

CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, EPE

Hospital de São Bernardo
Hospital Ortopédico Sant'ago do Outão

Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas

Relatório de Execução

2016

Índice

Siglas, rubricas e abreviaturas	3
1. Introdução	4
2. Caracterização da entidade.....	6
3. Estrutura organizacional	7
4. Gestão de conflitos de interesses	9
5. Sistema de Controlo Interno.....	11
6. Principais vertentes de intervenção.....	13
6.1. Área Financeira	15
6.2. Área de Aprovisionamento e Logística	18
6.3. Área de Instalações e Equipamentos	22
6.4. Área da Gestão de Doentes	26
6.5. Área dos Recursos Humanos.....	34
6.6. Área das Tecnologias de Informação	37

Siglas, rubricas e abreviaturas

- **CA** – Conselho de Administração
- **CAT** – Contrato de Assistência Técnica
- **CCP** – Código dos Contratos Públicos
- **CHS** – Centro Hospitalar de Setúbal, EPE
- **CPC** – Conselho de Prevenção da Corrupção
- **EFR** – Entidade Financeira Responsável
- **EPE** – Entidade Pública Empresarial
- **ERP** – *Enterprise Resource Planning*
- **HOSO** – Hospital ortopédico de Sant'Iago do Outão
- **HSB** – Hospital de São Bernardo
- **IGAS** – Inspeção-Geral das Atividades em Saúde
- **IP** – Instituto Público
- **MCDT** – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
- **NIB** – Número de Identificação Bancária
- **PGRCIC** – Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas
- **RCI** – Regulamento de Comunicação de Irregularidades
- **RNU** – Registo Nacional de Utentes
- **SAI** – Serviço de Auditoria Interna
- **SGAL** – Serviço de Aprovisionamento e Logística
- **SGCFC** – Serviço de Gestão de Controlo Financeiro e Contencioso
- **SGD** – Serviço de Gestão de Doentes
- **SGPRH** – Serviço de Gestão e Planeamento de Recursos Humanos
- **SGSTI** – Serviço de Gestão de Sistemas e Tecnologias de Informação
- **SGTD** – Sistema de Gestão de Transporte de Doentes
- **SIE** – Serviço de Instalações e Equipamentos
- **SIGIC** – Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia
- **SITAM** – Sistema de Informação de Taxas Moderadoras
- **SNS** – Serviço Nacional de Saúde
- **SPMS** – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
- **TM** – Taxas Moderadoras

Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas

Relatório de Execução 2016

1. Introdução

O combate à corrupção constitui uma responsabilidade de todos os colaboradores do CHS, estando a sua prática devidamente alicerçada em alguns dos princípios fundamentais que norteiam a actividade na Administração Pública¹ – legalidade, prossecução do interesse público e da protecção dos direitos e interesses dos cidadãos, boa administração, igualdade, proporcionalidade, justiça e razoabilidade, imparcialidade e boa-fé.

Neste contexto, em conformidade com os Princípios do Bom Governo do Sector Empresarial do Estado² e as recomendações emanadas pelo Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC)³, o Centro Hospitalar de Setúbal (CHS) procedeu à elaboração do Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas, doravante identificado como PGRCIC.

A última versão do PGRCIC do CHS resulta dos contributos apresentados por um conjunto de profissionais com responsabilidades ao nível da direção de vários serviços integrados no subsistema de gestão da entidade, transpondo adicionalmente um conjunto de orientações estabelecidas na Recomendação n.º 1/2009 do CPC⁴, designadamente:

- A identificação, relativamente a cada área ou departamento, dos riscos de corrupção e infrações conexas;
- 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;
- Elaboração de um relatório anual atinente à execução do PGRCIC.

¹ Consubstanciados no Capítulo II do Código do Procedimento Administrativo, publicado em Diário da República, 1.ª série, n.º 4 – Decreto-Lei n.º 4/2015, de 7 de Janeiro.

² Consubstanciado na Resolução de Conselho de Ministros n.º 49/2007, de 28 de Março.

³ Designadamente a Recomendação n.º 1/2009, de 1 de Julho (sobre planos de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas), a Recomendação n.º 5/2012, de 7 de Novembro (sobre a gestão de conflitos de interesses no setor público) e o Guião sobre elaboração de planos de prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas.

⁴ Publicado em Diário da República, 2.ª série, n.º 140, de 22 de Julho de 2009.

Os relatórios anuais de execução do PGRIC resultam desde modo num processo de reflexão no âmbito da gestão do risco, tendo como objectivo actuar como um garante da rectidão, idoneidade e transparência nos processos de tomada de decisão.

Tal percepção encontra-se, aliás, suportada na Recomendação n.º 3/2015 do CPC⁵, através da qual foram estabelecidas as seguintes linhas de orientação:

- Os PGRIC devem 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 direcção 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 acções 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, exceptuando-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 produto do trabalho realizado neste contexto traduz-se no presente relatório, o qual consagra as principais acções desenvolvidas pelo CHS no ano transacto no âmbito da prevenção, mitigação e gestão dos riscos potencialmente geradores de práticas enquadráveis na esfera da corrupção e das infrações conexas.

⁵ Publicada em Diário da República, 2.ª série, n.º 132, de 8 de Julho de 2015.

2. Caracterização da entidade

O CHS resulta da integração por fusão do Hospital de São Bernardo (HSB) e do Hospital Ortopédico Sant'Iago do Outão (HOSO), criado através da publicação do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro, diploma que foi posteriormente alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 12/2015, de 26 de Janeiro.

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 6.º-A do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro, plasmado na actual redação, constante no Decreto-Lei n.º 12/2015, de 26 de Janeiro.

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”*.

Tem por objeto principal a prestação de cuidados de saúde à população residente na sua área de intervenção, designadamente aos utentes do SNS e beneficiários dos subsistemas de saúde e de entidades externas que com que ele contratualizem a prestação de cuidados de saúde, bem como a todos os cidadãos em geral.

As atribuições do CHS são fixadas de acordo com a política de saúde estabelecida a nível nacional e regional, e em conformidade com o seu plano estratégico, consubstanciado nos seus regulamentos internos e mediante a celebração de contratos-programa, em articulação com as demais instituições do sistema de saúde.

