

Apreciado em Reunião  
do Conselho de Administração  
CHBM, E. P. E.  
de 10/02/2017  
ACTA N.º 06

ed  
*Apovedo*  
*[Signature]*

**Pedro Lopes**  
Presidente do Conselho de Administração

## CENTRO HOSPITALAR BARREIRO MONTIJO

---

1



## Relatório de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas

---

**2016**

# Índice

---

<b>I. Introdução</b> .....	2
<b>II. Caracterização Geral do CHBM</b> .....	4
<b>III. Atividades desenvolvidas</b> .....	6
<b>IV. Distribuição do Relatório</b> .....	9

## I. Introdução

---

1. A Lei n.º 54/2008, de 4 de setembro, criou o Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC) como entidade administrativa independente a funcionar junto do Tribunal de Contas, para desenvolver uma atividade de âmbito nacional no domínio da prevenção da corrupção e infrações conexas.

De acordo com o n.º 2 do artigo 7.º da referida lei, “*são consideradas atividades de risco agravado, designadamente, as que abrangem aquisições de bens e serviços, empreitadas de obras públicas e concessões sem concurso, as permutas de imóveis do Estado com imóveis particulares, as decisões de ordenamento e gestão patrimonial, bem como quaisquer outras suscetíveis de propiciar informação privilegiada para aquisições pelos agentes que nelas participem ou seus familiares*”.

2. Através da Recomendação n.º 1/2009 (DR, 2.ª, n.º 140, 22/07/2009) o CPC definiu orientações para a elaboração do Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas, contendo, entre outros, os seguintes elementos:
  - Identificação, relativamente a cada área ou departamento, dos riscos de corrupção e infrações conexas;
  - Indicação das medidas a adotar que previnam a sua ocorrência (por ex., mecanismos de controlo interno; segregação de funções, definição prévia de critérios gerais e abstratos, designadamente na concessão de benefícios públicos e no recurso a especialistas externos, nomeação de júris diferenciados para cada concurso, programação de ações de formação adequada, etc.);
  - Definição e identificação dos vários responsáveis envolvidos na gestão do plano, sob a direção do órgão dirigente máximo;
  - Elaboração anual de um relatório sobre a execução do plano.

3. Entretanto, com a Recomendação n.º 5/2012 (DR, 2.ª, n.º 219, 13/11/2012), o CPC estabeleceu que *“as entidades de natureza pública devem dispor de mecanismos de acompanhamento e de gestão de conflitos de interesses, devidamente publicitados, que incluam também o período que sucede ao exercício de funções públicas, com indicação das consequências legais. Devem, ainda, incluir nos seus relatórios sobre a execução dos planos de prevenção de riscos uma referência sobre a gestão de conflitos de interesses”* (sublinhado nosso).
4. Considerando o peso e a importância dos contratos públicos na economia e na despesa do Estado, o CPC aprovou a Recomendação n.º 1/2015, de 7 de janeiro de 2015 (DR, 2.ª, n.º 8, de 13/01/2015) que, de uma forma resumida, sublinha a necessidade de serem assegurados mecanismos de controlo na formação e execução dos contratos, de incentivar a existência de recursos humanos com formação adequada, reduzir o recurso ao ajuste direto, e garantir a transparência e a publicidade da vontade de contratar.
5. No mesmo ano, foi publicada a Recomendação n.º 3/2015 (DR, 2.ª, n.º 132, 09/07/2015) que veio definir as seguintes linhas de orientação:
- Os Planos de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas, devem identificar de modo exaustivo os riscos de gestão, incluindo os de corrupção, bem como as correspondentes medidas preventivas.
  - Os riscos devem ser identificados relativamente às funções, ações e procedimentos realizados por todas as unidades da estrutura orgânica das entidades, incluindo os gabinetes, as funções e os cargos de direção de topo.
  - Os Planos devem designar responsáveis setoriais e um responsável geral pela sua execução e monitorização, bem como pela elaboração dos correspondentes relatórios anuais.
  - As entidades devem realizar ações de formação, de divulgação, reflexão e esclarecimento dos seus Planos junto dos trabalhadores e que contribuam para o seu envolvimento numa cultura de prevenção de riscos.
  - Os Planos devem ser publicados nos sítios da internet das entidades a que respeitam, excetuando as matérias e as vertentes que apresentem uma natureza reservada, de modo a consolidar a promoção de uma política de transparência na gestão pública.
6. Com o objetivo de acompanhar as atividades no domínio da prevenção da corrupção e infrações conexas, bem como, a gestão de conflito de interesses, foi constituída a Comissão de Acompanhamento da Prevenção de Corrupção (CAPC).
7. Quando existam alterações legislativas ou normativas, esta CAPC procede à revisão e atualização do Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (adiante designado Plano) do Centro Hospitalar Barreiro Montijo (CHBM).

