



Plano de prevenção de Riscos  
de Corrupção e Infrações Conexas

Centro Hospitalar do Algarve

Fevereiro 2015



## Índice

1	Introdução .....	5
2	A Organização.....	6
2.1	Missão, Visão e Valores .....	6
2.1.1	Missão .....	6
2.1.2	Visão.....	6
2.1.3	Valores.....	7
2.2	Organização interna e Instrumentos de Gestão.....	7
2.3	Recursos .....	9
2.4	Produção .....	10
2.5	Custos da Produção .....	11
3	Riscos de Corrupção e Infrações Conexas.....	14
3.1	Gestão do Risco.....	14
3.2	Exercício de auto-avaliação e Registo de Riscos.....	15
3.3	Dimensão <i>Corrupção e Infrações Conexas</i> .....	17
3.4	Riscos Identificados e Medidas Preventivas .....	18
3.5	Prevenção de riscos <i>de corrupção e infrações conexas</i> .....	21
4	Implementação e Gestão do Plano.....	23
4.1	Implementação do Plano .....	23
4.2	Monitorização do Plano .....	23
4.3	Monitorização dos Riscos .....	24
4.4	Revisão do Plano.....	24



# 1 Introdução

O Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC), criado pela Lei nº 54/2008, recomendou a todas as entidades do sector público a elaboração de um Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas. O Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio E.P.E. (CHBA) e o Hospital de Faro E.P.E. (HdF) aprovaram, ambos em Janeiro de 2010, os seus respectivos Planos. O CHBA aprovou um *Plano de Prevenção de Riscos de Gestão incluindo os Riscos de Corrupção e Infrações Conexas*, uma forma ligeiramente diferente que inclui o conteúdo recomendado pelo CPC. O Plano de Riscos de Gestão do CHBA foi alvo de acompanhamentos que deram origem a *Relatórios de Execução* em 2010 (aprovado pelo CA em Janeiro de 2011) e 2011.

O decreto-Lei nº 69/2013, de 17 de Maio, criou — com efeito a 01 de Julho de 2013 — o Centro Hospitalar do Algarve E.P.E, cujo Conselho de Administração foi nomeado na Resolução do Conselho de Ministros nº 17-A/2013, publicada em Diário da República a 19 de Julho de 2013. Após um período de reorganização decorrente da criação da nova instituição, o Centro Hospitalar do Algarve apresenta o seu *Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas*, que resultou de um exercício de auto-avaliação do Risco inteiramente conduzido nas novas condições de organização interna. Este documento foi redigido pelo Auditor Interno e envolveu o Conselho de Administração e todos os directores com reporte directo (primeira linha) ao Conselho de Administração e reflecte apenas os riscos *de corrupção e infrações conexas*. A concepção deste *Plano*<sup>1</sup> de gestão do risco acompanha um progresso muito significativo da actividade de *Gestão do Risco* no Centro Hospitalar.

---

<sup>1</sup> *Plano* no sentido de intenções.

## 2 A Organização

O Centro Hospitalar do Algarve E.P.E. foi criado a 01 de Julho de 2013 pelo decreto-Lei nº 69/2013 de 17 de Maio, com sede na Rua Leão Penedo, 8000-386 Faro. O seu e-mail é [administracao@chalgarve.min-saude.pt](mailto:administracao@chalgarve.min-saude.pt). O Centro Hospitalar do Algarve gere três hospitais:

Unidade	Localização e morada	Telefone	Fax
Hospital de Faro (Sede)	Rua Leão Penedo -8000-386 Faro	289 891 100	289 891 159
Hospital de Portimão	Sítio do Poço Seco -8500-338 Portimão	282 450 300	282 450 390
Hospital de Lagos	Rua Castelo dos Governadores -8600-563 Lagos	282 770 100	282 763 115

### 2.1 Missão, Visão e Valores

#### 2.1.1 Missão

«1. O Centro Hospitalar caracteriza-se como unidade hospitalar de referência no SNS responsabilizando-se por toda a Região, com funções diferenciadas na prestação de cuidados de saúde, na formação pré e pós-graduada e contínua, sustentadas na permanente atualização do conhecimento científico e técnico dos seus profissionais.

2. O Centro Hospitalar caracteriza-se como garante na segurança em saúde de todos os que habitam ou visitam a região do Algarve e a sua área de influência.»<sup>2</sup>

#### 2.1.2 Visão

«O Centro Hospitalar está consolidado como unidade de excelência no sistema de saúde, com competência, saber e experiência, dotada dos mais avançados recursos técnicos e terapêuticos, vocacionada para a garantia da equidade e universalidade do acesso e de assistência, com vista à elevada satisfação dos doentes e dos profissionais.»<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Fonte: Regulamento Interno do Centro Hospitalar do Algarve.

### 2.1.3 Valores

- Focalização total e geral no doente.
- Respeito pela dignidade humana, pela diversidade cultural e direitos do doente.
- Universalidade e equidade no acesso aos cuidados de saúde.
- Elevados padrões de humanização, qualidade e competência técnica dos serviços prestados.
- Eficácia e eficiência na utilização dos recursos.
- Garantia de integridade, confidencialidade, privacidade e cordialidade.
- Responsabilidade social e ambiental.

## 2.2 Organização interna e Instrumentos de Gestão

A função executiva é encabeçada pelo Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Algarve e pelo seu Presidente. O Conselho de Administração foi nomeado a 19 de Julho de 2013 pela resolução do Conselho de Ministros nº17-A/2013, com a seguinte composição, que se mantém. A informação pública (Relatório e Contas) do Centro Hospitalar do Algarve E.P.E. é auditada pela SROC *António Andrade Gonçalves & Associados*. O centro hospitalar conta ainda com um *Serviço de Auditoria Interna*.

