



centro hospitalar
CHAlgarve

Faro • Portimão • Lagos

Relatório de Monitorização
do Plano de Prevenção de Riscos
de Corrupção e Infrações Conexas

Centro Hospitalar do Algarve

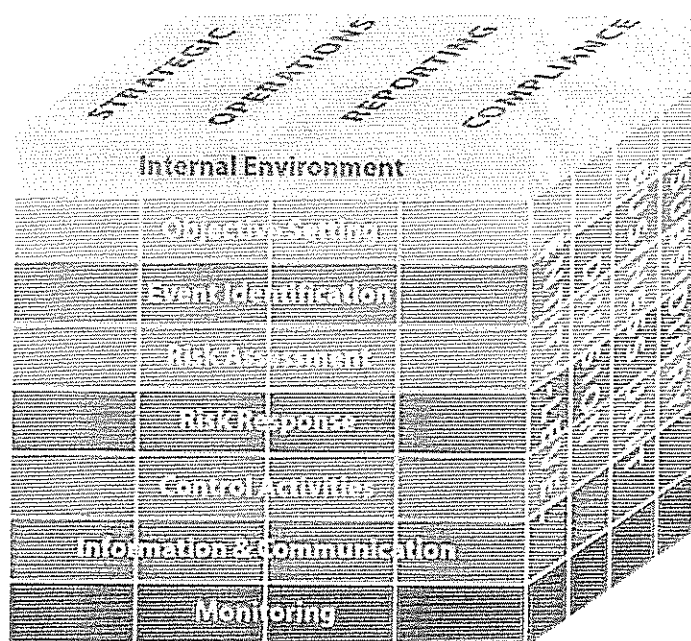
Março 2016

Índice

1	Introdução.....	5
2	Enquadramento.....	7
2.1	O Centro Hospitalar do Algarve.....	7
2.2	Missão, Visão e Valores.....	7
2.3	Organização interna e Instrumentos de Gestão.....	8
2.4	Gestão do Risco no Centro Hospitalar do Algarve.....	11
3	Riscos identificados.....	13
3.1	Riscos Financeiros e Patrimoniais.....	14
3.2	Riscos Documentais e de Informação.....	14
3.3	Riscos Operacionais e de Produção.....	15
3.4	Riscos Comportamentais.....	16
3.5	Riscos de Aprovisionamento e Logística.....	16
4	Medidas de Gestão de Risco.....	17
4.1	Estratégia de Prevenção de Riscos da Administração.....	17
4.2	Novas medidas de Gestão de Risco implementadas em 2015.....	18
5	Conclusão.....	21

1 Introdução

Este relatório *de monitorização* documenta o acompanhamento, pelo Auditor Interno, do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas do Centro Hospitalar do Algarve, de Fevereiro de 2015. O Auditor Interno, que tem conduzido os Exercícios de Risco na área do Risco de Gestão, procura aproximar-se de uma análise de tipo ERM (modelo «Enterprise Risk Management», da COSO¹). Esta metodologia prescreve uma análise integrada de todos os riscos organizacionais.



Na face superior do cubo acima, os *Riscos Operacionais* incluem os *Riscos Clínicos*, que não são tidos em conta neste relatório de monitorização nem no documento Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas. Esta é uma exceção metodológica de repercussão limitada, uma vez que os *Riscos Clínicos* raramente são tipificáveis como riscos de corrupção ou infrações conexas.

Riscos Clínicos à parte, a metodologia do auditor interno para análise de Risco é a abordagem *integrada* preconizada pelo modelo COSO-ERM. Esta abordagem identifica

¹ COSO é a Committee of Sponsoring Organizations da Treadway Commission; ver <http://www.coso.org/erm.htm>

todo o tipo de riscos empresariais², entre os quais os riscos *de corrupção e infrações conexas*.

O *Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas* é implementado pelos *proprietários dos processos*, Directores e Administradores dos Serviços e ultimamente pelo Conselho de Administração. A implementação desse *plano* gera *medidas* que são adicionadas às medidas anteriormente em vigor.

O Relatório anual de *Monitorização do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas* identifica:

1. no capítulo 3, os Riscos identificados na organização
2. no ponto 4.2, as *novas* medidas de Gestão do Risco implementadas em 2015

As medidas mencionadas no ponto 4.2 resultam da implementação da política de risco da Administração.

² Risco Corporativo.

2 Enquadramento

2.1 O Centro Hospitalar do Algarve

O Centro Hospitalar do Algarve E.P.E. foi criado a 01 de Julho de 2013 pelo decreto-Lei nº 69/2013 de 17 de Maio, com sede na Rua Leão Penedo, 8000-386 Faro. O seu e-mail é administracao@chalgarve.min-saude.pt.

O Centro Hospitalar do Algarve gere três hospitais e três Serviços de Urgência Básica (SUBs) num território de 5000 Km² com mais de 444 000 habitantes; dispunha de 3882 trabalhadores em funções (final de 2014³): 593 médicos, 1 385 enfermeiros, 116 Dirigentes e Técnicos Superiores. Registou custos totais de € 204 597 074,89 em 2015.