## II. Caracterização Geral do CHBM

---

### 1. Natureza e Sede

- a) O Centro Hospitalar Barreiro Montijo E.P.E. (CHBM) é um estabelecimento público do Serviço Nacional de Saúde (SNS) dotado de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial, resultante da integração, por fusão, do Hospital de Nossa Senhora do Rosário, E.P.E. com o Hospital do Montijo, na sequência do Decreto-Lei n.º 280/2009 de 6 de outubro.
- b) Rege-se pelos estatutos dos hospitais e centros hospitalares de natureza empresarial integrados no SNS (Decreto-Lei n.º 233/2005 de 29 de dezembro, republicado pelo Decreto-Lei n.º 12/2015, de 26 de janeiro, com as alterações do Decreto-Lei n.º 183/2015 de 31 de agosto), pelo regime jurídico do setor empresarial do Estado e das empresas públicas, que é subsidiariamente aplicável com as devidas adaptações, bem como pelas normas em vigor para o SNS e pelo Regulamento Interno homologado pela Deliberação n.º 163/2013 de 19 de julho do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo no uso de subdelegação de competências.
- c) Possui o número de pessoa coletiva 509186998 e tem sede na Avenida Movimento das Forças Armadas, freguesia do Alto do Seixalinho, concelho do Barreiro e distrito de Setúbal.
- d) É uma unidade prestadora de cuidados de saúde diferenciados, integrada na rede oficial hospitalar e classificada como hospital geral e distrital. Possui valências básicas, intermédias e diferenciadas, em regime ambulatorio e de internamento, integrando a prestação de cuidados de urgência com dois serviços, uma urgência básica e outra médico-cirúrgica.

### 2. Atribuições

- a) O CHBM tem como missão a prestação de cuidados de saúde diferenciados a todos os cidadãos no âmbito das responsabilidades e capacidades das unidades hospitalares que o integram, Hospital do Barreiro e Hospital do Montijo, dando execução às definições de política de saúde a nível nacional e regional, aos planos estratégicos e decisões superiormente aprovados.
- b) Intervém de acordo com as áreas de influência e redes de referência, cumprindo os contratos-programa celebrados, em articulação com as instituições integradas na rede de prestação de cuidados de saúde do SNS.
- c) Desenvolve ainda atividades complementares como as de ensino pré e pós-graduado, investigação e formação, submetendo-se à regulamentação de âmbito nacional que rege a matéria dos processos de ensino-aprendizagem no domínio da saúde, sem prejuízo da celebração de contratos para efeitos de organização interna, repartição do investimento e compensação dos encargos que forem estipulados.

### 3. Princípios

No desenvolvimento da sua atividade, o CHBM rege-se, entre outros, pelos seguintes princípios:

- a) Humanização e não discriminação;
- b) Respeito pela dignidade individual de cada doente;
- c) Atualização face aos avanços da investigação e da ciência;
- d) Excelência técnico-profissional;
- e) Ética profissional;
- f) Promoção da multidisciplinaridade;
- g) Respeito pelo ambiente.

