

CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA

SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO | 2021

**DO PLANO DE PREVENÇÃO DE RISCOS DE GESTÃO,
INCLUINDO DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS**



**REPÚBLICA
PORTUGUESA**
SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



Título: Relatório de Execução 2021 do Plano de Prevenção de Riscos de Gestão, incluindo de Corrupção e Infrações Conexas

Coordenação Técnica: Serviço de Auditoria Interna CHUC

Imagens: pixabay.com/pt/

Data: dezembro 2022



auditoriachuc@chuc.min-saude.pt



<http://www.chuc.min-saude.pt/>

CONTEÚDOS

01. INTRODUÇÃO	5
02. METODOLOGIA	6
03. MONITORIZAÇÃO	8
04. CONCLUSÕES	12
05. RECOMENDAÇÕES	13
06. ANEXOS	14
6.1. Serviço de Aprovisionamento	14
6.2. Serviço de Gestão de Doentes	16
6.3. Serviço de Gestão de Recursos Humanos	18
6.4. Serviço de Gestão Financeira	21
6.5. Serviço de Gestão Hoteleira	24
6.6. Serviço Jurídico e de Contencioso	29
6.7. Serviço de Planeamento e Controlo de Gestão	31
6.8. Serviço de Tecnologias e Sistemas de Informação	32

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Evolução do mapa de gestão de riscos 2013-21	8
Figura 2 Riscos e medidas de resposta ao risco por Serviço	9
Figura 3 Execução das medidas de resposta ao risco por Serviço	10
Figura 4 Execução das medidas de resposta ao risco 2020 vs. 2021	11
Figura 5 Execução das medidas de resposta ao risco (n.º e %) - Serviço de Aproveitamento	15
Figura 6 Execução das medidas de resposta ao risco (n.º e %) - Serviço de Gestão de Doentes.....	17
Figura 7 Execução das medidas de resposta ao risco (n.º e %) - Serviço de Gestão de Recursos Humanos.....	20
Figura 8 Execução das medidas de resposta ao risco (n.º e %) - Serviço de Gestão Financeira.....	22
Figura 9 Execução das medidas de resposta ao risco (n.º e %) - Serviço de Gestão Hoteleira	27
Figura 10 Execução das medidas de resposta ao risco (n.º e %) - Serviço Jurídico e de Contencioso	30
Figura 11 Execução das medidas de resposta ao risco (n.º e %) - Serviço de Planeamento e Controlo de Gestão.....	31
Figura 12 Execução das medidas de resposta ao risco (n.º e %) - Serviço de Tecnologias e Sistemas de Informação	33

01. INTRODUÇÃO

O Plano de Prevenção de Riscos de Gestão, incluindo de Corrupção e Infrações Conexas (PPRGCIC) do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), aprovado pelo Conselho de Administração em 26/12/2013, foi elaborado fundamentalmente nos termos das orientações definidas pelo Conselho de Prevenção da Corrupção.

Todavia, no decurso de metodologias internacionalmente aceites sobre a gestão de risco, das quais se destaca o Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission, optou-se por estabelecer um plano mais amplo do que o inicialmente recomendado pelo Conselho de Prevenção da Corrupção, que pudesse incluir, além dos riscos de corrupção e infrações conexas, os riscos de gestão mais relevantes, em consonância com a metodologia de gestão de risco recomendada pela Administração Central do Sistema de Saúde.

O PPRGCIC constitui, assim, um instrumento de gestão fundamental, dado que a sua implementação e acompanhamento permitem reforçar e consolidar os procedimentos e mecanismos de prevenção e deteção da fraude e corrupção.

O Serviço de Auditoria Interna sumaria, no presente relatório, a monitorização e avaliação da execução anual do PPRGCIC, nomeadamente sobre a eficácia das medidas previstas e a sua implementação pelas áreas de atividade que integram o Plano, bem assim, as conclusões e recomendações no âmbito do exercício 2021.

Conclui-se que foram implementadas, ou estão em execução, na totalidade 131 medidas das 186 medidas propostas, o que corresponde a uma taxa de execução de 70%, inferior à registada no período homólogo de 2020 (87%).

Este é acima de tudo um trabalho que se pretende contínuo, quer no que concerne à identificação dos riscos, quer no que respeita às medidas de prevenção de riscos e da qual dependerá, como sempre, da boa cooperação e colaboração dos dirigentes e trabalhadores envolvidos.

02. METODOLOGIA

A operacionalização do PPRGCIC agrega os seguintes intervenientes:



CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

- Gestor e responsável máximo pela execução do PPRGCIC;
- Define a arquitetura, regras e critérios da gestão de risco, assegurando a sua revisão, sempre que necessário.



SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA

- Acompanha a execução das medidas previstas no PPRGCIC e elabora o respetivo relatório anual;
- Apoia o Conselho de Administração na consolidação da revisão e atualização do PPRGCIC;
- Reporta ao Conselho de Administração os riscos que decorram da avaliação do sistema de controlo interno.



DIRIGENTES (Aprovisionamento, Gestão de Doentes, Gestão de Recursos Humanos, Gestão Financeira, Gestão Hoteleira, Jurídico e de Contencioso, Planeamento e Controlo de Gestão, Tecnologias e Sistemas de Informação)

- Responsáveis pela aplicação e acompanhamento do PPRGCIC na sua área respetiva;
- Garantem a eficácia das medidas de controlo do risco na sua esfera de atuação;
- Comunicam ao Conselho de Administração qualquer ocorrência de risco com provável gravidade superior.



COLABORADORES

- Contribuem para a melhoria contínua da gestão de riscos;
- Comunicam à direção de serviço todos os riscos constatados nas medidas de controlo existentes.

O processo de elaboração do PPRGCIC contou com a colaboração dos responsáveis das áreas de Aprovisionamento, Gestão de Doentes, Gestão de Recursos Humanos, Gestão Financeira, Gestão Hoteleira, Jurídico e de Contencioso, Planeamento e Controlo de Gestão, Tecnologias e Sistemas de Informação. De acordo com a metodologia adotada, foi utilizado um mapa para proceder à enumeração das situações de risco (mapa de gestão de riscos), relativas a cada área de atividade, identificando-se os seus responsáveis, associando-lhes uma escala de risco, a sua probabilidade de ocorrência e a apresentação de medidas preventivas a adotar.

Tendo como data de referência 31/12/2021, a presente monitorização permite avaliar a execução do PPRGCIC, pelo Serviço de Auditoria Interna, e baseia-se na análise das respostas dos responsáveis de cada área, por intermédio do mapa de acompanhamento que integra a informação do reporte do exercício anterior.

Neste sentido, analisam-se os seguintes fatores:

- Ponto de situação das ações desenvolvidas de resposta ao risco;
- Avaliação das medidas de controlo, consoante:

Implementada - a medida de resposta ao risco foi completamente executada;

Em execução - a medida de resposta ao risco foi executada apenas parcialmente;

Não implementada - a medida de resposta ao risco não foi executada;

- Identificação dos eventuais motivos que justificam atrasos, caso aplicável, face ao previsto de implementação.

Por último, o Serviço de Auditoria Interna procede à compilação, organização e validação da informação recolhida com vista à aferição do grau de execução das medidas adotadas de resposta ao risco.

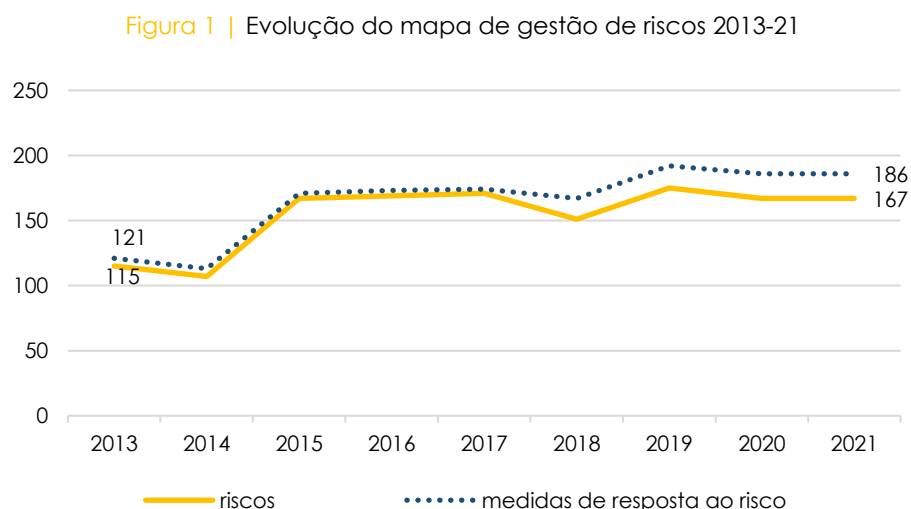
03. MONITORIZAÇÃO

O CHUC tem vindo a considerar as recomendações do Conselho de Prevenção da Corrupção, nomeadamente:

- Prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas no âmbito das medidas de resposta ao surto pandémico da Covid-19 (06/05/2020);
- Gestão de conflitos de interesse no setor público (08/01/2020);
- Prevenção de riscos de corrupção na contratação pública (02/10/2019);
- Planos de Prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas (01/07/2015);
- Prevenção de riscos de corrupção na contratação pública (07/01/2015);
- Gestão de conflitos de interesse no setor público (07/11/2012);
- Planos de Gestão de riscos de corrupção e infrações conexas (01/07/2009).