Unidade	Localização e morada	Telefone
Hospital de Lagos	Rua Castelo dos Governadores -8600-563 Lagos	282 770 100
Hospital de Portimão	Sítio do Poço Seco -8500-338 Portimão	282 450 300
Serviço de Urgência Básica (SUB) de Albufeira	Urbanização dos Calços 8200-200 Albufeira	289 598 400
(Sede) Hospital de Faro	Rua Leão Penedo -8000-386 Faro	289 891 100
Serviço de Urgência Básica (SUB) de Loulé	Av. Engenheiro Laginha Serafim 8100-748 Loulé	289 401 000
Serviço de Urgência Básica de Vila Real de Santo António	Av. Duarte Pacheco 8900-211 Vila Real de Santo António	281 530 270

2.2 Missão, Visão e Valores

2.2.1 Missão

«O Centro Hospitalar do Algarve caracteriza-se, no panorama nacional e internacional, como uma das unidades hospitalares de referência no Serviço Nacional de Saúde (SNS). Em termos de resposta assistencial assume a responsabilidade direta pela prestação de cuidados de saúde altamente diferenciados aos 16 concelhos do Algarve, garantia a segurança em saúde de todos os que habitam ou visitam a região.

Paralelamente a unidade de saúde algarvia desenvolve um importante trabalho na área da formação contínua dos profissionais de saúde, colaborando ainda através de vários protocolos com universidades e cursos nas áreas médicas, de enfermagem e das ciências da saúde»

³ Fonte: Balanço Social 2014.

2.2.2 Visão

«Consolidar-se como unidade de excelência no sistema de saúde, com competência, saber e experiência, dotada dos mais avançados recursos técnicos e terapêuticos, vocacionada para a garantia da equidade e universalidade do acesso e de assistência, com vista à elevada satisfação dos doentes e dos profissionais.»

2.2.3 Valores

Valores	
Trabalho em prol do Utente	Ter uma orientação clara para o doente, respondendo às suas necessidades, de acordo com os melhores práticas disponíveis.
Trabalho em Equipa	A responsabilidade global na prestação de cuidados ao doente é assegurada por um número crescente de profissionais das mais diversas áreas da saúde, que no seu conjunto garantem a prestação de cuidados globais e eficientes. Um trabalho de equipa eficaz produz um elevado desempenho dos profissionais e dá um maior controlo sobre as decisões de gestão favorecendo-se um clima organizacional mais positivo, dinâmico e inovador.
Aposta na Inovação	Ter um compromisso com a inovação, criando soluções flexíveis que permitam assegurar a prestação de melhores cuidados disponíveis.
Gestão Participativa	Ser uma organização onde os colaboradores encontrem espaço para a realização pessoal e profissional. Trata-se de valorizar o papel da gestão enquanto instrumento de realização da missão hospitalar, coerente com um elevado grau de satisfação dos doentes.
Orientação para os Resultados	Ter sempre presente a necessidade de criar valor económico e social, assumindo um comportamento socialmente responsável e coerente para todas as partes.

2.3 Organização interna e Instrumentos de Gestão

O órgão executivo máximo do Centro Hospitalar do Algarve, E.P.E, é o seu *Conselho de Administração*. O Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Algarve, E.P.E, foi nomeado a 19 de Julho de 2013 pela resolução do Conselho de Ministros nº17-A/2013. A informação pública é auditada pela SROC *António Andrade Gonçalves & Associados*. O centro hospitalar dispõe ainda de um *Serviço de Auditoria Interna* e de uma *Unidade da Qualidade e Gestão de Risco*, que reportam ao Conselho de Administração.

Centro Hospitalar do Algarve, EPE

Conselho de Administração (2015)	Presidente	Mestre	Pedro Manuel Mendes Henriques Nunes
	Vogal	Dr.ª	Patrícia Isabel Silvestre Ataíde
	Vogal	Dr.ª	Graça Maria Palma Pereira
	Directora Clínica	Dr.ª	Maria Gabriela Castillón Valadas Cartucho
	Enfermeiro Diretor	Enf.ª	José Fernando Vieira dos Santos
Conselho Consultivo	Presidente	Dr.	Sebastião Seruca Emídio Carlos Silva e Sousa Dr. Rogério Bacalhau Coelho Dr. Hugo Pereira Dr. Hugo Nunes Ana Fazenda Maria da Conceição Cabrita Dr. Nuno Ramos Pedro Valente Natalia Maria Norte Mendonça Dr. Luis Batalau Dr. Severino Carreira
	Fiscal Único	António Andrade Gonçalves & Associados, representada pelo Dr. António Andrade Gonçalves	SRDC n.º243, ROC n.º948
	Auditor Interno	Rui Miguel Ganhão Miranda Duarte	Membro do IPAI n.º 633 Membro do IIA n.º 1251628

No modelo de governação clínica adoptado, os órgãos executivos de decisão diagnóstica e terapêutica serviços clínicos liderados por um diretor médico, um enfermeiro ou técnico de diagnóstico e terapêutica segundo a sua característica e um administrador hospitalar ou técnico superior da área económica.

Os serviços clínicos do Centro Hospitalar organizam-se em departamentos:

- Departamento de Cirurgia
- Departamento de Medicina
- Departamento Materno-Infantil
- Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental
- Departamento de Emergência, Urgência e Cuidados Intensivos.