3. Estrutura organizacional

O CHS está organizado de acordo com o organograma infra, abrangendo:

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

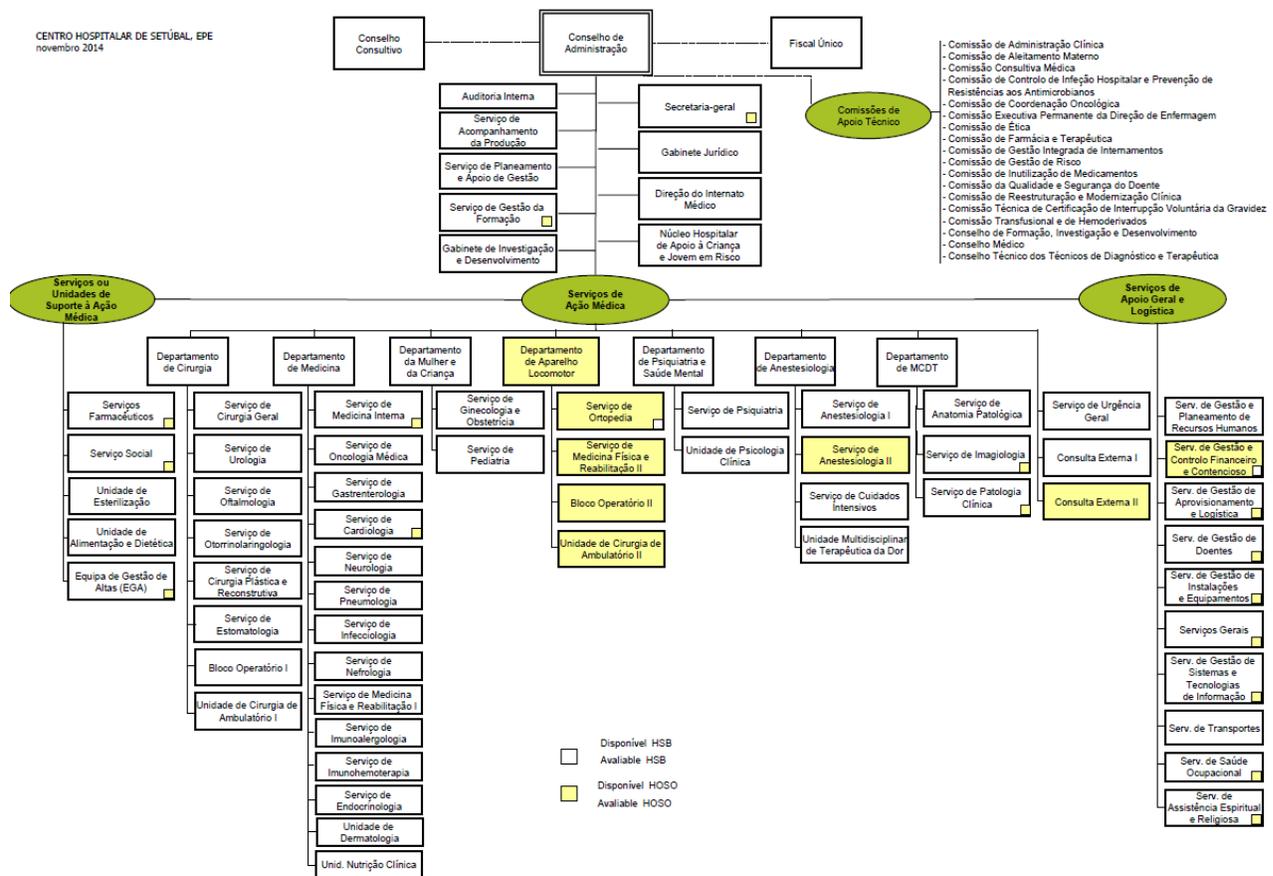


Figura 1: Organograma do Centro Hospitalar de Setúbal, EPE.

A sua actividade e organização encontram-se consubstanciadas no Regulamento Interno do CHS, o qual foi ratificado pelo Conselho de Administração no passado dia 25 de Novembro de 2014 e homologado pelo Conselho Directivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo no passado dia 13 de Fevereiro de 2015.

O Conselho de Administração do CHS é composto desde o passado dia 29 de Fevereiro pelos membros infra identificados⁶, nomeados mediante proposta dos representantes do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde:

- 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 – Director Clínico
- Carla Maria Ferreira Guerreiro da Silva Mendes – Enfermeira Diretora

O órgão de gestão do CHS rege-se pelo disposto na Secção I do Anexo II constante na republicação do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro, efectuada através da promulgação do Decreto-Lei n.º 12/2015, de 26 de Janeiro.

⁶ Resolução de Conselho de Ministros n.º 5/2016 (Diário da República, 2.ª Serie, n.º 41, de 29 de Fevereiro).

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 acção 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 no passado dia 3 de Novembro – em conformidade com a moldura legal estabelecida pelo Despacho n.º 9456-C/2014, de 18 de Julho, do Gabinete do Ministro da Saúde.

Aos princípios, valores e normas estabelecidos, acresce ainda um conjunto de deveres profissionais e éticos que regulam 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 na demais legislação específica, acessória e complementar.

No início do mandato e nos termos previstos na lei, os membros do Conselho de Administração elaboraram mediante compromisso de honra, declarações individualizadas sobre o valor do património e rendimentos de cada um dos titulares, tendo sido dirigidas e comunicadas ao Tribunal Constitucional.

Adicionalmente, os membros da equipa de gestão do CHS preencheram mediante compromisso de honra, declarações individualizadas confirmando a inexistência de incompatibilidades ou de impedimentos para o pleno exercício das funções associadas aos cargos, tendo sido comunicadas à Procuradoria-Geral da República.

Nos termos estabelecidos no n.º 3 do artigo 7.º dos Estatutos dos Hospitais e Centros Hospitalares, EPE⁷, o Conselho de Administração entendeu por descentralizar nos seus membros e subsequentemente subdelegar em vários directores de serviço, competências e poderes de supervisão e de controlo operacional.

Neste sentido, foram publicadas as Deliberações (Extracto) n.º 663/2016 a 667/2017, de 30 de Março, divulgadas no Diário da República, 2.ª série, n.º 72, de 13 de Abril de 2016, através das quais foram subdelegadas várias competências nos responsáveis sectoriais dos serviços de apoio geral e logística da organização.

⁷ Anexo II do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro, republicado no Anexo III a que se refere o artigo 9.º do Decreto-Lei n.º 12/2015, de 26 de Janeiro.

5. Sistema de Controlo Interno

De acordo com o estabelecido no artigo 17.º-A dos Estatutos dos Hospitais e Centros Hospitalares, EPE⁸, 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.

Genericamente, 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 acções 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 (...)*⁹.

O CHS possui um Regulamento Interno revisto e ratificado pelo Conselho de Administração no dia 25 de Novembro de 2014, homologado no passado dia 13 de Fevereiro de 2015 pelo Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.

Conforme estabelecido no Despacho n.º 1086/2013, de 28 de Maio, do Secretário de Estado das Finanças, o Fiscal Único do CHS é representado pela Oliveira Rego & Associados, SROC, Ld.ª, Sociedade de Revisores Oficiais de Contas inscrita com o n.º 46, representada pelo Pedro Miguel Marques Antunes Bastos, Revisor Oficial de Contas n.º 1063 e Manuel de Oliveira Rego, Revisor Oficial de Contas n.º 404, na qualidade de Fiscal Suplente.

⁸ Constante no Anexo II do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro, republicado no Anexo III a que se refere o artigo 9.º do Decreto-Lei n.º 12/2015, de 26 de Janeiro.

⁹ Idem.

