

CA: Aprovado
Enviar aos Serviços para acompanhamento
das reuniões.
22.07.2020

   
CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL, EPE
Conselho de Administração

Relatório de Execução Anual do Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas

2019



Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE

Serviço de Auditoria Interna

Julho 2020

RESUMO

Identificação	Relatório de Execução Anual do Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas 2019
Entidade	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E.
Fundamentação	Plano Anual de Auditoria Interna 2019
Âmbito	<ul style="list-style-type: none">As áreas dos serviços e departamentos contantes de Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas
Objetivos	<ul style="list-style-type: none">Identificar os riscos de corrupção e infrações conexas nas diversas áreas dos serviços ou departamentos minimizando a probabilidade de ocorrência e o impacto que tais riscos podem ter na prossecução dos objetivos institucionaisAvaliar e monitorizar os controlos/medidas implementadas e/ou a implementar.
Metodologia	<p>Os trabalhos desenvolvidos tiveram por base:</p> <ul style="list-style-type: none">A Recomendação nº 1/2009 de 1 julho de 2009, do Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC)O cumprimento ao artigo n.º 19 do Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro que define o regime jurídico e estatutos aplicáveis às unidades de saúde do Serviço Nacional de Saúde.O Plano de Execução de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas aprovado pelo CA a 30 de julho de 2014 (1ª Revisão em 2 de dezembro de 2015)
Auditor Interno	Etelvino Moucho Craveiro
Técnica Superior	Marta Mendes

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

- CA - Conselho de Administração
- CHLO - Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE
- CPC - Conselho de Prevenção da Corrupção
- EPE - Entidade Pública Empresarial
- HEM - Hospital de Egas Moniz
- HSC - Hospital Santa Cruz
- HSFX - Hospital São Francisco Xavier
- PGRCIC - Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas
- PO - Probabilidade de Ocorrência
- RGPD - Regulamento Geral de Proteção de Dados
- SAI - Serviço de Auditoria Interna
- SF - Serviço Financeiro
- SFARM - Serviços Farmacêuticos
- SG - Secretaria - Geral
- SGCLD - Serviço de Gestão de Compras, Logística e Distribuição
- SGD - Serviço de Gestão de Doentes
- SGERH - Serviço de Gestão Estratégica de Recursos Humanos
- SGH - Serviço de Gestão Hoteleira
- SIE - Serviço de Instalações e Equipamentos
- SJC - Serviço Jurídico e de Contencioso
- SPACG - Serviço de Planeamento, Análise e Controlo de Gestão
- SSTI - Serviço de Sistemas e Tecnologias de Informação
- STGE - Serviço de Transportes e Gestão de Estacionamentos

ÍNDICE

RESUMO	2
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	3
ÍNDICE.....	4
1. SUMÁRIO EXECUTIVO	5
1.1 Introdução.....	5
2. ENQUADRAMENTO.....	6
2.1Caracterização do CHLO	6
2.2Organização Geral.....	6
3. MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DO PGRCIC	8
3.1Metodologia Adotada	8
3.2Apuramento dos dados.....	10
3.3Execução do Plano	12
3.4Plano de Ação.....	12
4. RECOMENDAÇÕES	15
5. GESTÃO DE CONFLITO DE INTERESSES	16
6. DISTRIBUIÇÃO DO RELATÓRIO.....	16

1. SUMÁRIO EXECUTIVO

1.1 Introdução

Na sequência da Recomendação n.º 1/2009, de 1 julho de 2009, do Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC) que institui a elaboração de um Relatório Anual baseado no Plano de Gestão de Risco de Corrupção e Infrações Conexas do Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, aprovado a 30 de julho de 2014 (revisto em 2 de dezembro de 2015) e dando ainda, cumprimento à alínea e) do n.º 2 do artigo n.º 19 do Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro, estabelece que o plano e os relatórios anuais de execução são aprovados e submetidos pelo Conselho de Administração ao Conselho de Prevenção da Corrupção e aos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde.

