

# RELATÓRIO DE EXECUÇÃO 2020

## PLANO DE PREVENÇÃO DE RISCOS DE GESTÃO

**(incluindo os riscos de corrupção e infracções conexas)**

Elaborado: Serviço de Auditoria Interna Carlos Lopes	31/03/2021
Aprovado: Conselho de Administração	

Conselho de Administração

Ata n.º 18 de 06 / 05 / 2021

*formal cumprimento*

Presidente CA	Vogal Executivo	Vogal Executivo	Diretora Clínica	Enf.ª Diretora
				
António Barbosa	Luís Moniz	Victor Boucinha	Fátima Figueiredo	Deolinda Vale

## SUMÁRIO

Enquadramento .....	3
Controlo interno .....	4
Monitorização.....	5
Nota final .....	10

### Siglas

CA - Conselho de Administração

CHMA – Centro Hospitalar do Médio Ave

CPC – Conselho de Prevenção da Corrupção

IGAS – Inspeção Geral das Actividades em Saúde

LCPA – Lei dos Compromissos e dos Pagamentos em Atraso

PPRG – Plano de Prevenção de Riscos de Gestão (incluindo os riscos de corrupção e infracções conexas)

RCM - Resolução do Conselho de Ministros

## **Enquadramento**

De acordo com a Recomendação nº 1/2009, de 1 de Julho, do Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC), devem os órgãos dirigentes das entidades gestoras de dinheiros públicos, valores ou património públicos, elaborar planos de gestão de riscos de corrupção e infracções conexas.

Em Julho de 2015, através da Recomendação nº 1/2015, o CPC vem alargar o âmbito do plano e recomenda que as referidas entidades identifiquem de modo exaustivo os riscos de gestão, incluindo os de corrupção, bem como as correspondentes medidas preventivas, reformulando, para o efeito, os planos existentes.

Assim aconteceu em 2017 com a reformulação do plano do CHMA, em acolhimento desta Recomendação do CPC mas também do Despacho nº 851-A/2017, do Gabinete do Ministro da Saúde, no qual se emitem recomendações no âmbito dos procedimentos que mitiguem o risco e previnam a violação dos princípios da transparência, concorrência e prossecução do interesse público e se considera como prioritário o objectivo do incremento da eficiência do SNS através da melhoria dos seus instrumentos de governação, e, essencialmente, com a publicação do Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de Fevereiro, que prevê expressamente que *competete ao Serviço de Auditoria Interna elaborar o plano de gestão de riscos de corrupção e infracções conexas e os respectivos relatórios anuais de execução.*

Neste âmbito o grupo de trabalho<sup>1</sup> constituído com o objectivo de aferir da efectividade, utilidade e eventual alteração das medidas preventivas propostas, efectuou a monitorização do plano que vai reflectir no presente relatório de execução a apresentar ao Conselho de Administração, para aprovação, dando também cumprimento à Recomendação do CPC de 07 de Novembro de 2011 com a inclusão no relatório de uma referência sobre a gestão de conflito de interesses.

---

<sup>1</sup> Formado pelos responsáveis dos serviços das áreas abrangidas, pelo auditor interno e por um membro do conselho de administração.

### **Controlo interno**

De acordo com os princípios do bom governo referidos na RCM nº 49/2007, de 28 de Março, o CHMA tem vindo a ajustar as suas estruturas de administração e fiscalização à sua dimensão e complexidade, em ordem a assegurar eficácia do processo de tomada de decisões e a garantir uma efectiva capacidade de supervisão.

Os órgãos de administração das entidades têm a responsabilidade de desenvolver, implementar e manter um bom sistema de controlo interno que assegure a devida salvaguarda dos activos e das transacções, bem como a qualidade e fiabilidade da informação produzida.

Neste âmbito cabe ao Conselho de Administração (CA) criar e manter um sistema de controlo interno adequado, abrangendo todos os riscos relevantes.

O Serviço de Auditoria Interna é o órgão responsável pela supervisão dos processos, apoia o CA exercendo as suas funções de um modo independente e objectivo. O reporte directo ao CA assegura a independência da função de auditoria interna não tendo, deste modo, nas actividades que exerce, qualquer relação de dependência hierárquica ou funcional com os serviços auditados.

As componentes do controlo interno, transversais aos objectivos e à estrutura da organização, são o ambiente de controlo, a análise de risco, as actividades de controlo, a informação e comunicação e as actividades de monitorização.

