

## **CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, EPE**

**Hospital de São Bernardo**

**Hospital Ortopédico Santiago do Outão**

**CA  
Aprovado**



---

# **Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas**

## **Relatório de Execução**

---

**2022**

# Relatório de Execução

## Índice

Siglas, rubricas e abreviaturas.....	3
1. Introdução.....	4
2. Caracterização da entidade.....	7
3. Estrutura organizacional.....	9
4. Gestão de conflitos de interesses.....	11
5. Sistema de Controlo Interno.....	13
6. Principais vertentes de intervenção.....	17
6.1. Área Financeira.....	18
6.2. Área de Aprovisionamento e Logística.....	20
6.3. Área de Instalações e Equipamentos.....	25
6.4. Área da Gestão de Doentes.....	28
6.5. Área dos Recursos Humanos.....	30
6.6. Área das Tecnologias de Informação.....	33

## Siglas, rubricas e abreviaturas

- **ACSS** – Administração Central do Sistema de Saúde, IP
- **CA** – Conselho de Administração
- **CAT** – Contratos de Assistência Técnica
- **CCP** – Código dos Contratos Públicos
- **CE** – Código de Ética
- **CFT** – Comissão de Farmácia e Terapêutica
- **CHS** – Centro Hospitalar de Setúbal, EPE
- **CPA** – Código do Procedimento Administrativo
- **CPC** – Conselho de Prevenção da Corrupção
- **DC** – Direção Clínica
- **DGTF** – Direção Geral do Tesouro e Finanças
- **EPE** – Entidade Pública Empresarial
- **FERMA** – *Fed. European Risk Management Associations*
- **HOSO** – Hospital Ortopédico Sant’Iago do Outão
- **HSB** – Hospital de São Bernardo
- **IGAS** – Inspeção-Geral das Atividades em Saúde
- **IGF** – Inspeção-Geral de Finanças
- **IP** – Instituto Público
- **IPAI** – Instituto Português de Auditoria Interna
- **LEC** – Lista de Espera para a Consulta Externa
- **LIC** – Lista de Inscritos para Cirurgia
- **MCDT** – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
- **PAAI** – Plano Anual de Auditoria Interna
- **PGRCIC** – Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas
- **RGPD** – Regime Geral sobre a Proteção de Dados
- **RGS** – Relatório do Governo Societário
- **ROC** – Revisor Oficial de Contas
- **SAI** – Serviço de Auditoria Interna
- **SAP** – Serviço de Acompanhamento da Produção
- **SGAL** – Serviço de Gestão de Aprovisionamento e Logística
- **SGD** – Serviço de Gestão de Doentes
- **SGF** – Serviço de Gestão Financeira
- **SGH** – Serviço de Gestão Hoteleira
- **SGPRH** – Serviço Gestão e Planeamento de Recursos Humanos
- **SGSTI** – Serviço de Gestão de Sistemas e Tecnologias de Informação
- **SIE** – Serviço de Instalações e Equipamentos
- **SF** – Serviços Farmacêuticos
- **SNS** – Serviço Nacional de Saúde
- **SPMS** – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE
- **TC** – Tribunal de Contas
- **ULGA** – Unidade Local de Gestão do Acesso

# Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas

## Relatório de Execução 2022

### 1. Introdução

De acordo com a Resolução do Conselho de Ministros n.º 37/2021, de 6 de abril, documento que aprovou a Estratégia Nacional Anticorrupção, os fenómenos corruptivos, nas suas diferentes configurações, *"atentam contra princípios fundamentais do Estado de direito, enfraquecem a credibilidade e a confiança dos cidadãos nas instituições e comprometem o desenvolvimento social e económico, fomentando a desigualdade, reduzindo os níveis de investimento, dificultando o correto funcionamento da economia e fragilizando as finanças públicas"*.

De acordo com o referido diploma, constitui uma prioridade prevenir e detetar os riscos de corrupção na ação pública, através da promoção de medidas de ordem diversa, tais como a definição de quadros claros em matéria de incompatibilidades, implementação de regras que maximizem a transparência, a adoção de padrões de ética comportamental traduzidos em códigos de conduta, entre outras.

Neste contexto, os programas de *public compliance* devem incluir e abordar um conjunto de componentes, das quais se destacam a análise de riscos e planos de prevenção ou gestão de riscos; os códigos de ética ou de conduta; mecanismos de controlo do cumprimento das normas, formação específica dos destinatários; mecanismos de deteção de situações de incumprimento, designadamente por via da criação de canais de denúncia, entre outros.

É pois neste âmbito que destacamos o Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PGRIC) do CHS. A versão inicialmente elaborada resulta da compilação de um conjunto de análises e reflexões realizadas pelos profissionais da entidade com responsabilidades ao nível da direção de serviços integrados no subsistema de gestão, transpondo concomitantemente as orientações preconizadas na Recomendação n.º 1/2009 do Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC)<sup>1</sup>, designadamente:

- A identificação, relativamente a cada área ou departamento, dos riscos de corrupção e infrações conexas;

<sup>1</sup> Publicado em Diário da República, 2.ª série, n.º 140, de 22 de julho de 2009.

- A determinação de medidas a implementar tendo em vista a prevenção da sua ocorrência (tais como *"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 interlocutores e responsáveis envolvidos na gestão do plano, sob a direção do órgão dirigente máximo;
- A necessidade de elaboração de um relatório anual subordinado à execução do PGRIC.

O processo de análise do qual resultou o referido relatório foi alicerçado na Recomendação n.º 3/2015 do CPC<sup>2</sup>, que veio estabelecer as seguintes linhas de orientação. A saber:

- O PGRIC deve 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, acções e procedimentos realizados por todas as unidades da estrutura orgânica das entidades, incluindo os gabinetes, as funções e os cargos de direção de topo;
- O PGRIC deve identificar os responsáveis sectoriais 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 risco;
- O PGRIC deve ser publicado no sítio institucional da organização na internet, excetuando-se as matérias e as vertentes que apresentem uma natureza reservada, de modo a consolidar a promoção de uma política de transparência na gestão pública.

O relatório em causa incorporou ainda um conjunto de referências subordinadas ao explicitado na Recomendação do CPC datada de 8 de Janeiro de 2020, tendo em vista a identificação das situações potencialmente geradoras de conflitos de interesses para cada área funcional da sua estrutura orgânica, tendo em conta os resultados de autoavaliações que realizem sobre a respetiva política de gestão de conflitos de interesses.

Por último e paralelamente à produção do presente relatório, importa referir que com a publicação do Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro, o qual veio estabelecer o Mecanismo Nacional Anticorrupção e o Regime Geral de Prevenção da Corrupção e com a homologação do novo Regulamento Interno do CHS no passado dia 27 de dezembro de 2021, o CHS procedeu entretanto à revisão do PGRIC, de forma a acomodar as mais recentes alterações normativas – o qual deu

<sup>2</sup> Publicada em Diário da República, 2.ª série, n.º 132, de 8 de julho de 2015.

---

origem ao Plano de Prevenção de Riscos de Gestão, Corrupção e Infrações Conexas<sup>3</sup>. Por conseguinte, o formato constante no documento em apreço será futuramente descontinuado, dando lugar a uma nova forma de análise e abordagem dos riscos identificados na sua nova versão.

---

<sup>3</sup> O documento em apreço foi entretanto concluído no primeiro trimestre de 2023.

## 2. Caracterização da entidade

O Centro Hospitalar de Setúbal foi constituído na sequência da publicação em Diário da República do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro e resulta da fusão do Hospital de São Bernardo (HSB) com o Hospital Ortopédico Sant'Iago do Outão (HOSO). É uma entidade coletiva de natureza empresarial, de direito público e dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial. O regime jurídico aplicável é o das entidades públicas empresariais e respetivos estatutos, atuando de acordo com a moldura normativa do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e nos termos estabelecidos no Regulamento Interno da instituição.

O CHS é tutelado, sectorial e financeiramente, pelos membros do Governo responsáveis pelas áreas da saúde e das finanças, nos termos previstos do artigo 67.º do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, estando integrado na Região de Lisboa e Vale do Tejo.

As atribuições do CHS são fixadas em consonância com a política de saúde estabelecida a nível nacional e regional, nos termos preconizados no seu plano estratégico e seus regulamentos internos, mediante a celebração de contratos-programa e em articulação com as demais instituições do sistema de saúde.

