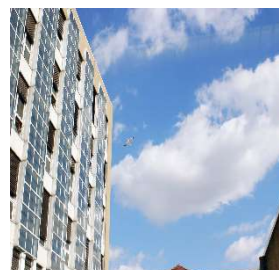
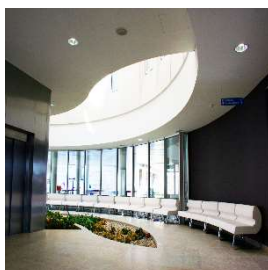


Relatório

Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas 2023



Índice

RELAÇÃO DE SIGLAS	3
1. INTRODUÇÃO	4
2. METODOLOGIA.....	5
3. PLANO DE PREVENÇÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS	6
4. RECURSOS HUMANOS NO SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA	13
5. RECOMENDAÇÃO	14
6. REPORTE	14

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

MENAC - Mecanismo Nacional Anticorrupção

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

SAI – Serviço de Auditoria Interna

TC – Tribunal de Contas

ULSSA – Unidade Local de Saúde Santo António

1. INTRODUÇÃO

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, do capítulo IV do Decreto-lei nº52/2022 de 4 de agosto que aprovou o Estatuto do SNS, é apresentado ao Conselho de Administração o Relatório sobre o Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PPR).

O Centro Hospitalar Universitário de Santo António, E.P.E., foi criado por fusão do Centro Hospitalar Universitário do Porto, E.P.E., com o Hospital de Magalhães Lemos E.P.E., pelo Decreto-Lei n.º 7-A/2023, de 30 de janeiro que entrou em vigor no 1º dia do mês seguinte à sua publicação, ou seja, no dia 1 de fevereiro de 2023.

Como refere o Decreto-Lei: “A reestruturação do parque hospitalar, numa lógica de integração e complementaridade, concentração de recursos, financeiros, tecnológicos e humanos, e de compatibilização de desígnios estratégicos, tem sido prosseguida por sucessivos Governos Constitucionais. Na sequência dessa política e com base em critérios de homogeneidade demográfica, complementaridade assistencial e de existência de protocolos e circuitos de colaboração desde há décadas, torna-se necessária a fusão das unidades de saúde do Centro Hospitalar Universitário do Porto, E.P. E., e do Hospital de Magalhães Lemos, E.P.E., e, nesta decorrência, a criação de um novo centro hospitalar com a natureza de entidade pública empresarial.

Esta fusão insere-se num processo de melhoria contínua da prestação de cuidados de saúde, garantindo às populações qualidade e diversificação da oferta, a universalização do acesso e o aumento da eficiência dos serviços. Não menos importante é o impacto desta fusão na reorganização dos cuidados de saúde mental, através da sua integração na rede prestadora dos cuidados gerais de saúde, em consonância com os princípios gerais de política de saúde mental, segundo os quais os tratamentos de doentes mentais em regime de internamento ocorrem, tendencialmente, em hospitais gerais.

Esta decisão de fusão das unidades de saúde está, assim, alinhada com as recomendações produzidas após a avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 e as propostas prioritárias para a sua extensão a 2020, bem como com os eixos estratégicos do Programa do XXIII Governo Constitucional, do Plano Nacional de Saúde 2021-2030 e do Plano Estratégico da Administração Regional de Saúde do Norte.

Finalmente, atenta a longa relação de complementaridade entre as unidades de saúde agora objeto de fusão no protocolo com o Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar para o ensino clínico do mestrado integrado de Medicina, o presente decreto-lei vem acentuar a importância do ensino universitário e da investigação científica desenvolvida nas unidades visadas, potenciando a aposta na colaboração e na coordenação com as instituições de ensino das suas áreas de influência, promovendo o seu desenvolvimento, nos termos da legislação aplicável aos hospitais com ensino universitário.

A fusão das referidas unidades de saúde e a criação da entidade pública empresarial objeto do presente decreto-lei foi antecedida de proposta da Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, I. P., e de parecer positivo da Unidade Técnica de Acompanhamento e Monitorização do Setor Público Empresarial.”

Ainda em 2023, o Decreto-Lei n.º 102/2023 de 7 de novembro procedeu à reestruturação das entidades públicas empresariais referidas no seu artigo 1.º, adotando-se o modelo de organização e funcionamento em unidades locais de saúde (ULS).

