



Centro Hospitalar do Médio Ave, E.P.E.

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO ANUAL DO PLANO DE PREVENÇÃO DE RISCOS DE GESTÃO

(incluindo os riscos de corrupção e infracções conexas)

2023

Conselho de Administração

Ata n.º 16 de 16/04/2024

para o reconhecimento

Presidente C.A.	Diretor Clínico	Diretor Clínico	Enfermeira Diretora	Vogal Executivo	Vogal Executivo
António Barbosa	Violeta Iglesias	João Marques	Daniela Balbeira	Luís Moniz	Hugo Carvalho

Elaborado: Serviço de Auditoria Interna	12/04/2024
Aprovado: Conselho de Administração	

SUMÁRIO

Siglas	3
Enquadramento	4
Controlo interno	5
Monitorização.....	7
Gestão de conflito de interesses e acumulação de funções	13
Nota final	15

Siglas

CA - Conselho de Administração

CHMA – Centro Hospitalar do Médio Ave

CPC – Conselho de Prevenção da Corrupção

EPE – Entidade Pública Empresarial

MENAC - Mecanismo Nacional Anticorrupção

PPRG – Plano de Prevenção de Riscos de Gestão (incluindo os riscos de corrupção e infrações conexas)

RCM - Resolução do Conselho de Ministros

SGAU – Serviço de Gestão Administrativa do Utente

SAL – Serviço de Aprovisionamento e Logística

SF – Serviços Financeiros

SGRHDP – Serviço de Gestão de Recursos Humanos e de Desenvolvimento Profissional

SSTIC – Serviço de Sistemas e Tecnologias de Informação e Comunicação

ULSMAVE – Unidade Local de Saúde do Médio Ave

Enquadramento

De acordo com a Recomendação nº 1/2009, de 1 de julho, do Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC), devem os órgãos dirigentes das entidades gestoras de dinheiros públicos, valores ou património públicos, elaborar planos de gestão de riscos de corrupção e infracções conexas bem como um relatório anual sobre a execução do plano.

Por sua vez o Decreto-Lei n.º 52/2022, de 04 de agosto, que aprova os Estatutos dos Hospitais EPE, estabelece no nº 14 do artigo 86º que o PPRG e o relatório de execução, aprovados pelo Conselho de Administração, sejam submetidos ao conselho de prevenção da corrupção e aos membros do Governo responsáveis pela área das finanças e da saúde.

Assim, nos termos do previsto nos Estatutos, cabe ao serviço de auditoria interna a responsabilidade pela monitorização do actual PPRG¹ e a elaboração do respectivo relatório anual de execução.

Neste âmbito, o presente relatório pretende apresentar a avaliação do grau de implementação das medidas preventivas previstas no PPRG, avaliar os procedimentos e o sistema de controlo interno instituído e propor ao Conselho de Administração a sua aprovação, dando ainda cumprimento à Recomendação do CPC de 07 de novembro de 2011 com a inclusão no relatório de uma referência sobre a gestão de conflito de interesses.

Uma nota para a publicação do DL nº 109-E/2021, de 9 de dezembro, que cria o Mecanismo Nacional Anticorrupção (MENAC) e estabelece o regime geral de prevenção da corrupção. Neste regime determina-se que *as entidades abrangidas adotam e implementam um programa de cumprimento normativo que inclua, pelo menos, um plano de prevenção de riscos de corrupção e infracções conexas (PPR), um código de conduta, um programa de formação e um canal de denúncias, bem como designem um responsável pelo cumprimento normativo.* No CHMA o responsável pelo

¹ Revisto em 2021, com homologação pelo CA em 25/01/2022 e aprovação pela Sra. Ministra da Saúde em 07/06/2022, com comunicação pela ACSS da referida aprovação através de ofício de 09/06/2022.

cumprimento normativo é o auditor interno, com nomeação em julho, por deliberação do CA de 18/07/2023. Neste âmbito foi criado um canal de denúncias e elaborada uma proposta de formação para 2024 no âmbito do regime geral da prevenção da corrupção. Não foi revisto o atual plano de prevenção de riscos de gestão nem o código de conduta, por se entender que com o processo iniciado em fevereiro de 2023 de criação da Unidade Local de Saúde do Médio Ave, E.P.E.² (ULSMAVE) se deveria aguardar o início da atividade, que aconteceu em 1 de janeiro de 2024, para proceder à referida revisão, a fim de prevenir, detetar e sancionar atos de corrupção e infrações conexas, levados a cabo contra ou através da entidade.