O CHS tem como missão *“a promoção da saúde a todos os cidadãos no âmbito das responsabilidades e capacidades dos hospitais que o compõem, prestando cuidados de saúde especializados, com respeito pela dignidade dos doentes, e estimulando o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores, num quadro de qualidade, eficiência e eficácia organizativa”*.

A actividade assistencial realizada por esta unidade hospitalar é desenvolvida em regime de complementaridade com as outras unidades hospitalares localizadas na Península de Setúbal – o Hospital Garcia de Orta e o Centro Hospitalar Barreiro Montijo e, na vertente dos cuidados de saúde primários, em articulação com o Agrupamento de Centros de Saúde da Arrábida.

Em termos de área de influência, o CHS constitui ainda a referência hospitalar para:

- A Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano (abrangendo os concelhos de Alcácer do Sal, Grândola, Santiago do Cacém, Sines e Odemira) no âmbito das especialidades de Cardiologia, Infecçiology, Neurologia, Obstetrícia, Psiquiatria e Saúde Mental;

- O Centro Hospitalar Barreiro Montijo e o Agrupamento de Centros de Saúde do Arco Ribeirinho, na vertente da Cardiologia – Hemodinâmica e Nefrologia;
- Os Agrupamentos de Centros de Saúde Arco Ribeirinho e Almada-Seixal, ao nível das especialidades de Estomatologia e Imunoalergologia.

O CHS está organizado numa lógica departamental (Cirurgia, Medicina, Especialidades Médicas, Anestesiologia, Mulher e da Criança, Saúde Mental, Aparelho Locomotor e Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica), complementados com outros serviços não integrados em departamentos – designadamente o Serviço de Urgência Geral, Consulta Externa I e II e Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos. Estas áreas são apoiadas funcionalmente pelos Serviços de Suporte à Ação Médica e de Apoio Geral e Logística.

No total e em termos de atividade, o CHS dispõe de 30 especialidades médicas, cirúrgicas e de diagnóstico, contando com uma lotação média de cerca de 376<sup>4</sup> camas, as quais permitiram em sede de internamento, tratar o equivalente a 14.883 doentes saídos (correspondendo a uma variação face ao período homólogo de cerca de 6,2%).

A variação observada no ano de 2022 face ao ano anterior em sede de internamento é de todo idêntica à verificada em outras linhas de produção – atividade realizada em consulta (total de 259.915 episódios, traduzindo-se num aumento de 7,5% face ao período anterior), atividade cirúrgica não urgente<sup>5</sup> (totalizando 13.772 utentes intervencionados, ou seja uma variação na ordem dos 26,8% face a 2021), sessões em contexto de hospital de dia (correspondente a um total de 42.327 episódios – um crescimento de 15,9%) e até no contexto dos atendimentos em Serviço de Urgência, a qual totalizou no ano em apreço um valor de 136.417 episódios (um acréscimo de 19,2% dos contatos face ao período homólogo).

<sup>4</sup> O valor apurado não considera as camas de berçário nem as existentes em lares de doentes.

<sup>5</sup> Inclui a atividade realizada em contexto de ambulatório.

### 3. Estrutura organizacional

A nova versão do Regulamento Interno do CHS foi homologada pela Ministra da Saúde no final do ano de 2021, no dia 27 de dezembro, estando disponível para fins de consulta na intranet, no sítio institucional do CHS na internet e Portal do SNS<sup>6</sup>.

O organograma representativo do modelo organizacional estabelecido prevê 3 grandes setores, nomeadamente:

- Serviços ou unidades de suporte à ação médica;
- Serviços de suporte à ação médica;
- Serviços de apoio geral e logística.

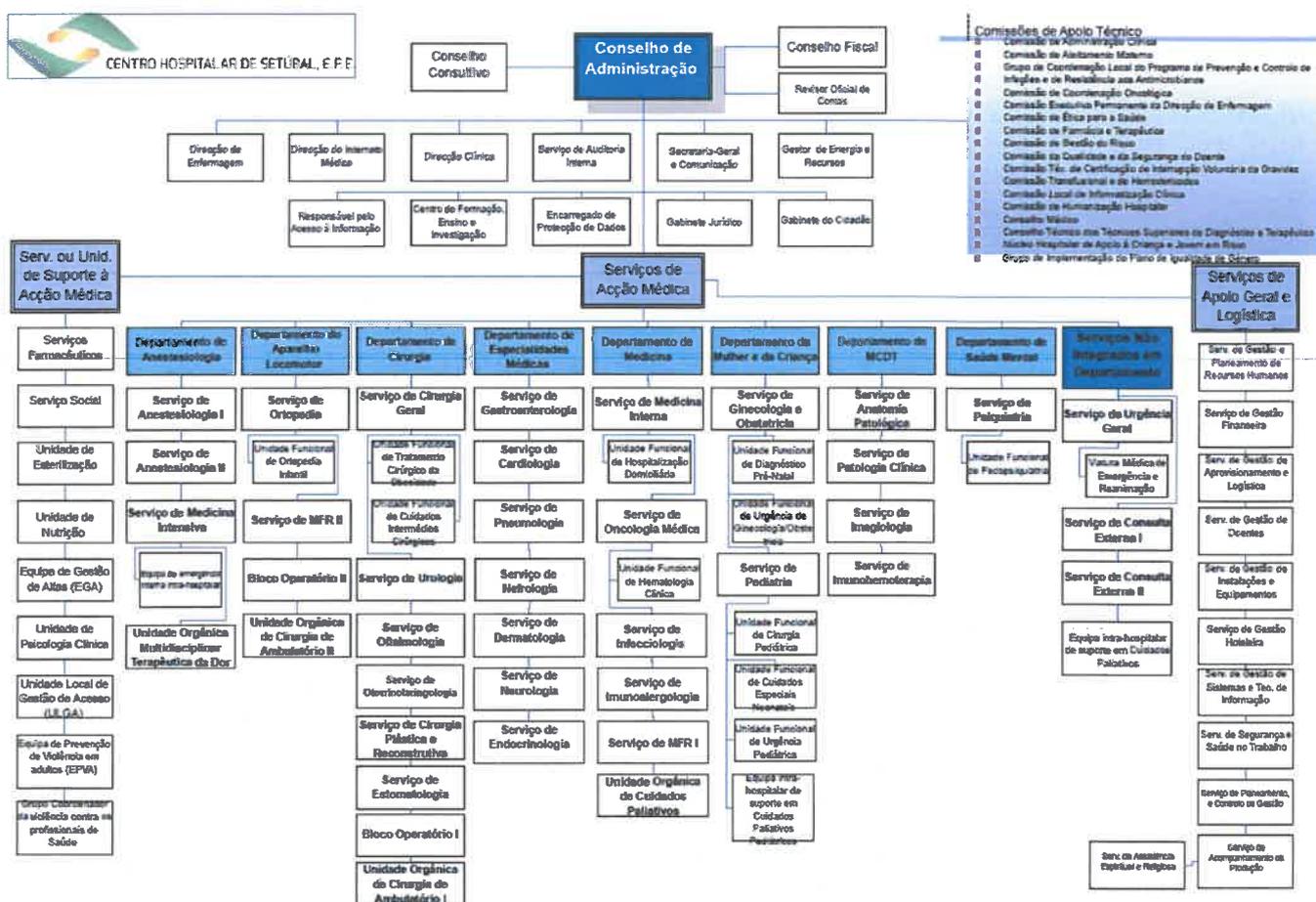


Figura 1: Organograma do Centro Hospitalar de Setúbal, EPE.

<sup>6</sup> Disponível em <https://www.chs.min-saude.pt/transparencia/regulamento-interno/> e <https://www.chs.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/5/2022/11/Regulamento-Interno-do-Centro-Hospitalar-de-Set%C3%BAbal-EPE.pdf>, respetivamente.

A atual equipa de gestão iniciou funções no passado dia 26 de julho de 2022, na sequência do Despacho Conjunto n.º 9051/2022, de 25 de julho, das Finanças e Saúde (Gabinetes da Ministra da Saúde e do Secretário de Estado do Tesouro), sendo composta pelos seguintes elementos:

- Pedro Nuno Miguel Baptista Lopes – Presidente do Conselho de Administração;
- Irene Martins Ferreira – Diretora Clínica;
- Sónia Maria Alves Bastos – Vogal Executiva;
- João Pedro Mendes dos Santos – Vogal Executivo;
- Maria Violante Canhão Pereira Nunes – Enfermeira-Diretora.

