mercado dos Valores Mobiliários. Este ROC, ao abrigo do n.º 4 do artigo 15.º dos Estatutos do Hospital nomeado por despacho conjunto dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde, sob proposta fundamentada do Conselho Fiscal, tendo o mandato a duração de três anos, renovável apenas uma vez.

5) X/27



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, apresentados segundo os formatos seguintes:

Quadro 10 - Número de anos em que o ROC exerce funções na entidade/grupo

			Ident	ificação SROC	Z/ROC				
Mandato (início- fim)	Cargo	Nome	N.º inscrição na OROC	N.º. Registo na CMVM	Forma (1)	Data	Contratada	N.º de anos de funções exercídas no grupo	N.º de anos de funções exercídas na entidade
2016 - 2019 (realizado em 2018)	ROC	João Cipriano & Associados SROC, Lda., representada por João Amaro Santos Cipriano	119 631	20161438	Despacho Conjunto do SET e SES	06/11/2018		2	2
2020- 2022	ROC	João Cipriano & Associados SROC, Lda., representada por João Amaro Santos Cipriano	119 631	20161438	Proposta Conselho Fiscal	outubro/2020		1	1

Quadro 11 - Remuneração do ROC relativa ao ano de 2020

Nome	Remuneração Anual Bruta
João Cipriano & Associado SROC, Lda CLC 20	24.304,72 €

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

Não foram prestados outros serviços pela SROC nem pelo ROC que a representa ao CHULN.

F. Conselho Consultivo (caso aplicável)

- 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 empresa deverá indicar os mandatos respetivos (o que saiu e o que entrou).
- O Conselho Consultivo do CHULN aguarda a nomeação para o triénio 2019-2021.

22.

G. Auditor Externo (caso aplicável)

1. Identificação do auditor externo designado e do sócio ROC que o representa no cumprimento dessas funções, bem como o respetivo número de registo na CMVM, assim como a indicação do número de anos em que o auditor externo e o respetivo sócio ROC que o representa no cumprimento dessas funções exercem funções consecutivamente junto da empresa e/ou do grupo, bem assim como a remuneração relativa ao ano em referência, apresentados segundo o formato seguinte.

O Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte EPE, não contratou nenhum serviço de auditoria externa.

2. Explicitação⁸ da política e periodicidade da rotação do auditor externo e do respetivo sócio ROC que o representa no cumprimento dessas funções, bem como indicação do órgão responsável pela avaliação do auditor externo e periodicidade com que essa avaliação é feita.

Não se aplica por não existir auditor externo, conforme referido no ponto 1.

3. Identificação de trabalhos, distintos dos de auditoria, realizados pelo auditor externo para a empresa e/ou para empresas que com ela se encontrem em relação de domínio, bem como indicação dos procedimentos internos para efeitos de aprovação da contratação de tais serviços e indicação das razões para a sua contratação.

Não se aplica por não existir auditor externo, conforme referido no ponto 1.

4. Indicação do montante da remuneração anual paga pela empresa e/ou por pessoas coletivas em relação de domínio ou de grupo ao auditor e a outras pessoas singulares ou coletivas pertencentes à mesma rede⁹ e discriminação da percentagem respeitante aos seguintes serviços, apresentado segundo o formato seguinte:

Não se aplica por não existir auditor externo, conforme referido no ponto 1.

VI. Organização Interna

A. Estatutos e Comunicações

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

Os Estatutos do CHULN, EPE encontram-se nos Anexos II e III do Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro, conforme estipulado pelo artigo 15º, nº 2 do referido diploma.

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

Conforme previsto no artigo 20º dos Estatutos dos Hospitais E.P.E., os Hospitais E.P.E. dispõem de um sistema de controlo interno e de comunicação de irregularidades, competindo ao Conselho de Administração assegurar a sua implementação e manutenção e ao Auditor Interno a responsabilidade pela sua avaliação. Neste âmbito, foi aprovada pelo Conselho de Administração o Regulamento de Comunicação Interna de Irregularidades em

⁸ Acompanhada de menção à legislação aplicável.

º Para efeitos desta informação, o conceito de rede é o decorrente da alínea p) do artigo 2.º do Regime Jurídico da Supervisão de Auditoria, aprovado pelo artigo 2.º da Lei n.º 148/2015, de 9 de setembro, alterada pela Lei n.º 35/2018, de 20 de julho.

26 janeiro de 2015, que estabeleceu os princípios, deveres e responsabilidades de todos os colaboradores da entidade, no sentido de prevenir e promover a comunicação de irregularidades em todos os níveis da organização e prestadores externos, encontrando-se em vigor e disponível na intranet do hospital, existindo nomeadamente um email específico para esta comunicação - irregularidades.sai@chln.min-saude.pt.

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

No âmbito das políticas antifraude adotadas e identificação de ferramentas existentes com vista à mitigação e prevenção da fraude organizacional, o CHULN no seu Plano de Prevenção de Riscos de Gestão e de Corrupção e Infrações Conexas, pretendeu sistematizar o sistema de gestão de riscos do Hospital, identificando os riscos relevantes, sendo, paralelamente, efetuada a respetiva avaliação, assim como as medidas preventivas adotadas como resposta aos riscos estabelecidos, numa serie de áreas abrangentes desde Gestão de Compras, Recursos Humanos, Financeira e Logística e Hoteleiros.

B. Controlo interno e gestão de riscos.

1. Informação sobre a existência de um Sistema de Controlo Interno (SCI) compatível com a dimensão e complexidade da empresa, de modo a proteger os investimentos e os seus ativos (este deve abarcar todos os riscos relevantes para a empresa).

O Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte EPE dispõe de vários mecanismos que contribuem para a redução dos riscos relevantes entre os quais destacamos:

- Existência de um Serviço de Auditoria Interna;
- Plano de Prevenção de Riscos de Gestão, incluindo os de Corrupção e Infrações Conexas e respetivo Relatório Anual;
- Regulamento Interno;
- Regulamento de Comunicação de Irregularidades;
- Segregação de Funções;
- Formação Contínua;
- Serviço de Certificação;
- Comissão de Catástrofe e Emergência Interna;
- Regulamento da Comissão de Ética.

Dada a relevância de um Sistema de Controlo Interno eficaz e eficiente, e, no sentido de reforçar o sistema de controlo interno já existente, o Conselho de Administração procedeu, em 2013, ao reforço da função Auditoria Interna, com a criação do Serviço de Auditoria Interna.

Adicionalmente, e de forma a dar cumprimento ao disposto no n.º 4 do artigo 17.º-A do Decreto-Lei n.º 244/2012, foi aprovado em 2015 o Regulamento de Comunicação de Irregularidades, através do qual são definidas as regras e procedimentos de comunicação de irregularidades. Paralelamente, foi iniciada em 2019 a revisão do Plano de Prevenção de Risco de Gestão, incluindo os de Corrupção e Infrações Conexas.

¹º Querendo, a entidade poderá incluir síntese ou extrato (s) de Manual ou Código que satisfaça (m) o requerido. Tal formato de prestação da informação implica que o texto seja acompanhado das adequadas referências que permitam identificar as partes da síntese ou extrato (s) que satisfazem cada uma das alíneas.

Este Serviço está previsto nos Estatutos do CHULN e tem como competência 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. Na sua atividade, deve fornecer, ao Conselho de Administração, análises e recomendações sobre as atividades revistas para melhoria do funcionamento dos serviços, receber as comunicações de irregularidades sobre a organização e funcionamento do hospital, apresentadas pelos demais órgãos estatutários, trabalhadores, colaboradores, utentes e cidadãos em geral, elaborar o plano de auditoria interna e um relatório anual sobre a atividade desenvolvida, em que se refiram os controlos efetuados, as anomalias detetadas e as medidas corretivas a adotar e ainda elaborar o plano de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas e os respetivos relatórios anuais de execução.

De igual modo, o CHULN dispõe de vários mecanismos que, no seu conjunto, procuram assegurar um robusto sistema de controlo interno e de gestão de riscos.

No que respeita à organização do CHULN, enquanto hospital EPE, o Conselho Fiscal é o órgão responsável pela fiscalização e controlo da legalidade da gestão financeira e patrimonial, competindo-lhe verificar a regularidade dos registos contabilísticos e documentos que lhe servem de suporte, assim como dar parecer sobre o relatório de gestão do exercício e certificar as contas.

No que respeita à organização do CHULN, enquanto hospital EPE, o Conselho Fiscal é o órgão responsável pela fiscalização e controlo da legalidade da gestão financeira e patrimonial, competindo-lhe verificar a regularidade dos registos contabilísticos e documentos que lhe servem de suporte, assim como dar parecer sobre o relatório de gestão do exercício e certificar as contas.

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.

Dando cumprimento ao estabelecido no Regulamento Interno do CHULN, foram criados o Serviço de Auditoria Interna, a quem compete a avaliação dos processos de controlo interno e de gestão de riscos, nos domínios operacional, financeiro, entre outros, contribuindo para o aperfeiçoamento do modelo de gestão e o Serviço de Gestão da Qualidade, a implementação dos Sistemas de Acreditação e Certificação, a realização de Auditorias Internas da Qualidade.

Em 2020, além dos membros do Conselho de Administração, foram responsáveis pela minimização dos riscos inerentes à atividade desenvolvida:

- Responsável pelo Serviço de Auditoria Interna: Dr. Rafael Dolores
- Responsável pelo Gabinete de Risco Clínico: Dra. Celeste Barreto
- 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.



O pensamento baseado em risco permite ao CHULN determinar os fatores geradores de eventuais desvios nos processos e sistemas implementados, relativamente ao planeamento dos seus resultados e implementar controlos preventivos para minimizar efeitos negativos e potenciar oportunidades que possam surgir.

O Conselho de Administração é o primeiro e máximo responsável pela manutenção de um ambiente seguro e saudável para os doentes, profissionais e público em geral, delegando esta responsabilidade em estruturas multiprofissionais que desenvolvem e implementam a estratégia de gestão de risco.

Com o objetivo de eliminar ou reduzir os riscos não aceitáveis, a cada nível de risco está associada uma prioridade de intervenção. O CHULN utiliza para a sua avaliação e gestão dos riscos corporate "um misto" dos principais *frameworks* internacionais disponíveis, baseando-se principalmente nos seguintes documentos:

- Enterprise Risk Management Integrated Framework (COSO)
- Norma de gestão do risco (FERMA)
- Norma de gestão de risco (ISO 31000)
- International Professional Practices Framework (IIA)

No contexto nacional são seguidas as orientações e recomendações nacionais emanadas do Conselho de Prevenção da Corrupção e Grupo Coordenador do Sistema de Controlo Interno Integrado do Ministério da Saúde (GCCI) para identificação dos riscos e avaliação do sistema do controlo interno.

		Probabilidade de ocorrência			
Grau de Risco		Alta	Média	Baixa	
	Alto Médio	Multo Elevado	Elevado	Médio	
Impacto previsível	Baixo	Elevado	Médio	Baixo	
		Médio	Baixo	Multo Baixo	

Presentemente os riscos são definidos de forma qualitativa em 3 níveis (baixo, médio e alto), num modelo multiplicativo que conjuga a probabilidade de ocorrência do risco e o seu impacto (financeiro, reputacional e/ou grau de sinistralidade), para determinação do risco inerente na atividade desenvolvida pelo CHULN.

Os níveis de risco permitem configurar a decisão de aceitabilidade do risco e da sua magnitude, bem como a ação de controlo ou de monitorização. Para cada perigo identificado, o risco associado é estimado e valorizado da forma que se segue:

- Identificar os possíveis tipos de risco;
- Analisar as medidas de prevenção e de proteção existentes (barreiras) face aos riscos identificados, que permitam prevenir ou minimizar as suas consequências caso o evento ocorra;
- Atribuir uma categoria à probabilidade de ocorrência tendo em atenção a eficácia das medidas de prevenção e proteção já existentes, bem como o tempo de exposição ao fator de risco;

72. X

- Atribuir uma categoria ao impacto (gravidade do dano, tendo em atenção as consequências previsíveis do evento);
- Valorar o risco qualitativamente, atribuindo um nível de risco, resultado da integração entre a probabilidade de ocorrência e o impacto provável de um determinado dano;

O caminho do Centro Hospitalar será transitar gradualmente para um modelo que agregue ambos os riscos clínicos e *corporate* (atualmente geridos segregadamente) e que possa determinar o risco inerente de forma quantitativa (sempre que possível). Esta ambição será conseguida através da implementação de modelos de simulação (e.g. simulação de Monte Carlo), nomeadamente nas áreas de maior relevância da atividade hospitalar (produção de cuidados de saúde, operações relacionadas com os recursos humanos e a área de compras públicas).

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

O Serviço de Auditoria Interna depende, em termos orgânicos, do Presidente do Conselho de Administração, conforme definido nos Estatutos.

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

A gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde tem como objetivo garantir a maior segurança possível dos doentes, evitando incidentes, que podem ser frequentes, por vezes graves e frequentemente evitáveis. Destacamos outras áreas a quem cabe a missão do controlo do risco clínico, nomeadamente:

O Gabinete de Gestão de Risco que tem a missão de, através de ações transversais, cultivar a segurança do doente, pela partilha do conhecimento e da informação e de ações dirigidas a problemas específicos, e melhorar a prestação segura de cuidados de saúde em todos os níveis de cuidados, de forma integrada e num processo de melhoria contínua.

Ao Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo das Infeções e da Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA) a quem compete, supervisionar as práticas de prevenção e controlo de infeção e de uso de antimicrobianos, garantir o cumprimento obrigatório dos programas de vigilância epidemiológica de infeção associada a cuidados de saúde e de resistências aos antimicrobianos, nomeadamente a vigilância e notificação de microrganismos-problema e de microrganismos-alerta e a implementação de auditorias clínicas internas, garantindo o retorno da informação sobre vigilância epidemiológica de infeção e de resistências aos antimicrobianos às unidades clínicas, promovendo e corrigindo práticas de prevenção e controlo de infeção e de uso de antibióticos.

O Serviço de Saúde Ocupacional tem como missão a prevenção e gestão dos riscos profissionais e proteção da saúde e da segurança dos profissionais do CHLN, em especial no que respeita ao binómio trabalho-saúde e à adaptação da atividade à situação de saúde dos profissionais, de acordo com a política de Saúde, de Higiene e de Segurança definida para os profissionais do CHULN, estando este Serviço Certificado desde 2016.



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

No contexto atual, é possível identificar os principais tipos de risco:

Risco Económico	Incluídos nesta linha identificamos a pressão económica, traduzida no aumento das necessidades de saúde da população que envelhece, com doenças crónicas instaladas e ainda a pressão económica da inovação tecnológica e farmacológica.
Risco Financeiro	O risco financeiro tem a sua face mais visível no Prazo Médio de Pagamentos, enquanto indicador das dívidas que se acumulam e não conseguimos liquidar de acordo com o estabelecido. Realce para as imposições que nos colocam por parte de disponibilidade de medicamentos, consumos estes não orçamentados e sem contrapartida com impacto nos custos e nas despesas orçamentais.
Risco Operacional	O risco operacional refere-se ao risco associado a perdas que direta ou indiretamente resulta da inadequação ou deficiência de processos internos, de pessoas, de sistemas ou de eventos externos. Destacamos a falta de verbas específicas para realização de investimentos, que garantam a renovação do imobilizado, com impactos na qualidade dos serviços prestados. Este risco é visível pela diminuição das amortizações e do valor do imobilizado bruto como sinal de que o investimento não está a ser suficiente para garantir a renovação dos ativos tangíveis que chegam ao fim da sua vida útil.
Risco Jurídico	A legislação laboral e todos os constrangimentos legais que a enquadram dificultando a substituição de pessoas e a gestão de carreiras.

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

A promoção de uma cultura de segurança junto de profissionais e utentes do CHULN é essencial para a diminuição e controlo do risco. A abordagem integrada e sistemática da gestão do risco no CHULN engloba os contributos de todas as áreas clínicas e não clínicas. O processo de identificação, avaliação, acompanhamento, controlo, gestão e mitigação de riscos, realiza-se de forma estruturada.

Em primeiro lugar, o processo decorre da avaliação do risco de gestão, onde são aferidas e discriminadas todas as atividades por serviço, a sua probabilidade de ocorrência e impacto, de forma a determinar qual a melhor metodologia de atuação, apontando-se seguidamente as tarefas a desenvolver e os responsáveis pelo controlo interno em cada Serviço. Na fase seguinte, são definidos os tipos de resposta ao risco percetível e desenvolve-se um conjunto de atividades de forma à reorientação da probabilidade do risco. São depois estabelecidas e executadas políticas, manuais, normas e procedimentos de forma a assegurar que as respostas ao risco são efetuadas de forma efetiva. Todas estas atividades têm sempre sistemas de informação e comunicação que permitem a existência de informação necessária para executar, gerir e monitorizar os processos, permitindo alterações sempre que necessárias.

Salienta-se a implementação de um sistema de *Business Intelligence*, que permite aos órgãos de gestão estruturar e relacionar toda a informação produzida, permitindo ter uma visão mais objetiva do desempenho da instituição, controlar a qualidade e a eficiência das operações, controlar e reduzir os custos, apoiando o Sistema de Controlo Interno.

O Serviço de Auditoria Interna realiza auditorias e avaliações e, produz informação e relatórios consequentes, onde se apontam propostas de intervenção sempre que necessário. Com base nesta informação, o Conselho de Administração decide medidas de mitigação dos riscos.

22. 2. Mg

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

De acordo com o art.º 15º dos Estatutos dos Hospitais, EPE, nas entidades abrangidas pelo regime constante da Lei n.º 148/2015, de 9 de setembro a fiscalização e controlo da legalidade da gestão financeira e patrimonial é exercida por um conselho fiscal e por um revisor oficial de contas ou por uma sociedade de revisores oficiais de contas que não seja membro daquele órgão, obrigatoriamente de entre os auditores registados na Comissão do Mercado de Valores Mobiliários.

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

O Serviço de Auditoria Interna tem como competência a avaliação dos processos de controlo interno e de gestão de riscos, nos domínios contabilístico, financeiro e operacional, contribuindo para o seu aperfeiçoamento contínuo.

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.

