

CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, EPE

Hospital de São Bernardo

Hospital Ortopédico Sant'Iago do Outão

Afunda-
D. m. l. - L. f. h.
L. m. g. -
L. f. m. m. h. l. h.

CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, EPE
O CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO


2014.04.03
C. Mendes

Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas

Relatório de Execução

2018

ACTA Nº 14 / 19

Relatório de Execução

Índice

Siglas, rubricas e abreviaturas.....	3
1. Introdução	4
2. Caracterização da entidade	7
3. Estrutura organizacional	9
4. Gestão de conflitos de interesses	11
5. Sistema de Controlo Interno	13
6. Principais vertentes de intervenção	16
6.1. Área Financeira	17
6.2. Área de Aprovisionamento e Logística.....	20
6.3. Área de Instalações e Equipamentos.....	26
6.4. Área da Gestão de Doentes	30
6.5. Área dos Recursos Humanos	36
6.6. Área das Tecnologias de Informação.....	39

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
- 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
- PGRIC – Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas
- RCI – Regulamento de Comunicação de Irregularidades
- 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
- SNS – Serviço Nacional de Saúde
- SPAG – Serviço de Planeamento e Apoio de Gestão
- SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas

Relatório de Execução 2018

1. Introdução

O combate à corrupção e à fraude constitui uma responsabilidade de todos os colaboradores do Centro Hospitalar de Setúbal (CHS), estando alinhada com alguns dos princípios fundamentais norteadores da atividade da Administração Pública¹ – legalidade, prossecução do interesse público e da proteção dos direitos e interesses dos cidadãos, boa administração, igualdade, proporcionalidade, justiça e razoabilidade, imparcialidade e boa-fé.

Foi neste contexto e na esteira dos Princípios do Bom Governo do Sector Empresarial do Estado² e das recomendações emanadas pelo Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC)³, que o 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 da compilação dos vários contributos apresentados por um conjunto de profissionais com responsabilidades ao nível da direção de 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;

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 Plasmado no Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro.

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.

- A necessidade de elaboração de um relatório anual subordinado à execução do PGRIC.

O processo de análise aqui referido e do qual resulta o presente relatório, encontra-se alicerçado na Recomendação n.º 3/2015 do CPC⁵, que veio estabelecer as seguintes linhas de orientação. A saber:

- O PGRIC deve identificar de modo exaustivo os riscos de gestão, incluindo os de corrupção, bem como as correspondentes medidas preventivas;
- Os riscos devem ser identificados relativamente às funções, ações e procedimentos realizados por todas as unidades da estrutura orgânica das entidades, incluindo os gabinetes, as funções e os cargos de direção de topo;
- O PGRIC deve identificar os responsáveis sectoriais e um responsável geral pela sua execução e monitorização, bem como pela elaboração dos correspondentes relatórios anuais;
- As entidades devem realizar ações de formação, de divulgação, reflexão e esclarecimento dos seus planos junto dos trabalhadores e que contribuam para o seu envolvimento numa cultura de prevenção de risco;
- O PGRIC deve ser publicado no sítio institucional da organização na internet, excetuando-se as matérias e as vertentes que apresentem uma natureza reservada, de modo a consolidar a promoção de uma política de transparência na gestão pública.

Avulta-se o facto que o PGRIC deve considerar dois elementos fundamentais a ter em linha de conta aquando da sua revisão, designadamente refletir a estrutura organizacional existente e o de ser reavaliado periodicamente com a distância que o tempo vai imprimindo ao modelo de análise implementado.

Na esteira de tais pressupostos, entende-se que o segundo critério – o fator tempo – encontra-se cumprido, sendo por isso oportuna sua reavaliação. Contudo e no que concerne ao segundo fator e por estarem ainda a decorrer os trabalhos finais de construção do novo Regulamento Interno do CHS, entende-se que por uma questão de gestão de recursos, recomenda a prudência que o processo de reavaliação do PGRIC só ocorra após estarem identificados os vários departamentos, serviços e/ou unidades funcionais, assim como os seus interlocutores e responsáveis.

Não obstante o exposto, considera-se que os relatórios anuais de execução do PGRIC constituem enquanto alternativa, momentos de excelência de reflexão, que têm como propósito avaliar o grau de conformidade das medidas entretanto estabelecidas, de modo a prevenir ou mitigar a ocorrência dos riscos inicialmente preconizados.

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

Deste modo, o presente relatório constitui por esta via o fruto do trabalho realizado neste contexto, consagrando as principais ações desenvolvidas pelo CHS no ano transato no âmbito da prevenção, mitigação e gestão dos riscos potencialmente geradores de práticas enquadráveis na esfera da corrupção e das infrações conexas.

2. Caracterização da entidade

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

O CHS é tutelado, sectorial e financeiramente, pelos membros do Governo responsáveis pelas áreas da saúde e das finanças, nos termos previstos do artigo 20.º do Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro, estando integrado na Região de Lisboa e Vale do Tejo.