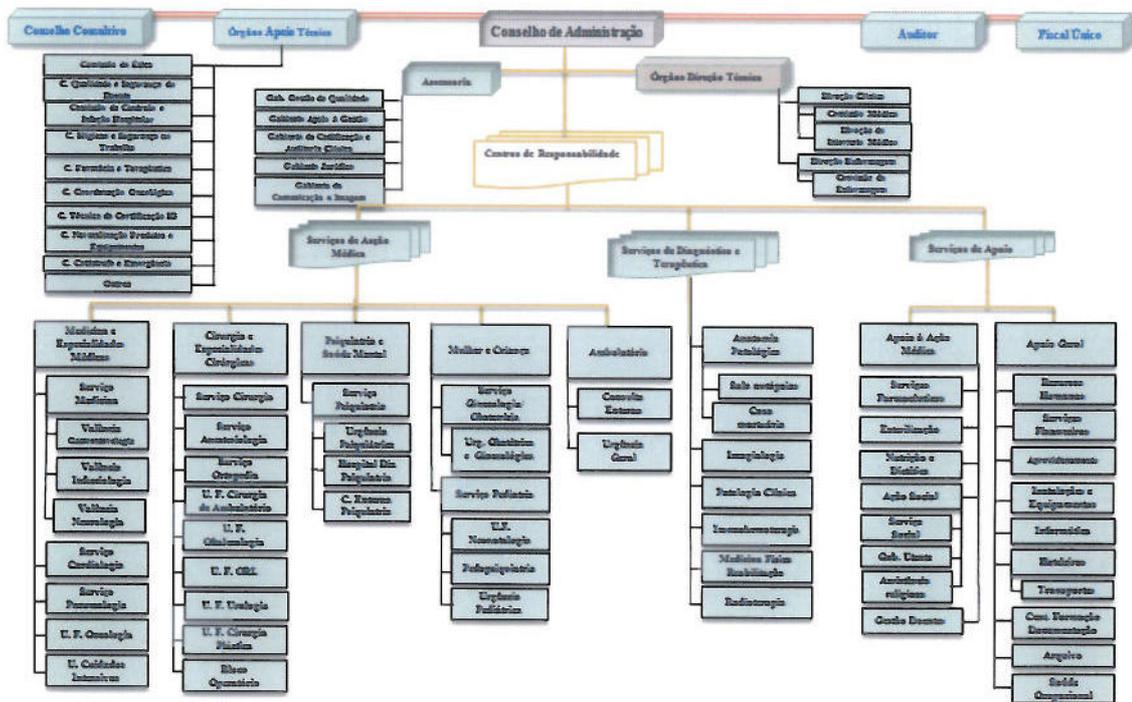
### 4. Objetivos

Na sua atuação, o CHBM pauta-se pela prossecução dos seguintes objetivos:

- a) Orientar toda a atividade em função do doente, respondendo às suas necessidades, de acordo com as melhores práticas disponíveis;
- b) Prosseguir e implementar metodologias de gestão que proporcionem a realização pessoal e profissional dos seus colaboradores;
- c) Rentabilizar a capacidade disponível e garantir a viabilidade económico-financeira da instituição.

### 5. Organograma

Junta-se o organograma de gestão que sistematiza a divisão da responsabilidade ao longo da cadeia hierárquica.