O CHULN é uma entidade pública empresarial, criado em 01.03.2008, por fusão do Hospital de Sta. Maria, E.P.E., com o Hospital Pulido Valente, E. P. E., pelo Decreto-Lei nº 23/2008 de 8 de fevereiro, com o regime aplicado nos termos do Decreto-Lei nº 133/2013, de 3 de outubro e do art.º 18º do Anexo da Lei nº 27/2002, de 8 de novembro, com os Estatutos aprovados pelo Decreto-Lei nº 233/2005 de 29 de dezembro, na redação do Decreto-Lei nº 244/2012 de 9 de novembro e pelo Decreto-Lei nº 18/2017, de 10 de fevereiro, diploma que estabelece o regime jurídico das entidades que integram o Serviço Nacional de Saúde afetas à rede de prestação de cuidados de saúde e aprova as suas especificidades estatutárias, evidenciando-se da sua aplicação os poderes de superintendência e de tutela dele constante, a definição da sua estrutura interna, recursos humanos e financeiros, *in case* no que ao controlo respeita, bem como as regras, estrutura e procedimentos atinentes aos órgãos de gestão, máximos, intermédios e de apoio técnico.

Em 04.08.2018 foi alterada a designação para Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, E.P.E. (art.º 29º do Decreto-Lei nº 61/2018, de 3 de agosto) que estabelece o regime jurídico dos centros académicos clínicos.

O CHULN rege-se ainda pelos seguintes diplomas:

- Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro (Lei de Bases da Saúde);
- Decreto-Lei n.º 11/93 de 15 de janeiro (Estatuto do Serviço Nacional de Saúde);
- Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro, com as alterações efetuadas através da Lei nº 75 A/2014, de 30 de setembro e Lei nº42/2016, de 28 de dezembro que estabelece o Regime Jurídico aplicável ao sector público empresarial;
 - Outras normas em vigor para o Serviço Nacional de Saúde e para o Setor Empresarial do Estado.



No âmbito interno da instituição, o atual Conselho de Administração foi nomeado pela Resolução do Conselho de Ministros nº 82/2019, de 24 de maio.

Em matéria de aquisições de bens e serviços, o CHULN, EPE rege-se pelo Código dos Contratos Públicos.

O **Regulamento Interno** aprovado pelo Conselho de Administração em 23 de março de 2009 e subsequente alteração do art.º 38º "Constituição dos departamentos, serviços e unidades funcionais" homologada em 30 de janeiro de 2015, resulta da aplicação remissiva da boa gestão empresarial, determinante da existência de um regulamento interno, no âmbito do qual foram desenvolvidas as previsões e estatuições que daquele resultam, nomeadamente pela normação efetiva da estrutura e organização, quer gerais, quer específicas da prestação de cuidados, bem como de outras que enquadram o CHULN, na sua identidade, no âmbito das redes nacionais de prestação de cuidados de saúde.

Disponível para consulta em: http://www.chln.min-saude.pt/index.php/o-chln/normas-e-regulamentos/

Paralelamente, encontram-se aprovados e disponíveis na Intranet do Centro Hospitalar, os seguintes regulamentos internos:

- 1. Regulamento da Comissão de Ética para a Saúde;
- 2. Regulamento do Serviço de Auditoria Interna;
- 3. Regulamento do Conselho de Coordenação e Avaliação;
- 4. Regulamento do Serviço Social e Gabinete do Cidadão;
- 5. Regulamento do Centro de Investigação Clínica;
- 6. Regulamento Interno de Visitas e Acompanhamento de Doentes Internados;
- 7. Regulamento de comunicação interna de irregularidades;

Em matéria de aquisições de bens e serviços, o CHULN, EPE rege-se pelo Código dos Contratos Públicos.

2. Referência à existência de um código de ética, com a data da última atualização, que contemple exigentes comportamentos éticos e deontológicos. Indicação onde este se encontra disponível para consulta, assim como indicação da forma como é efetuada a sua divulgação junto dos seus colaboradores, clientes e fornecedores. 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 interesse legítimos, designadamente colaboradores da entidade, ou outros credores que não fornecedores ou, de um modo geral, qualquer empresa que estabeleça alguma relação jurídica com a entidade (vide artigo 47.º do RJSPE).

O Código de Conduta Ética do Hospital, aprovado em 8 outubro 2015, regula as relações externas e internas que decorrem da prossecução da missão e serviço público do CHULN, divulga os valores da missão prosseguida, reforça as relações de confiança com as partes interessadas e clarifica as regras de conduta que gestores, dirigentes, demais responsáveis e colaboradores devem observar nas suas relações recíprocas e com terceiros. Visa ainda a melhoria contínua da qualidade para reforço da garantia de proteção dos utilizadores dos serviços prestados pelo CHULN, constitui-se como uma ferramenta de melhoria contínua da qualidade, cujos desígnios são a sua centralização nos utentes e a defesa da imagem pública dos colaboradores do CHULN.

Firma-se como um instrumento de visão e missão do CHULN, concretizando-se com padrões de atuação expressivos dos valores e da cultura organizacional e em simultâneo fomenta a confiança de todos os intervenientes e interessados, na atividade institucional.

M. Ato

É esperado que todos os trabalhadores do CHULN cumpram os seus códigos de ética profissional e, nomeadamente, os códigos deontológicos, aprovados e publicados pelas respetivas Ordens Profissionais.

O Código de Ética encontra-se disponível para consulta em: http://www.chln.min-saude.pt/index.php/o-chln/principios-e-politicas-de-bom-governo/codigo-de-conduta-etica.

Adicionalmente, e como forma de garantir um tratamento equitativo de um modo geral, de qualquer entidade que estabeleça alguma relação jurídica com o Centro Hospitalar, são colocados à disposição vários meios de apresentação de sugestões e reclamações.

Salienta-se ainda a Recomendação do Conselho de Prevenção da Corrupção sobre Gestão de Conflitos de Interesses no Setor Público, de 8 de janeiro de 2020 a todas as entidades do Setor Público em que refere que "Um sistema de governação robusto, baseado nos valores da integridade, probidade, transparência e responsabilidade é preventivamente fundado nas declarações de interesses e na verificação de incompatibilidades e, casuisticamente, de impedimentos para suprimir potenciais conflitos de interesses e, consequentemente, reduzir a vulnerabilidade das instituições à sua ocorrência."

3. Referência à existência do Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PGRCIC) para prevenir fraudes internas (cometida por um Colaborador ou Fornecedor de Serviços) e externas (cometida por Clientes ou Terceiros), com a data da última atualização, assim como a identificação das ocorrências e as medidas tomadas para a sua mitigação. Indicação relativa ao cumprimento da legislação e da regulamentação em vigor, relativas à prevenção da corrupção e sobre a elaboração do Relatório Identificativo das Ocorrências, ou Risco de Ocorrências (vide alínea a) do n.º 1 do artigo 2.º da Lei n.º 54/2008, de 4 de setembro). Indicação da hiperligação para acesso direto ao sítio na internet da empresa onde se encontra publicitado o respetivo Relatório Anual de Execução do PGRCIC (vide artigo 46.º do RJSPE).

Na sequência da recomendação n.º 1/2009, publicada na 2.ª Série do Diário da República, n.º 140, de 22 de julho de 2009, aprovada pelo Conselho de Prevenção da Corrupção, em 1 de Julho 2009 sobre "Planos de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas" o Conselho de Administração do Centro Hospitalar Lisboa Norte aprovou, a 15 abril de 2016, o Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PPRCIC), disponível no seguinte link: http://www.chln.min-saude.pt/index.php/o-chln/principios-e-politicas-de-bom-governo/plano-de-prevenção-de-risco.

Dando cumprimento à recomendação suprarreferida, tem sido elaborado, anualmente, o respetivo Relatório de Execução, onde se procede a uma análise da sua implementação e apresentação de propostas de melhoria. Sendo sobre esta informação que o Conselho de Administração tem adaptado novas medidas e sido criados ou revistas normas e procedimentos internos.

Durante o ano de 2020 assumiu funções um novo Auditor Interno que se encontra a proceder à revisão do referido PPRCIC.



D. Deveres especiais de informação

- 1. Indicação da plataforma utilizada para cumprimento dos deveres de informação a que a empresa se encontra sujeita, nomeadamente os relativos ao reporte de informação económica e financeira (vide alíneas d) a i) do n.º 1 do artigo 44.º do RJSPE), a saber:
- a) Prestação de garantias financeiras ou assunção de dívidas ou passivos de outras entidades, mesmo nos casos em que assumam organização de grupo;

Não aplicável.

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

A informação acima referida é reportada através das plataformas:

- ACSS/ARSLVT: Sistema de Informação de Contratualização e Acompanhamento (SICA)
- ACSS: Serviços On-line (SIGEF)
- SIRIEF: Sistema de Recolha de Informação Económica e Financeira
- DGO: Direção Geral do Orçamento

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

A informação acima referida é reportada através das plataformas:

- ACSS/ARSLVT: Sistema de Informação de Contratualização e Acompanhamento (SICA)
- ACSS: Serviços On-line (SIGEF)
- SIRIEF: Sistema de Recolha de Informação Económica e Financeira
- DGO: Direção Geral do Orçamento

d) Orçamento anual e plurianual;

A informação acima referida é reportada através das plataformas:

- ACSS/ARSLVT: Sistema de Informação de Contratualização e Acompanhamento (SICA)
- ACSS: Serviços On-line (SIGEF)
- SIRIEF: Sistema de Recolha de Informação Económica e Financeira
- DGO: Direção Geral do Orçamento

e) Documentos anuais de prestação de contas;

A informação acima mencionada é submetida ao Tribunal de Contas através do Sistema de Prestação de Contas dos Serviços e Organismos Públicos por via eletrónica, é reportada através do SIRIEF e remetida em simultâneo para a IGF, ARSLVT e ACSS.

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

O CHULN elabora, mensalmente, o Relatório Analítico de Desempenho Económico-Financeiro, reportando esta informação mensalmente à ACSS e ARSLVT.

Os Relatórios de Execução Orçamental trimestrais, elaborados pelo Órgão de Fiscalização são ainda reportados na plataforma SIRIEF.

n. If

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).

Esta informação consta do Relatório Analítico de Desempenho Económico-Financeiro trimestral, no Relatório e Contas e no Relatório do Governo Societário, enviados ao titular da função acionista e divulgados ao público em geral, através do *site* do CHULN (http://www.chln.pt/).

A informação económica e financeira é ainda carregada na plataforma do SIRIEF e no SICA, permitindo desta forma o cumprimento dos deveres de transparência a que a Hospital se encontra sujeito.

E. Sítio na Internet

- 1. Indicação do (s) endereço (s) utilizado (s)¹¹ na divulgação dos seguintes elementos sobre a entidade (vide artigo 53.º do RJSPE):
- a) Sede e, caso aplicável, demais elementos mencionados no artigo 171.º do CSC;

O endereço do sítio do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte é o seguinte: http://www.chln.pt/. No sítio da Internet é identificada a sede e demais elementos mencionados no artigo 171° do CSC.

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

No sítio da Internet são identificados os estatutos e regulamentos de funcionamento dos órgãos e comissões: https://www.chln.pt/index.php/o-chln/informacao-institucional.

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

No sítio da Internet são identificados os titulares dos órgãos sociais e outros órgãos estatutários: https://www.chln.pt/index.php/o-chln/conselho-de-administracao

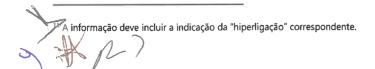
d) Documentos de prestação de contas anuais e, caso aplicável, semestrais;

No sítio da Internet são identificados os documentos de prestação de contas anuais: https://www.chln.pt/index.php/o-chln/principios-e-politicas-de-bom-governo/relatorio-e-contas

e) Obrigações de serviço público a que a empresa está sujeita e os termos contratuais da prestação de serviço público; No sítio do Hospital existe informação sobre: Apresentação do Hospital, Visão Missão e Valores, os Princípios de Bom Governo, os Órgãos Sociais, Estrutura organizacional, Informação de Gestão, Gestão da qualidade, Legislação, Voluntariado, entre outras informações relevantes, que podem ser consultadas diretamente.

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

No sítio da Internet estão identificados os modelos de financiamento subjacentes e financiamentos recebidos do Estado https://www.chln.pt/index.php/o-chln/informacao-legal.



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).

Contrato-Programa é celebrado entre o Ministério da Saúde e o CHULN, EPE e assinado pela Administração Central dos Serviços de Saúde, IP, a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.

O CP é contratualizado para o triénio e revisto anualmente através de Acordos Modificativos (Adendas), definindo as orientações e objetivos de gestão no âmbito da prestação de serviços de cuidados de saúde.

- 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.º 1, 2 e 4 do artigo 48.º do RJSPE)¹², das quais deverão constar os seguintes elementos: Associação de metas quantitativas a custos permanentemente auditáveis; Modelo de financiamento, prevendo penalizações em caso de incumprimento; Critérios de avaliação e revisão contratuais; Parâmetros destinados a garantir níveis adequados de satisfação dos utentes; Compatibilidade com o esforço financeiro do Estado, tal como resulta das afetações de verbas constantes do Orçamento do Estado em cada exercício; Metodologias adotadas tendo em vista a melhoria contínua da qualidade do serviço prestado e do grau de satisfação dos clientes ou dos utentes. A empresa deve apresentar evidência¹³ do seguinte:
 - a) que elaborou uma proposta de contratualização da prestação de serviço público;
- b) que essa proposta foi apresentada ao titular da função acionista e ao membro do Governo responsável pelo respetivo setor de atividade; e
- c) que a proposta cumpre com todos os requisitos legais definidos no n.º 1 do artigo 48.º do RJSPE.

O CHULN celebra, anualmente, com a ACSS e com a ARSLVT um Contrato-Programa que tem por base as orientações da Tutela, que são também divulgadas através dos documentos da ACSS - Termos de Referência para a contratualização de cuidados de saúde no SNS.

Neste Contrato-Programa está identificada a atividade que o CHULN se propõe realizar, assim como estão definidos um conjunto de indicadores de acesso aos cuidados de saúde, de desempenho assistencial, de desempenho económico-financeiro e de objetivos específicos da região de saúde onde o CHULN se enquadra.

Para o ano de 2020 foram aprovados os Temos de Referência para a contratualização de cuidados de saúde no SNS, em despacho da Senhora ministra de 28 de fevereiro de 2020.

No âmbito internacional, acentuou-se a situação de Emergência de Saúde Publica declarada em 30 de janeiro de pela OMS para declaração de pandemia em 11 de março de 2020. Em Portugal o Estado de Emergência foi decretado no Dec. Lei nº14-A /2020 em 14 de março vigorando até 2 de maio, transitando para Estado de Calamidade determinado pela RCM nº33-A/2020 de 30 de abril.

Deste cenário decorre o impacto na atividade programada e não programada realizada nos estabelecimentos e serviços do SNS inviabilizando a conclusão da negociação dos compromissos assistenciais e económico-financeiros a contratualizar com as EPE'S do SNS para 2020.

¹³ A evidência solicitada poderá consistir em declaração, no próprio RGS, que foi cumprido o disposto no n.º 1 do artigo 48.º do RJSPE.



¹² Caso não tenha contrato celebrado ou, tendo, caso haja apresentado nova proposta.

Assim, sendo necessário iniciar de forma gradual e monitorizada a realização da atividade suspensa foi publicado o Despacho nº5314/2020 da Ministra da Saúde em 7 de maio, criado o Programa de Estabilização Economico Social, conforme RCM Nº41/2020 DE 6 DE Junho identificando as mediadas para reforço do SNS às necessidades assistenciais dos portugueses.

Por este motivo, e para conclusão do processo de contratualização de 2020, em Despacho de 23 de junho a Ministra da Saúde publica as orientações para a renegociação dos compromissos assistências e económico-financeiros para o ano de 2020 prorrogando o Contrato Programa para a definição de objetivos do plano de atividades do CHULN que foi estabelecido para 2017-2019 celebrado em 30 de dezembro de 2016.

O Contrato-Programa 2017-2019 encontra-se publicado e disponível no seguinte link: https://www.chln.pt/media/k2/attachments/administracao/contrato-programa/Contrato-Programa-2017-CH-Lisboa-Norte.pdf.

Está ainda disponível no site da ACSS: http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/10/Acordo-Modificativo-ao-CP CHULN-EPE-2020.pdf

O CHULN está obrigado a submeter na plataforma SICA a proposta de contratualização da prestação de serviço público, nas suas diversas linhas de produção, tendo como suporte as orientações provindas no documento da ACSS - Termos de Referência para a contratualização de cuidados de saúde no SNS 2020.

VII. Remunerações

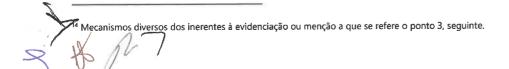
A. Competência para a Determinação

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 empresa.

Remuneração dos membros dos órgãos sociais	Conselho de Administração: Decreto-Lei n.º 8/2012, de 18 de janeiro; Resolução de Conselho de Ministros n.º 16/2012, de 14 de fevereiro; Resolução de Conselho de Ministros n.º 18/2012, de 21 de fevereiro; Resolução de Conselho de Ministros n.º 36/2012, de 26 de março (Classificações atribuídas nos termos das RCM n.º 16/2012en.º 18/2012). Conselho Fiscal Despacho Conjunto o Secretário de Estado do Tesouro e do Secretário de Estado da Saúde, em 26.04.2018 Revisor Oficial de Contas Despacho Conjunto o Secretário de Estado do Tesouro e do Secretário de Estado da Saúde, em 25.09.2018
Remuneração dos dirigentes	Deliberação do Conselho de Administração no âmbito da legislação em vigor.

2. Identificação dos mecanismos¹⁴ 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).

Não foram utilizados cartões de crédito nem foram reembolsadas despesas de representação pessoal.



As despesas dos membros do Conselho de Administração cumprem os mesmos procedimentos de autorização das restantes.

O Código de Ética da instituição aplica-se aos membros do Conselho, pelo que não intervêm em decisões que envolvam os seus interesses.

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.

Em matéria de prevenção de conflitos de interesse, os membros do Conselho de Administração abstêm-se de intervir nas decisões que envolvam os seus próprios interesses, designadamente na aprovação de despesas por si realizadas, nos termos do artigo 51.º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro, na sua versão atual.

B. Comissão de Fixação de Remunerações

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

Não aplicável.