A anterior equipa gestionária que integrou o CA do CHS, foi constituída pelos membros infra identificados<sup>7</sup>, tendo exercido funções desde o passado dia 29 de Fevereiro de 2016, cumprindo assim dois mandatos:

- Manuel Francisco Roque Santos – Presidente do Conselho de Administração
- Maria do Rosário Ferreira Fonseca – Vogal Executiva
- Miguel Jorge de Figueiredo Carpinteiro – Vogal Executivo
- Nuno José Fernandes Pinto Fachada – Diretor Clínico
- Carla Maria Ferreira Guerreiro da Silva Mendes – Enfermeira Diretora

<sup>7</sup> De acordo com o explicitado na Resolução de Conselho de Ministros n.º 54/2019 (Diário da República, 1.ª Série, n.º 50, de 12 de março).

## 4. Gestão de conflitos de interesses

O CHS rege-se por princípios e regras éticas, acautelando potenciais conflitos de interesses e pautando por uma total transparência nas suas relações com o exterior.

O CHS possui um Código de Conduta Ética, que vincula e abrange todos os colaboradores da instituição, constituindo um instrumento para a melhoria da qualidade dos serviços por ela prestados. O Código de Conduta Ética visa primordialmente reforçar as garantias de proteção dos utentes e demais utilizadores dos serviços prestados pelo CHS, estando nele vertido o enunciado de princípios, valores e normas de conduta que presidem a ação da organização.

O Código de Conduta Ética do CHS foi revisto em 2016 pela Comissão de Ética para a Saúde e homologado pelo Conselho de Administração, em conformidade com a moldura legal estabelecida pelo Despacho n.º 9456-C/2014, de 18 de julho, do Gabinete então do Ministro da Saúde.

Aos princípios, valores e normas estabelecidos, acresce ainda um conjunto de deveres profissionais e éticos que norteiam a conduta e a ação dos trabalhadores da instituição, plasmados na Constituição da República Portuguesa, no Código do Procedimento Administrativo, na legislação que estabelece os regimes de vinculação, de carreiras e de remunerações dos trabalhadores que exercem funções públicas e no respetivo Estatuto Disciplinar, no Código do Trabalho e restante legislação específica, acessória e complementar.

No início do mandato e em conformidade com o exposto na Lei n.º 52/2019, de 31 de julho, republicada pela Lei n.º 4/2022, de 6 de janeiro (que procede ao alargamento das obrigações declarativas dos titulares de cargos políticos e de altos cargos públicos), os membros do CA declararam individualmente e sob compromisso de honra, informações sobre os seus rendimentos, património, interesses, incompatibilidades e impedimentos de cada um dos titulares, declarações essas comunicadas ao Tribunal Constitucional.

Adicionalmente, os membros da equipa de gestão do CHS preencheram de igual modo declarações individualizadas confirmando a inexistência de incompatibilidades ou de impedimentos para o pleno exercício dos cargos para os quais foram nomeados, tendo sido comunicadas à Inspeção-Geral das Finanças nos termos estabelecidos no do artigo 52.º do Regime Jurídico do Setor Público Empresarial (Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro).

Noutra vertente, e nos termos estabelecidos no n.º 2 do artigo 71.º dos Estatutos dos Centros Hospitalares, EPE<sup>8</sup>, o CA entendeu por descentralizar nos seus membros e subseqüentemente subdelegar em vários diretores de serviço, competências e poderes de supervisão e de controlo operacional. Deste modo o CHS procedeu à publicação de um conjunto de diplomas durante o ano de 2022, designadamente:

- Deliberação n.º 981/2022, de 13 de setembro<sup>9</sup> (Delegação de competências do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Setúbal, E. P. E);
- Deliberação 740/2022, de 23 de junho<sup>10</sup> (Delegação de competências no diretor do Serviço de Gestão e Planeamento de Recursos Humanos);
- Deliberação n.º 741/2022, de 23 de junho<sup>11</sup> (Delegação de competências no diretor do Serviço de Gestão de Aprovisionamento Logística).

<sup>8</sup> Previsto no Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto.

<sup>9</sup> Hiperligação acessível em <https://dre.pt/dre/detalhe/deliberacao/981-2022-200994658>.

<sup>10</sup> Hiperligação acessível em <https://dre.pt/dre/detalhe/deliberacao/740-2022-185091888>.

<sup>11</sup> Hiperligação acessível em <https://dre.pt/dre/detalhe/doc/741-2022-185091889>.

## 5. Sistema de Controlo Interno

De acordo com o estabelecido no artigo 87.º dos Estatutos dos Hospitais, Centros Hospitalares, Institutos Portugueses de Oncologia e Unidades Locais de Saúde do Setor Empresarial do Estado<sup>12</sup>, o CHS dispõe de um sistema de controlo interno e de comunicação de irregularidades, competindo ao Conselho de Administração assegurar a sua implementação e manutenção e ao Auditor Interno a responsabilidade pela sua avaliação.

Em termos gerais, o sistema de controlo interno de uma organização define-se como o conjunto de estratégias, sistemas, processos, políticas e procedimentos definidos pelo órgão de gestão, assim como das várias ações desenvolvidas de modo a garantir:

- *"Um desempenho eficiente da atividade que assegure a utilização eficaz dos ativos e recursos, a continuidade, segurança e qualidade da prestação de cuidados de saúde, através de uma adequada gestão e controlo dos riscos da atividade, da prudente e correta avaliação dos ativos e responsabilidades, bem como da definição de mecanismos de prevenção e de proteção do serviço público contra atuações danosas;*
- *A existência de informação financeira e de gestão que suporte as tomadas de decisão e os processos de controlo, tanto no nível interno como no externo;*
- *O respeito pelas disposições legais e regulamentares aplicáveis, bem como pelas normas profissionais e deontológicas aplicáveis, pelas regras internas e estatutárias, regras de conduta e de relacionamento, orientações tutelares e recomendações aplicáveis de entidades externas (...)<sup>13</sup>".*

No contexto da Gestão dos Riscos do CHS, o modelo implementado assenta em 3 vertentes distintas, com as seguintes competências:

Conselho de Administração	Diretores / Coordenadores / Responsáveis Departamentos, Serviços e Unidades	Serviço de Auditoria Interna
Implementar e manter um Sistema de Controlo Interno adequado à organização, abrangente a todos os riscos relevantes	Implementar as medidas preventivas, de gestão e controlo dos riscos identificados nas diferentes áreas	Elaborar o relatório anual de execução do Plano e avaliar o seu grau de cumprimento

<sup>12</sup> Constante no Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto.

<sup>13</sup> Idem.

No que respeita à fiscalização e controlo da legalidade da gestão financeira e patrimonial, o CHS tem previsto no seu Regulamento Interno e de acordo com os termos da Lei dois órgãos distintos, designadamente:

- Conselho Fiscal, nomeado no passado dia 26 abril de 2018 através de um Despacho Conjunto das Finanças e da Saúde para o mandato de 2018-2020, conforme previsto no artigo 15.º dos Estatutos do CHS, aprovados e publicados no Anexo II do Decreto-lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro. A equipa que integra o Conselho Fiscal é composta pelos seguintes elementos:
  - Maria Leonor Betencourt Silva Dantas Jorge – Presidente;
  - Renato Felisberto Pinho Marques – Vogal;
  - José Manuel Gonçalves André – Vogal;
  - Anabela Mendes Garcia Barata – Vogal Suplente.
  
- Revisor Oficial de Contas, representado por António José Correia de Pina Fonseca, da Sociedade Revisora Oficial de Contas BDO & Associados, SROC, Ld.<sup>a</sup>.

No que concerne à atividade de auditoria interna, o CHS dispõe desde o dia 2 de fevereiro de 2015 de um Serviço de Auditoria Interna (SAI). Sobre ele impende a avaliação dos processos de controlo interno e de gestão de riscos, nos domínios contabilístico, financeiro, operacional, informático e de recursos humanos, contribuindo para o aperfeiçoamento da organização.

