

PREVENÇÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

Relatório de Avaliação Intercalar
Outubro de 2024





Índice

1. Introdução	2
1.1. Enquadramento	2
1.2. Análise	3
2. Caracterização da Entidade	4
2.1. Organização e Funcionamento	5
2.2. Missão, Visão e Valores	5
3. Metodologia	7
4. Sistema de monitorização das medidas preventivas dos riscos por áreas	10
4.1. Resultados	10
5. Considerações Finais	12
6. Recomendações	14
Anexos	17



1. Introdução

1.1. Enquadramento

Em cumprimento do disposto na alínea a), do n.º 4, do artigo 6.º do Regime Geral da Prevenção da Corrupção (RGPC), aprovado em anexo ao Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro, diploma que criou o Mecanismo Nacional Anticorrupção (MENAC) e estabeleceu o Regime Geral de Prevenção da Corrupção (RGPC), revogando a Lei n.º 54/2008, de 04 de setembro, a qual tinha criado o Conselho de Prevenção e Corrupção (CPC), procede-se à elaboração do relatório de avaliação intercalar, relativamente às situações identificadas de risco elevado (máximo) constantes do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas 2023-2025 (PPRCIC), do Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPER (HDESPD).

O PPRCIC do HDESPD, aprovado pelo Conselho de Administração (CA) a 20 de dezembro de 2023, decorre de uma revisão do Plano 2020, tendo em conta as recomendações e orientações em vigor. Tem como objetivo a identificação das principais áreas que potencialmente poderão ser sujeitas à ocorrência de atos de corrupção, bem como os principais riscos daí decorrentes, os controlos instituídos pela organização visando a sua mitigação, a probabilidade de ocorrência e a definição dos responsáveis pela implementação e gestão do plano.

Na revisão do Plano foram incluídos os processos e atividades do HDESPD, tendo-se efetuado uma análise transversal das competências exercidas, de forma a identificar as situações que, no âmbito das várias áreas de atuação, podem incorrer em risco de gestão, incluindo de corrupção e infrações conexas.

Como resultado de um processo de ponderação interna, que integrou os dirigentes, os trabalhadores, o Gabinete de Gestão do Risco (GGR) e os Serviços Jurídicos, foram separados os conjuntos de atividades e responsabilidades relativamente às quais foram identificados os eventos de riscos, tendo sido refletidas as medidas de mitigação instituídas



e, nos casos considerados necessários, avaliadas medidas de prevenção adicionais para atenuação da sua probabilidade de ocorrência.

No âmbito do Regime Geral de Proteção de Denunciantes de Infrações (RGPDI), aprovado pela Lei n.º 93/2021, de 20 de dezembro, o HDESPD, enquanto autoridade competente, disponibiliza, desde novembro de 2023, um canal de denúncia, como mecanismo de prevenção, deteção e sancionamento de atos de corrupção e infrações conexas, levados a cabo contra ou através da entidade.

1.2. Análise

No presente relatório está espelhada a metodologia de análise às respostas aos Mapas de Identificação de Riscos e Medidas de Prevenção (MIRMP), através da agregação e sistematização de toda a informação obtida da monitorização, através do preenchimento das listas de verificação pelas áreas/serviços relacionadas com o grau de implementação/execução das medidas preventivas propostas. Saliencia-se que é da responsabilidade de cada área/serviço envolvido, no que ao risco diz respeito, desenvolver procedimentos com vista à eliminação/minimização da probabilidade da sua ocorrência.

Destaca-se que o controlo interno é uma preocupação do CA do HDESPD onde o GGR atua mandatado pelo mesmo, de modo a cumprir com os impostos legais.

2. Caracterização da Entidade

O início da atividade do hospital remonta ao fim do século XVI, sendo que apenas em 1978, foi transferida para a competência do Governo da Região Autónoma dos Açores a gestão da unidade hospitalar. Esta é uma unidade de saúde caracterizada, fundamentalmente, por uma elevada diferenciação clínica com dimensão média em termos de lotação.

O HDESPD serve a totalidade das populações de São Miguel e Santa Maria, num total aproximado de 138 694 habitantes e ainda, nas especialidades clínicas que apenas o HDES disponibiliza na região, a restante população da Região Autónoma dos Açores com cerca de 236 413 habitantes. A deslocação de utentes para fora da região ocorre sempre que existam processos propostos por médicos da instituição, sendo os mesmos autorizados pela Direção Clínica. Estes processos de deslocação são da responsabilidade do HDESPD, após processo de verificação da falta de capacidade de solução interna. O hospital tem uma lotação de 414 camas, mais 23 camas de berçário, distribuídas pelos serviços de internamento, médicos e cirúrgicos. A atividade assistencial de ambulatório é repartida pela consulta externa, hospital de dia, exames complementares de diagnóstico e terapêutica, cirúrgica e reabilitação.

