



**Relatório Intercalar de Execução do Plano de Prevenção de Riscos de
Gestão (incluindo os de corrupção e infrações conexas)**

2023

Serviço de Auditoria Interna
Outubro 2023

ÍNDICE DE CONTEÚDO

1. Introdução.....	3
2. Caraterização do Hospital de Braga, EPE	3
3. Metodologia	5
4. O Plano de Prevenção de Riscos de Gestão do HB.....	5
5. Resultados.....	8
6. Conclusões e Recomendações.....	12
7. Reporte.....	13

SIGLAS

HB – Hospital de Braga, EPE;

PPRG – Plano de prevenção de Riscos de Gestão (incluindo os de corrupção e infrações conexas);

CPC – Conselho de Prevenção da Corrupção;

MENAC – Mecanismo Nacional Anticorrupção;

EPE – Entidade Pública Empresarial;

SGL – Serviço de Gestão Logística;

SGRH – Serviço de Gestão de Recursos Humanos;

SPCG – Serviço de Planeamento e Controlo de Gestão.

1. INTRODUÇÃO

A gestão de riscos é muito importante na gestão estratégica de uma organização pois é através deste processo que se analisam os riscos inerentes à sua atividade.

Na sua atividade diária, o Hospital de Braga (HB) está exposto a diversos riscos de diferentes naturezas: clínicos, não clínicos e organizacionais ou de gestão.

O Plano de Prevenção de Riscos de Gestão (PPRG) contempla os riscos de natureza organizacional ou de gestão e constitui um dos instrumentos de gestão que auxiliam a detetar, avaliar e mitigar o risco de gestão, corrupção, infrações conexas e conflitos de interesses.

O presente documento visa dar cumprimento ao previsto no Regime Geral de Prevenção da Corrupção, estabelecido pelo Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro, bem como no PPRG do HB e, após a sua aprovação pelo Conselho de Administração, será comunicado aos órgãos de superintendência, tutela e controlo e ao Mecanismo Nacional Anticorrupção (MENAC) e divulgado, através da sua publicitação na intranet e na página oficial do HB.

2. CARATERIZAÇÃO DO HOSPITAL DE BRAGA, EPE

O HB, criado através do Decreto-Lei n.º 75/2019 de 30 de maio, foi responsável por desenvolver todas as tarefas adjacentes à transição da gestão do estabelecimento hospitalar, da esfera privada para a esfera pública até ao dia 31 de agosto de 2019 e assegurar a gestão pública do estabelecimento hospitalar a partir de 1 de setembro de 2019.

O HB é uma instituição com personalidade coletiva de direito público com natureza pública empresarial, regendo-se pelos Estatutos dos Hospitais EPE, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, pelo Regime Jurídico do Setor Empresarial do Estado e por outras normas especiais decorrentes do seu objeto social.

De acordo com a Portaria nº 82/2014, de 10 de abril, o HB é classificado como uma instituição hospitalar de Grupo II e a sua área de influência corresponde aos distritos de Braga e de Viana do Castelo, servindo como hospital de primeira linha para os concelhos de Braga, Amares, Póvoa de Lanhoso, Terras de Bouro, Vieira do Minho e Vila Verde e como hospital de segunda linha para a área remanescente. Assim, o HB serve uma área direta de cerca de 274.769 utentes e abrange, globalmente, uma área de cerca de 1.100.000 habitantes.

O HB funciona numa estrutura arquitetónica moderna e dispõe de 705 camas destinadas a internamento, 13 salas de bloco operatório, 8 salas de bloco de partos, bloco periférico de obstetrícia com 1 sala, 132

gabinetes de consulta externa, instalações para realização de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica de apoio a todas as especialidades clínicas e 1 heliporto.

Na área da investigação, o HB integra o Centro Clínico Académico, que tem por objeto social o desenvolvimento da investigação clínica, enquadrada num ambiente de prestação de cuidados de saúde e a promoção e produção de conhecimento no sentido de tornar os cuidados clínicos mais efetivos, melhorando a qualidade e eficiência assistencial.