### III. Atividades desenvolvidas

---

1. O ano de 2016 caracterizou-se por um forte empenhamento da Comissão de Acompanhamento da Prevenção de Corrupção (CAPC) no sentido de elaborar e implementar novo Plano de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas adaptado às Recomendações do Conselho de Prevenção da Corrupção e da Inspeção-Geral da Saúde, bem como um especial envolvimento dos trabalhadores deste CHBM na concretização desse objetivo.
2. Considerando o peso e a importância dos contratos públicos na economia e na despesa do Estado, o Conselho de Prevenção da Corrupção aprovou a Recomendação n.º 1/2015, de 7 de janeiro de 2015 (DR, 2.ª, n.º 8, de 13/01/2015) que, de uma forma resumida, sublinhava a necessidade de serem assegurados mecanismos de controlo na formação e execução dos contratos, de incentivar a existência de recursos humanos com formação adequada, reduzir o recurso ao ajuste direto, e garantir a transparência e a publicidade da vontade de contratar.
3. Em conformidade com a referida Recomendação n.º 1/2015, a CAPC também consta do Plano, o reforço da atuação na identificação, prevenção e gestão de riscos de corrupção e infrações conexas nos contratos públicos, quanto à sua formação e execução, ficando, também, previsto o desenvolvimento das seguintes ações:
  - 3.1. Apoiar ações de divulgação de informação e acompanhar a implementação de mecanismos de controlo de eventuais conflitos de interesses na formação e execução dos contratos.
  - 3.2. Com a Nota Interna n.º 1/2015, de 30 de janeiro (cópia em anexo), a CAPC submeteu a aprovação do Conselho de Administração a adoção das seguintes medidas:
    - 3.2.1. Salvo por motivos excecionais e fundamentados, o recurso ao ajuste direto em despesas com montante superior a €5.000,00 deve ser sempre precedido de consulta a 3 concorrentes.  
Adotar a consulta obrigatória a pelo menos 3 entidades nos procedimentos por ajuste direto nas despesas superiores a €5.000,00, sem IVA incluído. Exceciona-se o recurso ao ajuste direto em função de critérios materiais, designadamente, por motivos técnicos, artísticos ou relacionados com a proteção de direitos exclusivos, ou outros previstos nos artigos 24.º a 27.º do Código dos Contratos Públicos.
    - 3.2.2. Nos contratos com relevância económica e financeira, em simultâneo com a adjudicação, deve ser designado um “Gestor do Contrato”.  
Compete ao gestor do contrato acompanhar a execução do mesmo em conformidade com as cláusulas contratuais, avaliar o desempenho do fornecedor (designadamente, em termos de qualidade e prazo de entrega ou execução) e proceder à conferência/validação de faturas, em articulação com o Serviço de Aprovisionamento.
    - 3.2.3. Periodicamente, devem ser desenvolvidas ações de formação e ou *workshops* na área dos contratos públicos, para dois tipos de destinatários:

- Colaboradores do Serviço de Aprovisionamento ou outros a quem deve ser exigido conhecimento teórico e prático dos procedimentos pré-contratuais, bem como, habilitação adequada para a elaboração e aplicação das peças processuais respetivas;
  - Colaboradores habitualmente designados como membros de júri ou gestor de contrato.
- 3.2.4. Apoiar o Serviço de Aprovisionamento, com a colaboração do Gabinete Jurídico, na implementação das seguintes medidas:
- Em cumprimento do regime jurídico das incompatibilidades, garantir a existência de declarações de incompatibilidade nos casos exigíveis, designadamente:
    - Gestor de contrato;
    - Membros de júris, de comissões ou grupos de trabalho, e consultores que apoiam os respetivos júris, ou que participam na escolha ou avaliação;
  - Proceder à revisão e atualização dos Procedimentos em vigor sobre Aprovisionamento e Contratação Pública, à luz do Código dos Contratos Públicos, da Lei n.º 54/2008, de 4 de setembro, e das Recomendações do CPC.
- 3.3. Atualização da listagem das áreas para acompanhar as atividades de risco de corrupção e infrações conexas, de forma a simplificar a identificação e agregar a informação.
4. A Recomendação n.º 3/2015 (DR, 2.ª, n.º 132, 09/07/2015) veio definir as seguintes linhas de orientação, que a CAPC incorporou no Plano de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas aprovado em 2016 e implementou no CHBM:
- Os Planos de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas, devem identificar de modo exaustivo os riscos de gestão, incluindo os de corrupção, bem como as correspondentes medidas preventivas.
  - Os riscos devem ser identificados relativamente às funções, ações e procedimentos realizados por todas as unidades da estrutura orgânica das entidades, incluindo os gabinetes, as funções e os cargos de direção de topo.
  - Os Planos devem designar responsáveis setoriais e um responsável geral pela sua execução e monitorização, bem como pela elaboração dos correspondentes relatórios anuais.
  - As entidades devem realizar ações de formação, de divulgação, reflexão e esclarecimento dos seus Planos junto dos trabalhadores e que contribuam para o seu envolvimento numa cultura de prevenção de riscos.
  - Os Planos devem ser publicados nos sítios da internet das entidades a que respeitam, excetuando as matérias e as vertentes que apresentem uma natureza reservada, de modo a consolidar a promoção de uma política de transparência na gestão pública.
5. Entretanto, no seguimento das Recomendações do Relatório IGAS n.º 287/2014, que acompanhou o ofício n.º 947, P. 11/2014-AP, de 10/03/2015, da Inspeção-Geral da Saúde, o Plano incorpora alterações e revisões das matrizes com vista a uma mais clara identificação dos riscos e das medidas de mitigação e controlo. Para

