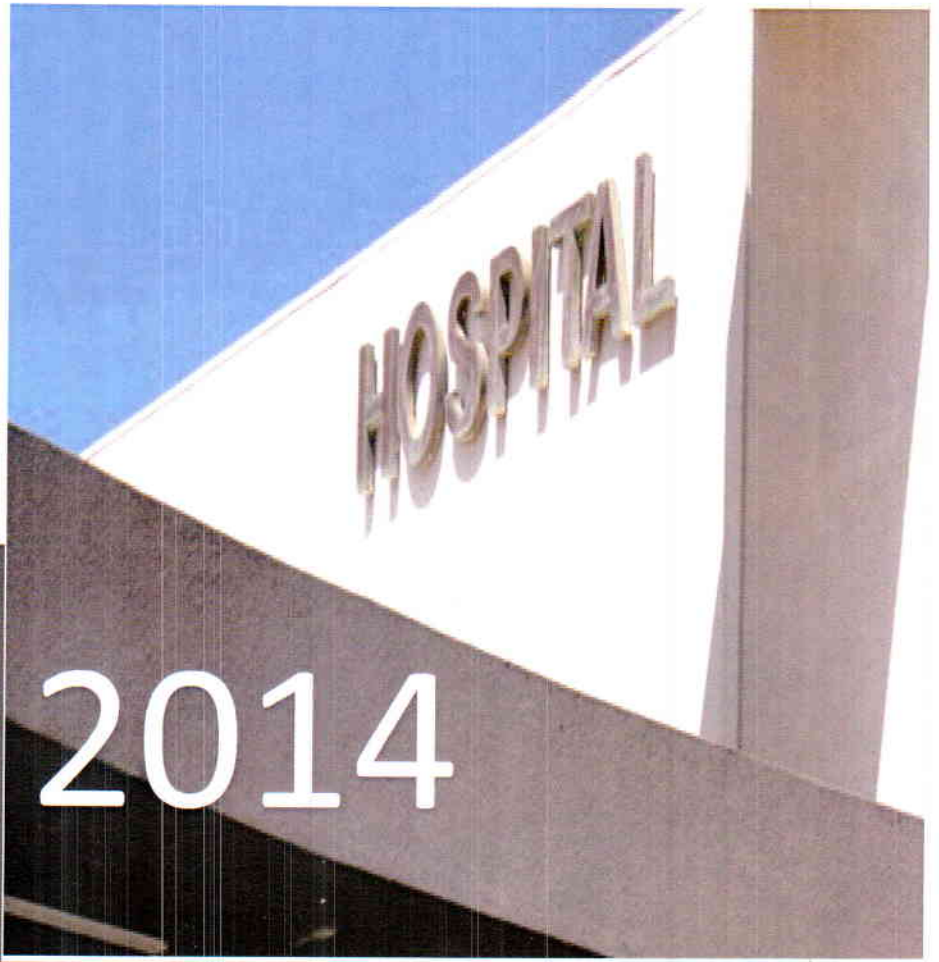


**Relatório
de
Execução**

2014



**Relatório Anual de Execução do Plano de
Gestão de Riscos de Corrupção e Infracções
Conexas 2014**

**Centro Hospitalar
Póvoa de Varzim – Vila do Conde, EPE**

Póvoa de Varzim, 31 de Março de 2015

ÍNDICE

I – INTRODUÇÃO	3
II - ESTRUTURA ORGÂNICA E CONTROLO INTERNO	4
a. Organigrama da Instituição.....	4
b. Órgãos Sociais.....	5
III - RESPONSABILIDADES DE ACOMPANHAMENTO, EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO DO PLANO	8
IV - PLANO DE AUDITORIA INTERNA.....	10
V – CONLITO DE INTERESSES	12
VI – MONITORIZAÇÃO DO PLANO	15
a. Identificação dos Riscos	15
b. Monitorização dos Processos.....	16
VII – CONCLUSÃO	18

7.

I – INTRODUÇÃO

A Lei n.º 54/2008, de 4 de Setembro criou o Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC), entidade administrativa independente a funcionar junto do Tribunal de Contas, tendo por objeto o desenvolvimento de uma atividade de âmbito nacional no domínio da prevenção da corrupção e infrações conexas. As entidades públicas, organismos, serviços e agentes da administração central, bem como as entidades do setor público empresarial devem prestar colaboração ao CPC, facultando-lhes as informações por este solicitadas no domínio das suas atribuições e competências.

