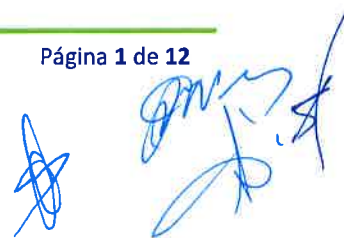


**Relatório Anual de Execução do
Plano de Gestão de Riscos
(incluindo os riscos de corrupção e
infrações conexas)**

Ano: 2015 e 2016

ÍNDICE

I.	SUMÁRIO EXECUTIVO	3
II.	ENQUADRAMENTO	4
	A) Objetivos e Âmbito	4
	B) Limitações e Condicionantes	4
	C) Metodologia	5
III.	ANÁLISE DA EXECUÇÃO DO PGRIC	7
	A. Execução Global do PGRIC	7
	B. Execução do PGRIC por Processo	10
IV.	ATUALIZAÇÃO DO PLANO DE GESTÃO DE RISCO	12



Siglas e Abreviaturas Utilizadas:

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde, IP;

AI – Auditoria Interna;

CA – Conselho de Administração;

CHTS – Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE;

COSO - Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission;

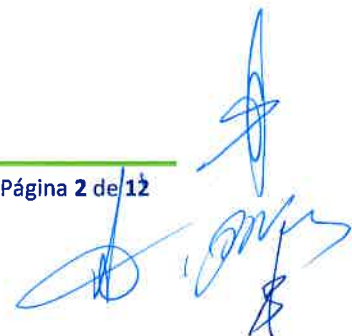
EPE – Entidades Públicas Empresariais;

MGR – Matriz de Gestão de Risco;

Plano – Plano de Gestão de Risco (incluindo os riscos de corrupção e infrações conexas);

SAI – Serviço de Auditoria Interna;

SCI – Sistema de Controlo Interno.



I. SUMÁRIO EXECUTIVO

Objetivos e Âmbito:

O presente documento, “Relatório Anual de Execução do Plano de Gestão de Riscos (incluindo os riscos de corrupção e infrações conexas) – 2015 e 2016” (doravante designado por Plano), é apresentado pelo Conselho de Administração (CA) do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, E.P.E. (CHTS), em cumprimento da obrigação estabelecida na Recomendação n.º 1/2009, de 1 de Julho, emitida pelo Conselho de Prevenção da Corrupção. Dando cumprimento à recomendação referida, o presente Relatório é remetido ao Conselho de Prevenção da Corrupção, ao Ministério das Finanças, ao Ministério da Saúde, à Inspeção Geral das Atividades em Saúde e à Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS).

De acordo com o previsto no Plano do CHTS, o relatório anual da sua execução é elaborado pelo Serviço de Auditoria Interna (SAI).

Esta ação tem como principal objetivo efetuar a avaliação da eficácia do processo de gestão de risco, traduzido no grau de execução das medidas preventivas definidas nas Matrizes de Gestão de Risco (MGR) que fazem parte integrante do Plano.

Opinião Geral:

Da análise das auto-avaliações elaboradas pelos responsáveis da MGR dos processos constantes do Plano é possível constatar que, em termos gerais, durante os anos de 2015 e 2016, não se verificam melhorias significativas face ao alcançado em anos anteriores.

De facto, os serviços consideram que as medidas adotadas em anos anteriores se mantêm operacionais mas, relativamente às medidas por adotar ou parcialmente adotadas não foram identificadas alterações.

Face ao exposto e também aos resultados obtidos nos relatórios de execução dos anos anteriores é de concluir que o CHTS dispõe de um modelo de gestão de risco que, apesar de bem estruturado, necessita de uma revisão que permita alavancar a sua operacionalidade e melhorar o nível de eficácia da gestão de risco.



II. ENQUADRAMENTO

A) Objetivos e Âmbito

O presente documento, é apresentado pelo CA do CHTS, em cumprimento da obrigação estabelecida na Recomendação n.º 1/2009, de 1 de Julho, emitida pelo Conselho de Prevenção da Corrupção. Dando cumprimento à recomendação referida, o presente Relatório é remetido ao Conselho de Prevenção da Corrupção, ao Ministério das Finanças, ao Ministério da Saúde, à Inspeção Geral das Atividades em Saúde e à Administração Central do Sistema de Saúde.