elaboração e implementação deste Plano foi definida a seguinte metodologia de trabalho:

- 5.1. Identificar os “responsáveis pelas áreas de intervenção” e os “responsáveis pelas medidas” envolvidos na gestão do plano e que promovem a identificação e monitorização das atividades de riscos e das medidas a adotar;
  - 5.2. Participar e apoiar na identificação das atividades de riscos e na indicação das medidas a tomar em cada área;
  - 5.3. Elaborar e atualizar a matriz de riscos, e padronizar o modelo a seguir;
  - 5.4. Realizar auditorias de acompanhamento;
  - 5.5. Reunir com os responsáveis designados e analisar os riscos identificados, bem como outros conflitos considerados relevantes face aos resultados de auditorias internas ou inspeções temáticas.
6. O novo Plano, aprovado em reunião do Conselho de Administração de 18 de fevereiro de 2016, foi publicado no sítio da internet e intranet e divulgado através de Newsletter do CHBM, tendo sido, também, agendadas ações de formação e divulgação do Plano, a todos os colaboradores, através da realização de Workshops.

Para acompanhar a atividade desenvolvida nos serviços constantes do Plano e prevenir a ocorrência de situações de risco de corrupção e infrações conexas, compete, em particular, aos “responsáveis pelas áreas de intervenção” e aos “responsáveis pelas medidas” designados:

- Implementar um processo estruturado de “gestão de risco” nas áreas de intervenção respetivas, rever periodicamente os resultados face a novos eventos de que, entretanto, tomem conhecimento, bem como assegurar que as atividades de controlo instituídas estão a ser executadas;
  - Elaborar e preencher a matriz de riscos de acordo com as orientações estabelecidas e submetê-las para apreciação com periodicidade semestral.
7. Tendo por base o Plano para 2016, publicado no sítio da internet e intranet, os serviços apresentaram os respectivos relatórios das Matrizes previamente definidas, que mereceram avaliação por parte da CAPC (anexo Análise das Matrizes de Risco).
8. Foram realizadas ações de controlo e fiscalização surpresa para aferir da regularidade da cobrança de taxas moderadoras, conforme recomendação da IGAS, nº 287/2014, cujo relatório também se anexa.
9. Relativamente à monitorização da execução das medidas de controlo sobre o circuito dos termos de responsabilidade, acompanharam-se as reuniões de trabalho entre os serviços envolvidos, com o objetivo de se definir o circuito adequado e a elaboração de manual de procedimentos. Foi concluído este circuito e devidamente implementado com procedimento em vigor.

## IV. Distribuição do Relatório

---

Nos termos da Recomendação n.º 1/2009 do Conselho de Prevenção da Corrupção (DR, 2.ª, 140, 22/07/2009), devem ser remetidas cópias para:

- Conselho de Prevenção da Corrupção;
- Órgãos de superintendência, tutela e controlo.