O CHS dispõe desde o passado dia 2 de Fevereiro de 2015 de um Serviço de Auditoria Interna (SAI). Sobre este Serviço 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.

Desde o passado dia 11 de Março de 2015 que o CHS dispõe de um Regulamento para Comunicação de Irregularidades (RCI), aprovado pelo Conselho de Administração mediante proposta elaborada pelo SAI. Considera-se que esta prática constitui acima de tudo uma oportunidade para a melhoria dos processos e mecanismos de controlo da entidade, na prossecução de práticas mais eficientes e eficazes do ponto de vista organizativo. O RCI foi internamente objeto de divulgação e encontra-se publicitado na página oficial da entidade na internet e no Portal do SNS, na página alusiva aos instrumentos de gestão do CHS.

No RCI, encontram-se estabelecidos os canais de comunicação para 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.

Concomitantemente, o CHS encontra-se acreditado 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, a Inspeção-Geral das Atividades em Saúde (IGAS) e Inspeção-Geral das Finanças (IGF).

O CHS dispõe de um sítio institucional na internet com o endereço web www.chs.min-saude.pt, onde se encontra disponível 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 possui várias páginas dedicadas à instituição, entre as quais se destaca o Portal do SNS¹⁰ e a Direção-Geral do Tesouro e Finanças¹¹.

¹⁰ Hiperligação em <https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/centro-hospitalar-de-setubal-epe/>

¹¹ Hiperligação em <http://www.dqgf.pt/sector-empresarial-do-estado-see/informacao-sobre-as-empresas/entity/centro-hospitalar-de-setubal-epe>

6. Principais vertentes de intervenção

Na esteira do preconizado aquando a elaboração do PGRIC, o CHS identificou pela sua exposição a situações potencialmente susceptíveis da ocorrência de práticas de corrupção e de infrações conexas, um conjunto de áreas prioritárias sobre as quais seria necessário reflectir.

Em linha com o exposto na Recomendação n.º 2/2015 do CPC, datada de 1 de Julho, o CHS promoveu no passado dia 11 de Fevereiro de 2016, uma ação formativa subordinada à temática da ética e da conduta e prevenção da corrupção da Administração Pública, ministrada por um interlocutor daquela entidade.

No ano de 2016, o SAI levou a cabo diversas ações de avaliação do SCI do CHS, designadamente sobre a emissão, cobrança e controlo das taxas moderadoras do CHS; agendamento da actividade cirúrgica nos Blocos Operatórios do CHS e acompanhamento do nível de implementação das recomendações produzidas no âmbito da avaliação efectuada à capacidade instalada nos serviços de Imagiologia.

Concomitantemente foi cumprido o acompanhamento preconizado no Despacho n.º 10220/2014, de 8 de Agosto, do Secretário de Estado da Saúde, sobre o risco da ocorrência de pagamentos indevidos em matéria de investimentos, no contexto da Lei dos Compromissos e Pagamentos em Atraso.

Com a publicação do Despacho n.º 7709-B/2016 de 9 de Junho, do Senhor Secretário de Estado da Saúde, foi implementada a elaboração de um relatório trimestral de acompanhamento e monitorização da entidade, ficando a cargo da função de auditoria interna e tendo por finalidade o reporte subsequente à tutela.

Importa contudo salientar que, em virtude da mudança operada em Março de 2016 da equipa representativa do órgão de gestão do CHS, considerou-se que a revisão do PGRIC fosse temporariamente protelada, de modo a poder confirmar a estrutura e o modo de funcionamento da equipa responsável pela prossecução do projecto. Face ao exposto, a revisão do PGRIC ocorrerá no ano de 2017, incorporando as recentes recomendações emanadas pelo CPC e após a formal constituição da referida equipa.

Os sectores considerados foram os seguintes:

- Área Financeira;
- Área de Aprovisionamento e Logística;
- Área das Instalações e Equipamentos;

-
- Área de Gestão de Doentes;
 - Área de Recursos Humanos;
 - Área dos Sistemas e Tecnologias de Informação.

6.1. Área Financeira

Na vertente financeira, o CHS identificou um conjunto de riscos, os quais se encontram infra identificados, assim como as respectivas medidas de mitigação e/ou erradicação dos mesmos:

Área	Identificação do Perigo	Riscos Associados	Avaliação /Acompanhamento
Despesa Conferência de Faturas	1. Concentração de Funções	Falta de controlo e maior probabilidade de não deteção de erros; Alteração não autorizada dos dados mestres de fornecedores; Transferências bancárias para NIB incorrectos ou desactualizados.	1.1 Segregação de funções; 1.2 Circularização periódica dos dados mestre de fornecedores.

Encontram-se estabelecidos no Manual de Procedimentos Administrativos e Contabilísticos do Serviço de Gestão de Controlo Financeiro e Contencioso (SGCFC) e procedimento CFC.05, as medidas preventivas a adoptar neste âmbito – Gestão de Terceiros - Despesa/Conferência de Facturas.

A segregação de funções é assegurada através da atualização do organograma e a definição clara das atribuições e responsabilidades de cada elemento dentro do serviço.

Os riscos identificados são ainda minimizados mediante a operacionalização de ações de verificação e conferência a realizar pelo Gabinete de Controlo Financeiro do SGCFC e o Contabilista Certificado.

Área	Identificação do Perigo	Riscos Associados	Avaliação /Acompanhamento
Receita/ Facturação Clientes	2. Produção não facturada ou facturada incorrectamente	Ajustamentos à facturação e saldos de clientes não aprovados, ou registados e contabilizados incorrectamente.	2.1 Submissão de todos os ajustamentos à aprovação do CA e verificar que os dados foram correctamente registados; 2.2 Circularização periódica de saldos de clientes.

As medidas de contenção previstas para este efeito encontram-se estabelecidos no Manual de Procedimentos Administrativos e Contabilísticos do SGCFC e nos procedimentos CFC.02 e CFC.03 (Gestão de Terceiros – Receita).

Todos os ajustamentos efetuados nesta área são submetidos à aprovação do Conselho de Administração (CA), existindo um acompanhamento regular dos dados necessários à correta e atempada facturação.

A responsável da área tem a incumbência de proceder à conferência dos saldos de modo a manter os registos das contas correntes de clientes atualizadas.

Área	Identificação do Perigo	Riscos Associados	Avaliação /Acompanhamento
Tesouraria	3. Desvio de fundos	Cobranças não depositadas Desvio de fundos	3.1 Implementar o uso generalizado de pagamentos via multibanco; 3.2 Privilegiar a utilização de transferências bancárias, reduzindo ao mínimo possível a utilização de cheques ou dinheiro; 3.3 Manter os fundos de maneio e de caixa em sistema de fundo fixo efetuando contagens periódicas aos mesmos; 3.4 Efetuar reconciliações bancárias mensais realizadas por funcionário sem acesso à tesouraria e a movimentos contabilísticos; 3.5 Circularizar os saldos de terceiros.