As atribuições do CHS são fixadas em consonância com a política de saúde estabelecida a nível nacional e regional, nos termos preconizados no seu plano estratégico e seus regulamentos internos, mediante a celebração de contratos-programa e em articulação com as demais instituições do sistema de saúde. O CHS tem como missão *“a promoção da saúde a todos os cidadãos no âmbito das responsabilidades e capacidades dos hospitais que o compõem, prestando cuidados de saúde especializados, com respeito pela dignidade dos doentes, e estimulando o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores, num quadro de qualidade, eficiência e eficácia organizativa”*.

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

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

- A Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano (abrangendo os concelhos de Alcácer do Sal, Grândola, Santiago do Cacém, Sines e Odemira) no âmbito das especialidades de Cardiologia, Infeciologia, Neurologia, Obstetrícia, Psiquiatria e Saúde Mental;
- O Centro Hospitalar Barreiro Montijo e o Agrupamento de Centros de Saúde do Arco Ribeirinho, na vertente da Cardiologia – Hemodinâmica e Nefrologia;
- Os Agrupamentos de Centros de Saúde Arco Ribeirinho e Almada-Seixal, ao nível das especialidades de Estomatologia e Imunoalergologia.

O CHS está organizado numa lógica departamental (Cirurgia, Medicina, Anestesiologia, Mulher e Criança, Psiquiatria e Saúde Mental, Aparelho Locomotor e Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica), os quais são apoiados pelos Serviços de Suporte à Ação Médica e de Apoio Geral e Logística.

No total, o CHS dispõe de 28 especialidades médicas, cirúrgicas e de diagnóstico, contando com uma lotação de cerca de 391⁶ camas, as quais permitiram, no ano de 2018, tratar o equivalente a 15.430 doentes (agudos).

⁶ O valor apurado não considera as camas de berçário nem as existentes em lares de doentes.

3. Estrutura organizacional

Não obstante os trabalhos em curso tendo em vista a revisão do Regulamento Interno do CHS, o modelo organizacional ainda vigente foi objecto de ratificação pelo Conselho de Administração no dia 25 de novembro de 2014 e homologado pelo Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo no passado dia 13 de fevereiro de 2015.

O organograma infra, que representa graficamente o modelo estabelecido, prevê 3 grandes setores designados por:

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

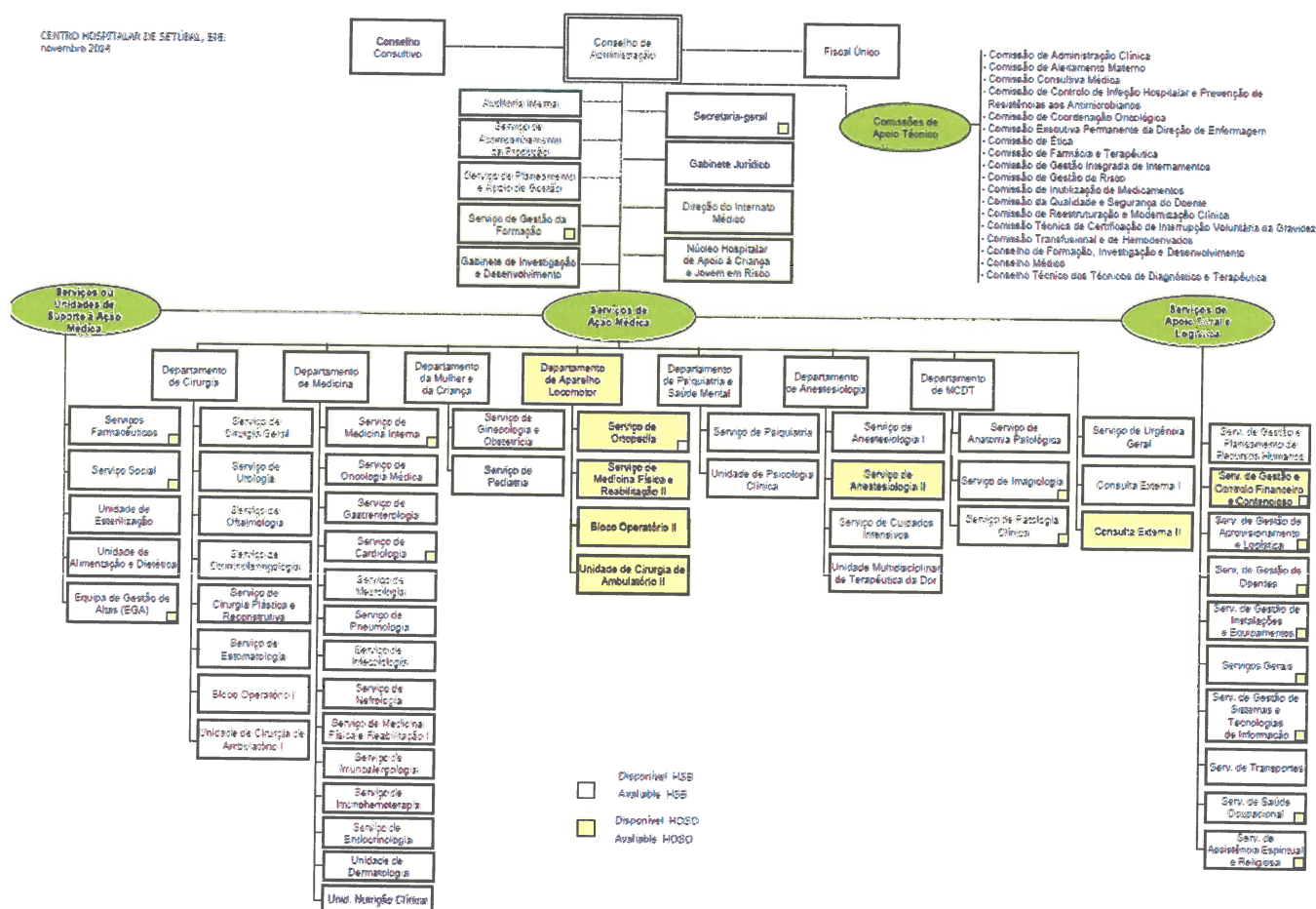


Figura 1: Organograma do Centro Hospitalar de Setúbal, EPE.

O Conselho de Administração do CHS é constituído desde o passado dia 29 de Fevereiro de 2016 pelos membros infra identificados⁷, nomeados mediante proposta dos representantes do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde.

A saber:

- 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 Capítulo II do Anexo II que integra o Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro, atinente aos Estatutos dos Hospitais, Centros Hospitalares e Institutos Portugueses de Oncologia, EPE.

⁷ Resolução de Conselho de Ministros n.º 5/2016 (Diário da República, 2.ª Série, n.º 41, de 29 de fevereiro). À data da elaboração do presente relatório, é conhecido que a equipa que compõe o Conselho de Administração foi integralmente reconduzida para um novo mandato, em conformidade com o exposto na Resolução de Conselho de Ministros n.º 54/2019 (Diário da República, 1.ª Série, n.º 50, de 12 de março).

4. Gestão de conflitos de interesses

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

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

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

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

No início do mandato e nos termos previstos na lei, os membros do Conselho de Administração declararam individualmente e sob compromisso de honra, informações sobre o valor do património e rendimentos de cada um dos titulares, as quais foram 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 dos cargos para os quais foram nomeados, 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, EPE⁸, o Conselho de Administração entendeu por descentralizar nos seus membros e subsequentemente subdelegar em vários diretores de serviço, competências e poderes de supervisão e de controlo operacional.

Neste sentido, foram publicadas as Deliberações (Extrato) 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.

No que respeita ao cumprimento e aplicação do Decreto-Lei n.º 14/2014, de 22 de Janeiro⁹, e em virtude da ação de controlo realizada no âmbito dos procedimentos de contratação pública, o SAI produziu um conjunto de recomendações tendo em vista a identificação dos colaboradores passíveis de serem abrangidos no contexto da produção de efeitos do referido diploma. Confirmou-se de igual modo a necessidade de fazer cumprir os deveres de divulgação e publicidade dos referidos profissionais ao longo dos vários anos económicos.

⁸ 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 Diploma que estabelece o regime jurídico das incompatibilidades dos membros das comissões, de grupos de trabalho, de júris de procedimentos pré-contratuais, e consultores que apoiam os respetivos júris, ou que participam na escolha, avaliação, emissão de normas e orientações de carácter clínico, nas áreas do medicamento e dos dispositivos médicos no contexto dos estabelecimentos e serviços do Serviço Nacional de Saúde.

5. Sistema de Controlo Interno

De acordo com o estabelecido no artigo 20.º dos Estatutos dos Hospitais, Centros Hospitalares e Institutos Portugueses de Oncologia, EPE¹⁰, o CHS dispõe de um sistema de controlo interno e de comunicação de irregularidades, competindo ao Conselho de Administração assegurar a sua implementação e manutenção e ao Auditor Interno a responsabilidade pela sua avaliação.

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

- *“Um desempenho eficiente da atividade que assegure a utilização eficaz dos ativos e recursos, a continuidade, segurança e qualidade da prestação de cuidados de saúde, através de uma adequada gestão e controlo dos riscos da atividade, da prudente e correta avaliação dos ativos e responsabilidades, bem como da definição de mecanismos de prevenção e de proteção do serviço público contra atuações danosas;*
- *A existência de informação financeira e de gestão que suporte as tomadas de decisão e os processos de controlo, tanto no nível interno como no externo;*
- *O respeito pelas disposições legais e regulamentares aplicáveis, bem como pelas normas profissionais e deontológicas aplicáveis, pelas regras internas e estatutárias, regras de conduta e de relacionamento, orientações tutelares e recomendações aplicáveis de entidades externas (...)”¹¹.*

O CHS possui um Regulamento Interno ratificado pelo Conselho de Administração no passado dia 25 de novembro de 2014, homologado no dia 13 de fevereiro de 2015 pelo Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Como anteriormente referido, o presente documento encontra-se em fase de revisão, conforme previsto no artigo 38.º do Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro.