Também por se identificarem alterações estruturais decorridas no Serviço de Gestão de Doentes e Serviço de Gestão Hoteleira, o que levou a uma revisão dos mapas de gestão de riscos em cada uma das áreas, o PPRGCIC tem sido alvo de revisão.

Assim, desde 2013, que se assiste a uma evolução consolidada de crescimento do número de riscos, igualmente acompanhada pelas medidas de resposta aos mesmos (figura 1).



Fonte: Serviço de Auditoria Interna

No final de 2021, o Plano integra 167 situações que podem originar o risco de gestão, incluindo de corrupção e infrações conexas e 186 medidas de resposta ao risco.

Constata-se uma proporção de riscos e respetivas medidas de resposta de 1:1 nos Serviços de Gestão de Doentes, Gestão Financeira, Jurídico e de Contencioso e Planeamento e Controlo de Gestão. Nos Serviços de Aprovisionamento, Gestão de Recursos Humanos e Gestão Hoteleira verifica-se um número de medidas de resposta ao risco superior ao número de riscos (figura 2).

Figura 2 | Riscos e medidas de resposta ao risco por Serviço

Serviço	Riscos					Medidas de resposta ao risco
	Crítico	Alto	Moderado	Baixo	Total	
Aprovisionamento	21	0	0	0	21	22
Gestão de Doentes	7	2	1	8	18	18
Gestão de Recursos Humanos	7	2	11	2	22	32
Gestão Financeira	2	3	10	13	28	28
Gestão Hoteleira	28	10	6	0	44	51
Jurídico e de Contencioso	5	1	2	2	10	10
Planeamento e Controlo de Gestão	0	0	1	3	4	4
Tecnologias e Sistemas de Informação	0	10	10	0	20	21
Total	70	28	41	28	167	186

Fonte: Serviço de Auditoria Interna

A destacar:

- Das 167 situações que podem originar o risco, verifica-se que 42% (70) são de nível crítico, 25% (41) de risco moderado 17% (28) de nível alto e 17% (28) de risco baixo.
- Do número total de riscos, a maior representatividade por área de atividade é:
 - Nível crítico nos Serviços de Aprovisionamento, Gestão Hoteleira e Jurídico e de Contencioso.
 - Nível alto e moderado, em simultâneo, no Serviço de Tecnologias e Sistemas de Informação.
 - Nível moderado no Serviço de Gestão de Recursos Humanos.
 - Nível baixo nos Serviços de Gestão de Doentes, Gestão Financeira e Planeamento e Controlo de Gestão.

Numa apreciação global, as medidas implementadas e em implementação representam 70% (131) das 186 medidas de resposta ao risco (figura 3).

Figura 3 | Execução das medidas de resposta ao risco por Serviço

Serviço	Implementada		Em execução		Não implementado		Total
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	
Aprovisionamento	10	45%	12	55%	0	0%	22
Gestão de Doentes	16	89%	2	11%	0	0%	18
Gestão de Recursos Humanos	24	75%	0	0%	8	25%	32
Gestão Financeira	6	21%	19	68%	3	11%	28
Gestão Hoteleira	6	12%	5	10%	40	78%	51
Jurídico e de Contencioso	2	20%	4	40%	4	40%	10
Planeamento e Controlo de Gestão	4	100%	0	0%	0	0%	4
Tecnologias e Sistemas de Informação	15	71%	6	29%	0	0%	21
Total	83	44,6%	48	25,8%	55	29,6%	186

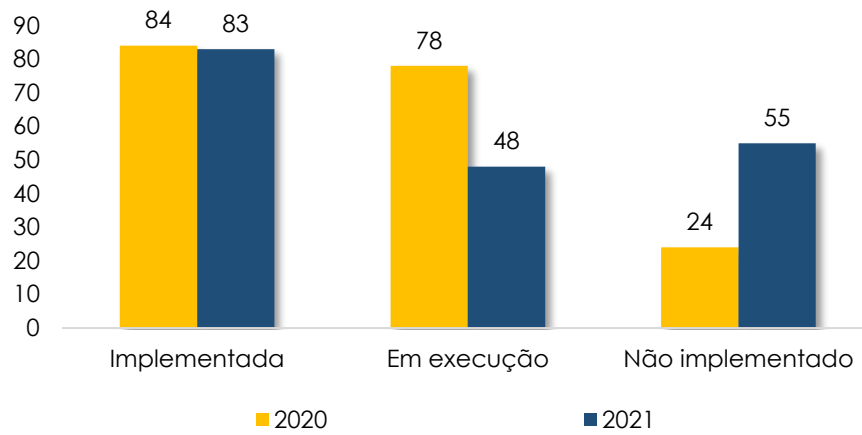
Fonte: Serviço de Auditoria Interna

A destacar:

- Das 186 medidas previstas de resposta ao risco, 83 encontram-se implementadas (44,6%), 48 em implementação (25,8%) e 55 ainda não implementadas (29,6%).
- Os Serviços de Planeamento e Controlo de Gestão, Gestão de Doentes, Gestão de Recursos Humanos, Tecnologias e Sistemas de Informação apresentam a maior percentagem de medidas implementadas 100%, 89%, 75% e 71%, respetivamente.
- Os Serviços de Gestão Financeira e Aprovisionamento apresentam a maior percentagem de medidas em execução 68% e 55%, respetivamente.
- O Serviço Jurídico e de Contencioso apresenta uma percentagem semelhante relativamente às medidas em execução (40%) ou não implementadas (40%).
- O Serviço de Gestão Hoteleira detém a maior percentagem de medidas não implementadas (78%).

No que concerne às medidas de resposta ao risco, face ao período homólogo de 2020, destaca-se um aumento nas medidas não implementadas (+31), por contrapartida de uma diminuição nas medidas implementadas (-1) e em implementação (-30) (figura 4).

Figura 4 | Execução das medidas de resposta ao risco 2020 vs. 2021



04. CONCLUSÕES

Do exposto resultam as seguintes conclusões:

- O PPRGCIC é monitorizado anualmente pelo Serviço de Auditoria Interna com o contributo dos Serviços de Aprovisionamento, Gestão de Doentes, Gestão de Recursos Humanos, Gestão Financeira, Gestão Hoteleira, Jurídico e de Contencioso, Planeamento e Controlo de Gestão, Tecnologias e Sistemas de Informação.
- A taxa de participação na monitorização de 2021 é de 100%, evidenciando o envolvimento total dos Serviços no processo de gestão de riscos e a respetiva avaliação.
- O PPRGCIC identifica detalhadamente os riscos de gestão, incluindo os de corrupção e infrações conexas para as funções/ações de cada um dos Serviços abrangidos.
- O PPRGCIC indica medidas preventivas por Serviço, nomeadamente a elaboração de procedimentos no âmbito dos mecanismos de controlo interno, segregação de funções e realização de ações de formação adequada para os trabalhadores.
- No final de 2021 registam-se 167 situações que podem originar o risco de gestão, incluindo de corrupção e infrações conexas, e 186 medidas preventivas de resposta ao risco.
- A presente avaliação reflete acerca da eficácia e adequação do PPRGCIC. As medidas implementadas e em execução representam 70 % das 186 medidas preventivas de resposta ao risco, das quais 83 estão implementadas (44,6%) e 48 em implementação (25,8%). Existem 55 medidas por implementar.
- Face ao período homólogo de 2020, destaca-se um aumento nas medidas por implementar (+31), por contrapartida de uma diminuição nas medidas implementadas (-1) e em implementação (-30).

