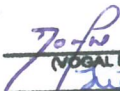
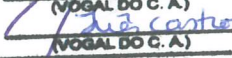
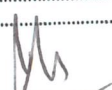
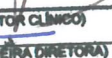




CENTRO
HOSPITALAR
VILA NOVA DE GAIA/ESPINHO

Reunião de C. A. 19/09/2017	
Deliberação: Aprovar o Relatório	
 (VOGAL DO C. A.)	 (PRESIDENTE DO C. A.)
 (VOGAL DO C. A.)	 (DIRETOR CLÍNICO)
	 (ENFERMEIRA DIRETORA)

Relatório de Execução do Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas 2016

Serviço de Auditoria Interna

01 de setembro de 2017

Secretariado
do C.A.

Entrada nº 22662
1º Entrada 7/9/2017
2º Entrada / /
3º Entrada / /

Índice

1	Enquadramento	2
2	Metodologia	3
3	Monitorização, riscos e grau de implementação das medidas preventivas	3
3.1	Produção e Gestão de Utentes	4
3.2	Gestão de Recursos Humanos.....	5
3.3	Unidade de Operações e Logística	8
3.4	Gestão de Existências	9
3.5	Tesouraria, Contabilidade e Reporte	11
3.6	Sistemas e Tecnologias de Informação	12
3.7	Comunicação e Imagem	14
4	Conclusões e Recomendações	15

Siglas e Abreviaturas

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.;

CA – Conselho de Administração;

CCP – Código dos Contratos Públicos;

CHVNG/E – Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho;

CPC – Conselho de Prevenção da Corrupção;

GH – Gestão de Horários;

MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica;

PGRIC – Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas;

RHV – Recursos Humanos e Vencimentos;

RNU – Registo Nacional de Utentes;

SAI – Serviço de Auditoria Interna;

SIADAP – Sistema Integrado de Gestão e Avaliação do Desempenho na Administração Pública;

SONHO – Sistema de Informação para gestão de Doentes;

SSTI – Serviço de Sistemas e Tecnologias Informação;

UGI – Unidade de Gestão Intermédia.

1 Enquadramento

Na sequência 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, o Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho (CHVNG/E) elaborou, em janeiro de 2016, a 2ª revisão do seu Plano de Gestão de Riscos (incluindo os riscos de corrupção e infrações conexas), doravante designado PGRIC.

O PGRIC é um dos principais instrumentos de gestão estratégica e operacional que permite identificar, medir, acompanhar e controlar os riscos chave que a instituição enfrenta na prossecução da sua missão e objetivos, possibilitando, de futuro, aferir da eventual responsabilidade que possa ocorrer na gestão de recursos públicos. Sendo este um instrumento de gestão dinâmico deve ser periodicamente monitorizado e avaliado na sua execução.

Assim, de acordo com o Ponto III do PGRIC é da responsabilidade do Serviço de Auditoria Interna (SAI) apoiar os vários serviços na elaboração de processos de gestão de risco e avaliar se a estrutura de gestão de risco e o respetivo controlo interno funciona de forma eficiente e eficaz. No que respeita à monitorização do PGRIC esta é realizada pelo SAI e inclui *“(...) a verificação da implementação das medidas preventivas, a identificação dos motivos de eventuais atrasos na implementação das mesmas, o apuramento dos resultados obtidos com a implementação das medidas, a recomendação de medidas corretivas se necessário e a elaboração do relatório de execução das medidas preventivas nele previstas após a sua avaliação, no final de cada ano civil, nos 90 dias seguintes.”*¹

O presente relatório de monitorização do PGRIC, referente ao ano de 2016, apresenta a avaliação das medidas de prevenção existentes no mesmo, em resultado das respostas obtidas nos questionários enviados aos diversos responsáveis de serviço das áreas de risco.

Este relatório deverá ser remetido ao Conselho de Prevenção da Corrupção, bem como aos demais órgãos de superintendência, tutela e controlo, após aprovação do Conselho de Administração do CHVNG/E.

Importa referir que emissão deste relatório, na presente data, está relacionado com a mudança do Conselho de Administração, tendo o mesmo iniciado funções a 7 de abril de 2017; e a mudança de Auditor Interno ocorrido em maio deste ano (sendo que desde janeiro a maio o CHVNG/E não teve Auditor Interno).

¹ Plano de Gestão de Riscos (incluindo os riscos de corrupção e infrações conexas – PGRIC) do CHVNG/E aprovado a 28 de janeiro de 2016.

2 Metodologia

Em conformidade com o estabelecido no PGRIC, a monitorização foi efetuada pelo SAI, e incluiu a utilização de um questionário, remetido por e-mail, aos diversos responsáveis de serviço das áreas de risco identificadas no PGRIC².

Após os serviços procederem à devolução das matrizes e medidas implementadas ao SAI, o mesmo procedeu à compilação das respostas remetidas pelos diversos responsáveis e elaborou o presente relatório, que depois de aprovado pelo Conselho de Administração será remetido para as entidades competentes.

Importa referir que os inputs para o relatório de execução do PGRIC são da responsabilidade dos diversos serviços do CHVNG/E.

Relativamente à área específica de Conflitos de Interesses, não foi possível aferir o grau de implementação das medidas preventivas previstas no PGRIC (o anterior Conselho de Administração, responsável pela sua gestão, terminou o mandato no início do corrente ano).

3 Monitorização, riscos e grau de implementação das medidas preventivas

Para efeitos de monitorização do PGRIC, foi solicitado aos Diretores dos Serviços o ponto de situação e o grau de implementação das medidas preventivas de risco constantes do mesmo.

Solicitou-se também uma descrição sumária das ações de implementação da medida preventiva de resposta ao risco pelo Serviço, e dos motivos que conduziram à sua não implementação pelo Serviço.

Nos quadros abaixo são apresentados os resultados da avaliação efetuada por cada área de risco identificada, com a descrição do evento potencial de risco, grau de risco (3 – Elevado; 2 – Moderado; 1 – Baixo), medidas preventivas, e grau de implementação nos seguintes termos:

- ✓  - Implementada;
- ✓  - Em fase de implementação e/ou parcialmente implementada;
- ✓  - Não implementada;
- ✓  - Não foi possível aferir o nível de implementação.