No que respeita ao órgão de fiscalização, o CHS possui desde o dia 26 abril de 2018 um Conselho Fiscal, nomeado na sequência de um Despacho Conjunto das Finanças e da Saúde para o mandato de 2018-2020, nos termos estabelecidos no artigo 15.º dos Estatutos do CHS, aprovados e publicados no Anexo II do Decreto-lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro. A equipa que integra o Conselho Fiscal é composta pelos seguintes elementos:

¹⁰ Constante no Anexo II do Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro.

¹¹ Idem.

- Maria Leonor Betencourt Silva Dantas Jorge – Presidente;
- Renato Felisberto Pinho Marques – Vogal;
- José Manuel Gonçalves André – Vogal;
- Anabela Mendes Garcia Barata – Vogal Suplente

Ainda na vertente da fiscalização, a Sociedade Revisora Oficial de Contas BDO & Associados, SROC, Ld.^a foi nomeada Revisor Oficial de Contas do CHS, sendo representada pelo João Paulo Torres Cunha Ferreira, ROC n.º 956. A referida determinação produziu efeitos a partir do dia 25 de setembro de 2018, vindo substituir na função a Sociedade de Revisores Oficiais de Contas Oliveira Rego & Associados, SROC, Ld.^a.

No que concerne à atividade de auditoria interna, o CHS dispõe desde o dia 2 de fevereiro de 2015 de um Serviço de Auditoria Interna (SAI). Sobre ele, impende a avaliação dos processos de controlo interno e de gestão de riscos, nos domínios contabilístico, financeiro, operacional, informático e de recursos humanos, contribuindo para o aperfeiçoamento da organização. O SAI é composto em termos de recursos humanos ao auditor interno, o qual assume as funções de coordenação, operação e administrativas.

Desde o 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. O RCI foi internamente objeto de divulgação e encontra-se publicitado na página oficial da entidade na internet e no Portal do SNS, na secção alusiva aos instrumentos de gestão do CHS.

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

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

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

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

O CHS dispõe de um sítio institucional na internet com o endereço web www.chs.min-saude.pt, onde se encontra publicado um conjunto de informações de caráter institucional – designadamente a identificação da instituição, missão e valores, estatutos e regulamentos, informação relativa aos titulares dos órgãos sociais e documentos de prestação de contas anuais aprovados, entre outros. Adicionalmente, o CHS tem disponível várias páginas eletrónicas dedicadas à instituição, entre as quais se destaca o Portal do SNS¹² e a Direção-Geral do Tesouro e Finanças¹³.

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

- RADEF – Relatório Analítico da Actividade Assistencial e Desempenho Económico-Financeiro, compilado pelo Serviço de Gestão de Controlo Financeiro e Contencioso (SGCFC), de periodicidade mensal;
- REF – Relatório de Execução Financeira, elaborado trimestralmente pelo Serviço de Auditoria Interna e validado pelo Revisor Oficial de Contas da entidade, nos termos preconizados pelo Despacho n.º 7709-B/2016, de 9 de junho, do Secretário de Estado da Saúde;
- Indicadores para a Gestão – Relatório elaborado mensalmente pelo Serviço de Planeamento e Apoio de Gestão (SPAG) e subordinado a um conjunto de indicadores de caráter operacional e financeiro.

¹² Hiperligação acessível em <https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/centro-hospitalar-de-setubal-epe/>

¹³ Hiperligação acessível em <http://www.dgff.pt/sector-empresarial-do-estado-see/informacao-sobre-as-empresas/entity/centro-hospitalar-de-setubal-epe>

6. Principais vertentes de intervenção

Aquando da elaboração do PGRIC, o CHS identificou a sua exposição a situações potencialmente suscetíveis de configurarem práticas de corrupção e de infrações conexas, bem como um conjunto de áreas prioritárias sobre as quais seria necessário refletir no âmbito da presente temática.

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

- Área Financeira;
- 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 abaixo identificados, bem 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 ao nível da conferência, preparação de pagamentos e transferências bancárias; Alteração não autorizada dos dados mestres de fornecedores; Transferências bancárias para IBAN's incorretos ou desatualizados; Efetuar pagamentos aos fornecedores com dívidas ao Estado, sem qualquer retenção na fonte.	1.1 Assegurar a não existência de segregação de funções entre a Conferência e a elaboração de autorizações de pagamento; 1.2 Circularização periódica dos dados mestre de fornecedores; 1.3 Manter atualizado a ficha dos fornecedores, atendendo às certidões de não dívida à Segurança Social e à Autoridade Tributária.