Orgãos do Centro Hospitalar do Algarve			
Conselho de Administração	Presidente	Mestre	Pedro Manuel Mendes Henriques Nunes
	Vogal	Dr. <sup>a</sup>	Patrícia Isabel Silvestre Ataíde
	Vogal	Dr. <sup>a</sup>	Graça Maria Palma Pereira
	Directora Clínica	Dr. <sup>a</sup>	Maria Gabriela Castellón Valadas Cartucho
	Enfermeiro Chefe	Enf. <sup>o</sup>	José Fernando Vieira dos Santos
Conselho Consultivo	Presidente: Dr. Sebastião Seruca Emídio		
Fiscal Único	António Andrade Gonçalves & Associados, SROC n.º243, ROC n.º948 representada pelo Dr. António Andrade Gonçalves		
Auditor Interno	Dr Rui Miguel Ganhão Miranda Duarte		Membro do IIA nº 1251628

O Conselho de Administração dispõe ainda das seguintes Comissões:

Comissão Técnica de Certificação de Interrupção da Gravidez
Comissão de Controlo de Infecção
Comissão de Farmácia e Terapêutica
Comissão de antimicrobianos
Comissão de Ética
Comissão de Qualidade e Segurança do Doente
Comissão de Avaliação de Ensaio Clínicos
Comissão de Acompanhamento Pedagógico
Comissão de Análise de Próteses

A gestão do Risco compete à *Unidade da Qualidade e Gestão de Risco*, nomeada a 23 de Junho de 2014, com a seguinte composição:

Unidade de Qualidade e Gestão do Risco		
	Dr <sup>a</sup> Maria Helena Gomes	Direção da Unidade
	Dr <sup>a</sup> Maria José Nunes Cardoso de Castro	
	Dr <sup>a</sup> Maria da Conceição Viegas do Carmo Gonçalves	
	Dr <sup>a</sup> Carinne Paule Moleiro	
Enf. <sup>a</sup> Chf	Ana Dora Parreira Eduardo Guerreiro da Veiga	
	Dr <sup>a</sup> Dra. Cristina Maria Marques Duarte Música	Gestora de Risco Clínico da Unidade de Faro
Enf. <sup>a</sup> Superv.	Amélia Maria Brito Gracias -	Gestora de Risco Clínico das Unidades de Portimão e Lagos
Eng. <sup>o</sup>	Luis Manuel Marques Pinto	Gestor de Risco Não Clínico
	Dr <sup>a</sup> Célia Maria Fonseca dos Santos	
	Serviço Social/Gabinete do Utente, Unidade de Faro	
	Serviço Social/Gabinete do Utente, Unidade de Portimão	
Téc.	Selene do Rosário Pereira Nunes	
Asst. Téc.	Isabel Maria Figueiredo Brinca	
Diácono	Rogério Rosendo Egidio	
Dr.	Márcio Alexandre Bandeira Fernandes	



## 2.3 Recursos

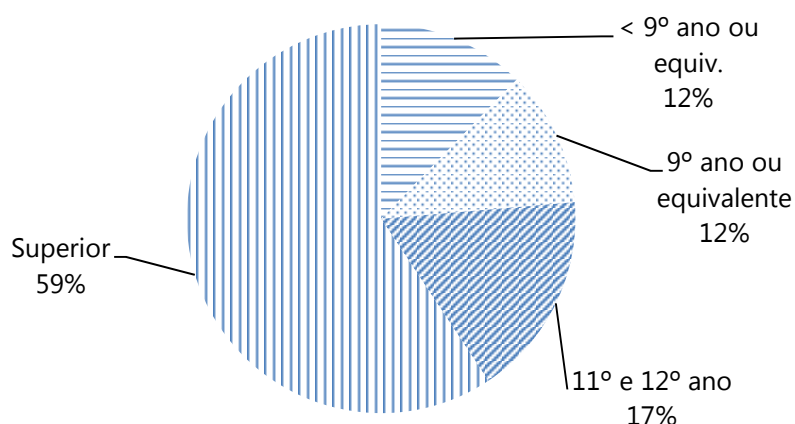
O Centro Hospitalar do Algarve é uma Entidade Pública Empresarial E.P.E. com a função de produzir serviços de saúde para o Serviço Nacional de Saúde, do qual faz parte.

Profissões	Nº de pessoas 31.12.2013	Rúbricas do quadro I do balanço social
Pessoal Médico	580	Dos quais 200 em «Ano Comum» ou «Área Profissional de Especialização»; 123 médicos «com dedicação exclusiva»; 78 médicos são de nacionalidade estrangeira;
Enfermeiros	1 343	
TSSs & TDTs	330	Técnicos superiores de saúde + técnicos de diagnóstico e terapêutica
Aux. Acção Médica	776	
Pessoal «Operacional»	3 029	Profissões cujo <i>cliente</i> é o utente: que trabalham directamente com o utente.
Dirigentes	20	
Técnicos Superiores	95	
Outros	712	Assistentes Técnicos + Assist. Operacional (operário) + Assit. Operacional (Outro) + Informático + Educ de infância e docente do ensino básico & secundário
Pessoal de Gestão e Suporte	827	Profissões com <i>cliente</i> interno: cujo trabalho (normalmente) serve indirectamente o utente.
C. H. do Algarve	3 856	3 799 a tempo completo e 57 com um PNT inferior ao praticado a tempo completo

Fonte: Balanço Social 2013

Mais de 3 000 dos mais de 3 800 funcionários<sup>3</sup> do Centro Hospitalar do Algarve desempenham profissões directamente ligadas ao cuidado dos doentes. Cerca de 60% dos funcionários do Centro Hospitalar têm formação superior.

Pessoal do CH do Algarve a 31 .12.2013



<sup>3</sup> A 31-12-2013

## 2.4 Produção

O Centro Hospitalar produz vários serviços médicos e cirúrgicos agrupáveis em 5 tipos:

1. Serviços de internamento, medidos por *diárias de internamento*, que são o produto do número de doentes internados pelo número de pernoitas.
2. Serviços de Urgência, medidos pelo número de *episódios de urgência*: o número de pessoas que *aparecem* na urgência.
3. Serviços de tratamento em ambulatório, medidos pelo número de *consultas externas*: consultas a doentes não internados.
4. Serviços de cirurgia, medidos pelo número de cirurgias realizadas no centro hospitalar.
5. Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDTs), medidos pelo número de procedimentos de (1) Meios Complementares de Diagnóstico (radiografias, TACs, análises, exames, etc..) e (2) Meios Complementares de Terapêutica (tratamentos realizados no hospital, tais como como tratamentos laser, fisioterapia, etc..).

Medidas da Produção do Centro Hospitalar do Algarve EPE  
 (todas Unidades, segundo semestre de 2013)

Tipo de episódios	Nº de episódios
Diárias de internamento (Doente X dias de internamento)	134 786
Episódios de urgência	122 205
Consultas Externas	153 867
Cirurgias	9 167
MCDTs realizados no centro hospitalar (análises + exames)	1 771 397

Fonte: Estatísticas do Movimento Assistencial de Julho a Dezembro de 2013, Centro Hospitalar do Algarve, Gabinete de Estatística, 2014.

Esta informação é simplificada. Episódios de urgência ou cirurgias são extraordinariamente heterógenas em complexidade e valor acrescentado, o que o quadro não reflecte. Não se pretende aqui mais do que apresentar uma escala das operações do Centro Hospitalar do Algarve.

Este quadro corresponde ao primeiro semestre<sup>4</sup> de funcionamento do Centro Hospitalar do Algarve: o segundo semestre de 2013.

