

Acta N.º 156/2018-02-14

Deliberação: *Aprova-se o plano proposto.*

Solicita-se ao Sr. Auditor Interno um quadro em que registe as recomendações aqui exaradas, de modo a que as mesmas sejam reportadas a cada serviço a quem compete a execução.

Aurélio Rodrigues - Pres. C. A.

Célia Cravo - Vogal C. A.

Rosa Tomás - Vogal C. A.

Anabela Barcelos - Diretora Clínica

Carlos Simões - Enf.º Diretor


CENTRO
HOSPITALAR
BAIXO VOUGA
Mais Saúde, Mais Vida

Mais Saúde, Mais Vida!



Relatório de avaliação anual do

- Plano de Prevenção do Risco de Corrupção e Infrações Conexas

Serviço de Auditoria Interna

2018.01.23

Relatório

De avaliação do PPRCIC do CHBV, EPE

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

1. O Plano de Prevenção de Risco de Corrupção e Infrações Conexas é ainda, na versão de 2016, muito recente, não existindo clarividência de desajuste entre o que está consagrado e a necessidade da sua revisão imediata, existindo sim necessidade, tal como já recomendáramos noutra sede, ação de sensibilização, formação e clarificação desse e de outras matérias relativas ao controlo interno.
2. Resulta à evidência que a existência do PPRCIC do CHBV é um documento que, apesar de ter tido a participação dos serviços na sua elaboração e alteração posterior, não está *presente como instrumento de gestão* com grau de sentido e proximidade, antes se revelando, por parte de alguns serviços, *ser um documento* cujo impacto regula ações de controlo de risco sem carácter gestor próximo e orientador da ação diária.
3. Por regra, os serviços avaliados propendem a manter a probabilidade de ocorrência e escala de risco consagradas na versão aprovada, com propensão para assinalar 'menor risco', contendo o atual Plano área relativa à gestão de conflito de interesses, que foram objeto de ação autónoma incluindo de uma recomendação que findou com a elaboração de um projeto de *Procedimento de Declaração de Conflito de Interesses*.
4. Considerando as especificidades do controlo interno relativamente a cada uma das áreas avaliadas por inquérito, relativamente ao atual PPRCIC, recomendamos genericamente
 - a) A definição de políticas relativas a segregação de funções, por regra feita por profissionais que devem ter essa como atividade principal, nas áreas de serviço a que pertencem, resultando ao menos indiciariamente que aquela segregação de funções se exerce conjuntamente a outras tarefas exercidas por esses profissionais.
 - b) A consideração das matérias constantes do Ofício 11784/2017/DF/UGR – Coord/ACSS, em cada uma das áreas abrangidas pelas temáticas nele expressas,



intensificando-se respostas objetivas dos serviços ao CA, eventualmente com ação coordenada pelo próprio Conselho de Administração.

5. As recomendações diretamente direcionadas às áreas auditadas em face do PPRCIC, tendo em conta aquele Plano e a necessidade de intervenção em áreas de menor atuação mas de maior risco ou de menor tratamento das medidas preventivas delineadas no PPRCIC, são alinhadas quanto a
 - a) Recursos Humanos – Continua a fazer-se sentir a necessidade de fundamentar decisões de recrutamento, seleção de pessoal, avaliação e outros atos de gestão, como se propunha no PPRCIC, sendo que existe, nos processos de recrutamento, critérios de seleção, previamente divulgados, e do conhecimento de todos os candidatos.
 - b) Serviços Informáticos – Necessidade de atuar junto de terceiras entidades, como SPMS e ACSS porquanto o risco de falhas de faturação motivadas por desatualização ou inativação de códigos de registo de procedimentos no SONHO ou noutras aplicações informáticas (não estando inscritas na tabela de Preços do SNS), mantém-se. Também não foi requerida à ACSS mecanismo automático de alerta relativo a registos desatualizados.
 - c) Ainda nos SI, como aliás a toda a organização, atenção especial às matérias relativas à nova Regulamentação da proteção de dados, que entrará em vigor em maio de 2018. O novo Regulamento exige aos entes públicos a criação do *Data Protector Officer*, sob pena de pesada multa.
 - d) Na gestão de doentes (SGD) – o risco gerado por atos administrativos praticados à posterior, detetado pelo Serviço, deve ser considerado, recomendando-se que se considerem as avaliações e decisões sobre as medidas propostas pelos serviço (prática de atos por profissionais que realizam a produção), recomendando-se ainda estreita articulação com o SI quanto a atos constantes do PPRCIC que não tiverem ação (ex: não se procede à comunicação sistemática aos SIAS das não conformidades no registo de procedimentos quer ao nível da gestão da produção quer da faturação de procedimentos).
 - e) Além disso, o SGD considera que se mantém em risco alto as situações que podiam ser obviadas ou minoradas por auditoria clínica, não implementada.

- f) Serviços Financeiros – para além das matérias constantes do ofício (11784/2017/DF/UGR – Coord/ACSS) do inquérito, não se deteta necessidade de recomendação especial, eventualmente confinada, a existir, ao controlo dos atos relativos a pagamentos em volume, bem como a questão transversal da segregação de funções.
- g) Ao Serviço de Instalações e Equipamentos, recomenda-se especial acuidade na tramitação relativa aos abates, em que as decisões da gestão deverão ser processadas como decisão colegial ou na base de instrumento nesse sentido, devendo ser lavrado auto, recomendando-se ainda um dos tipos adotados pela ACSS.
- h) Ainda relativamente a este SIE, para além do expressamente formulado neste relatório, recomenda-se a criação do mecanismo de controlo de anomalias nas restantes instituições do CHBV, à semelhança do existente na de Aveiro.
- i) No Aprovisionamento e Gestão de Materiais, em face do inquérito não se formalizariam recomendações específicas, salvo as que incidem sobre a probabilidade de ocorrência de risco elevado de faturação sem efetivação do serviço de compras, devendo, quanto a este serviço, integrarem-se estas recomendações com as especificamente feitas na ação relativa a contratação de bens e serviços (planeamento e separação de funções de contratação da das restantes do Aprovisionamento).
- j) No que concerne ao Imobilizado, recomenda-se a implementação das medidas não concretizadas, relativas à atualização das fichas de equipamentos e ao Regulamento Geral de Património, para além da citada necessidade de formalizar auto de abate, devendo merecer adequada atenção as decisões relativas a intervenção em obra ou em equipamento em resultado de avaliação da necessidade por empresas que executam essas.
- k) Relativamente a veículos, será de recomendar que o boletim diário seja visto, ao menos mensalmente, pela chefia do motorista, devendo aguardar-se as decisões estatais que podem vir a ter impacto no Regulamento de uso de veículos.

Sumário

A avaliação anual do Plano de Prevenção de Risco da Corrupção e Infrações Conexas foi feita com dupla finalidade:

- a) avaliar e sensibilizar os serviços para as medidas constantes do documento PPRCIC, por forma a determinar as que foram ou não implementadas, podendo concluir-se da necessidade ou não de recomendar alteração ao PPRCIC;
- b) avaliar a *proximidade* que o documento tem no(s) serviço(s), procurando concluir se existe efetivonexo causal entre o que é conteúdo desse documento e as medidas nele concretizadas como necessárias para efetuar controlo interno, obviando ao risco específico constante desse instrumento gestor.