C. Estrutura das Remunerações

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

A fixação das remunerações dos gestores públicos, no âmbito das entidades públicas empresariais do SNS, é feita nos termos e de acordo com o seguinte enquadramento legal:

- Estatuto do Gestor Público, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de março, retificado pela Retificação n.º 2/2012, de 25 de janeiro e alterado pelos Decreto-Lei n.º 64-A/2008, de 31 de dezembro, Decreto-Lei n.º 8/2012, de 18 de janeiro e Decreto-Lei n.º 39/2016, de 28 de julho;
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 16/2012, de 14 de fevereiro, que aprovou os critérios de determinação do vencimento dos gestores públicos;
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 18/2012, de 21 de fevereiro, que aprovou os critérios de determinação do vencimento dos gestores das entidades públicas integradas no Serviço Nacional de Saúde;
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 36/2012, de 26 de março, que aprovou as classificações atribuídas nos termos das RCM n.º 16/2012 e n.º 18/2012;
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 97/2012, de 21 de novembro, que alterou o anexo à RCM n.º 36/2012, na parte relativa à tutela sectorial do ministério da saúde;
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 45/2013, de 19 de julho, que alterou o anexo à RCM n.º 36/2012 e 97/2012, na parte relativa à tutela sectorial do ministério da saúde;

A remuneração do Conselho Fiscal foi fixada através das classificações atribuídas nos termos das RCM n.º 16/2012e n.º 18/2012) – Conselho Fiscal;

Despacho Conjunto o Secretário de Estado do Tesouro e do Secretário de Estado da Saúde, em 26.04.2018-Revisor Oficial de Contas

Despacho Conjunto do Secretário de Estado do Tesouro e do Secretário de Estado da Saúde, em 25.09.2018.

12. N.

2. Informação sobre o modo como 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 empresa.

Os membros do Conselho de Administração auferem remuneração base 14 meses/ano e despesas de remuneração 12 meses/ano.

As remunerações mensais ilíquidas dos membros do Conselho Fiscal, são as seguintes: Vogais: 1.021,51euros, a pagar 14 vezes ao ano.

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

Não existe componente variável da renumeração na medida em que não foi assinado o Contrato de Gestão, documento onde se fixam as componentes variáveis, em função dos parâmetros de eficiência de gestão, dos objetivos específicos e os valores das componentes remuneratórias, bem como os prémios de gestão passíveis de atribuição no final do exercício ou mandato.

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

Não existe componente variável da renumeração.

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

O CHULN não atribuiu prémios de gestão, nem foram elaborados contratos de gestão para efeitos de atribuição de prémios aos membros do Conselho de Administração.

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 empresa, proveniente da empresa, incluindo remuneração fixa e variável e, relativamente a esta, menção às diferentes componentes que lhe deram origem, podendo ser feita remissão para ponto do relatório onde já conste esta informação. A apresentar segundo os formatos seguintes:

Quadro 12 - Montante anual da remuneração auferida pelos membros do Conselho de Administração

		Estatuto do Gestor Público				
	Membro do Órgão de Administração	Fixado	Classificação	Remuneração mensal bruta (€)		
				Vencimento	Despesas de representação	
	Joaquim Daniel Lopes Ferro	S	В	4.766,81€	1.668,38€	
	Luis Filipe P. S. Pinheiro	S	В	4.971,63€	1,561,26€	
	Maria de Lourdes Caixaria Bastos	S	В	3.903,14€	1,561,26€	
91	Pedro de Andrade P. Pinto Reis	S	В	3.903,14€	1.561,26€	
d	Ana Paula Dias C. Fernandes	S	В	3,903,14€	1,561,26€	
p *						

	Conselho de Administração a partir de 17-05-2019					
	Joaquim Daniel Lopes Ferro - Presidente	Luis Filipe Pereira Santos Pinheiro - Diretor clínico	Maria De Lourdes Caixaria Bastos - Vogal	Pedro De Andrade Pais Pinto Reis - Vogal	Ana Paula Dias Costa Fernandes Enfermeira Diretora	
Mandato						
Adaptado ao EGP (Sim/Não)						
Remuneração Total (1.+2.+3.+4.)	89 792,72 €	76 608,59 €	77 079,96 €	77 207,69 €	76 337,73 €	
OPRLO	Não	Sim	Não	Sim	Não	
Entidade de Origem (identificar)	A STATE OF THE LOCAL PROPERTY AND ADDRESS OF THE LOCAL PROPERTY AND ADDRES	PL-10. TO SEC. S.	Paris 189	, A SHARA		
Entidade pagadora (origem/Destino)				Foliation and which all the contraction of the cont	or the control of the law appropriate to	
1.1.Remuneração Anual	68 437,34 €	56 302,00 €	55 683,85 €	56 074,16 €	56 074,07 €	
1.2.Despesas de Representação (Anual)	20 243,97 €	19 190,41 €	19 658,77 €	19 814,89 €	19 190,41 €	
1.3.Senha de presença (Valor Anual)					as the first of the state of th	
1.4.Redução decorrente da Lei 12-A/2010						
1.5.Redução decorrente da Lei 64-B/2011						
1.6.Suspensão do pagamento dos subsídios de						
férias e natal						
1.7.Reduções de anos anteriores						
1. Remuneração Anual Efetiva Líquida (1.1+1.2.+1.3-1.4-1.5-1.6-1.7)	88 681,31 €	75 492,41 €	75 342,62 €	75 889,05 €	75 264,48 €	
Remuneração variável						
3.Isenção de Horário de Trabalho (IHT)						
4.Outras (identificar)	which ships in water of the species	manager produced and the set of a quality of land to represent their	an plant is the grant and at a real department regarded in the same time.	distribution management of the contract of the		
Subsídio de deslocação	is transmission amountained and the contraction	NAME OF THE PART OF THE PARTY O	THE SAME IN THE SAME OF THE SA	And the second second		
Subsídio de refeição	1 111,41 €	1 116,18 €	1 049,40 €	1 068,48 €	1 073,25 €	
Encargos com benefícios sociais	4 444,74 0	1110,10 0	1073,700	1000,70 €	10/3,23 €	
Regime de Proteção Social						
- Indicar Regime (ADSE/Seg. Social/Outros)	(CGA)+(ADSE)	(CGA)+(ADSE)	(CGA)+(ADSE)	(CGA)+(ADCE)	(CCA) (ADCE)	
- Valor	12 151,84 €	10 324.73 €	10 250,30 €	(CGA)+(ADSE) 10 310,40 €	(CGA)+(ADSE)	
Seguros de saúde	14 131,07 €	20 324,73 €	10 230,30 €	10 310,40 €	10 241,76 €	
Seguros de vida						
Seguro de Acidentes Pessoais	the wife common management and it was not become	The section of the se				
Outros (indicar)						
Acumulação de Funções de Gestão (S/N)						
and the state of t						
Entidade (identificar)						
Remuneração Anual				**************************************		
Mandato						
Modalidade de Utilização Valor de referência da viatura nova		Table - Service Mildely to the Control of the Contr	to the state of th	AND MALE AT MA		
program on program program in the contract of	The same desired and the same of the same					
Ano Inicio Ano Termo						
N.º prestações (se aplicável)						
Valor Residual						
Valor de renda/prestação anual da viatura de serviço	and the second second					
Combustível gasto com a viatura	to the state of th					
Plafond anual Combustível atribuído	All A . All Tables					
Outros (Portagens / Reparações / Seguro) Limite definido conforme Art.º 33 do EGP (Sim/Não)	principal his soluble probabile his her derivation; \$ 10 to \$ 2 to \$ 10.					
Gastos c/ deslocações	Nome e Cargo					
Mandato	1/11		a company agreement agreement agreement agreement			
Custo total anual c/ viagens						
Custos anuais com Alojamento						
Ajudas de custo			687,94 €	250,16 €		
Outras (indicar)				The state of the State of the state of		

My S

No ano de 2020 foram pagos os seguintes montantes a anteriores membros do Conselho de Administração.

Valores Anuais	Carlos Martins	Carlos Ma g no	Júlio Pedro	
valores Artuais	(Presidente)	(Vo g al)	(Vogal)	
Remuneração	1 699,03 €	1 512,20 €	176,77 €	
Despesas de Representação	532,23 €	498,01 €	70,66 €	
Remuneração Anual Efetiva	2 231,26 €	2 010,21 €	247,43 €	
Encargos com benefícios sociais				
Segurança Social	245,41 €	221,08 €	33,39 €	
CGA+ADSE				

Os valores acima processados e pagos estão relacionados com o acerto dos acréscimos remuneratórios, conforme previsto no nº8 nas alíneas a) e b) do artigo 18º da Lei 114/2017 que define o Orçamento Estado 2018.

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

Não existem montantes pagos por outras sociedades em relação de domínio ou de grupo ou que se encontrem sujeitas a um domínio comum.

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 existe remuneração paga sob a forma de participação nos lucros e/ou de pagamento de prémios.

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

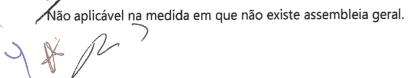
Não foram pagas indemnizações ou são devidas a ex-administradores executivos relativamente à cessação das suas funções durante o exercício.

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

Quadro 13 - Montante anual da remuneração auferida pelos membros do órgão de fiscalização

at the defense definitions	Remuneração Anual 2019 (€)
Membro do Órgão de Fiscalização	Bruta
Paulo Lajoso	14.343.98€
Carla Reis Santos	14.343.98€
	28.687,96€

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



VIII. Transações com partes Relacionadas e Outras

1. Apresentação de mecanismos implementados pela empresa para efeitos de controlo de transações com partes relacionadas¹⁵ e indicação das transações que foram sujeitas a controlo no ano de referência.

As transações mais relevantes com entidades relacionadas decorrem do serviço prestado aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde, de acordo com as regras definidas no Contrato-Programa, sendo a prestação dos cuidados faturada à ACSS, após aprovação prévia, por parte desta entidade, dos serviços a faturar.

Para além da ACSS, destacam-se também as seguintes entidades com quem o CHULN efetua transações relevantes, sempre no âmbito da prestação de cuidados médicos previstos no seu objeto social: subsistemas públicos ou privados; seguradoras; utentes assistidos e independentes.

Os cuidados médicos e outros serviços prestados são efetuados de acordo com tabelas de preços previamente aprovados, às quais o CHULN está sujeito, à semelhança do que sucede com outras entidades públicas do sector da saúde prestadoras de serviços idênticos.

Foram sujeitas a controlo no ano de referência o Contrato Programa que é monitorizado e avaliado pela ARSLVT, pela ACCSS, IP e ainda pela DGO na componente do Orçamento Económico.

2. Informação sobre outras transações:

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

Nos termos do Regulamento Interno do CHULN e em Regulamento do próprio Serviço, compete ao Serviço de Gestão de Compras assegurar a contratação, compra e disponibilização de todos os bens e serviços necessários ao funcionamento do Hospital e ao cumprimento da missão assistencial com que o mesmo se encontra superiormente comprometido, com respeito pelas regras da contratação pública e demais disposições legais aplicáveis e em vigor em cada momento.

No caso de procedimentos pré-contratuais de valor superior a 25.000€ (vinte e cinco mil euros), no caso se trate de investimento e 100.000 € (cem mil euros) no caso de bens e serviços, a decisão de contratar, a escolha do procedimento e a autorização da despesa carecem sempre de decisão favorável da competência do CA do CHULN, enquanto órgão colegial, com respeito pelas regras e limites constantes das Leis do Orçamento do Estado e demais legislação aplicável, sendo que, tratando-se de investimentos, aquela decisão fica ainda automaticamente condicionada à verificação, em cada momento e para cada procedimento aquisitivo, dos pressupostos constantes do Despacho n.º 10220/2014, do Secretário de Estado da Saúde, publicado no Diário da República n.º 152/2014, Série II, de 08 de agosto.

Salvo as exceções expressamente previstas na Lei, todos os Contratos celebrados pelo CHULN de valor igual ou superior ao estabelecido no artigo 48.º da Lei n.º 98/97, de 26 de agosto (Lei de Organização e Processo do Tribunal de Contas), em articulação com o disposto em cada ano na Lei do Orçamento do Estado, são sujeitos a Visto do Tribunal de Contas, apenas produzindo todos os seus efeitos após a concessão daquele.

Para além dos procedimentos que desenvolve diretamente com o mercado, o Serviço de Gestão de Compras efetua igualmente aquisições de bens e serviços pelo Sistema Nacional de Compras Públicas, maioritariamente através da Unidade Ministerial de Compras do Ministério da Saúde, quer na qualidade de entidade vinculada,

12/18

¹⁵ Para efeitos do conceito de parte relacionada tenha-se em conta o que se encontra definido na NCRF 5 (Norma contabilística e de relato financeiro 5. Divulgações de Partes Relacionadas), e também no n.º 4 do artigo 63.º do CIRC (Código do Imposto sobre o Rendimento das Pessoas Coletivas).

quer de forma voluntária, recorrendo com frequência ao Catálogo de Compras Públicas dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS), principalmente para a aquisição de medicamentos, com envio de convites circunscritos às entidades cocontratantes dos acordos quadro celebrados por aquela.

Ressalvamos as alterações introduzidas pelo disposto no artigo 6º, nº1 da Lei nº1-A /2020 de 19 de março que aprova medidas excecionais e temporárias, de resposta à situação epidemiológica provocada pela COVID 19, isentando de fiscalização prévia os contratos, mantendo apenas a obrigação da sua remessa ao Tribunal de Contas apenas para conhecimento.

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

Não se registaram transações nestas condições.

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

Quadro 14 - Lista Fornecedores

Fornecedor	Valor	%
Derichebourg Facility Services	4.832.531,56€	8%
SUCH – Serv. Utilização Comum Hospitais	4.226.652,26€	7%
ITAU – Instituto Tec Alimentação Humana	4.129.210,39€	6%
Galp Power	3.357.377,98€	5%
Inst. Port. Sangue Transplantação	3.038.284,78€	5%
Vigiexpert – Prevenção e Vigilância	2.451.737,02€	4%
Irmãs Hospitaleiras S. Coração Jesus	1.942.219,00€	3%
Ambimed Gestão Ambiental	1.378.789,03€	2%
IMI – Imag Med. Integradas	1.144.940,03€	2%



IX. Análise de sustentabilidade da empresa nos domínios: económico, social e ambiental

Caracterização dos elementos seguidamente explicitados, podendo ser feita remissão para ponto do relatório onde já conste esta informação 16:

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

Cf. Capítulo 2, ponto 2: páginas 7 a 9 do presente 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 Capítulo 2 ponto 2, alínea b) deste Relatório.

No âmbito social, a melhoria da qualidade da prestação de cuidados de saúde e da segurança do doente esteve subjacente à prática, ao longo de 2020, consolidando o que já era prática em anos anteriores ou tornando emergentes outras necessidades. Considerando a doença COVID-19, as necessidades da comunidade e a segurança dos doentes, as medidas tomadas foram as seguintes:

Programa de Acesso ao Medicamento Hospitalar (PAM-H)

No contexto da pandemia por COVID-19, foi desenvolvido um programa de cedência de medicamentos em regime de proximidade do utente (PAM-H) que consistiu na entrega de medicamentos de meio hospitalar no domicílio do doente ou em farmácia comunitária de proximidade (casuística infra).

O Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte realizou mais de 15 mil (15905) entregas de medicação em casa dos doentes no último ano (cerca de 5135 doentes), desde o arranque do seu Programa de Acesso ao Medicamento Hospitalar (PAM-H), em março de 2020. Em média, o Serviço de Gestão Técnico-Farmacêutica do CHULN fez chegar diariamente medicamentos a 80 doentes dos 18 distritos do Continente, mas também na Madeira e nas ilhas açorianas do Pico, Graciosa, Terceira e Faial.

Das áreas terapêuticas envolvidas, destacam-se as doenças reumáticas (Artrite Reumatoide, Espondilite Anquilosante, Psoríase, Artrite Psoriática) e a Esclerose Múltipla e Esclerose Lateral Amiotrófica que representaram perto de 6 mil entregas em proximidade. Mas o Programa de Acesso ao Medicamento Hospitalar do CHULN abrange outras áreas, como doentes crónicos imunodeprimidos, transplantados renais, os doentes sob terapêutica com medicamentos biológicos, oncológicos ou com fibrose quística. Destaque ainda para os cerca de 1900 envios de medicação na área pediátrica realizados no último ano.

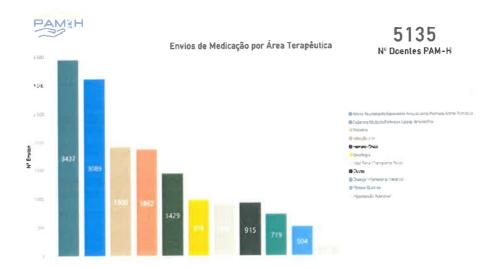
12) \$ 9

¹⁶ Querendo, a entidade poderá incluir síntese ou extrato (s) do seu Relatório de Sustentabilidade que satisfaça (m) o requerido. Tal formato de prestação da informação, implica que o texto seja acompanhado das adequadas referências que permitam identificar as partes da síntese ou extrato (s) que satisfazem cada uma das alíneas.

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, E. P. E.

Relatório do Governo Societário 2020





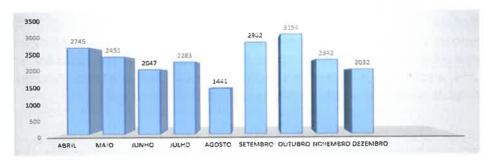
Linha COVID

A evolução da pandemia COVID 19 veio impor distanciamento físico invulgar nas sociedades, convocando os serviços de saúde a desenvolver novas estratégias de atendimento da população.

A implementação deste projeto teve por base o aumento de utentes que recorreram ao Serviço de Urgência do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte no início de março de 2020, com um grande número de testes laboratoriais para SARS-CoV-2 realizados. Muitos desses utentes reuniam critérios de alta clínica mesmo sem evidência do resultado do teste desta forma aumentaram o número de telefonemas, para o serviço de urgência, a solicitar o resultado do teste realizado.

No âmbito do Plano de Contingência COVID 19, o serviço Atendimento de Enfermagem COVID19 teve início no dia 16 de março de 2020, com o objetivo de informar os utentes que recorrem ao serviço de urgência da instituição hospitalar sobre o resultado do teste laboratorial SARS-CoV-2 e as respetivas medidas de saúde a adotar. Durante o ano de 2020, realizaram-se cerca de 23 000 contactos telefónicos, concretizados num período de 24h após a colheita, sendo que destes 3400 eram resultados positivos.

Em todos os contactos efetuados foi realizado ensino para a saúde mediante as orientações da DGS, com esclarecimento as questões sobre o que fazer durante o período da quarentena ou isolamento nomeadamente e ensinos específicos de prevenção de contágio, com o intuito de contribuir para interromper eventuais cadeias de contágio.