Tendo como objetivo avaliar os riscos de corrupção e infrações conexas constantes no PGRIC do CHLO, nas diversas áreas dos serviços ou departamentos, de forma a mitigar os riscos, minimizando a probabilidade de ocorrência e o impacto que estes podem ter na prossecução dos objetivos institucionais, é elaborado pelo Serviço de Auditoria Interna (SAI) um relatório anual com o objetivo de apurar e monitorizar os controlos/medidas implementadas e/ou a implementar.

Identificados os riscos de corrupção e infrações conexas, procedeu-se à sua avaliação em função da probabilidade de ocorrência, escala de risco (impacto) e à análise e reporte das ações realizadas em cada área dos serviços ou departamentos na aplicação dos diversos mecanismos de acompanhamento na execução das mesmas.

2. ENQUADRAMENTO

2.1 Caracterização do CHLO

O Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E. é um estabelecimento integrado no Serviço Nacional de Saúde, sendo uma pessoa coletiva de direito público, de natureza empresarial, dotada de personalidade jurídica, com autonomia administrativa, financeira e patrimonial.

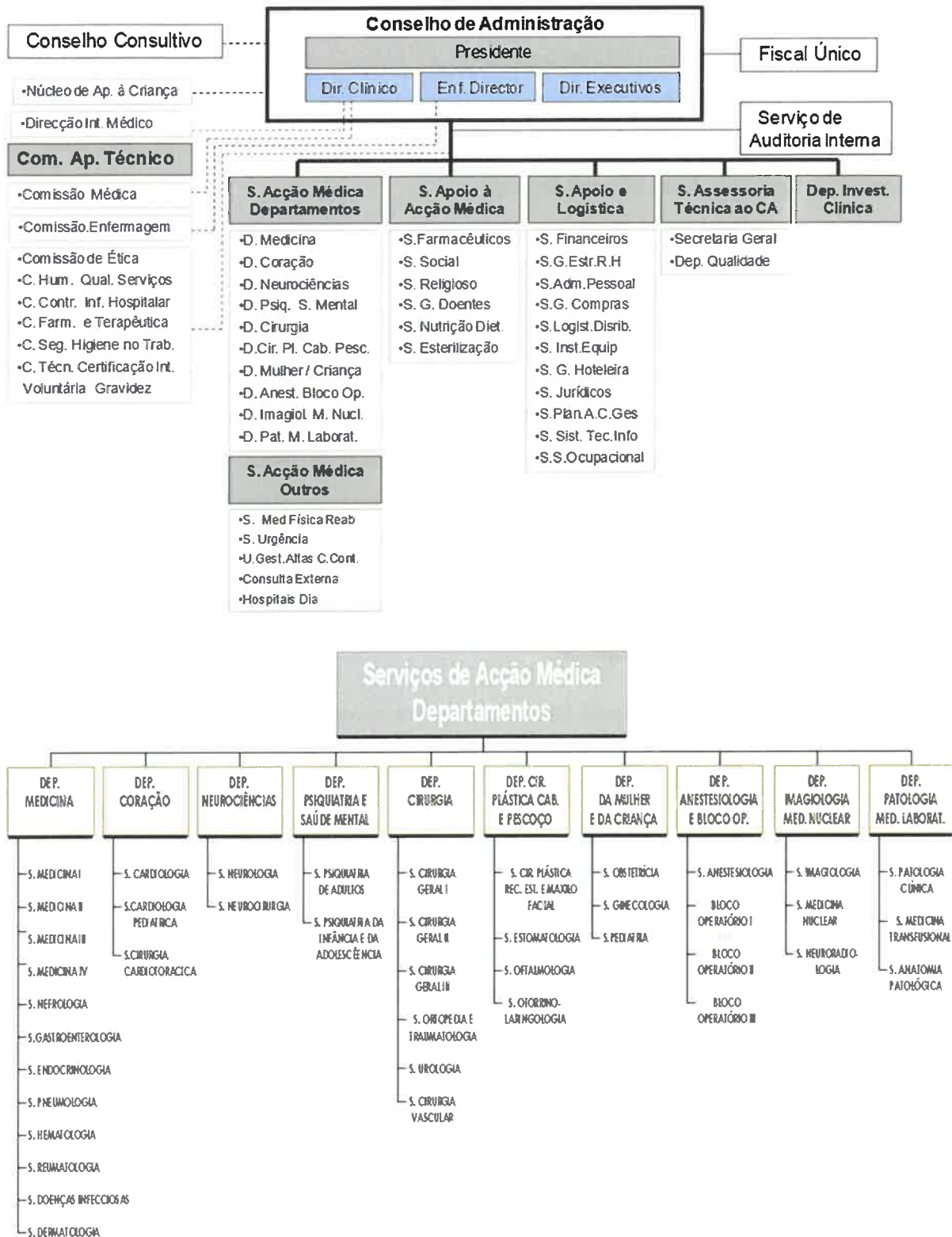
Integrou, por fusão, o Hospital de Egas Moniz, SA, o Hospital de Santa Cruz, SA e o Hospital de São Francisco Xavier, SA, os quais, situados em áreas físicas distintas, visam prosseguir, de forma integrada e coordenada, os objetivos do CHLO, EPE.