A conclusão conduz-nos a perceber que se trata de um documento com medidas decididas implementar, a maior parte implementadas e em vigor, mas que, tendo em conta a perceção do processo de respostas, se infere que a gestão intermédia que dirige o serviço assume relativa *distância* aos termos e conteúdo do planificado no PPRCIC, eventualmente a carecer de ações de formação em matéria de controlo interno.

Serviços que têm atividade intensa tiveram dificuldade em encontrar respostas por dupla circunstância: não presença do documento planificador que devia orientar aquelas respostas, e eventual substituição dos dirigentes intermédios, que já não são, alguns, os mesmos que participaram na elaboração do documento.

Isso em nada desnutre a avaliação de que se trata de um documento relativamente atualizado, que contém até uma nova área, a da gestão de Conflito de Interesses, com soluções que importam ao controlo interno, na sua grande maioria em plena execução e que importam sobretudo à organização.

Desenvolvimento

Assim,

Ação de SAI – avaliação do Plano de Prevenção de Risco da Corrupção e Infrações Conexas do CHBV, EPE – relatório anual.

Objetivo – efetuar avaliação do controlo das medidas adotadas institucionalmente e relatar em conformidade.

Antecedente próximo – avaliação do Plano, no que concerne à avaliação do risco e medidas no âmbito da Gestão de Conflito de Interesses – relatório de 2017-11.29 e projeção do Procedimento de Declaração de Conflito de Interesses, datado de 22 de janeiro de 2018.

Fundamento e ação

O regime jurídico das empresas públicas (DL n.º 133/2013, de 03 de Outubro) obriga estas a que cumpram “a legislação e a regulamentação em vigor relativas à prevenção da corrupção, devendo elaborar anualmente um relatório identificativo das ocorrências, ou risco de ocorrências, de factos mencionados na alínea a) do n.º 1 do artigo 2.º da Lei n.º 54/2008, de 4 de setembro”.

O relatório é publicitado nos sítios na Internet das empresas e da Unidade Técnica, para efeitos do n.º 1 do artigo 53.º.

Por determinação relativa a Instruções de Trabalho emanadas do Grupo Coordenador de Controlo Interno do Ministério da Saúde, criado na sequência do Despacho nº 6447/2012, despacho do Ministro da Saúde, de 20/04/2012, (DR nº 64, 2ª Série, de 12/05) os Serviços de Auditoria Interna terão que emitir relatório anual avaliativo do Plano de Prevenção de Risco da Corrupção e Infrações Conexas adotada na Instituição em execução da Recomendação do Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC) de 1 de julho de 2009, publicado em DR n.º 140 de 22 de julho de 2009.

A Recomendação estabelece que os órgãos máximos das entidades gestoras de dinheiros, valores ou patrimónios públicos, seja qual for a sua natureza, devam elaborar PPRCIC, contendo, nomeadamente os seguintes elementos:

- “Identificação, relativamente a cada área ou departamento, dos riscos de corrupção e infrações conexas;
- Com base na referida identificação de riscos, indicação das medidas adotadas que previnam a sua ocorrência (por ex., 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 responsáveis envolvidos na gestão do plano, sob direção do órgão dirigente máximo;
 - Elaboração anual de um relatório sobre a execução do plano."

Em 2016 o Plano interno, em vigor desde 2013, foi alterado e assumidas novas áreas, incluindo Gestão de Conflitos de Interesses.

Para a execução da presente ação, que permitisse relatório, foi dirigido inquérito a cada um dos serviços, com duplo fundamento: se por um lado há que avaliar as medidas existentes, por outro há ainda pouco tempo de maturação para as medidas revistas em 2016. Pelo que opção pareceu-nos a mais indicada: avaliar o ponto de execução das deliberadas e, por outro, suscitar pensamento em face dessas e de novas visões, considerando o risco.

A experiência ensina a que, nessa avaliação, se considere a sensibilidade e proximidade dos documentos ao concreto aspeto que visam regular. Isto é, avaliar se existe proximidade e esse primeiro aspeto é, desde logo, indiciado pela 'frontalidade' dos documentos na gestão diária.

Utilizando-se uma nova ferramenta proporcionada online pelos Questionários Google, formatamos inquéritos, a responder no prazo fixado. Três serviços responderam prontamente: Produção e Gestão de Doentes, Recursos Humanos e Serviços Informáticos. As suas respostas foram tratadas e ouvidos a propósito da proposta do auditor para o respetivo relatório.

Aos restantes seguiu-se nova interpelação, tendo como limite temporal 15 de dezembro, situação motivada por algum excesso de trabalho em serviços que, no final do ano, têm calendário apertado para execução de tarefas.

Quanto à parte atinente à Gestão de Conflitos de Interesse, logo inicialmente se clarificou que seria alvo de tratamento autónomo, por envolver essencialmente medidas institucionais centralizadas a partir de políticas definidas pelo Conselho de Administração que, sem olvidar o contributo dos serviços, teriam, apesar disso, um cunho mais de acordo às políticas públicas definidas para a sociedade em geral e para as organizações e pessoas em função de tipologia de condutas, mais do que por definição de ato administrativo ou gestor.

Nesse sentido, em execução de ordem de serviço emanada da presidência, este SAI respondeu a inquérito institucional, online, a partir do diálogo fomentado com o IGAS e Tribunal de Contas, que criou password específica, por não ter chegado qualquer outra constante de email.

Das conclusões do relatório da ação sobre Gestão de Conflitos de Interesse por nós produzido para a presidência se releva que a Instituição adotou a Recomendação relativa a tais matérias no sentido de criar e sedimentar as medidas a implementar cultura de transparência e rigor, denotando-se, contudo, a quase total omissão dos aspetos formativos em matérias de Controlo Interno, incluindo Plano de Conduta Ética e PPRCIC, sendo este aspeto o de maior fragilidade se considerarmos que é pela formação que se adquire muito do conhecimento e se processa reflexão crítica de matérias com grande importância profissional.

A intolerância relativamente a situações de conflito de interesses e desenvolvimento e promoção de uma cultura que acentue esses aspetos, com realce para políticas e ações que destaque boas práticas e bons exemplos de serviço público, poderão ganhar com medidas que incentivem uma gestão de conflito de interesses não numa lógica de controlo tradicional, mas de controlo interno de processos a partir de características individuais e organizacionais que acentuem a emoção, habilidades comunicacionais e outras formas de lidar com incerteza e com os agentes num processo de liderança que é menos de carisma e mais de procedimento relacional.

Damos, pois, por reproduzida, neste relatório, tudo quanto dissemos a propósito da gestão de conflito de interesses e que havia aliás motivado escrito e comunicação à presidência do CHBV, EPE, com data de 29.09.2017.

Posteriormente, em resultado de reunião com a presidência do Conselho de Administração, ficou assente a necessidade de se formatar um projeto de declaração de conflito de interesses, tendo esse sido entregue para deliberação do órgão gestor.

Resulta assim que ficou para avaliação anual as áreas relativas à Produção e Gestão de Doentes, Unidade Hospitalar de Gestão de Inscritos de Cirurgia, Recursos Humanos, Serviços Financeiros, Imobilizado, Aprovisionamento e Compras, Serviços Informáticos, Serviços de Instalações e Equipamentos.