Nestes termos, o Conselho de Prevenção da Corrupção deliberou, através da Recomendação n.º 1/2009, de 1 de Julho, que os órgãos dirigentes máximos das entidades gestores de dinheiro, valores ou património públicos devem elaborar planos de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas, sendo estes planos sujeitos a acompanhamento mediante a elaboração de um relatório sobre a sua execução. Consequentemente, o Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE (CHPVVC) elaborou, em 2011, o seu Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas.

Nesse sentido, e tendo em conta o Plano de 2011, foi efetuada a sua monitorização, tendo como objetivo analisar e avaliar em que medida o preconizado está a ser implementado e aferir da necessidade da sua revisão.

n.

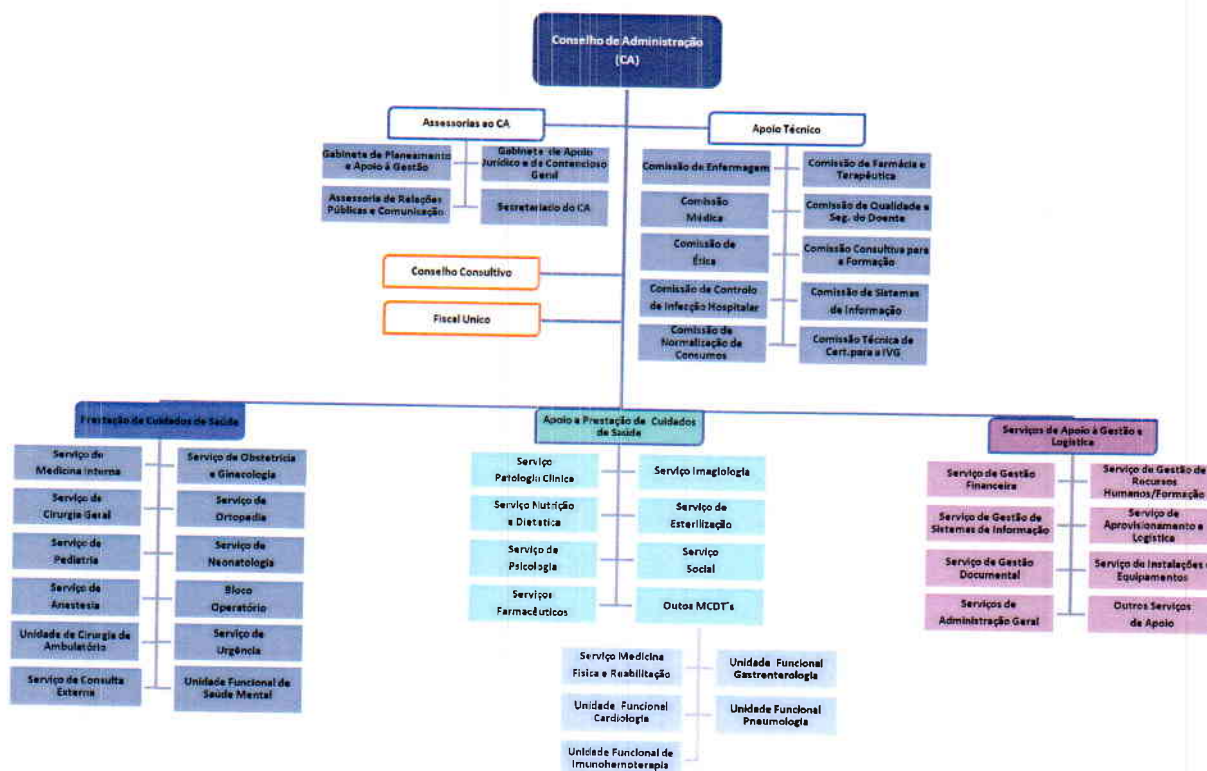
II - ESTRUTURA ORGÂNICA E CONTROLO INTERNO

A estrutura funcional do CH assenta, no âmbito da lei, no seu Regulamento Interno que consubstancia a sua Missão, no seu Organograma, Órgãos Sociais Dirigentes, Diretores de Serviços de ação médica e de Apoio, Órgãos de staff e comissões de Apoio Técnico, conforme se expõe: Regulamento Interno e Organigrama.