O SAI é composto em termos de recursos humanos pelo auditor interno, o qual assume todas as funções de coordenação e de âmbito operacional.

O CHS dispõe ainda de um Regulamento alusivo ao Sistema de Comunicação de Irregularidades e Denúncia de Infrações, aprovado pelo Conselho de Administração no passado dia 20 de outubro de 2022 e que resulta da revisão do documento anteriormente existente, na altura também elaborado pelo SAI.

A atualização realizada teve enquanto intuito aperfeiçoar alguns dos aspetos processuais anteriormente existentes, bem como acomodar as mais recentes alterações normativas constantes na Lei n.º 93/2021, de 20 de dezembro, subordinadas à proteção de denunciadores de infrações – o qual transpôs para a ordem jurídica interna a Diretiva (EU) 2019/1937 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 23 de outubro de 2019, relativa às pessoas que denunciam violações do direito da União, bem como verter o articulado relativo ao regime geral da prevenção da corrupção, plasmado no Decreto-Lei n.º 109-

E/2021, de 9 de dezembro, que veio a determinar enquanto uma das medidas de prevenção da corrupção que as entidades passassem a dispor de canais de denúncia interna e deem seguimento a denúncias de atos de corrupção e infrações conexas.

O Regulamento do Sistema de Comunicação de Irregularidades e Denúncia de Infrações do CHS foi internamente objeto de divulgação através da intranet e da *newsletter* divulgada junto de todos os colaboradores da entidade e encontra-se publicitado na página oficial da entidade na internet – no separador dedicado à Transparência<sup>14</sup> – e no Portal do SNS, na secção alusiva aos instrumentos de gestão do CHS.

No Regulamento em apreço, encontram-se vertidos os canais de comunicação para fins de acesso e reporte de situações indiciadoras de:

- Violação de princípios e disposições legais, regulamentares ou deontológicas, por parte de colaboradores da entidade;
- Situações de dano, desvio ou de abuso relacionados com o património do CHS ou dos seus utentes;
- Atos geradores de prejuízo à reputação e ao bom nome da organização.

Numa outra vertente, o CHS encontra-se acreditado desde o ano de 2008 pelo CHKS - *Healthcare Intelligence and Quality Improvement Services*, estando dotado de um conjunto de políticas e procedimentos sectoriais e funcionais em diversas áreas, em conformidade com a sua dimensão e especificidade.

Na vertente externa, o CHS encontra-se sujeito aos controlos efetuados quer pela tutela, quer pelas entidades inspetivas e de auditoria competentes, designadamente o Tribunal de Contas (TC), a Inspeção-Geral das Atividades em Saúde (IGAS) e Inspeção-Geral das Finanças (IGF).

Como já tem vindo a ser referido, o CHS dispõe de um sítio institucional na internet com o endereço web [www.chs.min-saude.pt](http://www.chs.min-saude.pt), onde se encontra publicado um conjunto de informações de carácter institucional – designadamente a identificação da instituição, missão e valores, estatutos e regulamentos, informação relativa aos titulares dos órgãos sociais e documentos de prestação de contas anuais aprovados, entre outros.

Adicionalmente, o CHS tem ainda disponível em várias páginas eletrónicas, informação respeitante à instituição, entre as quais se destaca o Portal do SNS<sup>15</sup> e a Direção-Geral do Tesouro e Finanças (DGTF)<sup>16</sup>.

<sup>14</sup> Acessível em <https://www.chs.min-saude.pt/transparencia/comunicacao-de-irregularidades/>.

<sup>15</sup> Hiperligação acessível em <https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/centro-hospitalar-de-setubal-epe/>

Na vertente interna do acompanhamento da actividade operacional e da execução económica e financeira, o CHS produz periodicamente um conjunto de relatórios e documentos de monitorização, dos quais se destacam os seguintes:

- REO – Relatório de Execução Orçamental, elaborado mensalmente pelo Serviço de Gestão Financeira (SGF)<sup>17</sup>;
- REF – Relatório de Execução Financeira, elaborado trimestralmente pelo Serviço de Auditoria Interna e validado pelo Revisor Oficial de Contas da entidade, nos termos preconizados pelo Despacho n.º 7709-B/2016, de 9 de junho, do Secretário de Estado da Saúde.

No que concerne à função de reporte, salienta-se a vertente não financeira relacionada com a atividade da organização, aspeto que tem vindo a integrar o Relatório de Atividades e Contas, em linha com o preconizado no artigo 66.º-B do Código das Sociedades Comerciais, aditado através do Decreto-Lei n.º 89/2017, de 28 de julho. De acordo com o referido diploma, as grandes empresas que sejam entidades de interesse público e que à data de encerramento do seu balanço excedam um número médio de 500 trabalhadores durante o exercício anual, devem passar a integrar no seu relatório de gestão uma demonstração não financeira.

O CHS dispõe ainda de um contabilista certificado externo à entidade, o qual apoia o SGF e, mensalmente, efetua a conferência e validação do balancete da entidade.

Por último e no que respeita à vertente do acompanhamento económico-financeiro da organização, o SGF do CHS dispõe de um sistema de informação específico disponibilizada pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE (SPMS), solução que permite a execução de registos na ótica da Contabilidade Orçamental, Financeira e de Gestão, consagrando os princípios contabilísticos do normativo contabilístico SNC-AP.

<sup>16</sup> Hiperligação acessível em <http://www.dgtf.pt/sector-empresarial-do-estado-see/informacao-sobre-as-empresas/entity/centro-hospitalar-de-setubal-epe>

<sup>17</sup> Anteriormente, o reporte em apreço era realizado com uma periodicidade trimestral.

## 6. Principais vertentes de intervenção

Em linha com a versão inicial do PGRIC, o CHS identificou um conjunto de situações suscetíveis de estarem potencialmente expostas a situações cujas práticas poderão ser qualificáveis no contexto da corrupção e de infrações conexas, bem como um conjunto de áreas prioritárias afetas a vários serviços de apoio à atividade assistencial sobre as quais seria necessário refletir no âmbito da presente temática.

Numa perspetiva sectorial e em conformidade com as áreas abrangidas no PGRIC foram analisados os serviços adstritos às áreas em apreço, designadamente:

- Área Financeira – Serviço de Gestão Financeira;
- Área de Aprovisionamento e Logística – Serviço de Gestão de Aprovisionamento e Logística;
- Área das Instalações e Equipamentos – Serviço de Instalações e Equipamentos;
- Área de Gestão de Doentes – Serviço de Gestão de Doentes;
- Área de Recursos Humanos – Serviço de Gestão e Planeamento de Recursos Humanos;
- Área dos Sistemas e Tecnologias de Informação – Serviço de Gestão de Sistemas e Tecnologias de Informação.

A análise que se segue, constante no presente relatório, resulta do processo de reflexão levado a cabo pelos responsáveis dos serviços acima enunciados, relativamente aos riscos plasmados no PGRIC.

## 6.1. Área Financeira

Na vertente financeira, o CHS identificou um conjunto de riscos dignos de nota, passíveis de impactar com a qualidade da atividade prestada por aquele serviço, bem como as respetivas medidas para a sua mitigação ou erradicação. De acordo com o SGF, a análise efetuada manteve-se praticamente inalterada face ao enunciado no ano económico anterior, tendo sido realizada em paralelo com o processo de análise e apreciação do novo Plano de Prevenção de Riscos de Gestão, Corrupção e Infrações Conexas, designadamente:

Área	Identificação do Perigo	Riscos Associados	Avaliação / Acompanhamento
<b>Despesa / Conferência de Faturas</b>	1. Concentração de Funções	Alteração não autorizada dos dados mestre de fornecedores;  Transferências bancárias para IBAN incorretos ou desatualizados;  Efetuar pagamentos aos fornecedores com dívidas ao Estado, sem qualquer retenção na fonte.	1.1 Circularização periódica dos dados mestre de fornecedores;  1.2 Manter atualizado a ficha dos fornecedores, atendendo às certidões de não dívida à Segurança Social e Autoridade Tributária.

As medidas preventivas a adotar neste âmbito encontram-se vertidas no procedimento CFC.05 – Gestão de Terceiros - Despesa/Conferência de Faturas. A segregação de funções é assegurada através da definição clara das atribuições e responsabilidades de cada elemento adstrito ao serviço.