<sup>4</sup> Um segundo semestre do ano.

## 2.5 Custos da Produção

Os custos operacionais são a medida dos recursos necessários ao funcionamento e operação do centro hospitalar: os custos mais directos com a produção mencionada no ponto anterior. O quadro abaixo agrega várias subcontas de custos *operacionais* da seguinte forma:

1. Os «custos laborais» pretendem representar os *verdadeiros custos de mão-de-obra*, agregando (1) os Custos com o Pessoal (Conta 64) mas também honorários e despesas com empresas de recursos humanos e de trabalhos especializados.
2. Os custos com material de consumo clínico, medicamentos e subcontratos, são *as compras* mais directamente decorrentes da actividade hospitalar.
3. Os restantes custos (água, electricidade, comunicações, material de escritório, combustíveis, etc..) podem ser vistos como custos gerais de funcionamento que não dependem do carácter hospitalar da organização. As amortizações e provisões também foram aqui incluídas.

Distribuição dos custos operacionais em 2014

Tipo de custos	Montante dos custos	Em percentagem dos Custos Operacionais
Custos Laborais (custos com pessoal + honorários + empr. RH + TE Informat.)	105 168 760,45	57,6%
Material de Consumo Clínico, reagentes e outros fármacos	12 307 506,44	6,7%
Medicamentos	36 526 125,90	20,0%
Subcontratos	7 231 470,16	4,0%
Água + Electricidade + comunicações	3 140 059,77	1,7%
Outros Fornecimentos & Serviços (não clínicos)	12 399 929,65	6,8%
Transf+OCPO (Out. Csts. Perdas Oper.)	47 558,17	0,026%
Amortizações & Provisões	5 667 334,63	3,1%
<b>Custos Operacionais</b>	<b>182 488 745,17</b>	<b>100,0%</b>

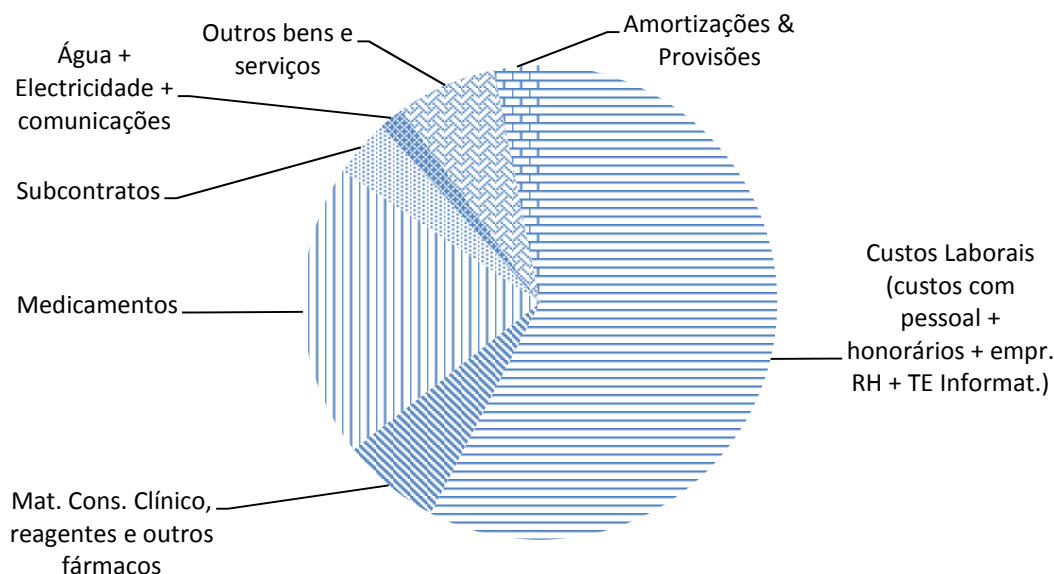
Fontes: SIDC e NAV

Valores em Euro

Os custos laborais<sup>5</sup> e com material de consumo clínico, medicamentos e subcontratos representam 88,4% dos custos operacionais; os custos correntes «gerais» (não especificamente clínicos e hospitalares) representam apenas 8,5% dos custos operacionais.

<sup>5</sup> Não foram aqui separados os custos com pessoal que trabalhe directamente com o doente dos custos de pessoal administrativo e de apoio.

## Distribuição dos Custos Operacionais (2014)



Uma vez que o Centro Hospitalar do Algarve só existe desde o início do segundo semestre de 2013, e para fins de comparabilidade, considerou-se, para anos anteriores, o conjunto dos custos do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio (CHBA) e do Hospital de Faro (HdFaro).

**Custos Operacionais (2011 a 2014, CHBA +HdF até ao primeiro semestre de 2013)**

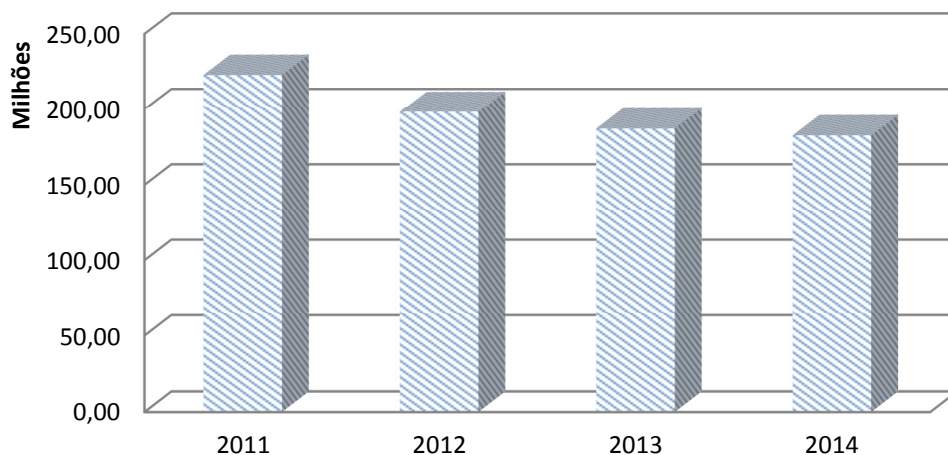
Agrupamento de subrúbricas	2011	2012	2013	2014
Custos Laborais (custos com pessoal + honorários + empr. RH + TE Informat.)	122 132 537	104 334 780	105 432 650	105 168 760,45
Material de Consumo Clínico, reagentes e outros fármacos	18 381 529	13 955 700	12 616 993	12 307 506,44
Medicamentos	45 957 190	40 173 369	37 005 652	36 526 125,90
Subcontratos	13 017 518	14 435 679	8 090 953	7 231 470,16
Água + Electricidade + comunicações	2 870 482	3 170 457	3 265 251	3 140 059,77
Outras Prestações de serviços	12 311 140	12 311 025	11 688 878	12 399 929,65
Transferências + Outros Custos e Perdas Operacionais	302 162	276 140	183 673	47 558,17
Amortizações & Provisões	7 852 410	9 472 491	8 709 335	5 667 334,63
<b>Custos Operacionais</b>	<b>222 824 967,08</b>	<b>198 129 642,15</b>	<b>186 993 384,15</b>	<b>182 488 745,17</b>

Fontes: SIDC e NAV

Valores em Euro

O total dos custos operacionais das unidades que hoje compõem o Centro Hospitalar do Algarve tem vindo a descer sistematicamente desde 2011. Fazer funcionar as unidades que hoje compõem o CHAlgarve custou, em *custos operacionais*, 222,8 milhões de Euro em 2011 e 182,5 milhões de Euro em 2014.