As medidas previstas para mitigação dos riscos supra identificados, encontram-se definidos no Manual de Procedimentos Administrativos e Contabilísticos do Serviço e nos procedimentos CFC.02 (Normas de Controlo Interno) e CFC.06 (Gestão de Tesouraria).

O sistema de pagamentos por multibanco encontra-se amplamente disseminado, facto que relativiza as eventuais “janelas de oportunidade” que permitam eventuais desvios de fundos, para além de constituir um elemento potenciador dos níveis de eficácia de cobrança de taxas moderadoras.

Adicionalmente, o Gabinete de Controlo Financeiro do SGCFC efetua mensalmente reconciliações a todas as contas bancárias do CHS, sendo posteriormente visadas pelo Contabilista Certificado.

Sempre que solicitado e sem aviso prévio, são efetuadas contagens ao caixa nas Tesourarias do CHS.

Área	Identificação do Perigo	Riscos Associados	Avaliação /Acompanhamento
Contencioso	4. Prescrição de processos /incapacidade de cobrança	Tramitação dos processos com mais de de 20 dias; Divulgação do teor dos processos em tribunal; Prescrição de processos em curso com mais de 3 anos	4.1 Redução do circuito dos documentos; 4.2 Adequação dos recursos humanos.

O circuito dos documentos tem vindo a ser reduzido com o propósito primordial de minimizar o tempo que os processos dispõem para fins de tramitação processual.

Os mecanismos de controlo interno e supervisão existentes no SGFCF continuam ativos e operacionais. Para este efeito e conforme já referido, existe um procedimento que norteia o sistema de controlo Interno do serviço (Procedimento ref.ª CFC02).

6.2. Área de Aprovisionamento e Logística

Face aos riscos identificados na sua área de atuação e relativamente ao exercício de 2016, o Serviço de Gestão de Aprovisionamento e Logística (SGAL) informou o seguinte:

Área	Identificação do Perigo	Riscos Associados	Avaliação /Acompanhamento
Aprovisionamento e Logística	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 para este ponto seguiram no ano de 2016, as normas previstas na Lei vigente – Código dos Contratos Públicos (CCP), sendo promovido, sempre que aplicável, o contacto com um leque alargado de fornecedores para obtenção de propostas que permitam uma avaliação da realidade do mercado em cada momento.

Ainda assim, pelos princípios de razoabilidade e proporcionalidade do procedimento face ao seu valor estimado, presente nos princípios básicos da contratação pública, 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.

A monitorização destes processos foi acompanhada de perto, com a necessária validação por parte da Vogal do Conselho de Administração com o pelouro do SGAL, acompanhando as melhores práticas ao nível do cumprimento do CCP.

Área	Identificação do Perigo	Riscos Associados	Avaliação /Acompanhamento
Aprovisionamento e Logística	2. Processos administrativos de aquisição de bens, serviços e empreitadas. Aquisições em regime de Ajuste Direto.	Consultas sistemáticas 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.

Os processos associados aos ricos supra identificados e à semelhança do que já foi referido no ponto 1, 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.

No ano de 2016 manteve-se a prática do alargamento, sempre que possível, do número de fornecedores consultados no contexto dos procedimentos de contratação, sendo acrescentados à consulta todos aqueles que, ao longo da atividade do serviço, informaram da sua disponibilidade para responder às referências pretendidas.

Da mesma forma foram cumpridas as todas formalidades ao nível da elaboração de relatórios preliminares de escolha, audiência prévia de interessados e emissão de relatórios finais a submeter ao Conselho de Administração e da publicitação do portal “Base”.

De modo a reforçar os níveis de controlo dos processos de contratação, o CHS implementou um sistema ERP que permite o acompanhamento das fases previstas no CCP mediante o preenchimento de uma *check-list*, para que em qualquer momento se possa consultar qualquer processo, apurando-se qual o seu estado e quais os passos que foram dados.

Área	Identificação do Perigo	Riscos Associados	Avaliação /Acompanhamento
Aprovisionamento e Logística	3. Gestão de existências	Movimentos de existências não registados	<ol style="list-style-type: none"> 1. Execução de trabalhos de auditoria interna que garantam a conformidade dos dados existentes. 2. Execução de contagens físicas, cumprindo o procedimento de inventariação das existências. 3. Acompanhamento dos inventários pelo Revisor Oficial de Contas.

A execução de contagens periódicas de controlo dos *stocks* no SGAL, foi assegurada tendo sempre em consideração os tempos disponíveis para o efeito (de forma casuística) e de modo a garantir a conformidade da informação em sistema face às quantidades em prateleira.

A equipa de *picking* e distribuição continuou os trabalhos de aperfeiçoamento da ferramenta interna de reporte implementada no ano de 2015, a qual serve de alerta junto dos responsáveis da gestão de *stocks* relativamente a eventuais discrepâncias entre as existências físicas e a informação disponível no sistema informático.

Os trabalhos anuais de inventariação das existências executados no final de 2016, 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. Foram posteriormente elaborados os relatórios ao CA com a identificação dos desvios, valor de produtos obsoletos/monos/não conformes, e o pedido de autorização de validação dos valores apurados e abate dos materiais arrolados para o efeito.

Toda a documentação respeitante a este processo encontra-se fisicamente arquivado nas instalações do SGAL para consulta e/ou memória futura.

Área	Identificação do Perigo	Riscos Associados	Avaliação /Acompanhamento
Aprovisionamento e Logística	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

Ao longo do ano de 2016 foram efectuadas verificações amostrais por parte dos responsáveis de gestão de *stocks*, de modo a aferir a fiabilidade dos dados em sistema face à realidade em verificada nas quantidades existentes em prateleira.

Dessas verificações, donde não resultaram documentos de evidência mas que levaram à execução de acertos pontuais, resultou a conclusão de que não se registaram discrepâncias significativas entre *stocks* físicos e *stocks* teóricos.

Área	Identificação do Perigo	Riscos Associados	Avaliação /Acompanhamento
Aprovisionamento e Logística	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.

A avaliação dos elementos do Júri para os diferentes procedimentos passa habitualmente 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.

As propostas de nomeação são posteriormente remetidas ao Conselho de Administração para fine de aprovação. As situações de inadequação de nomeação foram oportunamente avaliadas e corrigidas, sempre que se afigure como necessário.

Área	Identificação do Perigo	Riscos Associados	Avaliação /Acompanhamento
Aprovisionamento e Logística	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"> 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. 2. Conferência de documentos no final de cada movimento.

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 da despesa e garantia de que o valor apurado correspondia ao valor em numerário disponível.

Área	Identificação do Perigo	Riscos Associados	Avaliação /Acompanhamento
Aprovisionamento e Logística	7. Recepção de materiais	Recepção não controlada física e qualitativamente.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cumprimento do procedimento de recepção 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 existindo registo de extravios de material com responsabilidades atribuídas ao SGAL.

Área	Identificação do Perigo	Riscos Associados	Avaliação /Acompanhamento
Aprovisionamento e Logística	8. Gestão de imobilizado	Activos desviados por colaboradores ou terceiros.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Responsabilização dos serviços pelos bens sob a sua custódia. 2. Manutenção do registo de inventário de todos os bens do CHS actualizado.