Deste modo, o Centro Hospitalar Universitário de Santo António, E.P.E., com integração dos Agrupamentos de Centros de Saúde do Grande Porto II – Gondomar e do Grande Porto V – Porto Ocidental, passou a denominar-se Unidade Local de Saúde de Santo António, E.P.E., com efeito a 1 de janeiro de 2024 (alínea k) do artigo 1.º do referido Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro de 2023).

O presente relatório respeita a 2023 e, por conseguinte, à atuação do Centro Hospitalar Universitário de Santo António durante os meses de fevereiro a dezembro relativamente à adoção e implementação do plano de riscos de corrupção e infrações conexas para esta nova Entidade, mas que à data se denomina Unidade Local de Saúde de Santo António E.P.E.

2. METODOLOGIA

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

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

3.1. ENQUADRAMENTO

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, entidade administrativa independente que funcionou junto do Tribunal de Contas, e desenvolveu 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 a Entidade Centro Hospitalar do Porto elaborou o seu Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas.

Em 2019 o Plano foi revisto e aprovado pelo CA em 27 fevereiro de 2019. Esta revisão visou ajustar a estratégia de gestão de riscos à evolução da organização e atividade da Instituição e proceder à identificação e avaliação dos riscos nos principais processos administrativos e contabilísticos, seguintes: Ambiente interno; Gestão de

Utentes; Produção; Ativos Tangíveis; Compras; Existências; Recursos Humanos; Meios Financeiros Líquidos; Rendimentos e contas a receber; Pagamentos e Contas a pagar.

Na sequência das medidas de prevenção da corrupção do Decreto-Lei n.º 109-E/2021 de 9 de dezembro, que criou o Mecanismos Nacional Anticorrupção e que estabelece o regime geral de prevenção da corrupção, o plano existente deve estar e manter-se atualizado por forma a cobrir os riscos e as situações que possam expor a entidade, a atos de corrupção e infrações conexas, incluindo áreas de administração, de direção, operacionais ou de suporte e que contenha:

- a) A identificação, análise e classificação dos riscos e das situações que possam expor a entidade a atos de corrupção e infrações conexas, incluindo aqueles associados ao exercício de funções pelos titulares dos órgãos de administração e direção, considerando a realidade do setor e as áreas geográficas em que a entidade atua;
- b) Medidas preventivas e corretivas que permitam reduzir a probabilidade de ocorrência e o impacto dos riscos e situações identificados
- c) A reestruturação organizacional operada durante o ano de 2023, em resultado da criação do CHUdSA (por fusão do Centro Hospitalar Universitário do Porto com o Hospital Magalhães Lemos) acompanhada de alterações internas ao nível dos serviços, direções e recursos humanos e adoção do novo regulamento interno.
- d) A partir de 2024, a reorganização da entidade em Unidade Local de Saúde (ULS) com efeitos a 1 janeiro de 2024, com a integração dos cuidados de saúde primários, os agrupamentos de Centros de Saúde do Grande Porto II – Gondomar e do Grande Porto V – Porto ocidental.

Este plano deverá ser o resultado de uma reflexão interna desenvolvida pelas direções e serviços numa perspetiva contínua, responsabilização e envolvimento de todos os colaboradores na atividade e cultura organizacional, através do qual identificam os potenciais riscos desta natureza, causas desses riscos e se implementem controlos adequados à sua mitigação e dessa forma corresponda ao preconizado pelo regime geral de prevenção da corrupção.

O Regime geral da prevenção da corrupção retira do domínio das boas práticas a implementação do plano de prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas, o código de ética e conduta, o canal de denúncias, os 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 do programa de cumprimento normativo, constituído pelo menos pelo plano de prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas, o código de ética e conduta, o canal de denúncias, os programas de formação e responsável pelo cumprimento normativo, atrás mencionados.

3.2. RESULTADOS E CONCLUSÕES EM 2023

3.2.1. No CHUdSA os riscos são reconhecidos da seguinte forma:

- 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 e de corrupção e infrações conexas, resultantes da inadequação ou deficiências administrativas, contabilísticas e de gestão, de condutas menos integras, conflito de interesses, fraude e corrupção 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 de acesso indevido à informação, os que são resultado de erros ou falhas na segurança da informação (designadamente, 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.

