



**HOSPITAL GARCIA DE ORTA, E.P.E.**

**PLANO DE PREVENÇÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO  
E  
INFRACÇÕES CONEXAS**

**VERSÃO 2013**

## Índice

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1.ENQUADRAMENTO .....</b>  | <b>3</b>  |
| 1.1 CARACTERIZAÇÃO DO HGO .....   | 3         |
| 1.2. MISSÃO.....  | 4         |
| 1.3. ATRIBUIÇÕES .....  | 4         |
| 1.4. ESTRUTURA .....  | 4         |
| 1.5. COMPOSIÇÃO .....   | 4         |
| 1.6. ORGANIGRAMA.....   | 5         |
| <b>2.RECURSOS HUMANOS E FINANCEIROS .....</b>   | <b>6</b>  |
| 2.1 RECURSOS HUMANOS .....  | 6         |
| 2.2. RECURSOS FINANCEIROS.....  | 6         |
| <b>3.VISÃO E VALORES HGO .....</b>  | <b>7</b>  |
| <b>4.IDENTIFICAÇÃO DE RISCOS .....</b>  | <b>9</b>  |
| 4.1 CONCEITO DE GESTÃO DE RISCO .....   | 9         |
| 4.2. ÁREAS DE RISCO.....  | 10        |
| 4.3. CONCEITO DE GESTÃO DE RISCO .....  | 11        |
| <b>5.MEDIDAS DE PREVENÇÃO DE RISCOS POR ÀREAS.....</b>  | <b>13</b> |
| <b>6.ACÇÕES DE AFERIÇÃO DE EFECTIVIDADE, UTILIDADE, EFICÁCIA E EVENTUAL CORRECÇÃO DAS MEDIDAS PROPOSTAS</b> | <b>14</b> |
| <br>  |           |
| <b>A) PLANO DE ACÇÃO 2011 .....</b>   | <b>15</b> |
| <b>B) PLANO DE ACÇÃO 2013 .....</b>   | <b>16</b> |

## 1. ENQUADRAMENTO

O presente documento visa dar resposta à Recomendação aprovada pelo Conselho de Prevenção da Corrupção, em 1 de Julho de 2009, publicada na 2ª série do Diário da República nº 140 de 22 de Julho de 2009, sobre “Planos de Gestão de Riscos de Corrupção e. Infrações Conexas”.

Assim sendo, o Hospital Garcia de Orta (doravante designado HGO), E.P.E. apresenta o seu Plano de Prevenção de Riscos e Infrações Conexas, constituído pelos seguintes capítulos:

1. Enquadramento
2. Recursos Humanos e Financeiros
3. Visão e Valores do HGO
4. Identificação dos Riscos
5. Medidas de Prevenção de Riscos
6. Acções de Aferição da Efectividade, Utilidade, Eficácia e Eventuais Correções das Medidas Propostas

### 1.1. CARACTERIZAÇÃO DO HGO

O HGO, E.P.E., é uma pessoa colectiva de direito público de natureza empresarial dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, nos termos do Decreto-Lei nº 558/99, de 17 de Dezembro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei nº 300/2007, de 23 de Agosto e do artigo 18º do anexo da Lei nº 27/2002, de 8 de Novembro, regendo-se pelo regime jurídico das entidades públicas empresariais, com as especificações previstas no Decreto-Lei nº 233/2005, de 29 de Dezembro e nos Estatutos a ele anexos, pelas normas em vigor para o Serviço Nacional de Saúde que não contrariem essas disposições legais.

O HGO E.P.E. intervém de acordo com a área de influência e redes de referência, cumprindo os contratos programa celebrados com a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P. e com a Administração Central do Sistema de Saúde, I.P., em articulação com as demais instituições integradas na rede de prestação de cuidados.

Desenvolve ainda actividades complementares como o ensino pós-graduado, investigação e formação, submetendo-se à regulamentação de âmbito nacional.

## 1.2. MISSÃO

O HGO, E.P.E. tem por missão a prestação de cuidados de saúde humanizados e diferenciados, em articulação com os cuidados de saúde primários, garantindo a qualidade e a equidade aos cidadãos, utilizando adequadamente os seus recursos numa perspectiva de efectividade e de eficiência.