05. RECOMENDAÇÕES

O Serviço de Auditoria Interna coloca à consideração as seguintes recomendações:

- Envio do relatório de execução ao Conselho de Prevenção da Corrupção, nos termos do disposto na Recomendação n.º 1/2009, de 1 de julho, do Conselho de Prevenção da Corrupção e do n.º 14 do artigo 86.º do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto.
- Envio do relatório de execução aos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde, especificamente, Administração Central do Sistema de Saúde e Direção-Geral do Tesouro e Finanças, nos termos do n.º 14 do artigo 86.º do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto.
- Publicação do relatório de execução nas páginas, internet e intranet, do CHUC, excetuando as matérias e vertentes que o Conselho de Administração considere de natureza reservada, nos termos da Recomendação n.º 3/2015, de 1 de julho, do Conselho de Prevenção da Corrupção.
- Prosseguir com a implementação de medidas de reforço do controlo, no sentido de melhorar o desempenho do CHUC em termos de prevenção dos riscos de gestão, incluindo de corrupção e infrações conexas.
- Realçar na revisão do PPRGCIC, em curso, medidas preventivas tais como: a segregação de funções, elaboração e atualização de procedimentos no âmbito dos mecanismos de controlo interno, transparência nos procedimentos de contratação pública e ações de formação adequadas para os trabalhadores.
- No PPRGCIC 2022-25, manter a monitorização relativa aos Serviços de Aprovisionamento, Gestão de Doentes, Gestão de Recursos Humanos, Gestão Financeira, Gestão Hoteleira, Jurídico e de Contencioso, Planeamento e Controlo de Gestão, Tecnologias e Sistemas de Informação.
- No PPRGCIC 2022-25, ampliar a monitorização da gestão de riscos a outras áreas de atividade específicas (auditoria interna; gestão de projetos, investimentos e património; gestão do imobilizado; qualidade e segurança do doente) e transversais (estrutura organizacional; conduta ética; proteção de dados; acumulação de funções públicas e privadas).
- Promover a cooperação entre Serviços, designadamente, nas atividades transversais cujos processos se entrecruzam.
- Explanar no PPRGCIC o compromisso do CHUC para uma Estratégia de Gestão de Risco Organizacional, que reúna e compatibilize os mecanismos da gestão de riscos.

06. ANEXOS

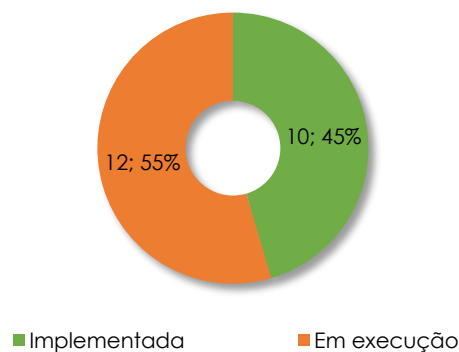
6.1. Serviço de Aprovisionamento

Id. Risco	Fator de Risco	Resposta ao Risco	Monitorização
1	Recursos humanos insuficientes/não qualificados/desmotivados	Formação e solicitação ao Conselho de Administração do aumento do n.º de funcionários	Implementada
2	Quantidade de pedidos de compras sem resposta atempada ou/ e sem informação pertinente e necessária	Elaboração de formulário para pedidos, devidamente informado e progressiva implementação de requisições eletrónicas	Em execução
3	Tempo de resposta dos SIE e dos Serviços para caracterização técnica com os respetivos atrasos nas aquisições	Elaboração de cadernos de encargos protótipos para bens de uso corrente e agregação das necessidades	Em execução
4	Aquisições de serviços dispersas (SIE) não incluídas no SA, com o risco de incumprimentos do CCP	Centralização no SAIFS das aquisições levadas a cabo pelos SIE	Em execução
5	Atrasos nas aquisições pelo facto de os profissionais se deslocarem constantemente para fazerem a receção destes materiais	Transferência da responsabilidade de receção de equipamentos pelo SAIFS para o Setor Logística	Implementada
6	Prestações de serviços - não existe reporte completo no RHV	Transferência da responsabilidade dos registos para o SGRH	Implementada
7	Existência de lacunas estruturais e vários locais de armazenamento, com as consequentes ineficiências a nível de gestão de materiais	Reestruturação do espaço de armazenamento no Setor Logística	Em execução
8	Bens à consignação - dificuldade de gestão por falta de informação e registos	Alargar o módulo de consignação a outros serviços	Em execução
9	Diferenças de inventário	Implementação software de picking e utilização de PDA's nos Armazéns dos polos HUC, HG e HP	Em execução
10	Inexistência de sala de escolhas e arrumo de amostras com os extravios consequentes e a falta de condições para que se proceda à análise das mesmas e consequente demora no procedimento de aquisição	Afetação de espaço a sala de amostras e júris	Implementada
11	Anos findos e falta de procedimentos de aquisição adequados ao quadro legal	Progressiva organização de procedimentos de aquisição globais CHUC	Em execução
12	Incumprimento do Despacho n.º 851-A/2017, de 16 de janeiro	Elaboração de procedimento em colaboração com o Serviço Jurídico e de Contencioso	Implementada
13	Incumprimento da legislação em vigor CCP	Elaboração de procedimento e afetação de recursos a esta tarefa	Implementada

14	Bens de elevado valor dados como consumidos à saída do armazém, aumentando os consumos e falseando a informação, bem como falta de controlo dos bens armazenados nos serviços (extravios)	Implementação gradual de armazéns avançados, nomeadamente no Bloco Operatório e Serviço de Urgência dos HUC bem como no HP	Em execução
15	Atraso na aquisição de ajudas técnicas e incumprimento legal (fracionamento da despesa)	Planeamento das aquisições de ajudas técnicas standard	Implementada
16	Incumprimento da legislação em vigor CCP, no que diz respeito ao cumprimento do art.º 113º e de processos sujeitos a Tribunal de Contas por acumulação do valor	Pedido de desenvolvimento à Glintt	Em execução
17	Desvio de bens	Colocação de alarmes, videovigilância, transporte de bens entre hospitais	Implementada
18	Diferenças significativas entre as contagens manuais e os registos na aplicação	Rever os perfis de acesso dos profissionais do CHUC que permite a movimentação de bens por profissionais não autorizados	Em execução
		Apostar na formação dos profissionais e dotar o Sector de Logística de PDA's que permitam a automatização e os erros manuais	Em execução
19	Extravio de documentos que provocam atrasos nos processos e eventuais ruturas de bens	Adquirir aplicação de gestão documental que permita o mapeamento dos documentos	Em execução
20	Instrução insuficiente dos processos de aquisição sujeitos a parecer do Serviço Jurídico e de Contencioso	Cumprimento rigoroso da check lista efetuada pelo Serviço Jurídico e de Contencioso	Implementada
21	Desaparecimento de processos em arquivo e que por Lei têm de estar disponíveis a qualquer altura para consulta	Aquisição de estanteria e afetação de recursos humanos à organização do arquivo do Serviço de Aprovisionamento	Implementada

Legenda: CCP - Código dos Contratos Públicos; HG - Hospital Geral; HP - Hospital Pediátrico; HUC - Hospitais da Universidade de Coimbra; RHV - Sistema de informação Recursos Humanos e Vencimentos; SA - Serviço de Aprovisionamento; SAIFS - Setor de Aquisições de Investimentos e de Fornecimentos de Serviços; SGRH - Serviço de Gestão de Recursos Humanos; SIE - Serviço de Instalações e Equipamentos.