Essa avaliação deve fazer-se tendo em conta a competência do Serviço de Auditoria Interna e o conceito institucional adotada, incluindo o conceito de risco, a definição dada no PPRCIC, as medidas adotadas neste, bem como o contributo dado pelos serviços à definição e implementação daquelas.

Logo no nosso Plano Anual de Atividades do SAI fizemos constar a preferência pela adoção da definição dada pelo art. 19, do anexo II ao DL nº 18/2017, de 10/02, que refere que o SAI faz “avaliação dos processos de controlo interno e de gestão de riscos, nos domínios contabilístico,

financeiro, operacional, informático e de recursos humanos, contribuindo para o seu aperfeiçoamento contínuo.”

Daí que, para o SAI, a avaliação a que ora se procede com o presente relatório visará também aspetos relativos ao nº 2 daquele normativo, como seja efetuar recomendação e análise para melhoria dos serviços e eventuais medidas corretivas a adotar e possibilitar ações de gestão para criação de valor organizacional.

Informar, persuadir e obter resultados, são aspetos não apenas dos relatórios de auditoria interna, mas da própria auditoria, por forma a identificar o que foi encontrado, convencer a gestão do valor das observações da auditoria e obter aceitação e apoio, no sentido de criar atitude positiva, favorável à preparação da mudança do que estará menos bem, por forma compelir à ação.

Para o efeito, dirigimos a cada um dos serviços um conjunto de questões que pretendia essencialmente indagar sobre se aquilo que foi por eles e pelo CA adotado no PPRCIC, como medidas para fazer face ao risco definido, estava ou não afinal a ser implementado e, por outro, se em função do histórico haveria lugar a mudança de tipo e intensidade de risco.

Pelo inquérito adotado para cada um dos serviços visámos, afinal, indagar da evolução regulamentar, técnica e operacional do setor da atividade, das mudanças de sistemas e processos organizacionais, a sua eventual mensuração, indagar os resultados alcançados, incluindo a definição de objetivos estratégicos, objetivos operacionais, objetivos de reporte, objetivos de conformidade (Manual da ACSS, II, p. 8).

Do conjunto de questões, faziam parte indicadores de medida da materialidade do risco e impacto do risco, além da descrição da atividade de controlo e tipo de controlo (detetivo, preventivo, corretivo e compensatório).

Do inquérito resulta a posição adotada quanto às questões, lembrando-se que estas incidiram sobre o risco e medidas constantes do PPRCIC, em avaliação.

Limitação

Os Inquéritos colocados aos serviços e a demora acentuada nas respostas, demora também muito motivada por trabalho aturado, a par com a dificuldade de alguns em vislumbrar quer o conteúdo quer o PPRCIC, constituem, além de limitação, indicador que acaba a sugerir que o Plano do CHBV, EPE constitui um documento em que participaram mas em que, de algum modo,

estão relativamente *alheios*, no sentido de que tiveram dificuldade em enquadrar questões e documento planificador. Alguns perguntavam mesmo 'onde está isso?'

Dificuldade - Serviços que têm atividade intensa tiveram dificuldade em encontrar respostas por dupla circunstância:

- a) não presença do documento planificador que devia orientar aquelas respostas; e
- b) eventual substituição dos dirigentes intermédios, que já não são (alguns) os mesmos que participaram na elaboração do documento PPRCIC.

O sentido da limitação acaba, afinal, por ser útil: permite intensificar a necessidade de ações em matéria de controlo interno.

Assim, a compreensão e juízo crítico das respostas e relato seguinte deve fazer-se acompanhar da leitura prévia do Plano adotada, relativamente a cada uma das seguintes áreas, de que se desenvolve respostas:

Recursos Humanos

Mantém por regra a tipologia e caracterização feita ao risco e as medidas definidas para implementação, implementadas ou a implementar.

Elencam um conjunto de situações que reportam. Assim, apesar de estar em vigor definição de regras para obviar ao risco inerente a procedimentos de recrutamento e seleção de pessoal, de estar definido um procedimento transversal a toda a Instituição com a formalização de regras de recrutamento e seleção, não foi, apesar disso, aprovada instrução de trabalho que deveria ter sido criada até 30 de setembro de 2017.

Continua a fazer-se sentir a necessidade de fundamentar decisões de recrutamento, seleção de pessoal, avaliação e outros atos de gestão, como se propunha no PPRCIC, sendo que existem critérios de seleção, nos processos de recrutamento, previamente divulgados, e que são do conhecimento de todos os candidatos.

A definição e aplicação de regras gerais relativas à rotatividade dos júris está muito dependente da tipologia do recrutamento. No recrutamento referente a grupos profissionais do regime geral, é assegurada a rotatividade dos elementos, sempre que possível. Refira-se, no entanto, que a participação em júris de procedimentos não é obrigatória, pelo que geralmente são constituídos com os trabalhadores que manifestam maior disponibilidade para o efeito.

Nos procedimentos referentes aos restantes grupos profissionais, a respetiva especificidade técnica nem sempre permite assegurar a necessária rotatividade.

Está concluído e mantém-se o procedimento de entrega de uma declaração de não impedimento sob a forma escrita e apensa ao procedimento em causa, obviando assim ao risco de “não declaração de um conflito de interesse por parte de um membro de um júri relativamente a um candidato.”

Não foi elaborado qualquer procedimento para atualização de dados dos profissionais, existindo medidas esporádicas que continuam a passar por atualização por email ou por telefone. Recentemente, a SPMS passou a remeter regularmente uma informação com a qualidade da informação constante do RHV.

Cumprir referir que o facto de os trabalhadores poderem recusar a entrega de cópia do cartão de identificação, tem dificultado a atualização da informação.

Os RH indicam que no biénio 2017/2018 irá ser implementada a realização de auditorias internas, a realizar pelo setor de vencimentos, para avaliar a conformidade dos processamentos efetuados. A implementação desta metodologia irá permitir efetuar a avaliação do cruzamento da informação entre o setor de vencimentos e verificação de assiduidade.

Os abonos extraordinários são submetidos a aprovação do Conselho de Administração, bem como o SGRH remete mensalmente ao órgão de gestão a análise comparativa dos processamentos, não efetuando nenhuma análise de razoabilidade.

Todos os trabalhadores efetuam registo biométrico e a informação de assiduidade é integrada automaticamente na aplicação de processamento de vencimentos, sendo processos concluídos, fazendo-se a validação mensal.

A assiduidade é verificada mensalmente, ainda que não seja realizada a análise mensal pelo Gestor de Área da remuneração extraordinária, bem como não é feita a verificação, semestral, por amostragem dos saldos dos funcionários no sistema de registo biométrico, sendo despoletado processo de injustificação de falta se for detetada inexistência de comprovativo de ausência.

No Serviço de Gestão de Recursos Humanos encontra-se assegurada, segundo os RHV, a segregação de funções de verificação de assiduidade e processamento de vencimentos.

Todos os processamentos efetuados têm um fundamento legal, segundo o serviço.

4

Está a proceder-se à harmonização interna dos procedimentos de verificação de assiduidade pelas diversas chefias hospitalares, tendo sido aprovado o Regulamento de Horários e Verificação de Assiduidade, o qual, apesar de ter sido negociado com a estruturas representativas dos trabalhadores, carece de uma segunda negociação.

Quanto à regulamentação em matéria de gestão de conflitos de interesse, foi elaborada uma proposta de regulamento tendo sido divulgado na intranet. Porém, o volume de questões suscitadas exige uma negociação prévia com os Sindicatos.