² Tarefa realizada pela anterior auditora Dra. Andreia Toga.

3.1 Produção e Gestão de Utentes

Evento potencial de Risco	Grau Risco	Medida(s) Preventiva(s)	Grau de Implementação
Utentes admitidos com informação insuficiente, desatualizada ou incorreta.	2	• Assegurar a recolha exaustiva e rigorosa dos dados de Identificação dos utentes no SONHO em cada atendimento.	●
	2	• Formalizar o Manual de Admissão de Doentes e a respetiva formação aos operadores do SONHO.	●
Inexistência de atualização automática dos dados dos utentes na integração entre aplicações.	2	• Pressionar os fabricantes e/ou fornecedores a garantir a integração dos dados de identificação dos utentes.	●
	2	• Desenvolver scripts de validação da integração com o SONHO.	●
Atos clínicos não registados, registados incorretamente, em períodos incorretos, sem os registos clínicos imprescindíveis ou registados de modo a obter benefícios económicos.	2	• Articulação entre as UGI's e os secretariados no que respeita à necessidade de melhorar a qualidade dos registos.	●
	2	• Verificação da conformidade dos registos com base na aplicação que se encontra em desenvolvimento pelo SSTI.	●
	2	• Auditoria Interna para verificação da conformidade dos registos de atividade assistencial.	●
	2	• Auditorias Clínicas.	●
Recurso injustificado a meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT's) no exterior.	3	• Formalizar o desenho do circuito de MCDT's (manual de procedimentos), desde a sua requisição/prescrição até à execução/conferência de faturas (quer se trate do circuito de requisição interna/externa), incluindo todas as validações internas necessárias à sua autorização.	●
	3	• Elaboração e lançamento de concursos com o intuito de formalização de contratos para realização de MCDT's no exterior.	●
	3	• Requisitar MCDT's ao exterior em conformidade com o(s) contrato(s) de prestação de serviços de MCDT's estabelecidos.	●
	3	• Monitorização mensal, pelas UGI's dos MCDT's realizados.	●
Taxas moderadoras não cobradas oportunamente.	2	• Assegurar a recolha exaustiva e rigorosa dos dados de Identificação dos utentes no SONHO em cada atendimento.	●
	2	• Atualização/revisão do Manual das Taxas Moderadoras.	●
	2	• Ações de formação/esclarecimento sobre procedimentos relacionados com taxas moderadoras.	●
	2	• Formalizar o Manual de Admissão de Doentes e a respetiva formação aos operadores do SONHO.	●
Anulação indevida de recibo de taxas moderadoras.	2	• Entrega de todos os recibos anulados, nos Serviços Financeiros, com registo do motivo da anulação.	●
	2	• Exigência de confirmação pelo utente, em documento apropriado, sempre que é anulado um recibo.	●
	2	• Atualização/revisão do Manual das Taxas Moderadoras.	●
	2	• Ações de formação/esclarecimento sobre procedimentos relacionados com taxas moderadoras.	●
Recebimento de taxas moderadoras sem entrega do respetivo recibo.	3	• Alerta aos utentes da obrigatoriedade dos serviços emitirem o recibo.	●
Cobrança indevida de taxas moderadoras.	2	• Privilegiar o pagamento por Multibanco.	●
	2	• Atualização/revisão do Manual das Taxas Moderadoras.	●
	2	• Ações de formação/esclarecimento sobre procedimentos relacionados com taxas moderadoras.	●
	2	• Auditoria Interna para verificação da conformidade dos registos de isenção (SONHO vs RNU).	●
Não devolução de montantes cobrados indevidamente.	2	• Privilegiar o pagamento por Multibanco.	●
	2	• Sensibilizar os colaboradores para o cumprimento dos procedimentos constantes do Manual de Taxas Moderadoras.	●
	2	• Atualização/revisão do Manual das Taxas Moderadoras.	●
	2	• Ações de formação/esclarecimento sobre procedimentos relacionados com taxas moderadoras.	●
Informação de gestão insuficiente e/ou inadequada.	1	• Divulgação de informação mensal para o CA, UGI's e respetivos serviços, com calendário pré-definido, sobre: - produção; - conformidade com o orçamento; - conformidade com o contrato-programa (CA) e a contratualização interna (UGI's e serviços).	●
Atos assistenciais prestados a doentes fora da área de referência do CHVNG/E, sem o respetivo Termo de Responsabilidade.	3	• Sensibilizar todas as áreas de atendimento do CHVNG/E para a necessidade de exigir o Termo de Responsabilidade, sempre que o doente seja de fora da área de referência.	●
	3	• Responsabilizar as UGI's pelo controlo dos Termos de Responsabilidade.	●

Evento potencial de Risco	Grau Risco	Medida(s) Preventiva(s)	Grau de Implementação
Insatisfação dos utentes.	3	• Avaliar o grau de satisfação dos utentes do CHVNG/E de modo a identificar problemas e implementar melhorias na qualidade de serviço.	●
	3	• Produzir e divulgar informação periódica sobre a satisfação dos utentes.	●
Entrada na instituição de material de consumo clínico sem prévia autorização.	3	• Sensibilizar todos os profissionais para a necessidade de todos os materiais utilizados, mesmo ofertas, darem entrada no Serviço de Logística, após autorização.	●
	3	• Garantir o cumprimento das regras estabelecidas no "Regulamento Interno de acesso aos DIM".	●

De um total de 36 medidas preventivas foram implementadas 20 (56%) e 12 medidas foram parcialmente implementadas ou estão em fase de implementação (33%).

