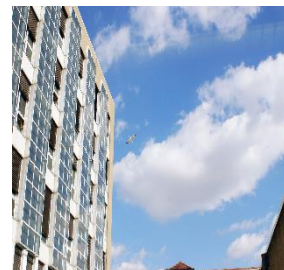




Relatório

Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas 2022



Índice

RELAÇÃO DE SIGLAS	3
1. INTRODUÇÃO	4
2. METODOLOGIA.....	4
3. PLANO DE PREVENÇÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS	5
4. RESULTADOS, CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES.....	6
5. REPORTE.....	12

RELAÇÃO DE SIGLAS

CA – Conselho de Administração

CHUPorto – Centro Hospitalar Universitário do Porto

CHUdSA – Centro Hospitalar Universitário de Santo António

CPC – Conselho de Prevenção da Corrupção

EPE – Entidade Pública Empresarial

IIA – Institute of Internal Auditors

PPRCIC – Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas

SAI – Serviço de Auditoria Interna

TC – Tribunal de Contas

1. INTRODUÇÃO

É apresentado ao Conselho de Administração o Relatório sobre o Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas do Centro Hospitalar Universitário do Porto de 2019, nos termos da alínea e) do nº2 do artigo 86º dos estatutos dos hospitais, centros hospitalares, institutos portugueses de oncologia e unidades locais de saúde, EPE, constantes do capítulo IV do Decreto-lei nº52/2022 de 4 de agosto que aprovou o Estatuto do SNS.

À data do presente relatório o Centro Hospitalar Universitário do Porto, hospital central e universitário pela sua associação ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto e o Hospital de Magalhães Lemos deram lugar a uma nova Entidade, o Centro Hospitalar Universitário de Santo António.

Esta fusão é resultado da política de reestruturação do parque hospitalar que tem vindo a ser seguida, numa lógica de integração e complementaridade, concentração de recursos, financeiros, tecnológicos e humanos e de compatibilização de planos estratégicos.

Assente em critérios de homogeneidade demográfica, complementaridade assistencial e de existência de protocolos e circuitos de colaboração de décadas, esta fusão insere-se num processo de melhoria contínua da prestação de cuidados de saúde promovendo a qualidade e a diversificação da oferta, a universalização do acesso, o aumento da eficiência dos serviços e a reorganização dos cuidados de saúde mental, pela integração destes na rede de prestação dos cuidados gerais de saúde.

Pese embora a nova realidade institucional, o presente relatório respeita a 2022 e, por conseguinte, à atuação do Centro Hospitalar Universitário do Porto durante esse ano.

2. METODOLOGIA

Normas Internacionais Para a Prática Profissional de Auditoria Interna do *Institute of Internal Auditors* (IIA) e demais princípios do Código de Ética; a metodologia do Tribunal de Contas e recomendações do Conselho de Prevenção da Corrupção sobre plano de prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas.

3. PLANO DE PREVENÇÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

A criação do Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC) foi decretada pela Assembleia da República nos termos da alínea c) do artigo 161º da Constituição através da Lei nº54/2008, de 4 de setembro.

O CPC é uma entidade administrativa independente que funciona junto do Tribunal de Contas, e desenvolve uma atividade de âmbito nacional no domínio da prevenção da corrupção e infrações conexas.

No âmbito da sua atividade, o CPC aprovou uma recomendação sobre Planos de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas, nos termos da qual *os órgãos máximos das entidades gestoras de dinheiros, valores ou patrimónios públicos, seja qual for a sua natureza, devem, no prazo de 90 dias, elaborar planos de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas.*

Tais planos devem conter, nomeadamente, os seguintes elementos:

- a) Identificação, relativamente a cada área ou departamento, dos riscos de corrupção e infrações conexas;*
- b) Com base na identificação dos riscos, a identificação das medidas adotadas que previnam a sua ocorrência (por exemplo, mecanismos de controlo interno, segregação de funções, definição de critérios gerais e abstratos, designadamente na contratação pública, no recurso a especialistas externos, nomeação de júris diferenciados para cada concurso, programação de ações de formação adequada, etc);*
- c) Definição e identificação dos vários responsáveis envolvidos na gestão do plano, sob a direção do órgão dirigente máximo;*
- d) Elaboração anual de um relatório sobre a execução do plano.*

Na sequência daquela recomendação o CHUPorto elaborou o seu Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas o qual foi posteriormente atualizado e depois aprovado pelo CA em 27 fevereiro de 2019.