Consideram os RHV que existe uma lista atualizada com a identificação dos trabalhadores substituídos e dos respetivos substitutos. Contudo, a mesma não é eficaz no controlo do prazo de caducidade dos contratos.

O Serviço considera que deve eliminar-se o objetivo de análise mensal, por si, da razoabilidade dos descontos processados, por entender que “não tem competência para efetuar a referida análise. Com efeito, a este Serviço compete facultar informação para a análise das chefias.” De forma semelhante, não lhes compete verificar se há utilização indevida do recurso ao trabalho extraordinário como forma de suprir necessidades permanentes do serviço.

Encontra-se em curso o processo de regularização da avaliação do biénio 2015-2016.

Exigência de entrega de declaração de incompatibilidades, impedindo a participação nos processos de seleção de fornecedores, aquisição ou monitorização de contratos relativos ao âmbito de intervenção da empresa onde acumula funções;

A nomeação para o exercício de cargos de Diretor de Serviço Médico, sempre que o profissional não se encontre em exclusividade, é sujeita a consulta prévia da Entidade Reguladora da Saúde.

Concluído.

Elaboração e atualização de uma listagem informatizada dos contratos suscetíveis de renovação, para que a avaliação da necessidade de continuação dos mesmos, se processe com a antecedência adequada;

Existe uma lista atualizada com a identificação dos trabalhadores substituídos e dos respetivos substitutos. Contudo, a mesma não é eficaz no controlo do prazo de caducidade dos contratos.

Sem alterações.

(Extrato de resposta ao inquérito)

Serviços Financeiros (SF)

Para fazer face ao risco de *Desvio de fundos*, o PPRCIC consagrou as medidas preventivas

- Fixação de fundos de caixa e fundos de maneiço fixos.
- Realizações de conciliação bancária mensal.
- Circularização periódica de saldos de fornecedores e clientes
- Conferência diária de extratos enviados por terceiros.
- Realização de contagens de reconciliações bancárias periódicas por elementos não afetos à Tesouraria.
- Realização de pagamentos por transferência bancária no IGCP, através da importação do ficheiro da aplicação da Contabilidade que inclui, desde 2012, indicação do NIPC.
- Segregação de funções (quem regista a autorização de pagamento na aplicação da contabilidade difere do colaborador que realiza o pagamento).
- As saídas em numerário (a título meramente excepcional) são suportadas por documento justificativo.

Apesar de medidas implementadas com sucesso, algumas dessas apresentam-se de difícil manutenção contínua, existindo alguma agilidade na conferência diária de extratos enviados a terceiros e na circularização periódica de saldos de fornecedores e clientes, em resultado da necessidade de priorizar execução e tarefas que se apresentem urgentes, sem que, contudo, as mesmas deixem de ter tratamento devido.

Além disso, o risco mantém-se com a tipologia e ocorrência de baixo / fraco, tornando-se desnecessário identificar novos riscos a merecer inclusão no PPRCIC.

Esta desnecessidade e manutenção de nível de risco e de sua ocorrência, verificam-se também quanto ao risco de *lapso na Gestão de dados mestre de clientes e fornecedores*, relativamente ao qual se adotaram, com carácter permanente, as medidas preventivas de

- Segregação de funções – a gestão dos dados mestres na aplicação da contabilidade é gerida por um funcionário diferente daqueles que têm a seu cargo tarefas como contabilização de documentos de despesa, faturação de clientes, preparação da monitorização de pagamento, autorização de pagamento, realização do pagamento, emissão de recibos e guias de receitas e restar pagamentos e recebimentos.
- Recurso a pagamento por multibanco.
- Controlo diário de montante recebido por colaborador.

- 
- Envio para o Diretor Financeiro da lista de colaboradores dos postos de atendimento que não entregaram a cobrança oportuna.
 - Conciliação bancária mensal.

Para fazer face ao risco de *assunção de despesas sem enquadramento / cabimento orçamental* na respetiva dotação, adotaram-se e implementaram-se medidas preventivas de

- Elaborar procedimentos com normas e regulamentos bem definidos, nomeadamente para controlar o cumprimento da obrigatoriedade de cabimento antes da autorização de qualquer despesa.

Informam os SF que não se emitem Notas de encomenda sem compromisso e que sempre que a verificação do cabimento, que se faz em face do orçamento económico (OE), conclui não existir dotação, é pedido ao Conselho de Administração autorização para, de forma excecional, em face de necessidade inultrapassável que envolva aquisição ou dispêndio, ser autorizada transitoriamente até ser dotado o OE.

Face ao risco de despesa objeto de inadequada classificação económica, adotaram-se e implementaram-se as medidas preventivas de

- Conferência pelos responsáveis se a classificação efetuada está de acordo com o classificador das receitas e despesas.

Também aqui é desnecessário mudar a caracterização e tipologia de risco, que se mantém em baixo/fraco, tal como quanto ao risco de *risco de Transferência pagamento de valor diferente do autorizado*, em que se adotaram e implementaram de forma permanente as medidas preventivas de

- Segregação de funções entre quem processa e quem autoriza.
- Conferência por funcionário(s) diferente(s) dos profissionais que procedem aos registos de transferência pagamentos.
- Reconciliação de todas as contas de clientes, fornecedores periodicamente por profissional autónomo a esta área.

Para fazer face ao *risco de pagamento de despesa sem verificação da existência de certidão* indicativa da situação tributária e contributiva do beneficiário do pagamento, adotou-se e implementou-se a medida preventiva de

- Controlo das certidões de situação tributária e contributiva, através de sistema de informações próprio, com inserção de comprovativo no processo de despesa respetivo.

Explicam os serviços que, na altura em que existe grande fluxo de pagamentos gerados pelo reforço de verba com prazo de execução de pagamentos extremamente curto, não existe possibilidade de executar de forma imediata todas as verificações, dado o volume de transferências a concretizar.

Sem prejuízo de medida alternativa a avaliar nestas situações, o risco mantém-se baixo e fraco. Apesar do PPRCIC, para fazer face ao *risco de favorecimento de fornecedores* aquando do pagamento, ter adotado a medida preventiva de

- Criação de modelo de gestão de tesouraria disponível para pagamentos que estabeleça as regras para a seleção das faturas a pagar identificando de forma sistemática as exceções consideradas,

há situações em que, apesar do critério base ser a antiguidade da dívida, existe obrigação de considerar outros fatores em situações como pagamentos a fornecedores pré-definidos pela ACSS, cortes de fornecimentos que obrigam a liquidar para ser obtido novo fornecimento, processos de contencioso (em resultado de decisão judicial ou acordo de pagamento) ou fornecimentos urgentes indispensáveis por necessidades imperiosas.

Aditem, pois, os SF uma ampla discussão que, sem pôr em causa a regra da antiguidade, são consideradas exceções a essa regra, por motivo imperioso, urgente ou cuja mora causaria dano acrescido.

Este SAI considera, adiantando recomendação, que, para além do princípio de que toda a exceção confirma a regra, o que é decisivo é a solidez com que se executa medida em razão de um interesse público preponderante, que se sobreponha, em cada momento, ao interesse subjacente ao pagamento por antiguidade. Desde que isso aconteça de forma muito excepcional em que seja claro a execução de um superior interesse público, é manifesto o dever de executar este.

