

Isabel Pita

Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas

Relatório de Execução 2018

Aploramados

Ata n.º 12 de 13 / 3 / 19

O Conselho de Administração

[Signature]

Maria Pimenta Mendes
Presidente

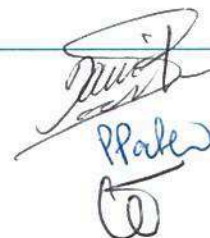
Francisco Chalaça
Vogal

Maria Elisa Brissos
Enfermeira Diretora

[Signature]

Luís Branco
Vogal

Isabel Pita
Diretora Clínica


P. P. P.



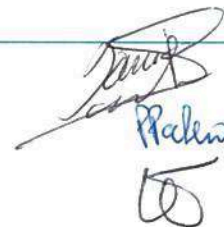


Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas
RELATÓRIO DE EXECUÇÃO 2018

Comissão de Prevenção da Corrupção
HESE, EPE | Évora, fevereiro 2019

Relator: Daniel Alexandre Galiano Galvoeira
E-mail: dgalvoeira@hevora.min-saude.pt

página 3 de 16



INTRODUÇÃO

O Hospital do Espírito Santo de Évora (HESE), EPE, na sequência da Recomendação do Conselho de Prevenção da Corrupção, de 1/7/2009 elaborou o primeiro Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas, aprovado a 30/12/2009.

Nos anos de 2011 e 2012 manteve-se em vigor o Plano elaborado em 2009, havendo a salientar a cessação de funções de dois elementos do Grupo de Trabalho: Dr. José Cosinha, por aposentação, e Dr. António Guerreiro (anterior auditor interno).

O atual Grupo de Trabalho foi nomeado pelo Conselho de Administração a 7/12/2011, e elaborou o relatório anual de 2011 baseado, maioritariamente, no trabalho desenvolvido pelo atual Auditor Interno, e membro deste Grupo de Trabalho.

Em 2013 procedeu-se à primeira revisão do plano, incorporando as recomendações da Inspeção Geral das Atividades em Saúde, identificadas no decorrer da Ação de Prevenção da Corrupção e da Fraude (Proc. n.º 14/2012-AP) que deu origem ao Relatório IGAS n.º 341/2012, bem como as Recomendações do Conselho de Prevenção da Corrupção do Tribunal de Contas.

O Plano foi novamente revisto em 2016, 2017 e 2018, tendo sido aprovadas novas versões pelo Conselho de Administração em 10 de março de 2016, 20 de setembro de 2017 e 23 de maio de 2018 (atualmente em vigor), respetivamente.

MONITORIZAÇÃO DO PLANO

No âmbito da nomeação deste Grupo de Trabalho, foi definido como objeto do seu trabalho, o permanente aperfeiçoamento do Plano, nomeadamente, iniciar um processo de revisão e atualização do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas do HESE.

A metodologia de execução do presente Relatório segue a estrutura do Plano em vigor, nomeadamente a separação por áreas de atividade do Hospital.

Assim, contemplam-se oito áreas, designadamente:

1. PRODUÇÃO E GESTÃO DE UTENTES
 - a. Serviço de Gestão de Doentes
 - b. Serviços Clínicos


PPacheco
C

2. CLIENTES E CONTAS A RECEBER

- a. Serviços Financeiros - Faturação
- b. Tesouraria

3. CONTAS A PAGAR

- a. Serviços Financeiros - Contas a Pagar
- b. Tesouraria
- c. Serviço de Aprovisionamento - Compras
- d. Serviço de Aprovisionamento - Gestão de Stocks
- e. Farmácia - Gestão de Stocks

4. RECURSOS HUMANOS

- a. Serviço de Gestão de Recursos Humanos

5. INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTOS

- a. Imobilizado
- b. Serviço de Instalações e Equipamentos

6. SERVIÇOS FINANCEIROS

- a. Contabilidade e Reporte

7. SERVIÇO DE TECNOLOGIAS E SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

8. CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

- a. Direção de Topo / Intermédia



1. PRODUÇÃO E GESTÃO DE UTENTES

a. Serviço de Gestão de Doentes

Relativamente à área de produção e gestão de utentes, verifica-se que o Manual de Procedimentos existente para esta área não é atualizado desde 2007, pese embora as diversas recomendações da auditoria interna nesse sentido.