Área	Identificação do Perigo	Riscos Associados	Avaliação / Acompanhamento
<b>Receita / Faturação Clientes</b>	2. Faturação registada incorretamente	Ajustamentos à faturação  Saldos de clientes não aprovados e/ou não registados e contabilizados oportunamente.	2.1 Submissão de todos os ajustamentos à aprovação do CA e verificar que os dados foram corretamente registados; 2.2 Circularização periódica dos saldos de clientes.

As medidas de contenção previstas para este efeito encontram-se vertidas nos procedimentos internos CFC.02 (procedimento de controlo interno) e CFC.03 (Procedimento de Gestão de Terceiros – Receita).

Todos os ajustamentos efetuados nesta área são submetidos à aprovação do CA, existindo um acompanhamento regular dos dados necessários à correta e atempada faturação.

Área	Identificação do Perigo	Riscos Associados	Avaliação / Acompanhamento
Tesouraria	3. Desvio de fundos	Cobranças não depositadas em tempo oportuno ou de forma integral  Desvio de fundos	<p>3.1 Incentivar o uso generalizado de pagamentos via multibanco;</p> <p>3.2 Privilegiar a utilização de transferências bancárias, reduzindo ao mínimo possível a utilização de cheques ou dinheiro;</p> <p>3.3 Manter os fundos de maneo e de caixa em sistema de fundo fixo, efetuando contagens periódicas aos mesmos;</p> <p>3.4 Efetuar reconciliações bancárias mensais realizadas por funcionário sem acesso à tesouraria e a movimentos contabilísticos.</p>

As medidas previstas para mitigação dos riscos supra identificados, encontram-se preconizadas nos procedimentos CFC.02 (Normas de Controlo Interno) e CFC.06 (Gestão de Tesouraria).

O sistema de pagamentos por multibanco encontra-se amplamente disseminado pelos vários serviços da entidade, facto que tem vindo a mitigar as eventuais “janelas de oportunidade” que potenciem eventuais situações de desvios de fundos.

Área	Identificação do Perigo	Riscos Associados	Avaliação / Acompanhamento
Contencioso	4. Risco de prescrição de processos / incapacidade de cobrança	Tramitação de processos com mais de 20 dias;  Divulgação do teor dos processos em tribunal;  Prescrição de processos em curso com mais de 3 anos	<p>4.1 Os processos que dizem respeito aos pedidos de indemnização cível – 20 dias, têm um circuito célere dentro da instituição;</p> <p>4.2 Os processos que estão a correr em tribunal encontram-se arquivados no SGF e com acesso restrito aos colaboradores do sector.</p> <p>4.3 Os processos estão registados num ficheiro Excel, devidamente identificados e com data de início da assistência hospitalar e a data da prescrição, este ficheiro é monitorizado pelo profissional responsável com o setor do contencioso financeiro.</p>

## 6.2. Área de Aprovisionamento e Logística

Na sequência da análise dos riscos identificados na sua área de atuação e relativamente ao exercício de 2022, o Serviço de Gestão de Aprovisionamento e Logística (SGAL) destacou os seguintes aspetos dignos de nota:

Área	Identificação do Perigo	Riscos Associados	Avaliação / Acompanhamento
<b>Aprovisionamento e Logística</b>	1. Processos administrativos de aquisição de bens, serviços e empreitadas. Aquisições em regime de ajuste direto simplificado nos termos do CCP.	Consultas sistemáticas aos mesmos fornecedores.	1. Diversificar os contactos com eventuais fornecedores com vista às aquisições para o CHS. 2. Utilização deste tipo de procedimento com a devida justificação associada. 3. Cumprimento do CCP.

Os processos elegíveis relativos a este ponto seguiram durante o período em análise, as normas previstas na lei vigente (Código dos Contratos Públicos). Apesar de em 2022 ainda existirem um número significativo de procedimentos de contratação que tiveram o seu início em 2020 e que, pela sua plurianualidade, permitiram uma redução do número de procedimentos anuais, ainda assim o volume de procedimentos concursais, em que o ambiente concorrencial é altamente promovido, continuou a imperar no universo de processos de compra desenvolvidos.

No que se refere aos medicamentos o volume de processos associados a consultas aos diversos fornecedores classificados nos Acordos-Quadro dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE (SPMS) atingiram mais de 87,7% do valor total de aquisições efetuadas, sendo que nos restantes processos o percentual ronda os 50% em procedimentos de Concurso Público (com e sem publicitação no Jornal Oficial da União Europeia), Concursos Limitados por Prévia de Qualificação, Consultas Prévias e Procedimentos de Contratação ao Abrigo dos Acordos-Quadro dos SPMS.

É mantida a posição anteriormente manifestada pelo SGAL em relatórios anteriores, relativamente à preocupação de uma procura constante e alargada pelas melhores soluções de mercado. Contudo, ressalva-se que a existência do ajuste direto regime simplificado tem na sua génese o facto de ser um procedimento simplificador da contratação, sem a introdução de formalidades adicionais.

Assim, pelos princípios de razoabilidade e proporcionalidade do procedimento face ao seu valor estimado, princípios estes previstos no Código dos Contratos Públicos (CCP) e no Código do Procedimento Administrativo (CPA), no qual é observado o valor previsto da aquisição, a complexidade do objeto do contrato e o número de fornecedores a consultar, considera-se

que o recurso a este tipo de procedimento é a opção mais acertada para que não se burocratize em demasia o processo de aquisição de bens ou serviços de reduzido valor, minimizando-se os custos processuais.

De resto, está particularmente previsto no CCP que estes procedimentos seguem uma tramitação simplificada e praticamente sem quaisquer formalidades associadas, em função da sua dimensão financeira pouco significativa.

A monitorização da validade formal destes processos foi acompanhada de perto, com a necessária validação pela direção do SGAL, seguindo-se as melhores práticas ao nível do cumprimento do CCP e da gestão interna de recursos disponíveis.

Área	Identificação do Perigo	Riscos Associados	Avaliação / Acompanhamento
<b>Aprovisionamento e Logística</b>	2. Processos administrativos de aquisição de bens, serviços e empreitadas. Aquisições em regime de Ajuste Direto.	Consultas recorrentes aos mesmos fornecedores.  Não cumprimento das formalidades previstas no CCP.	1. Diversificar os contactos com eventuais fornecedores com vista às aquisições para o CHS. 2. Utilização deste tipo de procedimento sempre com a devida justificação. 3. Cumprimento do disposto no CCP.

No que se refere a este item, relevam os dados já mencionados quanto aos procedimentos de contratação pública em ambiente concorrencial (entenda-se diferentes de Ajustes Diretos), numa lógica de tentativa de redução do número de procedimentos desenvolvidos com recurso ao ajuste direto. Ainda assim, os procedimentos concursais desenvolvidos seguiram o determinado no CCP, sendo alargado, sempre que possível e de acordo com a disponibilidade de oferta do mercado, o leque de fornecedores consultados.

De igual modo, foi mantido na esteira do preconizado pelo CCP, o cumprimento de todas as formalidades nesta tipologia de procedimento.

Área	Identificação do Perigo	Riscos Associados	Avaliação / Acompanhamento
<b>Aprovisionamento e Logística</b>	3. Gestão de existências	Movimentos de existências não registados	1. Execução de trabalhos de auditoria interna que garantam a análise dos processos e a conformidade dos dados existentes. 2. Execução de contagens físicas, cumprindo o procedimento de inventariação das existências, sem prejuízo da necessária inventariação anual das Existências para efeitos do fecho do exercício. 3. Acompanhamento dos inventários pelo Revisor Oficial de Contas.

Foi assegurada a execução de contagens periódicas de controlo das quantidades em stock no SGAL, tendo sempre em consideração os tempos disponíveis para o efeito (de forma casuística), no sentido de garantir a conformidade da informação em sistema face às quantidades em prateleira.

As tarefas desenvolvidas neste âmbito foram promovidas pelos responsáveis do armazém que, para assegurarem que os pedidos de reposição de stock que emitem estão de acordo com as reais necessidades do armazém, têm interesse direto na correção da informação de stocks disponíveis.