Figura 5 | Execução das medidas de resposta ao risco (n.º e %) - Serviço de Aprovisionamento



Fonte: Serviço de Auditoria Interna

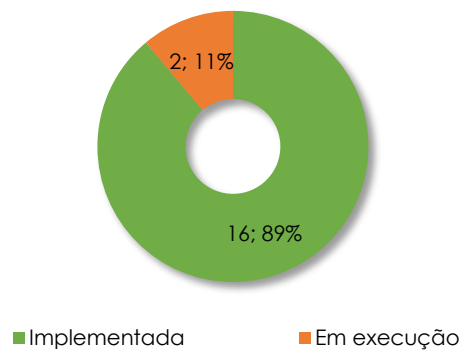
6.2. Serviço de Gestão de Doentes

Id. Risco	Polo	Fator de Risco	Resposta ao Risco	Monitorização
1	CHUC	Atribuição indevida de isenções e dispensas de taxas moderadoras, com favorecimento do doente	Auditorias <i>ad hoc</i> às isenções e dispensas atribuídas	Implementada
2	CHUC	Favorecimento de agenciários (agências funerárias)	Escala prévia e rotativa de agenciários. Escala mensal rotativa do posto de trabalho	Implementada
3	CHUC	Cobrança indevida de valores para entrega de relatórios clínicos	Proibição de cobrança de quaisquer valores aos doentes	Implementada
4	HUC_MDM	Dupla faturação dos episódios resultantes da mobilidade do doente intra-CHUC	Utilização transversal ao CHUC de um único sistema de gestão de doentes.	Implementada
5	HSC	Dupla faturação, devolução da mesma por parte da Entidade Financeira Responsável do doente	Existência de um só sistema de gestão de doentes	Implementada
6	CHUC	Dupla faturação-Evitar que os episódios abrangidos por ensaios clínicos possam ser faturados ao SNS	Implementação do SIGEC. Os investigadores devem identificar quais os episódios que não devem ser faturados à EFR do doente por estarem abrangidos pelo financiamento do ensaio clínico	Em execução
7	HG_HP_MBB	Dupla faturação- Evitar que as transferências inter-CHUC possam envolver faturação do mesmo episódio pelos vários polos intervenientes na assistência do utente. Dupla faturação, devolução da mesma por parte da Entidade Financeira Responsável	Existência de um só sistema de gestão de doentes	Implementada
8	CHUC	Produção incorretamente registada	Formação, publicação atempada por parte da ACSS das regras de registo da produção	Em execução
9	CHUC	Não registo da produção	Informatização do processo clínico, não permitindo a requisição de MCDT sem existir um episódio (consulta, internamento, H Dia, urgência)	Implementada
10	CHUC	Devolução de faturação, impossibilidade de faturar dentro dos prazos	Sensibilização, formação, recurso sistemático ao RNU, reforço do pessoal de faturação	Implementada
11	CHUC	Apropriação ilegítima de valores da instituição/risco de não entrega de valores cobrados a título de taxas moderadoras, pelo não registo no sistema e não entrega de recibo ao utente	Evitar que nos postos de cobrança de taxas moderadoras exista um único elemento, colocar avisos, informando os utentes que devem solicitar sempre recibos, remeter sempre as notas de débito	Implementada
12	HG_HP_MBB	Não cobrança de taxas moderadoras, pelo facto de os funcionários não solicitarem as taxas moderadoras devidas, quando o utente está presente na instituição, havendo necessidade de posterior envio de nota de débito	Introduzir nos objetivos do SIADAP, um relacionado com a taxa de cobrança de taxas moderadoras	Implementada
13	CHUC	Anulação indevida de recibos	Não permitir a anulação de recibos de cobranças em dias diferentes do recebimento, exceto com autorização superior. Anulação de recibos por pessoa diferente do cobrador	Implementada
14	CHUC	Evitar procedimentos diferenciados nos vários hospitais do CHUC, relativo à cobrança de taxas moderadoras	Estabelecer procedimentos uniformes para a cobrança e entrega dos valores	Implementada

15	CHUC	Inexistência de regras no que toca às regras de abono para falhas	Estabelecer procedimentos uniformes para atribuição de abono para falhas	Implementada
16	CHUC	Evitar procedimentos diferenciados nos vários hospitais do CHUC	Estabelecer procedimentos uniformes	Implementada
17	CHUC	Não serem cobradas taxas por não haver trocos	Providenciar para que todos os funcionários tenham um fundo de maneio para trocos	Implementada
18	CHUC	Não serem cobradas taxas por não haver TPA	Providenciar para que nos locais em que se justifique haja TPA	Implementada

Legenda: ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde; HG - Hospital Geral; HP - Hospital Pediátrico; HSC - Hospital Sobral Cid; HUC - Hospitais da Universidade de Coimbra; MBB - Maternidade Bissaya Barreto; MCDT - Meios Complementares de Diagnóstico; RNU - Registo Nacional de Utentes; SIADAP - Sistema Integrado de Gestão e Avaliação do Desempenho na Administração Pública.

Figura 6 | Execução das medidas de resposta ao risco (n.º e %) - Serviço de Gestão de Doentes



Fonte: Serviço de Auditoria Interna

6.3. Serviço de Gestão de Recursos Humanos

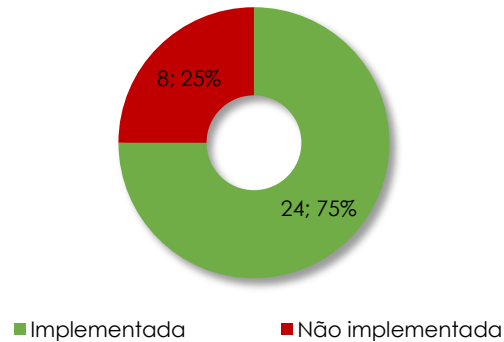
Id. Risco	Fator de Risco	Resposta ao Risco	Monitorização
1	Erro no registo de férias, faltas e licenças no RHV	Definir procedimentos internos para a gestão da assiduidade	Implementada
2	Insuficiência de controlo de assiduidade em grupos profissionais não integrados em escala	Realizar auditorias internas mensais de modo a garantir ao cumprimento do Regulamento de Horário de Trabalho e Assiduidade	Não implementada
3	Favorecimento ilícito na atividade de validação de ausências	Definir procedimentos internos para a gestão da assiduidade	Implementada
4	Erro na introdução de informação de abonos/descontos/contribuições no RHV	Realizar auditorias internas à informação constante no RHV com implicação na atividade de processamento	Implementada
		Elaborar relatórios mensais de ocorrências e controlo de suplementos remuneratórios	Implementada
5	Processamento indevido de benefícios e compensações ou sem evidência de autorização	Realizar o processamento de benefícios e compensações após autorização escrita	Implementada
		Integrar de forma direta a informação dos suplementos remuneratórios no RHV	Implementada
6	Incumprimento das obrigações legais e outras, decorrentes do processamento de vencimentos (segurança social, impostos, penhoras, pensões, pagamento de ordens profissionais,...)	Partilhar aos profissionais do SGRH, as orientações ocorridas ao nível legislativo e outros via e-mail e abordar a matéria nas reuniões mensais de Serviço	Implementada
7	Funcionamento desajustado dos sistemas de informação	Reportar de imediato os problemas detetados com: a SPMS, nomeadamente ao nível da gestão do RHV; com a empresa A2, nomeadamente ao nível da gestão de escalas e com o Serviço de Tecnologias e Sistemas de Informação CHUC. Colaborar nas soluções informáticas.	Implementada
		Promover a integração entre as diferentes aplicações existentes.	Implementada
8	Perda/extravio de documentos	Definir procedimentos internos de avaliação e seleção de documentos para substituir o suporte de papel por circuitos de trabalho desmaterializados	Implementada
9	Demora no processo do arquivo digital	Reorganizar tarefas de modo a concretizar o processo de gestão documental em tempo real	Implementada
10	Favorecimentos ilícitos na atividade de recrutamento e seleção	Definir a política interna de recrutamento e seleção de pessoal	Implementada
		Nomear Júris diferenciados para cada procedimento (recrutamento e seleção) e respetiva homologação pelo Conselho de Administração	Implementada
		Publicitar o aviso de abertura do procedimento em Diário da República ou Jornal de expansão nacional/regional e no portal institucional	Implementada