Foram elaborados nos últimos anos, manuais de procedimentos para a aplicação informática SONHO (aplicação de gestão de doentes), para apoio aos colaboradores que interagem com a aplicação, de forma a minimizar o erro.

Foi realizada uma contagem aos fundos manuseio atribuídos ao pessoal assistente técnico na área de produção e gestão de utentes, serviço de compras e serviços financeiros, procurando avaliar a salvaguarda do dinheiro sob sua responsabilidade.

Ainda nesta área, desenvolveu-se em 2018, à semelhança do já ocorrido anteriormente, uma auditoria interna à cobrança de taxas moderadoras.

Em articulação com o Serviço de Gestão de Doentes e com o Serviço de Tecnologias e Sistemas de Informação, o Serviço de Auditoria Interna verifica a conformidade das isenções ativas com a legislação vigente, numa vertente pedagógica e de boas práticas, promovendo uma melhoria da qualidade dos dados inseridos.

No que respeita à Consulta Externa, em 2018 iniciou-se a elaboração do Manual de Procedimentos e do Regulamento.

É expectável que ambos os documentos estejam aprovados pelo CA no decorrer do 1º Trimestre de 2019.

Em suma, pode-se referir que na generalidade, o Plano está a ser cumprido nesta área de atividade.

b. Serviços Clínicos

No HESE é efetuado o controlo da lista de inscritos em cirurgia, nomeadamente, gestão de listas de espera, depuração e validação da informação constante da base de dados, cumprimentos de prazos, etc.

Procede-se também à monitorização dos tempos máximos de resposta garantidos nas consultas externas (CTH - Consulta a Tempo e Horas).

Ainda na área clínica, são realizadas auditorias regulares, quer internas, quer externas.

No que respeita à prescrição médica, esta é efetuada, de acordo com as recomendações da ACSS.

As Comissões de Farmácia e Terapêutica (CFT) têm por missão propor, no âmbito das respetivas unidades de saúde, as orientações terapêuticas e a utilização mais eficiente dos medicamentos, no


Pelo

âmbito da política do medicamento, apoiadas em bases sólidas de farmacologia clínica e evidência da economia da saúde sobre custo-efetividade, monitorizando a prescrição dos medicamentos, a sua utilização e garantindo a todos os utentes a equidade no acesso à terapêutica. A Comissão de Farmácia e Terapêutica do HESE foi nomeada pelo Conselho de Administração em 16 de novembro de 2016.

2. CLIENTES E CONTAS A RECEBER

a. Serviços Financeiros - Faturação / Contas a Receber

É realizada anualmente, pelos Serviços Financeiros, uma circularização dos saldos de clientes.

O sistema que suporta a faturação é a aplicação SONHO. A inserção dos dados dos clientes/utentes é realizada por colaboradores do serviço de gestão de doentes. Existe instituída a prática de controlar e validar os dados de clientes em contexto de pré-faturação.

Os serviços financeiros não procedem à validação de atos médicos com os registos do SONHO. Além de não disporem de acesso à informação clínica, a afetação de tempo a essa tarefa inviabilizaria a execução de tarefas operacionais, da exclusiva competência da faturação.

Não se procedeu à atualização do Manual de Procedimentos, pelo que a versão aprovada em 2007 se encontra desatualizada. Considerando a alteração do sistema de contabilidade e do próprio normativo contabilístico, entendem os Serviços Financeiros que se justifica efetuar tal tarefa após estabilizados os novos processos de trabalho.

O controlo de dívidas e identificação de situação de cobrança duvidosa é feito com regularidade.