7.

a. Organigrama da Instituição

O Decreto-Lei n.º 326/2007, de 28 de Setembro, que institucionalizou o Centro Hospitalar, prevê a elaboração do Regulamento Interno da entidade e do qual é parte integrante o Organigrama da instituição. Pela análise do mesmo, verificamos que o Centro Hospitalar, se encontra organizado em três áreas distintas: Serviços de prestação de cuidados de saúde; Serviços de apoio à prestação de cuidados de saúde e Serviços de apoio à gestão e logística.



b. Órgãos Sociais

O Conselho de Administração¹, nomeado a 18 de Maio de 2012, foi constituído pelos seguintes elementos:

Presidente do Conselho de Administração

- Dr. Henrique Capelas

Vogais

- Dr. Manuel Carvalho
- Dr. Pedro Monteiro
- Diretor Clínico Dr. Gil da Costa
- Enfermeira Diretora Clárisse Milhares

Fiscal Único

- Dr. João Araújo

O tempo de mandato, regime de exercício de funções e as competências do fiscal único, são os constantes dos artigos 15º e 16º dos Estatutos, constantes do Anexo II ao Decreto-Lei nº 233/2005, de 29.12.

Conselho Consultivo

A composição, os mandatos, as competências e o funcionamento do Conselho Consultivo são os constantes dos artigos 18º; 19º e 20º dos Estatutos constantes do Anexo II do Decreto-Lei nº 233/2005, de 29 de Dezembro.

Órgãos de Apoio Técnico

Para atuação em matérias especializadas de interesse comum, o Centro Hospitalar constitui as Comissões permanentes de apoio técnico indicadas nos artigos 17º a 28º do regulamento interno. As comissões de apoio técnico são órgãos de carácter consultivo.

¹ À data da elaboração do presente Relatório o Conselho de Administração em funções, nomeado a 19 de Março de 2015 pela Resolução nº 17/2015 é composto pelo seguintes elementos: José Manuel Cardoso, Manuel Basto Carvalho, Pedro Pinto Monteiro, Joaquim Monteiro Silva e Maria Isabel Silva Alves Rocha Macedo

Nos termos previstos no Regulamento interno, são Órgãos de apoio técnico do Centro Hospitalar, no respetivo âmbito de atuação:

- Comissão de farmácia e terapêutica
- Comissão de ética
- Comissão de coordenação oncológica
- Comissão de qualidade e segurança do doente
- Comissão de controlo de infeção hospitalar
- Comissão técnica de certificação para a interrupção voluntária da gravidez
- Comissão de sistemas de informação
- Comissão consultiva para a formação
- Comissão médica
- Comissão de enfermagem

Serviços de Apoio à Gestão e Logística

Nos termos previstos no Regulamento interno do Centro Hospitalar, são Serviços de Apoio à Gestão e Logística, os seguintes:

- Serviço de gestão financeira
- Serviço de gestão de recursos humanos
- Serviço de gestão documental
- Serviço de gestão de sistemas de informação
- Serviço de planeamento e apoio à gestão
- Serviço de apoio jurídico e de contencioso geral
- Serviço de aprovisionamento e logística
- Serviço de instalações e equipamentos
- Serviços hoteleiros
- Serviço de administração geral
- Serviço de Auditoria Interna
- Assessoria de relações públicas e comunicação
- Secretariado do CA

7.

A atividade de Auditoria Interna nas organizações hospitalares está prevista e as suas competências descritas, em especial no artigo 17º dos estatutos dos hospitais e centros hospitalares de natureza empresarial integrados no SNS, aprovados pelo Decreto-Lei nº 233/2005, de 29 de dezembro, alterado, entre outros, pelos Decreto-Lei nº. 244/2012, de 9 de novembro e mais recentemente republicado pelo Decreto-Lei nº.12/2015, de 26 de janeiro.

O Serviço de Auditoria Interna está previsto no regulamento interno do Centro Hospitalar e as suas competências têm o enquadramento legal previsto nos supra referidos documentos legais e no respetivo regulamento que enquadra internamente a função.