3.2 Gestão de Recursos Humanos

Evento potencial de Risco	Grau Risco	Medida(s) Preventiva(s)	Grau de Implementação
Informação (dados mestre) sobre pessoal incorreta ou desatualizada.	2	• Todas as alterações (criação/alteração e eliminação) a dados mestre de pessoal são devidamente validadas, total e corretamente atualizadas no respetivo sistema.	●
		• Controlo periódico de que os dados mestre dos colaboradores estão corretos e atualizados.	●
		• Segregação de funções.	●
		• Insistência anual junto dos colaboradores para que corrijam os seus dados.	●
	1	• Cruzamento de informação (trimestralmente).	●
Acesso indevido às informações sobre o registo individual dos trabalhadores e quebra de sigilo.	1	• Medidas de segurança nos arquivos dos processos individuais.	●
		• Acesso restrito aos colaboradores do serviço.	●
Falhas na monitorização de Contratos.	2	• Monitorização dos termos dos contratos de trabalho e remessa das cartas de caducidade quando aplicável.	●
Acumulação de funções.	2	• Garantir que: >Todos os colaboradores solicitam/comunicam a situação de acumulação de funções; >Anualmente são solicitadas/comunicadas as acumulações de funções; >Não existe conflito de interesse nem sobreposição de horários; >Os trabalhadores em exclusividade de funções entregam cópia das declarações de rendimentos.	●
		• Procedimento Interno sobre acumulação de funções.	●
Autorizações indevidas e/ou sem fundamento legal.	1	• Manual de assiduidade.	●
		• Todas as informações sobre faltas, férias e licenças devem conter fundamentação legal.	●
		• Garantia de não atribuição de dias de férias em número superior ao que o funcionário tem direito.	●
		• As férias são autorizadas pelo Conselho de Administração ou Órgão de Gestão Intermédia quando aplicável sob proposta dos Diretores/Responsáveis dos Serviços.	●

Evento potencial de Risco	Grau Risco	Medida(s) Preventiva(s)	Grau de Implementação
Informação incorreta para efeitos de pagamentos pela Gestão de Remunerações ou decorrentes das integrações automáticas.	2	• Verificação das ausências de trabalhadores que determinem perda de abonos como por exemplo o prémio de assiduidade.	●
Erros na comunicação (GH e/ou RHV) das ausências.	1	• Verificação das listas de erros emitidas pelas aplicações informáticas.	●
Registo de tempos de trabalho e controlo de assiduidade inadequados.	2	• Registo biométrico integralmente aplicado.	●
		• Tratamento dos Planos Mensais de Trabalho Informaticamente em todos os grupos profissionais.	●
		• Integração automática da informação da assiduidade na aplicação do processamento de vencimentos.	●
	1	• Verificação por amostragem (trimestralmente) baseada nos saldos horários dos trabalhadores do sistema de registo biométrico.	●
Sobreposição de horários.	2	• Criação de uma funcionalidade automática que detete a sobreposição de horários e impeça o pagamento, tendo em conta o desfazamento temporal entre o pagamento e a atividade realizada.	●
Pagamento incorreto/indevido de quantias decorrentes de deslocações e/ou Preenchimento desconforme dos boletins de itinerário ou sem autorização.	1	• Criação de um Manual de Autorização e Pagamento de ajudas de custo/deslocações.	●
		• Confrontação dos boletins de itinerário com os planos de deslocação previamente autorizados e exigência de fundamentação de eventuais desvios.	●
		• Conferência com os respetivos processos para comprovação das diligências/atividades efetivamente realizadas.	●
		• Prévio lançamento no RHV e envio de toda a informação para autorização prévia do Conselho de Administração.	●
Processamento de abonos e descontos não autorizados.	2	• Submeter todos os abonos não regulares para aprovação superior de acordo com a delegação de competências estabelecida.	●
		• Segregação de funções e responsabilidade das operações.	●
		• Análise mensal da razoabilidade dos abonos processados.	●
		• Submissão de todos os descontos (não oficiais) à aprovação dos colaboradores.	●
Processamentos indevidos relativamente a Valores Processados, Envio mensal da informação contributiva (IRS, CGA, Seg. Social, Sindicatos).	2	• Conferência de que o total de remunerações base processadas corresponde à massa salarial aprovada.	●
		• Todos os documentos utilizados para o processamento devem conter a confirmação e autorização do respetivo responsável.	●
		• Segregação de funções, rotatividade e responsabilidades das operações.	●
		• Verificação anual num período aleatório.	●
Controlo e autorização de trabalho suplementar (v.g. extraordinário) inadequado.	2	• Criação de Procedimento de autorização e controlo de trabalho Suplementar (v.g. trabalho extraordinário).	●
		• Planos de trabalho e procedimento de autorização prévia de trabalho extraordinário.	●
		• Recurso a trabalho extraordinário de forma esporádica e devidamente justificado, planeamento das tarefas e dos recursos humanos disponíveis.	●
		• Criação de funcionalidade na GH que alerte para a sobreposição de horários.	●
		• Integração automática da assiduidade na GH.	●
Irregularidades no cumprimento das Equipas tipo e pagamento de trabalho suplementar (v.g. extraordinário).	2	• Reanálise e aprovação trimestral das equipas tipo do Serviço de Urgência. Validação mensal atempada por parte das Direções de Serviços e da Direção do SU das escalas cumpridas.	●
Avaliação dos profissionais deficiente, designadamente: - ausência ou deficiente fundamentação dos resultados das decisões de avaliação; - objetivos desajustados às tarefas realizadas; - potencial discricionariedade no processo de avaliação do profissional.	2	• Verificação do cumprimento das normas instituídas para aplicação do SIADAP.	●
		• Verificação anual por amostragem baseada nas avaliações que se situem fora da média.	●
		• Realizar ações de formação de dirigentes, chefias e trabalhadores.	●