Encontram-se estabelecidos no procedimento CFC.05 – Gestão de Terceiros - Despesa/Conferência de Faturas, as medidas preventivas a adotar neste âmbito.

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.

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

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

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

Área	Identificação do Perigo	Riscos Associados	Avaliação / Acompanhamento
Tesouraria	3. Desvio de fundos	Cobranças não depositadas em tempo oportuno e de forma integral 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 maneo 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 preconizadas nos procedimentos CFC.02 (Normas de Controlo Interno) e CFC.06 (Gestão de Tesouraria).

O sistema de pagamentos por multibanco encontra-se amplamente disseminado, 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.

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

O circuito dos documentos encontra-se bem definido de forma a minimizar o tempo que os processos dispõem para fins de tramitação processual. Adicionalmente, tal medida minimiza o risco potencial da existência de pessoas acederem indevidamente ao seu teor.

Os mecanismos de controlo interno e supervisão existentes no SGCFC continuam ativos e operacionais. Para este efeito existe um procedimento que norteia as tarefas adstritas ao Contencioso (ref.^a SCF-PS.GCCF.05) e o documento descritor das funções do Coordenador Técnico (ref.^a DF.GCCF.08).

6.2. Área de Aprovisionamento e Logística

Face aos riscos identificados na sua área de atuação e relativamente ao exercício de 2018, 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 ao longo do ano transato, as normas previstas na lei vigente (Código dos Contratos Públicos), sendo que em 2018 a redação deste Código sofreu uma alteração significativa, obrigando a novas adaptações no processo de *procurement*, uma vez que os novos limites estabelecidos para efeitos de escolha da tipologia dos procedimentos privilegiam ainda de forma mais intensiva o ambiente concorrencial e a diversificação de fornecedores.

Naturalmente que se mantém a preocupação de uma procura constante e alargada pelas melhores soluções de mercado, mas como já foi mencionado em informações anteriores, o Ajuste Direto Simplificado perderia a sua génese de procedimento simplificador da contratação com a introdução de formalidades adicionais injustificáveis.

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.

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

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

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

Os processos associados aos riscos acima 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.

Manteve-se, na esteira do preconizado pelo CCP, o cumprimento de todas as 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”.

Como reforço da necessidade de controlo de todas as fases dos processos de contratação foi dada continuidade à utilização de ferramenta implementada em 2016 no sistema ERP que permite o acompanhamento das fases previstas no CCP através do preenchimento de *check-list*, para que e em qualquer momento, se possa consultar o processo diretamente no sistema informático, apurando-se qual o seu ponto de situação e quais os passos que foram dados, sem prejuízo da consulta física dos documentos de suporte.

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

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.

Em 2018, à semelhança do observado no ano anterior, estas contagens sofreram uma redução na sua periodicidade em função da diminuição de recursos humanos afetos ao serviço, não permitindo os tempos disponíveis desejáveis à prossecução de tais tarefas.

A equipa de *picking* e distribuição continuou os trabalhos de aperfeiçoamento da ferramenta interna de reporte implementada em 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.

Estas atividades foram promovidas pelos responsáveis dos armazéns que, para assegurarem que os pedidos de reposição de *stock* que emitem estão de acordo com as reais necessidades do armazém, têm interesse direto na correção da informação.

Os trabalhos anuais de inventariação das existências, executados no final de 2018, foram efetuados de acordo com os procedimentos internos vigentes, tendo sido sempre acompanhados pelo Revisor Oficiais de Contas e do Auditor Interno do CHS, obtendo-se a sua validação. Para estes trabalhos anuais foram elaborados os necessários relatórios ao Conselho de Administração com a identificação dos desvios, valor de produtos obsoletos/monos/não conformes, e o pedido de autorização de validação dos valores apurados e abate dos materiais arrolados para o efeito.

Toda a documentação consta em arquivo no 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

Tal como referido no ponto anterior e uma vez que o método de controlo passa também pela execução de contagens amostrais periódicas, mais uma vez tendo como contingência o tempo disponível para o efeito, foram efetuados os trabalhos na dimensão do possível, considerando-se que os resultados foram satisfatórios em face dos números finais evidenciados nos trabalhos de fim de ano na inventariação anual de existências em 2018, onde não ocorreram desvios significativos.

Ao longo do ano de 2018 foram sendo feitas verificações amostrais, por parte dos responsáveis pela 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.

Não foi possível a implementação das contagens semanais de controlo por indisponibilidade dos recursos humanos necessários para o efeito, situação que só poderá ocorrer em 2018 verificando-se um incremento da dotação da equipa afeta ao armazém.

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 fins de aprovação. As situações de inadequação de nomeação foram oportunamente avaliadas e corrigidas, sempre que se afigurou como necessário.

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

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

Área	Identificação do Perigo	Riscos Associados	Avaliação / Acompanhamento
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.	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.	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.	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.