Atendimentos de Enfermagem 2020_Linha COVID



a) 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);

Em 2020, à semelhança do processo desenvolvido em anos anteriores, realizaram-se atividades de identificação, de análise e de **avaliação do risco** nas áreas comuns e nas Unidades do CHULN, de monitorização das medidas corretivas planeadas e implementadas bem como de reavaliação dos riscos identificados.

Individualizamos alguns dos dados referentes monitorização de risco em doentes internados, ou atendidos em ambulatório, se aplicável, em diferentes áreas da prestação de cuidados:

Identificação de Doentes

Tendente a uma política de identificação segura dos doentes, e no âmbito da auditoria anual que decorreu em novembro 2019, foram visitados 49 Serviços (961 camas), que apresentavam 92,5% de taxa de ocupação (889 doentes internados). Foi auditada a identificação de 782 doentes (88% dos doentes internados) de acordo com o critério definido, (auditados todos os doentes internados que se encontravam nas instalações da unidade de internamento à hora da passagem do auditor).

Dos 782 doentes a quem foi auditado a identificação 84,27% estavam corretamente identificados, 9,2% (72) não tinham pulseira de identificação, 1,15% (9) os dados de identificação não estavam completos e 5% (39) os dados de identificação não eram legíveis.

Comparativamente à auditoria anterior (07.11.2018) houve um decréscimo de 2,21% de doentes corretamente identificados.

Desde a primeira auditoria efetuada em 14 de junho de 2012 o aumento de doentes corretamente identificados foi de 32,07%.

Avaliação do Grau de Risco de Desenvolvimento de Úlceras de Pressão (UP) nos Serviços de Internamento de Adultos

Durante o ano de 2019 (último relatório), integraram este programa 27 serviços (polo HSM), num universo de 26.674 doentes tratados. Destes, 24913 foram avaliados (93,4%).

Dos 24.913 doentes avaliados 40,7% apresentavam risco de desenvolvimento de UP. O número de doentes de risco é bastante variável entre Serviços indo de 5,6% a 65,1% dos doentes tratados.

No momento da admissão nos Serviços, 1113 doentes apresentavam UP. A incidência de úlceras de pressão desenvolvidas no HSM foi 0,50 no total dos doentes avaliados e 1,4 no total dos doentes de risco.

No período de 2009-2019 a incidência baixou de 1,01 para 0,50 e a incidência ajustada ao risco de 2,22 para 1,4.

No polo HPV, este indicador foi monitorizado em 7 serviços, num total de 3136 doentes avaliados quanto ao grau de risco de desenvolvimento do UP.

936 dos doentes apresentavam risco e 29 adquiriram UP ao longo do internamento.

Verificou-se uma Taxa de incidência global de 0,92%, uma taxa de incidência face ao risco de 3,09% e uma taxa de prevalência de 4,55%.

2757

Avaliação do Grau de Risco de Queda

As medidas de prevenção de queda, de acordo com o grau de risco do doente. A avaliação deste risco é efetuada no turno de admissão do doente, através de preenchimento da Escala de Downton, com reavaliação periódica estabelecida em norma, ou sempre que o estado do doente o justifique.

Durante o ano de 2019, com relatório em 2020, 42 serviços do polo HSM integraram este programa, que correspondem à totalidade das unidades de internamento de adultos.

A incidência das quedas notificadas tem diminuído desde 2011 de forma sustentada, passando de 1,87% para 0,87% dos doentes internados. A que corresponde a 1,3 quedas por cada 1000 dias de internamento.

No polo HPV, onde é utilizada a escala de Morse, ao longo de 2019, com relatório em 2020, ocorreu a notificação de 66 quedas, num total de 8 serviços, valor sobreponível ao ano anterior.

94% das ocorrências foram identificadas como de risco no momento da admissão.

As medidas preventivas são aplicadas aos doentes que apresentam baixo risco de queda, dirigidas ao controlo do ambiente, ensino do processo de doença e gestão do regime terapêutico.

De referir que também é feita a monitorização da incidência de quedas de doentes em ambulatório, com notificação da ocorrência, valores que têm sido residuais e sem consequências.

Com vista à integração e acompanhamento no meio hospital das Normas de qualidade, o CHULN dispõe de um Gabinete de Qualidade, que acompanha a implementação, obtenção e renovação de certificados de sistemas de gestão da qualidade de serviços clínicos e não clínicos, com exceção dos projetos pelo Modelo ACSA, que são orientados individualmente por cada Serviço. Estão, por norma, associados a Centros de Referência e, face ao período pandémico que atravessámos, foram adiados para 2021.

- Em concreto:
 - S. Gestão Técnica Farmacêutica
 - Centro de Procriação Medicamente Assistida

Serviços Certificados (ISO 9001:2015) com renovação agendada e concretizada em 2020:

- S. Logística e Stocks
- S. Patologia Clínica

Realizaram em 20202 as auditorias de Acompanhamento anuais e obrigatórias, mantendo a Certificação

- Serviço de Neurologia
- Serviço de Pneumologia
- Serviço de Imuno-Hemoterapia
- Serviço de Urologia
- Serviço de Imagiologia Geral
- Serviço de Imagiologia Neurológica
- Serviço de Saúde Ocupacional
- Centro de Formação.

O CHULN, EPE-HSM, manteve a Certificação como Hospital Amigo dos Bebés até 2022.

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 49º do RJSPE),



Responsabilidade Social

O CHULN, para além do cumprimento do seu objetivo e missão principal - a prestação de cuidados de saúde à população - desempenha igualmente um papel determinante na melhoria continuada da qualidade dos Serviços e cuidados prestados, envolvendo todos os profissionais e garantindo a adoção pelos Serviços de boas práticas e o empenho de todos, onde a área de apoio social se integra.

O CHULN procura responder às necessidades humanas que resultam da interação em sociedade e ao desenvolvimento do seu potencial, promovendo o bem-estar e a autorrealização dos cidadãos. No meio hospitalar a especificidade da intervenção, através do setor social incide no apoio psicossocial ao ser humano doente e sua família, estabelecendo elos de mediação entre as várias dimensões: pessoais, relacionais, organizacionais, escolares e laborais.

No CHULN são utilizados métodos e técnicas específicas, de forma integrada e funcionalmente com os demais profissionais de saúde, com idêntico nível de dignidade e autonomia, em todos os momentos que compõem o quotidiano do processo coletivo do tratamento.

O CHULN intervém, ainda, de forma direta com os utentes/famílias/colaboradores que procuram o apoio social, sempre na procura de garantir o acesso aos direitos básicos de cidadania e aos recursos institucionais ligados aos diversos sectores: Saúde, Segurança Social, Educação, Emprego/Formação Profissional, Habitação, Misericórdias, Ministério Público, Tribunais de Família e Menores, ONG, IPSS, entre outras.

O ano transato fica marcado de forma profunda e singular na vida dos cidadãos e das Instituições, pelo que foram elaborados novos procedimentos e implementadas um conjunto de medidas excecionais e temporárias tendo em vista a segurança dos colaboradores e utentes.

Os doentes protelados por motivos sociais é um problema com implicação direta na demora média do internamento. A Instituição, através dos assistentes sociais, trabalha diariamente no planeamento da alta hospitalar, cujo objetivo é a coincidência entre alta clínica e social. Este planeamento pressupõe um esforço integrado de recursos de apoio formal e informal, fomentando sempre a intervenção multidisciplinar, sem nunca descurar os valores deontológicos e éticos da profissão, bem como a vontade do doente/pessoa significativa e a adequação das respostas.

Em 2020 foram identificados 182 doentes com um tempo de protelamento médio de 20,2 dias, sendo que em 2019, foram identificados 171 doentes com um tempo de protelamento médio de 26 dias.

Sublinha-se que destes 182 doentes, 22 foram, entretanto, integrados em camas de retaguarda.

Participação do Utente

De acordo com o Regulamento Interno do CHULN, compete ao Gabinete do Cidadão (GC) promover a participação dos cidadãos, enquanto agentes e responsáveis, detentores de direitos e deveres, numa lógica de mediação e diálogo, num enquadramento institucional. Esta competência permite assim que o CHULN, através do GC, fomente, como linha de orientação estratégica, a procura sistemática de feedback dos seus utentes, considerando o tratamento de exposições nas suas diversas tipologias: reclamações, louvores, pedidos e sugestões e, os atendimentos personalizados efetuados pelos assistentes sociais, como um instrumento fundamental para análise das situações problemas e sua eventual correção.

O GC tem procurado consolidar uma cultura de saúde centrada no cidadão, no contexto de uma estratégia de responsabilidade, autonomia, rigor e transparência, ajustando a prestação de serviços e cuidados às necessidades reais do cidadão, sendo a satisfação dos utentes/cidadãos, o compromisso deste Centro Hospitalar e, em particular, deste Gabinete.

R JE ST

Nesta área de atividade importa aqui sublinhar que face à epidemia SARS-CoV-2 e à infeção epidemiológica por COVID-19 os resultados apresentados refletem uma exponencial diminuição em relação a anos anteriores.

Analisando comparativamente com os indicadores do ano anterior, observou-se uma diminuição de reclamações relativamente a todos os grupos profissionais.

Medidas para prevenção do risco

Em 2020, à semelhança do processo desenvolvido em anos anteriores, realizaram-se atividades de identificação, de análise e de **avaliação do risco** nas áreas comuns e nas Unidades do CHULN, de monitorização das medidas corretivas planeadas e implementadas bem como de reavaliação dos riscos identificados.

Na senda da prevenção de Riscos Profissionais dos Colaboradores do CHULN, o **Centro de Formação** em colaboração com o Serviço de Saúde Ocupacional, desenvolve anualmente um projeto formativo que visa a prevenção. Em 2020 foi realizado o seguinte:

Quadro 15 - Formação no âmbito da prevenção de riscos profissionais

Ano	N.º de Produtos Formativos	N.º Horas	N.º de Formandos	Volume de Formação
2020	1	5	85	425

E em colaboração com o Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo das Infeções e da Resistência aos Antimicrobianos (GCL-**PPCIRA**), o CF desenvolveu diversos produtos formativos ao longo dos anos, tendo em 2020 realizado os seguintes:

Quadro 16 - Formação no âmbito da descontaminação de superfícies e utilização de equipamentos

Ano	N.º de Produtos Formativos	N.º Horas	N.º de Formandos	Volume de Formação
2020	3	7	54	378

Quadro 16.1 - Sessões de esclarecimento sobre Coronavírus - Covid-19

Ano	N.º de Produtos Formativos	N.º Horas	N.º de Formandos	Volume de Formação
2020	57	2	257	514

Transição digital

Em 2020, foi dada continuidade à consolidação do sistema e processos de resposta e resolução de pedidos de serviço, incidentes e alterações, tornando os processos dos sistemas de informação mais ágeis e eficientes.

Foi também dada continuidade ao redesenho dos processos de relacionamento com os fornecedores a nível de ocorrências, *report* da sua atividade, controlo dos níveis de serviço e penalizações, concretizado na implementação de regras de disponibilização de manuais técnicos, de interfaces e de funcionamento por parte dos fornecedores das aplicações.

Ao nível da segurança da informação foram concretizados, entre outros: (i) adoção e implementação das boas práticas ITIL; (ii) implementação de boas práticas de Gestão de Projetos; (iii) adoção das boas práticas de partilha de conhecimento; (iv) cumprimento da diretiva de Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD); (v) promoção da Inovação, Investigação e Desenvolvimento; (vi) definição de mecanismos de formação on-job e, (vii) divulgação consistente e clara das iniciativas do CHULN.

Das principais realizações a nível das Soluções Clínicas, destacam-se pela sua dimensão e impacto os novos desenvolvimentos EPR Multiplataforma serviços que, bem como a generalização em termos de implementação da utilização do Desktop do Médico a todo o CHULN, com o *upgrade* para a versão HTML5.

Ainda ao nível do Processo Clínico Eletrónico, deu-se continuidade à implementação do Desktop de Enfermagem no CHULN, bem como à implementação da prescrição eletrónica nos Serviços de Internamento.

Ao nível das Soluções Clínicas, ocorreram diversas implementações, destacando-se:

- Aplicação PICIS em várias UCI;
- Implementação do circuito desmaterializado de prescrição de MCDT na Imagiologia;
- · Implementação do Projeto de Telemedicina no CHULN;
- Definição de requisitos para a implementação da solução de PACS oncológico;

Foram ainda concretizados vários projetos dos quais merecem destaque os seguintes:

- Expansão do sistema de SMS para informação aos utentes a determinados MCDT.
- Foi desenvolvida uma aplicação específica e de acordo com as necessidades do Gabinete do Cidadão, permitindo uma melhoria no *workflow* e do processo de reclamações/ elogios.
- Foi adquirida uma aplicação para Gestão da Formação (numa primeira fase apenas ao nível do agendamento de salas) que irá permitir uma solução integrada para formação à distância.

Ao nível da Desmaterialização do Processo Clínico:

- Foram desenvolvidas várias funcionalidades integradas, nomeadamente:
 - Digitalização do Processo Clínico em papel;
 - o Implementação do Projeto Exames sem Papel.
- Foram integrados/informatizados vários MCDT, visando a disponibilização dos exames de diagnóstico e terapêutica, na rede informática, devidamente integrados no processo clínico eletrónico;
- Procedeu-se à substituição de suportes em papel por suportes informáticos uniformes, permitindo reduzir a disparidade dos registos, aumentar a padronização e melhorar a capacidade de pesquisa/ acesso da informação dos Utentes arquivada.
- Foi dado início aos testes na plataforma de telemedicina visando evitar deslocações de utentes ao CHULN e de forma a permitir um melhor acompanhamento clínico, nomeadamente dos doentes com doença crónica.

A concretização destes projetos tem permitido aos profissionais de saúde o acesso ao processo clínico integral e a disponibilização dos dados no Registo de Saúde Eletrónico (RSE) e, como tal, permitindo o acesso à informação em qualquer ponto do SNS, assegurando a prestação mais informada de cuidados de saúde.

Para a consolidação destes grandes projetos procedeu-se ao *upgrade* da infraestrutura de *storage, networking,* virtualização de servidores e a expansão da rede de *wieless*.

No contexto da pandemia destacamos as tarefas e ações mais significativas:

 Reorganização dos sistemas de chamadas, no posto de colheitas HSM, onde foi necessário proceder a alterações de regras de chamada e na receção principal (reorganização do espaço, mudança sistema de chamada + ecrãs);

R. A.

- Montagem de espaços (UNEICs) com PICIS e postos de trabalho/equipamentos de suporte, para fazer face à dinâmica/fluxos de doentes COVID e não COVID;
- Configurações para utilização de equipamentos de MCDTs em áreas COVID e parametrizações nos sistemas de informação, em uso nos Serviços de Urgência, para triagem diferenciada de utentes;
- Preparação de ambientes de acesso remoto, de forma a permitir o regime de teletrabalho a um número significativo de profissionais.
- 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° do RJSPE),

No âmbito da **Gestão de Resíduos**: a política de Gestão de Resíduos do CHULN, acompanha as preocupações manifestas pelo Despacho 4860/2013 de 9 de abril no que se refere à necessidade da melhoria da eficiência energética.

Na prossecução do objetivo de transformar o Hospital de Santa Maria num "Hospital Verde", e dada a importância e a responsabilidade dos hospitais do SNS na Sustentabilidade Ambiental, surgiu o projeto "Santa Maria Green Hospital" no CHULN, com o intuito de assegurar a prossecução e concretização dos seus Objetivos e Medidas.

No âmbito do referido projeto, foi necessário estudar a criação de um novo circuito de equipamentos de deposição seletiva nas áreas públicas e de circulação geral (internas e externas) no HSM, através da instalação de ecopontos em áreas de grande fluxo de Visitantes/Utentes/Profissionais tais como Receção Central, Centro de Ambulatório, Consulta de Oftalmologia, Urgência Central, Urgência de Pediatria e respetivas salas de espera e em áreas ajardinadas tais como zonas verdes localizadas junto à Urgência de Pediatria, Urgência Central e junto à entrada principal do HSM, para a recolha e encaminhamento de resíduos recicláveis (papel/cartão, embalagens de plástico e resíduos indiferenciados).

A implementação do objetivo encontra-se na fase de preparação para instalação de 23 ecopontos tripartidos (3 recetáculos) e 6 ilhas ecológicas no HSM, já adquiridos pelo valor de 17.324,55 € (Iva incluído) no decorrer do ano 2019, para o respetivo acondicionamento e/ou deposição seletiva simultânea de diferentes tipologias de resíduos, tais como papel/cartão, embalagens de plástico e resíduos indiferenciados, a implementar em 2020.

No ano de 2019 iniciou-se, em colaboração com o Gabinete de Comunicação, a elaboração de painéis de cariz informativo aos Utentes e Colaboradores que consistem na identificação dos ecopontos e respetivas indicações para realizarem corretamente o processo de triagem dos resíduos, pois o bom funcionamento do sistema integrado de recolha e encaminhamento de resíduos recicláveis depositados nos ecopontos dependerá diretamente da informação visual disponibilizada ao utilizador dos ecopontos e, a conclusão da implementação do sistema integrado de resíduos recicláveis não foi possível em 2020 porque se avançou para toda uma restruturação em termos de painéis informativos da pandemia.

Futuramente, um sistema de gestão integrada de resíduos recicláveis possibilitará o apuramento de indicadores de sustentabilidade ambiental, como por exemplo: a quantidade de toneladas de papel/cartão encaminhada para reciclagem pelo HSM e o impacto ambiental desta ação (por exemplo a tradução deste indicador em número de árvores).

Na prestação de serviços de **Higiene e Limpeza**, o CHULN mantém, no que concerne à utilização de produtos, uma política amiga do ambiente, utilizando produtos concentrados permitindo a diminuição do número de embalagens, mas, por outro lado, assegurando a sua utilização com as diluições adequadas.



Quanto à higienização das mãos são usados produtos nas quantidades apropriadas, pelo que se disponibiliza, em todos os locais embalagens providas de doseadores. Desta forma, garante-se que não existe desperdício, reduz-se o impacto ambiental deste tipo de resíduos e respeita-se a saúde dos profissionais.

Reafirma-se que os produtos de limpeza adquiridos são respeitadores do ambiente pois são biodegradáveis.