O ambiente de controlo é um conjunto de normas, processos e estruturas que providenciam a base para o desenvolvimento do controlo interno de uma organização, sendo a estrutura organizativa, consubstanciada no organograma, que delimita os vários serviços, gabinetes e funções de suporte, atribuindo as respectivas missões e responsabilidades.

Outro dos vectores é a comunicação corporativa, apoiada num conjunto de políticas, procedimentos, de normas de aplicação permanente e de deliberações do CA que permitem a clarificação das instruções, estabelecem níveis de responsabilidade e implementam medidas para avaliação dos processos.

Para além dos procedimentos internos ou externos, das normas de aplicação permanente, da delegação de competências e sistema de autorizações e validação para efectivação das operações, existem também princípios de ética e comportamentais. Neste âmbito o CHMA tem adoptado um Código de Ética, que faz parte do PPRG, que prevê um conjunto de regras e de normas de conduta que derivam directamente da missão, valores e visão do CHMA.

### **Monitorização**

Como foi referido anteriormente, o PPRG foi actualizado em final de 2017 e nesse âmbito, de acordo com o previsto no seu ponto 3., foi nomeada, em 23/01/2018, uma comissão de monitorização do plano<sup>2</sup>, da qual faz parte o auditor interno, com o objectivo de aferir da efectividade, utilidade e eventual alteração das medidas preventivas propostas, e elaborar um relatório de execução anual. Em consequência dos constrangimentos causados ao normal funcionamento da actividade do CHMA pela situação pandémica do COVID 19, não foi realizada nenhuma reunião da comissão.

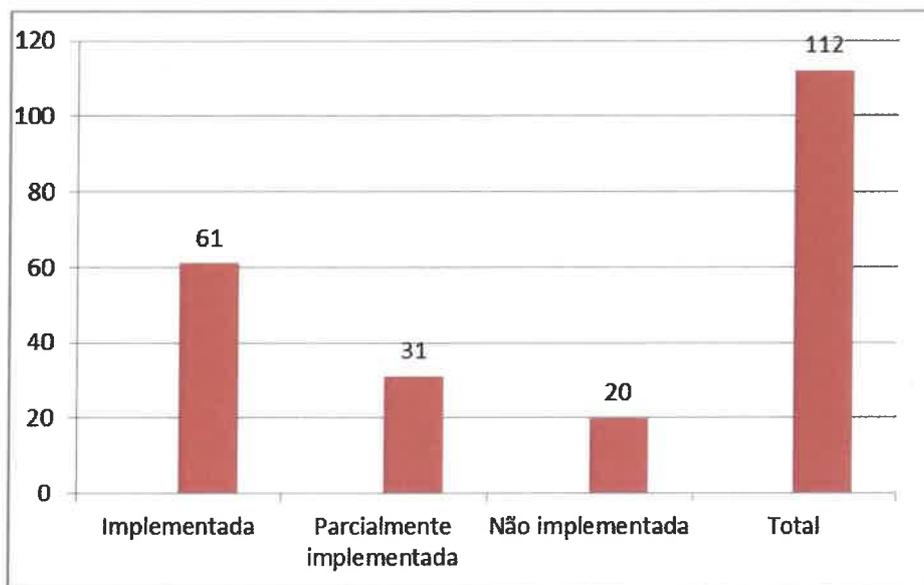
A monitorização do plano ficou assim aquém do desejável, cabendo ao responsável de cada um dos serviços efectuar a implementação dos controlos adequados à mitigação dos riscos identificados.

De acordo com a informação dos responsáveis dos serviços<sup>3</sup> das áreas abrangidas foi possível observar o grau de implementação das medidas preventivas preconizadas no plano, conforme se observa no gráfico seguinte:

---

<sup>2</sup> Por deliberação do CA de 17/2/2021, foi nomeada nova comissão.

<sup>3</sup> Relativamente aos Serviços Financeiros, a informação não foi actualizada em virtude de se aguardar nomeação de Responsável pela Coordenação no âmbito de processo de recrutamento em curso.



A metodologia adoptada para a elaboração do presente relatório, de acordo com o plano e no que se refere ao grau de execução, tomou por base a definição de três níveis de implementação:

- Implementada – significa que o procedimento foi implementado;
- Parcialmente implementada – significa que o procedimento foi executado apenas parcialmente ou não terá sido aplicado na totalidade dos casos;
- Não implementada – significa que o procedimento não foi executado.