11	Incumprimento de pré-requisitos no processo de admissão (cédulas profissionais, habilitações literárias...)	Criar normas com instruções específicas, claras e transparentes destinadas aos Júris e candidatos.	Implementada
		Formalizar procedimentos internos para processos de recrutamento e seleção	Implementada
12	Falha/atraso de registo individual e falta de atualização de dados pessoais	Reorganizar tarefas de modo a concretizar atempadamente os processos de registo e de atualização de dados pessoais	Não implementada
		Realizar auditorias à informação constante no RHV no que respeita aos dados pessoais	Implementada
13	Falta de atualização dos dados profissionais e de informação adicional relevante (exemplo: centros de custo, unidades orgânicas)	Realizar auditorias internas à informação constante no GEADAP, RHV e WebRHV	Não implementada
14	Falta/atraso do processo avaliativo	Incentivar a intervenção dos profissionais no processo de avaliação	Implementada
15	Exercício da atividade em acumulação de funções sem prévia autorização	Realizar periodicamente auditorias à informação registada no RHV comparando com informação externa	Não implementada
16	Inexistência de profissionais adequados às necessidades reais do CHUC	Efetuar uma gestão previsional dos efetivos, nomeadamente através da elaboração do Mapa de Pessoal e respetiva proposta orçamental	Implementada
		Cooperar na consolidação dos centros de custos RH com os centros de custos financeiros e de produção	Implementada
17	Dependência de entidades externas, nomeadamente A2, ESPAP, SPMS	Coordenar e manter a articulação entre a A2, ESPAP, SPMS na resolução de problemas informáticos	Implementada
18	Definição de apoio ao SGRH na utilização das aplicações informáticas e tecnologias de informação do CHUC	Promover e manter uma boa articulação com o Serviço de Tecnologias e Sistemas de Informação na resolução de problemas informáticos	Implementada
19	Enviesamento na recolha, tratamento e análise da informação	Assegurar a recolha e a qualidade da informação necessária à produção de estatísticas e outra informação de gestão no âmbito dos recursos humanos através, de auditorias internas à informação registada, nos sistemas de informação e respetiva correção quando necessário	Implementada
		Monitorizar a evolução dos principais indicadores de gestão, nomeadamente de recursos humanos e respetivos gastos e, análise dos desvios detetados	Não implementada
20	Indisponibilidade de informação	Desenvolver procedimentos internos para o registo de informação	Não implementada
21	Falta de transparência da informação	Divulgar informação relativa a indicadores de recursos humanos no site do CHUC	Não implementada
		Cumprir o reporte de informação diversa solicitada, ao nível externo e interno	Implementada
22	Diferença entre a informação que resulta do simulador da Caixa Geral de Aposentações/expectável face à situação final/real	Elaborar um manual de procedimentos relativo ao processo de aposentação	Não implementada

Legenda: A2 - Advancing To - Prestação de Serviços de Informática e Gestão; ESPAP - Entidade de Serviços Partilhados da Administração Pública; GEADAP - Gestão Integrada da Avaliação de Desempenho da

Administração Pública; SGRH - Serviço de Gestão de Recursos Humanos; SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde; RHV - Sistema de informação Recursos Humanos e Vencimentos

Figura 7 | Execução das medidas de resposta ao risco (n.º e %) - Serviço de Gestão de Recursos Humanos



Fonte: Serviço de Auditoria Interna

Relativamente às medidas não implementadas, o Serviço detalha o seguinte:

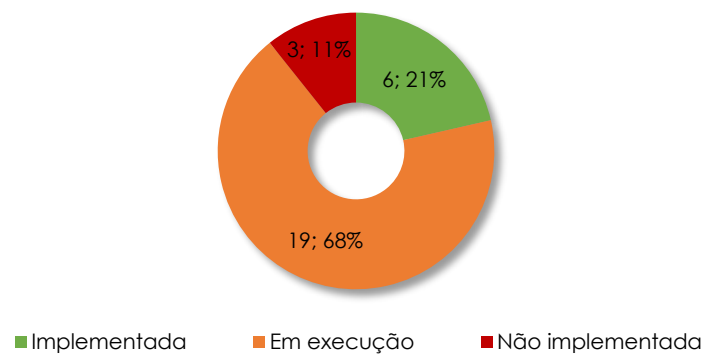
- Id. Risco 2, 12, 13, 15, 20, 21, 22 - prevê-se concretizar até 31/12/2022.
- Id. Risco 19 - a medida é medianamente assegurada a partir da análise dos desvios dos gastos com o pessoal, comparativamente com o período homólogo do ano anterior, concretizando-se no reporte que é efetuado mensalmente à Direção-Geral do Orçamento, por intermédio, do Serviço de Gestão Financeira.

6.4. Serviço de Gestão Financeira

Id. Risco	Fator de Risco	Resposta ao Risco	Monitorização
1	Pagamento de bens e serviços sem a devida autorização prévia	Validação da competência para autorizar a despesa	Implementada
2	Incorreção na classificação de documentos/lançamentos	Formação/conferência dos lançamentos	Não implementada
3	Pagamento indevido a fornecedor	Manutenção periódica dos dados dos fornecedores	Implementada
4	Apropriação indevida de receitas provenientes de taxas moderadoras	Conferência diária dos mapas emitidos pelas aplicações informáticas de gestão de doentes e controlo rigoroso de anulação de recibos	Implementada
5	Desvio de fundos	Conferência diária do caixa e circularização de saldos	Em execução
6	Pagamentos a fornecedores sem terem a situação contributiva e tributária regularizada	Manutenção periódica dos dados dos fornecedores	Em execução
7	Transferência indevida de bens. Não relevância contabilística dos bens.	Elaboração de cadastro atualizado e respetivo manual de procedimentos	Em execução
8	Inexistência de manuais ou regras escritas	Monitorizar	Não implementada
9	Não elaboração de planos de tesouraria anuais devidamente aprovados	Monitorizar	Em execução
10	Sistema de suporte à gestão do cadastro de ativos tangíveis desadequado ou desatualizado	Monitorizar	Em execução
11	Desvio, uso ou apropriação indevida de ativos tangíveis	Monitorizar	Em execução
12	Rastreabilidade dos ativos tangíveis	Monitorizar	Em execução
13	Abate indevido de bens e/ou processos não devidamente instruídos	Monitorizar	Em execução
14	Ofertas de equipamentos não registadas	Monitorizar	Implementada
15	Ativos tangíveis não corretamente valorizados	Monitorizar	Em execução
16	Inexistência de reclassificação das obras em curso para ativo tangível	Monitorizar	Em execução

17	Atribuição incorreta da vida útil das grandes reparações de instalações e equipamentos	Monitorizar	Em execução
18	Desvio de valores	Monitorizar	Em execução
19	Cobranças não depositadas integralmente e diariamente	Monitorizar	Em execução
20	Utilização indevida do Fundo de Maneio	Monitorizar	Em execução
21	Divergência entre registos bancários e contabilidade	Monitorizar	Implementada
22	Rendimentos não registados ou não contabilizados corretamente, ou gestão inadequada de saldos de clientes	Monitorizar	Em execução
23	Proveitos mal classificados, não reconhecidos, registados em períodos e/ou valores incorretos	Monitorizar	Em execução
24	Incobráveis não provisionados	Monitorizar	Implementada
25	Dados mestre de fornecedores/clientes em falta, incorretos, desatualizados	Monitorizar	Em execução
26	Ausência de circularização periódica de fornecedores	Monitorizar	Não implementada
27	O reporte de dívida à Administração Central do Sistema de Saúde não contemplar a verdadeira situação sobre a execução da despesa	Monitorizar	Em execução
28	Atraso/ausência de informação	Monitorizar	Em execução

Figura 8 | Execução das medidas de resposta ao risco (n.º e %) - Serviço de Gestão Financeira



Fonte: Serviço de Auditoria Interna

Relativamente às medidas não implementadas, o Serviço detalha o seguinte:

- Id. Risco 2 - Não foi elaborado o Manual de Procedimentos face à introdução iminente da faturação eletrónica, obrigatória, entretanto condicionada pelo Despacho n.º 351/2021.XXII do Secretário de Estado Adjunto e dos Assuntos Fiscais, de 10 de novembro. Quanto à formação foram comunicadas ao Serviço de Formação as necessidades formativas para o biénio de 2021-2022 (curso de Excel básico com elevada componente prática; Excel avançado para a Gestão; Power BI - Criação de Dashboards de apoio à Gestão; Formação em SNC AP; Contabilidade Orçamental e de Gestão; Contratação Pública e responsabilidade financeira; Lei dos compromissos e pagamentos em atraso; Controlo Interno e Gestão de Risco. Em consonância, foi considerado no Plano de Ação do Serviço, o objetivo estratégico "Estimular a formação profissional dos trabalhadores do Serviço de Gestão Financeira contribuindo para o aumento das suas competências", nomeadamente nas seguintes matérias: a contabilidade de gestão no SNC-AP (Norma 27); SNC-AP: Elaboração e preparação das demonstrações financeiras; Contabilidade e relato orçamental no SNC-AP (Norma 26).
- Id. Risco 8 - Não foi elaborado o Manual de Procedimentos face à introdução iminente da faturação eletrónica, obrigatória, entretanto condicionada pelo Despacho n.º 351/2021.XXII do Secretário de Estado Adjunto e dos Assuntos Fiscais, de 10 de novembro.
- Id. Risco 26 - A circularização periódica de fornecedores é efetuada sem caráter regular pelos diversos setores do Serviço de Gestão Financeira, porém realizada sempre que se verificam necessidades pontuais.