No sentido de prevenir, conter, mitigar a infeção epidemiológica por COVID-19, ao abrigo do Decreto-lei n.º 10-A/2020 que estabelece medidas excecionais e temporárias de resposta à pandemia SARS-CoV-2, foi necessário ao longo do ano 2020, e em função da evolução da pandemia, apurar as necessidades emergentes dos Serviços clínicos do CHULN, em estreita articulação com a Direção de Enfermagem, e implementar medidas de reforço e/ ou complemento à atividade já desenvolvida pela UGH no âmbito das prestações de serviços existentes nas diversas áreas hoteleiras.

Por esse motivo torna-se necessário no presente relatório apurar os encargos resultantes dessas mesmas medidas de combate ao Covid-19, as quais foram executadas nas áreas de:

- Prestação serviço de lavagem e tratamento de roupa hospitalar pela necessidade de assegurar a recolha de roupa suja produzida nos Serviços Covid adequando horários de recolha/distribuição de roupa hospitalar;
- Prestação de serviço de recolha e tratamento de resíduos hospitalares, assegurando a recolha de resíduos nos Serviços Covid (essencialmente resíduos perigosos do Grupo III e IV) com necessidade de apoio pelo Ecocentro, adequando o do horário de recolha de contentores cheios e fornecimento de contentores vazios em substituição dos mesmos pela equipa de recolha interna, permitindo a continuidade ininterrupta da prestação de serviços já existente;
- Prestação de serviços de fornecimento e distribuição de ceias aos colaboradores, reforçando horários pela contratualização de serviços adicionais;
- Prestação de serviços de higiene e limpeza hospitalar, assegurando em função da evolução da pandemia a desinfeção das zonas comuns interiores, urgências, locais de percurso do doente, salas de contingência e limpeza pós obras necessárias pela restruturação de serviços clínicos. Para tal contratualizou-se uma prestação de serviços de desinfeção distinta da prestação de serviços de higiene e limpeza já existente, com especificidades distintas ao nível de recursos humanos, materiais, produtos, EPI's e equipamentos,
- Outras prestações de serviços como reforço de utilização de fatos verdes implicando a sua manutenção; reforço do ensacamento da roupa suja pela utilização de sacos roxos e recurso à produção interna diária de cogulas.

Projeto de "bio descontaminação de ar e superfícies"

A eficácia dos métodos de descontaminação manuais executados pelas brigadas de limpeza não poderiam por si só ser considerados 100% seguros, pois assentava sobretudo no fator humano (os técnicos de limpeza também estavam sujeitos à cadeia de transmissão do SARs-Cov-2) com eventual possibilidade de erro humano no decorrer da execução das desinfeções dando origem a possíveis surtos entre Utentes e Colaboradores de diferentes categorias profissionais que laboravam nos Serviços (Médicos, Enfermeiros, Assistentes Operacionais, etc.).

A bio descontaminação configurou-se assim como uma solução de extrema importância para a garantia da segurança Profissionais e Utentes do CHULN, solução essa que foi analisada e estudada pelo Grupo de

12/2

Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCLPPCIRA) do CHULN, no que diz respeito à sua utilidade enquanto tecnologia de desinfeção ambiental por métodos "non touch" (bio descontaminação), e enquanto complemento importante às descontaminações terminais asseguradas pela brigada de limpeza, as quais se recomenda (em conformidade com documentação científica) serem seguidas de uma nebulização/dispersão de peróxido de hidrogénio no ar e superfícies.

Adicionalmente e em complemento às descontaminações terminais desde sempre executadas pela brigada de limpeza contratualizada pelo CHULN, a UGH em estreita parceria com o GCLPPCIRA e o SIE, desenvolveu um projeto de "bio descontaminação de ar e superfícies", o qual já se encontra totalmente implementado, tendo sido apurado até à data um custo total para o CHULN no valor de 58.265,10 € (Iva incluído) e que no decorrer de quase 4 meses (14/12/20 a 06/04/21) se traduz numa área total de 43.436 m3 descontaminada no CHULN (HSM e HPV), com um consumo de 43.436ml de produto de peroxido de hidrogénio e que corresponde a cerca de 43 garrafas/cartuchos e 16 packs de indicadores químicos. Pela complexidade de procedimentos e circuitos (inclusive em estreita articulação com outros departamentos internos do CHULN) e pela necessidade de monitorização e acompanhamento quer em termos de gasto de consumíveis quer em termos de encargos para o CHULN, esta necessidade deu origem a uma nova área hoteleira sob a responsabilidade da UGH.

O CHULN continuou a implementação da área dos equipamentos médicos dos seguintes projetos que vieram contribuir para a sustentabilidade da Instituição: (i) Fornecimento e instalação de dois Aceleradores Lineares para o Serviço de Radioterapia. Este investimento visou dotar o CHULN de capacidade de resposta assistencial completa aos doentes oncológicos da sua área de referência, bem como a doentes provenientes de outras instituições do SNS; (ii) Fornecimento e instalação de tomografia de simulação para o Serviço de Radioterapia. Atendendo à reformulação estratégica prevista para a atividade do CHULN, e na sequência do investimento identificado no projeto anterior, este investimento visou dotar o Serviço de Radioterapia de capacidade de resposta e ainda apoiar e contribuir positivamente para a capacidade formativa e de investigação na área da Radioterapia e, (iii) Evolução tecnológica de equipamento de angiocardiografia para o Serviço de Cardiologia. No Hospital de Santa Maria deu-se especial atenção ao tratamento das síndromes coronárias agudas com supra desnivelamento do segmento ST, por angioplastia coronária, técnica que teve início em 1991.

No ano de 2020, o CHULN continua empenhado em executar projetos que irão contribuir para a sustentabilidade da Instituição e transformar o HSM num hospital mais amigo do ambiente: Programa Operacional Sustentabilidade e Eficiência no Uso de Recursos, que compreende projetos inovadores para a recuperação e alteração da tipologia técnica de equipamentos, visando a Redução Sustentável dos Consumos de Energia. Estes projetos têm financiamento assegurado, dado que estão integrados na candidatura ao POSEUR, que já foi aprovada e de onde se destaca:

Construção de Central térmica, Solar Térmico e Gestão técnica centralizada que consiste na construção de sistemas de produção de energia térmica para a climatização e água quente sanitária, de modo a garantir um funcionamento energeticamente eficiente das instalações, assegurar uma eficaz manutenção e a ininterruptibilidade de fornecimento.

Produção de água para climatização e água quente sanitária que será feita na Central térmica, edifício em construção no exterior do edifício do hospital, e através do funcionamento de 4 *chillers*, 3 caldeiras a gás e 91 painéis solares na cobertura da central. Estes fluidos serão distribuídos pelo hospital através de um anel de distribuição, situado no piso -2 do hospital, e várias prumadas a construir nos ductos verticais que serviam os antigos monta- alimentos e monta-sujos.

Concluiu-se a requalificação do Serviço de Medicina Intensiva que teve como objetivo nuclear restituir ao CHULN a sua capacidade de intervenção diferenciada em áreas funcionais, com solicitação assistencial crescente, corrigindo a exiguidade de estrutura e a escassez de recursos nas áreas médicas da Medicina

Spr

10/0

12)

Intensiva. Adicionalmente, visou-se a reposição no CHULN das condições necessárias que salvaguardam a qualidade de processos assistenciais e o cumprimento de critérios de segurança e controlo de risco, em alinhamento com as recomendações diversas emanadas pelos organismos do setor da Saúde. Este projeto implicou a beneficiação e ampliação das instalações com o propósito de melhorar as condições e garantir uma prestação de cuidados de qualidade ao doente crítico e permitiu, por um lado, melhorar as condições físicas respondendo adequadamente às boas práticas e requisitos específicos do serviço e, por outro, aumentar a dotação de camas críticas, passando para mais do dobro da capacidade instalada nesta unidade.

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 RISPE);

A Estratégia Nacional para a Igualdade e a Não-Discriminação – Portugal + Igual (ENIND) foi publicada, no dia 21 de maio de 2018 em Resolução do Conselho de Ministros n.º 61/2018.

O texto da publicação, refere que a ENIND pretende consolidar os progressos alcançados e perspetivar o futuro da ação governativa, tendo em vista o desenvolvimento sustentável do país que depende da realização de uma igualdade substantiva e transformativa, garantindo simultaneamente a adaptabilidade necessária à realidade portuguesa e sua evolução até 2030, em alinhamento com o já estabelecido na estratégia nacional de promoção da igualdade, estabelecida em 2013 que considerava como requisito de boa governação a perspetiva de género em todos os domínios de política (*mainstreaming* de género), numa preocupação de integração progressiva da dimensão da igualdade de género nas políticas e nas ações desenvolvidas e promovidas pelos vários departamentos governamentais.

Com esta estratégia em vista, o CHULN já dispõe de um diagnóstico da situação de homens e mulheres na empresa, conforme previsto na Área Estratégica (n.º 2 da Resolução do Conselho de Ministros n.º 18/2014), através do Balanço Social (executado e entregue em 16/3/2021, para validação pela ACSS).

No âmbito da não discriminação, o CHULN implementou as seguintes medidas:

- Incrementar a utilização de linguagem inclusiva, não discriminatória, na documentação produzida;
- Aplicar o princípio da igualdade de oportunidades na gestão de recursos humanos, nomeadamente recrutamento, seleção e nomeação de cargos de chefia;
- Garantir a equidade na representação de género na composição de júris de procedimentos de seleção e recrutamento, com especial relevância para o género sub-representado;
- Atribuir as licenças de paternidade/maternidade sem discriminações e no estrito cumprimento da lei. O
 regresso ao trabalho após o gozo da licença de parentalidade é facilitado e, se necessário, facultadas
 atividades de formação profissional;
- O CHULN promove a conciliação de horários para que os seus colaboradores cumpram as suas obrigações parentais.

No âmbito do investimento na **valorização profissional**, o CHULN promove medidas de valorização dos seus colaboradores a vários níveis, nomeadamente:

- Implementação de uma estrutura formativa disponibilizando cursos de formação gratuita;
- Implementação de um centro de investigação apoiando e incentivando os colaboradores a desenvolverem e a publicarem artigos científicos;
- Incentiva e apoia a realização de eventos científicos internos (jornadas, seminários, congressos);
- Apoia a frequência exterior de cursos formativos de interesse institucional visando a disseminação, posteriormente, dessas técnicas/práticas profissionais;
- Colabora com outras instituições disponibilizando os colaboradores em parcerias institucionais disseminando as boas práticas do CHULN (inclusive reconhecidas por entidades externas) através da colaboração da gestão de projetos e como formadores de cursos e oradores de eventos científicos;

- Promove o desenvolvimento de competências pedagógicas através do papel de tutores de alunos/formandos nacionais e estrangeiros (com especial relevância para a UE e os PALOP) de cursos da saúde abrangendo vários grupos profissionais e diversas modalidades formativas;
- Estabelece parcerias com instituições de ensino/formação visando o intercâmbio entre a praxis clinica e o ensino teórico e prático.
- 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 n.º 18/2014, de 7 de março;

Ver ponto anterior 2.c).

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 RISPE);

Ver ponto anterior 2.c).

f) Informação sobre a política de responsabilidade económica, com referência aos moldes em que foi salvaguardada a competitividade da empresa designadamente pela via de investigação, inovação, desenvolvimento e da integração de novas tecnologias no processo produtivo (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.).

No objeto dos eixos estratégicos do CHULN encontra-se o desenvolvimento de atividades de investigação, formação e ensino, sendo a sua participação na formação de profissionais de saúde. Daqui decorre a estreita ligação à Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa e outras instituições de ensino/investigação, nomeadamente no âmbito do Centro Académico de Medicina de Lisboa.

O CHULN, EPE afirmou-se no SNS como instituição de referência, tendo sido reconhecido pela Direção Geral de Saúde, 17 centros de referência. Foi pela Entidade Reguladora da Saúde reconhecida a excelência clínica em 12 áreas clínicas e 4 áreas transversais. Integra o Health Cluster, o EIT Health e promove a inovação em áreas clínicas, em 6 projetos a executar no período 2020/2022. Constituiu um Gabinete de Inovação e Desenvolvimento (CI nº 16/2020 de 29.5) destinado a apoiar as iniciativas relevantes no campo da inovação e a propor o melhor enquadramento e meios de execução.

Na área da investigação clínica, foi reforçada a estrutura de coordenação, no sentido de garantir a centralização gradual da instrução e acompanhamento da execução dos projetos, de forma a melhorar a competitividade do CHULN (muito embora seja a instituição hospitalar com maior número de ensaios clínicos em curso), quanto às condições de execução, celeridade da instrução e massa crítica de participantes.

Em 2020, quando se temia um grande impacto nesta atividade derivado da pandemia, foram iniciados 74 estudos clínicos (apenas – 11% que em 2019), envolvendo 676 doentes, com acesso precoce a terapêuticas inovadoras. Os proveitos globais representaram mais de 2,5 milhões de euros, com *overheads* no valor de 532 mil euros, permitindo reforçar a investigação clínica no CHULN.

O estímulo e participação nas atividades de investigação é encarado pelo CHULN como um fator acrescido de motivação e sustentabilidade das equipas clínicas, em termos de atração e retenção de colaboradores de elevado potencial.

Foram dados alguns passos decisivos na instalação, espera-se, do primeiro centro de ensaios clínicos fase I, em parceria com um dos mais reputados operadores internacionais.

Foi ao longo de 2020 preparado um novo regulamento de ensaios clínicos, em contexto de ampla participação dos dirigentes e investigadores, entretanto já aplicado em 2021.

X. Avaliação do Governo Societário

- 1. Verificação do cumprimento das recomendações recebidas¹⁷ relativamente à estrutura e prática de governo societário (vide artigo 54.º do RJSPE), através da identificação das medidas tomadas no âmbito dessas orientações. Para cada recomendação¹⁸ deverá ser incluída:
- a) Informação que permita aferir o cumprimento da recomendação ou remissão para o ponto do relatório onde a questão é desenvolvida (capítulo, subcapítulo, secção e página);
- b) Em caso de não cumprimento ou cumprimento parcial, justificação para essa ocorrência e identificação de eventual mecanismo alternativo adotado pela empresa para efeitos de prossecução do mesmo objetivo da recomendação.

A instituição não recebeu qualquer recomendação relativamente aos pontos acima referidos.

2. Outras informações: a empresa 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.

O CHULN publica na sua *intranet* e no seu *site* de *internet* o Relatório e Contas e o Relatório do Governo Societário, na íntegra.

XI. ANEXOS DO RGS

- Anexo 1. Justificação dos desvios aos objetivos CP 2020
- Anexo 2. Elementos curriculares dos membros do Conselho de Administração
- Anexo 3. Elementos curriculares dos membros do Conselho Fiscal
- Anexo 4. Distribuição de responsabilidades de tutela de Órgãos, Departamentos, Serviços, Gabinetes e Áreas dos membros do Conselho de Administração.

12)

5)

¹⁷ Reporta-se também às recomendações que possam ter sido veiculadas a coberto de relatórios de análise da UTAM incidindo sobre Relatório de Governo Societário do exercício anterior.

¹⁸ A informação poderá ser apresentada sob a forma de tabela com um mínimo de quatro colunas: "Referência"; "Recomendação"; "Aferição do Cumprimento"; e "Justificação e mecanismos alternativos".

- Anexo 5. Declarações a que se refere o artigo 52.º do RJSPE.
- Anexo 6. Ata ou extrato da ata da reunião do órgão de administração em que haja sido deliberada a aprovação do RGS 2020.
- Anexo 7. Relatório do órgão de fiscalização a que se refere o n.º2 do artigo 54.º do RJSPE.
- Anexo 8. Extrato da Ata da Reunião de Conselho de Administração com a aprovação e ratificação, do Relatório e Contas de 2019.

3 TAR?

Anexo 1 Justificação dos desvios aos objetivos CP 2020

m. I

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, E. P. E.

Relatório do Governo Societário 2020





CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO LISBOA NORTE

Demonstração resultados

Rendimentos	Acumulado	Acumulado	Acumulado ano 2020	ō
	ano 2019	ano 2020	(sem impacto acerto cp)	a
Prestações Serviços	367 830 662 €	292 690 382 €	338 176 688 €	343
Transferências e subsídios concedidos	48 189 113 €	139 145 325 €	139 145 325 €	137
Outros proveitos operacionais	24 091 794 €	25 160 069 €	25 160 069 €	
Custo das mercadorias vendidas e das inaterias consumidas	-203 973 661 € -213 228 862 €	-213 228 862 €	-213 228 862 €	-23(
Fornecimentos e serviços externos	-61 081 555 €	-63 000 867 €	-63 000 867 €	-67
Gastos com o pessoal	-210 630 867 €	-216 188 942 €	-216 188 942 €	-216
Outros custos operacionais	-11 251 608 €	-25 569 354 €	-25 569 354 €	, <u>1</u>
Resultado Operacional	-46 826 123 €	-60 992 248 €	-15 505 942 €	-27
Juros e ganhos similares	11 092 €	12 531 €	12 531 €	
Juros e perdas similares	-46 284 €	-38 467 €	-38 467 €	

				I
Acumulado ano 2020	Orçamento	Variação homóloga	óloga	
sem impacto acerto cp)	ano 2020 *	em valor	em %	
38 176 688 €	343 543 990 €	-75 140 280 €	-20,4	-50
.39 145 325 €	137 582 103 €	90 956 212 €	188,7	
25 160 069 €	22 213 054 €	1 068 275 €	4,4	N
13 228 862 €	-230 319 000 €	-9 255 201 €	4,5	17
-63 000 867 €	-67 119 519 €	-1 919 311 €	3,1	7
16 188 942 €	-216 681 602 €	-5 558 074 €	2,6	
-25 569 354 €	-10 497 820 €	-14 317 746 €	127,3	Ť
-15 505 942 €	-21 278 794 €	-14 166 125 €	30,3	-35
12 531 €	\$ 000 €	1 439 €	13,0	
-38 467 €	-40 457 €	7817€	-16,9	

Variação ho (sem impact cp)	em valor	-29 653 974	90 956 212	1 068 275	-9 255 201	-1 919 311	-5 558 074	-14 317 746	31 320 181	1 439	7 817	
ao	% ша	-14,8	1,1	13,3	-7,4	-6,1	-0,2	143,6	186,6	150,6	-4,9	
Desvio face ao Orçamento	em valor	-50 853 608 €	1 563 222 €	2 947 015 €	17 090 138 €	4 118 652 €	492 660 €	-15 071 534 €	-39 713 454 €	7 531 €	1 990 €	
óloga	% ma	-20,4	188,7	4,4	4,5	3,1	2,6	127,3	30,3	13,0	-16,9	
Variação homóloga	em valor	-75 140 280 €	90 956 212 €	1 068 275 €	-9 255 201 €	-1919311€	-5 558 074 €	-14 317 746 €	-14 166 125 €	1 439 €	7817€	