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

6.3. Área de Instalações e Equipamentos

No contexto do Serviço de Instalações e Equipamentos (SIE), foram identificados os seguintes riscos:

Área	Identificação do Perigo	Riscos Associados	Avaliação /Acompanhamento
Instalações e Equipamentos	1. Cumprimento dos Contratos de Assistência Técnica	Número de visitas	1. Controlo interno através do qual se criem mecanismos de verificação/ execução. 2. Elaboração de mapa de registos das visitas efetuadas pelas empresas – mensal.

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

O SIE dispõe de uma base de dados contendo a programação das visitas das empresas com que mantém CAT, descrição dos equipamentos e respetivos serviços onde se encontram instalados.

Em caso de incumprimento das visitas, são encetados contactos com as firmas envolvidas no sentido de compreender a origem do problema, remarcando-se nova data para a intervenção. Foi também possível, através do ficheiro de controlo, 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.	Quantidades aplicadas	1. Verificação “in loco” do material/quantidades aplicadas

No âmbito dos materiais aplicados nos contratos de assistência técnica é de ressaltar que o mesmo só acontece, quando está prevista a inclusão de peças. Nesses casos e na sequência do exposto no Risco n.º 1, 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 decorrer das ações de manutenção, e no caso dos contratos sem inclusão de peças, poderá ser verificada a necessidade de substituição de materiais/componentes. Nestes casos, a informação é registada pela firma, no relatório de intervenção técnica. Por sua vez, o serviço em causa endereça uma requisição interna por via electrónica 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.

Existiram casos pontuais de equipamento crítico que, no decorrer das ações preventivas, ao ser verificada a necessidade de substituição de peça/material/componente, a mesma foi concretizada, de modo a garantir que o equipamento não ficasse inoperacional. Estes casos foram sempre alvo de autorização superior, por parte do SGAL e/ou do CA do CHS.

Área	Identificação do Perigo	Riscos Associados	Avaliação /Acompanhamento
Instalações e Equipamentos	3. Fiscalização de obras	Quantidades aplicadas	1. Reunião de obra com a fiscalização; 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, electricidade, segurança e AVAC¹² mediante subcontratação de empresa externa (por norma a responsável pela execução do projecto).

Regra geral 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 acta.

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.

¹² Aquecimento, ventilação e ar condicionado.

Área	Identificação do Perigo	Riscos Associados	Avaliação /Acompanhamento
Instalações e Equipamentos	4. Confirmação de facturas	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 facturas, as mesmas subdividem-se em 3 categorias em termos de origem: CAT, reparações ao exterior e obras de beneficiação/remodelação.

As facturas relativas aos CAT e reparações ao exterior são confirmadas de acordo com os relatórios de assistência técnica e respectivo acompanhamento pelos profissionais do SIE.

No que respeita às confirmações das obras de beneficiações/remodelações, as mesmas são efectuadas através dos autos de medição. Cada auto apresenta um valor total que deverá ser convergente com o valor da factura 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 facturas, as mesmas são registadas no aplicativo SHI, cujo processo decorre em articulação com o SGFC.

Ocorreram algumas situações de pequenas reparações, efectuadas por entidades externas subcontratadas, em que foi necessário confirmar a realização dos trabalhos nos locais, para posteriormente se proceder à confirmação da facturação. Estes casos estiveram relacionados com atrasos no processamento por parte das entidades adjudicatárias.

Área	Identificação do Perigo	Riscos Associados	Avaliação /Acompanhamento
Instalações e Equipamentos	5. Obras Internas – Oficinas	Quantidade de material aplicado	1. Controlo interno através de ficheiro de registo de requisições ao armazém; 2. Listagem atualizada de material em Stock acondicionado nas Oficinas.

Até Outubro de 2016, o procedimento interno de requisição das intervenções do SIE assentava num processo documental, facto que muitas vezes gerou, por entrega posterior ao pedido/realização do trabalho, um n.º interno de obra desactualizado. Por este motivo, não foi por vezes possível aferir o real tempo de execução das respectivas obras.

Contudo, a partir dessa data o SIE colocou em prática o sistema de requisições em formato electrónico, o qual passou a permitir um rastreio/accompanhamento fiável dos processos de trabalho (sendo possível aos serviços utilizadores aferir de igual modo o estado dos seus pedidos).

No que respeita aos casos de existência de material em *stock*, o assistente técnico anota o consumo do componente e entrega ao assistente operacional, registando as quantidades em causa e obra a que se refere. De modo a melhorar o SCI do SIE relativamente a esta área, foi criada a ficha de atribuição de material de acordo com a obra, designação de material e quantidade aplicada.

Quando não existe o material necessário em stock, a tramitação processual é encaminhadas para o SGAL mediante o preenchimento da requisição modelo 165D/ requisição electrónica, validada previamente pelo elemento responsável do SIE. Todo o material recepcionado neste âmbito é confirmado e registado, sendo arquivado o duplicado da requisição que lhe deu origem.

Área	Identificação do Perigo	Riscos Associados	Avaliação /Acompanhamento
Instalações e Equipamentos	5. Processos administrativos de aquisição de prestação de serviços. Aquisições em regime de ajuste directo simplificado	Consultas sistemáticas aos mesmos fornecedores	<ol style="list-style-type: none">1. Alternar contactos com eventuais fornecedores, com vista às prestações de serviços para o CHS.2. Aplicação do procedimento a todas as obras de reparação.

Este tipo de procedimento deverá sempre, cumprir o descrito na avaliação/ acompanhamento das ações de manutenção, nomeadamente no contacto alternado a eventuais fornecedores, de modo a garantir uma base comparativa sobre os materiais aplicados e o correspondente custo de aquisição.

6.4. Área da Gestão de Doentes

Na sequência do PGRCIC do Serviço de Gestão de Doentes (SGD) e relativamente ao ano de 2016 destacaram-se as seguintes iniciativas:

- Num primeiro momento, procurou-se identificar as áreas de intervenção do SGD com maior risco, designadamente, pelo envolvimento de um conjunto significativo de profissionais assistentes técnicos na manipulação de verbas associadas a cobranças a utentes e à gestão das mesmas em modo de “fundo” para facilitação de pagamentos em espécie. Foram elaborados e implementados em todos os postos de trabalho e monitorizados em termos da sua execução 3 procedimentos – major.

Ao longo destes cinco anos, a maior preocupação tem sido introduzir em todos os procedimentos que envolvam diversas funções, mecanismos de controlo interno, em especial nas de maior risco associado, incluindo a componente da segregação de tarefas – de que é exemplo o núcleo de conferência de facturação de transportes e o de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT) ao exterior. Com estas medidas, procura-se potenciar a qualidade do serviço e mitigar a ocorrência de riscos de corrupção e outras infracções conexas.