Os trabalhos anuais de inventariação das existências, executados no final de 2022, foram efetuados de acordo com os procedimentos internos vigentes, tendo sido sempre acompanhados pelo Revisor Oficiais de Contas do CHS, obtendo-se a sua validação. Para estes trabalhos anuais foram elaborados os necessários relatórios ao Conselho de Administração com a identificação dos desvios, valor de produtos obsoletos/monos/não conforme, e o pedido de autorização de validação dos valores apurados e abate dos materiais arrolados para o efeito.

Toda a documentação está disponível no arquivo do SGAL para consulta e memória futura.

Área	Identificação do Perigo	Riscos Associados	Avaliação / Acompanhamento
<b>Aprovisionamento e Logística</b>	4. Erros no registo das movimentações de existências	Discrepância decorrente dos erros de registo, entre o <i>stock</i> físico e o <i>stock</i> teórico.	1. Implementação de contagens semanais de controlo, centradas nos bens de maior valor unitário e nos bens com maior volume de rotação em armazém

Tal como referido no ponto anterior e uma vez que o método de controlo passa também pela execução de contagens amostrais periódicas, mais uma vez tendo como contingência o tempo disponível para o efeito, foram efetuados os trabalhos na dimensão do possível, considerando-se que os resultados foram satisfatórios em face dos números finais evidenciados nos trabalhos de fim de ano na inventariação anual de existências em 2022, onde não se verificaram desvios significativos.

Área	Identificação do Perigo	Riscos Associados	Avaliação / Acompanhamento
<b>Aprovisionamento e Logística</b>	5. Procedimentos pré-contratuais	Designação, de forma repetitiva e não justificada dos mesmos elementos para integrar o júri dos procedimentos.	1. Promover a rotatividade dos elementos que integram o júri dos procedimentos.

Todo o reportado na avaliação realizada nos anos anteriores se mantém válida para 2022.

A identificação e avaliação dos elementos dos júris para os diferentes procedimentos passou sempre por um processo de consulta prévia junto dos intervenientes e dos responsáveis dos diferentes serviços, resultando destas consultas a sugestão de nomeação dos *key opinion leaders* e de elementos com reconhecida experiência adquirida, no sentido de se garantir que o processo de escolha segue os trâmites desejados (o melhor produto ao melhor preço e de acordo com as reais necessidades da Instituição).

Após este processo, as propostas de nomeação são dirigidas ao Conselho de Administração para formalização final. Situações de inadequação de nomeação foram oportunamente avaliadas e, quando necessário, corrigidas.

Importa avultar de que em função dos trabalhos de auditoria interna desenvolvidos na área da contratação pública, está a ser feito um esforço acrescido no sentido de dar cumprimento às obrigações de subscrição das declarações de inexistência de incompatibilidades por parte dos elementos dos Júris dos procedimentos.

Atente-se que esta obrigatoriedade é da responsabilidade de cada elemento de Júri, que terá de estar ciente desta regulamentação, ainda que o SGAL entenda que deve colaborar no melhor cumprimento possível desta determinação a bem dos seus processos de contratação, sendo que na nova redação do CCP este aspeto já é parte integrante do quadro legal, passando assim a ser também uma obrigação de quem tutela os processos de contratação.

Área	Identificação do Perigo	Riscos Associados	Avaliação / Acompanhamento
<b>Aprovisionamento e Logística</b>	6. Fundo de manei	Ausência de numerário e/ou documentação de despesa que perfaça o total do fundo de manei atribuído ao SGAL.	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Implementação de folhas de caixa semanais, com fecho de contas também semanal, sendo obrigatória a assinatura de cada movimento efetuado pelo responsável pelo fundo de manei.</li><li>2. Conferência de documentos no final de cada movimento.</li></ol>

Foi dada continuidade ao cumprimento das tarefas de controlo do fundo de manei, nos termos dos procedimentos internos estabelecidos para o efeito, designadamente a execução das folhas de acompanhamento dos fluxos de caixa, com apresentação ao responsável do SGAL para monitorização da despesa gerada e garantia de que o valor apurado correspondia ao valor em numerário disponível.

Área	Identificação do Perigo	Riscos Associados	Avaliação / Acompanhamento
<b>Aprovisionamento e Logística</b>	7. Receção de materiais	Receção não controlada física e qualitativamente.	1. Cumprimento do procedimento de receção e verificação de bens recebidos existente.

Todo o processo de verificação quantitativa e qualitativa dos bens recebidos seguiu o disposto no procedimento interno em vigor, não tendo existido registo de extravios de material com responsabilidades atribuídas ao SGAL.

Área	Identificação do Perigo	Riscos Associados	Avaliação / Acompanhamento
<b>Aprovisionamento e Logística</b>	8. Gestão de imobilizado	Ativos desviados por colaboradores ou terceiros.	1. Responsabilização dos serviços pelos bens sob a sua custódia. 2. Manutenção do registo atualizado de todos os bens do CHS.

À semelhança do reportado em avaliações anteriores, as tarefas de registo de todos os bens do imobilizado destinados aos diferentes serviços do CHS foram asseguradas sem anomalias pelo SGAL.

Como ferramenta adicional de controlo, para além do que já é feito no âmbito da receção dos equipamentos foi efetuado o acompanhamento mensal de todos os bens adquiridos, em tarefa mensal conjunta do SGAL e do SGF, existindo uma conferência sistemática dos bens adquiridos, do seu valor, da existência de documentos de receção válidos e conferidos pelos serviços de destino e a aposição do número de inventário.

Foi ainda reforçada a estrutura interna de receção e distribuição destes bens no sentido de permitir que o processo seja bem acompanhado, com os devidos registos em sistema e com todas as validações que se exigem por parte dos serviços de destino.

Os mecanismos de controlo interno e de supervisão existentes à disposição do SGAL continuarão, como é sua missão e objetivo, ativos e alerta para a identificação de situação que não estejam conforme as regras definidas no Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas.

### 6.3. Área de Instalações e Equipamentos

No contexto do Serviço de Instalações e Equipamentos (SIE), os responsáveis pela direção do serviço constataram as seguintes situações potenciadoras de riscos:

Área	Identificação do Perigo	Riscos Associados	Avaliação / Acompanhamento
Instalações e Equipamentos	1. Cumprimento dos Contratos de Assistência Técnica	O número de visitas efetivamente realizadas	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Controlo interno através do qual se criam mecanismos de verificação/ execução.</li> <li>2. Elaboração de mapa de registos das visitas efetuadas pelas empresas – mensal.</li> </ol>

No que concerne aos Contratos de Assistência Técnica (CAT), a sua execução tem seguido o previsto em sede de avaliação: parte das ações de manutenção preventivas e/ou corretivas foram alvo de acompanhamento, tendo sido validadas pelos serviços destinatários ou por profissionais do SIE, através dos relatórios técnicos decorrentes das intervenções desenvolvidas.

Em caso de incumprimento das visitas, são encetados contactos junto das firmas envolvidas no sentido de compreender a origem do problema, remarcando-se nova data para a intervenção. Foi ainda possível proceder à remarcação de datas por motivos de funcionamento dos serviços ou em caso de beneficiação nos mesmos.

Área	Identificação do Perigo	Riscos Associados	Avaliação / Acompanhamento
Instalações e Equipamentos	2. Materiais aplicados no âmbito dos contratos de assistência técnica.	Incumprimento das quantidades aplicadas (contratadas)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verificação "in loco" dos materiais e quantidades aplicadas;</li> <li>2. Validação dos respetivos relatórios técnicos bem como das respetivas propostas de orçamento dos materiais aplicados (quando não está incluído no CAT).</li> </ol>

No âmbito dos materiais aplicados nos contratos de assistência técnica é de ressaltar que tais situações só ocorrem quando os CAT preveem a inclusão de peças. Nesses casos, os profissionais do SIE que acompanham as intervenções em causa, certificam-se que os materiais/quantidades são os expressos no relatório final de intervenção.

No decurso das ações de manutenção, e no caso dos contratos sem inclusão de peças, poderá ser verificada a necessidade de substituição de materiais/componentes. Nesses casos, a informação é registada pela empresa, no relatório de intervenção técnica. Por sua vez, o serviço em causa endereça uma requisição interna por via eletrónica de modo a promover os mecanismos para a solicitação de proposta de orçamento. Verificando-se a adjudicação da manutenção, os trabalhos daí resultantes são acompanhados por profissionais do SIE adstritos ao sector em apreço.