### Evolução dos Custos Operacionais de 2011 a 2014 (CHBA + HdFaro até ao primeiro semestre de 2013)



Ainda que os custos operacionais tenham diminuído todos os anos desde 2011, a taxa de decrescimento dos custos operacionais tem vindo a diminuir. De 2011 para 2012, os Custos Operacionais decresceram 11,1%; de 2012 para 2013 decresceram 5,6%; de 2013 para 2014 decresceram 2,4%.

#### Variação percentual de vários tipos de custos entre 2011 e 2014

(Antes de 01-07-2013 foram considerados o Hospital de Faro e o CHBA)

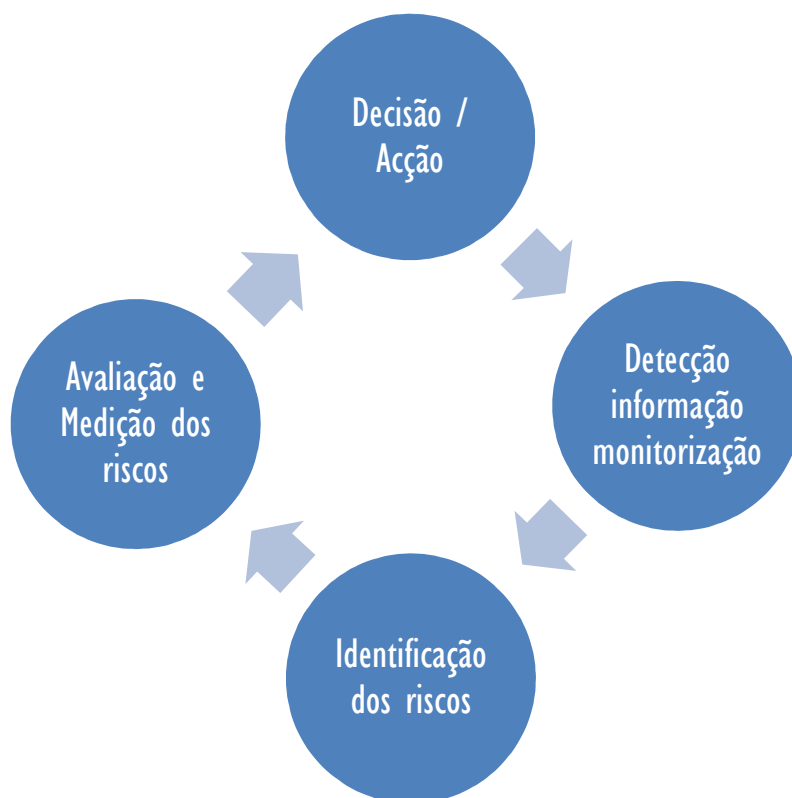
	2011 para 2012	2012 para 2013	2013 para 2014	2011 para 2014
Custos Laborais (custos com pessoal + honorários + empr. RH + TE Informat.)	-14,6%	1,1%	-0,3%	-13,9%
Mat. cons. clínico, reag. & out. farm.	-22,9%	-8,9%	2,5%	-28,1%
Medicamentos	-12,6%	-7,9%	-1,3%	-20,5%
Subcontractos	10,9%	-44,0%	-10,6%	-44,4%
Água + Electricidade + comunicações	10,5%	3,0%	-3,8%	9,4%
Outros Fornecimentos & Serviços (não clínicos)	-3,7%	-6,0%	0,9%	-8,7%
Transf+OCPO (out. Csts. Pertas Oper.)	-8,6%	-33,5%	-74,1%	-84,3%
Amortizações & Provisões	20,6%	-8,1%	-34,9%	-27,8%
<b>Custos Operacionais</b>	<b>-11,1%</b>	<b>-5,6%</b>	<b>-2,4%</b>	<b>-18,1%</b>

Essa diminuição foi generalizada, tendo a despesa em subcontratos diminuído mais de 44% entre 2011 e 2014, e a despesa em medicamentos e material de consumo clínico diminuído também muito significativamente. Os Fornecimentos e Serviços Externos (conta 62) caíram 36,9% entre 2011 e 2014. De salientar que a única das rúbricas *ad hoc* desta análise que cresceu neste período foi a rúbrica dos *custos com electricidade, água e comunicações*. As unidades que hoje compõem o Centro Hospitalar do Algarve gastaram em 2014 mais 9,4% em água, electricidade e comunicações do que as mesmas unidades em 2011. Todos os outros custos diminuíram.

## 3 Riscos de Corrupção e Infrações Conexas

### 3.1 Gestão do Risco

A Gestão do Risco é um processo cíclico que deve envolver activamente vários intervenientes por toda a organização. Na fase de identificação de riscos, toda a organização é chamada a contribuir identificando os riscos que sabe enfrentar; na fase de avaliação e medição, o risco é tratado profissionalmente; os Serviços e, ultimamente, o Conselho de Administração tomam a decisão acerca das acções a implementar<sup>6</sup> no Centro Hospitalar; os Directores dos Serviços, proprietários de processo, Unidade de Gestão do Risco e Auditoria Interna procedem à monitorização dos riscos e das medidas a implementar.



Este processo aplica-se indiscriminadamente a riscos *clínicos*, riscos *de corrupção e infrações conexas*, riscos *de gestão* e outros.

---

<sup>6</sup> Acções que planeiam implementar.

## 3.2 Exercício de auto-avaliação e Registo de Riscos

O exercício de auto-avaliação de riscos 2014 visou:

1. Identificar riscos conhecidos e conhecer a auto-avaliação de vários intervenientes e clientes dos processos nos processos.
2. Envolver todas as chefias de primeira-linha no processo de Gestão do Risco.