A gestão do HB desenvolve-se no enquadramento legislativo e normativo aplicável à atividade, encontrando-se suportada, entre outros, nos seguintes documentos:

- ✓ Estatutos dos hospitais EPE;
- ✓ Regulamento Interno;
- ✓ Organograma;
- ✓ Contrato-Programa;
- ✓ Código de Ética;
- ✓ Políticas, Regulamentos, Manuais, Instruções de Trabalho;
- ✓ Procedimentos Internos e Instrumentos de prevenção de fraude - Plano de Prevenção de Riscos de Gestão e o Regulamento do Sistema de Comunicação de Irregularidades e Denúncia de Infrações.

Missão e Visão

O HB tem como **missão** prestar cuidados de saúde de excelência, através de uma prática caracterizada pela qualidade, competência, rigor, eficiência e diferenciação, fortalecendo o princípio da humanização e envolvimento com a comunidade e promovendo, simultaneamente, a valorização pessoal e técnica dos seus profissionais. Paralelamente, incentiva o ensino pré e pós-graduado e fomenta a investigação, em estreita colaboração com instituições universitárias, nas várias vertentes das ciências da saúde. A **visão** do HB é ser uma referência na prestação de cuidados de saúde em Portugal, assente nas melhores práticas clínicas e na inovação, promovendo o desenvolvimento sustentado, a par de uma relação de excelência com os seus utentes, familiares e profissionais.

Valores e Princípios

Na gestão das suas atividades, o HB defende os seguintes valores: Respeito; Desenvolvimento humano; Competência; Responsabilidade; Paixão; Compromisso e Inovação.

Os **princípios** do HB são:

- Respeito pela dignidade humana e orientação com foco no utente;
- Talento, formação, multidisciplinaridade e trabalho em equipa;
- Cultura de gestão e prática assistencial centradas em elevados padrões éticos;

- Promoção da saúde na sociedade e envolvimento na comunidade;
- Fomentar práticas de sustentabilidade, nomeadamente ambiental;
- Eficiência no uso dos recursos e probidade na conduta.

Órgãos Sociais

De acordo com os Estatutos dos Hospitais EPE, são órgãos sociais do HB: o Conselho de Administração, o Conselho Fiscal e Revisor Oficial de Contas e o Conselho Consultivo.

3. METODOLOGIA

A elaboração do presente documento enquadra-se na fase de monitorização e controlo do PPRG e corresponde ao relatório de avaliação intercalar elaborado para as situações identificadas com grau de risco Alto.

O trabalho realizado, na presente ação, compreendeu as seguintes fases:

1. Realização do exercício de auto-avaliação da implementação das medidas preventivas definidas para minimizar os efeitos dos fatores de risco que apresentam uma alta sensibilidade ao risco. Este exercício foi realizado pelos responsáveis de cada uma das Matrizes de Gestão de Risco;
2. Realização de reuniões com os referidos responsáveis, para análise das auto-avaliações recebidas;
3. Emissão do Relatório Intercalar de Execução do PPRG 2023.

4. O PLANO DE PREVENÇÃO DE RISCOS DE GESTÃO DO HB

O PPRG é um instrumento de gestão utilizado na identificação, avaliação, monitorização e prevenção dos riscos de gestão que afetam os objetivos operacionais e estratégicos do HB e é parte integrante do seu Sistema de Controlo Interno.

O PPRG visa:

- Identificar situações potenciadoras de riscos de gestão, incluindo os de corrupção e infrações conexas;
- Estabelecer as medidas preventivas que permitam reduzir esses riscos, através da minimização da probabilidade da sua ocorrência e do impacto esperado;
- Definir um sistema de controlo e monitorização das medidas implementadas e respetivos efeitos.

Na elaboração do PPRG foi tida em consideração a metodologia de gestão de risco recomendada pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) no manual “Metodologia de Gestão de Risco” (2007) e a “Norma de Gestão de Riscos” (2003) da Federação das Associações Europeias de Gestão de Risco (FERMA).

Áreas de Risco

As preocupações com o risco, traduzem-se na identificação de áreas suscetíveis de gerarem situações violadoras de princípios, disposições legais e práticas de bom governo, nomeadamente na prossecução do interesse público e na atuação com transparência, imparcialidade e boa fé.