Área	Identificação do Perigo	Riscos Associados	Avaliação / Acompanhamento
Instalações e Equipamentos	3. Fiscalização de obras	Quantidades aplicadas	1. Reunião de obra com a fiscalização e a empresa executante; 2. Acompanhamento de obras.

Todas as obras de remodelação/beneficiação de serviços e/ou espaços do CHS são fiscalizadas, nos termos da legislação em vigor, acompanhadas por elementos do SIE.

Em obras de grande dimensão, a fiscalização é assegurada nas várias áreas de intervenção, civil, eletricidade, segurança e AVAC<sup>18</sup> mediante subcontratação de empresa externa (por norma, a responsável pela execução do projeto).

De igual modo são efetuadas reuniões semanais de acompanhamento, complementadas com visita à obra, de modo a verificar o progresso dos trabalhos e o cumprimento do caderno de encargos. Todos os assuntos tratados em sede de reunião ficam registados em ata.

Sempre que o empreiteiro termina um dos capítulos do caderno de encargos, é enviado um auto de medição para fins de aprovação. O auto é analisado/verificado no âmbito da descrição de trabalhos e quantidades aplicadas, pelos elementos intervenientes na obra, SIE (Diretor/Responsável), *Designer* e Técnico de Higiene e Segurança no Trabalho, bem como da empresa de fiscalização.

Ainda no âmbito das empreitadas a realizar é inicialmente efetuado o auto de consignação entre os intervenientes (adjudicatário, empreiteiro e fiscalização) e no momento de aceitação da obra é realizado o auto de receção que em alguns casos poderá ser provisório até à conclusão de alguns trabalhos que possam ter ficado pendentes.

<sup>18</sup> Aquecimento, ventilação e ar condicionado.

Área	Identificação do Perigo	Riscos Associados	Avaliação / Acompanhamento
Instalações e Equipamentos	4. Confirmação de faturas	Trabalhos não realizados	1. Verificação pelos colaboradores do SIE, no local, através de autos de medição e/ou relatórios de execução pelas firmas executantes.

No que respeita à confirmação de faturas, as mesmas subdividem-se em 3 categorias em termos de origem: CAT, reparações ao exterior e obras de beneficiação/remodelação.

A faturação decorrente de CAT e reparações ao exterior é confirmada de acordo com os relatórios de assistência técnica e respetivo acompanhamento pelos profissionais do SIE. No que respeita às confirmações das obras de beneficiações/remodelações, as mesmas são efetuadas através dos autos de medição. Cada auto apresenta um valor total que deverá ser convergente com o valor da fatura emitida. No entanto, salvaguardam-se as situações de pagamentos parcelares vigentes nas condições de pagamento estabelecidas no procedimento concursal e de acordo com a Lei.

Após confirmação das faturas, as mesmas são registadas no aplicativo SHI, cujo processo decorre em articulação com o SGF.

Área	Identificação do Perigo	Riscos Associados	Avaliação / Acompanhamento
Instalações e Equipamentos	5. Obras internas SIE – oficinas	Quantidades de material aplicado	1. Controlo interno através de ficheiro de registo de requisições ao armazém; 2. Listagem atualizada dos materiais em stock acondicionado nas oficinas.

Com a desmaterialização das requisições do SIE através da operacionalização da funcionalidade no aplicativo informático SHI, passou a ser possível aferir o tempo real de execução dos pedidos de trabalho. Constituem uma exceção a esta regra os casos pontuais onde os pedidos de intervenção, dada a urgência, foram regularizados processualmente numa fase posterior à realização dos trabalhos.

Esta funcionalidade passou a permitir um rastreio/accompanhamento mais fiável, permitindo igualmente que os serviços utilizadores possam também acompanhar o estado dos seus pedidos de intervenção.

Nos casos em que os pedidos de intervenção motivaram um processo aquisitivo de material, foi criado para o efeito um formulário electrónico destinado ao SGAL, para fins de aquisição dos consumíveis necessários à manutenção.

## 6.4. Área da Gestão de Doentes

No contexto da análise realizada pelo Serviço de Gestão de Doentes (SGD) em sede do PGRIC e relativamente ao ano de 2022, foi identificado um conjunto de riscos, bem como um conjunto de práticas que têm por propósito diminuir o nível de exposição por parte da organização, designadamente:

Área	Identificação de Perigos	Riscos Associados	Avaliação/Acompanhamento Documentos e práticas de suporte e monitorização
<b>Gestão de Processos de Transporte de Doentes e de Requisição de MCDT ao Exterior</b>	1. Possibilidade de ocorrência de faturação Indevida	Erros de faturação	<p><b>Cumpriram-se os normativos externos e internos em vigor:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Procedimento de Conferência de Faturação de MCDT e Transportes - <b>PS.SVGD.025</b></li> <li>▪ Descrição de Funções Assistente Técnico - Internamento <b>DF.SVGD.04</b></li> <li>▪ Descrição de Funções dos Pontos de Trabalho do Núcleo de MCDT</li> <li>▪ Descrição de Funções dos Pontos de Trabalho do Núcleo de Transportes de Doentes</li> </ul> <p><b>Evidências:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Segregação de funções</li> <li>▪ Conferência sistematizada de todos os pedidos de MCDT, Transporte de Doentes e respetiva faturação.</li> </ul>

Área	Identificação de Perigos	Riscos Associados	Avaliação/Acompanhamento Documentos e práticas de suporte e monitorização
<b>Gestão de Doentes</b>	<p>2. Registo de dados identificativos dos utentes</p> <p>2.1 Registo da atividade assistencial prestada aos utentes e cidadãos</p>	<p>Erros na recolha e inserção de dados de utentes</p> <p>Falta de atualização de dados</p>	<p><b>Procedimentos e normativos internos em vigor:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Procedimento de Identificação da Entidade Financeira Responsável (EFR) - <b>PS:SVGD.021</b>. O referido procedimento estabelece para os profissionais do SGD um conjunto de normas reguladoras visando a correta identificação da EFR pelo pagamento da despesa hospitalar;</li> <li>▪ Procedimento para Registo Administrativo de Doentes Internados - <b>PS.SADD.01</b>;</li> <li>▪ Procedimento de Registo Administrativo para a realização de Interrupção Voluntária da Gravidez até às 10 semanas de Gestação – 2.ª Alteração- <b>PS.SADD1.02</b>;</li> <li>▪ Procedimento de Registo Administrativo de Utentes Sem Identificação nos serviços de urgência - <b>PS.SVGD.10</b>.</li> </ul> <p><b>Evidências:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Instruções, despachos e indicações de trabalho escritas;</li> <li>▪ Abertura de perfil polifuncional SONHO em postos de trabalho.</li> </ul>

Área	Identificação de Perigos	Riscos Associados	Avaliação/Acompanhamento Documentos e práticas de suporte e monitorização
<b>Gestão de Doentes</b>	3. Identificação incorreta da EFR	Episódios não faturados	<p><b>Procedimentos em vigor</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Procedimento de Identificação da EFR - <b>PS.SVGD.021</b></li> </ul> <p><b>Evidências:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Correio eletrónico com despachos e instruções / indicações</li> <li>▪ Plataforma de Faturação Hospitalar às Seguradoras</li> </ul>

Área	Identificação de Perigos	Riscos Associados	Avaliação/Acompanhamento Documentos e práticas de suporte e monitorização
<b>Arquivo Clínico</b>	4. Manter o Arquivo Clínico organizado com rápido acesso aos processos clínicos	Processos mal arquivados / demora na resposta	<p><b>Procedimentos em vigor</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Procedimento para arquivo de processos clínicos em suporte de papel e monitorização da circulação interna - <b>GIC.06</b></li> <li>▪ Procedimento para Atribuição de Números aos Processos Clínicos - <b>GIC.02</b></li> <li>▪ Procedimento para o Tratamento de Duplicação de Números de Processos Clínicos / Identificação Duplicada - <b>GIC.07</b></li> <li>▪ Procedimento de Retenção / Destruição dos Registos Clínicos no âmbito do Arquivo Clínico - <b>GIC.03</b></li> <li>▪ Procedimento para Requisição, Acesso e Consulta de Processos Clínicos e de MCDT</li> </ul> <p><b>Evidências:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Registo no sistema "SONHO";</li> <li>▪ Pasta com registo interno de controlo de processos arquivados;</li> <li>▪ Pasta com o registo interno de substituição de saquetas/ envelopes danificados;</li> <li>▪ N.º residual de processos mal arquivados/ não localizados.</li> </ul>