Nesse caso, estando em causa uma atuação administrativa, há que considerar, juridicamente, o conceito fundante de boa governação, que tem uma matriz em que releva a eficiência e economicidade (art. 5, do Código de Procedimento Administrativo) e parece mais dizer respeito ao funcionamento da atividade administrativa (Gonçalves, Pedro, 2013).

Desde que essa matriz não anule o cumprimento das regras relativas aos direitos fundamentais e consiga ainda cumprir com a dupla ponderação do direito administrativo que o Professor

Sérvulo Correia¹ ensina, não há razões para suspeitar em favorecimento ou em discricionariedade, por isso atuação sem fundamento legal.

Dupla importância do procedimento administrativo obriga a uma dupla ponderação (Sérvulo Correia):

- a) à existência de matriz para a operação de ponderação (balancing) própria do exercício de discricionariedade (escolha e avaliação dos elementos relevantes da situação concreta e sua análise de acordo com os fins de interesse público visados e os princípios fundamentais da proporcionalidade, igualdade, boa fé, etc.);
- b) fator de legitimação do exercício do poder administrativo, graças à transparência e à participação, ou seja, à observância da responsabilidade democrática da Administração.

Compete aos órgãos da Administração Pública prosseguir o interesse público, no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos (art. 4 do CPA), só os podendo afetar na medida do necessário e em termos proporcionais aos objetivos a realizar (nº 2 do art. 7 do CPA).

Assim, uma atuação de acordo com as regras da atividade administrativa é ainda uma atuação legal, se e na medida em que for proporcional aos fins, desde que não seja uma atuação discriminatória (art. 6º).

A tipologia e caracterização de risco mantida pelo SF indicia ainda que se trata de relevância excecional, sem carácter pois de o afetar e por isso sem necessidade de alteração.

Contudo, isso não implica que se não recomende medida de atenção quer ao volume em que essas situações acontecem quer a práticas eventualmente lesivas de interesses protegidos por falta de planeamento adequado na origem, ou mais amplamente, na deficiente avaliação dos recursos financeiros e na programação da atividade feitos pela Administração Central.

Na verdade, somos hoje confrontados com a transformação da Administração muito numa Administração de sacrifícios num gradual entrelaçamento com a Administração Prestadora (Otero, Paulo, 2014, p. 215) e o 'utente', 'beneficiário', 'cliente' (Canotilho, 2010) têm diferentes papéis na relação com aquela.

António A. Costa, sobre erosão do princípio da legalidade em face da necessidade de adotar medidas que a lei não permitiria mas em razão de serviço público (2012, p. 28) afirma que "... a

¹ <http://www.fd.ulisboa.pt/wp-content/uploads/2014/12/Correia-Jose-Servulo-Modulo-de-Direito-Administrativo.pdf>.

crise pôs claramente em causa o princípio da legalidade e o valor da lei”, que já não tem a sua força habitual e de base da atuação da Administração e aquela “já não consegue abarcar toda a realidade”, se pretende a finalidade do serviço público”. Tem, diz o autor, que resolver mesmo de “forma contraditória com esquemas legais existentes, porque a lei não consegue abarcar toda a realidade”. Atua pois de forma discricionária para encontrar a melhor solução, com atuações mais céleres e eficazes, tendo que agir em emergência, levando a um aumento dos poderes discricionários.

A ação da administração, hoje, já não decorre apenas da lei, mas sim da ação da Administração, que interpreta a função de Serviço Público e joga na proteção *secundum legem*, *praeter legem* e *contra legem* (Silva, J. P., 2015, p. 655-665): “muita da efetividade de uma medida legislativa de tutela jusfundamental joga-se no momento da sua implementação administrativa e da sua concretização jurisdicional..” (Silva, J. P., 2015, p. 634).

A Administração supre hoje omissões do legislador (Silva, J. P., 2015). Por isso, a sua atuação tem que ter uma atenção permanente, por forma concluirmos que efetivamente não ocorre discriminação mas supressão de necessidade superior por interesse público preponderante.

É inquestionável, pois, a necessidade de recomendar atenção a estas práticas que, por falta de cumprimento de prazos de pagamento, à mistura com ordens de priorização de pagamentos providas superiormente, acabam a colocar em causa a prioridade de acordo com a antiguidade.

Atrevemo-nos a dizer que, à falta de verba suficiente para ocorrer a necessidades imperiosas, a prática não passará de recomendação. Contudo, terá que ser *recomendação atenta*. E isso é dever deste Serviço de Auditoria Interna.

Entretanto, ao tempo em que decorria este prazo avaliativo das medidas do PPRCIC, os SF, em face de ofício da ACSS, que já tinha pronúncia do SAI e pertinência de medidas junto do CA, tomou a iniciativa de recomendar aos serviços as considerações nele elencadas, relativas a tempestividade e conformidade de registos contabilísticos (Ofício da ACSS-Procedimentos de Controlo na Execução Orçamental das Despesas, Ref.ª 11784/DFI/UGR, que elencava medidas a considerar).

Assim, medidas relativas à tempestividade e conformidade de registos contabilísticos (deve assegurar-se circuitos de documentos com registo centralizado para rápida fluidez e definição de calendários para conferência e prazos máximos de conferência, validação e registo contabilístico), medidas atinentes a gestão de stocks (incluindo medicamentos e controlo de bens à consignação) e empréstimos de bens por parte de fornecedores, foram entretanto

remetidas pelos SF aos serviços, na linha também daquilo que este SAI recomendou ao CA, no caso, audição dos serviços e definição de deliberações em consequência, incluindo ações do SAI em conformidade (constantes aliás de plano B, de atividades para 2018).

Pelo que, apesar de não ser medida avaliativa instruída para avaliação do PPRCIC, ela resulta com esse efeito e por isso deve ser aqui tomada em consideração, em toda a linha.

Serviços Informáticos

Adotar boas práticas com “A Segurança da Informação”

Novembro 14, 2017



O PPRCIC havia previsto que, para fazer face ao risco de atribuição de acesso indevido a determinada aplicação ou informação, seria de estabelecer a medida preventiva de

- Implementação de modelos de revisão periódica obrigatória de passwords.
- Definição de perfil de acesso de acordo com funções e a segregação de funções.
- Publicitação do código de ética do CHBV e de demais normas de garantia da imparcialidade dos colaboradores e associados aos diversos tipos de corrupção e infrações conexas.
- Existência de políticas de limitação de acessos nos equipamentos e redes do Hospital.

O Serviço mantém a tipologia de risco e a sua classificação em média moderado.

Considera que a medida está parcialmente executada, por existirem serviços em que não foi ainda possível fazê-lo em segurança ou por outra razão.

Handwritten signature or initials in blue ink.



Mantém a tipologia de risco e a classificação (Média/Moderado) ?

1 resposta



Apesar de se fazerem revisões periódicas de passwords, tal como consta do PPRCIC, essas acontecem com mais de dois anos.

De forma idêntica, apesar de implementada segregação de funções, não há um profissional *especialmente* adstrito a essa função.

Para fazer face ao risco de inadequação da gestão dos controlos de acesso às aplicações, adotou-se a medida preventiva de implementação de validações nas atribuições de acessos aos Sistemas de Informações.