O exercício de auto-avaliação do risco consistiu em pedir a cada Director de primeira linha<sup>7</sup> que auto-avaliasse (1) a *probabilidade* e (2) o *impacto máximo possível* da ocorrência de cada evento adverso identificado com impacto (possível) na sua área de actuação, e ainda que identificasse novos riscos aos quais tem a percepção de estar sujeito. Cada risco identificado foi classificado numa escala de três classificações em duas dimensões:

1. A frequência ou probabilidade do risco
2. O Impacto máximo possível ou Severidade do risco.

Os participantes que assim o entenderam foram entrevistados, tendo-lhes sido explicada a legenda e tendo os riscos sido discutidos. Alguns participantes preferiram responder por escrito. Em ambos os casos, foram usadas as seguintes legendas:

---

Legenda para Frequência e Probabilidade do risco:

Elevada: Acontecimento (1) *muito provável* ou (2) *frequente*. Acontecimentos adversos de frequência diária; Probabilidade ou superior a 1% ou não quantificada mas *percebida* como «frequente». Coisas que estão «sempre a acontecer» ou podem acontecer em qualquer momento (quedas, enganos de inserção de dados, por exemplo); que acontecem várias vezes por ano.

Média: Frequência percebida como ocasional, entre 0,1% e 1%, ou não quantificada.

Baixa: Acontecimento raro. Frequência de acontecimento no centro hospitalar de uma vez por ano, ou menos; acontecimentos raros de muito baixa probabilidade (inferior a 0,1%); coisas que «nunca acontecem».

---

Legenda para Impacto ou Severidade do risco:

Grave: Compromete a *eficácia* das operações (os serviços deixam de executar a função para a qual existem); Repercussões graves como por exemplo, morte, danos permanentes, interrupção de prestação de serviços, operacionalidade comprometida, custos irreversíveis, danos, desperdícios ou prejuízos de elevado valor monetário, perda de informação, fiabilidade da informação comprometida, integridade da informação comprometida.

Médio: Impacto considerável, afecta o funcionamento dos serviços e os objectivos de gestão; compromete a *eficiência* mas não a *eficácia* dos Serviços.

Reduzido: Inconsequente ou pouco consequente; não compromete a *eficácia* das operações do hospital; afecta poucos pacientes/utentes/visitantes/funcionários; cria dificuldades contornáveis.

---

<sup>7</sup> Directores responsáveis pela gestão que reportam directamente ao Conselho de Administração: Gestores Hospitalares responsáveis pelas áreas clínicas departamentalizadas e não departamentalizadas, por um lado, e responsáveis pelos "serviços de apoio" (Direcção Financeira, Serviços Jurídicos, et cetera) por outro.

Optou-se, neste primeiro exercício, por uma escala com detalhe mínimo, com apenas três níveis: *Probabilidade* «baixa», «média» ou «elevada»; *Impacto máximo possível* «reduzido», «médio» ou «grave». As respostas dos intervenientes reflectem a sua *percepção* subjectiva quanto aos riscos; e quanto aos efeitos dos riscos na sua área de responsabilidade.

Probabilidade / Frequência	Impacto / Severidade		
	Reduzido=1	Médio=2	Grave=3
1=Baixa	A	B	C
2=Média	B	C	D
3=Elevada	C	D	E

Optou-se deliberadamente por manter esta escala *subjectiva*, não atribuindo valores numéricos<sup>8</sup> a intervalos de frequência ou probabilidade, uma vez que muitos dos riscos identificados não foram ainda alvo de *estudos quantitativos*. Também a simplicidade de uma escala de três grandezas não facilita a calibração de intervalos de risco. Por exemplo, uma probabilidade de 1/200 (a probabilidade de ocorrer um sismo «grave» no Algarve) pode ser considerada «elevada», enquanto outras probabilidades quantitativamente mais elevadas podem ser consideradas subjectivamente «baixas» (por exemplo, a frequência de queda de doentes durante um ano). Por isso, optou-se por não definir intervalos de probabilidades quantificados— por exemplo, definir *probabilidade baixa* como < 0,1%, *probabilidade média* como 0,1% a 1% e *probabilidade elevada* como > que 1% — e preferiu-se uma abordagem *subjectiva*. Uma escala de avaliação das probabilidades mais desenvolvida (5 ou 6 níveis) e uma maior familiarização de todos os intervenientes com os conceitos de «probabilidade» e «impacto» resolverá eficazmente este prolema; no entanto, (1) a *cultura de risco* de alguns dos intervenientes e (2) o *grau de conhecimento* dos riscos (estudos quantitativos) não permite ainda este desenvolvimento<sup>9</sup>.

Na avaliação da percepção do impacto, o problema é, como sempre, a disparidade de *tipos de impacto*. Se na maior parte das empresas o *impacto* se pode resumir a um montante monetário, num Hospital não é evidente que isso seja sequer possível. Neste

<sup>8</sup> Chegou a equacionar-se uma escala definindo como frequentes acontecimentos com probabilidade >1%, média com uma probabilidade entre 0,1% e 1% e baixa com uma probabilidade de acontecimento inferior a 0,1%. No entanto, esta escala não se relevou popular, manifestando muitos Directores um conhecimento insuficiente dos vários riscos para uma quantificação da probabilidade. Optou-se então por inquirir acerca da *percepção subjectiva*.

<sup>9</sup> Resumindo: optou-se por não correr riscos e implementar *efectivamente* um modelo simplificado de auto-avaliação do risco que obtivesse a colaboração de todos, optou-se por não complicar, porque isso poderia comprometer a colaboração de algumas chefias num processo com o qual alguns intervenientes poderão não estar ainda familiarizados.



caso, e para efeitos deste exercício de auto-avaliação do risco, a escala escolhida definida foi também simples (três níveis), definindo como «grave» um impacto que pudesse impedir a eficácia da missão da organização — acontecimentos que pudessem «parar um hospital» (um sismo, por exemplo) ou «parar um determinado processo» (ruptura de um stock importante em momento de necessidade, por exemplo). Mais uma vez, e dada a disparidade dos tipos de impactos, não necessariamente traduzíveis em dinheiro, optou-se por não atribuir valores monetários à escala de avaliação dos impactos.

Foram inicialmente identificados riscos oriundos dos planos do CHBA e do HdF e outros riscos identificados por quem conduziu o exercício. Os intervenientes contribuíram com riscos adicionais. Esses riscos foram auto-avaliados e traduzidos num *rating* pela Matriz de Risco. Para cada risco identificado, a *Matriz de Risco* produziu um *rating* de exposição «percebida» ao risco.