Verificou-se que entre as medidas preconizadas, 61 foram implementadas, o que representa uma taxa média de execução de 54,5%, cifrando-se uma taxa de execução por serviço, entre o valor mínimo de 28,6% e a implementação de 66,7% das medidas propostas.

Cerca de 18% das medidas propostas não foram implementadas - em dois casos por ser entendido existir resposta na legislação existente - e cerca de 28% estão em implementação. Uma boa parte das medidas não implementadas e das medidas em implementação, não o são por se verificar uma escassez de recursos humanos para

responder à realização de alguns dos procedimentos previstos, e também por algumas medidas implicarem uma articulação/dependência de outros serviços.

Os constrangimentos à execução do plano, cujas propostas de resolução se encontram parcialmente implementadas ou que, não o tendo sido de todo, sofreram por isso adiamento, serão alvo de nova monitorização de modo a ser assegurada a sua continuidade.

Numa avaliação global considera-se satisfatório o grau de implementação das medidas de controlo interno, considerando que os responsáveis pelas diferentes áreas reconhecem no PPRG um elemento importante para identificarem e mitigarem riscos inerentes às suas actividades.

Em cada uma das áreas e actividades identificadas no plano como áreas de maior risco de gestão, incluindo os riscos de corrupção e infracções conexas, cada um dos responsáveis de serviço apresentaram a respectiva matriz de riscos com informação sobre o grau de execução de cada uma das medidas preventivas propostas, ilustrando o quadro de controlo seguinte algumas das medidas:

Actividade/Função/pr ocesso	Responsáveis	Factor potencial de risco	Aferição do risco	Resposta ao Risco	Grau de Execução	Observações/consideraç ões
				Medidas Preventivas e de Controlo		
Aquisição de bens, serviços ou empreitadas	Serviço de Compras e Património / Restaurantes/Serviços do CHMA	Incorreta estimativa de necessidades	Médio	Envolver os serviços na avaliação das necessidades, para além do histórico registado no SCP	Implementada	
		Não submissão do procedimento à concorrência	Médio	Salvo motivos justificados, realização de ajustes diretos com provedores e vários fornecedores;	Implementada	
		Favorecimento de fornecedores	Médio	Abertura dos procedimentos à categoria, na plataforma eletrónica	Implementada	
		Procedimento concursal com falhas procedimentais	Médio	Diversificação na constituição dos júris;	Parcialmente Implementada	
				Cumprimento das regras constantes no Código dos Públicos;	Implementada	
				Utilização única de critérios de avaliação objetivos;	Implementada	
		Fracionamento de despesa	Médio	Auditorias internas regulares às aquisições;	Implementada	
				Subscrição por todos os membros de júri de declaração de incompatibilidade	Implementada	
		Não cumprimento de todas as obrigações legais	Médio	Diversificação na constituição dos júris;	Parcialmente Implementada	
Comunicação de renovações contratuais sem devida autorização	Médio	Cumprimento das regras constantes no Código dos Contratos Públicos;	Implementada			
Aquisição de materiais não apropriados	Médio	Utilização única de critérios de avaliação objetivos;	Implementada			
Recepção de materiais	Serviço de Compras e Património/ Serviço de Logística e Gestão Hoteleira/ Serviço de Instalações e Equipamentos/ Serviço de Sistemas de Informação e Comunicação	Desconformidades quantitativas e qualitativas entre a aquisição e recepção	Médio	Subscrição por todos os membros de júri de declaração de incompatibilidade	Implementada	
				Implementação de plano anual de compras	Não Implementada	
				Elaboração de pasta partilhada, onde conste toda a informação de cada procedimento, até à publicação em sítio próprio	Implementada	
				Mínuta de proposta de renovação deverá conter data da decisão do Conselho de Administração	Implementada	
Armazenagem	Serviço de Logística e Gestão Hoteleira	Desvio de materiais; Retenção indevida de materiais	Baixo	Constituição de júri com pelo menos um elemento da área	Implementada	
				Segregação de funções entre compra/recepção;	Implementada	
				Monitorização da entrega dos bens/serviços;	Implementada	
Recrutamento de colaboradores	Serviço de Recursos Humanos/Júris Concurso	Favorecimento de candidato; intervenção em processo em situação de impedimento;abuso de poder.	Médio	Comunicação pelo Serviço de Compras e Património das condições de fornecimento acordadas, ao serviço que efetua a recepção;	Implementada	
				Emissão frequente de listagens com Notas de encomenda "Não satisfeitas"	Parcialmente Implementada	
				Realizações de verificações por aleatoriamente/ por amostragem aos armazéns;	Implementada	
				Limitar acesso às zonas de armazenamento;	Parcialmente Implementada	
				Monitorização do controlo interno existente por auditoria interna	Implementada	
				Constituição de júri com número mínimo de 3 elementos;	Implementada	
Processamento remunerações	Serviço de Recursos Humanos	Registo de alterações mensais (faltas, horas extra, remunerações não regulares) não efectuado, ou efectuado de forma errada no RHV	Alto	Diversificação na constituição dos júris;	Parcialmente Implementada	
				Utilização de critérios de avaliação objetivos e de acordo com a lei em vigor para cada carreira;	Implementada	
				Assinatura de declaração de não impedimento ou incompatibilidade, no respeito pelo princípio da isenção;	Não Implementada	
				Implementação de um regulamento de recrutamento;	Não Implementada	
				Revisão regular dos procedimentos PRO.SRH.009 - Manual de Procedimento do SRH e PRO.SRH.010 e PRO.SRH.011	Não Implementada	a)
Procedimentos de Gestão de Recursos Humanos, com respeito pelo princípio da igualdade constante do estatuto das EPE.	Implementada					
Identificação de Utentes	SGD-Secretariados Clínicos	Deficiente recolha/atualização dos dados dos Utentes a pessoas conhecidas, particularmente criando dificuldade de identificação dos indivíduos a quem é prestada assistência	Baixo	Segregação de funções, entre quem efetua a autorização, a comunicação e o registo;	Implementada	
				Monitorização mensal das alterações não efetuadas, ou efetuadas de forma errada;	Implementada	
				Conferência do total de faltas e horas extraordinárias ou outras registadas, por confrontação com o total das processadas constante da folha de vencimentos;	Parcialmente Implementada	b)
				Auditorias regulares ao processamento	Implementada	
Identificação de Utentes	SGD-Secretariados Clínicos	Deficiente recolha/atualização dos dados dos Utentes a pessoas conhecidas, particularmente criando dificuldade de identificação dos indivíduos a quem é prestada assistência	Baixo	Criação de procedimentos que determinem a obrigatoriedade de apresentação de identificação documental para registo de uma admissão ou de regras de cruzamento necessárias a garantir a maior certeza possível na identificação dos indivíduos;	Implementada	Regulamento da Admissão da Consulta Externa
				Criação de um sistema de validação da consulta e atualização da ficha de identificação dos Utentes no RNU aquando os registos de admissão de um episódio assistencial;	Parcialmente Implementada	Identificação utente é feita no SONHO através de função (FS) disponibilizada para o efeito.
				Realização de auditorias que visem identificar falhas de dados de identificação em episódios assistenciais ativos.	Parcialmente Implementada	Extração automática por parte do SPAG para regularização por parte do SGAU

a) A análise a pertença da renovação/atualização dos procedimentos no âmbito darevisão PPRG.

b) Não é possível uma confrontação direta entre o realizado e o processado, contudo são efetuadas conferências ao processamento que permitem minimizar as situações irregulares