## 1.3. ATRIBUIÇÕES

As atribuições do HGO, E.P.E. constam do seu plano estratégico que concretiza em termos institucionais a política de saúde a nível nacional e regional.

O HGO, E.P.E. tem como atribuição assegurar cuidados de saúde à população dos concelhos de Almada, Seixal e Sesimbra, e em algumas especialidades à zona sul do país, designadamente aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde ou de entidades externas que com ele contratualizem a prestação de cuidados de saúde, bem como a todos os cidadãos em geral, de acordo com o contrato celebrado com o Ministério da Saúde.

## 1.4. ESTRUTURA

A estrutura orgânica do HGO E.P.E. assenta nas disposições constantes no Decreto-lei nº 233/2005, de 29 de Dezembro, nos seus Estatutos constantes dos Anexos I e II do citado Decreto-Lei e no Regulamento Interno do hospital, aprovado superiormente.

## 1.5. COMPOSIÇÃO

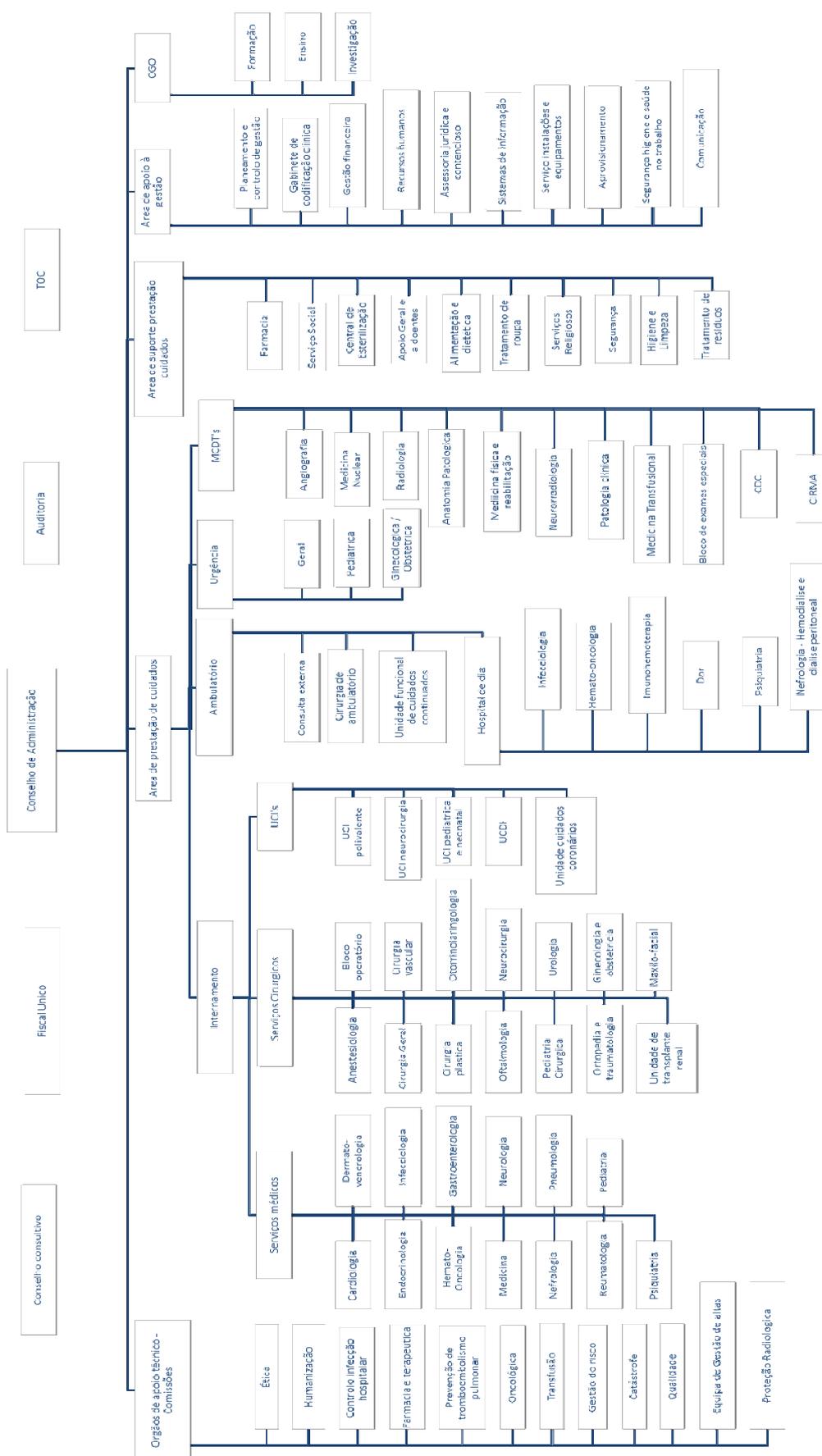
O HGO, E.P.E é constituído por um Conselho de Administração, composto por um presidente e quatro vogais executivos:

|                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| Presidente           | Dr. Daniel Ferro     |
| Vogal Executivo      | Dra. Lourdes Bastos  |
| Vogal Executivo      | Dr. José Ferrão      |
| Directora Clínica    | Dra. Ana Paula Breia |
| Enfermeira Directora | Enf. Odília Neves    |

Fiscal Único Efectivo: Dr. José de Jesus Gonçalves Mendes

Suplente: Dr. João Manuel Rosa Lopes

1.6. ORGANIGRAMA



## 2. RECURSOS HUMANOS E FINANCEIROS

Os recursos humanos e financeiros no final do ano de 2013 eram os seguintes:

### 2.1. RECURSOS HUMANOS

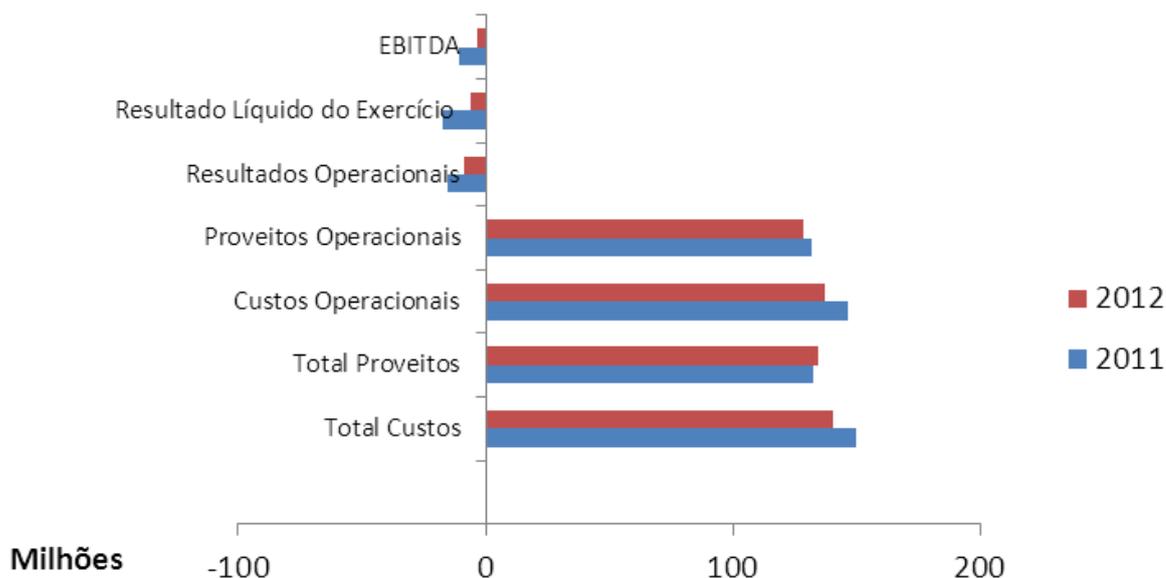
O número médio de efectivos em 2013 é de 2449, distribuídos por categoria profissional conforme o quadro seguinte:

| Cargo/Carreira/Categoria              | Nº Efectivos |
|---------------------------------------|--------------|
| Presidente                            | 1            |
| Vogal                                 | 4            |
| Pessoal Dirigente                     | 15           |
| Médicos                               | 475          |
| Enfermeiros                           | 859          |
| Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica | 182          |
| Assistentes Técnicos                  | 239          |
| Assistentes Operacionais              | 588          |
| Outros                                | 86           |