Evento potencial de Risco	Grau Risco	Medida(s) Preventiva(s)	Grau de Implementação
Sobreposições de pagamento de trabalho adicional, suplementos, prevenções.	3	• Criação de uma funcionalidade automática que detete a sobreposição de horários e impeça o pagamento, tendo em conta o desfaseamento temporal entre o pagamento e a atividade realizada.	
Ausência ou deficiente fundamentação dos atos de seleção de pessoal e dos resultados das decisões de avaliação.	1	• Sensibilizar os intervenientes decisores no âmbito dos procedimentos de recrutamento e seleção, de avaliação, ou outros atos de gestão de pessoal, para necessidade de fundamentação das suas decisões. • Definição objetiva dos critérios de seleção e perfis pretendidos, de candidatos de modo a que a fundamentação das decisões de contratar seja facilmente perceptível e sindicável. • Existência de procedimentos concursais que, além de publicitados, identifiquem os requisitos enunciados. • Elaboração de atas das reuniões dos júris dos concursos. • Publicitação dos resultados com a ordenação dos candidatos.	
Utilização/divulgação indevida de palavras passe de acesso à aplicações informáticas do CHVNG/E, para a prática de atos em favor do próprio ou de terceiro ou em prejuízo de terceiro.	1	• Cancelar os acessos sempre que existam alterações das responsabilidades e funções atribuídas a cada um dos colaboradores, cessem funções ou se ausentem por um período prolongado.	
Informação de gestão insuficiente e/ou inadequada.	1	• Monitorização do mapa de efetivos, por elaboração de mapas mensais, com vista a apurar alguns indicativos de RH, tais como headcount, tipologias de rácios (ex: tipologias de vínculo, carga horária, pesos relativos de profissionais por grupos profissionais, etc.). • Monitorização do mapa de horas efetivamente trabalhadas, horas extras realizadas, prevenções e suplementos e seus custos associados. • Monitorização do mapa de absentismo em FTE's. • Monitorização do mapa de Comissões Gratuitas de Serviço. • Elaboração mensal do mapa de dados para o Serviço de Formação. • Elaboração mensal do mapa de dados para o Serviço de Segurança e Higiene e Saúde no Trabalho. • Elaboração mensal do mapa de dados a fornecer à Seguradora referente ao Seguro de Acidentes de Trabalho; • Elaboração mensal do mapa de controlo de profissionais admitidos e saídos a reportar junto do Conselho de Administração. • Monitorização mensal do mapa de controlo de profissionais aposentados. • Elaboração mensal do mapa obrigatório de dados a reportar junto da ACSS. • Elaboração mensal do mapa de pessoal a fornecer às UGI's. • Elaboração do Relatório Único para o Gabinete de Estratégia e Planeamento. • Elaboração mensal do quadro de remunerações (mapa de abonos e descontos processados) a fornecer ao Gabinete de Planeamento e Informação para a Gestão e Serviços Financeiros. • Elaboração quadrimestral do mapa para o Sistema de Informação de Organização do Estado; • Elaboração semestral do quadro de encargos para a Direção-Geral do Orçamento. • Elaboração anual do Balanço Social. • Elaboração do Relatório Semestral de Recursos Humanos a apresentar junto do Conselho de Administração.	

Evento potencial de Risco	Grau Risco	Medida(s) Preventiva(s)	Grau de Implementação
Incumprimento dos prazos estipulados na Lei para cada ciclo avaliativo.	2	• Reuniões periódicas dos diversos CCA (Carreira Geral, Médica e Enfermagem) com emanações de orientações a publicitar.	●
		• Ação de sensibilização de profissionais.	●
Discrecionalidade na organização dos processos de recrutamento e seleção.	1	• Manual de Recrutamento e Seleção.	●

De um total de 69 medidas preventivas, 59 medidas foram implementadas (86%) e 10 medidas preventivas foram parcialmente implementadas ou estão em fase de implementação (14%).

3.3 Unidade de Operações e Logística

Evento potencial de Risco	Grau Risco	Medida(s) Preventiva(s)	Grau de Implementação
Os dados mestre de fornecedores podem estar em falta, incorretos ou desatualizados.	1	• Verificar que todas as alterações (criação/alteração e eliminação) a dados mestre de fornecedores são devidamente solicitadas pelos terceiros, corretamente registadas e mantidas em arquivo.	●
		• Segregação de funções c/ perfis de acesso aos dados.	●
Avaliação inexistente ou deficiente das necessidades de aquisição/contratação.	2	• Formalizar no Manual de Procedimentos das UGI/Unidades de Apoio (UOL inclusivamente) o circuito de avaliação das necessidades, justificando se a aquisição/contratação é para substituição ou reforço dos recursos existentes ou se é para atender a uma nova exigência (incluindo estudos e pareceres técnicos, sempre que aplicável).	●
		• Existência de Planos de Atividade Anuais por Serviço.	●
As quantidades adquiridas/contratadas serem desadequadas ou desnecessárias.	3	• A proposta de aquisição/contratação deve sustentar o cálculo das quantidades adequadas à satisfação das necessidades (através de formulário criado para o efeito).	●
Indicação imediata (no pedido de aquisição/contratação) do fornecedor com quem se pretende contratar.	3	• Obrigação do Serviço requisitante solicitar ao SA auscultação de mercado.	●
Falta de identificação de todos os componentes necessários à funcionalidade do produto/serviço, o que faz baixar artificialmente o valor da proposta.	2	• Devem ser previstas exaustivamente todas as componentes de aquisição/contratação de modo a garantir comparabilidade entre propostas e evitar ajustes por negociação direta e sem qualquer concorrência (consulta ao mercado). No caso de equipamentos médicos esta tarefa será da responsabilidade do Serviço requisitante.	●
Cristalização no envio de convite (aos mesmos fornecedores)	3	• Utilização da plataforma eletrónica e da sua lista de fornecedores como referência.	●
		• Construção de base de dados interna de todas as apresentações espontâneas de fornecedores, que será gerida por um colaborador.	●
Aquisições/contratações cujo procedimento concursal não respeite o CCP.	2	• Formalizar o Manual de Procedimentos de Compras.	●
Recurso excessivo a ajuste direto.	2	• Tornar mais célere o circuito desde o pedido de abertura do procedimento até à sua adjudicação.	●
Repartição da contratação e do respetivo valor para evitar o concurso público, e deste modo, o ambiente concorrencial.	1	• Colocar em concurso o total da contratação (a divisão é propícia a práticas não concorrenciais e suscetíveis de maiores riscos de corrupção).	●
Cadernos de encargos pouco claros, incompletos ou discriminatórios.	1	• Validação pelo Júri do Concurso das cláusulas técnicas, caderno de encargos, bem como requisitos demasiado exigentes e/ou restritivos que ditem o afastamento de potenciais concorrentes.	●
Existência de trabalhos a mais no âmbito das empreitadas, bem como o risco de avançar com a execução dos trabalhos sem prévia autorização do órgão competente e realizar novo procedimento para efetuar o pagamento destes trabalhos.	2	• Confirmação do cumprimento da legislação lei da contratação pública.	●
		• Supervisão da execução do contrato de empreitadas.	●
Desempenho de fornecedores inadequado	2	• Avaliação periódica dos fornecedores em termos de qualidade, satisfação dos prazos de entrega e quantidades encomendadas.	●
Falta de acuidade na formalização e monitorização dos contratos com fornecedores	1	• Validação pelo Gabinete Jurídico se a minuta pré-definida é a adequada ao procedimento em questão.	●
		• Análise, por colaborador diferente do comprador, do cumprimento pelo fornecedor do clausulado.	●