A análise periódica e de forma aleatória da conformidade de operações de registo, lançamento e processamento de documentos de receita são efetuadas trimestralmente pelo Fiscal Único [no âmbito das competências que lhe são adstritas pelo artigo 16º dos estatutos das EPE].

b. Tesouraria

Existe um Regulamento que define os critérios de atribuição de Fundos de manuseio e que foi aprovado pelo Conselho de Administração. Segundo os Serviços Financeiros, “o referido regulamento apenas poderá ser considerado desatualizado se for identificada necessidade/situação diferente das nele consagradas, ou feita recomendação de alteração decorrente das atividades de controlo”. Uma vez que nenhuma das situações se verificou, pode-se considerar atualizado.

O controlo de caixa é feito diariamente e são feitas reconciliações bancárias mensalmente. A responsável pela unidade de tesouraria informa mensalmente o Vogal Executivo do controlo de caixa efetuado.

É efetuada anualmente uma contagem de caixa pelo Auditor Interno, cujo relatório é remetido ao Conselho de Administração.



Na área de Tesouraria existe um Manual de Procedimentos. Considerando a alteração do sistema de contabilidade e do próprio normativo contabilístico, entende-se que se justifica efetuar uma atualização do referido manual.

3. CONTAS A PAGAR

a. Serviços Financeiros - Contas a Pagar

É realizada anualmente, pelos Serviços Financeiros, uma circularização dos saldos de fornecedores.

Os dados de fornecedores são remetidos aos Serviços Financeiro pelo Serviço de Aprovisionamento. Existindo dados em falta, estes são recolhidos no momento de criação/registo da entidade no sistema informático.

O Diretor dos Serviços Financeiros refere que *“apesar de ter sido identificado como responsável pelo cumprimento dos prazos de conferência das faturas, o Diretor dos Serviços Financeiros não tem superintendência sobre os serviços conferentes”*.

É efetuada uma análise periódica e de forma aleatória da conformidade de operações de registo, lançamento e processamento de documentos de despesa. A amostra e verificação são definidas trimestralmente pela SROC. No âmbito das tarefas de encerramento de contas, é feita a verificação física de todos os documentos que consubstanciam os saldos de conta corrente.

b. Tesouraria

O planeamento de tesouraria é efetuado com base mensal, em função do financiamento adstrito mensalmente pela tutela.

O controlo de caixa é feito diariamente e são feitas reconciliações bancárias mensalmente. A responsável pela unidade de tesouraria informa mensalmente o Vogal Executivo do controlo de caixa efetuado.

Na área de Tesouraria existe um Manual de Procedimentos. Considerando a alteração do sistema de contabilidade e do próprio normativo contabilístico, entende-se que se justifica efetuar uma atualização do referido manual.

c. Serviço de Aprovisionamento - Compras

Na área das Compras foi efetuada pela Inspeção Geral das Atividades em Saúde (IGAS) uma ação inspetiva a esta área (Relatório IGAS n.º 256/2016 - Processo n.º 17/2016-AUD, de dezembro de 2016), da qual resultaram recomendações que incidem sobre as áreas do sistema de controlo interno (manuais de procedimentos), formação dos contratos e execução dos contratos.



Em consequência desta ação inspetiva, foi elaborado pelo Serviço e aprovado pelo Conselho de Administração em 04 de julho de 2017, um Regulamento Interno do Aprovisionamento.

São publicitadas no site do HESE, EPE, as declarações de inexistência de conflitos de interesses. O novo Código dos Contratos Públicos também a isso obriga.

Devido às crescentes exigências no que respeita à contratação pública, é premente dotar o Serviço dos recursos humanos adequados para que possa desenvolver eficazmente a sua missão.