Para fazer face ao risco de falha na inativação de permissões de acesso já caducadas, adotou-se a medida preventiva de implementação e divulgação de regras de comunicação no SIAS da saída ou mudança de local dos funcionários

Como consequência nas duas anteriores situações, o risco é hoje menor:

Mantém a tipologia de risco e a classificação (Média/Moderado) ?

1 resposta



A vermelho (por concretizar) está a medida de revisão de todos os suportes manuais de registo de códigos de procedimentos no SONHO e introdução de mecanismos de revisão periódica.

O risco de falhas de faturação motivadas por desatualização ou inativação de códigos de registo de procedimentos no SONHO ou noutras aplicações informáticas (não estando inscritas na tabela de Preços do SNS), mantém-se.

64

Também não foi requerida à ACSS mecanismo automático de alerta relativo a registos desatualizados:

Requerer à ACSS um mecanismo automático de alerta para a tentativa de registo de códigos de procedimentos desatualizados ou inativos.

Medida foi Implementada (requerida e autorizada) ?
1 resposta



Nem se procede à comunicação sistemática aos SIAS das não conformidades no registo de procedimentos quer ao nível da gestão da produção quer da faturação de procedimentos:

Proceder à comunicação sistemática aos SIAS das não conformidades no registo de procedimentos quer ao nível da gestão da produção quer da faturação de procedimentos

Medida foi implementada e com sucesso ?
1 resposta



Para fazer face ao risco de Ocorrência de delito interno ou externo, adotaram-se medidas preventivas de controlo de acesso, por VPN, e com firewall, com bloqueio de tentativas de acesso, sendo hoje o risco menor:

Mantém tipologia e classificação de risco (Média/Elevado)?
1 resposta



Contudo, apesar do menor risco, os SI entendem que estas medidas são hoje insuficientes, aliás na linha da SPMS, que em novembro recomenda a adoção de boas práticas de informação:

“No mundo em que vivemos, a cibersegurança e a proteção de dados estão na ordem do dia.

Neste contexto, e como responsável por promover a segurança da informação no Serviço Nacional de Saúde, a SPMS, EPE elaborou “A Segurança da Informação”, um manual informativo, com linguagem acessível, apelativa e informal,

h

no qual divulga regras simples e pequenos gestos a adotar que fazem a diferença, como os dez mandamentos de segurança.

Nos dias que correm, a implementação de boas práticas torna-se imprescindível para incrementar a proteção de dados e aumentar a capacidade de resposta a potenciais ataques cibernéticos.

As organizações precisam da colaboração de todos os profissionais para reforçar a segurança da informação e prepararem-se para o novo Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados, constante do Regulamento (UE) 2016/679, designado por General Data Protection Regulation (GDPR) e aplicável a partir do dia 25 de maio de 2018.

Recomendamos a leitura do manual online da “A Segurança da Informação”.

<http://spms.min-saude.pt/2017/11/adotar-boas-praticas-seguranca-da-informacao/>

Produção e Gestão de Doentes (SGD)

- Para fazer face ao risco de recurso excessivo a MCDT no exterior, o PPRCIC considerou pertinente adotar a medida de acompanhamento e monitorização devendo (i) o diretor de serviço efetuar a validação dos MCDT's pedidos, em particular dos pedidos ao exterior, e (ii) devendo o Gestor da área de MCDT's fazer análise mensal.

Admitindo este SAI que a validação ocorra, o SGD 'desconhece as eventuais dificuldades' e que não se continua a efetuar a análise comparativa em alguns serviços, que se não especifica. Contudo sustentou que:

Esta Direção de Serviço assumiu funções em Maio. O implicou uma nova reorganização do Serviço. Estamos a tomar medida para que esta análise dos MCDT ao exterior seja mensal e contamos que no mês de Dezembro já ter esta rotina implementada.

O risco não sofreu alteração: é médio, quanto a ocorrência e moderado na escala de risco.

Como classifica o risco ? (Alto - A; Médio - M; Baixo - B)

Resposta

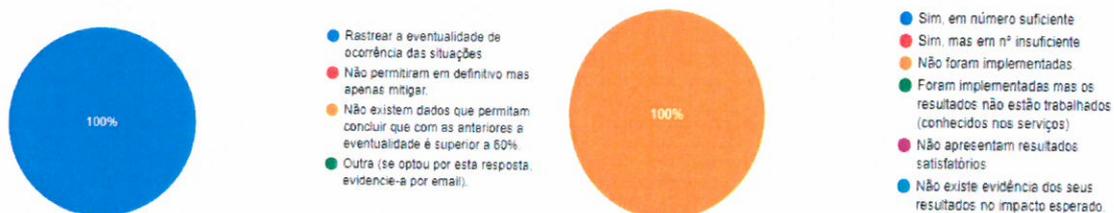


- Para fazer face ao risco (elevado) de produção realizada sem que haja qualquer registo informático, à questão sobre se as medidas adotadas foram eficazes respondeu-se:



Desconhecemos eventuais medidas implementadas. Esta nova Direção identificou os atos cujos registos são efetuados pelas Assistentes Técnicas à posteriori. Identificamos o circuito dos documentos e estamos a monitorizar para que não se percam registos de produção. Iremos tomar medidas no sentido de proporcionar que estes registos sejam efetuados pelos próprios técnicos que realizam o ato.

Isso não impediu o serviço de considerar que as medidas permitiram rastrear eventualidade de ocorrência das situações, informando que não foram implementadas ainda auditorias clínicas:



Considera que o risco é alto:

Como classifica o risco ? (Alto – A; Médio – M; Baixo – B)

1 resposta



- Para obviar ao risco de registo e ou faturação de atos e ou procedimentos inválidos e risco médio, quanto a probabilidade de ocorrência, sendo elevado na escala de risco, o SGD, informa que mantém-se a medida de análise permanente de execução de procedimentos de registo. Mantém-se igualmente parametrização das tabelas de atos disponíveis no SONHO com os atos da Portaria em vigor.

Faz-se igualmente o reporte periódico de registos inválidos / incorretos aos gestores com vista à monitorização e correção atempada dos mesmos. Considera que, com o reporte, se gera evidência da eficácia dessa medida e sugere ainda outra:

Indique, presentemente, outra(s) medida(s) tomada(s) ou a implementar...

1 resposta

Registo dos atos realizados deve ser realizado pelo Técnico de Saúde, retirando de circulação a folhas de registos de atos (códigos da portaria).

Classifica o risco em médio:

W



Para fazer face ao risco de admissão de doentes com informação incorreta, como seja favorecimento indevido por atribuição indevida de isenção de taxas moderadoras (por exemplo em 2ª via), o SGD informam que foi elaborada e se mantém a instrução de trabalho, mantendo-se as medidas:

Mantém-se as medidas de:

1 resposta



- O risco (médio de ocorrência e moderado na escala de risco) de não cumprimento dos requisitos legais no que concerne à gestão das listas de espera (por exemplo, aceitação de benefícios em troca de favorecimento na gestão da lista de espera) e o risco de admissão de doentes externos para MCDT's com recursos do Hospital para uso externo geraram a medida preventiva de existência de processo de monitorização interna e externa de listas de espera para consulta externa e cirurgia.

Indicou-se que a UHIG estava fora do âmbito da SGD e por isso interpelou-se a coordenação para explicitar se se envia regularmente email com as situações que à partida sugerem agendamento incorreto ou o que acontece com a LIC. Não houve resposta.