Este PPRCIC deverá ser o resultado de uma reflexão interna desenvolvida com e pelos responsáveis dos serviços numa perspetiva de melhoria contínua, responsabilização e envolvimento de todos os colaboradores na atividade e cultura organizacional.

4. RESULTADOS, CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

4.1. No CHUPorto os riscos são entendidos do seguinte modo:

- Riscos clínicos que decorrem da atividade clínica, suscetíveis de afetar negativamente a saúde e a qualidade de vida do doente, sob a gestão do Gabinete de Governação Clínica.
- Riscos gerais que afetam todas as atividades do hospital são os riscos de incêndio; de segurança de pessoas, incluindo de violência e/ou agressão, de rapto de crianças e de fuga de doentes; de segurança do património do hospital e dos bens dos profissionais e utentes; ameaças de bomba; riscos das edificações e das instalações técnicas; riscos provenientes de materiais, de fluxos (incluindo gases medicinais e não medicinais) e de efluentes; riscos ambientais; catástrofes naturais; riscos profissionais. Sob a ação e responsabilidade Gabinete de Higiene e Segurança.
- Riscos de gestão incluindo de corrupção e infrações conexas, resultantes da inadequação ou deficiências administrativas, contabilísticas e de gestão nos processos da Produção, Gestão de Compras, Logística, Contabilidade Geral/Orçamental/Analítica, Gestão de Imobilizado, Gestão de Contas a Pagar, Gestão de Recursos Humanos, Gestão de Contas a Receber e Gestão de Tesouraria.
- Riscos da informação, os que são resultado de erros ou falhas na segurança da informação (acessos não autorizados ou inadequados) de deficiente gestão, preservação da informação e garantia de confidencialidade em particular da informação clínica e de dados pessoais; erros ou falhas na informação administrativa, contabilística e de gestão.
- Riscos de reputação e imagem, resultantes de uma perceção negativa da imagem pública da instituição, fundamentada ou não, por parte do acionista (Tutela), clientes, fornecedores, colaboradores, órgãos da imprensa, opinião pública e outros *stakeholders*.
- Riscos de *compliance* ou conformidade, resultantes de violações ou desconformidades relativamente às leis, regulamentos, contratos, códigos de conduta, práticas instituídas ou princípios éticos.
- Riscos financeiros resultantes de desequilíbrio económico-financeiro persistente.

4.2. O CHUPorto dispõe de processos apropriados destinados a cada classe de riscos, nomeadamente: Risco clínico, Risco Geral, Risco de Segurança e Higiene do Trabalho, Risco da Segurança da Informação, Risco

do acesso à informação, Risco de gestão, corrupção e infrações conexas. É nesta última categoria que se insere o PPRCIC.

4.3. O PPRCIC tem incidido sobre os riscos de gestão incluindo corrupção, infrações conexas na sequência da Recomendação nº3/2015 de 1 de julho de 2015 do CPC.

4.4. As responsabilidades inerentes ao processo de prevenção dos riscos de corrupção e infrações conexas estão definidas de acordo com as normas de gestão de risco, como se segue:

- O CA é o órgão máximo com responsabilidades no sistema de controlo interno e de gestão do risco, incluindo de corrupção e infrações conexas, competindo-lhe assegurar a sua implementação e manutenção.
- Os Diretores/Administradores dos departamentos e serviços são os responsáveis pela organização, aplicação, acompanhamento e monitorização do PPRCIC na parte respetiva às suas áreas de atuação e responsabilidade. Identificam e avaliam os riscos quanto à probabilidade de ocorrência e impacto da consequência e enumeram as medidas de controlo interno destinadas à mitigação desses riscos de corrupção e infrações conexas. Compete-lhes monitorizar e identificar novos eventos de risco e as medidas de controlo adequadas à mitigação desses riscos, mantendo as matrizes de risco atualizadas.
- O SAI apoia os serviços e avalia o processo da gestão de riscos de corrupção e infrações conexas com recomendações aos serviços e elabora o relatório anual.

4.5. A existência de um Plano de gestão de riscos adequado e atualizado à realidade do CHUPorto tem sido uma preocupação da auditora interna.

A auditoria tem desenvolvido sessões de trabalho com os serviços com vista à sistematização e elaboração do plano adaptado às necessidades do CHUPorto.

Estas ações têm-se traduzido no apoio da identificação dos riscos e na disponibilização da metodologia a adotar onde se inclui o *template* de suporte à elaboração do PGR.