Todos os procedimentos são realizados através de plataforma eletrónica, com exceção dos prestadores médicos, enfermeiros e TDT em nome individual, e, muito residualmente, uma ou outra situação. Estima-se que cerca de 95% dos procedimentos sejam executados por esta via.

d. Serviço de Aprovisionamento - Gestão de Stocks

No que respeita à área de Existências, foram realizadas contagens físicas a todos os bens de todos os armazéns periféricos, algumas das quais contaram com a presença do Auditor Interno. Tais ações visam avaliar o controlo interno existente bem como verificar se o nível de existências se mostra adequado à realidade de cada serviço.

Realizou-se também a contagem física, no final do ano de 2018, a todos os bens do armazém geral e farmácia, que contou com a presença do Revisor Oficial de Contas e do Auditor Interno.

Avaliou-se também o cumprimento do Manual de Procedimentos existente nesta área.

e. Farmácia - Gestão de Stocks

No que respeita aos Serviços Farmacêuticos e ao controlo de Existências, foram realizadas contagens físicas a todos os medicamentos e outros produtos farmacêuticos de todos os armazéns periféricos. Tais ações visam avaliar o controlo interno existente (sendo garantido que os bens retirados do stock são devidamente registados através do sistema de *picking*) bem como verificar se o nível de existências se mostra adequado à realidade de cada serviço.

Realizou-se também a contagem física, no final do ano de 2018, a todos os medicamentos e outros produtos farmacêuticos dos armazéns centrais 11 e 19 dos Serviços Farmacêuticos, que contou com a presença do Revisor Oficial de Contas e do Auditor Interno.

Avaliou-se também o cumprimento do Manual de Procedimentos existente nesta área.

No respeitante à avaliação do sistema de unidose implementado nos serviços e por forma a monitorizar prazos de validade e minimizar o desperdício ou extravio, foram estabelecidos Armazéns periféricos nos stocks de Retaguarda dos serviços de Cardiologia, Especialidades Médicas e Unidade de AVCs, em articulação com os Enfermeiros chefes e Diretores Médicos desses serviços, sendo a sua reposição e controlo efetuado pelos Serviços Farmacêuticos. Desta forma, são garantidos que os bens retirados do stock são devidamente registados através do sistema de *picking*.



Procedeu-se, em articulação com o Diretor do Serviço de Aprovisionamento, à avaliação dos indicadores de gestão, entre os quais se incluem o stock mínimo, bem como ao seu ajuste, para obviar ruturas e garantir stocks ajustados às efetivas necessidades.

4. RECURSOS HUMANOS

a. Serviço de Gestão de Recursos Humanos

Na área de Recursos Humanos têm-se realizado auditorias internas e externas, em que se pretende avaliar se os riscos identificados foram minimizados, bem como avaliar o grau de implementação das recomendações efetuadas anteriormente na Ação de Prevenção da Corrupção e da Fraude, efetuada pela Inspeção Geral das Atividades em Saúde (IGAS) - Relatório n.º 341/2012, em que se elencou diversos riscos de corrupção e de fraude associados à área de recursos humanos, entre os quais a acumulação de funções. A 14 de Outubro de 2013 verificou-se uma nova ação inspetiva realizada pela IGAS no âmbito do Processo n.º 15/2013 - AP (Follow-Up do Processo n.º 14/2012 - AP - Ação de Prevenção e Detecção de Situações de Corrupção e de Fraude), que teve como objeto, de entre outras, a acumulação de funções.

Na sequência destas ações implementaram-se alguns procedimentos:

- Ajustou-se o requerimento tipo para solicitação de acumulação de funções, ao qual foram adicionados alguns campos de preenchimento obrigatório;
- Foi também elaborado um novo “requerimento tipo” destinado a trabalhadores que pretendem acumular funções em mais de uma Entidade;
- É agora exigido a entrega, por parte do requerente, da(s) declaração(ões) da(s) entidade(s) onde pretende acumular funções;
- Introduziu-se um novo documento, de preenchimento obrigatório, uma “declaração sob compromisso de honra” que acompanha o requerimento “acumulação de funções”.