Este acompanhamento tem sido suportado pela monitorização dos procedimentos, em alguns casos inserindo maior detalhe no “*modus operandi*”, reflectido também na actualização progressiva das descrições de funções dos vários postos de trabalho do SGD.

Esta nossa actuação visa essencialmente, as seguintes áreas do SGD:

a. Gestão de Processos de Transporte de Doentes e MCDT ao Exterior (2 Núcleos)

Com a publicação e aplicação da Portaria n.º 83/2016, de 12 de Abril, que veio, entre outros aspectos, eliminar os designados “*copagamentos*”, o SGD procedeu à actualização do “*Procedimento de Cobrança de Copagamentos de Transportes não Urgente de Doentes*”¹³, pelo que o mesmo foi revogado. Desta alteração decorreu a eliminação do risco pela extinção da cobrança.

Relativamente aos restantes elementos normativos atinentes a processos subordinados a esta temática, manteve-se a sua implementação e vigilância.

¹³ Referência PS.SVGD.017

Sobre a actividade subjacente aos processos que norteiam as requisições de MCDT realizados externamente e assegurados por entidades terceiras, foi determinado um processo de trabalho visando a racionalização de recursos. Cada pedido é controlado pelo SGD desde a requisição médica – a qual passa pela obtenção de duas autorizações clínicas: a da Direcção do Serviço e a da Direcção Clínica – até à autorização pelo órgão máximo de gestão – passando pela Área de Gestão de Processos que gera o Termo de Responsabilidade em função da contratualização existente ou por indicação do SGAL ou do CA, garantindo toda a conformidade (processual e documental), até à conferência e controlo da faturação.

A função de conferência de faturação foi destacada do SGCFC e organizada na esfera de actuação do SGD, motivado por aspectos relacionados com a necessidade da segregação de funções.

No que respeita à função de contratualização e de aquisição de MCDT – entenda-se, emissão de nota de encomenda – tais tarefas estão a cargo do SGAL. O SGD recebe directamente daquele Serviço a indicação da entidade fornecedora a contactar, colaborando no registo da faturação recepcionada em sistema de informação próprio (do SGAL). Esta organização de controlo e conferência continua a evidenciar desconformidades na faturação, facto que tem motivado a emissão de notas de crédito a favor do CHS.

De salientar que as actividades subjacentes ao transporte de doentes e à aquisição de MCDT no exterior continuam assentes em processos documentais em papel, com uma forte componente administrativa manual, o que se considera anacrónico face aos desafios que se colocam hoje.

Ainda sobre os perigos identificados no contexto da corrupção e infracções conexas, manteve-se a vigilância no acompanhamento das actividades enquadradas nos processos neles descritos, no cumprimento do estipulado nos procedimentos e normativos (vide figura 1).

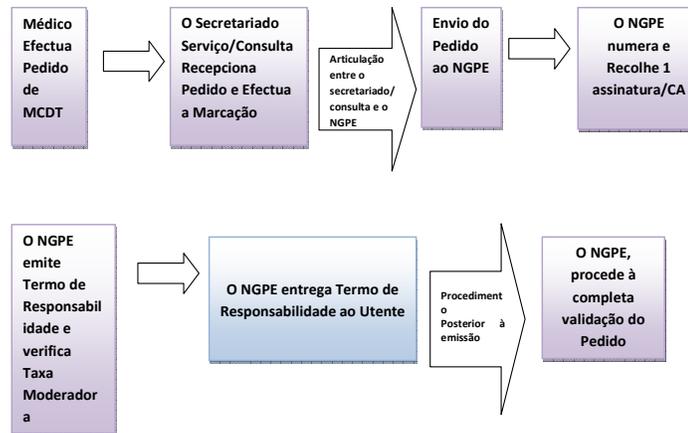


Figura 2: Fluxograma - Circuito de Pedidos ao Exterior Urgentes

O CHS continua a aguardar desenvolvimentos ao nível dos sistemas de informação que permitam uma integração destas actividades tanto nos sistemas de informação SClínico (medico) como no SONHO, seja na versão actual seja na futura versão aplicacional.

Salienta-se ainda neste âmbito o pedido de aquisição de um Sistema de Gestão de Transporte de Doentes (SGTD) promovido há mais de 4 anos e, mais recentemente, a solicitação à tutela para viabilizar a inclusão do CHS no processo de desenvolvimento do SGTD dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS).

b. Gestão de Doentes

O Sector da Gestão de Doentes conta com cerca de 130 colaboradores, disseminados por todos os serviços do CHS, em diversos postos de atendimento de utentes e de apoio à actividade clínica. Tem como principais objectivos:

- Garantir a homogeneidade das tarefas executadas, com rigor e em tempo útil;
- Assegurar a quantidade e a qualidade dos registos dos processos dos Utentes, com a sua correta identificação bem como a da Entidade Financeira Responsável (EFR) e;
- A cobrança adequada das Taxa Moderadoras (TM), visando sempre um bom registo em cada episódio – condição *sine qua non* da sua posterior facturação.

Os 3 procedimentos documentais que continuam a balizar a actividade da Gestão de Doentes são:

- Procedimento para identificação da Entidade Financeira Responsável;
- Procedimento de Guarda, Transporte e Entrega de Valores Cobrados pelo SGD;
- Procedimento de Gestão de Fundos para Trocos.

Os resultados têm apontado para um decréscimo do número de erros e falhas, verificando-se uma tendência para a manutenção da qualidade destes registos ao longo dos últimos anos (e pese embora a existência de alguns “erros” na base de dados do sistema de informação SONHO). Segundo o Serviço de Gestão de Sistemas e Tecnologias de Informação (SGSTI) verificou-se a corrupção irreparável de uma parte da base de dados do referido aplicativo, facto que tem motivado a reparação manual de episódios.

Outro aspecto a salientar prende-se com a ausência de formação profissional aos profissionais do SGD, apesar de solicitada. As chefias e coordenações do Serviço têm garantido a formação “on job” sempre que há alterações mas a última formação organizada e completa de actualização de conhecimentos destinada a estes colaboradores ocorreu em Março de 2012.

Com a publicação da Portaria n.º 64-C/2016, de 31 de Março, registou-se uma diminuição nos níveis cobrança desde o 1 de Abril de 2016, motivada principalmente pelo alargamento do espectro das isenções e dispensas de pagamento de taxas moderadoras, a saber:

Dispensa do pagamento de taxas moderadoras:

- a) Nos meios complementares de diagnóstico e terapêuticos realizados em hospital de dia;
- b) Nos atendimentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica realizados nos serviços de urgência, desde que a referência seja através da rede de prestação de cuidados primários, INEM ou contacto através da Saúde 24;
- c) Na primeira consulta de especialidade via sistema Consulta a Tempo e Horas.

Isenção total do pagamento de taxas moderadoras:

- a) Para os dadores benévolos de sangue;
- b) Para os dadores vivos de células, tecidos e órgãos;
- c) Para os Bombeiros.