### 2.2. RECURSOS FINANCEIROS

A estrutura de Custos e Proveitos do HGO encontra-se patente na síntese, à data de 31 de Dezembro de 2012:

| Descrição                             | 2011        | PD 2012     | 2012        | Desvio  |         |
|---------------------------------------|-------------|-------------|-------------|---------|---------|
|                                       |             |             |             | 12/11   | Orçam   |
| <b>Total Custos</b>                   | 149.813.935 | 136.559.434 | 140.433.574 | -6,26%  | 102,84% |
| <b>Total Proveitos</b>                | 132.279.450 | 128.516.466 | 134.435.246 | 1,63%   | 104,61% |
| <b>Custos Operacionais</b>            | 146.846.243 | 134.084.434 | 137.321.195 | -6,49%  | 102,41% |
| <b>Proveitos Operacionais</b>         | 131.666.955 | 127.316.466 | 128.877.329 | -2,12%  | 101,23% |
| <b>Resultados Operacionais</b>        | -15.179.288 | -6.767.967  | -8.443.866  | -44,37% | 124,76% |
| <b>Resultado Líquido do Exercício</b> | -17.534.485 | -8.042.967  | -6.038.549  | -65,56% | 75,08%  |
| <b>EBITDA</b>                         | -10.509.807 | -2.099.136  | -3.532.284  | -66,39% | 168,27% |



### 3. VISÃO E VALORES DO HGO

O Hospital Garcia de Orta procura, na sua actuação, reforçar a sua posição na rede hospitalar e o nível dos cuidados a prestar, dotando-se dos meios humanos e técnicos adequados, para responder às necessidades das comunidades que serve e assegurar a prestação de cuidados em tempo útil, centrando a sua atenção na melhoria do primeiro nível de acesso.

A melhoria do acesso e a garantia de uma política de qualidade serão acompanhadas por medidas que visam o rigor na utilização dos recursos e o aproveitamento da capacidade instalada.

Todo o potencial humano e tecnológico, disponível no Hospital, será aproveitado para desenvolver a actividade em prol dos cidadãos que nos procuram, das suas necessidades assistenciais, procurando criar áreas de excelência e de referência nas especialidades onde estes recursos existem, tendo sempre presente que este desenvolvimento tem que ser efectuado a custos socialmente comportáveis.

O Hospital Garcia de Orta organiza-se e funciona de modo a cumprir um conjunto de políticas essenciais a um bom desempenho, incluindo:

- Política de formação;
- Política de gestão da qualidade;
- Política de controlo de custos.

A actuação do Conselho de Administração é orientada para o cumprimento dos objectivos contratualizados em sede de contrato programa, tendo em vista, entre outros, a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e da acessibilidade, mas, acima de tudo, reforçar a credibilidade dos serviços do Hospital, junto das comunidades que serve.

A programação da actividade do Hospital Garcia de Orta, E. P. E., tem em consideração a avaliação interna e externa efectuada e apresentada no Plano de Actividades, através da qual se identificam as principais ameaças ao seu desenvolvimento e as oportunidades esperadas, em cada ano. Genericamente, o grande desafio para o Conselho de Administração centra-se na melhoria da organização, gestão e utilização dos recursos disponíveis, tendo em vista o crescimento da actividade a custos controlados, de forma a atingir os objectivos assumidos em sede de contrato programa.

Ao Hospital Garcia de Orta é pedido um contributo para a melhoria e sustentabilidade do Serviço Nacional Saúde, através de ganhos de eficiência que permitam controlar crescimento da despesa abaixo do crescimento da produção e mantendo ou melhorando a qualidade dos cuidados prestados.

- Respeito Mútuo – tratar todos os elementos das nossas comunidades diversas com respeito pelos seus direitos e dignidade.
- Compromisso com a Qualidade – melhorar continuamente todos os processos que suportam os cuidados aos doentes, a formação e a investigação.
- Atmosfera de Trabalho – promover o trabalho de equipa, a responsabilidade pessoal, a integridade, inovação, confiança e comunicação no contexto da instituição; reconhecer os valores profissionais e pessoais de cada profissional, com incentivo ao desenvolvimento das suas capacidades.

- Compromisso Social e Ambiental – beneficiar os cidadãos através dos cuidados de saúde, educação e investigação; poiar as comunidades em que vivemos e trabalhamos; proteger o ambiente.