Com a criação, no início de janeiro, da entidade pública empresarial, com a natureza de unidade local de saúde, a ULSMAVE, E.P.E., esta sucede à entidade incorporada na universalidade dos bens, direitos e obrigações, bem como nas respetivas posições contratuais, independentemente de quaisquer formalidades legais. Ainda assim, por se reportar o período de análise a atividade anterior à constituição, foi utilizada a designação CHMA, estando naturalmente associada à nova organização de cuidados em Unidades Locais de Saúde.

Controlo interno

De acordo com os princípios do bom governo referidos na RCM n.º 49/2007, de 28 de março, o CHMA tem vindo a ajustar as suas estruturas de administração e fiscalização à sua dimensão e complexidade, em ordem a assegurar eficácia do processo de tomada de decisões e a garantir uma efectiva capacidade de supervisão.

Os órgãos de administração das entidades têm a responsabilidade de desenvolver, implementar e manter um bom sistema de controlo interno que assegure a devida salvaguarda dos activos e das transacções, bem como a qualidade e fiabilidade da informação produzida.

Neste âmbito, cabe ao Conselho de Administração criar e manter um sistema de controlo interno adequado, abrangendo todos os riscos relevantes.

² Integração dos cuidados de saúde hospitalares prestados pelo Centro Hospitalar do Médio Ave, E. P. E., com os cuidados primários prestados pelos Agrupamentos de Centros de Saúde do Grande Porto I — Santo Tirso/Trofa e do Ave — Famalicão.

Ao Serviço de Auditoria Interna cabe a responsabilidade pela supervisão dos processos, apoiando o CA e exercendo as suas funções de um modo independente e objectivo. O reporte directo ao CA assegura a independência da função de auditoria interna não tendo, deste modo, nas actividades que exerce, qualquer relação de dependência hierárquica ou funcional com os serviços auditados.

As componentes do controlo interno, transversais aos objectivos e à estrutura da organização, são o ambiente de controlo, a análise de risco, as actividades de controlo, a informação e comunicação e as actividades de monitorização.

O ambiente de controlo é um conjunto de normas, processos e estruturas que providenciam a base para o desenvolvimento do controlo interno de uma organização, sendo a estrutura organizativa, consubstanciada no organograma, que delimita os vários serviços, gabinetes e funções de suporte, atribuindo as respectivas missões e responsabilidades.

Outro dos vectores é a comunicação corporativa, apoiada num conjunto de políticas, procedimentos, de normas de aplicação permanente e de deliberações do CA que permitem a clarificação das instruções, estabelecem níveis de responsabilidade e implementam medidas para avaliação dos processos.

O sistema de controlo interno do CHMA está suportado num conjunto de estratégias, políticas, processos, regras e procedimentos, no âmbito da política de partilha com divulgação da informação a todos os colaboradores e público em geral e procedimentos internos, alguns elaborados no âmbito do processo de gestão da qualidade, documentos disponíveis na intranet e outros no sitio do CHMA, que visam assegurar uma boa utilização dos recursos em respeito pelos princípios da economia, da eficiência e da eficácia, dos quais se destacam: o regulamento interno³, plano de prevenção de riscos de gestão, o regulamento de comunicação de irregularidades e os estatutos.

Para além dos procedimentos internos ou externos, das normas de aplicação permanente, da delegação de competências e sistema de autorizações e validação

³ Em revisão no âmbito do previsto no artigo 10º do Decreto-Lei nº 102/2023, de 7 de novembro.

para efectivação das operações, existem também princípios de ética e comportamentais. Neste âmbito foi elaborado o Código de Conduta Ética, que faz parte do PPRG, que prevê um conjunto de regras e de normas de conduta que derivam directamente da missão, valores e visão do CHMA.