A definição da função de auditoria interna no centro hospitalar, foi elaborada tendo em consideração o enquadramento internacional de práticas profissionais de auditoria interna, bem como, as orientações e o manual de auditoria interna disponibilizado pela ACSS, IP.

A ACSS, IP, definiu a missão da Auditoria Interna como aquela que se caracteriza por apoiar a organização na identificação e avaliação do risco, estabelecimento de controlos e recomendações para melhorar a governação.

Foi assim, seguindo esta linha de orientação que foram planeadas as ações de auditoria interna no respetivo plano anual, tendo por base a avaliação dos processos de maior grau de risco para a instituição, em especial, os que apresentam maior impacto na sustentabilidade financeira do centro hospitalar, no sentido de assegurar o alinhamento do esforço de controlo com as grandes linhas de política do Ministério da Saúde, que têm por objetivo a redução da despesa, de acordo com a instrução nº.1/2014 do GCCI (Grupo Coordenador do Sistema de Controlo Interno do Ministério da Saúde).

7.

III - RESPONSABILIDADES DE ACOMPANHAMENTO, EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO DO PLANO

D.

Para funcionar de forma eficaz o processo de gestão e prevenção de riscos exige o empenho dos membros do Conselho de Administração, a atribuição de responsabilidades dentro da Instituição, bem como a atribuição de recursos adequados para a formação e o desenvolvimento de uma sensibilização ao risco de corrupção e infrações conexas.

Deste modo, cabe ao Conselho de Administração a responsabilidade global pelo Plano e sua execução, ou seja, a responsabilidade de definir a direção estratégica e os critérios de gestão do risco, e criar o ambiente para que a gestão dos riscos funcione de forma eficaz.

Aos responsáveis dos serviços, unidades e gabinetes cabe a responsabilidade de cumprir o Plano na respetiva parte, de identificar, recolher e comunicar ao Conselho de Administração as probabilidades de ocorrência do risco e a respetiva gravidade, responsabilizando-se pela implementação e eficácia das medidas de controlo interno de forma a mitigar o risco nas suas áreas de atuação.

O Serviço de Auditoria tem um papel importante na implementação do Plano de Prevenção, dando apoio e participando de forma ativa no processo de gestão do risco, e acompanhando a execução das medidas do Plano e na elaboração do respetivo relatório anual de execução do Plano.

Adicionalmente a Auditoria Interna focaliza a sua ação na avaliação e melhoria da eficácia dos processos de gestão de risco, de controlo e governação.,

A natureza do Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE, enquanto entidade pública empresarial, torna ainda mais premente a exigência de rigor e transparência na sua atuação, conferindo a todos os que nela trabalham ou que com ela se relacionem uma responsabilidade acrescida no seu desempenho e na sua conduta.

Neste âmbito deve-se referir a existência de um Código de Ética, criado com o objetivo de estabelecer um conjunto de princípios de orientação da atividade do Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE.

O Código de Ética determina, ainda, um conjunto de regras de natureza ética e deontológica a observar por todos os profissionais do Centro Hospitalar no desempenho das respetivas funções e competências, com elevado padrão de qualidade, em linha com a missão, os valores e os objetivos da Instituição, e que se traduzem na prestação de cuidados de saúde de qualidade, integrados e continuados, a todos os utentes.

A aplicação do Código e a sua observância e em paralelo com a aplicação de outros códigos e manuais relativos a normas de condutas específicos para determinadas funções, atividades e/ou grupos profissionais, da Carta Ética da Administração Pública e da Carta Deontológica do Serviço Público, cujos contributos se encontram plasmados no Código.

O código de Ética encontra-se disponível em: www.chpvvc.pt; Link: [http://www.chpvvc.pt/pdf/publicacao/geral/Codigo de Etica.pdf](http://www.chpvvc.pt/pdf/publicacao/geral/Codigo_de_Etica.pdf)

A supervisão externa da atividade desenvolvida pelo Centro Hospitalar é realizada por organismos da tutela setorial como o Ministério da Saúde, Administração Regional de Saúde do Norte (ARS Norte), e Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ASCSS); por organismos da tutela financeira como o Ministério das Finanças e pelo Tribunal de Contas.