O Centro Hospitalar rege-se pelo regime jurídico aplicável às entidades públicas empresariais, com as especificidades previstas no Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro e nos Estatutos constantes dos anexos I e II a esse diploma, bem como pelas normas em vigor para o Serviço Nacional de Saúde que os não contrariem e pelo seu regulamento interno.

2.2 Organização Geral

O CHLO, de acordo com a sua estrutura orgânica, prevê, para além das unidades operacionais de natureza assistencial no domínio da prestação direta ou indireta de cuidados de saúde, níveis intermédios de gestão e unidades de tipo logístico para apoio e suporte às unidades de natureza assistencial, próprias de cada unidade hospitalar que o integra ou comuns a todas elas.

Figura 1 – Organograma Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental



3. MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DO PGRCIC

No cumprimento ao artigo n.º 19 do Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro, o objetivo do acompanhamento do plano é o de criar mecanismos que diminuam a probabilidade de ocorrência de situações que potenciem os riscos, bem como dotar o CHLO de capacidade de atenuar as falhas nas áreas expostas ao risco.

3.1 Metodologia Adotada

Em 2019, tendo como propósito a aferição da implementação dos objetivos estabelecidos foi submetido a todos os responsáveis dos Serviços, acima referenciados, um questionário, aprovado pelo CA, para procederem ao seu preenchimento tendo em conta o estado de execução das medidas preventivas e/ou corretivas contantes do plano em vigor, bem como, a apresentação de informação complementar.

Com base na informação recebida e após a avaliação realizada pelo SAI, identificou-se o nível de aplicabilidade das medidas propostas.

O PGRCIC, enquanto “documento base” do presente relatório, está organizado por áreas de atividade, cuja elaboração identifica os vários fatores que podem potenciar situações de risco de corrupção e infrações conexas, como:

- A competência da gestão;
- A idoneidade dos gestores e decisores;
- A qualidade do sistema de controlo interno e s sua eficácia;
- A conduta dos colaboradores das instituições e a existência de normas e/ou princípios que pautem a sua atuação;
- A própria legislação, que por vezes não propicia, de forma fácil, a tomada de decisões sem riscos, apresentando-se muitas vezes burocratizante, complexa, vasta e desarticulada, condicionando uma gestão flexível e ágil da gestão dos recursos públicos (financeiros, humanos e materiais) que potencia o risco de existência de irregularidades.