E ainda em Serviços Não Departamentalizados, que têm como característica predominante produzir serviços para Os Departamentos. Cada Departamento é liderado por um Diretor Médico, Enfermeiro Supervisor e um Administrador Hospitalar ou Técnico Superior da área económica. Subdivisões posteriores, incluindo subdivisões de carácter geográfico, são hierarquicamente inferiores a esta organização principal.

O Conselho de Administração dispõe das seguintes Comissões:

Comissão Técnica de Certificação de Interrupção da Gravidez
Comissão de Controlo de Infecção
Comissão de Farmácia e Terapêutica
Comissão de antimicrobianos
Comissão de Ética
Comissão de Qualidade e Segurança do Doente
Comissão de Avaliação de Ensaio Clínicos
Comissão de Acompanhamento Pedagógico
Comissão de Análise de Próteses

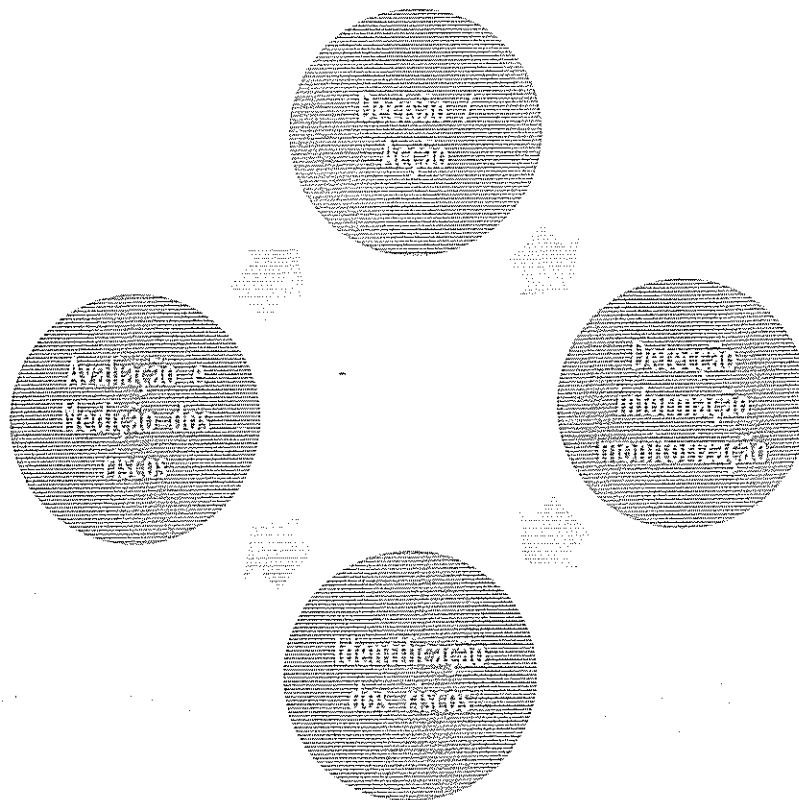
A gestão do Risco compete à *Unidade da Qualidade e Gestão de Risco*, nomeada a 23 de Junho de 2014, com a seguinte composição (duas pessoas a tempo inteiro):

Unidade de Qualidade e Gestão do Risco (2015)		
Dr. ^a	Maria Helena Gomes	Direcção da Unidade
Dr. ^a	Maria José Nunes Cardoso de Castro	
Dr. ^a	Maria da Conceição Viegas do Carmo Gonçalves	
Dr. ^a	Carinne Paule Moleiro	
Enf. ^a Chf	Ana Dora Parreira Eduardo Guerreiro da Veiga	
Dr. ^a	Dra. Cristina Maria Marques Duarte Músico	Gestora de Risco Clínico da Unidade de Faro
Enf. ^a Superv.	Amélia Maria Brito Gracias -	Gestora de Risco Clínico das Unidades de Portimão e Lagos
Eng. ^o	Luis Manuel Marques Pinto	Gestor de Risco Não Clínico
Dr. ^a	Célia Maria Fonseca dos Santos	
	Serviço Social/Gabinete do Utente, Unidade de Faro	
	Serviço Social/Gabinete do Utente, Unidade de Portimão	
Téc.	Selene de Rosário Pereira Nunes	
Asst. Téc.	Isabel Maria Figueiredo Brinca	
Diacono	Rogério Rosendo Egidio	
Dr.	Márcio Alexandre Bandeira Fernandes	

Esta Unidade exerce funções limitadas ao Risco Operacional, sobretudo Risco Clínico, sendo os Riscos de Gestão temporariamente trabalhados pelo Auditor Interno.

2.4 Gestão do Risco no Centro Hospitalar do Algarve

A Gestão do Risco é um processo cíclico que, no CHA, engloba indistintamente todos os riscos organizacionais, incluindo os Riscos de Corrupção e Infrações Conexas.



O processo assenta num Exercício Anual de Auto-avaliação e Gestão de Risco no qual Directores e Administradores Hospitalares reportam a sua percepção de cada risco, discriminando em três níveis (baixo, médio, elevado):

1. a sua *percepção* da Frequência ou Probabilidade do risco
2. a sua *percepção* do Impacto máximo possível ou Severidade do risco.