## 6.5. Área dos Recursos Humanos

No contexto do PGRIC e no caso concreto da área dos recursos humanos, foram identificados os seguintes riscos, os quais constam nos quadros infra, tendo sido efetuada a seguinte avaliação:

Identificação do Perigo	Riscos Associados	Avaliação / Acompanhamento
1. Inserção incorreta de dados do cadastro do trabalhador na aplicação informática de processamento de salários e de assiduidade.	Erros ao nível do tratamento de dados do trabalhador (emissão de declarações, notas biográficas, guias de vencimentos, contagens de tempo, etc.	O Serviço de Gestão e Planeamento de Recursos Humanos (SGPRH) dispõe de manuais e procedimentos exaustivos com vista à implementação de boas práticas no serviço.  Os dados inseridos no sistema de informação RHV são auditados pelas técnicas superiores do SGPRH, sendo também efetuada auditoria aos dados inseridos no RHV pela ACSS/SPMS. Sempre que uma destas entidades deteta alguma anomalia, comunica com o SGPRH, para efeitos de correção ou clarificação.
2. Inserção incorreta de dados relativos ao processamento de salários	Processamento incorreto de abonos e descontos ao trabalhador	O sector de vencimentos e assiduidade é auditado por duas técnicas superiores, supervisionadas pelo diretor do serviço. São retiradas diversas listagens do sistema (pré-processamento salarial) que são conferidas e validadas pelo SGPRH.
3. Incorreta contabilização de valores relacionados com SIGIC	Processamento incorreto dos valores ao trabalhador	
4. Inserção incorreta de dados relativos à assiduidade dos trabalhadores	Processamento incorreto de abonos e descontos ao trabalhador e má formação do histórico do trabalhador a nível da sua assiduidade e pontualidade	O pessoal técnico superior efetua a conferência e validação global do processamento salarial.

À semelhança do informado em anos anteriores, todas estas as tarefas têm vindo a ser asseguradas de modo a cumprir os procedimentos existentes, descritos no Manual de Procedimentos do SGPRH, reduzindo-se a probabilidade de erro, tendo em vista o aumento da qualidade e eficácia do trabalho desempenhado.

Identificação do Perigo	Riscos Associados	Avaliação / Acompanhamento
5. Incorreta elaboração de contratos de trabalho	Integração jurídico-funcional incorreta do trabalhador na instituição	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. O SGPRH tenta assegurar toda a formação profissional disponível e adequada aos seus colaboradores, sendo esta matéria uma das focadas no plano de ação anual do Serviço.</li> <li>2. São realizadas regularmente reuniões de serviço com vista ao esclarecimento de dúvidas e aplicação de legislação. Sempre que necessário o SGPRH conta com o apoio do Gabinete Jurídico do CHS para esclarecimento de dúvidas/ elaboração de pareceres.</li> </ol>

As referidas reuniões ocorrem sempre que necessário e em função da importância de atualização de conceitos pela equipa do SGPRH.

Identificação do Perigo	Riscos Associados	Avaliação / Acompanhamento
6. Prestação de informação incorreta ao trabalhador	As informações prestadas incorretamente aos colaboradores do CHS podem ter implicações ao nível dos seus direitos ou deveres	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. O SGPRH tenta assegurar toda a formação profissional aos seus colaboradores, sendo esta matéria uma das focadas no plano de ação serviço.</li> <li>2. São realizadas reuniões regulares com a equipa com vista ao esclarecimento de dúvidas e aplicação de legislação. Sempre que necessário o SGPRH conta com o apoio do Gabinete Jurídico do CHS para esclarecimento de dúvidas/ elaboração de pareceres.</li> </ol>

Com base na formação adquirida pelos elementos do SGPRH, a qualidade e objetividade da informação prestada aos trabalhadores da Instituição tem vindo a ser melhorada.

Identificação do Perigo	Riscos Associados	Avaliação / Acompanhamento
7. Prestação de informação incorreta ao CA	A ocorrência de imprecisões nas informações prestadas ao CA poderá condicionar o processo de tomada de decisão.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. O SGPRH tenta assegurar formação profissional adequada aos seus colaboradores.</li> <li>2. São realizadas reuniões regulares com a equipa com vista ao esclarecimento de dúvidas e aplicação de legislação.</li> </ol>

Todas as alterações legislativas de interesse têm vindo a ser atempadamente comunicadas ao CA, através do elemento do órgão de gestão que detém a área de Recursos Humanos.

Todos os pareceres elaborados pelo SGPRH foram supervisionados pela Direção do Serviço antes de serem submetidos para apreciação superior.

Identificação do Perigo	Riscos Associados	Avaliação / Acompanhamento
8. Autorização para acumulação de funções	Acumulação de funções não autorizadas pelo órgão de gestão	O SGPRH tem encetado ações informativas mediante a divulgação de circulares internas junto de todos os serviços no sentido de sensibilizar para a necessidade em fazer cumprir a lei em matéria de acumulação de funções.

Em virtude das alterações normativas subordinadas à acumulação de funções, o CA encetou medidas conducentes para a divulgação da obrigatoriedade na obtenção da autorização para a prática do regime de acumulação de funções.

Identificação do Perigo	Riscos Associados	Avaliação / Acompanhamento
9. Entrada e saída de trabalhadores/ colaboradores do CHS	Acesso indevido às aplicações informáticas na instituição	Foi implementado procedimento entre o SGPRH e o SGSTI o qual norteia o circuito de comunicação entre estes dois serviços, tendo como objetivo garantir a forma mais eficaz para informação de entradas e saídas de trabalhadores do CHS.

O desenvolvimento e implementação do Portal WEB/RHV veio permitir o acesso à distância de um conjunto de informações por parte dos colaboradores da Instituição (declarações, talões de vencimento, declarações de IRS, alteração de dados do colaborador, entre outros) diminuindo-se os tempos de resposta, dispensando a necessidade da presença física dos colaboradores no atendimento ao público do SGPRH e contribuindo para uma maior satisfação dos utilizadores deste serviço.

De salientar também que, de forma a reduzir o risco de erro no que respeita a lançamento e processamento de valores de SIGIC, o SGPRH passou a integrar diretamente no processamento mensal uma listagem global com os valores apurados – a listagem contempla n.º mecanográfico, n.º de processo SIGIC, valor, data de realização do procedimento e data IRS. O fim da inserção manual no RHV, por trabalhador, dos valores decorrentes da produção SIGIC veio reduzir significativamente o risco de erro associado.

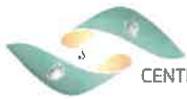
## 6.6. Área das Tecnologias de Informação

No decurso da atividade realizada pelo SGSTI durante o ano de 2022, e à luz dos riscos inicialmente identificados no PGRIC do CHS relativamente às suas áreas de atuação e através da utilização dos mecanismos de controlo interno e supervisão à disposição do SGSTI, não foram detetadas desconformidades dignas de nota. A saber:

Identificação do Perigo	Riscos Associados	Avaliação / Acompanhamento
1. Perdas ou adulteração de dados no "SONHO".	Impossibilidade de faturação de episódios.	1. Aplicação dos procedimentos da Política de Sistemas e Tecnologias de Informação.

O gestor do aplicativo SONHO do CHS, elemento do SGSTI com a particular incumbência de monitorizar e garantir o normal funcionamento deste sistema aplicacional, e no âmbito das medidas corretivas/preventivas adotadas, fez uso não só da aplicação da *Política de Sistemas e Tecnologias de Informação*, mas também dos seguintes procedimentos e regulamento, designadamente:

- *Procedimento de Segurança do Sistema Informático*
- *Procedimento Segurança e Confidencialidade dos Dados*
- *Procedimento de Recuperação em Caso de Avaria Grave do Sistema*
- *Procedimento para Backups de Ficheiros Informáticos*
- *Regulamento para a Utilização dos Sistemas e Tecnologias de Informação do CHS.*



Página propositadamente deixada em branco