Legenda avaliação risco:	
A	Risco muito baixo
B	Risco baixo
C	Risco moderado
D	Risco elevado
E	Risco muito elevado

Esta escala de avaliação permite ordenar os riscos constantes no *Registo de Riscos*. O ponto 3.4 irá listar os *riscos de corrupção e infrações conexas*, separados por quadros, de acordo com esta escala.

### 3.3 Dimensão *Corrupção e Infrações Conexas*

O exercício de auto-avaliação do risco 2014 gerou um *Registo de Riscos*, que é um instrumento permanente de Gestão do Risco que engloba várias tipologias de risco. Uma vez que essas tipologias podem ter diversos tipos de impactos e podem sobrepor-se, uma boa gestão do risco identifica várias *Dimensões do Risco*. Uma das Dimensões do Risco consideradas no Registo de Riscos do Centro Hospitalar do Algarve é a Dimensão «Corrupção e Infrações Conexas» (CIC).

O artigo segundo da Lei nº 54/2008 lista várias infrações conexas à corrupção:

1. tráfico de influência
2. apropriação ilegítima de bens públicos
3. administração danosa
4. peculato
5. participação económica em negócio
6. abuso de poder
7. violação do dever de segredo
8. aquisições de imóveis ou valores mobiliários em consequência da obtenção ou utilização ilícitas de informação privilegiada

Juntamente com o «branqueamento de capitais» e mais genérica «criminalidade económica e financeira», estas infrações devem ser alvo de particular atenção por parte do Controlo Interno que deve desenvolver o seu dispositivo no sentido de as mitigar.

### 3.4 Riscos Identificados e Medidas Preventivas

Listam-se, de seguida, os riscos *de corrupção e infrações conexas* identificados, assim como os controlos correntes para prevenção de cada um dos riscos e a percepção dos participantes no exercício de auto-avaliação acerca (1) do risco inicial<sup>10</sup> e (2) da exposição corrente ao risco. O exercício de auto-avaliação pediu a cada participante uma «percepção» (1) da *probabilidade* e (2) do *impacto máximo possível* de cada evento adverso (se acontecesse). Essa percepção aparece aqui traduzida num «rating» de A a E, em que «A» é um «risco muito baixo» e «E» é um «risco muito elevado».

Descrição do risco	Percepção do Risco inicial	Riscos percebidos como elevados		
		Medidas preventivas ou mitigadoras do Risco	Percepção da exposição corrente ao Risco	Áreas envolvidas
Favorecimento na Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia	D	Mapas de Controlo diversos, semanais, quinzenais e mensais;	D	Deptº cirúrgico / UHGIC
Prescrição preferencial de medicamentos de um determinado fornecedor	E	Código de Ética; Comissão de Farmácia e Terapêutica; Monitorização da Prescrição Médica;	D	Serviços Clínicos
Inscrição na LIC de doentes «sem indicação»	D	Validação de todas as propostas cirúrgicas pelos directores de Serviço.	D	Deptº cirúrgico / UHGIC
Desinformação de direitos às famílias de falecidos	D		D	Serviços Fúnebres

<sup>10</sup> Por *risco inicial* entende-se o risco a que o Centro Hospitalar está exposto «na natureza», se não existissem medidas de mitigação do risco já implementadas; Por *risco corrente* entende-se a exposição do Centro Hospitalar a cada risco, mesmo considerando as medidas de prevenção e mitigação do risco que estão implementadas.

Riscos percebidos como moderados

Descrição do risco	Percepção do Risco inicial	Medidas preventivas ou mitigadoras do Risco	Percepção da exposição corrente ao Risco	Áreas envolvidas
Trabalho/participação/cargos de funcionários do CH em fornecedores ou clientes do CH	C	Obrigatoriedade de <i>Declaração de Conflito de Interesses</i>	C	RH
Apropriação ou perda de objectos propriedade de pacientes ou falecidos	D	Regulamento de Espólios	C	DF
Extravio de documentos em arquivo	C		C	Arquivo
Violação da confidencialidade da informação médica	E	Dever de sigilo de todos os funcionários; bom senso; Código de Ética; Informatização e armazenamento informático da informação; OS 52/2014 (Regulamento de Acesso à Informação);	C	todos utiliz serv inf
Conflitos de interesses em juris	C	Dever de declarar conflitos de interesses.	C	RH
Empréstimos de bens de fornecedores ao CH	E	O CCP não prevê a possibilidade de empréstimos de fornecedores.	C	Aprovis <sup>o</sup>
Atrasos na facturação do Centro Hospitalar	C		C	Contab
Medicamentos não imputados ao acto clínico	C		C	Contab
Equipamento não etiquetado	C	Inventário; folhas de carga	C	Imobilizado
Desconhecimento do paradeiro do equipamento	C	GAHF; documento de empréstimo (segue o doente); controlo do enf-chf;	C	Imobilizado
Abatimento não controlado de bens	C	Regulamento de abate; Inventário; comunicação ao património; autorização do CA para abate de bens;	C	Imobilizado
Registo incorrecto de GDH	E	Controlo dos médicos codificadores; Auditoria Clínica (GDH)	C	Serviços Clínicos
Registo de Produção sem execução do respectivo acto	C	Reclamações ( <i>ex post</i> )	C	Serviços Clínicos
Registo de produção incompleto (actos não registados)	C	Informatização	C	Serviços Clínicos
Acesso indevido a informação do hospital	D	Informatização; OS 52/2014 (Regulamento de Acesso à Informação); Restrições e controlo de perfis/acessos informáticos;	C	todos utiliz; serv informat
Cultura de apropriação de equipamento	E		C	Informática / todos utiliz

Riscos percebidos como baixos

Descrição do risco	Percepção do Risco inicial	Medidas preventivas ou mitigadoras do Risco	Percepção da exposição corrente ao Risco	Áreas envolvidas
Não identificação do médico no sistema de informação ALERT	B		B	RH e informática
Contratação de perfil técnico inadequado à função	D	Juri de selecção; definição de perfil técnico (critérios de contratação)	B	RH
Contratação de perfil comportamental inadequado ao cargo	D	Juri de selecção	B	RH
Registo de horas não trabalhadas	C	SISQUAL	B	RH
Não cobrança de créditos a receber	C	Departamento de «Controlo de Crédito»	B	DF/Tesouraria
Isenção indevida de taxas moderadoras	C		B	Produção
Baixa execução do plano de produção	D	Controlos departamentais; SICA; acomp <sup>o</sup> da execução;	B	Serv Clínicos
Utilização de Informação para fins privados	B	Dever de sigilo de todos os funcionários; bom senso; Código de ética; OS 52/2014 (Regul. Acesso Info.);	B	Serv Clínicos; serv inf
Alteração de dados por pessoas não autorizadas	B	Restrições de acesso a bases de dados	B	todos utiliz; serv inf