Nos termos do disposto no Despacho nº 14277/2008, de 23 de Maio, a empresa cumpriu os deveres de prestação de informação à Inspeção-geral de Finanças e à Direção-geral do Tesouro e Finanças, por via do Sistema de Recolha de Informação Económica e Financeira (SIRIEF).

IV - PLANO DE AUDITORIA INTERNA

n.

Anualmente é elaborado o plano das atividades a desenvolver pelo serviço de auditoria interna, nos termos do disposto na alínea c) do nº.2 do artigo 17º do Decreto-Lei nº. 233/2005, de 29 de dezembro, na redação atual republicado pelo Decreto-Lei nº.12/2015, de 26 de janeiro.

O Plano Anual de Auditoria Interna aprovado para o ano de 2014, procurou documentar e orientar a avaliação de alguns fluxos de processamento de operações essenciais na atividade do centro hospitalar, bem como, abranger matérias que se inserem nas prioridades de atuação do Ministério da Saúde.

No concreto, procurou-se seguir as instruções e recomendações do Grupo Coordenador do Sistema de Controlo Interno do Ministério da Saúde, que de acordo com o Despacho nº.6447/2012, de 15 de maio, emitido pelo Senhor Ministro da Saúde, tem como objetivo prioritário concertar as entidades com intervenção na auditoria e controlo interno do Ministério, no sentido de alinhar o esforço de controlo com as grandes linhas de política que têm por objetivo a redução da despesa.

Considerando o contexto vivido pela instituição e o enquadramento macro já salientado, que aponta por objetivo a redução da despesa, como vetor para a sustentabilidade do SNS, os objetivos planeados para as ações de auditoria passaram necessariamente pelo contributo para o esforço de controlo da sustentabilidade do centro hospitalar.

Nesta medida, foram identificados no Plano Anual de Auditoria Interna, alguns dos riscos que poderão estar na génese de potenciais ineficiências, focados primordialmente em contribuir para o esforço de controlo da sustentabilidade económico-financeira do centro hospitalar, que se apresenta como o risco maior para a instituição.

O Plano Anual de Auditoria Interna de 2014 incidiu assim sobre áreas determinantes da receita, tais como, o acompanhamento do processo de execução dos objetivos de qualidade e eficiência (indicadores de desempenho) e das linhas de produção acordadas no contrato programa/acordo modificativo celebrado pelo centro

hospitalar, em especial no caso da linha de produção que teve uma execução mais aquém do valor contratualizado, no caso os GDH(s) cirúrgicos de ambulatório.

Por outro lado, o acompanhamento de auditorias anteriores permitiram avaliar as melhorias obtidas com a implementação parcial das recomendações aprovadas. Importará sobretudo manter o seu valor, fazendo assegurar a implementação de todas as recomendações sugeridas, em alinhamento com a estratégia do CHPVVC, EPE.

7.

V – CONFLITO DE INTERESSES

n.

O Conselho de Prevenção da Corrupção emitiu a Recomendação n.º 5/2012, de 7 de Novembro, dirigida a todas as entidades de natureza pública (ainda que constituídas ou regidas pelo direito privado), no sentido de elaborar mecanismos de acompanhamento e de gestão de conflitos de interesses, integrados nos seus planos de prevenção de riscos, os quais devem ser devidamente divulgados dentro da organização.

A par da problemática da corrupção, a matéria da gestão de conflitos de interesses é um tema atual de enorme relevância nas relações entre os cidadãos e as entidades públicas, pelo que o seu tratamento adequado promove uma cultura de integridade e transparência, com todos os benefícios resultantes para a gestão Pública.

«O conflito de interesses no setor público pode ser definido como qualquer situação em que um agente público, por força do exercício das suas funções, ou por causa delas, tenha de tomar decisões ou tenha contacto com procedimentos administrativos de qualquer natureza, que possam afetar, ou em que possam estar em causa, interesses particulares, seus ou de terceiros, e que por essa via prejudiquem ou possam prejudicar a isenção e o rigor das decisões administrativas que tenham de ser tomadas, ou que possam suscitar a mera dúvida sobre a isenção e o rigor que são devidos ao exercício de funções públicas.»²

Assim tem adquirido particular relevo na relação entre os cidadãos e o Estado questões como a ética do serviço público, o acesso à informação, a transparência nos procedimentos, bem como a eficiência, eficácia, e economia na atuação da administração.