De um total de 18 medidas preventivas, foram implementadas 9 medidas na sua totalidade (50%), 2 medidas foram parcialmente implementadas (11%) e 5 medidas preventivas não foram implementadas (28%). A implementação parcial e a não implementação das medidas, na sua maioria, foi justificada pelo deficit de recursos humanos. Não foi possível aferir o grau de implementação de 2 das medidas.

3.4 Gestão de Existências

Evento potencial de Risco	Grau Risco	Medida(s) Preventiva(s)	Grau de Implementação
Os dados mestre de existências podem estar em falta, incorretos ou desatualizados.	1	- Verificar que todas as alterações (criação/alteração/eliminação) a dados mestre de materiais/medicamentos são devidamente aprovadas e total e corretamente atualizadas no sistema. - Controlo periódico dos dados mestre de existências (atualizar sempre que aplicável).	
Receção não controlada física e qualitativamente.	1	- Receção realizada, por colaboradores com formação específica, com evidência através da aposição de data, assinatura e carimbo "Sujeito a Conferência", assinaladas as não conformidades detetadas no ato de receção. A mercadoria é posteriormente conferida antes da arrumação. - Rejeitados/Não conforme são colocados para devolução e é comunicado ao fornecedor. - Segregação de funções entre quem encomenda e quem receciona. - Auditar os diferentes processos: receção, picking e arrumação.	
Receção de materiais/medicamentos/serviços não registados.	1	- Comparar a receção com as Notas de Encomendas emitidas. - Analisar as Notas de Encomenda em atraso.	
Entrega de materiais/medicamentos não autorizada e/ou realizada em quantidades incorretas e/ou sem qualidade.	2	- Distribuir materiais/medicamentos apenas quando devidamente requisitados (nota de requisição autorizada). - Controlar física e qualitativamente os materiais/medicamentos à saída dos armazéns centrais e à entrada dos armazéns avançados. - Auditar os diferentes processos: receção, picking e arrumação.	
Movimentos de existências (registos de entradas e saídas de materiais/medicamentos) inadequado, não atualizado ou não suportado por documentos aprovados.	3	- Privilegiar o registo informático simultâneo com a movimentação física dos materiais/ medicamentos ou com o menos desfasamento temporal possível. - Sensibilizar os profissionais para o registo dos movimentos de existências correto e completo (armazém, código, quantidade, lote, prazo de validade). - Efetuar contagens periódicas e rotativas dos materiais (PNF), inventário semestral aos artigos de classe A e inventário anual de todos os armazéns no final do exercício. - Efetuar contagens periódicas dos materiais/medicamentos (PF) através de inventário anual de todos os armazéns no final do exercício. - Sensibilização dos profissionais para o registo dos consumos e das devoluções ao armazém. - Auditar os diferentes processos: receção, picking e arrumação.	
Existências excessivas de materiais/medicamentos (não controlados).	2	- Aferir sobre os níveis de segurança de stocks; contratação de entregas regulares e parcelares; controlo dos movimentos dos armazéns avançados. - Efetuar contagens periódicas e rotativas dos materiais/medicamentos.	

Evento potencial de Risco	Grau Risco	Medida(s) Preventiva(s)	Grau de Implementação
Existências obsoletas, sem ou com baixa rotação e fora de validade sem o tratamento adequado.	2	- Controlar e gerir estas existências através da sua identificação e arrumação física em áreas próprias nos armazéns - áreas de "Quarentena". - Dar o tratamento adequado a estas existências, considerando as várias hipóteses possíveis (abate, devolução ao fornecedor, etc.).	
Existências incorretamente valorizadas.	1	Analisar mensalmente os materiais/medicamentos com existência e consumos negativos.	
Ajustamentos realizados podem não cumprir os requisitos aplicáveis, nem se encontrarem devidamente autorizados e registados.	2	- Realizar ajustamentos de acordo com a delegação de competências instituída (1.000€/mês). Se existir necessidade de ajustamentos superiores submeter a aprovação superior. - Em caso de abate, preparar o auto e notificar o Ministério das Finanças.	
Acesso indevido às instalações.	1	- Restrição do acesso aos armazéns a pessoal autorizado. - Implementação de uma política de controlo geral de acessos.	
Armazéns desarrumados.	2	- Proceder à arrumação dos materiais de acordo com a planta do armazém previamente definida, de modo a otimizar a sua movimentação. A arrumação é feita de acordo com os prazos de validade ("FEFO"), sempre que aplicável. - Auditar os diferentes processos: receção, picking e arrumação.	
Desvio, deterioração e retenção indevida de existências.	2	- Efetuar contagens periódicas e rotativas dos materiais/medicamentos. - Conferência dos materiais/medicamentos fornecidos para cada serviço requisitante (suporte documental de envio comparado com a validação da receção, à exceção dos armazéns avançados). - Salvaguardar materiais/medicamentos em relação a condições de armazenamento (ex.: temperatura), restrição de acessos físicos, etc.	
Conluio entre fornecedores e colaboradores dos armazéns.	3	Inventário aos artigos de classe A e inventário anual de todos os armazéns no final do exercício.	
Procedimentos administrativos e de controlo interno inadequados e/ou insuficientes.	1	Atualizar o Manual de Procedimentos da Logística.	
Execução de contagens físicas inadequada ou por pessoas com funções incompatíveis.	2	- Sensibilizar os profissionais para o cumprimento do manual de procedimentos de inventário. - Acompanhamento e testes aos inventários pelo Serviço de Auditoria Interna.	
Informação de gestão insuficiente e/ou não oportuna.	2	Elaborar, analisar e enviar aos SFin, informação mensal relativa às existências.	
Falta de acompanhamento informático de todo o circuito desde a receção do medicamento até ao consumo do doente.	2	Informatização do circuito após investimento em tecnologia apropriada. Medida dependente da disponibilidade orçamental do CHVNG/E.	