Na sequência do “Relatório de Auditoria à Área de Recursos Humanos - Acumulação de Funções”, registado por deliberação de 22 de março de 2017 do Conselho de Administração deste Hospital, foram notificados todos os colaboradores identificados no relatório, cujo pedido de acumulação de funções não se encontrava devidamente regularizado, no sentido de o regularizar, com a maior brevidade possível.



5. INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTOS

a. Imobilizado

A Gestão de Imobilizado rege-se pelos procedimentos previstos no Regulamento de Inventário e Cadastro, sendo que foi iniciada pela Comissão de Gestão de Património uma revisão do mesmo, revisão que ainda não se encontra concluída.

No ano em questão foi realizada a auditoria interna prevista a esta área, aos Serviços de Obstetrícia/Ginecologia e Cirurgia de Ambulatório, sendo a mesma efetuada pelo Auditor Interno e pela Gestora de Imobilizado.

No que concerne às folhas de carga, foram adquiridos expositores de parede para que as mesmas possam ficar afixadas à entrada dos serviços, o que permite o fácil acesso e consulta às listas de inventário de cada serviço.

Relativamente à etiquetagem dos equipamentos, foram substituídas as etiquetas antigas por umas novas - plásticas, laváveis e bastante mais duradouras - na grande maioria dos bens. Todos os bens adquiridos com fundos comunitários foram e estão devidamente etiquetados.

Os abates de bens foram controlados, de acordo com o parecer do Serviço de Instalações e Equipamentos e autorizados pelo Conselho de Administração, de acordo com as regras contabilísticas e fiscais em vigência.

b. Serviço de Instalações e Equipamentos

No que respeita às instalações e equipamentos, no geral são efetuados os controlos previstos no Plano, mas é uma área onde existe margem para melhorias e introdução de novos processos.

6. SERVIÇOS FINANCEIROS

a. Contabilidade e Reporte

Na área de Contabilidade e Reporte, os Serviços Financeiros promovem o controlo mensal do balancete e providencia o envio dos diversos mapas de reporte mensal que são solicitados pela ACSS (Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.), pela DGO (Direção Geral do Orçamento) e pela DGTF (Direção Geral do Tesouro e Finanças). O reporte à DGTF é efetuado em colaboração com o Gabinete de Planeamento e Controlo de Gestão.

Trimestralmente é elaborado um Relatório de Execução Orçamental e mensalmente é realizado o Relatório Analítico de Desempenho Económico-financeiro. Ambos os documentos são submetidos à apreciação da SROC e Conselho Fiscal.



Esta área é auditada periodicamente pelo Revisor Oficial de Contas, que realiza controlos e emite pareceres trimestrais. De salientar que, no fecho de cada exercício económico, é também elaborado pelo Revisor Oficial de Contas o parecer e certificação legal das contas, a incorporar no Relatório de Gestão.

Ainda não foi definido o manual de procedimentos administrativos e contabilísticos para esta área. Trata-se de uma área que tem estado sujeita a sucessivas alterações regulamentares, relativamente ao(s) normativo(s) contabilístico(s) que a regulam.

As diversas regulamentações atualmente existentes, referentes às regras de contabilização/reconhecimento, mapas e prazos de reporte, funcionam como instrumentos normalizadores e que determinam de forma abrangente os procedimentos nesta matéria.

No ano em análise não foram realizadas auditorias internas à área em questão, contudo, em virtude do Despacho n.º 7709-B/2016, de 09 de junho, número 1), conjugado com a Circular Normativa da ACSS n.º 14/2016/GAI/ACSS, de 01 de julho, “Todos os serviços e organismos dependentes ou tutelados pelo membro do Governo responsável pela área da saúde, incluindo as entidades públicas empresariais, devem remeter ao Ministro da Saúde, através da Administração Central do Sistema de Saúde, I. P., relatórios trimestrais, elaborados pelo respetivo Auditor Interno, respeitantes à execução financeira no trimestre anterior,”, pelo que têm sido elaborados os relatórios trimestrais, cumprindo-se a determinação do Senhor Secretário de Estado da Saúde.