Neste sentido, o Conselho de Prevenção de Corrupção considera “fundamental reforçar o sentido e alcance das medidas tendentes a uma cultura administrativa de rigor e transparência neste domínio” e recomenda, aos gestores e órgãos de direção

² Recomendação n.º 5/2012, Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC), de 7 de Novembro de 2012

de todas as entidades, que “criem e apliquem nas suas organizações medidas que previnam a ocorrência de conflitos de interesses”.³

Para tal o CPC enumera a título de exemplo um conjunto de medidas, desde as mais gerais, como a elaboração de manuais de boas práticas e códigos de conduta e promoção de uma cultura organizacional na qual impere uma forte intolerância às situações de conflitos de interesses, como as mais concretas, como a identificação de potenciais situações de conflito de interesses relativamente a cada área funcional da organização, caracterização de áreas de risco, nomeadamente as que resultam de situações de acumulação de funções.

Ainda neste âmbito, o CPC sugere a realização de ações de formação profissional de reflexão e sensibilização para este tema, a subscrição pelos profissionais de declarações de inexistência de conflitos, devendo todas estas medidas e ações estarem em consonância com o âmbito e termos do Plano de Prevenção.

No que respeita a este tema, o CHPVVC dispõe de um conjunto de disposições em vários normativos internos que visam prevenir as situações suscetíveis de gerar conflitos de interesses.

Assim, os membros do Conselho de Administração não intervêm nas decisões que envolvam os seus próprios interesses, estando-lhes vedado, pelas normas internas que regulam o funcionamento deste órgão de gestão, votar sobre assuntos em que tenham, direta ou indiretamente, por conta própria ou por terceiro, um interesse em conflito com a empresa.

As normas reguladoras dos procedimentos de despesa e de delegação de competências e o Código de Conduta prevêm também disposições específicas em matéria de prevenção de conflitos, que definem as condutas que devem ser observadas neste domínio.

Salienta-se que o CHPVVC, aprovou, em 2009, o Código de Ética, aplicável a todos os profissionais, onde se prevêm medidas tendo em vista a prevenção de eventuais

³ Recomendação n.º 5/2012

conflitos de interesses na organização, nomeadamente o exposto no ponto 16 do Código.

Além disso, os membros do Conselho de Administração cumpriram a obrigação de apresentação dos elementos a que se refere o ponto 22 dos princípios de Bom Governo, anexo à Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2007, de 28 de Março, à Inspeção Geral de Finanças e ao órgão de administração da empresa.

7.

VI – MONITORIZAÇÃO DO PLANO

a. Identificação dos Riscos

De acordo com a Lei n.º 54/2008, de 4 de Setembro, que cria o CPC, *“são consideradas actividades de risco agravado, designadamente, as que abrangem aquisições de bens e serviços, empreitadas de obras públicas e concessões sem concurso, as permutas de imóveis do Estado com imóveis particulares, as decisões de ordenamento e gestão territorial, bem como quaisquer outras susceptíveis de propiciar informação privilegiada para aquisições pelos agentes que nelas participem ou seus familiares.”*

Por outro lado, de acordo com o preâmbulo da Recomendação 1/2009, de 1 de Julho, *“as áreas da contratação pública e da concessão de benefícios públicos contêm riscos elevados de corrupção que importa prevenir através de planos adequados de prevenção.”*

A metodologia seguida na elaboração do Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas traduziu-se no levantamento das áreas e processos críticos que consistiu na realização de questionário aos responsáveis de serviço e unidades funcionais, elaborado para identificação dos riscos específicos de cada serviço ou unidades, as medidas já adotadas e as que se propõem a adotar como medidas preventivas.

Foram elencados os riscos existentes que poderiam levar ou facilitar a prática de atos de corrupção ou análogos a estes, primeiramente a um nível geral, focalizando-se, depois, em áreas chave de atuação, por âmbito de intervenção, identificando medidas e ações concretas de prevenção da corrupção e infrações conexas.