Das 37 medidas preventivas previstas no PGRIC, 18 foram implementadas na sua totalidade (49%) e 17 estão em fase de implementação ou parcialmente implementadas (46%). De acordo com a informação obtida, a parcial ou a não implementação das medidas é na sua maioria justificada pelo deficit de recursos humanos.

3.5 Tesouraria, Contabilidade e Reporte

Evento potencial de Risco	Grau Risco	Medida(s) Preventiva(s)	Grau de Implementação
Alteração indevida de dados mestres de clientes e fornecedores.	1	- Segregação de funções com perfis de acesso aos dados. - Verificar que todas as alterações (criação/alteração e eliminação) a dados mestres de clientes e fornecedores são devidamente solicitadas pelos terceiros, corretamente registadas e mantidas em arquivo.	●
Atos clínicos não faturados, faturados incorretamente ou não faturados oportunamente.	2	- Verificar mensalmente que todos os atos clínicos "não SNS" registados no período foram faturados. - O Serviço de Tecnologias e Sistemas de Informação do CHVNG/E está a desenvolver um filtro para deteção de erros, com vista à sua análise e correção efetiva antes da faturação SNS.	●
Faturação de serviços não assistenciais (parques do CHVNG/E).	2	Instituir que seja o próprio utente a realizar a operação de pagamento na respetiva máquina.	●
Faturas por cobrar há muito tempo.	1	Entregar as faturas por cobrar ao contencioso de modo a atuar-se judicialmente antes da sua prescrição e provisionar valores incobráveis.	●
Pagamentos fora do prazo pelos clientes.	1	Produzir balancete de antiguidade de saldos de clientes e questionar os mesmos sobre as razões para o atraso no pagamento.	●
Cobranças não depositadas oportunas e integralmente.	1	Privilegiar o recebimento via Multibanco. Reduzir ao mínimo possível a utilização de cheques e dinheiro.	●
		Controlo diário do montante recebido por colaborador.	●
		Envio para a Direção Financeira da lista dos colaboradores dos postos de atendimento que não entregaram a cobrança oportunamente.	●
Cobranças não registadas e cobranças não contabilizadas corretamente.	1	Guias de Receita numeradas automática e sequencialmente pelo SICC (Sistema de Informação Centralizado de Contabilidade), permitindo o controlo oportuno dos movimentos.	●
		Circularização periódica e respetiva conciliação.	●
Pagamentos não registados e pagamentos não contabilizados corretamente.	1	Autorizações de Pagamento numeradas automática e sequencialmente pelo SICC (Sistema de Informação Centralizado de Contabilidade), permitindo o controlo oportuno dos movimentos.	●
		Circularização periódica, respetiva conciliação e pedidos de pagamento pelos fornecedores.	●
		Privilegiar o pagamento por transferência bancária. Reduzir ao mínimo possível a utilização de cheques e dinheiro.	●
Perda de qualidade na informação financeira prestada a entidades externas.	2	Definição de prazos de reporte interno a cumprir pelos serviços.	●
		Acompanhamento e supervisão da atividade pelo CA.	●
Disponibilidades incorretamente refletidas nas demonstrações financeiras.	1	Proceder à preparação de reconciliações bancárias mensais.	●
Desvio de fundos, apropriação de dinheiro ou movimentos indevidos de dinheiro.	1	Fundos de caixa/maneio fixos. Toda e qualquer saída de numerário devem estar suportadas em documento.	●
		Reconciliações bancárias mensais.	●
		Circularização periódica de saldos de fornecedores e clientes.	●
		Segregação de funções, entre quem processa, confere e autoriza.	●
		Contagens periódicas do caixa, com conferência pelo superior hierárquico.	●
		Controlo dos valores cobrados diariamente (através da listagem do SONHO) com a totalidade dos depósitos que deveriam ocorrer.	●
		Exigir regularização dos vales no timing definido no documento.	●
Pagamentos efetuados sem autos de medição ou a verificação do produto/serviço prestado, de acordo com as condições contratadas.	2	Todos os pagamentos devem ser efetuados mediante comprovativos das boas condições do produto e a apresentação dos autos de medição ou de execução, certificados e aprovados pelos órgãos competentes.	●

Evento potencial de Risco	Grau Risco	Medida(s) Preventiva(s)	Grau de Implementação
Concentração de funções: adquirente, recetor e conferente de faturas.	1	• Segregação de funções.	●
		• Anexação à fatura do comprovativo da receção em armazém (CPC).	●
		• Intervenção do Diretor Financeiro na resolução/contabilização de faturas "antigas" reclamadas pelos fornecedores.	●
Falta de acuidade na conferência de faturas	2	• Segregação de funções.	●
		• Partilha de ficheiro relativo às notas de crédito em falta entre o SA e o serviço que confere (SF).	●
		• Os SF integram os ficheiros de stocks e consumos provenientes do SL.	●
		• As faturas referentes a artigos de armazém, só são contabilizadas após validação (conferência com NE e entrada em armazém). As faturas de Serviços e Imobilizado, são contabilizadas antes da respetiva conferência, ficando todavia em conta de receção e conferência. Esta conta inviabiliza (bloqueia) o pagamento.	●

De um total de 33 medidas preventivas, 26 foram implementadas na sua totalidade (79%) e 5 medidas estão em fase de implementação ou parcialmente implementadas (15%).