- O risco de gestão inadequada das vinhetas e de utilização das mesmas em situações não previstas na legislação gerou medida preventiva de procedimento de gestão de vinhetas, optando o serviço por responder:



Aprovisionamento e Gestão de Materiais

Indica que apenas foi possível a implementação do Manual de Procedimentos para SAGM (que abranja todo o processo administrativo) e não já, como estava previsto, ainda implementação de Regulamento de Compras.

Mantém o risco em médio / moderado, que se estende ainda à falta ou deficiente sistema de avaliação das necessidades e de tratamento eficiente de estimativa de custos, aspeto que, combinado com o resultado da ação de auditoria em matéria de contratação pública de bens e serviços no CHBV, EPE, tem óbvio impacto, essencialmente por força da nova exigência do novo Código que refere essa exigência de planeamento.

Contudo – considera - os serviços devem apenas manifestar a necessidade, definir condições essenciais, não sendo eles que validam contratações, apesar dessas serem no seu interesse.

A exigência que este novo Código dá à matéria da execução dos contratos sai reforçada com a medida implementada de normas internas que garantam a boa e atempada execução desses por fornecedores, prestadores de serviços e ou empreiteiros em colaboração com o Serviço de Instalações e Equipamentos. Deve, pois, presumir-se esse acompanhamento tendo em conta contratos de manutenção. Daí que o risco deve manter a ocorrência baixa e risco moderado.

Além disso, nesta temática (execução de contratos), no que concerne à falha do mecanismo de verificação de renovação automática de contratos, não existe evidência de que tenha ocorrido melhoria com a emissão pelos serviços de listagem informatizada de contratos renováveis, também não sendo possível indicar se há emissão (baixa) dessas listagens. O alerta informático não foi criado e não há evidência de resultados pelo SAGM.

No que respeita à Júris procedimentais, o PPRCIC referia a implementação da medida de entrega de declaração de impedimento ou não de membro de júri, sob a forma escrita, apenas aos procedimentos. O Serviço lembra que o novo Código faz exigência de apresentação de declaração de inexistência de incompatibilidades de membro de júri, sendo que a promoção da rotatividade de membros do júri foi implementada e mantém-se, muito em função do objeto contratual.

Para fazer face ao risco de cadernos de encargos (CE) pouco claros, incompletos ou discriminatórios (incorreta aplicação de critérios ou métodos de seleção e criação de barreiras à concorrência), os júris procedem agora a avaliação e validação de cláusulas técnicas do CE.

O que parece resultar da solução adotada no PPRCIC, de que os júris intervinham em matérias que não seriam da sua responsabilidade, por isso com competência vedada, está agora

clarificado no sentido de que fazem-no apenas como *indicação* para formatar o CE e para recomendação ao órgão executivo competente.

O risco é médio / moderado e fizeram-se auditorias às matérias de contratação pública.

Quanto ao risco da existência de trabalhos a mais ou de avançar na execução de trabalhos sem prévia autorização do CA, refere ter-se implementado a verificações do SIE na garantia das empreitadas e de que a execução de trabalhos de suprimento de erros e omissões estão dentro dos parâmetros legais, sendo isso, por norma, da competência da entidade fiscalizadora contratada, relevando no aprovisionamento apenas de forma indireta.

A utilização de plataforma eletrónica implementada, minora o risco de favorecimento de fornecedores, não sendo evidente, contudo, se essa é acompanhada pela lista de fornecedores por ela indicado. Moderado a alto é o grau de execução que apresenta, sendo que não existe evidência relativamente à medida de integração de apresentações espontâneas concretizada no SAGM.

A contratação pública é um dos instrumentos essenciais para a modernização e eficiência da Administração Pública e para a racionalização da despesa pública garantindo a boa gestão dos dinheiros públicos, com o objetivo de consolidar uma efetiva e contínua racionalização de recursos e uniformização de procedimentos, bem como garantir uma maior eficácia e eficiência nas compras públicas transversais no Ministério da Saúde (Portal do SNS).



Ao avaliar a probabilidade de ocorrência de um risco elevado de faturação sem efetivação do serviço de compras, apesar da medida preventiva de impacto gerado com a criação de manual de procedimentos e da sua revisão, a direção do Serviço, em face da interpelação do SAI para explicar uma das resposta ao inquérito, informou que essa probabilidade se mantém. Explicou ainda que o risco, muito comum nos exames de MCDT's, fica atenuado com a dupla verificação: verifica-se se existe efetivado no SONHO e ainda após concluir, por contacto com a Central de Marcação de Exames, se o exame foi mesmo feito e tem resultados.

O Aprovisionamento considera, na parte avaliativa do controlo interno como prática, que há resultados disso: clausulado mais claro e não discriminatório, objetivos de compras mais



ambiciosos, que promovem a concorrência e obrigam a proatividade e melhores práticas no mercado, a que se junta agora a obrigação, cumprida, de anexar parecer jurídico em forma prévia no processo de contratação pública.

O Serviço não considera que exista excessiva concentração de competências para autorizar despesa, não tendo instrumento para avaliar se existe ou é eficaz delegação de competências, desconhecendo a percentagem (apenas reportada a baixa, média, alta) em que ocorrem encargos plurianuais.

Segundo o Aprovisionamento, o risco de incumprimento da Lei dos Compromissos mantém-se em médio (probabilidade de ocorrência) e fraco (intensidade de risco segundo a escala).

A medida preventiva de segregação de funções que faria face ao risco de conluio entre funcionários e fornecedores adjudicatários, para passar informação relevante, faz com que esse risco seja de médio e escala moderada, não tendo também sido detetada alguma vez qualquer verificação periódica de documento falso em processo. Por isso também nada se sugere no que toca a documentos.

Contudo, em sede da ação relativa a contratação pública, recomendamos como prática que se prossiga o caminho de requer certidão permanente do registo comercial aos concorrentes a quem for feita adjudicação.

Não consegue, apesar de tudo, concluir de forma assertiva se ocorre verificação por amostragem da conformidade dos registos com documento de suporte, sendo difícil, por consequência, caracterizar a tipologia de risco.

O Aprovisionamento tem dúvidas sobre a existência de uma real segregação de funções quanto a conferência de faturas, sustentando, apesar disso, que existe mecanismo procedimental interno que garante certificação da qualidade contratada e o serviço ou bem efetivamente entregue.

Do Imobilizado

A direção do Aprovisionamento respondeu ainda ao inquérito relativo à parte do PPRCIC que se reporta ao Imobilizado, mas foi necessário articular questões e respostas com SIE e até Farmácia, quanto a substâncias estupefacientes e psicotrópicas.

Quanto a este aspeto, a Farmácia respondeu que:

“Nos Serviços Farmacêuticos as auditorias são feitas, semanalmente, pelo farmacêutico responsável pelos estupefacientes e psicotrópicos. Nos Serviços de Internamento são feitas pelos Enf^{es} Chefes.”

Quanto à implementação de sistema informático de inventariação dos bens existentes e quanto ao controlo trimestral dos equipamentos afetos a alguns centros de custo aleatoriamente selecionados, o Serviço de Instalações e Equipamentos (SIE) respondeu que apenas foi adotada a primeira medida.

Também não foi adotada medida de procedimentar atualização das fichas de equipamentos.