Riscos percebidos como muito baixos

Descrição do risco	Percepção do Risco inicial	Medidas preventivas ou mitigadoras do Risco	Percepção da exposição corrente ao Risco	Áreas envolvidas
Tráfico de informação sobre intenções de aquisição	E	Publicação de informação de acordo com CCP.	A	Aprovisionamento
Contratualização desfavorável ao Centro Hospitalar (falha do protecção dos interesses do centro hospitalar)	D	Minutas dos contractos validadas pelo Serviço Jurídico e de Contencioso do CH; Minutas têm de ser aprovadas pelo CA;	A	Aprovisionamento
Realização no exterior de cirurgias possíveis no Centro Hospitalar	E	Questionário de avaliação	A	Deptº. Cirurgia / UHGIC
Fugas de informação de óbitos para funerárias	D	SICO; Segregação de Funções;	A	todos utiliz; funcionários
Cálculo errado de salários a pagar	C	RHV	A	RH
Suborno ou tráfico de influências no processo de aquisição	E	Segregação de funções; Controlos proibitivos em aplicação informática (GHAF); Autorização de cada despesa pelo CA; Juris de concurso; Procedimentos de contratação pública; Publicação de informação de acordo com CCP; Monitorização do CA; Controlo externo pelos Serviços Financeiros; procedimentos de cabimento, compromisso e facturação.	A	Aprovisionamento
Favorecimento de fornecedores	E	Publicação de informação de acordo com CCP; Juris de concurso; procedimentos de acordo com o CCP. Procedimentos elaborados na plataforma VORTAL.	A	Aprovisionamento
Insuficiente publicidade nos concursos	A	Aplicação do CCP	A	Aprovisionamento
Não cumprimento do Código de aquisições na função pública	A	Segregação de funções; muita gente envolvida no processo. Todos os procedimentos de aquisição alvo de análise jurídica e sujeitos a parecer jurídico. Minutas dos contratos revistas pelo gabinete jurídico.	A	Aprovisionamento
Inexistência ou indefinição de requisitos para aquisições	D	Pedidos de material por escrito; Requisição validada pelo Serviço requisitante; juris com elementos do serv requisitante.	A	Aprovisionamento
Pagamento de bens não recebidos ou serviços não realizados	E	Conferência de facturas	A	Aprovisionamento / Contab/Tesour
Assumpção de compromissos anterior à atribuição do número de compromisso	B	Aplicação informática (GHAF) não deixa imprimir notas de encomenda sem número de compromisso.	A	Aprovisionamento / Contabilidade
Não registo de recepção de bens	E	Segregação de funções; monitorização da execução dos compromissos; Plano de compras; conferência de facturas: controlo de imputações (URG).	A	Aprovisionamento/ Contabilidade
Não registo de recebimentos em dinheiro	A		A	Tesouraria
Não registo contab. de créditos a receber	A		A	Contabilidade
Existências não controladas nos Serviços	C	Armazéns avançados	A	Aprovisionamento
Sobrefacturação de fornecedores por não conferência dos bens e serviços recebidos	C	Conferência de facturas	A	Contabilidade / Aprovisionamento
Realização de cirurgias adicionais em horário de trabalho normal ou horas extraordinárias pagas	C	ex ante: Registo biométrico (incompleto); autorização hierárquica; autorização dos RH; autorização do CA. post: Monitorização RH/Prod/Dept. cirurgia	ex A	Prod & Pré-fact// RH/ Dept. cirg
Prescrição de medicamentos mais caros do que o necessário	C	Comissão de Farmácia e Terapêutica; Monitorização da Prescrição Médica	A	Serviços Clínicos Departamentalizados
Prescrição de procedimentos médicos desnecessários ou prematuros	C	Comissão de Farmácia e Terapêutica; Monitorização da Prescrição Médica	A	Serviços Clínicos Departamentalizados

Continua...

Riscos percebidos como muito baixos (...continuação)

Descrição do risco	Percepção do Risco inicial	Medidas preventivas ou mitigadoras do Risco	Percepção da exposição corrente ao Risco	Áreas envolvidas
Realização no exterior de MCDTs possíveis no Centro Hospitalar	D	Todos os exames a realizar no exterior passam pela imagiologia e só saem com aprovação desse serviço	A	Serviços Clínicos
Doentes admitidos com informação insuficiente ou incorrecta	B	Equipas de admissão	A	Serviços Administrativos
Registo de actos inválidos	C	Validações no serviço de pré-facturação	A	Serviços Clínicos
Destino de desperdício/sobras alimentares	A		A	todos os serviços
Registo incorrecto de código de exame (MCDT)	A		A	Imagiologia/Serviços requisitantes de MCDTs
Impostura na recepção de cadáveres	A		A	Serviços Fúnebres
Apropriação ou perda de objectos ou valores durante o transporte	D	Folhas de registo aquando do levantamento e entrega de bens	A	Transportes
Uso abusivo de viaturas para uso próprio	D	Aplicação de gestão de frota	A	Transportes
Facturação (por fornecedores) de Transportes não realizados	D	Aplicação «GHAF - Transportes»	A	Transportes
Sobrefacturação (por fornecedores) de serviços de transporte	D	Aplicação «GHAF - Transportes»	A	Transportes

### 3.5 Prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas

A estratégia central assumida pela Administração para prevenção dos *riscos de corrupção e infrações conexas* é a aplicação da legislação para o efeito. De facto, alguns instrumentos legais como o *Código de Contratação Pública* ou o *Regime de Trabalho em Funções Públicas* determinam, com grande detalhe, medidas de prevenção da corrupção. Muitas das medidas identificadas no campo «*Medidas preventivas ou mitigadoras do Risco*» dos quadros do ponto 3.4 materializam as necessidades criadas pela legislação, mas não se esgotam nesta.

O exercício de auto-avaliação de riscos de 2014 permitiu identificar riscos e enumerar as principais medidas de prevenção e mitigação em vigor. Essa avaliação foi sumária, não sendo a auto-avaliação sido sujeita a testes, nesta fase da análise<sup>11</sup>. Não foi possível *auditar* — nem é esse o objectivo de um exercício de auto-avaliação do risco — cada um dos processos nem quantificar cada um dos riscos. O programa de

<sup>11</sup> Isto é, as medidas preventivas (e correctivas) alegadamente em vigor são mencionadas, mas não foram testadas; não se garante, nesta fase, a qualidade das medidas preventivas, a sua real eficácia ou mesmo a sua universalidade.