De acordo com o previsto no Plano do CHTS, revisto e aprovado em CA a 14.05.2013, o SAI elabora o relatório anual da sua execução.

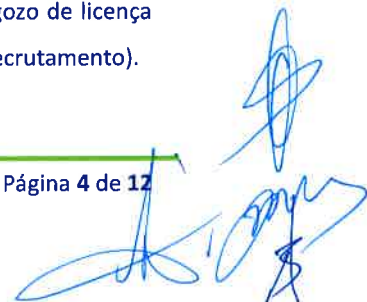
Esta ação tem como principal objetivo avaliar a eficácia do processo de gestão de risco, traduzido no grau de execução das medidas preventivas definidas nas MGR que compõe o Plano, sendo estas:

- Gestão de Conflitos de Interesses;
- Gestão de Compras;
- Gestão de Instalações e Equipamentos;
- Gestão de Imobilizado;
- Gestão de Recursos Humanos;
- Gestão de Faturação e Cobranças;
- Gestão de Existências – Serviço de Aprovisionamento e Serviço de Farmácia;
- Gestão de Transportes Não Urgentes de Doentes – TNUD.

B) Limitações e Condicionantes

O funcionamento do SAI nos anos de 2015 e 2016 foi altamente condicionado por dois acontecimentos:

- Tal como já reportado no último relatório de execução, o SAI ficou sem direção, em Fevereiro de 2015, após nomeação, da diretora aquela data, para exercício de funções como vogal executivo noutra hospital. Nessa data, a Técnica de Auditoria Interna do SAI assegurou, até à conclusão do recrutamento do diretor, o normal funcionamento do Serviço, garantindo o cumprimento dos prazos legais e dando continuidade, dentro das limitações inerentes, aos trabalhos em curso e ao Plano Anual de Auditoria para 2015.
- O processo de recrutamento de diretor do SAI iniciou em 29 de Maio de 2015 e a Auditora Interna assumiu funções a 4 de Julho de 2016 (durante este tempo ocorreu o gozo de licença de parentalidade da candidata classificada em primeiro lugar no concurso para recrutamento).



Quer isto dizer que o SAI esteve sem direção de Serviço desde Fevereiro de 2015 até Julho de 2016 e efetivamente inoperacional de Fevereiro de 2016 até Julho de 2016.

Estes factos condicionaram a metodologia adotada na elaboração do presente documento nos seguintes aspetos:

- Horizonte temporal do documento: aquando do início dos trabalhos, foi solicitado aos Serviços responsáveis pelas MGR que preparassem a auto-avaliação com efeitos a 31 de Dezembro de 2015. No entanto, à medida que foram obtidas respostas e durante as reuniões realizadas foi apercebido que os Serviços tinham dificuldade em reportar-se a Dezembro de 2015 quando já se encontravam em final de 2016.

Para suprir esta dificuldade as auto-avaliações foram elaboradas tendo em consideração 2015 e 2016.

- Dificuldade em efetuar a monitorização das MGR: dado o atual quadro de recursos humanos afetos ao SAI, bem como o volume de trabalho, não foi possível efetuar a monitorização das MGR. Assim, as conclusões aqui apresentadas baseiam-se exclusivamente nas auto-avaliações elaboradas pelos Serviços e em reuniões individuais realizadas com cada um deles.

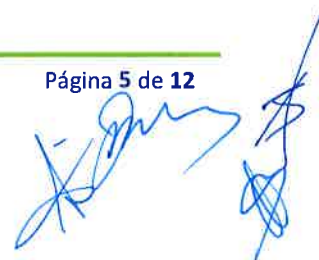
Importa ainda referir que, apesar da importância que a Gestão do Risco assume para o CA do CHTS, ainda não foi possível formalizar, nos moldes previstos no Plano, o funcionamento da Comissão de Gestão de Riscos (incluindo os riscos de corrupção e infrações conexas).