Os princípios éticos que norteiam o exercício de funções neste Hospital Garcia de Orta são essencialmente os seguintes:

- Cuidados de Saúde em equipas integradas e multidisciplinares de médicos e outros profissionais – foco nas necessidades dos doentes;
- Formação académica e profissional dos médicos e outros profissionais de saúde – assegurar que os nossos profissionais são uma fonte fiável de conhecimentos e informação para os utentes dos nossos serviços e promover a actualização permanente de conhecimentos / atitudes e valorização profissional e pessoal dos nossos profissionais;
- Investigação – efectuar programas de investigação clínica que melhorem os cuidados aos doentes e beneficiem a sociedade / comunidades.
- Sustentabilidade Económico-financeira – afectar recursos numa lógica de sistema e interesse público. Operar de forma a conseguir o equilíbrio financeiro suficiente para prover as necessidades actuais e futuras. Implementar um sistema remuneratório que premeie a qualidade do desempenho, segundo objectivos previamente definidos.

## 4. IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS

### 4.1. CONCEITO DE GESTÃO DE RISCO

Risco pode definir-se como o evento, situação ou circunstância futura com probabilidade de ocorrência que, caso ocorra, poderá comprometer a realização dos objectivos da entidade

A gestão do risco é o processo através do qual as organizações identificam e analisam os riscos com impacto nas respectivas actividades, com o objectivo de conhecer a respectiva exposição ao risco, nas suas diferentes componentes (operacional, financeiro, específico do negócio, etc..) e através desse conhecimento perceber que impacto esse (s) risco (s) têm nas operações.

A gestão de risco implica pois a elaboração de programas adaptados aos riscos subjacentes aos projectos e actividades principais que tenham, ou possam potencialmente ter um impacto materialmente relevante na conta de exploração da empresa.

A elaboração de planos de gestão de riscos deverá ter por base um sistema de controlo interno adequadamente divulgado, implementado e periodicamente revisto que poderá passar pela existência de manuais de procedimentos, actividades de controlo e da divulgação da informação relevante sobre os vários tipos de risco e respectivas medidas de minimização.

O acompanhamento eficaz destas medidas constitui um factor que permite mitigar a ocorrência dos riscos considerados relevantes para a organização, sendo que na gestão de um hospital a prática de corrupção ou infracções conexas são temas que merecem uma análise particularmente cuidada.

Cada plano de gestão de riscos deverá ter em atenção os objectivos estratégicos e operacionais estabelecidos em planos periódicos, sendo certo que esses planos devem sempre ter em consideração os riscos da actividade, incluindo os de corrupção e infracções conexas, e as medidas de prevenção da ocorrência de fenómenos dessa natureza.

Por tudo o que foi dito, o presente plano de prevenção de riscos de gestão, incluindo os riscos de corrupção e infracções conexas, constitui um instrumento importante como suporte do planeamento estratégico, do processo de tomada de decisão e do planeamento e execução das suas actividades.

Este Plano obedece aos princípios da integridade institucional, da disciplina, da responsabilidade e da transparência de actos e de decisões, inerentes à optimização dos recursos próprios da governação ética e da gestão por objectivos.

## 4.2. ÁREAS DE RISCO

São vários os factores que levam a que o desenvolvimento de uma actividade esteja sujeito a maior ou menor risco, de entre vários factores destacam-se os seguintes:

- Modelo de Governação;
- Qualidade da gestão;
- Integridade dos profissionais;
- Sistema de controlo interno.

Os riscos de gestão incluindo os riscos de corrupção e infracções conexas, configuram factos que envolvem potenciais desvios no desenvolvimento da actividade, gerando ou podendo potencialmente gerar impacto nos seus resultados.

A Gestão de Riscos identifica e previne atempadamente as áreas da organização onde a exposição de risco é superior, na sequência do trabalho sobre metodologias de gestão de risco realizado pela ACSS ao sector hospitalar, foram identificadas seguintes áreas principais de risco:

- Produção;
- Facturação;
- Gestão de Recursos Humanos;
- Compras e Gestão de Contas a Pagar;
- Gestão de existências e imobilizado;
- Gestão de tesouraria, contabilidade e reporte.