Com estes elementos, e mediante a Matriz de Risco abaixo, o Auditor Interno⁴ calcula um *rating* (de A a E) da *percepção* de cada Director e Administrador Hospitalar face a cada Risco. Esse cálculo resulta da matriz de risco abaixo.

Probabilidade / Frequência	Impacto / Severidade		
	Reduzido=1	Médio=2	Grave=3
1=Baixa	A	B	C
2=Média	B	C	D
3=Elevada	C	D	E

A classificação de A corresponde a um risco de *baixa* frequência e de impacto máximo *reduzido*; um rating de «E» corresponde à percepção de que o risco em questão tem elevada probabilidade e, caso de materialize, terá um impacto importante, podendo portanto conduzir a consequências graves. Esta escala de avaliação — de A a E — permite ordenar os riscos conhecidos.

Legenda de Avaliação do Risco:	
A	Risco muito baixo
B	Risco baixo
C	Risco moderado
D	Risco elevado
E	Risco muito elevado

Não existe, neste momento, no Centro Hospitalar do Algarve, capacidade suficiente para uma avaliação externa⁵ e medição de *todos* os riscos identificados. Por esse motivo, actual classificação resulta de uma auto-avaliação. É desejável desenvolver a capacidade para rever, anualmente, todos os 82 Riscos identificados; é uma pura questão de recursos.

A informação pública do Centro Hospitalar do Algarve E.P.E. é auditada pela Sociedade de Revisores Oficiais de Contas (SROC) *António Andrade Gonçalves & Associados*. O centro hospitalar conta ainda com um *Serviço de Auditoria Interna*.

⁴ Esta função será transferida para a Unidade da Qualidade e Gestão de Risco logo que esta manifeste disponibilidade e capacidade para conduzir o Exercício Anual de Risco e medir e quantificar os riscos.

⁵ Avaliação e medição do risco que não uma mera «auto-avaliação».

3 Riscos identificados

Os riscos podem ser agrupados em grupos em função de várias tipologias. Uma dessas tipologias é a natureza dos riscos. Outras tipologias poderiam ser:

1. em função dos proprietários dos processos (dos Serviços onde os Riscos estão organicamente localizados [no organigrama])
2. em função do seu rating (avaliação e classificação do Risco)
3. em função da natureza do risco, segundo uma tipologia: Risco de Fraude, Risco Clínico, Risco Estratégico. Existem várias dimensões e categorizações possíveis.

Sem prejuízo de outras tipologias, optou-se por agrupar os Riscos em função da sua *natureza*. Na tipologia adoptada, os Riscos *de Fraude* aparecem dispersos por várias categorias.

Notar que a auto-avaliação do Risco refere-se sempre à *percepção* do risco sentido pela organização, o que inclui risco de fraude e outros riscos. Por exemplo, a auto-avaliação do Risco «abatimento não controlado do bens» (risco auto-avaliado como C) inclui uma componente de risco *de fraude* e uma componente de *risco de erro* administrativo não intencional. O que é avaliado, em todos os casos, é a percepção de segurança dos Controlos Internos implementados. Tudo isto resulta da tipologia integrada («ERM») adoptada, em detrimento de uma análise centra unicamente no Risco de Fraude.

3.1 Riscos Financeiros e Patrimoniais

Riscos de Gestão Financeira e Patrimonial			
Descrição do risco	Medidas preventivas ou mitigadoras do Risco	Rating	Áreas envolvidas
Atrasos na facturação do Centro Hospitalar		C	Facturação
Equipamento não etiquetado	Inventário; folhas de carga	C	Imobilizado
Desconhecimento do paradeiro do equipamento	GAHF; documento de empréstimo (segue o doente); controlo do enf-chf;	C	Imobilizado
Abatimento não controlado de bens	Regulamento de abate; Inventário; comunicação ao património; autorização do CA para abate de bens;	C	Imobilizado
Não registo de recepção de bens	Segregação de funções; monitorização da execução dos compromissos; Plano de compras; conferência de facturas; controlo de imputações (URG).	A	Aprovisionamento/ Contabilidade
Não registo de recebimentos em dinheiro		A	Tesouraria
Não registo contab. de créditos a receber		A	Contabilidade
Sobrefacturação de fornecedores por não conferência dos bens e serviços recebidos	Conferência de facturas	A	Contabilidade / Aprovisionamento
Não cobrança de créditos a receber	Departamento de «Controlo de Crédito»	B	DF/Tesouraria
Pagamento de bens não recebidos ou serviços não realizados	Conferência de facturas	A	Aprovisionamento / Contab/Tesour
Medicamentos não imputados ao acto clínico		C	Contab
Assumpção de compromissos anterior à atribuição do número de compromisso	Aplicação informática (GHAF) não deixa imprimir notas de encomenda sem número de compromisso.	A	Aprovisionamento / Contabilidade
Apropriação ou perda de objectos propriedade de pacientes ou falecidos	Regulamento de Espólios	C	DF
Cálculo errado de salários a pagar	RHV	A	RH