O *template* contém a metodologia a adotar, os conceitos de gestão de risco e de corrupção e infrações conexas e a matriz de risco a utilizar. Esta matriz é a base para a operacionalização da gestão do risco e permite: o registo dos riscos identificados, a avaliação desses riscos em termo de probabilidade e impacto,

a identificação das medidas preventivas, a avaliação dessas medidas, as medidas a implementar, o prazo e a identificação dos responsáveis pela sua implementação.

4.6. O processo associado ao Plano tem-se desenvolvido de acordo com as seguintes fases:

1. Receção da Informação solicitada ao Serviço (...)
2. Análise e avaliação da informação pelo SAI (...)
3. Comunicação ao Serviço com envio de recomendações e/ou proposta de matriz (...)
4. Receção de nova versão da matriz elaborada pelo Serviço (...)
5. Análise da informação e avaliação pelo SAI (...)
6. Comunicação e fecho com o Serviço (...)
7. Preparação da Informação pelo SAI (...)
8. Reporte e aprovação pelo CA.

4.7. Os resultados obtidos em 2022 são apresentados no mapa seguinte:

Matriz de Riscos de Gestão Serviço / Área	Obtenção da informação do Serviço	Análise / avaliação SAI	Comunicação do SAI ao Serviço com recomendações e/ou proposta	Receção da nova versão do Serviço	Análise / avaliação SAI	Comunicação de fecho ao serviço	Aprovação CA
	1	2	3	4	5	6	7
Serv. Aprov - Contratação Pública							
Serv. Informação de Gestão							
Dep. Ensino, Form. e Investig.							
Dep. de Patologia							
Serv. Gestão Recursos Humanos							
SA; SIE - Empreitadas e Obras Públicas							
Serv. Gestão Doentes							
Serv. Logística							
Serv. Financeiros							
Serv. Faturação							
Serv. Sistemas Informação							

A obtenção de resultados está intimamente relacionada com os recursos atribuídos à implementação do Plano, com a complexidade e extensão dos processos e atividades e ainda com o grau de interação estabelecido com e pelos serviços.

A interação com os serviços depende em particular da disponibilidade dos responsáveis, da celeridade na preparação e envio da matriz de risco que inclua os riscos, as medidas preventivas, os prazos de implementação e responsáveis e restante informação para a avaliação do processo em apreço.

4.8. Na sequência do **Regime Geral de Prevenção da Corrupção (RGPC)**, estabelecido pelo Decreto-lei nº 109-E/2021 de 9 de dezembro, as entidades abrangidas devem:

- adotar e implementar um Programa de cumprimento normativo que inclua, pelo menos, um **plano de prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas** (PPR), um **código de conduta**, um **programa de formação** e um **canal de denúncias**; a fim de prevenirem, detetarem e sancionarem atos de corrupção e infrações conexas, levados a cabo contra ou através da entidade (nº1 do artigo 5º do RGPC, Anexo do Decreto-lei 109-E/2021).
- designar, como elemento da direção superior ou equiparado, um **responsável pelo cumprimento normativo**, que garante e controla a aplicação do programa de cumprimento normativo. O responsável pelo cumprimento normativo exerce as suas funções de modo independente, permanente e com autonomia decisória, devendo ser assegurado, pela respetiva entidade, que dispõe da informação interna e dos meios humanos e técnicos necessários ao bom desempenho da sua função (nº2 e nº 3 do artigo 5º do Decreto-lei 109-E/2021).

4.9. Neste domínio, o Centro Hospitalar tem adotado e implementado:

1. **Um plano de prevenção de risco de corrupção e infrações conexas** – a existência de um Plano adequado e atualizado nos termos do Regime geral da prevenção da corrupção é uma prioridade da auditoria interna.

A dificuldade na disponibilidade dos profissionais devido sobretudo à situação pandémica ainda recente e os recursos de apoio técnico no serviço de auditoria interna que não têm existido (o serviço de auditoria tem contado unicamente com a auditora interna), têm-se

refletido no grau de maturidade do Plano e por conseguinte, no nível considerado desejado para o Centro Hospitalar.

Contudo na sequência das solicitações e diligências que têm vindo a ser efetuadas, o processo de recrutamento de um técnico superior para o serviço de auditoria interna encontra-se a esta data, na fase de notificação dos candidatos e publicação da lista de classificação final.

Nesta sequência, é recomendada:

1.1 A continuação da dotação de recursos humanos técnicos de apoio à auditoria interna para a constituição de equipa de auditoria interna adequada às exigências associadas ao Regime Geral de Prevenção da Corrupção, à dimensão e à complexidade do Centro Hospitalar.