Os serviços/áreas do HDESPD atuam com suporte nos vários instrumentos de gestão ao seu dispor, nomeadamente:

- Legais;
- Normativos;
- Instituídos internamente.

2.1. Organização e Funcionamento

De acordo com o artigo 5.º dos seus estatutos, aprovados como Anexo II ao Decreto Legislativo Regional n.º 2/2007/A, de 24 de janeiro - Altera o Estatuto do Serviço Regional de Saúde (SRS) que permite a transformação dos hospitais regionais em entidades públicas empresariais, aprovando o respetivo regime jurídico e estatutos - o HDESPD tem como órgãos sociais o Conselho de Administração, o Fiscal Único e o Conselho Consultivo.

Os elementos que compõem o CA, foram nomeados através da Resolução do Conselho do Governo n.º 46/2023, de 8 de março, sendo este órgão constituído por cinco elementos, respetivamente:

Conselho de Administração	
Presidente do Conselho	Dra. Manuela Margarida Anglin Ferreira de Melo Cabral Gomes de Menezes
Diretora Clínica	Dra. Maria Paula Raposo Fonseca Macedo Paz Ferreira
Enfermeira Diretora	Enf.ª Lúcia de Fátima Vieira Cabral Rodrigues
Vogal do Conselho	Dr. José Barreto Vasques de Carvalho
Vogal do Conselho	Dr. Luís José Pacheco de Medeiros de Almeida
Fiscal Único – UHY & Associados. SROC, Lda.	

2.2. Missão, Visão e Valores

Missão

Prestar cuidados de saúde diferenciados e centrados no utente, garantindo o acesso em tempo útil, com qualidade e segurança, à população sob a sua área de influência, promovendo a articulação com os cuidados primários e continuados.



Visão

Excelência na prestação de cuidados de saúde, assumindo-se como Hospital de referência na Região Autónoma dos Açores, pela capacidade de resposta diferenciada às necessidades dos utentes e pela qualidade técnica e humana dos profissionais.

Valores

- **Centralização no utente** – Foco no doente e nos cuidados de saúde a prestar;
- **Realização dos colaboradores** – Ambiente de trabalho potenciador do desenvolvimento pessoal e profissional;
- **Comunicação** – Transparência nos processos de decisão interna;
- **Modelo Organizativo** – Descentralização e Responsabilização;
- **Ética** – Preservar e defender princípios de ética nas relações profissionais, institucionais e pessoais;
- **Responsabilidade Social** – Assumir permanentemente a responsabilidade social perante as populações e demais agentes da comunidade;
- **Melhoria Contínua** – Defender a dinâmica da cultura da qualidade, procurando soluções flexíveis que possibilitem a prestação de melhores cuidados de saúde;
- **Eficiência** – Defender a dinâmica da cultura da qualidade, procurando soluções flexíveis que possibilitem a prestação de melhores cuidados de saúde;
- **Boas Práticas Ambientais** – Defender e privilegiar a implementação de boas práticas ambientais;
- **Segurança e Bem-Estar** – Garantir a segurança e bem-estar dos utentes e dos profissionais da instituição.

3. Metodologia

A operacionalização do PPRCIC agrega os seguintes intervenientes:

Decisor	Função e Responsabilidades
Conselho de Administração	<ul style="list-style-type: none"> • Aprovar o PPRCIC e dar conhecimento a toda a instituição. • Impor sua obrigatoriedade de aplicação e cumprimento. • Validar as propostas de correção e atualizações apresentadas pelos responsáveis e gestores do risco; • Aprovar o relatório anual de execução do PPRCIC.
Gestor do Risco	<ul style="list-style-type: none"> • É o gestor do PPRCIC; • Estabelece a arquitetura e os critérios da gestão de risco, cuidando da sua revisão; • Recebe e comunica os riscos, tomando as medidas inseridas na sua competência.
Gabinete da Gestão do Risco	<ul style="list-style-type: none"> • Acompanha a execução das medidas previstas no PPRCIC e elabora o respetivo relatório anual e relatórios de acompanhamento; • Desenvolve o acompanhamento através de inquéritos e ações específicas; • Acompanhar a implementação das medidas; • Analisar os dados de monitorização e avaliação; • Realizar auditorias internas ao sistema de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas; • Elaborar relatórios anuais e propostas de revisão do PPRCIC e submeter a aprovação do CA; • Criar procedimentos com vista a garantir a imparcialidade e confidencialidade dos processos.