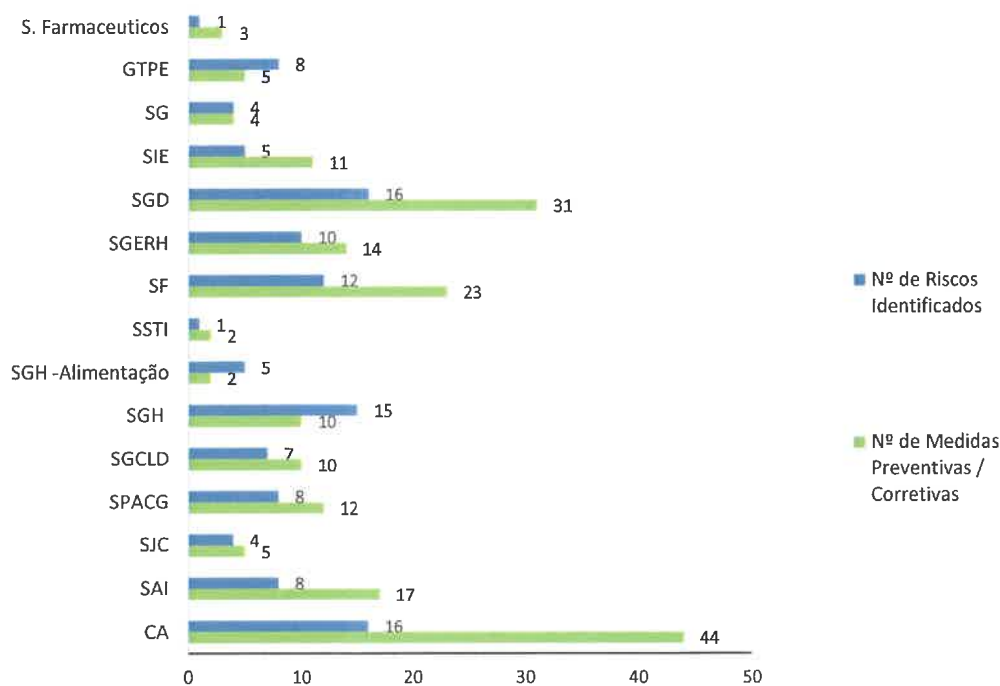
Assim foram recebidas as monitorizações das áreas/serviços:

- Conselho de Administração (CA);
- Serviço de Auditoria Interna (SAI);
- Serviço Jurídico e de Contencioso (SJC);
- Serviço de Planeamento, Análise e Controlo de Gestão (SPACG);
- Serviço de Gestão de Compras, Logística e Distribuição (SGCLD);
- Serviço de Gestão Hoteleira (SGH);
- Serviço de Gestão Hoteleira – Alimentação (SGH-Alimentação);
- Serviço de Sistemas e Tecnologias de Informação (SSTI);
- Serviço Financeiro (SF);
- Serviço de Gestão Estratégica de Recursos Humanos (SGERH);
- Serviço de Gestão de Doentes (SGD);
- Serviço de Instalações e Equipamentos (SIE);
- Secretaria Geral (SG);
- Serviço de Transportes e Gestão de Estacionamento (STGE);
- Serviços Farmacêuticos (SFARM);

3.2 Apuramento dos dados

A monitorização do PGRCIC realizada pelo SAI incidiu em 15 Serviços com a colaboração dos respetivos responsáveis, onde foram elencados 120 riscos e 193 medidas preventivas.