Acresce ainda que no âmbito da implementação de medidas de controlo e de gestão do risco, nomeadamente nas áreas de prevenção do combate à fraude e corrupção, da contratação pública e do desempenho/eficiência da capacidade instalada, foram realizadas ações de auditoria que incidiram sobre cerca de 4,04%⁴ dos gastos previstos no orçamento de 2023, designadamente: auditoria ao saldo de caixa em 31 de dezembro de 2022, auditoria orientada aos procedimentos implementados no serviço de farmácia e auditoria à utilização de roupa hospitalar e à aquisição de serviços de tratamento de roupa. Em resultado destas ações de auditoria foram efetuadas 42 recomendações no âmbito da melhoria dos processos bem como do sistema de controlo interno, devidamente analisadas com os serviços auditados.

Monitorização

A monitorização do Plano faz parte integrante do processo de gestão de riscos do CHMA, EPE, com a qual se pretende contemplar uma apreciação global das medidas preventivas identificadas nas diferentes matrizes e focar deficiências e emitir recomendações.

Neste âmbito existe um grupo de trabalho constituído pelos responsáveis dos serviços das áreas abrangidas, pelo auditor interno e por um Vogal do Conselho de Administração, tendo em vista analisar as medidas preventivas identificadas nas áreas e serviços que constam das matrizes de risco do PPRG do CHMA.

Cada responsável de serviço remeteu ao SAI a avaliação efectuada às medidas preventivas constantes na respectiva matriz, com identificação do grau de

⁴ Instrução nº 1/2020, do GCCI, refere no nº 1: Os Conselhos de Administração dos Hospitais, Unidades Locais de Saúde e demais Entidades Públicas Empresariais do MS, devem garantir que as ações de auditoria a desenvolver pelos seus auditores internos incidam nas áreas de maior risco, e sejam devidamente quantificadas, assegurando uma cobertura do total da despesa prevista no orçamento para o ano entre [3%-6%].

implementação. Sobre as medidas não implementadas ou parcialmente implementadas, solicitou, oportunamente, o SAI, aos responsáveis pelos serviços uma análise exaustiva e explicativa das razões sobre cada uma das medidas nas referidas circunstâncias, porém nem todas as respostas observaram o solicitado.

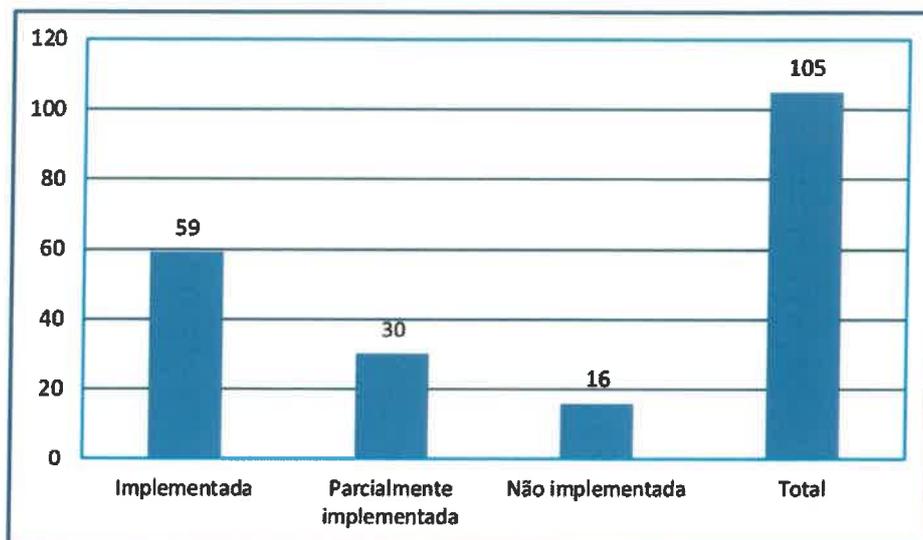
A seguir se apresenta a avaliação do grau de execução do PPRG, pelos seguintes serviços:

1. Gestão de recursos humanos
2. Gestão administrativa do utente
3. Serviços financeiros
 - 3.1 Clientes e contas a receber
 - 3.2 Gestão de tesouraria/disponibilidades
 - 3.3 Gestão de contas a pagar
4. Aprovisionamento e logística
5. Sistemas e tecnologias de informação e comunicação