3.2 Riscos Documentais e de Informação

Riscos Documentais e de Informação			
Descrição do risco	Medidas preventivas ou mitigadoras do Risco	Rating	Áreas envolvidas
Violação da confidencialidade da informação médica	Dever de sigilo de todos os funcionários; bom senso; Código de Ética; Informatização e armazenamento informático da informação; OS 52/2014 (Regulamento de Acesso à Informação);	C	todos utiliz serv informat
Extravio de documentos em arquivo		C	Arquivo
Utilização de Informação para fins privados	Dever de sigilo de todos os funcionários; bom senso; Código de ética; OS 52/2014 (Regul. Acesso Info.);	B	Serv Clínicos; serv inf
Alteração de dados por pessoas não autorizadas	Restrições de acesso a bases de dados	B	todos utiliz; serv informat
Fugas de informação de óbitos para funerárias	SICO; Segregação de Funções;	A	todos utiliz; funcionários
Acesso indevido a informação do hospital	Informatização; OS 52/2014 (Regulamento de Acesso à Informação); Restrições e controlo de perfis/acessos informáticos;	C	todos utiliz; serv informat
Registo incorrecto de código de exame (MCDT)		A	Imagiologia/Serviços requisitantes de MCDTs
Não identificação do médico no sistema de informação ALERT		B	RH e informática

3.3 Riscos Operacionais e de Produção

O Departamento Cirúrgico identificou, em 2015, o Risco de tratamento no Centro Hospitalar a cargo do Centro Hospitalar de intercorrências originadas em cirurgias realizadas no Hospital de Destino (HD) ao abrigo do SIGIC. Esse Risco foi codificado no *Registo de Riscos* do Centro Hospitalar do Algarve com o número 83. Permanecem os demais riscos.

Riscos Operacionais e de Produção			
Descrição do risco	Medidas preventivas ou mitigadoras do Risco	Rating	Áreas envolvidas
Intercorrência SIGIC: tratamento pelo Centro Hospitalar de complicações originadas em cirurgias realizadas no exterior (SIGIC)	Cruzamento de listagens; questionário de satisfação.	B	UHGIC
Registo incorrecto de GDH	Controlo dos médicos codificadores; Auditoria Clínica (GDH)	C	Serviços Clínicos
Registo de Produção sem execução do respectivo acto	Reclamações (<i>ex post</i>)	C	Serviços Clínicos
Registo de produção incompleto (actos não registados)	Informatização	C	Serviços Clínicos
Isenção indevida de taxas moderadoras		B	Produção
Baixa execução do plano de produção	Controlos departamentais; SICA; acomp ^o da execução;	B	Serv Clínicos
Favorecimento na Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia	Mapas de Controlo diversos, semanais, quinzenais e mensais;	D	Dept ^o cirúrgico / UHGIC
Prescrição preferencial de medicamentos de um determinado fornecedor	Código de Ética; Comissão de Farmácia e Terapêutica; Monitorização da Prescrição Médica;	D	Serviços Clínicos
Inscrição na LIC de doentes «sem indicação»	Validação de todas as propostas cirúrgicas pelos directores de Serviço.	D	Dept ^o cirúrgico / UHGIC
Desinformação de direitos às famílias de falecidos		D	Serviços Fúnebres
Registo de actos inválidos	Validações no serviço de pré-facturação	A	Serviços Clínicos
Prescrição de medicamentos mais caros do que o necessário	Comissão de Farmácia e Terapêutica; Monitorização da Prescrição Médica	A	Serviços Clínicos Departmentalizados
Prescrição de procedimentos médicos desnecessários ou prematuros	Comissão de Farmácia e Terapêutica; Monitorização da Prescrição Médica	A	Serviços Clínicos Departmentalizados
Realização no exterior de cirurgias possíveis no Centro Hospitalar	Questionário de avaliação	A	Dept ^o . Cirurgia / UHGIC
Realização de cirurgias adicionais em horário de trabalho normal ou horas extraordinárias pagas	ex ante: Registo biométrico (incompleto); autorização hierárquica; autorização dos RH; autorização do CA. ex post: Monitorização RH/Prod/Dept. cirurgia	A	Prod & Pré-fact// RH/ Dept. cirg
Impostura na recepção de cadáveres		A	Serviços Fúnebres
Realização no exterior de MCDTs possíveis no Centro Hospitalar	Todos os exames a realizar no exterior passam pela imagiologia e só saem com aprovação desse serviço	A	Serviços Clínicos
Doentes admitidos com informação insuficiente ou incorrecta	Equipas de admissão	A	Serviços Administrativos

De entre estes Riscos, não são discriminados os Riscos Clínicos, um processo consideravelmente mais desenvolvido no Centro Hospitalar.