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

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

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 criam 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: parte das ações 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 em Excel contendo a programação das visitas das empresas com que mantém CAT (por cada ano contratual), 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 decurso 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.

Foram observados 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, eletricidade, segurança e AVAC¹⁴ mediante subcontratação de empresa externa (por norma a responsável pela execução do projeto).

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.

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

¹⁴ Aquecimento, ventilação e ar condicionado.

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

A faturação relativa a CAT e reparações ao exterior é confirmada 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 fatura emitida. No entanto, salvaguardam-se as situações de pagamentos parcelares vigentes nas condições de pagamento estabelecidas no procedimento concursal e de acordo com a Lei.

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

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 faturação. 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 SIE – 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.

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

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

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

Área	Identificação do Perigo	Riscos Associados	Avaliação / Acompanhamento
Instalações e Equipamentos	6. Processos administrativos de aquisição de prestação de serviços. Aquisições em regime de ajuste direto simplificado	Consultas sistemáticas aos mesmos fornecedores	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 PGRIC do Serviço de Gestão de Doentes (SGD) e relativamente ao ano de 2018, destacaram-se as seguintes iniciativas:

a. Procedimentos da Área de Gestão de Doentes

Realização e/ou revisão de 7 procedimentos (infra), com a sua correspondente implementação e formalização junto do Gabinete da Qualidade do CHS:

- Procedimento de Apoio do Assistente Técnico à Cirurgia Adicional – PS.SVGD.031;
- Procedimento de Apoio do Assistente Técnico à Cirurgia Adicional Pterígios - PS.VGD.032;
- Procedimento para Requisição de Reembolso de Taxas Moderadoras – PS.SVGD.027;
- Procedimento de Guarda, Transporte e Entrega de valores Cobrados pelo SGD – SPB.09;
- Procedimento de Reembolso de Transportes no Âmbito do SIGIC – PS.EGIC.02;
- Procedimento de Identificação da entidade Financeira Responsável – PS.SVGD.021;
- Procedimento de Admissão à Urgência de Utentes sem identificação – PS.SVGD.10.

Todos envolvem pagamentos.

b. Procedimentos da Área de Gestão de Processos de Transporte Não Urgente de Doentes e Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT) ao Exterior – 2 Núcleos

Relativamente aos processos subordinados a esta temática foi mantida a sua implementação e vigilância através das chefias bem como o Procedimento de Requisição de Transportes Doentes a Entidades Externas (PS. SVGD.29) que se mantém em vigor.

No período considerado entre 2017 e 2018, o SGD integrou um grupo de trabalho nomeado pelo Conselho de Administração visando a informatização de, pelo menos, parte da atividade adstrita a este processo, dado que a mesma ainda é realizada de forma completamente manual: desde o impresso de requisição, às autorizações clínicas e de gestão, passando pela ativação dos fornecedores.

Avulta-se ainda para o facto do ano de 2018 não ter ocorrido qualquer alteração ao nível dos procedimentos manuais estabelecidos.

Também em termos de controlo e conferência de faturação manteve-se o anteriormente implementado de acordo com os procedimentos em vigor.

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 diretamente daquele serviço a indicação da entidade fornecedora a contactar, colaborando no registo da faturação rececionada em sistema de informação próprio (do SGAL). Esta organização de controlo e conferência continua a evidenciar eficácia pela deteção de desconformidades na faturação, facto que tem motivado a emissão de notas de crédito a favor do CHS.

Ainda sobre os perigos identificados no contexto da corrupção e infrações conexas, manteve-se a vigilância no acompanhamento das atividades enquadradas nos processos neles descritos, no cumprimento do estipulado nos procedimentos e normativos (vide figura 2) que envolvem o Núcleo de Gestão de Pedidos ao Exterior.

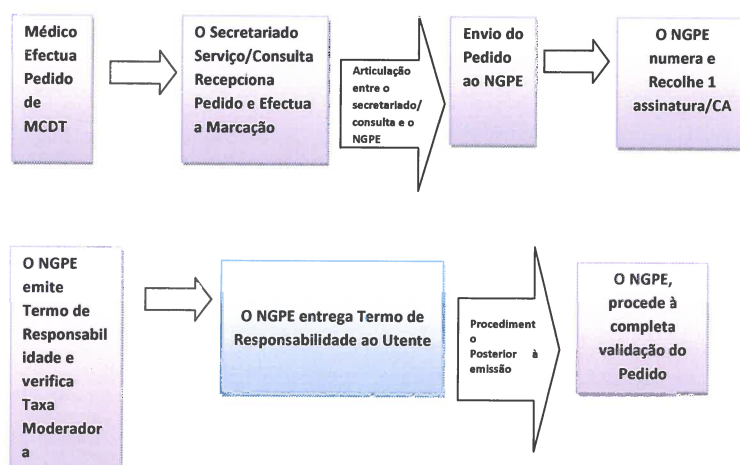


Figura 2: Fluxograma - Circuito de Pedidos ao Exterior Urgentes

A necessidade de acompanhamento constante, o volume crescente de pedidos de MCDT, e a necessidade de prestar um serviço de qualidade, assenta no cumprimento dos procedimentos e normativos do SGD mas certamente beneficiaria com a implementação de um sistema de informação específico para este efeito.