Bem como por áreas transversais

6. Acumulação de funções público-privadas
 - Conflito de interesses
 - Ofertas
 - Assédio moral ou discriminação

De acordo com a informação dos responsáveis dos serviços das áreas abrangidas foi possível observar o grau de implementação das medidas preventivas preconizadas no plano, conforme se observa no gráfico seguinte:



A metodologia adotada para a elaboração do presente relatório, de acordo com o plano e no que se refere ao grau de execução, tomou por base a definição de três níveis de implementação:

- Implementada – significa que o procedimento foi implementado;
- Parcialmente implementada – significa que o procedimento foi executado apenas parcialmente ou não terá sido aplicado na totalidade dos casos;
- Não implementada – significa que o procedimento não foi executado.

Verificou-se que entre as 105 medidas preconizadas, 59 foram implementadas, o que representa uma taxa média de execução de 56,2%, cifrando-se uma taxa de execução por serviço, entre o valor mínimo de 13,3% e a implementação de 92,3% das medidas propostas.

Cerca de 15% das medidas propostas não foram implementadas e cerca de 29% estão em implementação. Algumas das medidas não implementadas e das medidas em implementação, não o foram, alegadamente por se verificar uma escassez de recursos humanos para responder à realização de alguns dos procedimentos previstos e também por algumas medidas implicarem uma articulação/dependência de outros serviços, foram estas as justificações obtidas dos responsáveis de serviço.

Os constrangimentos à execução do plano, cujas propostas de resolução se encontram parcialmente implementadas ou que, não o tendo sido de todo, sofreram por isso adiamento, serão alvo de nova monitorização de modo a ser assegurada a sua continuidade, designadamente no âmbito da prevista revisão do plano a ocorrer durante o exercício de 2024.

Numa avaliação global considera-se satisfatório o grau de implementação das medidas de controlo interno, considerando que os responsáveis pelas diferentes áreas reconhecem no PPRG um elemento importante para identificarem e mitigarem riscos inerentes às suas atividades.

Em cada uma das áreas e actividades identificadas no plano como áreas de maior risco de gestão, incluindo os riscos de corrupção e infracções conexas, cada um dos responsáveis de serviço apresentaram a respectiva matriz de riscos com informação sobre o grau de execução de cada uma das medidas preventivas propostas, ilustrando o quadro de controlo seguinte algumas das medidas:

Actividade/função/Processo	Responsáveis	Factor potencial de risco	Probabilidade occurrence	Impacto	Alteração do risco	Resposta ao Risco		Grau de execução	Observações/considerações				
						Medidas Preventivas e de Controlo							
Acumulação de funções	CA e dirigentes	Utilização de recursos públicos no exercício da actividade privada	2	2	Médio	Obrigatoriedade de apresentação de um pedido prévio de autorização de acumulação de funções nos termos definidos nos artigos 21º a 24 da Lei nº 35/2014, de 20 de Junho.	Implementada	Implementada	Impresso próprio de pedido ao CA				
		Comprometimento da isenção e a imparcialidade exigidas para o desempenho de funções públicas	2	1	Alto	Subscrição de declaração em que seja assumido de forma inequívoca que as funções acumuladas não coincidem com as funções que exerce nem colocam em causa a isenção e o rigor que deve pautar a sua acção.	Implementada	Implementada	Previsto no requerimento ao CA				
		Não comprometimento no caso de ocorrência superveniente de conflito de interesses	2	1	Alto	Renovação anual do pedido de autorização ou sempre que surjam quaisquer alterações.	Implementada	Implementada	Previsto no requerimento ao CA				
		Tratamento privilegiado de familiar, amigo ou alguém interessado na decisão	2	2	Médio	Compromisso do trabalhador cessar de imediato a função de acumulação	Implementada	Implementada	Previsto no requerimento ao CA				
			2	2	Médio	Efectuar controlo regular e aleatório dos pedidos de autorização de modo a verificar a sua utilização e abrangência.	Não implementada						
Aquisição de bens, serviços ou empreitadas	Serviço de Aprovisionamento e Logística / Restantes Serviços do CHMA	Incorreta estimativa de necessidades	2	2	Médio	Envolver os serviços na avaliação das necessidades, para além do histórico registado no SCP	Implementada	Implementada					
		Não submissão do procedimento à concorrência	1	3	Médio	Salvo motivos justificados, realização de ajustes diretos com convite a vários fornecedores	Implementada	Implementada	Nem sempre é possível, devido aos limites financeiros por tipo de procedimento				
		Favorecimento de fornecedores/procedimento concursal com falas procedimentais	1	3	Médio	Abertura dos procedimentos à categoria, na plataforma eletrónica	Parcialmente implementada	Parcialmente implementada					
		Fracionamento de despesas	1	2	Médio	Diversificação na constituição dos júris;	Implementada	Implementada					
		Não cumprimento de todas as obrigações legais	2	2	Médio	Cumprimento das regras constantes no Código dos Contratos Públicos	Implementada	Implementada					
		Comunicação de renovações contratuais sem devida autorização	1	3	Médio	Utilização única de critérios de avaliação objetivos;	Implementada	Implementada					
		Emissão de NE sem número de contabilidade	2	1	Alto	Auditorias internas regulares às aquisições;	Implementada	Implementada					
		Não existência de compromisso para a totalidade do contrato	3	2	Alto	Subscrição por todos os membros de júri de declaração de incontestabilidade	Implementada	Implementada	Falta de recursos				
		Aquisição de materiais não apropriados	1	3	Médio	Implementação de plano anual de compras	Implementada	Implementada					
			2	2	Médio	Elaboração de pasta partilhada, onde conste toda a informação de cada procedimento, até à publicação em site próprio	Implementada	Implementada					
Gestão de Tesouraria	Serviços Financeiros	Desvio de fundos	1	3	Médio	Minuta de proposta de renovação deverá conter data da decisão do Conselho de Administração	Implementada	Implementada					
						Emissão de NE sem número de contabilidade	2	1	Alto	Verificação periódica das NE remetidas aos fornecedores	Implementada	Implementada	
						Não existência de compromisso para a totalidade do contrato	3	2	Alto	Existência de reuniões periódicas com os Serviços Financeiros	Implementada	Implementada	
						Aquisição de materiais não apropriados	1	3	Médio	Constituição de júri com pelo menos um elemento da área	Implementada	Implementada	
							2	2	Médio	Contagens periódicas dos Caixas dos Serviços Financeiros, efectuadas pelo Auditor Interno;	Implementada	Implementada	
Manutenção de Dados Mestre de Fornecedores	Serviços Financeiros	Alteração de IBAN de fornecedor não autorizada	1	3	Médio	Realização de reconciliações bancárias por Colibri/Dir não afeto à tesouraria, com validação periódica pelo Auditor Interno	Parcialmente implementada	Parcialmente implementada	O princípio é a contratação a termo para ausências superiores a 120 dias				
						Definição de procedimento a efectuar no caso de faltas ou ausências prolongadas previsíveis, como a licença por maternidade e férias;	Parcialmente implementada	Parcialmente implementada					
						Circularização periódica dos saldos de terceiros;	Implementada	Implementada					
						Reporte mensal dos Serviços Financeiros ao CA sobre a situação económico-financieira e a evolução das contas de Segregação de funções;	Implementada	Implementada					
						Circularização periódica de saldos de terceiros.	Parcialmente implementada	Parcialmente implementada					
Pagamentos	Serviços Financeiros	Pagamentos preferenciais mais cêleres a determinados fornecedores; Pagamentos em montante superior ao devido.	1	1	Alto	Fazer depender a alteração dos dados dos fornecedores de comunicação escrita realizada pelos fornecedores e recepcionada por correio, com especial atenção para os dados relativos ao pagamento, procurando minimizar os riscos	Parcialmente implementada	Parcialmente implementada	Por vezes é aceite a alteração do IBAN comunicado por e-mail habitual de contacto (registo na ficha do terceiro), com comprovativo				
						Análise das antiguidades de saldos a fornecedores;	Parcialmente implementada	Parcialmente implementada					
						Integração de funções.	Implementada	Implementada					
						Verificar a implementação da obrigatoriedade legal de proceder aos pagamentos por ordem da antiguidade dos saldos, iniciando os pagamentos nos saldos mais antigos;	Implementada	Implementada	Pagamentos em lote, considerando a data de vencimento que está no SIC				
						Identificar claramente os terceiros que serão excepcionados a esta regra, indicando os prazos de pagamento e o motivo para a atribuição do tratamento diferenciado (por exemplo fornecedores exclusivos de emendas) firmaco que cortam o fornecimento caso não se cumpra um prazo de pagamento mais curto, servindo de incentivo para a maior automatização possível no processo de pagamento, utilizando preferencialmente os ficheiros gerados automaticamente pela aplicação de contabilidade e posteriormente carregados no IGCP, reduzindo desta forma a intervenção humana;	Implementada	Implementada	A pressão de alguns fornecedores e a necessidade de entrega de novas encomendas, origina com que por vezes sejam pagos faturas havendo outras de outros fornecedores, mais antigas por regularizar				
Prescrição de MCDI e transportes de doentes não urgentes	SGAU-USME-Central Transportes	Emissão de Termos de Responsabilidade perante terceiras entidades sem a respectiva autorização financeira de elemento com competência para autorização de despesas;	1	3	Alto	Implementação de circuitos que distingam a validação da pertinência clínica e a validação financeira nas autorizações de recurso ao exterior.	Implementada	Implementada	Validação da pertinência clínica pela Direção Clínica e validação financeira pelo PCA ou pela Diretora do SGAU, por delegação de Competência				
		Existência de conflitos de interesses na prescrição de transportes	2	2	Alto	Garantir o acompanhamento na execução do contrato de transportes de doentes	Implementada	Implementada	Reunidas periódicas com as entidades adjudicadas				
			2	2	Alto	Elaboração de normativos e procedimentos de controlo interno para a área de transporte de doentes	Implementada	Implementada	Regulamento de transportes de doentes não Urgentes				