C) Metodologia

A metodologia utilizada na elaboração e na gestão do Plano é o Modelo de Gestão de Risco de COSO (Enterprise Risk Management do Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission). Esta metodologia é recomendada pela ACSS, através do manual disponibilizado: “Metodologia de gestão do risco”.

A avaliação da execução do Plano integra-se na fase de monitorização da metodologia de gestão de risco e compreende as seguintes atividades:

- Acompanhamento do Plano:
 - ❖ verificação das medidas implementadas;
 - ❖ identificação dos motivos de eventuais atrasos face ao previsto;



- ❖ verificação do efeito obtido com as medidas implementadas, nomeadamente a alteração provocada na probabilidade de ocorrência e no impacto esperado do fator de risco;
 - ❖ reavaliação do risco (quando aplicável) à data do acompanhamento;
 - ❖ recomendação de medidas corretivas, quando adequado.
- Atualização do Plano:
 - ❖ identificação e classificação de novos fatores de risco surgidos;
 - ❖ definição de medidas a adotar para prevenir e minimizar esses novos riscos.

Dadas as limitações e condicionantes acima mencionadas, o trabalho realizado, na presente ação, compreendeu as seguintes fases:

- Auto-avaliação da implementação das medidas preventivas e reavaliação do risco, efetuada pelos responsáveis de cada uma das MGR;
- Reuniões do SAI com os referidos responsáveis, para análise e validação das auto-avaliações recebidas;
- Emissão do Relatório Anual de Execução do Plano, a submeter à aprovação do CA.

A informação constante das MGR's de auto-avaliação e as informações obtidas nas reuniões com os serviços beneficia da presunção de verdade, sendo a conclusão do presente trabalho baseada no conteúdo das mesmas.



III. ANÁLISE DA EXECUÇÃO DO PLANO

A. Execução Global do Plano

O CHTS, ao longo dos últimos anos desenvolveu um conjunto de instrumentos de gestão com vista a melhorar a sua capacidade para atingir os objetivos definidos e a assegurar uma efetiva gestão de risco. Estes instrumentos são, entre outros, os Planos Estratégicos, os Contrato Programa, o Código de Ética e de Conduta, as várias Normas Internas, bem como a implementação do Sistema de Controlo Interno (SCI).

É pertinente e óbvio aqui destacar a implementação do SCI.

O SCI do CHTS, EPE é constituído por três componentes: Gestão de Risco, Auditoria e Controlo. O efeito conjugado do seu funcionamento evita a prática de atos de incumprimento e contribui para a diminuição da ocorrência de riscos, em geral, e para a minimização da prática de corrupção e infrações conexas, em particular.

A continuidade do desenvolvimento do SCI é efetuada numa perspetiva de evolução contínua, visando consolidar o valor das melhorias obtidas e assegurar uma efetiva gestão do risco.

A evolução verificada nos últimos anos, em termos de melhorias obtidas relativamente às melhores práticas a adotar e a procedimentos de controlo adequados evidencia que o SCI do CHTS existe, funciona e permite aperfeiçoar os processos de gestão de risco, controlo e governação.

Pese embora a evolução registada é necessário continuar a promover as ações desenvolvidas por cada uma das componentes do SCI do CHTS de forma a assegurar que este evolui de forma consistente e estruturada, permitindo, cada vez mais e melhor, responder às necessidades decorrentes da natureza, dimensão e complexidade da instituição.

Apresenta-se agora uma breve análise da atividade desenvolvida, por cada um dos componentes do **Modelo de Controlo Interno**, em 2015 e 2016:

- **Serviço de Auditoria Interna:** o objetivo da Auditoria Interna (AI) é assessorar o CA, através de uma atividade independente destinada a acrescentar valor à organização e a melhorar a eficácia dos processos de gestão de risco, controlo e governação.

Como já explicado nas limitações e condicionantes, o SAI, durante o ano de 2015 e 2016 viu a sua atividade condicionada. No entanto esta situação foi ultrapassada aquando o início de funções da Auditoria Interna a 4 de Julho de 2016. A função é exercida de acordo com o enquadramento legal aplicável e com a “Carta de Auditoria Interna”, que a regula a função internamente (atualmente está em curso uma revisão da “Carta de Auditoria Interna”). A Auditoria Interna apresentou a “Declaração de Independência”, elaborada com base na norma internacional para a prática de AI “1130- Impedimentos à Independência e Objetividade”.