€ 127,3 -15 071 534 € 143,6

492 660 €

3,1

-27,1

6'99-

1,1 13,3 -7,4 -6,1 -0,5

-5 367 302 € em valor

> -8,1 € 188,7

4,4

4,5 17 090 138 €

mpacto acerto cp) Orçamento (sem

to acerto

% ma

313
186,3
-39 703 933 €
30,2
26 869 €

-76	
·Ψ	
5 782 373 €	
7	
m	
- 23	
- 82	
-12	
െ	
66,99-	
ှယှ	
Ψ	
- <u>D</u>	
굨	
9 437	
~~	
ന	
31 329	
ന	
	•

-
-
4
-
5
1
_
-

Resultado Liquido antes imposto

-46 861 315 € -61 018 184 €

-21 314 251 € -15 531 878 €

-14 15

-4,9

1 990 €

13,0

ω ω

7 531 € 150,6

* de acordo com a Demonstração de Resultados incluída no Contrato Programa 9/04/2021

Anexo 2

Elementos Curriculares dos membros do Conselho de Administração

12. 1 g

Presidente CA – Joaquim Daniel Lopes Ferro

Data de Nascimento: 14 de junho de 1961

Formação académica e profissional: Licenciatura em Direito (79/84) pela FDL; Curso Pós-Graduação em Administração Hospitalar; Curso Pós-Graduação em Estudos Europeus (87/88) pela FDL; Mestrando em Recursos Humanos (03/05) pelo ISCTE

Funções e Cargos Desempenhados:

- Administrador Hospitalar, Recursos Humanos, Hospital Pulido Valente (86/90);
- Administrador Delegado no Hospital Nossa Senhora do Rosário, Barreiro (90/91);
- Administrador Hospitalar, Departamento da Dor e Emergência no Hospital Garcia de Orta, Almada, (91 e 93):
- Administrador Hospitalar, Área de Recursos Humanos, Hospital Santa Maria, (94/97);
- Administrador Delegado no Hospital Nossa Senhora do Rosário, Barreiro (97/02);
- Administrador Hospitalar e Assessor do Conselho de Administração do Hospital de São José e o Centro Hospitalar de Lisboa Zona Central, (03/04);
- Diretor-geral do Hospital de St. Louis e Assessor do Grupo Português de Saúde, Lisboa, (05);
- Vogal executivo do Conselho de Administração do Hospital de Santa Marta, E. P. E., (06/07);
- Vogal executivo do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Lisboa Zona Central, (06/07);
- Vogal executivo do Conselho de Administração do Hospital de D. Estefânia, (06/07);
- Vogal do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Lisboa Central, E. P. E., (07/10);
- Presidente do Conselho de Administração do Hospital Garcia de Orta, Almada (10/18);
- Orientação e discussão de estágios, dissertações, Curso de Pós-Graduação em Administração Hospitalar da Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa, (88/...);
- Assistente convidado, Planeamento e Controlo de Gestão, Mestrado Gestão dos Serviços de Saúde, ISCTE/INDEG (99/04);
- Assistente convidado, Gestão de Recursos Humanos, Curso Pós-Graduação em Gestão Integrada de Unidades de Saúde, Universidade Lusófona (03/04);
- Formador, Departamento Recursos Humanos do Ministério da Saúde de Angola, formação de chefias e dirigentes intermédios (02);
- Assistente, Gestão de Recursos Humanos, Curso de Pós-Graduação em Administração da Saúde em Angola, ENSP e FM Luanda (03/04);
- Assistente convidado, Estratégia Empresarial, Mestrado Gestão Unidades de Saúde, Universidade Lusófona (10/...).

Outras atividades relevantes:

24 Comunicações em seminários, jornadas, *workshops*, congressos no país e no estrangeiro sobre Gestão de Recursos Humanos, Gestão da Qualidade, Planeamento e Controlo de Gestão, etc.; 6 trabalhos/artigos publicados em livros e revistas da especialidade sobre Gestão Hospitalar, Gestão de Recursos Humanos e Gestão da Qualidade; 1 Livro publicado sobre Organização e Gestão de Arquivos Clínicos, editado pelo Ministério da Saúde.



Vogal do CA (Diretor Clínico) – Luís Filipe Pereira dos Santos Pinheiro

Data de nascimento: 20 de julho de 1972

Formação académica e profissional: Licenciado em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (1996); Especialista em Medicina Interna (2004); Frequência do Mestrado de Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (2009); Grau de Consultor/Assistente Hospitalar Graduado de Medicina Interna (2015); Assistente Hospitalar Graduado Sénior de Medicina Interna (2020). Formação complementar - Programa de Alta Direção de Unidades de Saúde da AESE, Escola de Direção e Negócios (2016).

Funções e Cargos Desempenhados

- Diretor Clínico e Vogal Executivo do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Barreiro Montijo,
 E.P.E. (2016 -2019);
- Adjunto da Diretora Clínica do Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E. (áreas médicas, informatização clínica e acompanhamento da atividade e indicadores) (2015-2016);
- Assessor do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P. (área hospitalar, nomeadamente contratualização, internatos médicos, redes de referenciação e organização das urgências hospitalares) (2009-2011);
- Coordenador do Sector de Monitorização de Reações Adversas a Medicamentos do INFARMED, I. P. (2002-2005);
- Chefe de Equipa de Urgência do Centro Hospitalar Lisboa Norte, E. P. E. (2008 -2016);
- Responsável de Unidade Funcional de enfermaria de Medicina Interna do Centro Hospitalar Lisboa Norte,
 E. P. E. (2005-2016);
- Assistente Convidado da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (desde 1998).

Outras atividades relevantes:

- Investigação Clínica nas áreas de «Análise de Resultados em Saúde», «Epidemiologia» e «Investigação em Serviços de Saúde»;
- Autor e coautor de diversas comunicações científicas em congressos nacionais e internacionais e de publicações em revistas científicas nacionais e internacionais na área da Medicina;
- Membro da Comissão de Avaliação de Medicamentos e da Comissão de Avaliação de Tecnologias da Saúde do INFARMED, I. P. (desde 2016);
- Orientador de formação de Internos do Internato Complementar de Medicina Interna e Membro de júris de avaliação final de Internato Complementar;
- Consultor Médico para a área da Epidemiologia do Centro Estudos Medicina Baseada na Evidência da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (2007-2015).

Vogal do CA (Enfermeira Diretora) - Ana Paula Dias Costa Fernandes

Data de nascimento: 16 de junho de 1958

Formação académica e profissional: 2006 — Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde (ISCTE); 1993 — Curso de Administração em Serviços de Enfermagem (EEMFR); 1990 — Curso de Especialização em Enfermagem de Reabilitação (EEMFR); 1979 — Curso Geral de Enfermagem, com equivalência ao grau de Bacharelato (EESVP).

Funções e cargos desempenhados:

- 01.2011 a 2019 (16.maio) Enfermeira Supervisora com funções de Enfermeira Adjunta da Enfermeira Diretora do CHLN, EPE.;
- 2010 (dez) Vogal do Conselho Diretivo da ARSLVT, I. P.;

Ri, Ka

- 2007 -2008 Enfermeira Diretora do Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão;
- 2003 -2007 Enfermeira Supervisora do HSM;
- 2003 -2005 Enfermeira Diretora do Hospital de Santa Maria (de 17.11.2003 a 31.05.2005);
- 2000- 2003 Enfermeira Supervisora com funções de Enfermeira Adjunta da Enfermeira Diretora do HSM;
- 1998 -2000 Enfermeira Chefe, Serviço de Pneumologia/ Consulta de Pneumologia;
- 1996 1998 Enfermeira Supervisora com funções de Enfermeira Adjunta da Enfermeira Diretora do HSM;
- 1993 -1996 Enfermeira Chefe, Serviço de Medicina 3, sector D;
- 1990 1993 Enfermeira Especialista, com funções de chefia, Serviço de Medicina 1, sector A,
- 1980 1990 Enfermeira de cuidados gerais, nos Serviços de Cirurgia Plástica e Reconstrutiva, Urgência Central e UCI de Doenças Infeciosas.

Outras atividades relevantes:

- Representante da Comissão Executiva da DE Conselho Coordenador Avaliação/ SIADAP Enfermeiros,
- Vogal efetiva da Comissão Paritária, enquanto Representante de Administração e responsável por todo o processo do polo HSM.
- Instrutora de vários Processos internos de averiguações.
- Vogal efetivo/ Presidente de Júris de diferentes Concursos internos gerais de acesso e de ingresso.
- Participação na organização da «Reflexão Estratégica», promovido pelo INA e pelo Conselho de Administração do HSM. Atividade docente 2017–2013.
- Arguente de Provas de Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização de Gestão em Enfermagem
 (10)
- Regente da Cadeira de Políticas e Administração da Saúde da Escola Superior de Saúde da Universidade Atlântica. 2008-2007
- Comissão organizadora de vários eventos científicos promovidos pelo CHULN.
- Palestrante convidada em diversos Congressos e Jornadas.
- Membro dos Órgãos Sociais da Ordem dos Enfermeiros (1999) e Elemento suplente da Comissão de Especialidade em Enfermagem de Reabilitação.
- Membro dos Corpos Gerentes da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (1999 a 1995).
- Convidada a integrar o grupo de formadores do Departamento de Recursos Humanos da Saúde Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional (Avaliação do Desempenho) (1996).
- Colaboração na revisão da tradução do livro "A Garantia da Qualidade no Exercício de Enfermagem» (Associação Católica de Enfermeiros) (1995).

Vogal Executiva - Maria de Lourdes Caixaria Bastos

Data de Nascimento: 29 de julho de 1957

Formação académica e literária: Licenciatura em Relações Económicas Internacionais (1982); Licenciatura em Economia (1987); Pós-graduação em Administração Hospitalar (1994); Formação complementar — Programa de Alta Direção de Instituições de Saúde AESE — Escola de Direção e Negócios — 2006); CAGEP — Curso Avançado de Gestão Pública (INA — 2006).

Funções e cargos desempenhados:

- Vogal Executivo do CA do H. Garcia de Orta, EPE (2010/2018);
- Vogal executivo do CA do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E. P. E.,
- Administradora responsável pelo Serviço de Gestão da Qualidade do Hospital Nossa Senhora do Rosário,
 E. P. E. (setembro de 2008 a agosto de 2009);

5 XX

- Vice-presidente do CD da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I. P. (fevereiro de 2007 a agosto 2008);
- Vogal do CA da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (maio de 2005 a fevereiro de 2007);
- Adjunta do Gabinete da Secretária de Estado Adjunta e da Saúde (abril a maio de 2005);
- Administradora responsável pela Direção do Serviço de Aprovisionamento do Centro Hospitalar de Lisboa Central (novembro de 2004 a abril 2005);
- Administradora responsável pela área dos MCDT no Hospital de S. José (2002 -2004);
- Administradora-delegada no Hospital Rainha Santa Isabel Torres Novas (2000 -2002);
- Administradora responsável pelos sistemas de informação para a gestão, pelo Serviço de Gestão de Doentes e pelo Serviço de Gestão de Recursos Humanos no Hospital José Joaquim Fernandes — Beja (1998 -2000);
- Integrou a Agência de Contratualização dos Serviços de Saúde no âmbito da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (1996 -1998);
- Administradora responsável pela Direção dos Serviços Financeiros do Hospital de S. José (1995 1996);
- Administradora responsável pela reorganização do sistema de faturação e cobrança de prestação de serviços no Hospital de S. José (1994);
- Quadro superior numa empresa de consultadoria em comércio internacional (1982 -1992).

Outras atividades relevantes:

Membro de várias comissões e grupos de trabalho, nomeadamente:

- Comissão técnica de avaliação das propostas concorrentes à gestão do Hospital Amadora -Sintra;
- Grupo de trabalho nacional para implementação da contabilidade analítica nos hospitais; vogal efetivo das comissões de avaliação das propostas, no âmbito do projeto das parcerias público-privadas, para os Hospitais de, Loures e Vila Franca de Xira;
- Foi preletora e formadora de vários cursos de formação na área de gestão de serviços de saúde.

Vogal Executivo – Pedro de Andrade Pais Pinto dos Reis

Data de Nascimento: 20 de junho de 1971

Formação académica e literária: 1998 - Licenciatura em Economia, pela Universidade Lusíada de Lisboa; 2001 - XXIX Curso Administração Hospitalar da Escola Nacional de Saúde Pública (UNL); 2014 - I Mestrado em Gestão da Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública (UNL).

Funções e cargos desempenhados:

- 1998-2001, Técnico Superior Serviços Financeiros e Estatística (de janeiro a Maio2000), HSM;
- 2001/06, HSM, Administrador Hospitalar Departamento de MCDT e Serviços Farmacêuticos (2001/02);
- 2004/06, Membro grupo de trabalho para elaboração Plano Estratégico Modernização HSM;
- 2005/06, HSM, Administrador Hospitalar Departamento Neurociências e Saúde Mental;
- 2006/11, Administrador Delegado Centro Medicina Reabilitação Alcoitão (SCML);
- 2012, Administrador Hospitalar, Anestesiologia, Cirurgia I, Transplantação e BO (CHLN);
- 2012/16, Vogal Executivo CA do CHO, com pelouros: Instalações e Equipamentos, Aprovisionamento, Hoteleiros, Gestão Doentes, Farmacêuticos, Planeamento e Informação Gestão.

Outras atividades relevantes:

2001/03 Consultor projetos e estudos em Saúde, Núcleo Projetos SAUDEC/SUCH, DGS;

123

- 2003 Consultor Gabinete Informação e Controlo Gestão, Hospital Júlio Matos;
- 2009 Membro de missão trabalho multidisciplinar e pluri-institucional na Guiné-Bissau;
- 2010 Formador, Curso Gestão Hospitalar Diretores e Diretores Clínicos na Guiné-Bissau;
- 2001 Prémio APAH/Novartis Prof. Augusto Mantas (melhor dissertação CEAH/ENSP);
- 2009-2011 Membro do Conselho Editorial da Revista Cidade Solidária (SCML);

9 KM)

Anexo 3 Elementos curriculares dos membros do Conselho Fiscal

Mi De

Presidente do Conselho Fiscal: José Maria Monteiro de Azevedo Rodrigues

Data de nascimento: 5 de março de 1952

Habilitações Académicas: Licenciado em Finanças pelo Instituto Superior de Economia, Mestrado em Organização e Gestão de Empresas.

Atividade Profissional:

Vice-reitor da área das finanças e professor associado convidado no ISCTE- Instituto Universitário de Lisboa, com funções de coordenação e docência em matérias de Controlo de Gestão, de Finanças e de Contabilidade. Administrador não executivo na Caixa Geral de Depósitos, 2017..., Revisor Oficial de Contas e sócio da "ABC - Azevedo Rodrigues, Batalha, Costa & Associados, Sociedade de Revisores Oficiais de Contas" exercendo, em representação desta sociedade funções de Fiscal Único e Membro do Conselho Fiscal. Presidente do Conselho Fiscal da Associação Ciência Viva, do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte e da Federação Portuguesa de Basquetebol.

Foi bastonário da Ordem dos Revisores Oficiais de Contas e Presidente do Conselho Diretivo (2012-2017) Foi vogal do CD desde (2000-2011) e Presidente da Comissão de Inscrição e do Júri de Exame para revisor oficial de contas no mesmo período. Foi diretor de Mestrado Executivo e de programas de especialização na área de Controlo e de Gestão e Performance, onde leciona. Tem vindo a apoiar a conceção e implementação de modelos de controlo de gestão e performance em empresas e grupos económicos nacionais e internacionais.

Autor e co-autor de diversas obras nas áreas da gestão, finanças e contabilidade, tais como, *O Controlo de Gestão –Ao serviço da Estratégia e dos Gestores* (Áreas Editora - 11ª edição) *Elementos de Cálculo Financeiro* (Áreas Editora-9ª edição), *Práticas de Consolidação de Contas* (Áreas Editora-3ª edição) e *Contabilidade e Finanças para a Gestão* (Áreas Editora - 5ª edição) *Elementos de Contabilidade Geral* (Áreas Editora-27ª edição), *Analisar a performance financeira – uma visão multidimensional,* colecção Áreas Global (Áreas Editora-2ª Edição), *Descentralizar e responsabilizar por resultados – A organização em centros de responsabilidade,* colecção Áreas Global (Áreas Editora), *Apurar resultados de acordo com os processos – O CBA, custeio baseado nas atividades,* colecção Áreas Global (Áreas Editora), *As novas demonstrações financeiras – de acordo com as IAS* (Áreas Editora – 2ª edição).

Vogal efetivo do Conselho: Paulo Guilherme Fernandes Lajoso

Data de nascimento: 20 de novembro de 1967

Habilitações académicas:

2009 Pós-Graduação em Gestão Pública - Instituto Superior de Gestão

2007 FORGEP - Gestão Pública - Instituto Nacional de Administração

2005 Seminário de Alta Direção - Instituto Nacional de Administração

2002 Pós-Graduação em Direito Fiscal-Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa

1994 Pós-Graduação em Estudos Europeus - Universidade Lusíada

1990 Licenciatura em Economia - Instituto Superior de Economia e Gestão

Atividade profissional:

Exerce desde 01 de janeiro de 2020 até à presente data, cargo no Gabinete de Apoio à Gestão na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo I.P

Membro do Conselho Fiscal - Nomeado membro Vogal do Conselho Fiscal do Centro Hospitalar, de Lisboa Norte, desde novembro 2017;



Inspeção-Geral de Finanças - Área de controlo da Gestão Pública - De 11 de janeiro de 2016 até 31 dezembro 2018;

NAV - Navegação Aérea de Portugal, EPE – março de 2008 até julho de 2015 – Vogal do Conselho Fiscal; ANAM, Aeroporto e Navegação Aérea da Madeira, SA – maio de 2008 a maio de 2013 – Vogal do Conselho Fiscal;

NAER, Novo Aeroporto, SA – maio de 2008 a dezembro de 2011 - Vogal do Conselho Fiscal;

Secretaria de Estado Adjunta, dos Transportes e das Comunicações - outubro de 2005 a setembro de 2009 – Colaborador;

Federação Portuguesa de Ténis de Mesa - setembro de 2004 a 2010 - Relator do conselho fiscal;

Secretaria-Geral do Ministério da Reforma do Estado e da Administração Pública - novembro de 2001 a agosto de 2002 - Vogal da Comissão Instaladora;

Inspeção-Geral de Finanças- Quadro efetivo desta Instituição - setembro de 1992 até ao presente - Inspetor de Finanças. Saída para cargo dirigente que perdura atá à data;

Câmara Municipal de Lisboa - janeiro a setembro de 1992 - Assessor do Diretor Municipal da Direção de Administração Geral e Gestão de Recursos Humanos;

Portline - Transportes Marítimos Internacionais, SA - julho a novembro de 1991 - Técnico Superior.