3.2.2. O CHUdSA dispõe de processos apropriados destinados a cada classe de riscos, designadamente: o Risco Clínico, o Risco Geral, o Risco de Segurança e Higiene do Trabalho, o Risco da Segurança da Informação, o Risco do acesso indevido à informação, o Risco de gestão, corrupção e infrações conexas.

3.2.3. As atribuições e responsabilidades no 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, serviços e direções são os responsáveis pela organização, aplicação, acompanhamento e monitorização do PPR 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/direções/departamentos e avalia as matrizes de riscos de corrupção e infrações conexas com recomendações aos serviços, elabora o plano e os relatórios anuais.

3.2.4. O processo associado à elaboração das matrizes tem-se desenvolvido da seguinte forma:

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.

3.2.5. Nesta conformidade, iniciou-se em 23/7/2023 a atualização do plano de prevenção de riscos iniciou-se para as Direções da área de Recursos partilhados, seguintes: Direção de Gestão Financeira; Direção de Experiência do Cliente; Direção de Instalações; Direção de Infraestruturas de Tecnologia de Informática e Ciber Resiliência; Direção de Logística; Direção de Pessoas e Bem-estar; Direção de Marketing e Comunicação; Direção de Conferência de Faturação; Direção de Planeamento e Controlo de Gestão; Direção de Compras; Direção de Gestão de Clientes; Direção de Equipamentos; Direção de Sistemas de Informação e Apoio à Decisão; Direção de Operações e Ambiente; Direção de Inovação e Projetos; e para o Departamento de ensino e formação (DEFI).

A auditora interna tem desenvolvido ações de trabalho e formação com as direções e o departamento de ensino e formação com o objetivo de apoiar a identificação dos riscos de corrupção e infrações conexas de cada direção em concreto e a transmitir a metodologia a adotar onde se incluem documentos de suporte à elaboração do PPR.

Dinamizou-se um *template* de apoio à execução das matrizes de risco que inclui a metodologia, os conceitos de prevenção de riscos e de corrupção e infrações conexas e a matriz de risco a utilizar. Esta matriz está preparada para o registo dos riscos identificados, a avaliação desses riscos em termos de probabilidade e impacto, a identificação das medidas preventivas, a avaliação dessas medidas, as medidas a implementar, o prazo, a identificação dos responsáveis e a correspondente monitorização.

3.2.6. A atualização deste Plano deverá decorrer até ao fim de 2024 e a emissão do documento ocorrer durante o primeiro trimestre de 2025.

3.2.7. A existência de um Plano adequado e atualizado é avaliada como prioritária e por esse motivo ocupa parte importante do plano de auditorias internas de 2024 aprovado pelo Conselho de Administração.

- 3.2.8.** A obtenção de resultados está intimamente relacionada com os recursos atribuídos à elaboração e implementação do Plano, com a complexidade e extensão dos processos e atividades em avaliação e ainda com o grau de interação estabelecido com e pelos serviços/direções/departamentos.

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 pedida para a avaliação pelo serviço de auditoria interna.

- 3.2.9.** As entidades abrangidas pelo Regime Geral de Prevenção da Corrupção (RGPC), estabelecido pelo Decreto-lei nº 109-E/2021 de 9 de dezembro, devem ainda, adotar um código de ética e conduta, um programa de formação, um canal de denúncias e designar um responsável pelo cumprimento normativo.

O grau de implementação destes é o seguinte:

Código de ética e conduta – A Instituição 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.

Em 2022 foi 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.

Atualmente a atualização deste Código está a cargo do Gabinete de *Compliance* com data prevista de aprovação para que o início de implementação seja setembro de 2024.

Canal de denúncias – Após ultrapassadas as dificuldades de implementação de um canal de denúncias durante 2023, com a contratação a novo fornecedor, a plataforma para o Canal de denúncias começou a ser implementada no dia 17/5/2024, prevendo-se que esteja em funcionamento a partir da última semana de junho de 2024.

À data aguarda-se a disponibilização da plataforma pelo fornecedor, a formação contratada e a disponibilização da documentação de apoio à implementação do canal de denúncias com a definição do processo que lhe está associado, com data prevista de implementação o dia 22 do próximo mês de junho.

Ainda em 2023, foram identificados e designados os Gestores do Canal de denúncias e a Equipa de investigadores pelo conselho de administração. Sobre esta equipa, considerou-se haver interesse em ser 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.