7. SERVIÇO DE TECNOLOGIAS E SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

No que respeita às políticas de segurança, está nomeado o Eng.º Ricardo Cabecinha com Responsável pela Notificação Obrigatória de incidentes de Cibersegurança como previsto no número 2), do Despacho n.º 1348/2017, de 08 de fevereiro.

Ainda não é efetuado *backup* externo da informação, sendo os mesmos guardados internamente em formato “*tape*”. Está previsto para 2019 a implementação dos *backups* externos.

Iniciaram-se os trabalhos preparatórios para implementação do Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD). Este tema será incluído na próxima revisão do PPRCIC.

8. CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

a. Direção de Topo / Intermédia

Está em elaboração desde 2017, um novo Regulamento Interno, que enquadre os Estatutos dos Hospitais EPE, constantes do Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro, e foram asseguradas a realização de auditorias internas aos serviços.



Handwritten signature and initials, likely representing the responsible official.

Não foram promovidas as atualizações dos restantes Manuais de Procedimentos existentes para cada uma das áreas.

É promovido o acompanhamento do contrato-programa e da contratualização interna com os serviços.

É efetuada a divulgação de informação legal obrigatória, no site do Setor Empresarial do Estado, na intranet e no site externo do HESE, EPE, bem como a divulgação de notícias e eventos, na intranet e no site externo do hospital.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Plano foi revisto em 2016, 2017 e 2018, tendo sido aprovadas novas versões pelo Conselho de Administração em 10 de março de 2016, 20 de setembro de 2017 e 23 de maio de 2018 (atualmente em vigor), respetivamente.

A próxima revisão do Plano irá ser efetuada em 2020, de forma incorporar riscos que, entretanto, sejam identificados.

Para agilizar a atividade do Grupo de Trabalho existe um endereço de correio eletrónico da Comissão de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas, cujo endereço é: cpvic@hevora.min-saude.pt.

Em conclusão, este Grupo de Trabalho concluiu a revisão do Plano, identificando algumas áreas de intervenção mais prioritárias, nomeadamente, o Serviço Farmacêutico, aproveitando sempre na sua atividade as auditorias levadas a cabo pelo Auditor Interno, bem como as auditorias de follow-up promovidas pela Inspeção Geral das Atividades em Saúde.

Perceciona-se que os diversos serviços não têm dado a devida prioridade à implementação do Plano, alegadamente, devido às restrições das contratações/substituições de recursos humanos, uma vez que estão a trabalhar no limite das suas capacidades, o que relega para segundo plano a revisão e aplicação dos Manuais de Procedimentos, bem como das tarefas elencadas no respetivo Plano de Prevenção da Corrupção.

Contudo, também não deve ser desconsiderado que a aplicabilidade de um Plano de Corrupção é vista como mais uma tarefa burocrática a realizar, até porque a maioria dos serviços desconhecem a existência do Plano.

O Plano encontra-se publicado na intranet (HESE.PT), na internet (www.hevora.min-saude.pt), e no Portal do SNS, de acordo com as orientações legais.

Évora, 1 de março de 2019

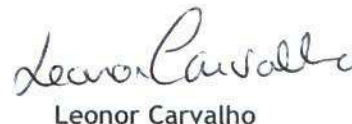
A Comissão de Prevenção da Corrupção


Daniel Galvões

Auditor Interno


Pedro Pacheco

Administrador Hospitalar


Leonor Carvalho

Jurista



REPÚBLICA
PORTUGUESA

SAÚDE



SNS
SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE

Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE • Largo Senhor da Pobreza • 7000-811 Évora
Entidade Pública Empresarial • Matricula na Conservatoria do Registo Comercial de Évora
n.º 508 085 888 • NIPC / NIF: 508 085 888 • Capital Estatutário: 31 002 535,00 Euros
Telefones: 266 740 100 / 961 981 650 • Fax 266 701 821 • geral@hevora.min-saude.pt
www.hevora.min-saude.pt