Cumprindo o estipulado nos Estatutos dos Hospitais EPE, são elaborados anualmente o Plano de AI e o Relatório de Atividade de AI, que inclui uma análise da execução do plano anual e os principais resultados das ações de auditoria realizadas, nomeadamente as recomendações efetuadas.

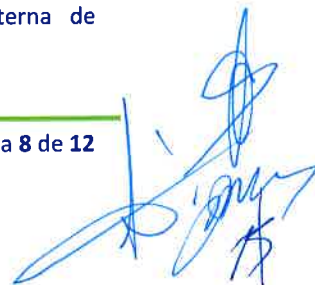
- **Manuais de Procedimentos Administrativos e Contabilísticos:** O projeto de customização dos Manuais de Procedimentos Administrativos e Contabilísticos, disponibilizados pela ACSS, é desenvolvido com base na metodologia proposta pela mesma entidade. Neste âmbito, está previsto a colaboração de AI nos “Grupos de Decisão” que efetuam a apreciação e validação dos procedimentos de controlo. Os manuais traduzem os procedimentos adotados pelo CHTS e estão sujeitos a revisão sempre que sejam identificadas melhorias a implementar. Atualmente está em curso a elaboração de vários manuais alguns dos quais estão em fase de análise e validação para posterior aprovação em CA. No Plano Anual de AI para 2017 está previsto a participação nos “Grupos de Decisão” dos seguintes manuais: Gestão de Compras (Revisão) e Gestão de Faturação e Cobranças (1ª versão).
- **Modelo de Gestão de Risco:** aquando do início da implementação do modelo de gestão de risco, optou-se por uma aplicação simplificada do modelo de COSO, cuja implementação em toda a sua abrangência se previa que fosse efetivada no âmbito do acompanhamento do Plano, de forma contínua e progressiva.

O Plano inclui as MGR elaboradas no âmbito de ações de auditoria interna bem como as MGR elaboradas especificamente para os processos considerados de maior sensibilidade ao risco. Estas matrizes incluem a resposta ao risco traduzida na definição de medidas preventivas que visam atuar sobre a origem do risco, evitando e/ou minimizando os efeitos dos potenciais fatores de risco.

Com o objetivo fundamental de assegurar uma efetiva gestão do Plano, foi criada a “Comissão de Gestão de Riscos (incluindo os riscos de corrupção e infrações conexas)”, cujo funcionamento visava evitar as eventuais falhas na comunicação do risco e na articulação entre os vários Serviços do CHTS envolvidos na execução do Plano. Apesar dos termos do funcionamento desta comissão se encontrarem definidos em regulamento próprio, esta comissão nunca reuniu.

No período em análise, o SAI assegurou as obrigações legais relacionadas com esta temática:

- ❖ Elaboração do Relatório de Avaliação do Sistema de Comunicação Interna de Irregularidades - 2014;
- ❖ Elaboração do Relatório de Avaliação do Sistema de Comunicação Interna de Irregularidades - 2015;



- ❖ Elaboração do Relatório Anual de Execução do Plano – 2014;
- ❖ Elaboração do Relatório Anual de Execução do Plano – 2015 e 2016 (todo o trabalho foi realizado em 2016, ficando apenas a finalização do relatório para o início de 2017).

Tal como já verificado em anos anteriores, a recomendação relativa à emissão dos relatórios trimestrais de acompanhamento do Plano, a efetuar pelos responsáveis de cada uma das MGR's que o integram, ainda não foi implementada.

B. Execução do Plano, por Processo

Visando garantir uma resposta efetiva ao risco, foram empreendidas as seguintes ações:

- nas matrizes elaboradas e para cada uma das medidas preventivas definidas, foram identificados os respetivos responsáveis pela sua implementação e prazos previstos;
- os responsáveis de cada matriz elaboraram e submeteram à aprovação do CA, propostas operacionais concretas para assegurar a implementação das medidas preventivas prioritárias;
- as prioridades de implementação foram determinadas pelo nível de sensibilidade ao risco de cada fator identificado.