Considerando a atividade do HB, as recomendações do CPC e o conhecimento sobre a Organização detido pelos membros do Conselho de Administração, foram estabelecidas como áreas mais suscetíveis de gerarem fatores potenciais riscos, as seguintes:

- Conselho de Administração/Pessoal Dirigente
- Gestão de Compras;
- Gestão de Recursos Humanos;
- Gestão de Existências;
- Gestão Hoteleira;
- Planeamento e Controlo de Gestão;
- Gestão de Conflitos de Interesses.

Para cada uma das áreas identificadas foram construídas Matrizes de Gestão de Risco.

Relativamente aos riscos associados ao processo de gestão de conflitos de interesses, por ser uma área transversal às restantes áreas, a avaliação do risco e a definição de medidas preventivas foram incluídas em cada uma das matrizes, nomeadamente para assegurar o cumprimento das recomendações do CPC nesta matéria.

Além das áreas acima identificadas, foi ainda elaborada a Matriz de Gestão de Risco do Serviço de Auditoria Interna.

Avaliação de Risco

A elaboração das Matrizes de Gestão de Risco pressupôs o seguinte exercício por parte dos diretores de serviço:

- identificação dos fatores potenciais de risco suscetíveis de afetarem a concretização dos objetivos e passíveis de gerarem a prática de atos de incumprimento;

- classificação dos fatores identificados, atribuída apenas em termos qualitativos, quanto à sua sensibilidade ao risco, ou seja, probabilidade de ocorrência e de impacto esperado.

Para o efeito foram adotados os seguintes critérios:

- Quanto à **probabilidade de ocorrência**

Alta	A situação de risco identificada tem elevada possibilidade de ocorrer ao longo de 1 ano.
Média	A situação de risco identificada tem moderada possibilidade de ocorrer ao longo de 1 ano.
Baixa	A situação de risco identificada tem reduzida possibilidade de ocorrer ao longo de 1 ano.

Adaptado da Norma de Gestão de Riscos da Federação das Associações Europeias de Gestão de Risco (FERMA)

- Quanto ao **impacto esperado**

Alto	A situação de risco identificada tem potencial para causar: Impacto significativo sobre a atividade operacional do HB; Prejuízo financeiro significativo para o HB; Violação grave dos princípios associados ao interesse público, lesando a credibilidade do HB e do próprio Estado.
Médio	A situação de risco identificada tem potencial para causar: Impacto sobre a atividade operacional do HB; Prejuízo financeiro para o HB.
Baixo	A situação de risco identificada não tem potencial para causar danos relevantes ao nível da imagem e atividade operacional do HB, nem para provocar prejuízos financeiros.

Adaptado da Norma de Gestão de Riscos da Federação das Associações Europeias de Gestão de Risco (FERMA)

O efeito conjugado das duas variáveis dá origem à seguinte matriz:

Matriz de Risco		Probabilidade de Ocorrência		
		Alta	Média	Baixa
Impacto Esperado	Alta	Alta	Alta	Média
	Média	Alta	Média	Baixa
	Baixa	Média	Baixa	Baixa

Adaptado da Norma de Gestão de Riscos da Federação das Associações Europeias de Gestão de Risco (FERMA)

Considera-se prioritário o desenvolvimento das ações preventivas que visam minimizar os efeitos dos fatores que apresentam uma alta sensibilidade ao risco (vermelho).

Num segundo nível de prioridade devem ser consideradas as ações preventivas que visam minimizar os efeitos dos fatores que apresentam uma média sensibilidade ao risco (amarelo).

O PPRG tem subjacente uma monitorização periódica através da elaboração de relatórios anuais sobre a sua execução. Esta monitorização tem como objetivo avaliar o nível de implementação das medidas de mitigação, apontando eventuais deficiências, aperfeiçoando a deteção de novos riscos ou recomendando a adoção e implementação de novos procedimentos, bem como a melhoria dos já existentes.