O CHS continua a aguardar desenvolvimentos ao nível dos sistemas de informação que permitam uma integração destas atividades tanto nos sistemas de informação “SClínico” (software de apoio aos médicos) como no SONHO, seja na versão atual, seja na futura versão aplicacional.

Salienta-se ainda, no âmbito do Transporte Não Urgente de Doentes, o pedido de adesão ao Sistema de Gestão de Transporte de Doentes (SGTD) promovido pela Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS) há mais de 6 anos e, mais recentemente, a solicitação à tutela para viabilizar a inclusão do CHS na fase de teste do SGTD com dois Centros Hospitalares, o que não foi considerado.

Conforme o Despacho n.º 7299/2018, de 1 de agosto, a extensão completa aos Hospitais deverá ocorrer até final de março de 2019, estando em curso contactos com a SPMS concernentes à implementação de tal software.

c. Gestão de Doentes

Mantem-se a tendência de um decréscimo do número de erros e falhas neste âmbito, verificando-se a manutenção da qualidade destes registos ao longo dos últimos anos (pese embora a existência de alguns “erros” na base de dados do sistema de informação SONHO – Versão I).

O SGD dispõe ainda de vários procedimentos e instruções de trabalho, destinadas aos seus colaboradores e respeitantes a diversas áreas de atuação, continuando-se a proceder à sua elaboração e atualização, bem como a monitorizar o seu cumprimento através de um acompanhamento de proximidade, assumido pelas coordenadoras e responsáveis das áreas e sectores do SGD.

d. 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.

Também se assiste a uma menor procura de Processos Clínicos em papel, tendência que se deverá acentuar ao longo do ano de 2019.

Por razões de programação funcional da instituição, no ano de 2018 foi transferido todo o arquivo ativo do Hospital de São Bernardo para o seu piso -1, mantendo-se a mesma lógica organizacional. Uma parte semi-ativa do arquivo foi transferida para as instalações existentes propriedade do CHS, localizadas na Estrada Nacional 10.

O Conselho de Administração nomeou em 2018, a Diretora do SGD e responsável pelo Arquivo Clínico para Responsável do Arquivo Geral, cumulativamente, estando atualmente em fase de formação profissional e de integração na equipa de trabalho da Secretaria-Geral do Ministério da Saúde.

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 ocorrência de faturação indevida	Erros de faturação	1 - Plano de Ação do Serviço 2 - Cumpriram-se os normativos externos e internos em vigor: - Procedimento de Conferência de Faturação de MCDT e Transportes - PS.SVGD.025 - Descrição de Funções Assistente Técnico - Internamento DF.SVGD.04 - Descrição de Funções dos Pontos de Trabalho do Núcleo de MCDT'S - Descrição de Funções dos Pontos de Trabalho do Núcleo de Transportes de Doentes Evidências: - Segregação de funções - Conferência sistematizada de todos os pedidos de MCDT e Transporte de Doentes e respetiva faturação.

Área	Identificação de Perigos	Riscos Associados	Avaliação/Acompanhamento Documentos e práticas de suporte e monitorização
Gestão de Doentes	2. Registo de dados identificativos dos utentes	Erros na recolha e inserção de dados de utentes	1 – Plano de Ação do Serviço: As Chefias mantiveram a vigilância sobre o cumprimento dos procedimentos, acompanhando a atividade realizada pelos assistentes técnicos.
	2.1 Registo da actividade assistencial prestada aos utentes e cidadãos	Falta de actualização de dados	2 – Procedimentos e normativos internos em vigor: Procedimento de Identificação da EFR - PS:SVGD.021. O referido procedimento estabelece para os profissionais do SGD um conjunto de normas reguladoras visando a correta identificação da EFR pelo pagamento da despesa hospitalar. Este procedimento dá resposta directa às preocupações em matéria de perigos relativos a eventuais erros de identificação dos Utentes e da atividade assistencial, e respetiva faturação de acordo com o estabelecido no Contrato-Programa.