Atividade/Processo	Responsáveis	Factor potencial de risco	Probabilidade ocorrência	Impacto	Atribuição de Risco	Resposta ao Risco		Grau de execução	Observações/considerações
						Medidas Preventivas e de Controle			
Identificação de Utentes	SGDAU - Secretariados Clínicos	Admissão de doentes com informação insuficiente ou impossibilitando a sua faturação; Produção não registada, incorretamente registada	1	3	Baixo	<p>criação de procedimentos que determinem a obrigatoriedade de apresentação de identificação documental para registo de uma admissão ou de regras de cruzamento necessárias a garantir a maior certeza possível na identificação dos indivíduos;</p> <p>Realização de auditorias que visem identificar falhas de dados de identificação em equílibrio assistencial ativos.</p>	Implementada	De acordo com a documentação publicada nos DOC'S	
						<p>Monitorização das isenções para deteção de erros</p>	Parcialmente implementada	Alertas SPAG	
Taxas Moderadoras	SGAU - Secretariados Serviços Financeiros	Desvio de verbas de montantes cobrados em taxas moderadoras e não entregues na tesouraria; Falhas na cobrança de taxas moderadoras (atribuição de isenção/inexistência de registos)	2	3	Alto	<p>Acompanhamento sistemático da situação de valores laborados e por receber.</p>	Implementada	Monitorização mensal dos valores cobrados por profissional. Os SF emitem notas de débitos com valores em dívida.	
						<p>Formação periódica aos assistentes técnicos relativamente às taxas moderadoras</p>	Parcialmente implementada	Irá ser proposta formação nesta área à unidade formativa	
						<p>Obrigações formais, junto dos profissionais envolvidos, dos procedimentos escritos sobre taxas moderadoras</p>	Implementada	De acordo com a política de comunicação do CHMA, a documentação deste âmbito está disponível nos DOC'S	
Recrutamento de colaboradores	C.A./SGRHDP/M/la Concurso	Favorecimento de candidatos; intervenção em processo em situação de impedimento; abuso de poder.	1	1	Baixo	<p>Constituição de Juri com número mínimo de 3 elementos;</p> <p>Utilização de critérios de avaliação objetivos e de acordo com a legislação em vigor para cada carreira;</p>	Implementada		
						<p>Assinatura de declaração de não impedimento ou incompatibilidade, no respeito pelo princípio da isenção;</p>	Parcialmente implementada	O modelo já está definido e irá ser enviado ao GQ para codificação e implementação juntamente com o regulamento dos procedimentos concursais que se encontra em elaboração	
						<p>Procedimentos de Gestão de Recursos Humanos, com respeito pelo princípio da igualdade constante do estatuto das EPE.</p>	Implementada		
Processamento remunerações	C.A./SGRMOP	Registo de abonos, descontos e absentismo no aplicativo de processamento salarial RHV	2	3	Alto	<p>Integração de funções, entre quem efetua a autorização, a comunicação e o registo;</p>	Implementada		
						<p>Monitorização mensal das alterações não efetuadas, ou efetuadas de forma errada;</p> <p>Controlado, em fase de simulação, dos abonos e faltas registados no aplicativo de processamento salarial;</p>	Implementada		
						<p>Realização trimestral de auditorias internas, por amostragem aleatória, realizadas pela Direção do SGRHDP no processamento mensal de vencimentos;</p>	Parcialmente implementada	As auditorias são periodicamente realizadas, contudo não estavam a ser formalizadas. Em 2024 serão formalizadas ao CA, por quadrimestre.	