#### 4.3. GESTÃO E CONTROLO DO RISCO

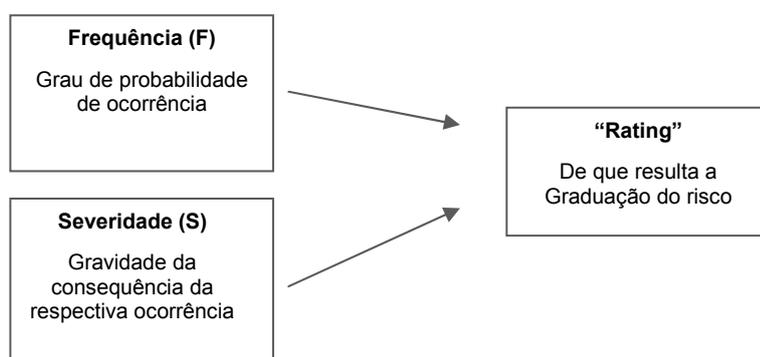
Identificadas as áreas de risco cabe determinar quais as medidas a colocar em prática dentro do nosso Hospital de modo a evitar, prevenir, aceitar ou transferir os mesmos.

A Gestão dos Riscos pressupõe uma análise e actuação em várias etapas que se distinguem da seguinte forma:

- *Identificação e definição do risco* – Nesta fase reconhecem-se os factos cuja probabilidade, gravidade de ocorrência e consequente gravidades de consequência configurem riscos de gestão incluindo riscos de corrupção e de natureza similar;

- *Análise do risco* - O risco classifica-se segundo critérios de frequência e severidade e são estabelecidos conjuntos de critérios, medidas e acções, distribuindo-se por tipos consoante as consequências sejam estratégicas ou operacionais;
- *Mitigação do risco* – Identificação do nível de risco associado a cada área do HGO, E.P.E. em função da frequência e severidade de eventos que possam de facto, ou potencialmente ser eventos de risco elevado.

O nível de risco é resulta da combinação seguinte:



|                 | Baixo  | Médio  | Alto   |
|-----------------|--|--|--|
| <b>“Rating”</b> | Correlações F e S com valores “aceitáveis” num determinado nível de confiança. | Correlações F e S com valores “médios” num determinado nível de confiança. | Correlações F e S com valores “elevados” num determinado nível de confiança. |

Na elaboração inicial (**2011**) deste Plano foram seguidos os seguintes passos:

- Identificação e sistematização dos riscos que afectam a organização e que, caso ocorram, poderão comprometer a realização dos objectivos do Hospital. Foram envolvidos os responsáveis da maioria dos serviços de Apoio Geral: Recursos Humanos, Serviço Financeiro, Serviço de Aproveitamentos, Serviço de Instalações e Equipamentos, Serviço de Sistemas de Informação e Gestão de Doentes por serem aqueles cuja acção nos parece ser mais específica e susceptível de maior exposição a

riscos de corrupção ou infracções, de acordo com a abrangência do Plano de Corrupção.

- Integrámos ainda, nesta fase, apenas uma componente do Serviço de Gestão de Doentes: Transporte de Doentes e Casa Mortuária, ficando para uma próxima revisão a avaliação dos riscos relacionados com a produção. (Actualmente o Regulamento do HGO designa esta área por serviço de apoio geral e a doentes, não existindo ainda como serviço de gestão de doentes, com as funções que normalmente são cometidas a esta área, o que pretendemos alterar a breve prazo).
- Adoptámos uma matriz que foi preenchida pelos responsáveis dos serviços acima designados, onde procurámos incluir, para além da designação da unidade e respectivas subunidades orgânicas, também a missão e/ou os objectivos das respectivas unidades, relacionando assim os riscos em função do impacto nos objectivos. Procurámos que esta matriz sintetizasse toda a informação pretendida.
- Após a identificação do risco procurou-se que os serviços reflectissem na adequada resposta ao risco (eliminação, aceitação, redução ou partilha) em primeiro lugar, para depois indicarem as medidas que previnam a sua ocorrência, tais como mecanismos de controlo interno, segregação de funções, competência para autorizar determinados actos, normas e procedimentos escritos, etc.
- Procurámos também que os serviços indicassem de imediato os responsáveis, e respectivas categorias funcionais, pelas actividades de controlo da implementação das medidas adoptadas para cada tipo de risco, independentemente da responsabilidade inerente aos dirigentes dos serviços, bem como ao Conselho de Administração.