Auditoria Interna deve ter em conta a análise de riscos<sup>12</sup>, e os riscos seleccionados para auditoria (em cada ano) beneficiarão de uma caracterização e uma quantificação mais pormenorizadas. A selecção de riscos a auditar deve ter em conta o resultado da auto-avaliação do risco. No entanto, não é evidente que os riscos avaliados como mais graves sejam necessariamente os primeiros a merecer atenção mais urgente; e sobretudo não deve ser evidente que riscos considerados «muito baixos» (A) fiquem automaticamente de fora de um programa de auditoria interna. A auto-avaliação do risco também está exposta a enganos e falsas seguranças, pelo que a informação simplificada dos quadros deve ser interpretada cepticamente.

Para além das medidas mencionadas nos quadros do ponto 3.4, o Centro Hospitalar do Algarve dispõe ainda de políticas próprias, transversais, com impacto na prevenção de *Riscos de Corrupção e Infrações Conexas*, e que sublinham a acção do Centro Hospitalar em matéria de prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas.

Instrumento / política	Função e relevância	Observações
Regulamento Interno do Centro Hospitalar do Algarve	Enquadra toda a actividade do Centro Hospitalar, definindo, entre outros, sua Missão, seus Valores, e direitos e deveres dos colaboradores.	Por homologar (submetido à ARS em Abril de 2014)
Regulamentos internos dos Serviços	Enquadra a actividade de cada Serviço e documenta os seus princípios de funcionamento.	A aprovar após homologação do Regulamento Interno do Centro Hospitalar
Código de Ética do Centro Hospitalar do Algarve	Documenta a postura ética do Centro Hospitalar e deve condicionar a acção de todos os seus funcionários e colaboradores.	Ainda os códigos de ética do CHBA e Hospital de Faro..
Códigos de Ética profissionais	Enquadrar e condicionar o exercício de diversas actividades profissionais exercidas no Centro Hospitalar.	Médicos, enfermeiros, auditor interno e advogados.
Política de Informatização	A sistematização do armazenamento da informação do Centro Hospitalar em bases de dados «informatizadas» é uma política transversal que permite um maior controlo sobre a informação.	Esta política incorre riscos próprios, que também são geridos e constam no ponto 3.4.
Política de Desenvolvimento de Controlo Interno	O Controlo Interno é um dispositivo de (1) órgãos da organização (como a Auditoria Interna, a Gestão do Risco, o Compliance Officer, etc.) e (2) procedimentos de trabalho (como controlos pessoais, supervisão das chefias, manutenção de mapas, actividades de conferência e conciliação, etc...) destinado a garantir a eficácia e a eficiência das actividades da organização; uma política de «desenvolvimento» do controlo interno é intrinsecamente preventiva do Risco.	Uma política de desenvolvimento do Sistema de Controlo Interno é um trabalho moroso e miudinho mas é o cerne da mitigação de riscos. Várias camadas de <i>Controlo Interno</i> estão a ser desenvolvidas.
Política de autorização directa de procedimentos pelo Conselho de Administração	Afim de melhor controlar as despesas, procedimentos de (1) maior risco inerente e de (2) maior importância monetária carecem de autorização directa do Conselho de Administração ou algum dos seus membros.	
Política de Qualidade	A consistência dos níveis de qualidade beneficia a prevenção de riscos.	Despacho nº14223/2009 do Ministério da Saúde.
Manual Hospitalar	Define os procedimentos de trabalho do Centro Hospitalar.	Ainda os antigos Manuais Hospitalares do CHBA e do Hospital de Faro.

<sup>12</sup> A Auditoria Interna deve desenvolver um plano de auditorias *baseado no risco*; o número de riscos identificados e, sobretudo, o número e a complexidade dos circuitos envolvidos ultrapassa a capacidade actual do Serviço de Auditoria Interna para um ano; ou mesmo três. Muitos dos riscos identificados no ponto 3.4 justificam, só para si, uma auditoria. . não permite

## 4 Implementação e Gestão do Plano

O *Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas* é público, deve ser publicado no sítio do Centro Hospitalar do Algarve na internet e deve ser disponibilizado a todos os funcionários, nomeadamente através da intranet.

### 4.1 Implementação do Plano

O *Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas* é implementado pelos *proprietários dos processos* e seus Directores, é monitorizado pela *Unidade de Qualidade e Gestão do Risco* e é avaliado pelo *Serviço de Auditoria Interna*. A decisão das medidas de prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas a manter ou implementar cabe, ultimamente ao Conselho de Administração. A implementação e gestão dessas medidas cabe à estrutura executiva do centro hospitalar, nomeadamente aos proprietários dos processos. Todos os funcionários do Centro Hospitalar do Algarve devem colaborar na implementação do plano.

### 4.2 Monitorização do Plano

A implementação das medidas descritas no plano e os resultados das medidas decididas pelo Conselho de Administração e constantes no *Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas* devem ser monitorizados pela *Unidade da Qualidade e Gestão de Risco* e pelo *Serviço de Auditoria Interna*, a quem cabe a *avaliação* das medidas, da sua real implementação e da sua suficiência e adequação. *Relatórios de monitorização* do Plano de Prevenção de Riscos e Infrações Conexas devem resultar da *análise* das medidas implementadas e seus efeitos. A *monitorização* do plano deve ser anual.

### 4.3 Monitorização dos Riscos

A monitorização de riscos de corrupção e infrações conexas não se esgota na monitorização do *plano*. Para além da monitorização da implementação das medidas previstas no plano, a Unidade de Gestão do Risco deve monitorizar a evolução da exposição do Centro Hospitalar ao Risco. Todos os funcionários do centro hospitalar devem colaborar com a Unidade de Qualidade e Gestão de Risco na monitorização de riscos identificados e na identificação de riscos, nomeadamente (1) reportando, a qualquer momento, novos riscos que identifiquem ou percepcionem (quer se tenham verificado ocorrências ou não) e (2) colaborando em exercícios anuais de auto-avaliação do risco.

### 4.4 Revisão do Plano

O Plano de Prevenção de Riscos e Infrações Conexas deve ser revisto a cada 3 a 5 anos ou sempre que ocorram alterações significativas nos procedimentos de trabalho expostos a riscos de corrupção e infrações conexas previamente identificados.

24 de Fevereiro de 2015



## Lista de Distribuição

Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Algarve  
Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC, Tribunal de Contas)  
Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS)  
Administração Regional de Saúde do Algarve (ARS Algarve)  
Inspeção Geral das Actividades em Saúde (IGAS)  
Inspeção Geral de Finanças (IGF)  
Intranet do Centro Hospitalar do Algarve  
Internet: site do Centro Hospitalar do Algarve