3.4 Riscos Comportamentais

Riscos Comportamentais e de Recursos Humanos

Descrição do risco	Medidas preventivas ou mitigadoras do Risco	Rating	Áreas envolvidas
Contratação de perfil técnico inadequado à função	Juri de selecção; definição de perfil técnico (critérios de contratação)	B	RH
Contratação de perfil comportamental inadequado ao cargo	Juri de selecção	B	RH
Registo de horas não trabalhadas	SISQUAL	B	RH
Trabalho/participação/cargos de funcionários do CH em fornecedores ou clientes do CH	Obrigatoriedade de Declaração de Conflito de Interesses	C	RH
Conflitos de interesses em juris	Dever de declarar conflitos de interesses.	C	RH
Cultura de apropriação de equipamento		C	Informática / todos utiliz

3.5 Riscos de Aprovisionamento e Logística

Aprovisionamento e Logística

Descrição do risco	Medidas preventivas ou mitigadoras do Risco	Percepção da exposição corrente ao Risco	Áreas envolvidas
Tráfico de informação sobre intenções de aquisição	Publicação de informação de acordo com CCP.	A	Aprovisionamento
Contratualização desfavorável ao Centro Hospitalar (falha do protecção dos interesses do centro hospitalar)	Minutas dos contractos validadas pelo Serviço Jurídico e de Contencioso do CH; Minutas têm de ser aprovadas pelo CA;	A	Aprovisionamento
Suborno ou tráfico de influências no processo de aquisição	Segregação de funções; Controlos proibitivos em aplicação informática (GHAF); Autorização de cada despesa pelo CA; Juris de concurso; Procedimentos de contratação pública; Publicação de informação de acordo com CCP; Monitorização do CA; Controlo externo pelos Serviços Financeiros; procedimentos de cabimento, compromisso e facturação.	A	Aprovisionamento
Favorecimento de fornecedores	Publicação de informação de acordo com CCP; Juris de concurso; procedimentos de acordo com o CCP. Procedimentos elaborados na plataforma VORTAL.	A	Aprovisionamento
Insuficiente publicidade nos concursos	Aplicação do CCP	A	Aprovisionamento
Não cumprimento do Código de aquisições na função pública	Segregação de funções; muita gente envolvida no processo. Todos os procedimentos de aquisição alvo de análise jurídica e sujeitos a parecer jurídico. Minutas dos contratos revistas pelo gabinete jurídico.	A	Aprovisionamento
Inexistência ou indefinição de requisitos para aquisições	Pedidos de material por escrito; Requisição validada pelo Serviço requisitante; juris com elementos do serv requisitante.	A	Aprovisionamento
Existências não controladas nos Serviços	Armazéns avançados	A	Aprovisionamento
Apropriação ou perda de objectos ou valores durante o transporte	Folhas de registo aquando do levantamento e entrega de bens	A	Transportes
Uso abusivo de viaturas para uso próprio	Aplicação de gestão de frota	A	Transportes
Facturação (por fornecedores) de Transportes não realizados	Aplicação «GHAF - Transportes»	A	Transportes
Sobrefacturação (por fornecedores) de serviços de transporte	Aplicação «GHAF - Transportes»	A	Transportes
Empréstimos de bens de fornecedores ao CH	O CCP não prevê a possibilidade de empréstimos de fornecedores.	C	Aprovisionamento
Destino de desperdício/sobras alimentares		A	todos os serviços

4 Medidas de Gestão de Risco

4.1 Estratégia de Prevenção de Riscos da Administração

A estratégia central assumida pela Administração (2015) para prevenção dos *riscos de corrupção e infrações conexas* é a aplicação da legislação para o efeito.

Legislação como o *Código de Contratação Pública* ou o *Regime de Trabalho em Funções Públicas* determinam medidas de prevenção da corrupção e infrações conexas. Muitas das medidas identificadas no campo «*Medidas preventivas ou mitigadoras do Risco*» dos quadros do capítulo 3 têm origem em legislação e despachos da tutela.

O Centro Hospitalar do Algarve dispõe ainda de políticas transversais, com impacto na prevenção de *Riscos de Corrupção e Infrações Conexas*, e que sublinham a acção do Centro Hospitalar em matéria de prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas.

Instrumento / política	Função e relevância	Observações
Regulamento Interno do Centro Hospitalar do Algarve	Enquadra toda a actividade do Centro Hospitalar, definindo, entre outros, sua Missão, seus Valores, e direitos e deveres dos colaboradores.	Por homologar
Regulamentos internos dos Serviços	Enquadra a actividade de cada Serviço e documenta os seus princípios de funcionamento.	A aprovar após homologação do Regulamento Interno do Centro Hospitalar
Código de Ética do Centro Hospitalar do Algarve	Documenta a postura ética do Centro Hospitalar e deve condicionar a acção de todos os seus funcionários e colaboradores.	Ainda os códigos de ética do CHBA e Hospital de Faro.
Códigos de Ética profissionais	Enquadrar e condicionar o exercício de diversas actividades profissionais exercidas no Centro Hospitalar.	Médicos, enfermeiros, auditor interno e advogados.
Política de Informatização	A sistematização do armazenamento da informação do Centro Hospitalar em bases de dados «informatizadas» é uma política transversal que permite um maior controlo sobre a informação.	Esta política incorre riscos próprios, que também são geridos e constam no ponto 3.A.
Política de Desenvolvimento de Controlo Interno	O Controlo Interno é um dispositivo de (1) órgãos da organização (como a Auditoria Interna, a Gestão do Risco, o Compliance Officer, etc.) e (2) procedimentos de trabalho (como controlos pessoais, supervisão das chefias, manutenção de mapas, actividades de conferência e conciliação, etc...) destinado a garantir a eficácia e a eficiência das actividades da organização; uma política de «desenvolvimento» do controlo interno é intrinsecamente preventiva do Risco.	Uma política de desenvolvimento do Sistema de Controlo Interno é um trabalho moroso e miudinho mas é o cerne da mitigação de riscos. Várias camadas de <i>Controlo Interno</i> estão a ser desenvolvidas.
Política de autorização directa de procedimentos pelo Conselho de Administração	Afim de melhor controlar as despesas, procedimentos de (1) maior risco inerente e de (2) maior importância monetária carecem de autorização directa do Conselho de Administração ou algum dos seus membros.	
Política da Qualidade	A consistência dos níveis de qualidade beneficia a prevenção de riscos.	Despacho nº14223/2009 do Ministério da Saúde.
Manual Hospitalar	Define os procedimentos de trabalho do Centro Hospitalar.	Ainda os antigos Manuais Hospitalares do CHBA e do Hospital de Faro.