Obra: "Regime Geral da Função Pública", 2009, Edição de autor, em co-autoria com Maria Laura Veríssimo Dias.

Vogal efetivo do Conselho Fiscal: Carla Sofia Reis Santos

Data de nascimento: 13 de agosto de 1969

Habilitações Académicas:

Licenciada em Direito pela Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa (1992), pós-graduada em Estudos Europeus pelo Instituto Europeu da mesma Universidade (1995) e em Gestão e Controlo Financeiro e Orçamental pela Universidade Nova de Lisboa (2018).

Exerce atualmente o cargo de Inspetora de Finanças Diretora na IGF – Autoridade de Auditoria, organismo onde ingressou em março de 1996 na carreira de Inspeção, sendo responsável pela direção operacional de projetos na área da contratação pública e do controlo financeiro e orçamental.

Docente convidada da NOVA Information Management School (NOVA IMS) — Universidade Nova de Lisboa (desde 2017). Vogal do Conselho Fiscal do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte (desde novembro de 2017). Formadora na área da contratação pública no INA e em diversos organismos públicos. Vogal do Conselho de Administração da SPMS — Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE (agosto de 2011 a fevereiro de 2014). Assistente convidada do Instituto Superior de Educação e Ciências (ISEC), de 2007 a 2011. Diretora de Serviços Jurídicos e de Contencioso da Inspeção-Geral das Atividades Culturais (fevereiro de 2010 a agosto de 2011). Subdiretora-Geral do Instituto Geográfico Português (junho de 2006 a janeiro de 2010). Diretora de Serviços de Monitorização Ambiental da Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional de Lisboa e Vale do Tejo (fevereiro a junho de 2006). Vice-Presidente do Serviço Nacional de Bombeiros e Proteção Civil (dezembro de 2004 a fevereiro de 2006). Assessora do Gabinete de Sua Excelência o Ministro da Administração Interna (abril de 2003 a dezembro de 2004). Advogada (outubro de 1992 a março de 1996).

R. 1. JA

Quadro 14 - Cargos exercidos em simultâneo

Nome	Outros cargos ou funções
	Administrador não executivo na Caixa Geral de Depósitos
José Maria Monteiro de Azevedo Rodrigues	Professor associado convidado e Vice-Reitor no ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa Revisor Oficial de Contas e sócio da ABC-Azevedo Rodrigues. Batalha Costa e Associados, SROC, Lda.
Paulo Guilherme Fernandes Lajoso	Técnico Superior do Departamento de Auditoria Interna da ARSLVT
Carla Sofia Reis Santos	Inspetora de Finanças Diretora no IGF – Autoridade de Auditoria Docente convidada da NOVA Information Management School da Universidade Nova de Lisboa



Anexo 4

Distribuição de responsabilidades de tutela de Órgãos, Departamentos, Serviços, Gabinetes e Áreas dos membros do CA

* 1 h

CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO LISBOA NORTE EPE





Delegação de Competências

O Conselho de Administração do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, E.P.E., reunido a 23 de maio de 2019, delibera:

I - Ao abrigo do disposto nos artigos 44.º e 46.º do Código do Procedimento Administrativo, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 4/2015, de 7 de janeiro, e nos termos dos Estatutos constantes do Anexo II do Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro, aplicáveis ao Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, E.P.E., por força do disposto no n.º 2 do artigo 1.º do Decreto-Lei n.º 23/2008, de 8 de fevereiro, que remete para o regime jurídico e Estatutos aplicáveis às unidades de saúde com natureza de entidades públicas empresariais (Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro), delegar nos seus membros, abaixo indicados, as seguintes competências:

- 1. No Presidente do Conselho de Administração, Dr. Joaquim Daniel Lopes Ferro, a coordenação genérica de todas as áreas e especificamente a direção, gestão e coordenação das áreas e pelouros que lhe estão afetos, incluindo a competência para:
 - 1.1 Representar o serviço ou organismo que dirige, assim como estabelecer as ligações externas, ao seu nível, com outros serviços e organismos da Administração Pública e com outras entidades congéneres, nacionais, internacionais e estrangeiras, incluindo a assinatura de toda a correspondência com o exterior;
 - 1.2 Ordenar a instauração de processos de inquérito, sindicâncias e disciplinares.

Relativamente às áreas e serviços sob a sua gestão:

1.3 Autorizar as várias modalidades de organização e duração do tempo de trabalho e aprovar os respetivos horários;

ADMINISTRAÇÃO

Av. Amiessor Egas Montz 1649-036 LISBOA Fal 217 805 810 - Fax 217 805 810 Asmoda das Lintas del Tomes, 117 1769-801 LISBOA Yel. 217 548 000 - Fax: 217 548 215

3 Jan

CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO LISBOA NORTE EPF





- 1.4 Aprovar o plano anual de férias dos trabalhadores e quaisquer alterações a ele referentes, autorizar o gozo de férias antes da sua aprovação e a acumulação de férias por razões imperiosas ou imprevistas;
- 1.5 Autorizar a formação profissional, a realização de estágios, congressos ou iniciativas semelhantes, outorgando os respetivos instrumentos de execução:
- 1.6 Autorizar a participação de trabalhadores em júris de concursos noutras instituicões.
- 2. No Vogal, Dr. Pedro de Andrade Pais Pinto dos Reis, as competências de gestão corrente dos serviços sob a sua direção, gestão e coordenação, incluindo a competência para:

No âmbito dos recursos humanos, com exceção das competências específicas delegadas no Diretor Clínico e na Enfermeira Diretora:

- 2.1 Homologar as avallações de desempenho;
- 2.2 Praticar todos os atos subsequentes à abertura de concursos, com exceção da decisão de recursos hierárquicos;
- 2.3 Outorgar os contratos de pessoal, seja qual for a sua modalidade, incluindo os instrumentos de mobilidade geral dos trabalhadores;
- 2.4 Autorizar as várias modalidades de organização e duração do tempo de trabalho e aprovar os respetivos horários;
- 2.5 Autorizar o trabalho a tempo parcial, bem como o regresso ao regime de tempo completo;
- 2.6 Aprovar o plano anual de férias dos trabalhadores e quaisquer alterações a ele referentes, autorizar o gozo de férias antes da sua aprovação e a acumulação de férias por razões imperiosas ou imprevistas;
- Autorizar a reafectação interna de trabalhadores; 2.7
- 2.8 Autorizar a formação profissional, a realização de estágios, congressos ou iniciativas semelhantes, outorgando os respetivos instrumentos de execução:
- 2.9 Atribuir o estatuto de trabalhador-estudante;
- 2.10 Autorizar pedidos de equiparação a bolseiro no país ou no estrangeiro;

ADMINISTRAÇÃO

Av Professor Egas Moniz 1649-035 USBO/ Tel 217 865 000 - Fax: 217 805 610

Alamede das Linhas de Torres, 117 1769 CO1 LISBOA Tel: 217 548 000 - Fax. 217 548 215 2

CENTRO HOSPITALAK UNIVERSITARIO LISBOA NORTE EPE





- 2 11 Autorizar a participação de trabalhadores em júns de concursos noutras instituicões;
- 2.12 Conceder licenças e dispensas e autorizar o regresso à atividade, nos termos da lei:
- 2.13 Autorizar a atribuição de abonos e regalias a que os trabalhadores tenham direito, nos termos da lei, bem como o processamento dos abonos ou despesas com a aquisição de bilhetes ou títulos de transporte e de ajudas de custo. antecipado ou não, no caso de deslocações em serviço em território nacional, devidamente autorizadas
- 2.14 Justificar e injustificar faltas;
- 2 15 Promover a verificação domiciliária da doença;
- 2 16 Promover a submissão de trabalhadores a juntas médicas da ADSE ou da Segurança Social:
- 2.17 Autorizar pedidos de apresentação a Junta Médica;
- 2.18 Praticar todos os atos relativos à tramitação de processos de aposentação e reforma dos trabalhadores, assim como os atos respeitantes aos regimes de proteção social correspondentes;
- 2 19 Assinar a correspondência ou expediente necessário e autorizar publicações em Diário da República;
- 2.20 Autorizar a passagem de certidões, a emissão de cópia de documentos e a restituição de documentos aos interessados;
- 2.21 Autorizar a destruição de documentos respeitantes a concursos, nos termos da legislação em vigor.

Relativamente às áreas e serviços sob a sua gestão

2.22 Autorizar as despesas inerentes a procedimentos de aquisição de bens e serviços, incluindo empreitadas de obras públicas, até ao montante de € 200 000,00 (duzentos mil euros), compreendendo a autorização de abertura de procedimentos, a escolha do procedimento a adotar e a prática dos demais atos necessários para a formação dos contratos, abrangendo a decisão de qualificação dos concorrentes, a decisão de adjudicação, e a aprovação das

ADMINISTRAÇÃO

Av Professor Egas Monz 1649-035 LISBOA Tel: 217 805 000 - Fax: 217 805 610 Tel 217 548 000 - Fax: 217 548 215

CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO LISBOA NORTE, EPE





- minutas de contratos, bem como a representação do Centro Hospitalar na respetiva outorga;
- 2.23 Praticar os atos consequentes ao ato de autorização da escolha e do início do procedimento cujo valor não exceda o agora delegado;
- 2.24 Designar os júris e delegar a competência para proceder à audiência prévia, mesmo nos procedimentos de valor superior ao agora delegado;
- 2.25 Conceder adiantamentos a empreiteiros e fornecedores de bens e serviços, desde que cumpridos os condicionalismos previstos no Código da Contratação Pública:
- 2.26 Assinar a correspondência e expediente necessário, no ámbito das competências acima delegadas;
- 2.27 Autorizar o abate de bens após parecer do Núcleo de Património;
- 2.28 Autorizar as várias modalidades de organização e duração do tempo de trabalho e aprovar os respetivos horários;
- 2.29 Aprovar o plano anual de férias dos trabalhadores e quaisquer alterações a ele referentes, autorizar o gozo de férias antes da sua aprovação e a acumulação de férias por razões imperiosas ou imprevistas;
- 2.30 Autorizar a formação profissional, a realização de estágios, congressos ou iniciativas semelhantes, outorgando os respetivos instrumentos de execução;
- 2.31 Autorizar a participação de trabalhadores em júris de concursos noutras instituicões;
- 2,32 Assegurar a correspondência e expediente necessário;
- 2.33 Substituir a Vogal Dra. Maria de Lourdes Caixaria Bastos, nas suas ausências e impedimentos.
- 3. Na Vogal, Dra. Maria de Lourdes Calxaria Bastos, as competências de gestão corrente dos serviços sob a sua direção, gestão e coordenação, incluindo a competência para:

Autorizar a constituição de fundos permanentes das dotações do orçamento, com exceção das rubricas referentes a pessoal, até ao limite de um duodácimo;

ADMINISTRAÇÃO

Av. Prolessor Egas Montz 1649-035 USBOA Tel: 217 865 000 - Fax: 217 825 610 www.chip.bl

Alameda das Linhas de Torres, 117 1769-001 LISBOA Tel 217 548 000 - Fax: 217 548 215

CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITARIO LISBOA NORTE EPE





- 3.2 Autorizar o pagamento até ao montante de € 200.000,00 (duzentos mil euros). nas empreitadas de obras públicas e na locação e aquisição de bens e serviços;
- 3.3 Autorizar o pagamento de todas as despesas, previamente aprovadas, nos termos legais;
- 3.4 Dar balanço mensal à tesouraria;
- 3.5 Assegurar a regularidade da cobrança de dividas e autorizar a realização e pagamento das despesas previamente autorizadas;
- 3.6 Autorizar reembolsos de pagamentos indevidos ou em duplicado ao Centro Hospitalar nos termos da legislação em vigor;
- 3.7 Declarar as dividas como incobráveis nos termos da legislação aplicável:
- 3.8 Autorizar a anulação e substituição de faturas;
- 3.9 Autorizar as despesas com seguros, não previstas no n.º 2 do artigo 19.º do Decreto-Lei n.º 197/99 de 8 de junho, nos termos e sem prejuízo do disposto no mesmo preceito;
- 3.10 Autorizar a emissão de termos de responsabilidade relativos às deslocações de utentes a outras unidades de saúde, para efeitos de realização de exames e tratamentos, que o Centro Hospitalar não tenha condições de realizar;
- 3.11 Autorizar a constituição de fundos de maneio, nos termos da lei:
- 3.12 Aceitar doações, à exceção de bens imóveis;
- 3.13 Autorizar a realização de cirurgias adicionais e o transporte de doentes para estabelecimentos de saúde não integrados no Centro Hospitalar no âmbito da Unidade Local de Gestão de Acesso (ULGA);
- 3.14 Autorizar a assistência médica de grande especialização no estrangeiro, nos termos da legislação em vigor:
- 3.15 Substituir o Vogal Dr. Pedro de Andrade Pais Pinto dos Reis, nas suas ausências e impedimentos.

Relativamente às áreas e serviços sob a sua gestão:

3.16 Autorizar as várias modalidades de organização e duração do tempo de trabalho e aprovar os respetivos horários;

ADMINISTRAÇÃO

Av. Professor Egas Moniz 1649-035 LISBOA Tel: 217 805 000 - Fax 217 805 610 WWW CHILDS

Alameda das Linhas de Tomes, 117

Tel: 217 548 000 - Fex: 217 548 215







- 3.17 Aprovar o plano anual de férias dos trabalhadores e quaisquer alterações a ele referentes, autorizar o gozo de férias antes da sua aprovação e a acumulação de férias por razões imperiosas ou imprevistas;
- 3,18 Autorizar a formação profissional, a realização de estágios, congressos ou iniciativas semelhantes, outorgando os respetivos instrumentos de execução:
- 3.19 Autorizar a participação de trabalhadores em júris de concursos noutras instituições:
- 3.20 Tomar conhecimento e determinar as medidas adequadas, sobre queixas e reclamações apresentadas pelos utentes, de âmbito não assistencial:
- 3.21 Assegurar a correspondência e expediente necessário.
- 4 No Vogal e Diretor Clínico, Dr. Luis Filipe Pereira dos Santos Pinheiro, as competências de gestão e coordenação das áreas clinicas, incluindo relativamente à carreira médica, técnica superior de saúde e técnica superior de diagnóstico e terapêutica, a competência para:
 - 4.1 Praticar todos os atos subsequentes à abertura de concursos, exceto a decisão de recursos hierárquicos e a homologação de listas classificativas:
 - 4.2 Aprovar os horários de trabalho e respetivas alterações, nos termos dos critérios definidos pelo Conselho de Administração;
 - 4.3 Autorizar a prestação de serviço de urgência em regime de prevenção e chamada, nos termos definidos no modelo organizativo aprovado pelo Conselho de Administração;
 - 4.4 Autorizar a composição das equipas de urgência interna e externa, nos termos definidos no modelo aprovado pelo Conselho de Administração;
 - 4.5 Autorizar a dispensa de prestação do serviço de urgência e a redução horária nos termos previstos na lei;

ADMINISTRAÇÃO

Av. Professor Ease Martiz Tel: 217 806 900 - Fax: 217 805 610

Ř

Alameda das Linhes de Tones, 117 1769-001 LISSOA Tel. 217 545 000 - Fax: 217 548 215



UNIVERSITATIO LISBOA NORTE EPE





- 4.6 Autorizar a reafectação interna de profissionais mediante mobilidade entre as várias áreas;
- 4.7 Aprovar o plano anual de férias dos trabalhadores e quaisquer alterações a ele referentes, autorizar o gozo de férias antes da sua aprovação e a acumulação de férias por razões imperiosas ou imprevistas;
- 4.8 Autorizar a formação profissional, a realização de estágios, congressos ou iniciativas semelhantes, outorgando os respetivos instrumentos de execução;
- 4.9 Autorizar comissões gratuitas de serviço;
- 4.10 Autorizar a participação de trabalhadores em júris de concursos noutras instituições:
- 4.11 Autorizar o acesso a dados clínicos e outros dados pessoais sensíveis, nos termos legalmente em vigor,
- 4 12 Homologar avallações de desempenho nos termos da legislação aplicávei;
- 4.13 Ordenar a destruição de documentos insertos em processos de concursos;
- 4.14 Assinar a correspondência e expedição necessárias, no âmbito das competências acima delegadas;
- 4.15 Tomar conhecimento e determinar as medidas adequadas, sobre queixas e reciamações apresentadas pelos utentes, de natureza assistencial,
- 4.16 Substituir o Presidente do Conselho de Administração, Dr. Joaquim Daniel Lopes Ferro, nas suas ausências e impedimentos.
- Na Vogal e Enfermeira Diretora, Enf. Ana Paula Dias Costa Fernandes as competências da gestão corrente no âmbito da enfermagem nas áreas clínicas, bem como as competências relativas à promoção de boas práticas, protocolos e melhoria continua dos cuidados de enfermagem, incluindo, relativamente aos profissionais da carreira de enfermagem e aos assistentes operacionais afetos às áreas clínicas, a competência para:
 - 5.1 Praticar todos os atos subsequentes à abertura de concursos, exceto a decisão de recursos hierárquicos e à homologação de listas classificativas;
 - 5.2 Aprovar os horários de trabalho e respetivas alterações, nos termos definidos pelo Conselho de Administração;

ADMINISTRAÇÃO

Av. Professor Egas Moniz 1649-036 LISBOA Ter 217 805 000 - Fax 217 805 610 www.cblh.ct Alarmeda das Linhas de Torries, 117 1769-001 LISBOA Tel: 217 548 000 - Fas: 217 548 215 03

TARRO

CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO LISBOA NORTE, EPE





- 5.3 Autorizar a reafectação interna de profissionais mediante mobilidade entre as várias áreas:
- 5.4 Aprovar o plano anual de férias dos trabalhadores e quaisquer alterações a ele referentes, autorizar o gozo de férias antes da sua aprovação e a acumulação de férias por razões imperiosas ou imprevistas;
- 5.5 Autorizar as Comissões Gratuítas de Serviço;
- 5.6 Autorizar a formação profissional, a realização de estágios, congressos ou iniciativas semelhantes, outorgando os respetivos instrumentos de execução;
- 5.7 Decidir sobre os pedidos de concessão do estatuto de trabalhador-estudante;
- 5.8 Autorizar a participação de trabalhadores em júris de concursos noutras instituições;
- 5.9 Homologar classificações de serviço e avaliações de desempenho nos termos da legislação aplicável;
- 5.10 Ordenar a destruição de documentos insertos em processos de concursos;
- 5.11 Assinar a correspondência e expedição necessárias, no âmbito das competências acima delegadas;
- 5.12 Tomar conhecimento e determinar as medidas adequadas, sobre queixas e reclamações apresentadas pelos utentes, de natureza assistencial.