1.2 A continuidade da orientação aos serviços para que procedam à gestão dos riscos de corrupção e infrações conexas (Aprovisionamento, Logística, Farmacêuticos, Faturação, Financeiros, Gestão de Doentes, Recursos Humanos, Informação de Gestão, Instalações e Equipamentos, Sistemas de informação e Ensino Formação e Investigação).

2. Um código de conduta – O CHUPorto dispõe de Código de Conduta que estabelece o conjunto de valores e princípios, em matéria de ética institucional, a observar por todos os colaboradores, na prossecução do interesse público multiprofissional, sem prejuízo e no respeito, quando aplicável, das regras deontológicas aprovadas pelas Ordens profissionais correspondentes.

Neste âmbito, é recomendada: A revisão e atualização do código de conduta à luz do regime geral da prevenção da corrupção (artigo 7º), anexo ao decreto-lei nº109-E/2021 de 9 de dezembro, nomeadamente quanto à *identificação, pelo menos, das sanções disciplinares que, nos termos da lei, podem ser aplicadas em caso de incumprimento das regras nele contidas e as sanções criminais associadas a atos de corrupção e infrações conexas.*

3. Um canal de denúncias – O Centro Hospitalar tem a plataforma para o Canal de denúncias criada e em fase adiantada de implementação nos termos do Regime de Proteção de denunciante de infrações que a Lei nº93/2021 veio estabelecer pela transposição da Diretiva Europeia (EU) 2019/1937 do parlamento Europeu e do Conselho.

A comunicação de factos com indícios de irregularidades pode também ser efetuada por carta ou email dirigida ao Serviço de Auditoria Interna (Regulamento de Comunicação Interna de Irregularidades em vigor (nº4 do artigo 87º e b) nº 2 do artigo 86º dos Estatutos, capítulo IV do Decreto-lei nº52/2022 de 4 de agosto que aprovou o Estatuto do SNS).

À data, aguarda-se a designação pelo CA dos Gestores do Canal de denúncias, pelo menos dois; e a nomeação da Equipa de investigadores para integrar a Plataforma do Canal de Denúncias. Sobre esta equipa, concluímos haver interesse que seja constituída por: um responsável pela área Jurídica, da Qualidade, a Encarregada de Proteção de dados, o CISO e Administradores hospitalares, preferencialmente com formação em Direito.

- 4. Programa de formação** - *As entidades abrangidas asseguram a realização de programas de formação interna a todos os dirigentes e trabalhadores, com vista a que estes conheçam e compreendam as políticas e procedimentos de prevenção da corrupção e infrações conexas implementados.*

No âmbito do programa de formação, são recomendadas:

4.1 Ações de sensibilização interna sobre a importância do sentido ético adequado à missão do Centro Hospitalar e dos seus departamentos, serviços e unidades.

4.2 Ações formação e esclarecimento sobre o código de ética, o canal de denúncias e o PGR de corrupção e infrações conexas, aos colaboradores e dirigentes destinadas ao envolvimento e à promoção de uma cultura de prevenção de risco de corrupção e infrações conexas.

- 5. Um Responsável pelo Programa de Cumprimento Normativo** – Recomenda-se a designação mencionada, podendo o responsável pelo cumprimento normativo ser o responsável geral pela execução, controlo e revisão do PPR.

4.10. Este **Regime geral da prevenção da corrupção** *retira do domínio da soft law a implementação de instrumentos como os programas de cumprimento normativo, os quais deverão incluir, o já referido plano de prevenção de riscos, o código de conduta, o canal de denúncias, programas de formação, e a designação de um responsável pelo cumprimento normativo.*

São previstas sanções, nomeadamente contraordenacionais, aplicáveis quer ao setor público, quer ao setor privado, para a não adoção ou adoção deficiente ou incompleta de programas de cumprimento normativo.

Este regime determina também a implementação de sistemas de controlo interno que assegurem a efetividade dos instrumentos integrantes do programa de cumprimento normativo, bem como a transparência e imparcialidade dos procedimentos e decisões, prevendo-se igualmente um regime sancionatório próprio.

5. REPORTE

Nos termos do nº14 do artigo 87º dos estatutos dos hospitais, centros hospitalares, institutos portugueses de oncologia e unidades locais de saúde, EPE, constantes do capítulo IV do Decreto-lei nº52/2022 de 4 de agosto que aprovou o Estatuto do SNS, o presente relatório depois de aprovado é submetido pelo CA ao CPC e aos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde.

Porto, 29 de março de 2023

A Auditora Interna

Sofia Pires

Data de aprovação pelo CA:20-04-2023