Gráfico n.º 1 – N.º de Risco Identificados vs N.º de Medidas preventivas

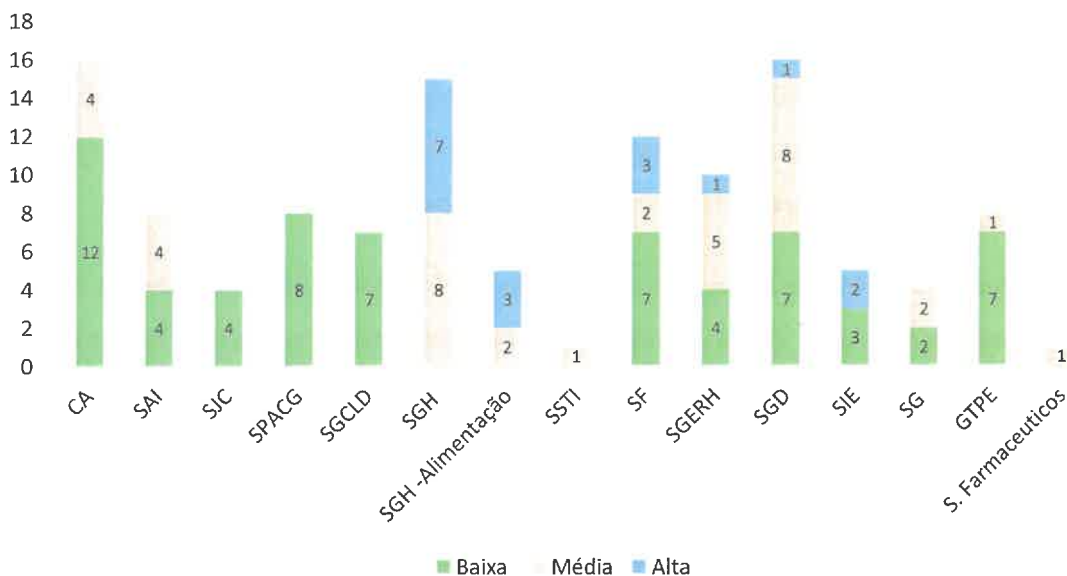


Dos 15 serviços avaliados, apenas o Serviço de Gestão de Doentes propôs uma nova medida para mitigar um risco existente.

Esta nova medida proposta pelo SGD incide no Programa de Cirurgia Adicional onde o risco identificado prende-se com 'possíveis enganos na distribuição dos valores pelos profissionais' e a medida proposta para mitigar a sua ocorrência é a 'conferência dos dados fornecidos por mais de um colaborador'.

De acordo com o PGRCIC, o SAI apurou a probabilidade de ocorrência de risco nos 15 serviços analisados, classificada com 3 níveis: Baixa, Média e Alta.

Gráfico n.º 2 Probabilidade de Ocorrência de Risco em cada serviço



Assim, foram identificados, nos serviços monitorizados, 65 riscos com probabilidade de ocorrência 'Baixa', 38 com 'Média' e 17 com 'Alta'.

No seguimento da ocorrência dos riscos nos 15 serviços monitorizados, outra das variáveis analisadas foi a escala de risco (impacto) estando esta classificada com três níveis: Baixa, Média e Alta.

Gráfico n.º 3 - Escala de Risco – Impacto no Serviço causado pela ocorrência do risco



Verificou-se, ainda que, no total de 120 riscos identificados, 28 apresentam uma escala de risco (impacto de ocorrência) 'Baixa', 39 'Médio' e 53 'Alta'.

3.3 Execução do Plano

Foi solicitado aos responsáveis dos serviços referenciados para se pronunciarem sobre o estado de execução/implementação das medidas preventivas e corretivas contantes no plano em vigor e com base na informação prestada e analisada pelo SAI conclui-se que:

- Na identificação dos riscos que constam do plano todos os responsáveis dos serviços concordam que os riscos mencionados são suficientes e adequados quanto à sua aplicabilidade no serviço respetivo;
- Na probabilidade de ocorrência dos riscos nos serviços, todos os responsáveis dos serviços concordam que a escala atribuída a cada risco constante no plano é adequada;
- Na escala de risco (impacto) todos os responsáveis dos serviços concordam com o preconizado no plano;
- Todos os responsáveis dos serviços avaliados anuíram que os mecanismos de controlo interno/ Medidas preventivas e corretivas que constam no PGRIC são suficientes para mitigar os riscos identificados.

3.4 Plano de Ação

De acordo com as *guide lines* identificados no PGRIC, o SAI, face aos dados fornecidos pelos responsáveis dos serviços monitorizados, fez um levantamento do número de medidas 'implementadas ou em execução', sendo definidas da seguinte forma:

- Medidas Implementadas / Em execução
- Medidas parcialmente implementadas e em execução parcial,
- Não implementadas por serviço.