3.6 Sistemas e Tecnologias de Informação

Evento potencial de Risco	Grau Risco	Medida(s) Preventiva(s)	Grau de Implementação
Execução ineficiente ou pouco eficiente do plano estratégico de TI's.	3	• Identificação dos objetivos chave do CHVNG/E ao nível do CA.	●
		• Maior envolvimento das áreas utilizadoras na construção do plano.	●
		• Planeamento do SSTI tendo em conta os objetivos anteriores e o desenvolvimento das suas arquiteturas e processos internos.	●
		• Monitorização do grau de cumprimento dos planos estabelecidos.	●
Inexistência ou existência deficiente do desenvolvimento da arquitetura de informação.	3	• Conhecimento quer do modelo de aplicações quer da infraestrutura tecnológica do CHVNG/E.	●
		• Desenvolvimento de ambas as arquiteturas de acordo com as necessidades dos processos do CHVNG/E.	●
Inadequação do ambiente de controlo interno relativo à informação.	3	• Revisão e comunicação dos regulamentos aplicáveis às TI's, designadamente no que respeita às boas práticas sugeridas pelo <i>framework</i> do ITIL v3.	●
		• A implementação destas boas práticas deve obedecer a um programa gradual de formalização dos processos apoiada por instrumentos aplicativos.	●
Práticas ineficientes ou desadequadas de aquisição e licenciamento de software, bem como de aquisição, desenvolvimento e manutenção de infraestruturas tecnológicas.	3	• Processos documentados de aquisição e manutenção, aplicados a toda a organização.	●
		• Envolvimento do SSTI, e eventualmente do SEE, na definição da componente técnica dos cadernos de encargos inerentes ao processo de aquisição.	●
		• Estabelecer prazos para os processos de aquisição, de modo a tornar os mesmos mais céleres.	●

Evento potencial de Risco	Grau Risco	Medida(s) Preventiva(s)	Grau de Implementação
Inadequada contratualização e/ou prestação de níveis de serviço em áreas tecnológicas dependentes de infraestruturas externas.	3	- Definição e revisão de forma continuada de níveis de serviços com entidades/fornecedores externos. - Monitorização e comunicação das vulnerabilidades encontradas no cumprimento dos níveis de serviço acordados. - Avaliação do desempenho do fabricante e/ou fornecedor do serviço.	
Perda/falta de controlo interno sobre os recursos disponibilizados pelas TI's.	3	- Definição de processos e utilização de ferramentas para medir a utilização e o desempenho dos sistemas e comunicações. - Análise e revisão periódica da infraestrutura tecnológica. - Planeamento atempado da aquisição e alocação dos recursos necessários (gestão de capacidades).	
Eventual interrupção de serviço contínuo com consequente perda de informação.	3	- Identificação, classificação e monitorização dos componentes mais críticos da infraestrutura tecnológica. - Estabelecimento de redundância. - Procedimentos de salvaguarda (backup) e recuperação/reconstrução (restore) de informação. - Desenvolver sistemas de contingência aos centros de dados do CHVNG/E.	
Perda, modificação, manipulação, adulteração ou destruição de informação/dados por intrusão.	3	- Elaboração de normas no sentido de uniformizar e regular o uso dos sistemas de informação através de políticas de segurança, utilização e privacidade. - Responsabilização dos titulares das senhas de identificação pela sua utilização. - Procedimentos de controlo de acessos, autorização e autenticação dos recursos e serviços de tecnologias de informação disponibilizados. - Assegurar a autorização, autenticidade e não repudição de transações eletrónicas com terceiros. - Aplicação de medidas de segurança aos pontos de controlo da rede e regulação do tráfego de dados. - Avaliação dos níveis de segurança e controlo dos acessos (permissões) à informação. - Data Center com sistema de monitorização, controlo e acesso restrito a profissionais autorizados. - Reforço das políticas de segurança e realização de testes de intrusão.	
Aceder a informação indevida.	3	- Criação de perfis de acesso, partindo sempre do princípio de acesso mínimo para o exercício das funções. - Alteração periódica das senhas de acesso à rede interna do CHVNG/E.	
Falhas na inativação de permissões de acesso já caducadas.	1	Monitorização das regras de comunicação já implementadas ao SSTI do CHVNG/E da saída ou mudança de local dos trabalhadores.	
Perda do controlo do meio físico e ambiental que rodeia e protege os recursos tecnológicos de acidentes.	3	- Controlo, monitorização e correção do meio físico e ambiental para o Data Center, de acordo com as normas internacionais. - Acesso físico ao Data Center controlado e restringido. - Inspeções físicas regulares aos sistemas de deteção de incidentes e de controlo do meio ambiente. - A ligação ao Chiller do CHVNG/E está identificada como necessária mas não foi ainda realizada.	
Interrupção de serviços fornecidos pelos sistemas de informação.	3	Desenvolver, nas unidades utilizadoras, os procedimentos de atuação previstos em caso de falha dos sistemas de informação.	
Partilha de senhas entre os utilizadores.	2	Responsabilização dos titulares das senhas de identificação pela sua utilização, conforme previsto no procedimento interno.	
Sessões de trabalho abertas sem a presença do respetivo utilizador.	2	- Responsabilização dos titulares das senhas de identificação pela sua utilização. - Automatismos para quebra de sessão sem atividade.	
Fornecer informações não autorizadas a terceiros.	2	- Sensibilização dos profissionais para o cumprimento do normativo de segurança informática em vigor e do Código de Ética que estabelecem as práticas proibidas nesta matéria. - Gerir eventuais denúncias nesta área como incidentes de segurança.	