9

Anexos:

- Análise das Matrizes de Risco;
- Relatório de Auditoria às Taxas Moderadoras.



**Sónia Bastos**

*Vogal do Conselho de Administração*



**FERNANDO GALVÃO**  
Director dos Serviços Financeiros



**Vanessa Paulino**  
Directora de Serviços



**Ivone Silva**  
Auditor Interno

*Elaborado pela Comissão de Acompanhamento da Prevenção de Corrupção, em 31 de janeiro de 2017 – Fernando Galvão - Ivone Silva - Sónia Bastos - Vanessa Paulino*

*Aprovado em reunião do Conselho de Administração de*

Apreciado em Reunião  
do Conselho de Administração  
CHBM, E. P. E.

de 10/02/2017

ACTA N.º 06

---

---

## Relatório de Auditoria às Taxas Moderadoras

(Ano 2016)

Em observância do Plano de Prevenção dos Riscos de Corrupção e Infrações Conexas para o ano 2016, foram implementadas medidas de controlo e fiscalização surpresa aos balcões de cobrança de taxas moderadoras, para aferir da regularidade das cobranças.

O âmbito desta ação de auditoria prende-se com a verificação dos valores cobrados em taxas moderadoras versus os valores registados na aplicação informática Sonho, de forma a apurar a regularidade das cobranças, estando assim de acordo com as recomendações do Relatório IGAS n.º 287/2014 que acompanhou o ofício n.º 947, P. 11/2014-AP, de 10/03/2015, da Inspeção-geral das Atividades em Saúde (IGAS). Os procedimentos inerentes à cobrança de taxas moderadoras, já foram alvo de auditoria, feita pelo Serviço de Auditoria Interna, em Março de 2016, tendo por esse motivo não sido incluídos neste âmbito.

No Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE, existem balcões de cobrança de taxas moderadoras nos seguintes Serviços:

Hospital de Nossa Senhora do Rosário

- Serviço de Urgência
- Consulta Externa
- Gabinete de Taxas Moderadoras
- Serviço de Medicina Física e de Reabilitação
- Tesouraria

Hospital do Montijo

- Serviço de Gestão de Doentes
- Consulta Externa
- Serviço de Medicina Física e de Reabilitação
- Laboratório de análises clínicas
- Serviço de Urgência
- Unidade de Cirurgia de Ambulatório (consultas realizadas nesta unidade)

Para as contagens surpresa a realizar no primeiro semestre, foram selecionados o Serviço de Urgência do Hospital de Nossa Senhora do Rosário, a Gestão de Doentes e o Serviço de Urgência do Hospital do Montijo.

Assim, no dia 18 de Maio de 2016, pelas 15horas, realizou-se uma contagem surpresa aos valores recebidos em taxas moderadoras, no Serviço de Urgência do Hospital de Nossa Senhora do Rosário.

Foi solicitado aos três funcionários que estavam no atendimento, que retirassem da aplicação informática Sonho, uma listagem com todos os recebimentos feitos nesse dia, até àquela hora.

Em seguida, foi feita uma contagem a todos os valores em numerário, bem como ao valor recebido através de multibanco, sendo feito um cruzamento com as listagens retiradas da aplicação informática Sonho.

Dessa análise foi verificado que as listagens totalizavam um valor recebido de 307,55€ e o valor existente era de 307,65€, existindo uma diferença de 0,10€. Uma vez que o Serviço dispõe de um valor em fundo de maneoio para trocos, os valores adicionais são em regra entregues na Tesouraria.

No dia 15 de Junho de 2016, pelas 15 horas, foi realizada uma contagem surpresa aos valores recebidos em taxas moderadoras, na Gestão de Doentes e no Serviço de Urgência no Hospital do Montijo.

Foi solicitado ao funcionário da Gestão de Doentes e ao funcionário do Serviço de Urgência que estavam no atendimento, que retirassem da aplicação informática Sonho, uma listagem com todos os recebimentos feitos nesse dia, até àquela hora.