## 5. MEDIDAS DE PREVENÇÃO DE RISCOS POR ÁREAS

Em anexo divulgamos os quadros relativos aos riscos de fraude e medidas a adoptar pelo HGO na prevenção deste risco, a implementação destas medidas será avaliada no decurso da execução das acções de Auditoria Interna realizadas no HGO, sendo os seus resultados divulgados anualmente pelo departamento de Auditoria Interna.

Em anexo divulgamos as matrizes de risco disponíveis à data deste relatório.

**6. ACÇÕES DE AFERIÇÃO DA EFECTIVIDADE, UTILIDADE, EFICÁCIA E EVENTUAL CORRECÇÃO DAS MEDIDAS PROPOSTAS**

- A) PLANO DE ACÇÃO 2011**
- B) PLANO DE ACÇÃO 2013**

## A) PLANO DE ACÇÃO 2011

- ✓ Introduzir nos objectivos dos serviços, negociados anualmente, bem como nos objectivos individuais dos responsáveis de cada serviço a obrigação de monitorização das medidas adoptadas de prevenção do risco;

**Status:** O Gabinete de Auditoria Interna avaliou, nos diversos projectos de auditoria levados a cabo em 2011 e 2012, a gestão de risco e a aplicação de políticas anti-fraude nos diversos serviços. Pese embora não se tenha verificado uma implementação plena de mecanismos de avaliação de desempenho dos dirigentes intermédios pela grande pressão e exigência colocados sobre todos os dirigentes para cumprimento dos objectivos específicos do Memorando de Entendimento sobre os condicionalismos de política económica, a monitorização de medidas de prevenção do risco de corrupção e infracções conexas, será levada a cabo pelos dirigentes intermédios até 31/12/2013.

- ✓ A monitorização do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infracções Conexas fará parte do Plano Anual de Auditoria Interna do Gabinete de Auditoria Interna. A este Gabinete caberá ainda dar o apoio necessário para que seja avaliado periodicamente o risco, verificar a eficácia dos controlos para o gerir e efectuar o relatório de progresso de implementação do plano de acções propostas.

**Status:** Tendo em conta o período de descontinuidade do departamento de Auditoria Interna até 11/06/2013 a monitorização do plano de prevenção de riscos de corrupção e infracções conexas será realizada em 31/12/2013 sendo depois mantida uma cadência anual a essa data referêcia.

- ✓ Compete ainda a este Gabinete colaborar na concepção de medidas, juntamente com os responsáveis dos serviços respectivos, que mitiguem os riscos de corrupção;

**Status:** Essa será uma preocupação permanente do departamento de Auditoria Interna, operacionalizada numa base programada (Plano Auditoria), no âmbito da Política Anti-Fraude (infra referida) e no âmbito de solicitações ad-hoc do Conselho de Administração ou Directores.

- ✓ A revisão e actualização do Plano serão feitas com uma cadência anual e é da responsabilidade das várias unidades intervenientes na elaboração deste Plano de Prevenção de riscos.

**Status:** Este trabalho será actualizado este ano e integrado no modelo de gestão de risco operacional a seguir no HGO;

- ✓ Elaboração anual de um relatório de execução e eventual actualização do Plano

**Status:** Tendo em conta o período de descontinuidade do departamento de Auditoria Interna até 11/06/2013 a monitorização do plano de prevenção de riscos de corrupção e infracções conexas será realizada em 31/12/2013 sendo depois mantida uma cadência anual a essa data referêcia.

## **B) PLANO DE ACÇÃO 2013**

- ✓ Desenvolvimento do modelo de governação do HGO através da criação de um código de conduta, uma política de protecção de dados e uma política anti-fraude;
- ✓ Identificação do sistema de controlo interno do HGO através da integração e sistematização das principais áreas de risco supra referidas num marco de controlo interno;
- ✓ Identificação dos responsáveis na estrutura organizacional do HGO (process owners) por cada um dos processos identificados no marco de controlo interno e implementação de certificados de controlo interno, que contemplem a prevenção de riscos de corrupção e infracções conexas;
- ✓ Integração dos riscos de corrupção e infracções conexas no marco de controlo interno do HGO;
- ✓ Identificação de potenciais conflitos de interesse no HGO em linha com a recomendação 5/2012 do CNC e definição de medidas relativamente às questões identificadas;
- ✓ Revisão dos riscos de corrupção e acções conexas identificados em 2011 que, caso se verifiquem, possa comprometer a realização dos objectivos do Hospital;