Na ULS Santo António a comunicação de factos com indícios de irregularidades poderá ainda ser efetuada por carta ou email dirigida ao Serviço de Auditoria Interna nos termos do Regulamento de Comunicação Interna de Irregularidades em vigor (de acordo com o 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).

Programa de formação – Nos termos do RGPC, 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.

A este respeito, elaborou-se proposta de atuação e solicitou-se ao Departamento de Formação que incluísse no Plano de Formação do CHUdSA de 2024, formação interna aos dirigentes e formação interna a todos os trabalhadores/colaboradores. Para estes últimos, dado o vasto universo de colaboradores, propôs-se o formato E-learning que permitirá a propagação dos conteúdos de forma global, rápida, simples e facilitadora/cómoda por se adaptar aos horários de qualquer profissional.

O Departamento de ensino e formação acolheu o programa e está a dinamizá-lo para que possa ainda ocorrer em 2024.

Estas ações de formação/sensibilização sobre a importância do sentido ético adequado à missão do Centro Hospitalar e dos seus departamentos, serviços e unidades; bem como sobre o código de ética, o canal de denúncias e o PPR de corrupção e infrações conexas, aos colaboradores e dirigentes, destinam-se ao envolvimento e à promoção de uma cultura de prevenção de risco de corrupção e infrações conexas.

Responsável pelo Programa de Cumprimento Normativo – Recomendou-se em 2022 a designação do Responsável pelo Programa de Cumprimento Normativo que garanta e controle a aplicação do programa de cumprimento normativo, tendo o CA designado a Auditora Interna.

4. RECURSOS HUMANOS NO SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA

O Serviço de Auditoria Interna é constituído por duas pessoas: a auditora interna e um técnico de auditoria.

Após um longo processo de autorização e contratação que se estendeu até finais do mês de maio de 2023, no início do mês de junho de 2023, entrou em funções um primeiro técnico de auditoria para o Serviço de auditoria interna do CHUdSA.

No entanto, desde meados do mês de julho do mesmo ano de 2023, o serviço voltou a contar apenas com a auditora interna. Desde o dia 25-07-2023, o técnico de auditoria tem estado ausente ao serviço por motivo justificado junto dos serviços competentes.

A partir de 1 janeiro de 2024, a seu pedido por motivo imperativo foi-lhe concedida a possibilidade do regime de teletrabalho.

Apesar do teletrabalho não ser o adequado para as funções de auditoria interna e considerando que o técnico ainda necessita de acompanhamento e supervisão, devido à sua falta de experiência em auditoria, decidiu-se que mantê-lo em teletrabalho seria preferível a não ter nenhum técnico disponível. Ainda assim, essa solução não tem sido suficiente para superar as necessidades.

Face às solicitações que atualmente enfrentamos, vemos com preocupação a falta de recursos humanos no serviço de auditoria.

Estas solicitações atuais são as seguintes:

- A execução do Plano anual de auditoria de 2024 na entidade Santo António significativamente de maior dimensão – resultado da fusão com o Hospital Magalhães Lemos e a integração dos cuidados de saúde primários a partir de 1 de janeiro 2024– que se traduz em processos de maior extensão, maior volume e complexidade das operações e transações com impacto direto na complexidade e extensão dos procedimentos, testes e avaliações de auditoria.
- A garantia e controlo da aplicação do Programa de Cumprimento Normativo (nº2 artigo 5º do RGPC).

- O cumprimento de prazos em particular os relativos ao cumprimento do RGPC.

O serviço de auditoria está comprometido em cumprir todas obrigações e prazos associados, mas mesmo assim atribui risco elevado ao cumprimento de prazos.

5. RECOMENDAÇÃO

Nos termos da situação descrita acima, solicita-se ao Conselho de administração e à Tutela acionista a atribuição de técnicos de auditoria, pelo menos um durante 2024 para ultrapassar as dificuldades atuais e que no curto prazo continue a ser constituída uma equipa de auditoria interna adequada às funções e responsabilidades do serviço de auditoria interna e da Instituição.

6. REPORTE

Nos termos do nº14 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, em conjugação com o nº7 do artigo 6º do anexo do Decreto-lei 109-E/2021 de 9 de dezembro, o presente relatório depois de aprovado é submetido pelo CA aos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde, aos serviços de inspeção da respetiva área governativa e ao MENAC.

Porto, 24 de maio de 2024

A Auditora Interna

Sofia Pires

Data de aprovação pelo CA:29-05-2024