II - Ficam os membros do Conselho de Administração autorizados a subdelegar as competências acima delegadas no pessoal dirigente e de chefia que deles depende, nos termos do disposto no artigo 46.º do novo Código de Procedimento Administrativo e no n.º 3 do artigo 7.º dos Estatutos publicados como Anexo II do Decreto-lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro, das mesmas devendo ser dado conhecimento ao Conselho de Administração, trimestralmente, mediante a apresentação de uma listagem dos despachos proferidos ao abrigo da presente delegação.

III – As competências acima delegadas compreendem os poderes para representar o CHULN na outorga dos respetivos contratos, quando a estes houver lugar, nos termos do disposto nos artigos 12.º e 7.º n.º 3 dos Estatutos EPE, publicados como Anexo II ao Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro.

ADMINISTRAÇÃO

Av. Frofesor Egas Moniz 1849-035 LISBOA Tel: 217-805-000 - Fax: 217-805-610 www.chir.pt

8

Alameda das Listras de Torres, 117 1769-001 LISBOA. Tel: 217 548 000 – Pax: 217 549 215 www.chin.pt

MARS







IV - A presente deliberação produz efeitos desde o dia 17 de maio de 2019, ficando por este meio ratificados todos os atos praticados no âmbito das competências ora delegadas, nos termos do disposto no artigo 164.º do Código do Procedimento Administrativo.

23 de maio de 2019

PRESENTE À SESSÃO DO
C.A. DE 3.3 / 0.1 / 2.1.5

G Presidente
De la 2.1.5

G Presidente
De la 2.1.5

G Presidente
De la 2.1.5

G Presidente
Labordea Routo
A Eni. Obretore
Ann. Paulo Fernancies
ATA N. 0.1

ZKN1



Anexo 5 Declarações a que se refere o artigo 52° do RJSPE

M) MK

CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITARIO LISBOA NORTE EPE





DECLARAÇÃO DE INDEPENDÊNCIA

(artigo 51º do Decreto Lei nº 133/2013, de 3 de outubro)

Eu Joaquim Daniel Lopes Perros, 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 nº 133/2013 ou em outra legislação aplicável.

Lisboa, 24 de maio de 2019

Dan el Ferro

Presidente do Conselho de Administração

ADMINISTRAÇÃO

Av Professor Egas Moniz 1649-035 LISBOA Yel: 217 805 000 ~ Fax: 217 805 610

www.chin.pt

Alameda das Linhas de Torres. 117 1769-001 LISBOA Tel: 217 548 000 - Fax: 217 548 215

www.chin.pt

3 TH

CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO LISBOA NORTE, EPI





DECLARAÇÃO DE INDEPENDÊNCIA

(artigo 51º do Decreto-Lei nº 133/2013, de 3 de outubro)

Eu. Luís Filipe Pereira dos Santos Pinheiro, 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 nº 133/2013 ou em outra legislação aplicável.

Lisboa, 24 de maio de 2019

Luis dos Santos Pinheiro

Diretor Clínico

ADMIN STRAÇAD

Av. Professor Egas Moniz 1649-035 LISBOA Tel: 217 805 000 -- Fax: 217 805 610

www.chln.pi

Atameda das Linhas de Tostes, 117 1769-001 LISBOA Tel: 217 548 000 ~ Faix 217 548 215

www.chln.pt

12) LK







DECLARAÇÃO DE INDEPENDÊNCIA

(artigo 51º do Decreto-Lei nº 133/2013, de 3 de outubro)

Eu. Ana Paula Días Costa Fernandes, 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 nº 133/2013 ou em outra legislação aplicável.

Lisboa, 24 de maio de 2019

Ana Paula Fernandes

Enfermeira Diretora



Av. Professor Egas Monta. 1649-035 LISBOA. Tel: 217 805 000 ~ Fax. 217 805 610

www.chln.pt

Alameda das Lamas de Torres, 117 1769-001 LISBOA Tel: 217 548 000 - Fax: 217 548 215

www.chin.pe



CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO 11SBOA NORTE, EPF





DECLARAÇÃO DE INDEPENDÊNCIA

(artigo 51º co Devicto-Lei nº 133/2013, de 3 de outubro)

Eu. Maria de Lourdes Caixaria Bastos, 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 nº 133/2013 ou em outra legislação aplicável.

Lisboa, 24 de maio de 2019

Maria de Lourdes Bastos Vogal do Conselho de Administração



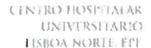
Aw Professor Egas Moniz 1649-035 LISBOA Tel: 217 805 000 - Fax 217 805 610

www.chin.pt

Alameda das Linhas da Torres, 117 1769-001 LISBOA Tel: 217 548 000 - Fax: 217 548 215

www.chin.pl

Jes J







DECLARAÇÃO DE INDEPENDÊNCIA

(artigo 514 do Decreto-Lei nº 133/2013, de 3 de outubro)

Eu. Pedro de Andrade Pais Pinto dos Reis, 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 nº 133/2013 ou em outra regislação aplicável

Lisboa, 24 de maio de 2019

Pedro Reis

Vogal do Conselho de Administração



Av. Professor Egas Moniz 1649-035 LISBOA Tet 217 805 000 - Fax. 217 805 610

www.chin.pt

Alameda das Linhas da Tozas, 117 1789-001 LISBOA Tel 217 548 000 - Fax 217 548 215

www.chin.el



Anexo 6

Ata ou extrato da ata da reunião do órgão de administração em que haja sido deliberada a aprovação do RGS 2020

12-)

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, E. P. E.

Relatório do Governo Societário 2020

102

of the

Anexo 7

Relatório do órgão de fiscalização a que se refere o nº2 d6 artigo 54º do RJSPE

MA 9

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, E. P. E.

Relatório do Governo Societário 2020

104



Anexo 8

Extrato da ata da reunião de Conselho de Administração com a aprovação do Relatório e Contas de 2019

12)

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, E. P. E.

Relatório do Governo Societário 2020

106



Anexo 9

12-NK



RGS – Quadro Síntese

	The quality of the second of t			
	ORIENTAÇÃO	PÁGINA	CUMPRE (S/N/NA)	Observações
1	Síntese			
1,	Menção às alterações mais significativas em matéria de Boas Práticas de Governo Societário adotadas em 2019	5	S	
П	Missão, Objetivos e Politicas			
1.	Indicação da missão e da forma como é prosseguida, assim como a visão e os valores que orientam a empresa			
	a) Indicação da missão e da forma como é prosseguida	7	S	
	b) Indicação da visão que orienta a empresa	7	S	
	c) Indicação dos valores que orientam a empresa	7	S	
2.	Indicação de políticas e linhas de ação desencadeadas no âmbito da estratégia definida, designadamente:			
	 a) Objetivos e resultados definidos pelos acionistas relativos ao desenvolvimento da atividade empresarial a alcançar em cada ano e triénio, em especial os económicos e financeiros 	8	S	
	b) Grau de cumprimento dos mesmos, assim como a justificação dos desvios verificados e as medidas de correção aplicadas ou a aplicar	10	S	
3.	Indicação dos fatores chave de que dependem os resultados da empresa	13	S	
4.	Evidenciação da atuação em conformidade com as orientações definidas pelos ministérios sectoriais, designadamente as relativas à política sectorial a prosseguir, às orientações específicas a cada empresa, aos objetivos a alcançar no exercício da atividade operacional e ao nível de serviço público e prestar pela empresa	13	S	
111	Estrutura de Capital			
1.	Divulgação da estrutura de capital	14	S	
2.	Identificação de eventuais limitações à titularidade e/ou transmissibilidade das ações	14	NA	
3.	Informação sobre a existência de acordos parassociais que sejam do conhecimento da sociedade e possam conduzir a eventuais restrições	14	NA	
IV	Participações Sociais e Obrigações detidas			
1.	Identificação das pessoas singulares (órgãos sociais) e/ou coletivas (Empresa) que, direta ou indiretamente, são titulares de participações qualificadas noutras entidades, com indicação detalhada da percentagem de capital e de votos imputáveis, bem como da fonte e da causa de imputação	14	NA	
2.	Explicitação da aquisição e alienação de participações sociais, bem como a participação em quaisquer entidades de natureza associativa ou fundacional	14	NA	
3.	Indicação sobre o número de ações e obrigações detidas por membros dos órgãos de administração e de fiscalização	14	NA	
4.	Informação sobre a existência de relações de natureza comercial entre os titulares de participações e a sociedade	15	NA	
V	Órgãos Sociais e Comissões			
A	Modelo de Governo	-		
1.	Identificação do modelo de governo adotado	15	S	
В	Mesa da Assembleia Geral			O CHILIN ~~~ +~
1.	Composição da mesa da assembleia geral	15	NA	O CHULN não tem mesa da assembleia geral.
	\sim			~

J. J.



K		ORIENTAÇÃO	PÁGINA	CUMPRE (S/N/NA)	Observações
2.	Identific	ação das deliberações acionistas	15	NA	
C	Admini	tração e Supervisão			
1.		o das regras estatutárias sobre procedimentos aplicáveis à nomeação e ção dos membros do Conselho de Administração	16	S	
2.	Compos	ição, duração do mandato, número de membros efetivos	16	S	
3.		o dos membros executivos e não executivos do CA e identificação dos membros em ser considerados independentes	17	S	O CULN não tem membros não executivos.
4.	Element	os curriculares relevantes de cada um dos membros do CA	17	S	cf. resolução CM n.º 82/2019 de 24 de Maio de 2019
5.	que dete	Declaração de cada um dos membros, de quaisquer participações patrimoniais enham na empresa	24	S	
6.		familiares, profissionais ou comerciais, habituais e significativas, dos membros do acionistas a quem seja imputável participação qualificada superior a 2% dos de voto	24	NA	Não são conhecidas.
7,	Organog órgãos s	ramas ou mapas funcionais relativos à repartição de competências entre os vários ociais	25	s	
8.		zação do funcionamento do Conselho de Administração, do Conselho Geral e de ão e do Conselho de Administração Executivo, indicando designadamente:			O CHULNC não tem comissões no órgão de adm. ou superv.
	a)	Número de reuniões realizadas e grau de assiduidade de cada membro às reuniões realizadas;	27/28	S	
	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, apresentados segundo o formato indicado;	28	S	
	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;	28	S	Não possui
	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.	28	S	
D.	Fiscaliza	ção			
1.	indicação	eção do órgão de fiscalização correspondente ao modelo adotado e composição, o do número estatutário mínimo e máximo de membros, duração do mandato, de membros efetivos e suplentes.	29	S	O CHULN não tem
2.	Identifica	ıção dos membros da Fiscalização	30	S	órgão de fiscalização
3.	Elemento	os curriculares relevantes de cada um dos membros.	30/31	S	•
4.	Funciona	mento da fiscalização.	32	S	
E.	Revisor	Oficial de Contas			
1.		ção do ROC, SROC.	33	S	
2.		o das limitações, legais.	33	S	
3.		o do número de anos em que a SROC e/ou ROC exerce funções consecutivamente sociedade/grupo.	33	S	
4.		o de outros serviços prestados pelo SROC à sociedade.	33	NA	
G.	Auditor				
1.	Identifica	ção.	34	NA	



	ORIENTAÇÃO	PÁGINA	CUMPRE (S/N/NA)	Observações
2.	Política e periodicidade da rotação.	34	NA	O CHULN não tem
3.	Identificação de trabalhos, distintos dos de auditoria, realizados.	34	NA	auditor externo
4.	Indicação do montante da remuneração anual paga.	34	NA	
VI	Organização Interna			
A.	Estatutos e Comunicações			
1.	Alteração dos estatutos da sociedade - Regras aplicáveis	34	S	
2.	Comunicação de irregularidades.	35	S	
3.	Indicação das políticas, antifraude.	35	S	
В.	Controlo interno e gestão de riscos			
1.	Informação sobre a existência de um sistema de controlo interno (SCI).	35	S	
2.	Pessoas, órgãos ou comissões responsáveis pela auditoria interna e/ou SCI.	36	S	
3.	Principais medidas adotadas na política de risco.	36	S	
4.	Relações de dependência hierárquica e/ou funcional.	37	S	
5.	Outras áreas funcionais com competências no controlo de riscos.	37	S	
6.	Identificação dos principais tipos de riscos.	37	S	
7.	Descrição do processo de identificação, avaliação, acompanhamento, controlo, gestão e mitigação de riscos.	38	S	
8.	Elementos do SCI e de gestão de risco implementados na sociedade.	38	S	
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 do sítio da entidade onde estes elementos se encontram disponíveis para consulta.	30	S	
2.	Referência à existência de um código de ética, com a data da última atualização, que contemple exigentes comportamentos éticos e deontológicos.	40	S	
3.	Referência à existência do Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PGRCIC) para prevenir fraudes internas (cometida por um Colaborador ou Fornecedor de Serviços) e externas (cometida por Clientes ou Terceiros), assim como a identificação das ocorrências e as medidas tomadas para a sua mitigação.	41	S	
D.	Deveres especiais de informação			
1.	Indicação da plataforma utilizada para cumprimento dos deveres de informação			
	 a) Prestação de garantias financeiras ou assunção de dívidas ou passivos de outras entidades, mesmo nos casos em que assumam organização de grupo; 	71	NA	
	 Grau de execução dos objetivos fixados, justificação dos desvios verificados e indicação de medidas de correção aplicadas ou a aplicar; 	71	S	
	 Planos de atividades e orçamento, anuais e plurianuais, incluindo os planos de investimento e as fontes de financiamento; 	771	S	
	d) Orçamento anual e plurianual;	41	S	
	e) Documentos anuais de prestação de contas;	42	S	
	 Relatórios trimestrais de execução orçamental acompanhados dos relatórios do órgão de fiscalização. 	76	S	
2.		42	S	
E.				
1.		42	S	
F.	Prestação de Serviço Público ou de Interesse Geral			
1.	Referência ao contrato celebrado	43	S	





	ORIENTAÇÃO	PÁGINA	CUMPRE (S/N/NA)	Observações
2.	Exposição das propostas de contratualização da prestação de serviço público apresentadas ao titular da função acionista e ao membro do governo responsável pelo respetivo setor de atividade			
	 a) Associação de metas quantitativas a custos permanentemente auditáveis; 	43	S	
	b) Modelo de financiamento, prevendo penalizações em caso de	43	S	
	incumprimento; c) Critérios de avaliação e revisão contratuais;	43		
Vπ	Remunerações	43	S	
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	44	S	
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)	44	S	
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	44	S	
B.	Comissão de Fixação de Remunerações			
	Composição.	44	NA	O CHULN não tem comissão de fixação de remunerações.
C.	Estrutura das Remunerações			
1.	Política de remuneração dos órgãos de administração e de fiscalização.	45	S	Aplica-se o estatuto do gestor público.
2.	Informação sobre o modo como a remuneração é estruturada.	45	S	n.a.
3.	Componente variável da remuneração e critérios de atribuição.	45	NA	Não existe componente variável da
4.	Diferimento do pagamento da componente variável.	45	NA	remuneração. n.a.
5.	Parâmetros e fundamentos para atribuição de prémio.	45	NA	n.a.
6.	Regimes complementares de pensões.	45	NA	
) .	Divulgação das Remunerações			
1.	Indicação do montante anual da remuneração auferida.	46	S	
2.	Montantes pagos, por outras sociedades em relação de domínio ou de grupo.	47	NA	
3.	Remuneração paga sob a forma de participação nos lucros e/ou prémios.	47	NA	
4.	Indemnizações pagas a ex-administradores executivos.	47	NA	Não foram pagas indeminizações.
5.	Indicação do montante anual da remuneração auferida do órgão de fiscalização da sociedade.	47	S	
6.	Indicação da remuneração anual da mesa da assembleia geral.	47	NA	
ш	Transações com partes Relacionadas e Outras			
1,	Mecanismos implementados para controlo de transações com partes relacionadas.	47	S	
	Informação sobre outras transações.	48	S	
x	Análise de sustentabilidade da empresa nos dominios económicos, social e ambiental	PL 7 - I		100

My n

i	ORIENTAÇÃO	PÁGINA	CUMPRE (S/N/NA)	Observações
2.	Políticas prosseguidas.	49	S	
3.	Forma de cumprimento dos princípios inerentes a uma adequada ga	estão empresarial:		
	a) Responsabilidade social;	49	S	
	b) Responsabilidade ambiental;	52	S	
	 Adoção de planos de igualdade tendentes a alcançar uma tratamento e de oportunidades entre homens e mulheres; 	efetiva igualdade de 55	S	
	d) Referência a medidas concretas no que respeita ao Princ Género;	ípio da Igualdade do 55	S	
	 e) Identificação das políticas de recursos humanos definidas p devem ser orientadas para a valorização do indivíduo; 	ela entidade, as quais 55	S	
	f) Responsabilidade económica.	56	S	
Х	Avaliação do Governo Societário			
1.	Cumprimento das Recomendações	61	S	
2.	Outras informações	61	S	O CHULN não tem outras informações a prestar.
XI	Anexos			
1.	Ata ou extrato da ata da reunião do órgão de administração em qu a aprovação do RGS 2019	e haja sido deliberada 62	S	
2.	Relatório do órgão de fiscalização a que se refere o n.º 2 do artigo ! 133/2013, de 3 de outubro (2018)	02	S	
3.	outubro		S	
4.	Ata da reunião da Assembleia Geral para aprovação de contas de extrato da ata da reunião do órgão de administração em que haprovação de prestação de contas de exercício 2018	exercício 2018. Ata ou naja sido deliberada a	NA/S	Não existe Assembleia Geral aprovada pelo CA
5.	Nomeação do CA (RCM X/20XX)		S	
6.	Plano de Gestão de Risco de Corrupção e Infrações Conexas		S	