Actividade/função/pr ocesso	Responsáveis	Factor potencial de risco	Aferição do risco	Resposta ao Risco	Grau de Execução	Observações/considera ções
				Medidas Preventivas e de Controlo		
Acumulação de funções	CA e dirigentes	Utilização de recursos públicos no exercício da actividade privada	Médio	Obrigatoriedade de apresentação de um pedido de autorização de acumulação de funções nos termos definidos nos artigos 21º a 24 da Lei nº 35/2014, de 20 de Junho.	Implementada	
				Subscrição de declaração em que seja assumido de forma inequívoca que as funções acumuladas não coincidem com as funções que exerce nem colocam em causa a isenção e o rigor que deve pautar a sua acção.	Implementada	
		Comprometimento da isenção e a imparcialidade exigidas para o desempenho de funções públicas	Baixo	Renovação anual do pedido de autorização ou sempre que sufram quaisquer alterações.	Parcialmente implementada	
		Não comprometimento no caso de ocorrência superveniente de conflito de interesses	Baixo	Compromisso do trabalhador cessar de imediato a função de acumulação	Implementada	
		Tratamento privilegiado de familiar, amigo ou alguém interessado na decisão	Médio	Efectuar controlo regular e aleatório dos pedidos de autorização de modo a verificar a sua actualidade e abranhimento.	Não implementada	
Gestão de Tesouraria	Serviços Financeiros	Desvio de fundos	Médio	Contagens periódicas dos Calzes dos Serviços Financeiros, efectuadas pelo Auditor Interno;	Parcialmente implementada	
				Realização de reconciliações bancárias por Colaborador não afeto à tesouraria, com validação periódica pelo Auditor Interno;	Parcialmente implementada	
				Definição de procedimento a efectuar no caso de faltas ou ausências dos colaboradores, principalmente no caso de Circularização periódica dos saldos de terceiros;	Não implementada	
				Reporte mensal dos Serviços Financeiros ao CA sobre a situação económico-financeira e a evolução das contas de receita e despesa do CHMA.	Implementada	
				Análise das antiguidades de saldos a fornecedores;	Parcialmente implementada	c)
Pagamentos	Serviços Financeiros	Pagamentos preferenciais mais célere a determinados fornecedores; Pagamentos em montante superior ao devido.	Baixo	Segregação de funções.	Não implementada	
				Verificar a implementação da obrigatoriedade legal de proceder aos pagamentos por ordem da antiguidade dos saldos, iniciando os pagamentos nos saldos mais antigos;	Implementada	
				Identificar claramente os terceiros que serão exceptuados a esta regra, indicando os prazos de pagamento e o motivo para a atribuição do tratamento diferenciado (por exemplo fornecedores exclusivos de um dado fármaco que cortam o fornecimento caso não se cumpra um prazo de pagamento mais curto, serviços de profissionais médicos prestados por empresas em que se procura garantir aos recursos humanos envolvidos um tratamento idêntico aos trabalhadores do CHMA).	Implementada	
				Procurar obter a maior automatização possível no processo de pagamento, utilizando preferencialmente os ficheiros gerados automaticamente pela aplicação de contabilidade e posteriormente carregados no IGCP, reduzindo desta forma a intervenção humana,	Parcialmente implementada	

c) Escassez de recursos humanos

## Gestão de conflito de interesses

A recomendação nº 5/2012 do CPC, de 7 de Novembro, determina que “As entidades de natureza pública, ainda que constituídas ou regidas pelo direito privado, devem dispor de mecanismos de acompanhamento e de gestão de conflito de interesses, devidamente publicitados, que incluam também o período que sucede ao exercício de funções públicas, com indicação das consequências legais”.

O plano de prevenção de riscos de gestão, incluindo os riscos de corrupção e infracções conexas, contém um mapa de risco para a área de conflito de interesses.

Dos controlos internos gerais implementados relativos à prevenção nas actividades potenciadoras de conflitos de interesses destacam-se:

- Acumulação de funções;
- Procedimentos preventivos de conflitos de interesses.

Para esta área foram identificados 6 eventos tidos como potenciais geradores de conflito de interesses e para os quais estão definidos 10 mecanismos de controlo, um dos quais parcialmente implementado e três não implementados (dois decorrem da aplicação da legislação em vigor).

#### **Nota final**

Foi constatado que todos os serviços desenvolveram um esforço na implementação do plano, sendo, porém, importante a continuação da sua divulgação dirigida a todos os colaboradores de forma a garantir o seu envolvimento e sensibilização para a necessidade de mitigar ou eliminar o risco de práticas de corrupção e/ou de conflitos de interesse, para o que se propõe reforçar as actividades de formação sobre o plano.

De referir a necessidade em rever o plano,

- Considerando medidas preventivas e de controlo em resposta à identificação de novos factores potenciais de risco, designadamente em acolhimento de recomendação da IGAS na sequência do relatório Auditoria-tempos de facturação e cumprimento da LCPA;
- Actualização das matrizes de riscos, em resposta a novos factores potenciais de risco e à organização do CHMA resultante da última revisão do Regulamento Interno.

Dando cumprimento à Recomendação do CPC de 07 de Novembro de 2011 - gestão de conflitos de interesse no sector público – informa-se nada haver a reportar em termos da gestão de conflitos de interesses.