Posteriormente, foi feita uma contagem dos valores em numerário e do valor recebido através de multibanco, cruzando com as listagens da aplicação informática Sonho.

Dessa verificação, foi observado que as listagens totalizam um valor recebido de 23,60€ na Gestão de Doentes e o valor existente era de 25€, existindo uma diferença de 1,40€ colocada para trocos, uma vez que este Serviço não tem atribuído um valor em fundo de maneo para trocos.

No que concerne o Serviço de Urgência, foi observado que as listagens totalizam um valor de 139,80€ e o valor recebido foi de 199,80€, existindo uma diferença de 60€ que corresponde ao valor de fundo de maneo atribuído.

Sugere-se que o valor do fundo de maneo se encontre à parte dos valores recebidos, de forma a permitir uma célere separação dos valores que foram recebidos dos valores de fundo de maneo. A necessidade desta divisão é mais significativa no momento em que é feita a contagem dos valores a entregar na Gestão de Doentes ou Tesouraria.

25 de Janeiro de 2017

A Comissão de Acompanhamento da Prevenção de Corrupção

  
Vanessa Pacheco  
Directora de Serviços



FERNANDO GALVÃO  
Director dos Serviços Financeiros



Ivone Silva  
Auditor Interno



Sónia Bastos  
Vogal do Conselho de Administração

## ANÁLISE DAS MATRIZES DE RISCO

### ANEXO AO RELATÓRIO SOBRE A PREVENÇÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS (Ano de 2016)

No ano 2016, todos os serviços, de apoio e assistenciais, procederam à elaboração e envio junto da CAPC, do relatório de acompanhamento das matrizes de risco, aprovadas no âmbito do Plano de prevenção de riscos de Corrupção e Infrações Conexas, **conforme mapas anexos**.

A CAPC procedeu à análise de todos os relatórios de acompanhamento das matrizes de risco, e identificou como relevantes e com necessidade de maior acompanhamento e definição de ações, os seguintes riscos moderados e elevados, das diferentes Unidades, Gabinetes e Cargos de Direção, a saber:

- Nos Serviços Assistenciais:
  - o risco relacionado com a *Capacidade instalada* foi o risco mais vezes considerado com nível elevado por 5 Serviços e moderado por 23 Serviços. Seguido do risco de *Segurança das pessoas* que foi considerado como elevado por 5 Serviços e moderado por 18 Serviços,
  - O risco de *Reputação e Imagem* foi considerado elevado por um serviço e moderado por 9 Serviços.
  - Os riscos que apenas foram considerados como fracos são *Acompanhamento de Gestão de contratos* e *Uso abusivo de posição* e *Acumulação de funções incompatíveis*.
- Nos Serviços de Apoio:
  - o risco relacionado com a *Conformidade* foi o risco mais vezes considerado com nível moderado por 11 Serviços. Seguido do *Risco de segurança das pessoas* que foi considerado como elevado por 1 Serviço e moderado por 8 Serviços, principalmente devido à falta de controlo dos acessos aos Serviços. Seguido do risco de *Manuais de Procedimentos, boas práticas e código de conduta* que foi considerado moderado por 9 Serviços.
  - O risco de *Segurança da Informação* foi considerado elevado por 1 Serviço e moderado por 6 Serviços.

- Os riscos que apenas foram considerados como fracos são *Não segregação de funções e Acumulação de funções Incompatíveis*.

Na análise realizada aos relatórios de acompanhamento das matrizes, foram identificadas observações que correspondem a alteração que a CAPC considera de introduzir na próxima monitorização dos serviços.

Barreiro, 31 de Janeiro de 2017

  
Ivone Silva  
Auditor Interno

  
FERNANDO GALVÃO  
Director dos Serviços Financeiros

  
Vanessa Paillio  
Directora de Serviço

  
Sónia Bastos  
1.º do Conselho de Administração

A Comissão de Acompanhamento da Prevenção de Corrupção