Gestão de conflito de interesses e acumulação de funções

A recomendação nº 5/2012 do CPC, de 7 de novembro, determina que “As entidades de natureza pública, ainda que constituídas ou regidas pelo direito privado, devem dispor de mecanismos de acompanhamento e de gestão de conflito de interesses, devidamente publicitados, que incluam também o período que sucede ao exercício de funções públicas, com indicação das consequências legais”.

Encontra-se disponível na Intranet do CHMA, DOCs:

- A minuta de Declaração de Inexistência de Conflito de Interesses⁵, a subscrever previamente pelos membros do júri e todos os demais intervenientes no processo de avaliação de propostas.
- Cópia do Despacho do SES n.º 7709-C/2016, de 9 de junho, relativo ao recebimento de ofertas que possam constituir um comportamento conflituante com a transparência necessária ao exercício de funções públicas em geral e nos serviços e organismos dependentes ou tutelados pelo Ministério da Saúde, em especial.

Também no sítio do CHMA podem ser observadas declarações de inexistência de incompatibilidades, assinadas pelos membros do júri participantes em procedimentos de aquisição de bens e serviços.

No decurso do passado ano de 2023 não tivemos conhecimento de que qualquer colaborador do CHMA tenha apresentado uma declaração de impedimento, alegando a existência de conflito de interesse e/ou pedindo dispensa de intervenção em qualquer procedimento, nada havendo a reportar em termos da gestão de conflitos de interesses.

Relativamente a acumulação de funções, existe um documento (PRO.CHMA.026.v3) disponível na intranet do CHMA que define o procedimento de pedido e autorização de acumulação de funções e acautela a ocorrência de conflito de interesses, sendo o requerimento formalizado ao Senhor Presidente do Conselho de Administração

⁵ IMP.CHMA.0138 .v2, a que se refere o nº 5 do artigo 67º do CCP (Em DOCs).

através de impresso modelo IMP.CHMA.032.v2⁶, também disponível na intranet do CHMA.

De acordo com informação obtida do SGRHDP, foram apresentados e autorizados 43 pedidos de acumulação de funções em 2023 (menos 7 face ao ano anterior), para 21 médicos, 14 enfermeiros, 6 técnicos de diagnóstico e terapêutica e 1 diretor de serviço e assistente técnico, 18 dos quais relativos ao exercício de funções privadas e os restantes em funções públicas, que não concorrentes, similares ou conflituantes com a função pública desempenhada.

Comunicação de irregularidades

No âmbito do reforço das boas práticas de governação, foram introduzidas alterações aos estatutos através do Decreto-Lei nº 12/2015 de 26 de janeiro, consagrando os princípios orientadores de uma política interna de comunicação de irregularidades, criando, deste modo, condições para fomentar uma cultura de maior transparência e responsabilização da governação hospitalar. Também os atuais estatutos determinam a criação de um sistema de comunicação de irregularidades, competindo ao Conselho de Administração assegurar a sua implementação e manutenção e ao auditor interno a responsabilidade pela sua avaliação. Mediante proposta do auditor interno foi aprovado um regulamento de comunicação de irregularidades, com a definição das regras e procedimentos de comunicação interna de irregularidades, designadamente quanto aos meios e tratamento, incluindo garantia de confidencialidade e proibição de retaliações.