A execução do PPRG está sujeita a controlo efetuado nos seguintes termos:

- Elaboração, no mês de outubro, de relatório de avaliação intercalar nas situações identificadas de risco alto;
- Elaboração, no mês de abril do ano seguinte a que respeita a execução, do relatório de avaliação anual, contendo, nomeadamente, a quantificação do grau de implementação das medidas preventivas e corretivas identificadas e a previsão da conclusão da sua implementação.

O PPRG é revisto a cada três anos ou sempre que ocorram alterações nas atribuições ou na estrutura orgânica do HB e que justifique uma revisão dos fatores potenciais de risco, da sua classificação ou das medidas preventivas.

5. RESULTADOS

O PPRG apresenta 7 matrizes de gestão de risco que identificam, no total, 70 fatores potenciais de risco e 97 medidas preventivas que visam minimizar os efeitos dos respetivos fatores potenciais de risco.

MGR	Factor Potencial de Risco	Medidas Preventivas
Conselho de Administração e Pessoal Dirigente	7	5
Auditoria Interna	6	7
Gestão de Existências	10	14
Gestão Hoteleira	13	14
Gestão de Compras	14	19
Gestão de Recursos Humanos	14	29
Planeamento e Controlo de Gestão	6	9
Total	70	97

Destes 70 fatores potenciais de risco, 5 foram classificados, pelos responsáveis das matrizes, com grau de risco Alto:

Gestão de Existências

O Serviço de Gestão Logística (SGL) identificou, na sua matriz de gestão de risco, 10 fatores potenciais de risco associados ao processo de gestão de existências e 14 medidas preventivas que visam minimizar os efeitos da sua ocorrência.

Destes eventos potenciais de risco, o SGL, classificou 2 fatores com grau de risco Alto.

Ref.ª	Fator Potencial de Risco	Probabilidade e de Ocorrência	Impacto Esperado	Grau de Risco	Medidas Preventivas	Responsável
1	Os dados mestre de existências podem estar em falta, incorretos ou desatualizados.	Alto	Médio	Alto	Verificar que todas as alterações (criação / alteração e eliminação) a dados mestre de materiais são devidamente aprovadas e total e corretamente atualizadas no respetivo sistema. Controlar periodicamente que os dados mestre de existências estão corretos e atualizados.	SGL
7	As existências de materiais podem não estar devidamente salvaguardadas.	Alto	Alto	Alto	Salvaguardar os produtos restringindo os acessos físicos: fechar os armazéns centrais e avançados, identificar e controlar as pessoas autorizadas a entrar, criar instruções de registo (manuais ou na aplicação) para a movimentação de produtos, durante o período normal de funcionamento de cada armazém e sobretudo fora desse período. Organizar instalações adequadas de armazenagem (centrais e avançadas), que permitam a movimentação eficiente e eficaz dos produtos e que tenham em consideração os requisitos de armazenagem dos mesmos.	SGL

No exercício de auto-avaliação realizado no âmbito da presente ação, o SGL considera, relativamente ao fator de risco n.º 1, que os dados mestre encontram-se atualizados e que, apesar de, pontualmente, ser efetuado um controlo aos mesmos é ainda necessário definir e implementar um procedimento que permita assegurar o seu controlo periódico. O SGL manteve a classificação do fator potencial com grau de risco Alto.

Quanto ao fator de risco n.º 7, O SGL considera que, nos armazéns centrais e avançados as existências estão salvaguardadas e que ocorreu uma melhoria na salvaguarda das existências localizadas no corredor do piso -1B, uma vez que foi disponibilizada mais uma área fechada para armazenamento de material e o material que ainda permanece no corredor está devidamente identificado e cintado com filme. Apesar desta melhoria, o SGL considera que o espaço de armazenamento continua a revelar-se insuficiente para as quantidades de material necessárias ao normal funcionamento do HB, pelo que manteve a classificação do fator potencial com grau de risco Alto.

Da análise ao exercício de auto-avaliação realizado no âmbito da presente ação, conclui-se que as medidas preventivas associadas aos 2 fatores classificados com grau de risco Alto encontram-se parcialmente implementadas, evidenciando uma evolução positiva comparativamente com a monitorização intercalar realizada em 2022, nomeadamente:

- ✓ Existência de mais espaço destinado a armazenamento de materiais;
- ✓ Adoção de medidas que visam minimizar a exposição do material que permanece no corredor do piso -1B: material devidamente identificado e cintado com filme.