Tabela n.º 1- Medidas identificadas vs medidas implementadas

SERVIÇOS/ÁREAS	Nº de Medidas	Nº de Medidas Implementadas/ Em execução	Nº de Medidas Parcialmente Implementadas/ Em execução Parcial	Nº de Medidas Não Implementadas
Conselho de Administração (CA) - (*)	44 (*)	44 (*)		
Serviço de Auditoria Interna (SAI)	17	17		
Serviço Jurídico e de Contencioso (SJC)	5	5		
Serviço de Planeamento, Análise e Controlo de Gestão (SPACG)	12	12		
Serviço de Gestão de Compras Logística e Distribuição (SGC)	10	9	1	
Serviço de Gestão Hoteleira (SGH)	10	7	3	
Serviço de Gestão Hoteleira - Alimentação (SGHA)	2	2		
Serviço de Sistemas e Tecnologias de Informação (SSTI)	2	2		
Serviço Financeiro (SF)	23	22	1	
Serviço de Gestão Estratégica de Recursos Humanos (SGERH)	14	13		1
Serviço de Gestão de Doentes (SGD)	31	30	1	
Serviço de Instalações e Equipamentos (SIE)	11	11		
Secretaria Geral (SG)	4	4		
Serviço de Transportes e Gestão de Estacionamento (STGE)	5	5		
Serviços Farmacêuticos (SFARM)	3	1		2
TOTAIS	193	184	6	3
%	100,00%	95,34%	3,11%	1,55%

(*) Mecanismos de Controlo Existentes

De acordo com a Tabela n.º 1, das 193 medidas identificadas, 184 (95,34%) estão implementadas ou em execução, 6 (3,11%) implementadas ou executadas parcialmente e apenas 3 (1,55%) não foram implementadas.

Medidas implementadas ou em execução parcial

- Armazéns Centrais nos 3 Hospitais afetos ao Serviço de Distribuição e Logística – O sistema de videovigilância ainda não se encontra em funcionamento;
- Serviço de Gestão Hoteleira – As auditorias periódicas não estão a ser realizadas de acordo com o estipulado no PGRCIC;
- Serviço Financeiro – Apresenta uma limitação na execução das reconciliações das contas correntes;
- Serviço de Gestão de Doentes – Encontra-se em revisão o Manual de Procedimentos na Unidade Hospitalar de Gestão Inscritos Para Cirurgia.

Medidas não implementadas

- Serviço de Gestão Estratégia de Recursos Humanos - Introdução de uma cláusula nos contratos que autorize a utilização dos dados pessoais exclusivamente para as funções inerentes ao SGERH;
- Serviços Farmacêuticos – Aguarda-se a instalação de câmaras de videovigilância no HSC e no HEM a integração das câmaras de videovigilância no sistema de videovigilância central.

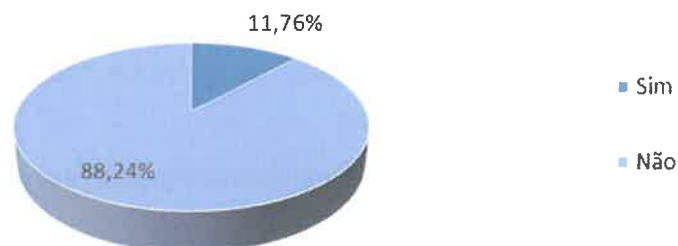
A implementação das medidas preventivas e corretivas bem como os mecanismos existentes são consideradas por todos serviços como eficazes na mitigação da possível ocorrência de riscos.

Os prazos de execução das medidas preventivas e corretivas propostas no plano, segundo a informação recolhida junto dos responsáveis dos serviços avaliados, estão a ser cumpridos conforme os prazos definidos, com exceção de 3 Serviços.