O quadro seguinte apresenta, de forma esquemática, a distribuição dos eventos de risco, classificados por quadrante de prioridade, em termos da necessidade de minimização dos seus efeitos.

Alta	<p>"AB"- alta probabilidade de ocorrência e baixo impacto esperado;</p> <p>"AM"- alta probabilidade de ocorrência e médio impacto esperado;</p> <p>"MM"- média probabilidade de ocorrência e médio impacto esperado.</p>	<p>"AA"- alta probabilidade de ocorrência e alto impacto esperado.</p>	
	<p>"BB" - baixa probabilidade de ocorrência e baixo impacto esperado;</p> <p>"BM" - baixa probabilidade de ocorrência e médio impacto esperado;</p> <p>"MB" - média probabilidade de ocorrência e baixo impacto esperado.</p>	<p>"BA" - baixa probabilidade de ocorrência e alto impacto esperado;</p> <p>"MA"- média probabilidade de ocorrência e alto impacto esperado.</p>	
Probabilidade de Ocorrência	Baixa/o	Impacto Esperado	Alto

Consideram-se prioritárias as ações a desenvolver que visam minimizar os efeitos dos eventos que apresentam uma alta sensibilidade ao risco (quadrante vermelho). Num segundo nível de prioridade devem ser consideradas as ações a desenvolver que visam minimizar os efeitos dos eventos que apresentam uma média sensibilidade ao risco (quadrantes laranja e amarelo).

Com base a informação constante das MGR's de auto-avaliação e nas informações obtidas nas reuniões com os serviços responsáveis conclui-se que, em cada um dos processos, existem muitas medidas preventivas já implementadas mas ainda existe uma parte que falta implementar.

De facto, no período analisado, em cada um dos diferentes processos e relativamente aos resultados obtidos em 2014, não ocorreram alterações significativas. O grau de implementação das medidas preventivas mantém-se dado que, desde a última avaliação, não foram implementadas novas medidas.



Importa aqui referir que, quanto aos resultados anteriormente obtidos, verifica-se uma consolidação dos mesmos dado que as medidas preventivas mantêm-se implementadas. Sendo assim, é necessário continuar a implementar medidas que visam o cumprimento das recomendações que ainda não se encontram implementadas e assegurar a contínua consolidação das melhorias já obtidas, garantindo a eficácia do controlo interno existente.



IV. ATUALIZAÇÃO DO PLANO DE GESTÃO DE RISCO

O Plano é um instrumento de gestão dinâmico, como tal deve ser periodicamente atualizado na sequência da identificação de novos fatores potenciais de risco e/ou novas áreas de risco.

Face ao exposto no presente documento e com o objetivo de alavancar a operacionalidade do modelo de gestão de risco do CHTS e assegurar uma progressiva e contínua evolução do nível de eficácia desse mesmo modelo, apresentam-se as seguintes recomendações:

- Realizar reuniões com os Serviços responsáveis pelas diversas matrizes para apresentação de ponto de situação das medidas preventivas constantes das MGR e definição de prioridades para 2017;
- Promover a articulação entre os diferentes Serviços do CHTS envolvidos na implementação conjunta das medidas preventivas que constam das diversas MGR's;
- Rever a constituição/funcionamento da Comissão de Gestão de Riscos (incluindo os riscos de corrupção e infrações conexas) – CGRCIC de forma a garantir a sua efetiva operacionalidade;
- Rever o Plano (ação já incluída no Plano Anual de AI para 2017)

Penafiel, 17 de Janeiro de 2017,

O Conselho de Administração do CHTS, EPE,

Presidente: Dr. Carlos Alberto Couto da Silva.

Vogais Executivos:

Dr. André da Fonseca e Silva.

Dr. António Alberto Coelho Marçôa.

Dr^ª. Maria Teresa Afonso Lacerda Cabral (Diretora Clínica).

Enf. José Ribeiro da Costa Nunes (Enfermeiro Diretor).