No âmbito da aplicação do regime geral da prevenção da corrupção, foi criado um canal de denúncias o qual assegura também a participação de quaisquer irregularidades ou infrações previstas no n.º 4 do artigo 87.º do Decreto-Lei n.º 52/2022 de 4 de agosto, que aprova Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, neste âmbito, destina-se à receção e tratamento, de forma direta e confidencial, de comunicações de irregularidades sobre a organização e funcionamento da CHMA

⁶ Através do qual é prestada a informação legalmente necessária e atestada a inexistência de incompatibilidades (horários e funções).

apresentadas pelos demais órgãos estatutários, trabalhadores, colaboradores, utentes e cidadãos em geral.

Nota final

Em 9 de junho de 2022, entrou em vigor o Regime geral da prevenção da corrupção, previsto no Anexo a que se refere a alínea b) do artigo 1º do Decreto-Lei nº 109-E/2021, de 9 de dezembro.

De acordo com o programa de cumprimento normativo previsto no artigo 5º do RGPC, *As entidades abrangidas adotam e implementam um programa de cumprimento normativo que inclua, pelo menos, um plano de prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas (PPR), um código de conduta, um programa de formação e um canal de denúncias, a fim de prevenirem, detetarem e sancionarem atos de corrupção e infrações conexas, levados a cabo contra ou através da entidade.*

Como foi referido no ponto “Enquadramento”, o responsável pelo cumprimento normativo é o auditor interno, com nomeação em julho, por deliberação do CA de 18/07/2023.

Neste âmbito foi criado um canal de denúncias, com acesso disponível na intranet e no sítio do CHMA, e elaborada proposta de formação para 2024 no âmbito do regime geral da prevenção da corrupção⁷, que propõe a realização de dois tipos de ação de formação profissional:

- a) Formação de âmbito mais geral, passível de ser frequentada por trabalhadores dos diversos serviços, gabinetes e unidades funcionais;
- b) Formação de âmbito mais específico, orientada para temáticas mais exclusivas destinadas a um número mais reduzido de trabalhadores, designadamente diretores/coordenadores de serviços de áreas de apoio e suporte geral, gabinetes e unidades funcionais.

⁷ “As entidades abrangidas asseguram a realização de programas de formação interna a todos os seus dirigentes e trabalhadores, com vista a que estes conheçam e compreendam as políticas e procedimentos de prevenção da corrupção e infrações conexas implementados.” Previsto no nº 1 do artigo 9º do DL nº 109-E/2021, de 9 de dezembro (Anexo a que se refere a alínea b) do artigo 1º - Regime geral da prevenção da corrupção).

Após a realização da formação prevista na anterior alínea b) estarão reunidas as condições para iniciar a revisão do atual PPRG e a sua adequação ao Plano de prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas previsto no RGPC (PPR), bem como a revisão do código de conduta.

Por fim, o Decreto-Lei nº 109-E/2021, de 9 de dezembro, que aprova o RGPC, cria o Mecanismo Nacional Anticorrupção (MENAC)⁸, entidade administrativa independente, com personalidade jurídica de direito público e poderes de autoridade, dotada de autonomia administrativa e financeira, que desenvolve atividade de âmbito nacional no domínio da prevenção da corrupção e infrações conexas.

Através da RCM nº 56/2022, de 5 de julho, foi nomeado o presidente do Mecanismo Nacional Anticorrupção, tendo em 7 de julho de 2023, através da Recomendação nº 2/2023, tornado pública a recomendação do MENAC sobre a submissão dos instrumentos relativos aos programas de cumprimento normativo, referindo que enquanto a plataforma eletrónica prevista não estiver operacional, as comunicações para o MENAC devem ser enviadas para o seguinte endereço:

geral@mec-anticorruptao.pt

Deste modo, após aprovação, deverá o Conselho de Administração providenciar a sua publicação no site do CHMA, e remeter o presente relatório de execução ao MENAC, através do anterior endereço eletrónico, bem como aos órgãos de superintendência, tutela e controlo.

Santo Tirso, 12 de abril de 2024



Director do Serviço de Auditoria Interna

⁸ Através da RCM nº 56/2022, de 5 de julho, foi nomeado o presidente do Mecanismo Nacional Anticorrupção.