Evento potencial de Risco	Grau Risco	Medida(s) Preventiva(s)	Grau de Implementação
Ligação entre as aplicações deficiente.	3	• Análise da informação de erro gerada pelas aplicações aquando da integração.	
		• Desenvolver scripts de validação da integração com o SONHO.	
		• Pressionar os fabricantes e/ou fornecedores a garantir a integração dos dados de identificação dos utentes.	
Inexistência de atualização automática dos dados dos utentes na integração entre aplicações.	2	• Pressionar os fabricantes e/ou fornecedores a garantir a integração dos dados de identificação dos utentes.	
		• Desenvolver scripts de validação da integração com o SONHO.	

De um total de 47 medidas preventivas, foram implementadas na sua totalidade 26 medidas (55%) e 14 estão em fase de implementação (30%).

3.7 Comunicação e Imagem

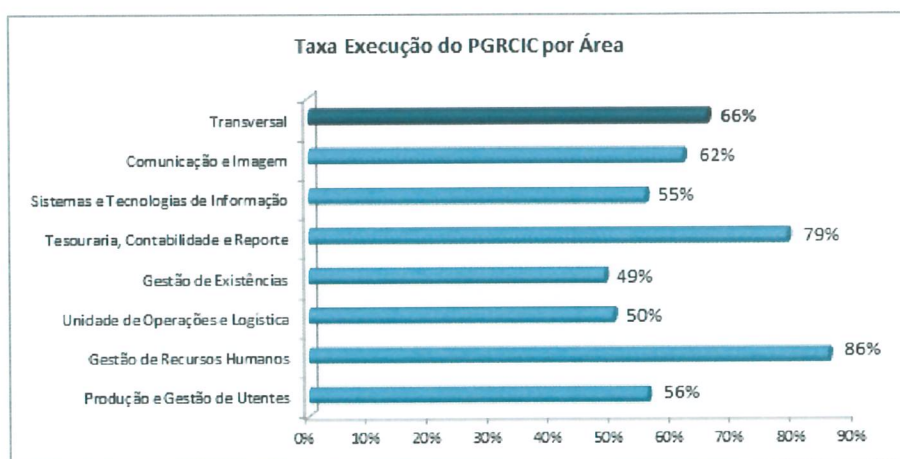
Evento potencial de Risco	Grau Risco	Medida(s) Preventiva(s)	Grau de Implementação
Comunicação na organização inadequada (falha de articulação entre os diversos serviços).	2	• Criação de Regulamento Interno do GCI, que prevê um procedimento e circuito de informação.	
		• Implementação de procedimentos de articulação interdepartamental.	
Risco de incorreção e desatualização dos conteúdos da Internet. Risco de erros e falhas nas publicações.	1	• Acompanhamento sistemático dos conteúdos da Internet.	
		• Revisão das publicações por elementos externos aos trabalhos.	
Risco de promoção inadequada da imagem da Instituição.	3	• Acompanhamento e supervisão de todos os materiais/suportes/conteúdos.	
		• Preparação atempada e exaustiva das diversas matérias a abordar, nomeadamente prestação de esclarecimentos aos Media.	
Utilização do nome do CHVNG/E indevidamente em ações externas (ex.: angariação de fundos, campanhas de solidariedade).	2	• Divulgação na Internet (site, facebook e portal interno) destas incorreções, fazendo menção às parcerias/donativos recebidos ou em vigor.	
		• Preparação e envio de press-release/comunicado institucional de forma a esclarecer qualquer mal-entendido.	
Divulgação e utilização indevida do nome da instituição em redes sociais, por terceiros.	3	• Monitorização e acompanhamento constante das redes sociais.	
		• Antecipação de possíveis reações em situações mais críticas (ex: esclarecimentos, filtragem de comentários, etc).	
Utilização inadequada da imagem corporativa da instituição (logótipo, fotografias, powerpoint, documentos disponibilizados ao exterior, cartazes, flyers, etc)	2	• Disponibilização de manuais de utilização e dos próprios materiais no portal interno da instituição.	
		• Criação de procedimento interno que implica a autorização superior para a utilização da imagem (a constar no Regulamento interno).	
		• Criação de press-kit de forma a disponibilizar a solicitações externas devidamente autorizadas.	

De um total de 13 medidas preventivas, 8 foram implementadas (62%) e 3 estão em fase de implementação (23%). Relativamente às duas medidas que não foram implementadas, um prende-se com a insuficiência de recursos humanos e a outra está diretamente relacionada com o facto de não existirem elementos externos para revisão das publicações.

4 Conclusões e Recomendações

O presente relatório tem como objetivo aferir a avaliação e os resultados obtidos das medidas identificadas no PGRIC durante o ano de 2016. Esta avaliação pretende refletir acerca da eficácia e adequação do Plano na Instituição.

Conforme se apresenta no quadro seguinte a taxa de execução do PGRIC no CHVNG/E situa-se nos 66%, apresentando variações significativas por áreas.



Importa realçar que este documento é um instrumento fulcral para a gestão de risco, sendo um utensílio de qualidade e integridade do sistema de controlo interno no CHVNG/E. Como tal deve ser entendido como um instrumento de gestão dinâmico que permanentemente é sujeito a um aperfeiçoamento contínuo.

Assim considera-se fundamental para 2017 continuar apostar no envolvimento dos diversos responsáveis pelas áreas identificadas com vista a que os respetivos responsáveis reconheçam o plano como um elemento importante para identificarem e mitigarem riscos inerentes às suas atividades.

O SAI recomenda que o Conselho de Administração, enquanto responsável máximo pela execução e acompanhamento do PGRIC, no decorrer de 2017 realize iniciativas de promoção e divulgação do PGRIC, bem como proceda ao acompanhamento das medidas ainda não implementadas junto dos respetivos responsáveis da área de risco, com vista ao preenchimento formal e substancial das medidas de prevenção previstas no Plano, nomeadamente com a calendarização de reuniões com os diversos responsáveis com vista ao acompanhamento da execução das medidas preventivas.