Gestão de Recursos Humanos

O Serviço de Gestão de Recursos Humanos (SGRH) identificou, na sua matriz de gestão de risco, 14 fatores potenciais de risco associados ao processo de gestão de recursos humanos e 29 medidas preventivas que visam minimizar os efeitos da sua ocorrência.

Destes eventos potenciais de risco, o SGRH, classificou 1 fator com grau de risco Alto.

Ref.ª	Fator Potencial de Risco	Probabilidade e de Ocorrência	Impacto Esperado	Grau de Risco	Medidas Preventivas	Responsável
8	Pode não existir o reconhecimento do mérito e do desempenho dos trabalhadores.	Alto	Alto	Alto	Proceder à avaliação periódica de desempenho dos trabalhadores (SIADAP).	CA SGRH CCA

No exercício de auto-avaliação realizado no âmbito da presente ação, o SGRH considera que, relativamente ao fator de risco n.º 8, o histórico de avaliações de todas as carreiras encontra-se regularizado, com exceção do biénio 2021/2022 da carreira médica (que está em curso) e que, atualmente decorre o processo de avaliação referente ao biénio 2023/2024. O SGRH manteve a classificação do fator potencial com grau de risco Alto.

Da análise ao exercício de auto-avaliação realizado no âmbito da presente ação, conclui-se que a medida preventiva associada ao fator classificado com grau de risco Alto encontra-se parcialmente implementada, sendo de realçar que, comparativamente com a monitorização intercalar de 2022, verifica-se uma evolução positiva quanto à implementação desta medida, nomeadamente:

- ✓ nomeação do conselho coordenador de avaliação de todas as carreiras;
- ✓ definição de avaliadores;
- ✓ definição de objetivos e competências para todas as carreiras (exceto a carreira médica, que está em curso);
- ✓ conclusão da implementação da plataforma de Gestão de Avaliação de Desempenho para as carreiras gerais, estando em curso para as restantes carreiras.

Planeamento e Controlo de Gestão

O Serviço de Planeamento e Controlo de Gestão (SPCG) identificou, na sua matriz de gestão de risco, 6 fatores potenciais de risco associados ao processo de planeamento e controlo de gestão e 9 medidas preventivas que visam minimizar os efeitos da sua ocorrência.

Destes eventos potenciais de risco, o SPCG, classificou 2 fatores com grau de risco Alto.

Ref.ª	Fator Potencial de Risco	Probabilidade de Ocorrência	Impacto Esperado	Grau de Risco	Medidas Preventivas	Responsável
1	A informação das várias aplicações informáticas de registo de atividade pode não ser fiável (falha nos registos).	Alto	Médio	Alto	Definição de procedimento para controlo de registos da atividade.	SPCG SGF SGP SGA
					Realização de rotinas de validação/correção da informação	SPCG SGF SGP SGA
					Realização de teste de consistência/conformidade dos dados.	SPCG
2	A informação produzida no SIG pode não ser fiável.	Alto	Médio	Alto	Validar a informação retirada do SIG com a informação dos sistemas de informação base.	SPCG

No exercício de auto-avaliação realizado no âmbito da presente ação, o SPCG considera que, relativamente aos fatores de risco n.º 1 e n.º 2, foi garantida a manutenção das rotinas e as auditorias aos registos já implementadas no ano passado, o que permite uma melhoria dos registos. Refere ainda que, o processo de consolidação das rotinas associadas à implementação do sistema de BI tem permitido novas validações à informação disponível. O SPCG manteve a classificação do fator potencial com grau de risco Alto.

Da análise ao exercício de auto-avaliação realizado no âmbito da presente ação, conclui-se que as medidas preventivas associadas ao fator classificado com grau de risco Alto encontram-se parcialmente implementadas, sendo de realçar que, comparativamente com a monitorização intercalar de 2022, verifica-se uma consolidação dos resultados obtidos, nomeadamente quanto às rotinas e validações adotadas no âmbito da implementação do BI.