Decisor	Função e Responsabilidades
<p>Responsáveis das áreas/serviços</p>	<ul style="list-style-type: none"> • São os responsáveis pela organização, aplicação e acompanhamento do PPRCIC, na parte respetiva; • Identificam, recolhem e comunicam ao Gestor do Risco qualquer ocorrência de risco com provável gravidade maior; • Responsabilizam-se pela eficácia das medidas de controlo do risco, na sua esfera de atuação; • Apoiam a revisão e atualização do PPRCIC, identificando e validando atividades, comunicando riscos e medidas de prevenção adequadas; • Formulam propostas de melhoria ao PPRCIC.
<p>Serviços Jurídicos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Asseguram a prestação de consultoria jurídica e apoio legislativo e contencioso ao Conselho de Administração do HDESPD; • Prestam informações de natureza técnico-jurídica aos serviços do HDESPD; • Elaboram pareceres sobre projetos e propostas referentes às atividades do HDESPD; • Apoiam tecnicamente na formação jurídica dos patrocínios; • Elaboram estudos, projetos e minutas de contratos; • Instruem processos e prestam apoio técnico na área disciplinar; • Organizam e mantêm atualizados os ficheiros de legislação e bibliografia jurídica.
<p>Colaboradores</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Executam e acompanham as medidas previstas no PPRCIC. • Apoiam os responsáveis das áreas/serviços nas suas responsabilidades. • Informam o seu superior hierárquico sobre situações de risco e medidas de prevenção que considere adequadas. • Formulam propostas de melhoria.



Nestes termos, o presente documento sistematiza o trabalho desenvolvido pelo HDES até 15 de outubro de 2024, no que respeita à implementação dos mecanismos de acompanhamento e monitorização permanente das medidas preventivas de risco elevado, previstas no PPRCIC em vigor.

As áreas/serviços às quais foram identificados os eventos de risco elevado (máximo) constantes do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas 2023-2025 (PPRCIC), do Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPER (HDESPD), sinalizaram a respetiva execução, nos seguintes termos:

- **Implementada** – a medida de resposta ao risco foi completamente executada;
- **Não Implementada** – a medida de resposta ao risco não foi executada.

De sublinhar que a devido à falta de participação dos responsáveis de áreas/serviços, o GGR elabora o presente relatório apenas com os dados obtidos, sendo que a responsabilidade pela falta de dados dos serviços é imputável aos mesmos, na pessoa das suas chefias hierárquicas.

4. Sistema de monitorização das medidas preventivas dos riscos por áreas

No decurso do ano 2024, não foram detetados riscos adicionais, para além dos que já se encontravam definidos. Assim, não se procedeu a qualquer alteração dos Mapas de Identificação de Riscos e Medidas de Prevenção.

4.1. Resultados

No mês de outubro de 2024, registaram-se 8 atividades/eventos, 8 riscos elevados de gestão (Figura 1) e 18 medidas preventivas, constatando-se que foram implementadas 89% das medidas preventivas propostas (Tabela 1).

Foi feita uma alteração ao nível do risco do Serviço de Instalações e Equipamentos (de elevado para moderado), situação esta que será abordada no relatório final.