6.5. Serviço de Gestão Hoteleira

Id. Risco	Área funcional	Fator de Risco	Resposta ao Risco	Monitorização
1	Transportes	Equipa dispersa pelas várias unidades hospitalares, ausência de procedimentos uniformizados	Elaboração de organograma; definição de funções e de responsabilidades; junção de recursos humanos	Implementada
2	Transportes	Demora nas transferências internas de doentes (HUC-HG/HG-HUC)	Meios materiais e humanos adequados ao volume de trabalho	Não implementada
3	Transportes	Atraso ou não realização do transporte de doentes entre polos	Implementar procedimentos internos de coordenação entre o Setor de Transportes e o Serviço de Gestão de Doentes	Não implementada
4	Transportes	Informação de gestão insuficiente, ausência de registo de pedidos de forma automática, informatizada e centralizada	Implementação de um sistema que permita requisição informatizada de transportes, bem como o registo e obtenção de informação de gestão de forma automática	Não implementada
5	Transportes	Desconhecimento da maioria dos pedidos efetuados, dado que são efetuados diretamente ao setor de transportes, limitando a sua eficiência da gestão	Implementação de um sistema que permita requisição informatizada de transportes, bem como o registo e obtenção de informação de gestão de forma automática.	Não implementada
6	Transportes	Falta de uniformização a nível da gestão das reparações	Promover concursos comuns para a realização das reparações	Não implementada
7	Transportes	Pessoal sem formação específica na área do transporte	Reforço de formação na área dos transportes	Não implementada
8	Transportes	Fase dois da gestão informatizada de transportes	Implementação de um sistema informático que permita a gestão informatizada de transportes	Não implementada
9	Transportes	Viaturas/transportes de passageiros e carga obsoletas	Aquisição de novas viaturas	Não implementada
10	Transportes	Ambulâncias não legalizadas e sem possibilidade de legalização	Aquisição de novas viaturas	Não implementada
11	Transportes	A criação do CHUC obrigou à multiplicidade de transporte de pessoas e bens, nomeadamente materiais de consumo corrente	Contratação de pessoal (motoristas) e aquisição de novas viaturas	Não implementada
12	Resíduos	Equipa dispersa pelas várias unidades hospitalares, ausência de procedimentos uniformizados	Meios materiais e humanos adequados (para acompanhamento de pesagens de resíduos, confirmação de guias de transporte, recolha e elaboração de informação, auditorias, outros)	Não implementada
			Elaboração de organograma; definição de funções e de responsabilidades	Não implementada
			Uniformização de procedimentos e estruturas, nomeadamente ao nível de fornecedores, CCI; Serviço de Saúde Ocupacional, Gestão do risco	Não implementada
13	Resíduos	Informação de gestão insuficiente	Sistemas informatizados para disponibilização de informação periódica ao nível de resíduos (produção e custos por serviços, departamentos, outros)	Não implementada

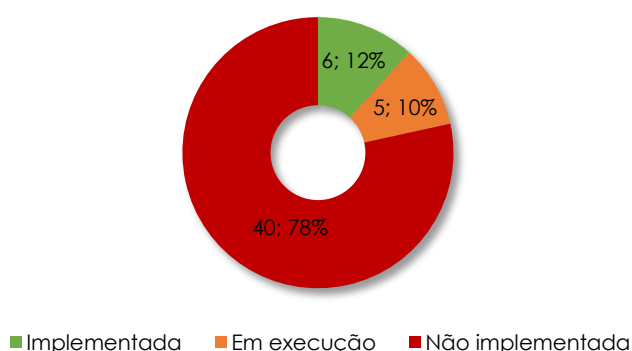
14	Resíduos	Insuficiência a nível da pesagem de resíduos (manual)	O novo fornecedor do serviço irá efetuar, de acordo com o Caderno de Encargos a pesagem por serviço/tipo de resíduos; Promover acompanhamento no ato da pesagem dos resíduos	Não implementada
15	Resíduos	Pessoal sem formação específica na área dos resíduos	Reforço de formação em triagem de resíduos	Não implementada
16	Resíduos	Ecopontos com circuitos inapropriados	Criação de novo ecoponto	Não implementada
17	Alimentação	Equipa dispersa pelas várias unidades hospitalares, ausência de procedimentos uniformizados	Elaboração de organograma; definição de funções e de responsabilidades	Não implementada
			Uniformização de procedimentos e estruturas, nomeadamente ao nível de fornecedores em colaboração com a unidade de nutrição e dietética	Não implementada
18	Alimentação	Ausência de sistemas de informação uniformizados	Sistema informatizado único para disponibilização de informação periódica (consumos e custos por serviço, departamentos) em colaboração com a unidade de nutrição e dietética e STSI	Não implementada
19	Alimentação	A cozinha do polo HUC está totalmente degradada (risco de contaminação, encerramento)	Elaboração de projeto de obras de melhoramentos na cozinha	Não implementada
20	Higiene e Limpeza	Equipa dispersa pelas várias unidades hospitalares, ausência de procedimentos uniformizados	Elaboração de organograma; definição de funções e de responsabilidades	Não implementada
			Uniformização de procedimentos e estruturas, nomeadamente ao nível de fornecedores, em colaboração com GCL-PPCIRA, Serviço de Saúde Ocupacional, Gestão do Risco	Não implementada
			Criar protocolos de monitorização periódica do serviço, prestado pelo adjudicatário da área de limpeza, em colaboração com CCI e Serviço de Saúde Ocupacional	Não implementada
21	Higiene e Limpeza	Limpeza efetuada com técnica menos adequada	Alteração da técnica de limpeza com duplo balde para utilização de mopas pulverizadas/impregnadas, nos locais possíveis	Não implementada
22	Higiene e Limpeza	Insuficiência de equipamentos adequados	Aquisição de equipamentos (maquina de lavar e secadora)	Não implementada
23	Central Telefónica	Equipa dispersa pelas várias unidades hospitalares, ausência de procedimentos uniformizados	Elaboração de organograma; definição de funções e de responsabilidades	Não implementada
24	Central Telefónica	Tarifários e caderno de encargos	Uniformização de procedimentos, equipamentos e tarifários, em colaboração com SIE e STSI	Não implementada
25	Central Telefónica	Inexistência de central telefónica única ou centrais comunicantes	Aquisição de central telefónica única, caso não seja possível, que exista compatibilidade entre as existentes	Não implementada
26	Central Telefónica	Sobrecarga de chamadas na central telefónica por não atendimento interno	Publicação/Divulgação dos n.ºs de telefones diretos dos diversos serviços integrantes do CHUC	Não implementada
27	Roupa	Equipa dispersa pelas várias unidades hospitalares, ausência de procedimentos uniformizados	Elaboração de organograma; definição de funções e de responsabilidades	Não implementada