- Serviços Farmacêuticos - Demora na instalação de camaras de videovigilância no HSC e na integração das camaras de videovigilância do HEM no sistema de videovigilância central;
- Serviço Financeiro – A reconciliação de contas correntes não é feita conforme consta no plano devido à falta de Recursos Humanos qualificados;
- Serviço de Gestão de Compras Distribuição e Logística – Atraso no funcionamento do sistema de videovigilância nos armazéns centrais dos 3 Hospitais do CHLO.

Outra das variáveis sujeita a análise prende-se com a dificuldade dos serviços no cumprimento da execução total das medidas preventivas e corretivas constantes no PGRCIC.

Gráfico nº 4 - Dificuldades na Execução do Plano



Na execução das medidas propostas no PGRIC, dos 15 Serviços em análises 12 (88,24%) não tiveram qualquer dificuldade na implementação e apenas 3¹ (11,76%) afirmam ter dificuldades na implementação das medidas e são eles os Serviços Farmacêuticos e os Serviços Financeiros.

Assim:

- **Os Serviços Farmacêuticos** confirmam ter dificuldade na execução das medidas propostas uma vez que aguardam a instalação de câmaras de videovigilância para os Serviços farmacêuticos do HSC e a integração das câmaras de videovigilância dos Serviços Farmacêuticos do HEM no sistema de videovigilância central;
- **Os Serviços Financeiros** confirmam ter dificuldade na execução de algumas medidas propostas devido à carência de Recursos Humanos com conhecimentos técnicos para desempenhar tarefas diferenciadas.

4. RECOMENDAÇÕES

Após a análise das medidas implementadas em cada serviço analisado o SAI recomenda:

- O desenvolvimento e implementação de mecanismos necessários ao cumprimento da execução das respetivas medidas preventivas/corretivas de acordo com o estipulado no PGRIC de modo a evitar eventuais situações desfavoráveis que delas possam surgir;
- A atualização dos manuais de procedimentos dos serviços envolvidos, visto ser um dos instrumentos de trabalho com as linhas orientadoras necessárias para a prevenção da ocorrência de riscos;
- Nas áreas mais técnicas e operacionais, que se efetuem auditorias periódicas para um controlo efetivo das medidas implementadas e consequentemente mitigação de riscos.
- Que o PGRIC seja considerado um instrumento fundamental para gestão e entendido como dinâmico, sujeito a uma atualização contínua “aperfeiçoamento”, através da experiência que vai sendo adquirida e tendo em consideração o contexto atual e as novas situações que vão surgindo no seio da organização.

¹ Apesar do SGCLD ter respondido que não teve qualquer dificuldade na implementação total do plano, o SAI identificou uma medida não executada (Funcionamento do Sistema de videovigilância nos 3 Armazéns Centrais dos três hospitais).

5. 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”.

Em matéria de conflitos de interesses foram identificadas e constam no PGRCIC as principais áreas de risco, bem como, as potenciais situações que possam originar este tipo de conflitos e a implementação de mecanismos e medidas adequadas (preventivas/corretivas) de modo a preveni-los ou geri-los, tais como:

- A elaboração de Manuais de Boas Práticas;
- Desencadearam-se ações de sensibilização sobre esta temática;
- A obrigatoriedade de obtenção de declarações de compromisso de inexistência de conflito de interesse em processos que possam de alguma forma colocar em causa a sua isenção/idoneidade.

6. DISTRIBUIÇÃO DO RELATÓRIO

Nos termos da Recomendação n.º 1/2009 do CPC, publicada no DR, 2ª Série, N.º 140, de 22 de julho de 2009 e n.º 2 do artigo 46.º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro e de acordo com n.º 13, do art.º 19 do Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro devem ser enviadas cópias para:

- Conselho de Prevenção da Corrupção;
- Órgãos de superintendência, tutela e controlo (MS, ARSLVT, ACSS, IGAS, DGTF e IGF);
- Divulgação na internet e intranet do CHLO.