Figura 1: Níveis do Risco

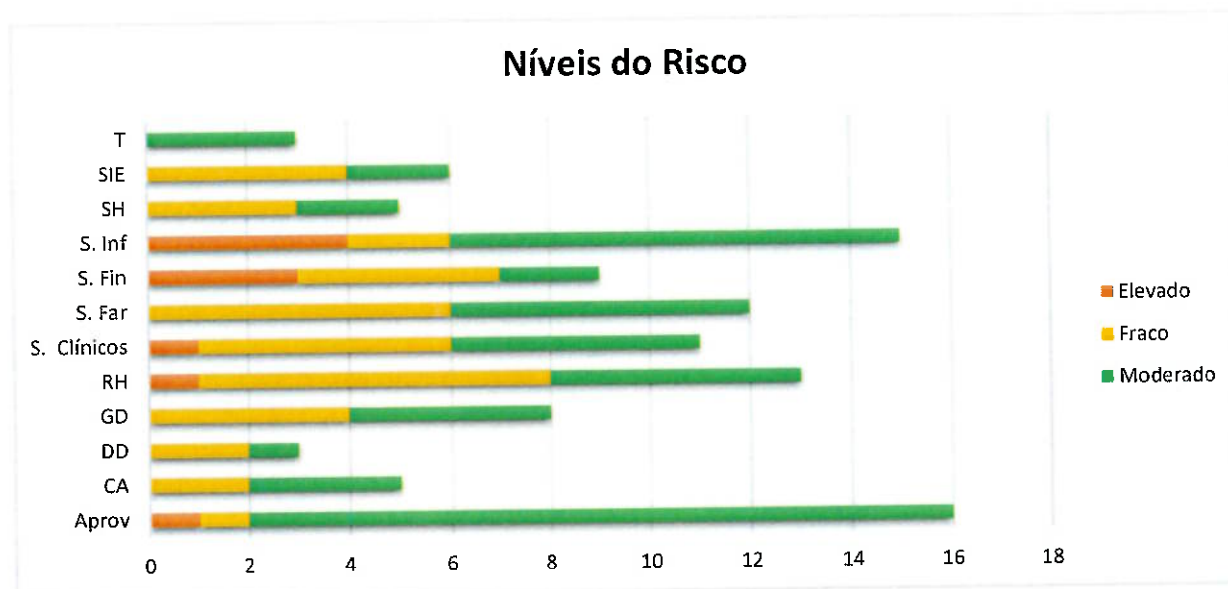




Tabela 1 – Implementação das Medidas Preventivas para Riscos Elevados.

Áreas / Serviços	Medidas Preventivas	Implementado	%	Não Implementado	%
Aprovisionamento	2	2	100	0	0
R. Humanos	5	5	100	0	0
Serviços Clínicos	2	0	0	2	100
Serviço Financeiros	5	5	100	0	0
S. Informática	4	4	100	0	0
Total	19	19	89	0	11



5. Considerações Finais

A avaliação intercalar do PPRCIC em vigor no HDESPD, assente na apreciação da atividade desenvolvida pelos vários níveis da organização, assume especial interesse, no âmbito das medidas de prevenção da corrupção previstas no PPRCIC, consubstanciando, aquele plano, um instrumentos fundamental para a consciencialização sobre a importância da implementação de mecanismos e medidas preventivas e corretivas, que permitam reduzir a probabilidade de ocorrência e o impacto dos riscos das situações que possam expor a organização a atos de corrupção e infrações conexas.

- **C1.** O PPRCIC identifica detalhadamente os riscos de gestão, incluindo os de corrupção e infrações conexas, para as funções/ações de cada uma das áreas/serviços abrangidos;
- **C2.** O PPRCIC indica medidas preventivas por serviço, nomeadamente a elaboração de procedimentos no âmbito dos mecanismos de controlo interno, a segregação de funções e a realização de ações de formação adequadas para os trabalhadores;
- **C3.** O PPRCIC é monitorizado atualmente pelo GGR, com interajuda do Gabinete Jurídico e apoio superior do CA, com o contributo de todas as áreas/serviços envolvidos;
- **C4.** A monitorização do plano deve ser uma prática comum da instituição, devendo ser adotados ou melhorados os mecanismos de controlo interno, sendo que para isso urge que cada colaborador tenha autoconhecimento, quer das suas funções, quer das funções da instituição que representa;
- **C5.** A taxa de participação na monitorização de 2024 é de 100%, no processo de gestão de riscos e avaliação e a taxa de implementação das medidas preventivas é de 89%;

6. Recomendações

O GGR coloca à consideração superior as seguintes recomendações:

- **R1.** Enviar, em cumprimento do estabelecido nos números 6 e 7, do artigo 6.º, do Regime Geral de Prevenção da Corrupção, o Relatório de Avaliação Intercalar à Direção Regional da Saúde e ao Gabinete de Prevenção da Corrupção e da Transparência (GPCT), e, bem assim, proceder à sua publicitação nas páginas, internet e intranet, do HDESPD, excetuando as matérias e vertentes que o CA considere de natureza reservada.
- **R2.** Prosseguir com a implementação de medidas de reforço do controlo, no sentido de melhorar o desempenho do HDESPD, em termos de prevenção dos riscos da gestão, incluindo os de corrupção e infrações conexas.
- **R3.** Constituir uma equipa responsável pela execução do PPRCIC, formação interna global, relatórios, procedimentos internos, acompanhamento e monitorização das medidas preventivas adotadas, conforme estipulado no PPRCIC 23-25 e de acordo com o disposto em artigo 15.º – Sistema de controlo interno - do Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro:
 1. *As entidades públicas abrangidas implementam um sistema de controlo interno proporcional à natureza, dimensão e complexidade da entidade e da atividade por esta prosseguida e que tenha por base modelos adequados de gestão dos riscos, de informação e de comunicação, em todas as áreas de intervenção, designadamente as identificadas no respetivo PPRCIC.*
 2. *O sistema de controlo interno engloba, nomeadamente, o plano de organização, as políticas, os métodos, procedimentos e boas práticas de controlo definidos pelos responsáveis, que contribuam para assegurar o desenvolvimento das atividades de forma ordenada, eficiente e transparente.*