			Uniformização de procedimentos e estruturas, nomeadamente ao nível de fornecedores, em colaboração com CCI	Não implementada
28	Roupa	Ausência de sistemas de informação	Sistema informatizado único para disponibilização de informação periódica (consumos e custos por serviço, departamentos) em colaboração com STSI	Não implementada
29	Roupa	Desconhecimento da quantidade das roupas fornecidas aos serviços	Implementação de requisição eletrónica nos pedidos diários de requisição de roupa	Implementada
30	Roupa	Cores diferentes de sacos de recolha de roupa no CHUC	Uniformização para cor única	Implementada
31	Roupa	Perigo de infeções hospitalares por carência de roupa	Necessidade de aquisição de roupa hospitalar e fardamentos em quantidade adequadas	Em execução
32	Expediente	Equipa dispersa pelas várias unidades hospitalares, ausência de procedimentos uniformizados	Definição de funções e de responsabilidades; junção de recursos humanos	Não implementada
			Uniformização de procedimentos	Não implementada
33	Expediente	Ausência de sistemas de informação	Sistema informatizado único para disponibilização de informação periódica	Não implementada
34	Expediente	Inexistência de organograma	Elaboração de organograma	Não implementada
35	Movimentação de bens	Incumprimento das determinações legais por incapacidade de operacionalização (ex: quantidade de bens e materiais movimentados; dificuldade em efetuar os registos no sistema informático do Ministério, etc)	Meios materiais e humanos adequados (insuficiência, em termos de número e preparação técnica, de RH para registo nos sistemas informáticos do Ministério das Finanças da movimentação de bens e materiais)	Em execução
36	Movimentação de bens	Equipa	Afetação de recursos humanos	Implementada
37	Movimentação de bens	Total ausência de equipamento de movimentação de cargas	Aquisição de viatura equipada para o efeito, equipamento de movimentação de cargas	Implementada
38	Movimentação de bens	Múltiplos e dispersos setores de armazenamento sem critério de mobiliário e outro material diverso, que são suscetíveis de serem reutilizados	Seleção do material que apresenta condições físicas capazes de permitir a sua reutilização e distribuição aos serviços que deles necessitem. Eliminação de todo o material e mobiliário pelo seu estado de conservação mereça a respetiva guarda em armazém central eliminando um conjunto de armazéns avulsos existentes.	Implementada
39	Parques e Jardins	Equipa dispersa pelas várias unidades hospitalares, ausência de procedimentos uniformizados; planos de ação e monitorização do trabalho realizado. Falta de formação no manuseio de equipamento.	Elaboração de organograma; definição de funções e de responsabilidades; junção de recursos humanos	Não implementada
40	Parques e Jardins	Não renovação do pessoal qualificado como jardineiro	Afetação de novos recursos humanos, nomeadamente de jardineiros	Não implementada

41	Parques e Jardins	Falta de formação na área de produtos fitofarmacêuticos	Programação de ações de formação	Em execução
42	Parques e Jardins	Equipa insuficiente para o tratamento da zona de matas e jardins do CHUC	Afetação de novos recursos humanos	Não implementada
43	Casas mortuárias	Equipa dispersa pelas várias unidades hospitalares, ausência de procedimentos uniformizados	Elaboração de organograma; definição de funções e de responsabilidades	Em execução
44	Casas mortuárias	Ausência de normas internas no contexto do procedimento <i>post mortem</i> , que garantam uma adequada articulação com a secção de óbitos e setor de vigilância à Casa Mortuária	Definição de funções e de responsabilidades (elaboração de norma interna)	Em execução

Legenda: GCL-PPCIRA Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos; SIE - Serviço de Instalações e Equipamentos; STSI - Serviço de Tecnologias e Sistemas de Informação

Figura 9 | Execução das medidas de resposta ao risco (n.º e %) - Serviço de Gestão Hoteleira



Fonte: Serviço de Auditoria Interna

Relativamente às medidas não implementadas, o Serviço detalha o seguinte:

- Id. Risco 2, 3, 4, 5, 6, 8, 11 - Falta de condições técnicas e de recursos humanos.
- Id. Risco 9, 10 - Deliberação de aquisição de viaturas, em 2021, aguarda-se pelo desenvolvimento do processo.
- Id. 12, 13, 14 - Parcialmente executada, a conferência das pesagens, no ecocentro situado no polo HUC. Falta de recursos humanos para garantir a conferência, permanente, no polo HUC e colmatar a ausência de conferência nos restantes polos que é minimizada através de um rigoroso controlo das pesagens através da monitorização, permanente, das pesagens inscritas no portal do SUCH – Resíduos; guias de transporte por viatura e respetivas pesagens e registo nas Guias eletrónicas de Acompanhamento de Resíduos.

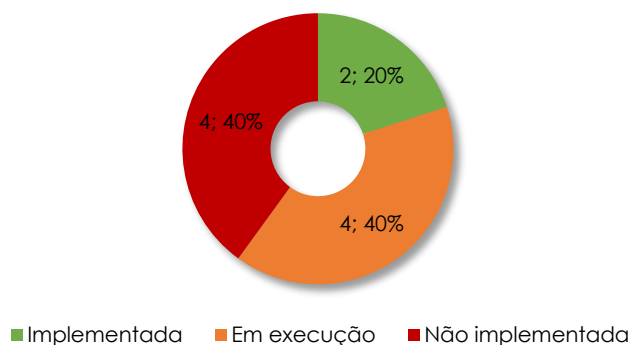
- Id. 15 - A empresa não reforçou a formação dos seus profissionais contratados nesta área.
- Id. 16 - Está identificada a necessidade e os locais, faltando apenas a decisão relativamente à sua criação.
- Id. 17. - Em curso, a elaboração do caderno de encargos para abertura do procedimento, para efeitos de prestação do serviço de alimentação, através de concurso público.
- Id. 18 - Mantém-se a necessidade de adequar o número de nutricionistas para o desenvolvimento do projeto, condicionado ainda pelo facto da plataforma da gestão nutricional não ser única no CHUC.
- Id. 19 - Mantém-se a situação física e técnica, nomeadamente porque os equipamentos apresentam, na sua generalidade, elevados níveis de degradação. Em estudo, projeto de construção de cozinha centralizada.
- Id. 20, 21, 22 - Concurso da limpeza a decorrer: análise das propostas para os diferentes polos hospitalares.
- Id. 24, 25, 26, - Transferência do setor técnico da gestão dos contratos com as operadoras, empresas de manutenção das centrais telefónicas e diversos equipamentos, por deliberação do Conselho de Administração, no segundo semestre de 2021, para o Serviço de Tecnologias e Sistemas de Informação.
- Id. 27, 28 - Redução substancial do número de recursos humanos; Inexistência de condições técnicas e humanas para implementação de um modelo atual de distribuição por armários com programa informático de registo, controlo de roupa hospitalar usada, tratada e distribuída, nomeadamente, fardamento hospitalar.
- Id. 32 a 34 - Em análise a criação de um serviço único de expediente.
- Id. 39, 40, 42 - Redução de recursos humanos comprometendo ainda mais o desempenho dos trabalhos de tratamento de áreas ajardinadas; Em curso, o processo que visa o recrutamento de assistentes operacionais para esta área.

6.6. Serviço Jurídico e de Contencioso

Id. Risco	Fator de Risco	Resposta ao Risco	Monitorização
1	Propor ações para cobrança de faturas que já se encontram liquidadas/interposição de ações desnecessárias e indevidas	Acesso à aplicação informática <i>Factus</i> para confirmação prévia à proposição da ação da não liquidação do montante	Em execução
2	Inadequada abordagem do doente por parte dos serviços administrativos para efeitos de colheita de informações	Realização de sessões de formação ao secretariado clínico	Não implementada
3	Prescrição de créditos	Instrução/proposição tempestiva em juízo, auxiliado por sistema de gestão	Em execução
4	Impossibilidade de cobrança das despesas decorrentes da assistência prestada a não beneficiários do SNS ou outro subsistema nacional (vulgo estrangeiros)	Os utentes estrangeiros deverão pagar o custo da sua assistência no momento da alta	Não implementada
5	Demora recorrente na entrega de recibos após solicitação dos mesmos por escrito com cópia de documento informativo de pagamento ou comprovativo	Implementação de uma norma entre serviços (SJC e SGF/Receita), que defina prazo de entrega de recibo ou resposta à solicitação do pedido de confirmação de pagamento no prazo máximo de 3 dias de forma a concluir o processo, sem que o mesmo fique pendente	Implementada
6	Não colaboração na prestação de informações por parte dos outros serviços	Implementação/divulgação intranet de uma norma/deliberação Conselho de Administração, que informe/clarifique a existência de punição disciplinar aos funcionários que não colaborem com o SJC atempadamente	Em execução
7	Deficiente funcionamento do equipamento informático de um colaborador do serviço, que se traduz em sucessivas interrupções na execução do trabalho com repercussões na pronta e atempada realização do mesmo	Reparação e/ou disponibilização de eficiente equipamento informático	Implementada
8	A entrega de espólio de cada doente pressupõe uma articulação entre vários serviços deste centro hospitalar e entre alguns destes e a instituição em que o doente se encontrava internado. Esta articulação nem sempre se efetua atempadamente acarretando, por vezes, dificuldades na prestação de informações aos herdeiros, no cumprimento do prazo de entrega do espólio e reclamações verbais por parte dos mesmos.	Clarificação das tarefas que incumbem a cada serviço	Não implementada
9	O Conselho de Família (tutor e vogais) de alguns destes doentes é integrado por profissionais deste centro hospitalar e/ou pelos respetivos familiares, ocorrendo, por vezes, alterações na sua composição que se podem repercutir no cumprimento dos prazos estabelecidos para a prestação de informações solicitadas pelos tribunais	Implementação dum registo informático atualizado com os dados de identificação e contacto dos membros que integram o conselho de família de cada doente interdito por anomalia psíquica, envio do referido registo a cada um dos profissionais judicialmente nomeados para o exercício dos aludidos cargos.	Não implementada
10	À data em que as reclamações provenientes do Gabinete do Cidadão chegam ao Presidente do Conselho de Administração, a suspeita de eventual infração passa a ser do conhecimento "do superior hierárquico", pelo que os 60 dias de prazo para abertura do competente processo de inquérito ou disciplinar, começa a contar desde esse conhecimento.	São abertos processos de inquérito ou disciplinares depois de o Gabinete do Cidadão fazer diligências juntos dos profissionais do hospital, objeto de reclamação, o que ocorre depois dos 60 dias do conhecimento pelo superior hierárquico, o Presidente do Conselho de Administração, com risco de prescrição. Perante a suspeita da gravidade da situação, salvasse-se o prazo, com a abertura de processo de inquérito para apuramento dos factos.	Em execução