Relativamente à gestão dos fundos de manuseio, a organização recomendada pela IGAS ao SGD foi objeto de revisão, tendo gerado um procedimento ajustado (PS.SVGD.024) - Procedimento de Gestão de Fundos para Trocos.

Simultaneamente e enquadrado nos objectivos estratégicos e operacionais do CHS, o SGD possui várias orientações e instruções de trabalho destinadas aos seus colaboradores, respeitantes a diversas áreas de atuação. Actualmente continua-se a proceder a elaboração/ actualização de vários procedimentos, bem como a monitorizar o seu cumprimento através de um acompanhamento de proximidade, assumido pelas coordenadoras e responsáveis das áreas.

Saliente-se que em 2016 não foi registada qualquer perda, extravio ou erro relacionado com este tipo de risco (Procedimento de Guarda, Transporte e Entrega de Valores Cobrados pelo SGD). Este último (Procedimento de Gestão de Fundos para Trocos) tem especial relevância no âmbito do PGRIC ao nível da Gestão de Doentes, envolvendo simultaneamente o sector responsável pela gestão de processos de cobrança associada aos termos de responsabilidade. O processo de cobrança é realizado na Central de Atendimento de Doente, descrito no procedimento ref.ª DF.SVGD.09 – Descrição de Funções Assistente Técnico – Central de Atendimento de Doentes.

c. Arquivo Clínico

Quanto aos riscos identificados no Arquivo Clínico, os mesmos estavam já consignados em procedimentos escritos pelo que, em geral, podemos afirmar que se obteve uma redução considerável nos riscos associados aos perigos identificados ao longo dos anos, traduzindo-se num quantitativo residual de desconformidades.

Em 2016 iniciaram-se os trabalhos de remoção de todo o arquivo semi-activo e inactivo do HSB para o novo espaço (contentores propriedade do CHS e localizados nas instalações existentes na Estrada Nacional n.º 10). As melhorias passam agora pela reorganização dos arquivos e optimização dos espaços e dos meios disponibilizados, visando continuar a cumprir o preconizado pelas Políticas de Gestão da Informação Clínica e de Confidencialidade dos dados.

Em 2016, continuou-se a monitorização de acordo com o Plano de Ação 2013-2015 e com o Plano da Qualidade, com os Procedimentos do Arquivo Clínico GIC.02, GIC.03, GIC.06, GIC.07 e Procedimento de Requisição, Acesso e Consulta de Processos Clínicos e de MCDT, bem com as descrições de funções dos profissionais, incluindo a da coordenação.

Em resumo:

Quadro Síntese de Riscos e Ações do SGD

Área	Identificação de Perigos	Riscos Associados	Avaliação/Acompanhamento Documentos e práticas de suporte e monitorização
Gestão de processos de Transporte de Doentes e de requisição de MCDT ao Exterior	1. Possibilidade de existir faturação Indevida	Erros de facturação	<p>1 - Plano de Ação do Serviço</p> <p>2 - Cumpriram-se os normativos externos e internos em vigor:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ PS.SVGD.025 – Procedimento de Conferência de Facturação de MCDT e Transportes ▪ Descrição de Funções do Posto de Trabalho – Internamento (outras em Revisão) ▪ XXX.00YYYY.00 – Posto de Trabalho 3: Conferência de Faturação – Núcleo de Gestão de Pedidos ao Exterior (Em Revisão) ▪ XXX.00YYYY.00 – Posto de Trabalho 3: Conferência de Faturação – Área de Processos – Núcleo de Transportes (Em Revisão) <p>Evidências:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Segregação de funções ▪ Conferência sistematizada e total a todos os pedidos de MCDT e respetiva facturação
Gestão de Doentes	<p>2. Registo de dados identificativos dos utentes</p> <p>2.1 Registo da actividade assistencial prestada aos utentes</p>	<p>Erros na recolha e inserção de dados de utentes</p> <p>Falta de actualização de dados</p>	<p>1 – Plano de Ação do Serviço:</p> <p>Manteve-se a vigilância sobre o cumprimento dos procedimentos, através do acompanhamento da actividade realizada pelos assistentes técnicos por parte das coordenadoras e chefias</p> <p>2 – Procedimentos e normativos internos em vigor:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ PS:SVGD.021 – Identificação da EFR. O referido procedimento estabelece para os profissionais do SGD um conjunto de normas reguladoras visando a correcta identificação da EFR pelo pagamento da despesa hospitalar. Este procedimento dá resposta directa às preocupações em matéria de perigos relativos a eventuais erros de identificação dos Utentes e da actividade assistencial, e respetiva facturação de acordo com o estabelecido no Contrato-Programa. ▪ PS.SADD.01 – Registo administrativo de doentes internados (em revisão) ▪ XXX.00.SADD.04 – Registo de consultas internas de doente internado – 1.ª Alteração ▪ XXX.00.SAD1.02 - Registo administrativo para a realização de Interrupção Voluntária da Gravidez até às 10 semanas de Gestação – 2.ª Alteração ▪ PS.SADD.10 – Registo administrativo de utentes sem identificação nos serviços de urgência (em revisão) <p>Evidências:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Instruções, despachos e indicações de trabalho via correio electrónico; ▪ <i>Correcção sistemática (mensal) de listas de erros da produção e do contencioso financeiro;</i>

Área	Identificação de Perigos	Riscos Associados	Avaliação/Acompanhamento Documentos e práticas de suporte e monitorização
Gestão de Doentes	3. Cobrança de taxas moderadoras	Falhas na cobrança de taxas moderadoras	<p>1 – Plano Acção do Serviço</p> <p>2 – Procedimentos em vigor:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ PS.SVGD.021 – Procedimento para identificação da EFR ▪ SPB.09 – Procedimento para a guarda, transporte e entrega de valores cobrados pelo SGD ▪ Procedimento de Gestão de Fundos para Trocos <p>Evidências:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Instrução para consulta do Registo Nacional de Utentes, nomeadamente para verificação da condição de isenção; ▪ Aumento das taxas moderadoras cobradas no momento da prestação do acto de saúde, nomeadamente na colheita de amostras para a realização de análises clínicas; ▪ Regularização permanente das taxas moderadoras em dívida via emissão de notas de débito; ▪ Tendência de decréscimo no montante da dívida.
Gestão de Doentes	4. Identificação incorreta da EFR	Episódios não facturados	<p>1 – Plano Acção do Serviço</p> <p>2 – Procedimentos em vigor</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ PS.SVGD.021 – Procedimento para identificação da EFR ▪ PS.SADD.03 – Procedimento para facturação de doentes transferidos para outras instituições ▪ PS.SADD.19 – Procedimento de pré-contencioso nas áreas de Ambulatório (em revisão) ▪ PS.SADD.02 – Procedimento de pré-contencioso nos serviços de internamento (em revisão) <p>3 – Evidências</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Correio eletrónico com despachos e instruções / indicações ▪ Plataforma de Facturação Hospitalar às Seguradoras
Arquivo Clínico	5. Manter o Arquivo Clínico organizado com rápido acesso aos processos clínicos.	Processos mal arquivados / demora na resposta	<p>1 – Plano Acção do Serviço</p> <p>2 – Procedimentos e normativos em vigor</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ GIC.06 – Procedimento para arquivo de processos clínicos em suporte de papel e monitorização da circulação interna ▪ GIC.02 – Procedimento para a atribuição de números aos processos clínicos ▪ GIC.07 – Procedimento para o tratamento de duplicação de números de processos clínicos / identificação duplicada ▪ GIC.03 – Procedimento de Retenção / Destruição dos Registos Clínicos no âmbito do Arquivo Clínico ▪ Procedimento para Requisição, Acesso e Consulta de Processos Clínicos e de MCDT <p>3 – Evidências</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Registo no sistema “SONHO” para fins da localização interna do processo; ▪ Pasta com registo interno de controlo de processos arquivados; ▪ Pasta com o registo interno de substituição de saquetas/ envelopes danificados; ▪ N.º residual de processos mal arquivados/ não localizados. ▪ Novas instalações, novas prateleiras e digitalização de processos