3. O sistema de controlo interno visa garantir, designadamente:
 - a) O cumprimento e a legalidade das deliberações e decisões dos titulares dos respetivos órgãos;
 - b) O respeito pelas políticas e objetivos definidos;
 - c) O cumprimento das disposições legais e regulamentares;
 - d) A adequada gestão e mitigação de riscos, tendo em atenção o PPRCIC;
 - e) O respeito pelos princípios e valores previstos no código de conduta;
 - f) A prevenção e deteção de situações de ilegalidade, corrupção, fraude e erro;
 - g) A salvaguarda dos ativos;
 - h) A qualidade, tempestividade, integridade e fiabilidade da informação;
 - i) A prevenção do favorecimento ou práticas discriminatórias;
 - j) Os adequados mecanismos de planeamento, execução, revisão, controlo e aprovação das operações;
 - k) A promoção da concorrência;
 - l) A transparência das operações.
 4. O sistema de controlo interno consta de manuais de procedimentos, tendo por base as melhores práticas nacionais e internacionais;
 5. Para efeitos de avaliação da respetiva adequação e eficácia, as entidades públicas abrangidas promovem o acompanhamento regular da implementação do sistema de controlo interno, designadamente através da realização de auditorias aleatórias, reportando superiormente os seus resultados e eventuais condicionantes, e implementam as necessárias medidas corretivas ou de aperfeiçoamento.
- **R4.** Promover a cooperação entre serviços, designadamente, nas atividades transversais, cujos processos se interligam.

Hospital do Divino

Espírito Santo

de

Ponta Delgada, EPE



“O único modo de escapar da corrupção causada pelo sucesso é continuar a trabalhar.”

Albert Einstein

Accredited by



Hospital do Divino
Espírito Santo



de
Ponta Delgada, EPE

Anexos

Resposta do serviço às medidas implementadas

Atividades/Eventos	Identificação dos Riscos	Medidas a auditar	Evidências	Avaliação pelo Responsável	
				I*	NI**
<p>Inconformidades processuais</p> <p>Medidas Corretivas a implementar pelo Serviço:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cumprimento de regras de transparência através do acesso à informação - Levantamento dos tipos de riscos a considerar na Contratação Pública e elaboração das respostas para os mesmos - Promover o acesso à informação e formação 	<ul style="list-style-type: none"> • Demora processual. • Fornecimento tardio de bens e serviços. • Violação dos princípios gerais de contratação. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promove formação dos colaboradores. 2. Elaboração de manual de procedimentos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Registos de Formação • Lista de atualizações 		

Responsável do serviço auditado: _____ Madalena Sampaio Correia _____ N.º Mec.: _____ 2105 _____ Data: _____ 29 / _____ 10 / _____ 2024 _____

* Implementado
** Não Implementado



Atividades/Eventos	Identificação dos Riscos	Medidas a auditar	Evidências	Avaliação pelo Responsável	
				I*	NI**
Acesso indevido a informação relacionada com os profissionais (processos individuais, remunerações, entre outros)	<ul style="list-style-type: none"> Utilização abusiva de dados confidenciais 	<ol style="list-style-type: none"> Arquivo tem sempre um funcionário presente. Acesso ao Serviço é controlado. Acesso restrito aos sistemas de informação. Formação para a Proteção de Dados/Confidencialidade. Acesso interdito ao BackOffice, de profissionais não pertencentes ao Serviço. 	<ul style="list-style-type: none"> Auditoria para o cumprimento da política de privacidade e confidencialidade dos dados 		

* Implementado

** Não Implementado

Lista de Verificação de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas do Serviço de Recursos Humanos



Medidas Corretivas a implementar pelo Serviço:

Responsável do serviço auditado: Ana Simas N.º Mec.: 4804 Data: 18/10/2024





Atividades/Eventos	Identificação dos Riscos	Medidas a auditar	Evidências	Avaliação pelo Responsável	
				I*	NI**
Despesa	<ul style="list-style-type: none"> Pagamento de despesa sem suporte prévio. Incorreta documentação dos processos de despesa, nomeadamente, aquando da sua instrução para pagamento. Pagamento de despesa sem verificar a situação tributária e contributiva do fornecedor. Incumprimento dos prazos de pagamento que pode originar quebras de fornecimento. 	<p>1. Plano de pagamento, bem como pagamentos eventuais, apenas realizados com previamente autorização do departamento com competência para o efeito. Identificar no plano de pagamento mensal, a situação tributária e contributiva dos fornecedores.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Arquivo, com o suporte documental em papel, de faturas e respetivas autorizações; Plano de Tesouraria mensal. 	Implementado	
Compromissos	<ul style="list-style-type: none"> Despesa com a errada classificação económica. Deficiente numeração de compromissos ao nível da 	<p>1. Executar mensalmente os diagnósticos disponíveis na</p>	<ul style="list-style-type: none"> Reportes enviados à tutela, na vertente orçamental e financeira; 	Implementado	

* Implementado

** Não Implementado





<p>Incumprimento de prazos de pagamento a fornecedores</p>	<p>aplicação, ou seja, inexistência de seqüência na sua emissão.</p>	<p>aplicação informática.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação trimestral ao CA de um diagnóstico econômico financeiro, referente ao triênio; • Prestação anual de contas, cumprindo a legislação em vigor. 	<p>Implementado</p>
<p>Incumprimento de prazos de pagamento a fornecedores</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quebra de fornecimento, cobrança de juros de mora e aumento dos pagamentos em atraso. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Extração e análise mensal de listas de valores em dívida, a fornecedores. 2. Pagamentos efetuados com base na antiguidade da dívida. 3. Pedido de reforço de dotação orçamental. 	<ul style="list-style-type: none"> • Plano de Tesouraria mensal. 	<p>Implementado</p>
				<p>Implementado</p>

Medidas Corretivas a implementar pelo Serviço:





Responsável do serviço auditado: _____ N.º Mec.: _____ Data: ____/____/____





Atividades/Eventos	Identificação dos Riscos	Medidas a auditar	Evidências	Avaliação pelo Responsável	
				I*	NI**
Ficheiros adulterados ou eliminados por malware	<ul style="list-style-type: none"> Perda de dados. 	1. Realização de updates aos sistemas operativos.	<ul style="list-style-type: none"> Procedimento 16.04 	X	
Ocorrência de eventos que possam causar interrupções nos servidores em geral, levando a indisponibilidade dos sistemas	<ul style="list-style-type: none"> Impossibilidade de acesso à informação. 	1. Criação de Plano de Contingência, com backups locais por forma a manter a continuidade do serviço. 2. Cumprimento dos Procedimentos do Serviço.	<ul style="list-style-type: none"> Plano de Contingência Procedimentos 5.231; 12.23; 16.47 	X	
Aquisição e Implementação	<ul style="list-style-type: none"> Falta de transparência nos procedimentos de 	Existem responsabilidades segregadas nos pedidos de aquisição:	<ul style="list-style-type: none"> Atas Relatórios 	X	

* Implementado

** Não Implementado





Atividades/Eventos	Identificação dos Riscos	Medidas a auditar	Evidências	Avaliação pelo Responsável	
				I*	NI**
	aquisição (licenciamento, manutenção, novos desenvolvimentos, outros serviços).	<ul style="list-style-type: none">Elaboração das especificações técnicas, orçamentação e justificação dos benefícios;Validação dos pedidos de aquisição e conversão em proposta de decisão;Conferencia e aprovação de receções/faturas.	<ul style="list-style-type: none">AcinGov		
Medidas Corretivas a implementar pelo Serviço:		É feita a revisão anual de procedimentos aquisitivos recorrentes.		X	

Medidas Corretivas a implementar pelo Serviço:

Uma vez que as medidas de mitigação estão implementadas os riscos devem ser revistos no próximo ciclo.

Responsável do serviço auditado: PAULO BRAS

Assinado por: José Paulo Ferreira Pinto Bras
Num. de identificação: 07452327
Data: 2024.10.29 16:01:06-0100

N.º Mec.: 4956

Data: 29/10/2024