Legenda: SGF - Serviço de Gestão Financeira; SJC - Serviço Jurídico e de Contencioso; STSI - Serviço de Tecnologias e Sistemas de Informação

Figura 10 | Execução das medidas de resposta ao risco (n.º e %) - Serviço Jurídico e de Contencioso



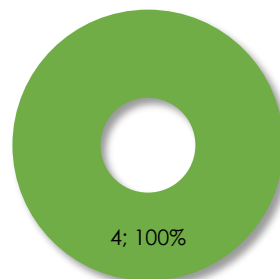
Fonte: Serviço de Auditoria Interna

Relativamente às medidas não implementadas, nomeadamente quanto ao Id.4, o Serviço propõe que seja uma situação a ser monitorizada pelo Serviço de Gestão de Doentes.

6.7. Serviço de Planeamento e Controlo de Gestão

Id. Risco	Fator de Risco	Resposta ao Risco	Monitorização
1	Falha de registos nas aplicações por parte dos Serviços responsáveis (fiabilidade dos dados usados nas várias informações elaboradas).	Alertar o serviço de gestão de doentes (serviço responsável pelos bons registos dos serviços de ação médica e de apoio clínico nas aplicações informáticas).	Implementada
2	Falta de resposta dos Serviços a quem são solicitados dados (prazos definidos para a resposta a várias solicitações).	Alertar os serviços envolvidos das penalizações para a instituição em caso de incumprimento dos prazos.	Implementada
3	Dificuldade de acesso às aplicações informáticas e deficiências no carregamento destas (divulgação da informação estatística de atividade assistencial).	Na falta de dados, considerar dados provisórios com base no histórico, os quais serão substituídos por dados reais logo que oportuno.	Implementada
4	Discrepância de dados para os mesmos indicadores e mesmos períodos de tempo (Elaboração de relatórios mensais de monitorização dos dados de atividade assistencial a partir das aplicações informáticas disponíveis para o efeito).	Análise dos erros em conjunto com o serviço de gestão de doentes e os serviços de tecnologias de informação.	Implementada

Figura 11 | Execução das medidas de resposta ao risco (n.º e %) - Serviço de Planeamento e Controlo de Gestão



■ Implementada

Fonte: Serviço de Auditoria Interna

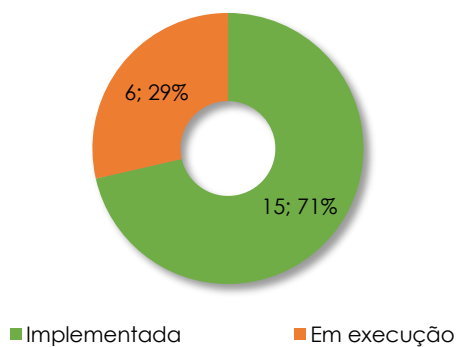
6.8. Serviço de Tecnologias e Sistemas de Informação

Id. Risco	Fator de Risco	Resposta ao Risco	Monitorização
1	Falência dos sistemas informáticos/ atrasos significativos nos atos médicos (avaria elétrica)	Aceitar	Implementada
2	Falência dos sistemas informáticos/ atrasos significativos nos atos médicos (avaria das UPS)	Monitorizar	Implementada
3	Falência dos sistemas informáticos/atrasos significativos nos atos médicos (avaria de ar condicionado)	Monitorizar	Implementada
4	Indisponibilidade parcial de aplicações informáticas/atrasos significativos nos atos médicos (avaria de servidores centrais)	Monitorizar	Implementada
5	Indisponibilidade total de acesso às aplicações informáticas/ atrasos significativos nos atos médicos (avaria da Storage (EVA4000/3PAR)	Monitorizar	Implementada
6	Indisponibilidade de acessos às aplicações internas e externas/ atrasos significativos nos atos médicos (avaria da rede local HucNet)	Monitorizar	Implementada
7	Falência dos sistemas informáticos/ atrasos significativos nos atos médicos (repor o datacenter em caso de desastre (incendio ou inundação))	Reduzir	Em execução
8	Indisponibilidade de acessos às aplicações internas e externas/ atrasos significativos nos atos médicos (erro da base de dados Oracle)	Monitorizar	Implementada
9	Indisponibilidade de acesso aos registos dos doentes/ atrasos significativos nos atos médicos (erro e indisponibilidade da base de dados de doentes Oracle)	Monitorizar	Implementada
10	Indisponibilidade de acesso aos registos dos doentes/ atrasos significativos nos atos médicos (indisponibilidade dos sistemas LIS-Laboratory Information System)	Monitorizar	Implementada
11	Indisponibilidade de acesso aos registos dos doentes/ atrasos significativos nos atos médicos (indisponibilidade dos sistemas RIS- radiology information system)	Monitorizar	Em execução
12	Indisponibilidade de registo dos doentes da urgência/ atrasos significativos no atendimento da urgência (indisponibilidade do sistema da urgência-Alert)	Monitorizar	Em execução
13	Indisponibilidade de registo e processamento financeiro e de recursos humanos (indisponibilidade do sistema financeiro e de recursos humanos-GIAF)	Monitorizar	Implementada
14	Perturbação do funcionamento dos sistemas de informação (ataque de vírus e ciberataques e problemas de atualização Windows)	Contratar serviços de segurança e software específico	Em execução

15	Indisponibilidade dos postos de trabalho (Fim do Windows XP (Upgrade e aquisição de novos computadores))	Investimento em equipamento novo	Em execução
16	Indisponibilidade dos postos de trabalho/adiamento do ato médico	Manter 20 computadores e 10 impressoras de reserva mp STSI	Implementada
17	Favorecimento de candidatos (adjudicação de fornecimentos por ajuste direto)	Reduzir sempre que possível, efetuar consultas a um mínimo de dois ou três candidatos, quando o valor previsível e a urgência da intervenção o justifique	Implementada
18	Acompanhamento deficiente, que permita a eventual execução de fornecimento com qualidade inferior à prevista com favorecimento da entidade adjudicatária (controlo da execução dos contratos de manutenção global)	Reduzir, monitorizar, promover por amostragem auditorias internas a alguns serviços abrangidos pelos respetivos contratos que permita avaliar o serviço prestado em comparação com as obrigações contratuais	Implementada
	Favorecimento de candidatos (participação como elementos do júri nas comissões de avaliação de propostas no âmbito do código da contratação pública)	Reduzir, implementar um regime de rotatividade, nas nomeações dos técnicos para participação como elementos do júri nas respetivas comissões	Implementada
19	Favorecimento de candidatos. Fornecimento diferente ou de menor qualidade em favorecimento da entidade adjudicatária (aquisição de bens de equipamento)	Reduzir, utilização de cadernos de encargos rigorosos. Utilização de critérios de adjudicação objetivos em que o preço tem valor perto dos 100%	Implementada
20	ISO 27000-Sistema de gestão de segurança da informação	Reduzir, partilhar, aceitar, monitorizar; implementação de uma política de gestão de risco e segurança da informação alinhada com a ISO 27000	Em execução

Legenda: ISO - International Organization for Standardization; STSI - Serviço de Tecnologias e Sistemas de Informação

Figura 12 | Execução das medidas de resposta ao risco (n.º e %) - Serviço de Tecnologias e Sistemas de Informação



Fonte: Serviço de Auditoria Interna