Área	Identificação de Perigos	Riscos Associados	Avaliação/Acompanhamento Documentos e práticas de suporte e monitorização
Arquivo Clínico	<p>6. Controlar o movimento dos processos</p> <p>6.1 Garantir a confidencialidade no acesso à informação.</p>	<p>Extravio no circuito interno/ demora na resposta/ quebra de confidencialidade.</p> <p>Cumprimento das normas e legislação referentes à salvaguarda da confidencialidade do documento</p>	<p>1 – Plano Acção do Serviço</p> <p>2 – Política de Confidencialidade</p> <p>3 – Procedimentos e normativos internos</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>GIC.06</u> – Procedimento de arquivo de processos clínicos em suporte de papel e monitorização da circulação interna ▪ Integração da Directora do SGD num grupo de trabalho organizado sob coordenação da Secretaria-Geral do Ministério da Saúde <p>4 – Evidências</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Registo no sistema de informação “SONHO”, para fins da localização interna do processo; ▪ Registo de controlo interno de processos arquivados; ▪ Registo de substituição de saquetas/envelopes danificados.

Em síntese e face aos resultados obtidos, prevê-se que o enfoque se mantenha nas áreas de requisição de Transportes e MCDT (com maior detalhe em algumas das tarefas associadas) e também na Gestão de Doentes, numa perspectiva de melhoria contínua da qualidade do trabalho, perseguindo a meta do Zero Erro / Zero Falha.

6.5. Área dos Recursos Humanos

Na área dos Recursos Humanos foram identificados os seguintes perigos, os quais constam nos quadros infra, tendo sido efectuada a seguinte avaliação:

Identificação do Perigo	Riscos Associados	Avaliação /Acompanhamento
1. Inserção incorrecta de dados do cadastro do trabalhador na aplicação informática de processamento de salários/assiduidade.	Erros ao nível do tratamento de dados do trabalhador (emissão de declarações, notas biográficas, guias de vencimentos, contagens de tempo, etc.	1. O SGPRH dispõe de manuais e procedimentos exaustivos com vista à implementação de boas práticas no serviço.
2. Inserção incorrecta de dados relativos ao processamento de salários	Processamento incorrecto de abonos e descontos ao trabalhador	1. O sector de vencimentos e assiduidade é auditado por duas técnicas superiores, supervisionadas pelo Director do Serviço.
3. Incorrecta contabilização de valores relacionados com SIGIC	Processamento incorrecto dos valores ao trabalhador	
4. Inserção incorrecta de dados relativos à assiduidade dos trabalhadores	Processamento incorrecto de abonos e descontos ao trabalhador e má formação do histórico do trabalhador a nível da sua assiduidade e pontualidade	

Todas estas as tarefas foram asseguradas cumprindo os procedimentos existentes, descritos no “Manual de Procedimentos do Serviço de Gestão e Planeamento de Recursos Humanos” (SGPRH), reduzindo-se a probabilidade de erro, tendo em vista o aumento da qualidade e eficácia do trabalho desempenhado.

Não foram assinaladas falhas com relevância nestas matérias.

Identificação do Perigo	Riscos Associados	Avaliação /Acompanhamento
5. Incorrecta elaboração de contratos de trabalho	Integração jurídico-funcional incorrecta do trabalhador na instituição	1. O SGPRH tenta assegurar toda a formação profissional disponível e adequada aos seus colaboradores, sendo esta matéria uma das focadas no plano de acção anual do Serviço. Internamente, o Serviço conta com assessoria jurídica permanente. 2. São realizadas regularmente reuniões de serviço com vista ao esclarecimento de dúvidas e aplicação de legislação.

A maior parte dos contratos de trabalho foram elaborados com o apoio técnico de pessoal com formação superior na área (jurista).

Sempre que necessário, foram efectuadas reuniões de trabalho com vista ao esclarecimento de dúvidas.

Identificação do Perigo	Riscos Associados	Avaliação /Acompanhamento
6. Prestação de informação incorrecta ao trabalhador	As informações incorrectas prestadas aos colaboradores do CHS podem ter implicações ao nível dos seus direitos ou deveres	<ol style="list-style-type: none"> 1. O SGPRH tenta assegurar toda a formação profissional aos seus colaboradores, sendo esta matéria uma das focadas no plano de acção serviço. 2. O SGPRH tem apoio jurídico permanente. 3. São realizadas reuniões regulares com a equipam com vista ao esclarecimento de dúvidas e aplicação de legislação.

Com base na formação adquirida pelos elementos do SGPRH a qualidade e objetividade da informação prestada aos trabalhadores da Instituição foi continuada e melhorada.

Identificação do Perigo	Riscos Associados	Avaliação /Acompanhamento
7. Prestação de informação incorrecta 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"> 1. O Serviço tenta assegurar formação profissional adequada aos seus colaboradores. 2. O SGPRH tem apoio jurídico permanente. 3. São realizadas reuniões regulares com a equipam com vista ao esclarecimento de dúvidas e aplicação de legislação.

Todas as alterações legislativas de interesse foram 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	1. O SGPRH tem encetado acções 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 da legislação atinente 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 a aplicações informáticas na instituição	1. Foi apresentado procedimento entre o SGPRH e o SGSTI de modo a estabelecer os circuitos de comunicação entre estes dois serviços para garantir a forma mais eficaz para a comunicação das entradas e saídas de trabalhadores do CHS.

Encontra-se em fase de aprovação o procedimento respeitante à mitigação do risco acima identificado para posterior operacionalização.

6.6. Área das Tecnologias de Informação

No decorrer da actividade do SGSTI durante o ano de 2016, dado o âmbito dos riscos identificados para as suas áreas de atuação (ver quadro abaixo) e através da utilização dos mecanismos de controlo interno e supervisão à disposição do SGSTI, não foram detetadas não conformidades dignas de nota.

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 adoptadas, fez uso não só da aplicação da *Política de Sistemas e Tecnologias de Informação*, mas também dos seguintes procedimentos e regulamento:

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