Com base na informação recolhida e de acordo com as áreas consideradas de risco agravado, consideraram-se as seguintes áreas de risco mais suscetíveis a corrupção, destacando-se em cada uma delas os processos passíveis de comportar maiores riscos de corrupção e outras infrações conexas:

- Serviço de Gestão de Recursos Humanos
- Serviço de Aprovisionamento e de Logística
- Serviço de instalações e Equipamentos

- Serviço de Gestão Financeira
- Serviço de Saúde Ocupacional

b. Monitorização dos Processos

A monitorização do Plano permitiu avaliar a evolução dos fatores de risco, dos processos e da implementação e da eficácia das medidas preventivas instituídas.

O Centro Hospitalar de Póvoa de Varzim e Vila do Conde propôs no seu Plano a implementação de inúmeras medidas preventivas, que conseguiu ao longo dos anos implementar, se não na sua totalidade, pelos menos de forma parcial.

Destaca-se, das medidas preventivas ainda por implementar, no serviço de instalações e equipamentos, e quanto ao risco identificado de *utilização indevida de viaturas do CHPVVC por pessoa não autorizada*, a reorganização do serviço de transportes (comunicação n.º 5/2014 publicado na página da intranet), bem como a elaboração do Regulamento Interno de Utilização de Viaturas e publicado na página de internet do Hospital: <http://www.chpvvc.pt/ver.php?cod=OIOE>

Ainda, na área de gestão do imobilizado, foi implementado um circuito e em uso pelo Serviço de Gestão de Sistemas de Informação, para o abate de material, que se inicia com o pedido, via APP gestão de imobilizado, e posteriormente, pela descrição do item a abater, catalogação com foto, justificação e autorização do abate, culminando com o abate efetivo testemunhado, com autos assinados e arquivados.

No que respeita à área da Produção e Gestão de Utentes está em curso a revisão das Normas dos Transportes de Doentes para a elaboração de um Regulamento.

Quanto ao risco identificado de desvio das taxas moderadoras e às medidas preventivas propostas no Plano, relativamente à revisão do das normas de cobrança e de celeridade no pagamento das taxas moderadoras, o Centro Hospitalar instituiu um procedimento de interpelação aos utentes para pagamento das taxas moderadoras, sendo certo que o Centro Hospitalar aguarda a implementação da aplicação informática denominada SITAM para uma maior celeridade na cobrança das taxas moderadoras.

Desta forma, considera-se o sistema de controlo interno adequado face aos riscos identificados, sendo que os riscos se mantêm, não tendo sido identificados riscos eliminados ou mitigados.

7.

VII – CONCLUSÃO

Da monitorização efetuada ao Plano no ano de 2014, e dado não terem ocorrido alterações às atividades realizadas, à missão e aos objetivos prosseguidos pelo Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE, conclui-se que as medidas de controlo identificadas e definidas se encontram implementadas, considerando-se o sistema de controlo interno adequado aos riscos de corrupção e infrações coxas.

O Plano de Prevenção de Riscos é um instrumento de gestão que permite ao Centro Hospitalar identificar os principais riscos inerentes às diferentes atividades e a forma de prevenção/tratamento.

O Plano é, também, um instrumento central na gestão da estratégia do Centro Hospitalar, pelo que a gestão de riscos deve ser um processo contínuo e em constante desenvolvimento aplicada à estratégia da organização e à implementação dessa mesma estratégia.

Pelo que, decorridos estes anos sobre a elaboração e vigência do Plano, torna-se necessário proceder a uma revisão das medidas de forma a manter atualizado o plano, no que concerne à identificação de novas atividades ou aumento dos riscos já mapeados na anterior versão do Plano.

Entende-se também adequado alterar a metodologia adotada quanto à matriz e graduação do risco constante do Plano, tomando como referência o guião do CPC, o qual estabelece que os riscos devem ser classificados em concordância com uma escala de risco elevado, moderado e fraco., sendo que o grau de risco é definido em função de duas variáveis, a probabilidade de ocorrência das situações que comportam o risco e a gravidade das consequências das infrações que pode suscitar.

Aproveitando, assim, os conhecimentos adquiridos entende-se apropriado proceder à revisão do Plano, tomando em consideração, ainda, a Recomendação n.º 5/2012, de 7 de Novembro do Conselho de Prevenção da Corrupção, de forma a incluir no Plano os mecanismos de gestão de conflitos de interesses.

Pedro Pinto Monteiro

Pedro Pinto Monteiro
Vogal do CA