4.2 Novas medidas de Gestão de Risco implementadas em 2015

Durante 2015, o Centro Hospitalar do Algarve tomou algumas medidas que melhoram incrementalmente a paisagem de risco. Concretamente:

Medidas	Risco afectado	Impacto esperado (percepção)
Departamento Materno-infantil: Monitorização das propostas e do estado clínico dos utentes ; consulta de reavaliação após 6 meses de inscrição.	(3) Inscrição na LIC de doentes sem indicação	Eliminação (ou modificação) da LIC de doentes cuja situação clínica se tenha alterado.
Controlo trimestral por cruzamento de dados para identificar GDHs mal codificados ou GDHs não previstas na Portaria.	(16) Registo de GDH incorrecto	
Mapa mensal de Monitorização da taxa de execução (DMI), no Departamento Cirúrgico e Departamento Materno-Infantil.	(27) Baixa execução do plano de produção	Possibilita reacção da gestão em caso de anomalia.
Novo circuito administrativo de autorização de MCDTs no exterior	(50) Realização no Exterior de MCDTs possíveis no Centro Hospitalar	Mantém o rating (A); melhora o controlo.
Alargamento do controlo dos armazéns gerais em armazéns avançados	Existências não Controladas nos Serviços	Mantem o rating (A); alinhamento pelas melhores práticas dentro do Centro Hospitalar.
WebRNU para recém-nascidos (desde Julho 2015)	(74) Não utilização da opção de preenchimento automático dos dados do doente a partir da RNU	Redução de probabilidade.
Revisão e rectificação de todos os códigos SONHO	(75) Utilização de códigos SONHO que não correspondem à portaria/tabela de preços em vigor	
Departamento Materno-Infantil: Introdução de triadores de sub-especialidades na triagem do CTH/ALERT PI	(76) Sub-utilização de sistemas de informação pelos utilizadores	Melhoramento na utilização do sistema ALERT PI.
No Departamento Cirúrgico, monitorização de intercorrências (SIGIC) (cruzamento de listagens)	(1) Favorecimento da Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia (D) (83) Intercorrências SIGIC	Redução da avaliação (rating) do Risco B3 de D para B; melhoria na monitorização sem efeito quantitativo no rating to risco I.
No Departamento Cirúrgico, questionário de satisfação a doentes operados no exterior (SIGIC)	(83) Intercorrências SIGIC	Melhoria na monitorização sem efeito quantificável no rating to risco B3.
No Departamento Cirúrgico, monitorização administrativa prévia à emissão de cheque-cirurgia	(32) Realização no exterior de cirurgias possíveis no Centro Hospitalar (A)	Melhoria na monitorização sem efeito quantificável no rating to risco B2.

Os processos de recolha e inserção de informação pelo Serviço de Radiologia foram profundamente reestruturados, com impacto positivo em vários Riscos identificados no Registo de Riscos e sobretudo, melhorias muito significativas na qualidade e *fiabilidade da informação* operacional e na conferência de facturas de fornecedores (de MCDTs).

Um novo circuito administrativo de autorização da realização de Meios Complementares de Diagnóstico de natureza radiológica (radiografias) no exterior permite uma monitorização mais precisa e uma melhor mitigação do Risco 50: Realização no Exterior de MCDTs possíveis no Centro Hospitalar. Este Risco mantém a sua auto-avaliação (A).

Para monitorizar as existências e simultaneamente manter um «stock de proximidade», o centro hospitalar do Algarve dispõe de «armazéns avançados», que são armazéns situados nos locais dos Serviços médicos (no Serviço de Urgência, no Serviço de Medicina Interna, no Serviço de Ortopedia, et cetera) e que garantem (1) a disponibilidade imediata dos consumíveis mais regulares e (2) um controlo sobre as existências⁶. Alguns armazéns avançados (A) não registavam todos os artigos armazenados em sistema de informação (GHAF) ou (B) não realizavam inventário há vários anos. Em alguns Serviços, não existia sequer armazém avançado. Em Serviços sem armazéns avançados (no GHAF), os bens eram dados como «consumidos» aquando do seu envio para o Serviço (médico), ainda que os bens ficassem armazenados no Serviço até ao seu real consumo. Em 2015, foram criados novos Armazéns Avançados em Serviços para gerir mais eficazmente as existências do Centro Hospitalar. Esta expansão não abrange ainda todos os recantos do Centro Hospitalar; prossegue. Em 2015 foram inventariados mais armazéns avançados, estendendo o controlo interno e garantindo uma avaliação mais precisa das existências.