Assim, a análise das auto-avaliações realizadas pelos responsáveis das matrizes de gestão de risco evidenciam que não existem medidas preventivas cujo processo de implementação não esteja em curso, no entanto não existem ainda medidas totalmente implementadas, embora se verifique uma evolução positiva no grau de implementação dessas medidas.

Mtrizes de Gestão de Risco	Nº fatores potenciais de risco c/ GR "Alto"	Nº Medidas preventivas	Avaliação da implementação das medidas preventivas					
			Não Implementada		Parcialmente Implementada		Implementada	
			Nº	%	Nº	%	Nº	%
Gestão de Existências	2	3	0	0%	3	100%	0	0%
Gestão de Recursos Humanos	1	1	0	0%	1	100%	0	0%
Planeamento e Controlo de Gestão	2	4	0	0%	4	100%	0	0%

6. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Tal como referido no PPRG, o HB desenvolveu e implementou instrumentos de gestão que auxiliam a detetar, avaliar e mitigar o risco de gestão, corrupção, infrações conexas e conflitos de interesses, nomeadamente:

- ✓ O Regulamento Interno;
- ✓ O Código de Conduta e Ética;
- ✓ A existência de um Serviço de Auditoria Interna;
- ✓ A acreditação pela CHKS – Caspe Healthcare Knowledge Systems;
- ✓ A certificação pela norma ISO 9001:2013 dos Serviços de Anatomia Patológica, Esterilização, Farmácia, Imagiologia, Imunohemoterapia, Patologia Clínica e Limpeza pela CHKS – Caspe Healthcare Knowledge Systems;
- ✓ Certificação Ambiental (ISO 14001) e da Segurança e Saúde no Trabalho (ISO 45001) pela entidade acreditadora APCER - Associação Portuguesa de Certificação;
- ✓ Regulamentos dos serviços, políticas, manuais de procedimentos, instruções de trabalho e procedimentos internos;
- ✓ O Plano de Prevenção de Riscos de Gestão;
- ✓ Regulamento do Sistema de Comunicação de Irregularidades e Denúncia de Infrações.

O efeito conjugado do funcionamento dos instrumentos de gestão acima referidos contribui para a diminuição da ocorrência de riscos de gestão, corrupção, infrações conexas e conflitos de interesses.

O HB dispõe de um modelo de gestão de risco cuja adaptação à realidade EPE está em curso e que exige, por força da sua singularidade organizacional enquanto EPE, um envolvimento de Auditoria Interna mais abrangente que o recomendado.

Dos resultados apresentados conclui-se que os responsáveis das matrizes de gestão de risco desenvolveram ações com vista a implementar as medidas preventivas que visam minimizar os efeitos dos fatores potenciais de risco classificados com grau de risco Alto, no entanto, ainda não foi possível concluir a sua total implementação.

Assim, e face ao referido, apresentam-se as seguintes recomendações:

- Continuar a desenvolver as ações necessárias à conclusão da implementação das medidas preventivas que visam minimizar os efeitos dos fatores potenciais de risco classificados com grau de risco Alto:

Gestão de Existências:

- a. definir o procedimento para controlar periodicamente os dados mestre de existências.
- b. garantir a salvaguarda dos artigos armazenados do corredor do piso -1 B.

Gestão de Recursos Humanos:

- a. continuar a desenvolver as ações necessárias ao processo de avaliação de desempenho já em curso.

Planeamento e Controlo de Gestão:

- a. concluir a implementação do sistema de BI que irá contribuir para a conclusão das medidas preventivas definidas.
- b. manter as rotinas e validações entretanto implementadas.

7. REPORTE

Nos termos do previsto nos estatutos dos hospitais EPE, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 52/2022 de 4 de agosto, no Regime Geral de Prevenção da Corrupção, estabelecido pelo Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro, bem como no PPRG do HB, o presente relatório de execução será comunicado aos órgãos de superintendência, tutela e controlo e ao MENAC e divulgado, através da sua publicitação na intranet e na página oficial do HB, no prazo de 10 dias após a sua aprovação pelo Conselho de Administração.

Braga, 30 de outubro de 2023

A Auditora Interna

Ana Couto