			■ Procedimento para Registo Administrativo de Doentes Internados - PS.SADD.01 ■ Procedimento de Registo Administrativo para a realização de Interrupção Voluntária da Gravidez até às 10 semanas de Gestação – 2.ª Alteração- PS.SADD1.02 ■ Procedimento de Registo Administrativo de Utentes Sem Identificação nos serviços de urgência - PS.SVGD.10 Evidências: ■ Instruções, despachos e indicações de trabalho via correio eletrónico; ■ Correção sistemática de listas de erros da produção e do contencioso financeiro; ■ Abertura de perfil polifuncional SONHO em vários postos de trabalho
Gestão de Doentes	3. Cobrança de taxas moderadoras	Falhas na cobrança de taxas moderadoras	1 – Plano Ação do Serviço 2 – Procedimentos em vigor: ■ Procedimento de Identificação da EFR - PS.SVGD.021 ■ Procedimento para a Guarda, Transporte e Entrega de Valores Cobrados pelo SGD - SPB.09 ■ Procedimento de Gestão de Fundos para Trocos - PS.SVGD.024 ■ Procedimento para Req. De Reembolso Taxas Moderadoras – PS.SVGD.027 Evidências: ■ 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 incorrecta da Entidade Financeira Responsável (EFR)	Episódios não faturados	1 – Plano Ação do Serviço 2 – Procedimentos em vigor ■ Procedimento de Identificação da EFR - PS.SVGD.021 Evidências ■ Correio eletrónico com despachos e instruções / indicações ■ Plataforma de Faturação Hospitalar às Seguradoras

Área	Identificação de Perigos	Riscos Associados	Avaliação/Acompanhamento Documentos e práticas de suporte e monitorização
Arquivo Clínico	5. Manter o Arquivo Clínico organizado com rápido acesso aos processos clínicos.	Processos mal arquivados / demora na resposta	1 – Plano Ação do Serviço 2 – Procedimentos e normativos em vigor ▪ Procedimento para Arquivo de Processos Clínicos em Suporte de Papel e Monitorização da Circulação Interna - GIC.06 ▪ Procedimento para a Atribuição de Números aos Processos Clínicos - GIC.02 ▪ Procedimento para o Tratamento de Duplicação de Números de Processos Clínicos / Identificação Duplicada - GIC.07 ▪ Procedimento de Retenção / Destruição dos Registos Clínicos no âmbito do Arquivo Clínico - GIC.03 ▪ Procedimento para Requisição, Acesso e Consulta de Processos Clínicos e de MCDT 3 – Evidências ▪ Registo no sistema “SONHO”; ▪ 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 ▪ Tendência de menos Processos Clínicos em Papel em circulação, por haver maior recurso às tecnologias e SI
Arquivo Clínico	6. Controlar o movimento dos processos 6.1 Garantir a confidencialidade no acesso à informação.	Extravio no circuito interno/ demora na resposta/ quebra de confidencialidade. Cumprimento das normas e legislação referentes à salvaguarda da confidencialidade do documento	1 – Plano Ação do Serviço 2 – Política de Confidencialidade 3 – Procedimentos e normativos internos ▪ Procedimento de Arquivo de Processos Clínicos em Suporte de Papel e Monitorização da Circulação Interna - GIC.06 ▪ Integração da Diretora do SGD num Grupo de Trabalho organizado sob Coordenação da Secretaria-Geral do Ministério da Saúde/ Nomeação como Responsável do Arquivo Clínico Geral do CHS em 2017. 4 – Evidências ▪ Registo no sistema de informação “SONHO”; ▪ Registo de controlo interno de processos arquivados; ▪ Registo de substituição de saquetas/envelopes danificados.

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 incorreta 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 incorreta de dados relativos ao processamento de salários	Processamento incorreto 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. Incorreta contabilização de valores relacionados com SIGIC	Processamento incorreto dos valores ao trabalhador	
4. Inserção incorreta de dados relativos à assiduidade dos trabalhadores	Processamento incorreto de abonos e descontos ao trabalhador e má formação do histórico do trabalhador a nível da sua assiduidade e pontualidade	

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.

Identificação do Perigo	Riscos Associados	Avaliação / Acompanhamento
5. Incorreta elaboração de contratos de trabalho	Integração jurídico-funcional incorreta 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 ação 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 incorreta ao trabalhador	As informações incorretas prestadas aos colaboradores do CHS podem ter implicações ao nível dos seus direitos ou deveres	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 equipa 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 incorreta ao CA	A ocorrência de imprecisões nas informações prestadas ao CA poderá condicionar o processo de tomada de decisão.	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 equipa 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 ações informativas mediante a divulgação de circulares internas junto de todos os serviços no sentido de sensibilizar para a necessidade em fazer cumprir a lei em matéria de acumulação de funções.

Em virtude 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	Foi implementado procedimento entre o SGPRH e o SGSTI o qual norteia o circuito de comunicação entre estes dois serviços, tendo como objetivo garantir a forma mais eficaz para informação de entradas e saídas de trabalhadores do CHS.

6.6. Área das Tecnologias de Informação

No decorrer da actividade do SGSTI durante o ano de 2018, dado o âmbito dos riscos identificados para as suas áreas de atuação (ver quadro infra) 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*

Paralelamente ao acima descrito, o papel do Gestor do SONHO do CHS, no âmbito da aplicação do Plano de Riscos de Corrupção e de Infrações Conexas, está reforçado pelo facto de ser também membro integrante de um grupo de trabalho, presidido pelo Presidente do Conselho de Administração do CHS, constituído com o objetivo de acompanhar e monitorizar o processo de faturação.