O Departamento Cirúrgico passou a realizar, em 2015:

1. questionários de satisfação a todos os utentes beneficiários de cheques-cirurgia
2. um controlo interno (ao nível da direção do departamento) por cruzamento de listagens de (1) de utentes operados em Hospitais de Destino (HD) e (2) Episódios de Urgência e (3) Episódios de Internamento no Centro Hospitalar

⁶ A alternativa, conhecida como «entrada por saída», consistia em dar um bem como «consumido» (no GHAF) aquando do seu envio dos Armazéns Gerais para os Serviços. Este procedimento é incorrecto porque regista o consumo (no GHAF) antes do seu consumo real.

O Controlo por cruzamento de listagens de doentes operados ao abrigo do SIGIC com episódios de urgência permite identificar casos de complicações extremas decorrentes de cirurgias realizadas ao abrigo do SIGIC e que resultam na vinda do utente às urgências do Centro Hospitalar. Os questionários de satisfação permitem detectar intercorrências menos severas, mas que podem causar descontentamento e sequelas físicas, por vezes irreversíveis, aos utentes.

O Departamento Cirúrgico implementou em 2015 um controlo adicional no circuito de aprovação de Cirurgias Programadas Adicionais. Este controlo visa garantir a restrição da realização de *Cirurgias Programadas Adicionais* a casos de *eminente* emissão de cheque-cirurgia. A emissão de cheques-cirurgia representa um custo para o Centro Hospitalar que se estima superior⁷ ao custo da realização da Cirurgia Programada Adicional. No entanto, é também política do Centro Hospitalar, por uma questão de controlo de custos, restringir a realização de Cirurgias Programadas Adicionais a casos de *eminente* emissão de cheque-cirurgia. Estabeleceu-se então o seguinte circuito:

1. emissão quinzenal de lista de episódios LIC⁸ por prioridade e antiguidade
2. os Directores de Serviço (médicos) seleccionam utentes para os planos operatórios com base nessa lista, e determinam quem é operado em «produção adicional» e, por exclusão, quem é operado em «Produção Base»
3. A UHGIC informa o Serviço (médico) data de transferência (emissão de cheque cirurgia) expectável em função da antiguidade e prioridade de cada caso.
4. Todas as cirurgias a realizar em Produção Programada Adicional são previamente aprovadas pelo Conselho de Administração

Anteriormente, a lista de cirurgias a realizar como Cirurgias Programadas Adicionais não era alvo monitorização administrativa posterior à selecção médica de utentes a operar. Este controlo procura diminuir a probabilidade de emissão de cheques-cirurgia

⁷ O Centro Hospitalar não dispõe de um sistema de custeio nem de Contabilidade Análítica que permitam medir, com precisão, os custos das cirurgias. No entanto, mesmo uma análise superficial permite concluir que os custos (para todo o SNS e para o CHA) da cirurgia adicional são inferiores, por larga vantagem, à realização de cirurgias no sector privado algarvio. Os parágrafos seguintes identificarão outras desvantagens da realização de cirurgias no exterior.

⁸ Na realidade, duas listagens, uma da Lista de Inscritos Para Cirurgia (LIC) e outra da LIC de doentes oncológicos. Esta diferenciação tem origem nos diferentes tempos de resposta necessários em oncologia.

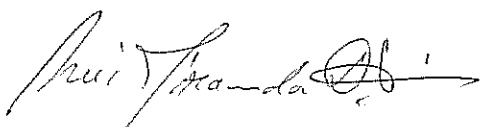
— e as decorrentes perdas de receita para o Centro Hospitalar e para o SNS — e mitigar eventuais favorecimentos na selecção de utentes a operar.

Em 2015 foram detectados cerca de 40 casos de doentes que tiveram de ser tratados no Centro Hospitalar na sequência de complicações decorrentes de cirurgias em Hospitais de Destino (HD) ao abrigo do SIGIC. Esses custos foram facturados pelo Centro Hospitalar ao HD, ao abrigo do artigo 126 da portaria nº 45/2008 do Ministério da Saúde (vulgo Regulamento do SIGIC). Há resistência dos Hospitais de Destino a essa cobrança.

5 Conclusão

O ano de 2015 foi um ano de modestos incrementos em medidas de Gestão do Risco, sem avanços de nível estratégico. As melhorias reportadas situam-se a um nível adequado (Direções de Serviços, Administração Hospitalar). A escala das melhorias face ao estágio de desenvolvimento (1) do Controlo de Gestão, (2) da Gestão do Risco e (3) do Sistema de Controlo Interno é insuficiente. Face às fragilidades actuais, é imperativo acelerar o ritmo de implementação de medidas de (1) Gestão do Risco e (2) Controlo de Gestão.

Portimão, 21 de Março de 2016



Rui Duarte
Auditor Interno
Centro Hospitalar do Algarve