Para fazer face ao risco de não inventariação de bens oferecidos com eventual apropriação ou utilização indevida de bens públicos, foi instituída a medida de criação de procedimento interno de aceitação e inventariação de ofertas, aspeto que o Serviço, sem responder objetivamente sobre se tinha ou não sido implementada, expressou que ‘sempre que recebe é feita a devida informação e o Aprovisionamento inventaria’.

Pelo que mantém a tipologia de risco.

Quanto a abates de imobilizado, considerou que eles são efetivamente autorizados pelo CA, mediante parecer do SIE, com o que se pretendia fazer face ao risco de falta de acuidade de abate físico de bens e na sua valorização. Parecer que se refere à inoperacionalidade ou obsolescência do bem.

Estão pois sem implementação a medida de criação de equipa multidisciplinar, de divulgação de anúncios e da remoção física com formalização (auto de abate).

Não são realizadas auditorias periódicas à quantidade de bens em armazém, com exceção do Balanço Anual, em que se realizam contagens com a presença do Auditor Interno e contagens por amostra com a presença deste e dos auditores do Fiscal Único, como sucedeu no final de 2017 e início de 2018.

Apurou-se que existe modelo de gestão das existências que reduzem a cobertura de stocks e favorecem a identificação de falhas, mas não é feito cruzamento dos indicadores de gestão periódicos com os indicadores e registos de gestão da produção (o que não impede que outros serviços ou o CA o façam).

O Aprovisionamento considera um ‘talvez’ sobre se existe promoção de rotatividade dos colaboradores afetos à receção das encomendas, inventariação cíclica e no final do ano e



auditorias aos registos efetuados com documentação de suporte, que minorassem o risco de conluio entre fornecedores e colaboradores nos armazéns centrais e avançados.

Segundo o SIE, na indagação feita a propósito, existe deficiência de recursos humanos, acentuada quanto a armazéns de produtos clínicos. Contudo, a rotatividade acaba por suceder de forma natural, por virtude das poucas pessoas que se revezam na execução da tarefa. Assim, não parece ser uma promoção de rotatividade, mas risco gerado pela inexistência de recursos.

Apesar de inventariação anual e sempre que necessária, existe sistema que permite analisar quantidades e insuficiências de bens, estando programada ação de auditoria a registos, como aliás consta do Plano Anual do SAI para 2018.

Apesar disso, a probabilidade de ocorrência de conluio é baixa e o risco é fraco quanto à escala.

Em matéria de responsabilização, o Aprovisionamento assinala, tal como o SIE, que não existe, ainda, o Regulamento de Gestão de Património, não foram detetados furtos ou roubos e não se desenvolveram ações de fiscalização para averiguação e acompanhamento de bens móveis ou imóveis inventariados.

Remeteu para o SIE a resposta às questões relativas à restrição de acessos aos locais de armazenamento e guarda de equipamentos a pessoal autorizado, informando que estas restrições existem nos armazéns gerais, aspeto que o SIE explicou com o facto de os bens permanecerem transitoriamente e por muito pouco tempo acolhidos antes de entregues aos serviços, não existindo pois armazéns de imobilizado².

Apesar disso, o risco mantém a caracterização (baixo e moderado).

O Aprovisionamento e Gestão de Materiais considera que o sistema informático de inventariação dos bens nem sempre responde com eficácia, nem é feito controlo aleatório por centro de custos, nem são realizados testes de conformidade.

O sistema começou por ser uma solução informática interna, passando depois para o sistema de Gestão Hospitalar de Armazéns e Farmácia (GHAF).

Na parte relativa às operações com terceiros, o Aprovisionamento remeteu para o SIE, que faz a manutenção preventiva como medida de prevenção contratada a terceiras entidades, com

² Coloca-se, nesse caso, a questão de saber se tendo sido acolhida medida, devem ou não ser criados estes armazéns, considerando ainda que o bem, antes do abate, na parte final do seu ciclo de vida, é ainda imobilizado e, sendo retirado do serviço, poderia fazer parte do ativo deste tipo de armazém.



peçoal interlocutor definido pelo serviço, que acompanha e controla a permanência interna de prestadores contratados.

Ambos os serviços (SIE e Aprovisionamento) admitem o risco de incorreta contabilização e classificação de trabalhos para a própria empresa com o registo em ficha de obra realizada por funcionários do CHBV.

O SIE explica que se é obra nova isso é de facto contabilizado: regista-se o serviço e os materiais e é feita remessa à contabilidade. Já se é obra de manutenção ou de manutenção com componente não significativa de obra nova, nesse caso é feito registo mas não é traduzido contabilisticamente.³

Nas empreitadas, o risco de conluio entre o fiscal e o empreiteiro está minorado com a presença de pessoal interno, e com o estabelecimento de penalizações associadas ao incumprimento, facto que, segundo o Aprovisionamento, sucedeu em mais de 5, ainda que não tenha conhecimento sobre se foram efetivamente acionadas essas clausulas.

De forma idêntica, nos contratos de fornecimento de equipamentos tem sido importante a confirmação pelos serviços da receção definitiva.

Aquelas penalizações e clausulas punitivas são também existentes nos contratos de fornecimentos de equipamentos. Por outro lado, nem sempre tem sido acionado o mecanismo de reporte quer ao SIE quer ao SAGM.

Já quanto a quantificar o nº de processos em que foi implementada a existência de declaração de inexistência de conflitos de interesse por parte de membros de equipa fiscalizadora, apesar disso constar do PPRCIC, o Aprovisionamento informa que a medida passou ser 'aplicável a partir de 1.01.2018'.

Veículos

No que concerne aos veículos, o serviço informa que o regulamento se encontra atualizado, apesar dessa atualização ter sido feita há mais de 3 anos. Informa ainda que o boletim diário de serviço é visto pelo motorista profissional e não pela chefia do profissional.

Mantém a tipologia e classificação de risco.

³ Ouvidos os SF a propósito, a questão a equacionar será sobretudo a relativa à decisão da necessidade da obra, aspeto que importa considerar sobretudo quando estamos em face de operações com terceiros que avaliam da necessidade: estão diretamente interessados na resposta a dar em face do seu próprio proveito. Será pois a montante dessa decisão que as medidas de controlo deverão incidir. Apesar da dificuldade da avaliação, deve ouvir-se mais que uma opinião técnica se o seu custo for proporcional.

4

Conclusão final

Por se tratar de relatório de AI, as conclusões foram carreadas para o cimo, o que não olvida a que se formule uma genérica relativo ao documento PPRCIC:

1. Trata-se de documento estruturante e, como planificador, orienta à ação: não tem que ter presença diária insistente, mas deve na mesma ser orientador. Tem contudo que abarcar, como abarca, importantes aspetos de Controlo Interno, sendo que as medidas se impõem não por constarem do documento mas por terem sido eleitas como resposta ao risco.
2. Devem estas, sobretudo as não implementadas, serem reavaliadas na sua pertinência, como resposta adequada e, se desajustadas pelas mais diversas razões, devem ser modificadas ou alteradas.
3. Apesar do que ora se consigna, não nos parece ser recomendável uma alteração do PPRCIC.

O presente relatório poderá vir a ser resumido em quadro síntese, se assim se achar conforme.

Terá que ser aprovado e constitui obrigação publicitar o mesmo em conformidade legal.

O Auditor Interno