



C E N T R O  
H O S P I T A L A R  
L E I R I A

**Serviço de Auditoria**

**Refº nº 5/2021**

# Relatório de Controlo Interno

## Centro Hospital de Leiria, E.P.E.

### 2020

Março de 2021

## Conteúdo

Conteúdo.....	2
A. Sumário Executivo.....	3
A.1. Introdução.....	3
A.2. Conceito de controlo interno.....	3
B. Descrição do trabalho efetuado.....	4
C. Pontos de controlo interno, implicações e recomendações.....	4
<i>C.1. Pontos identificados relativos ao ano de 2020</i> .....	5
<i>C.2. Pontos identificados relativos ao ano de 2019</i> .....	10
<i>C.3. Pontos identificados relativos ao ano de 2018</i> .....	16
<i>C.4. Pontos identificados relativos ao ano de 2017</i> .....	27
D. Conclusão.....	33
E. Definição das categorias e graus de risco.....	34

## **A. Sumário Executivo**

### **A.1. Introdução**

Segundo o disposto no n.º 1 do art.º 20.º do Anexo II do Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro, diploma que aprova os estatutos dos Hospitais, Centros Hospitalares e Institutos Portugueses de Oncologia, E. P. E., é da responsabilidade do Auditor Interno a avaliação do Sistema de Controlo Interno (SCI), e competência do Conselho de Administração (CA) assegurar a sua implementação e manutenção.

A existência de um Serviço de Auditoria Interna (SAI) e consequentemente um SCI eficaz, é um princípio básico para um modelo de governação forte, e a sua ausência aumenta o risco de a Instituição prestar serviços de baixa qualidade. Em última instância, quando os recursos públicos não são usados de forma eficaz, eficiente, e para o propósito para que foram criados, a reputação da organização perante a população está em risco.

O presente relatório pretende reportar ao CA os pontos identificados no decurso do trabalho do SAI com referência ao ano de 2020, com impacto direto no SCI e, realizar balanço dos pontos identificados relativos a anos anteriores, pendentes de implementação.

Cada ponto identificado é composto pela seguinte estrutura:

- Descrição da limitação identificada;
- Implicações dessa limitação;
- Recomendações para medidas corretivas;
- Categoria e grau do risco;
- Órgão responsável pela implementação da medida corretiva.

### **A.2. Conceito de controlo interno**

*A Internacional Standards on Auditing (ISA) 315 refere: “O controlo interno é o processo concebido, implementado e mantido pelos encarregados da governação, pela gerência e por outro pessoal para proporcionar segurança razoável acerca da consecução dos objetivos de uma entidade com respeito à fiabilidade do relato financeiro, eficácia e eficiência das operações, e cumprimento das leis e regulamentos aplicáveis. O termo “controles” refere-se a quaisquer aspetos de um ou mais dos componentes do controlo interno.”*

## **B. Descrição do trabalho efetuado**

A avaliação do SCI teve em conta: i) a avaliação dos riscos inerentes e, ii) o nível de formalização e julgamento existente em cada controlo chave. Nestas circunstâncias, o trabalho desenvolvido para a avaliação do SCI seguiu, com as adaptações consideradas adequadas, as normas previstas no manual de Auditoria Interna - Hospitais, disponibilizado pela Administração Central do Sistema de Saúde, I.P (ACSS).

## **C. Pontos de controlo interno, implicações e recomendações**

No presente documento foram adicionados cinco novos pontos de controlo interno associados a auditorias desenvolvidas no ano de 2020: *“Ausência de médico radiologista ou neurorradiologista (Diaton - RM)”*, *“Aplicação de contraste sem a presença de médico radiologista ou neurorradiologista (Diaton - RM)”*, *“Tempo de realização dos exames (Diaton - RM)”*, *“Faturação e conferência de faturas (Diaton - RM)”*, *“Ausência de observação médica por um período superior a 8 horas no Serviço de Urgência Geral (SUG)”*.

No que respeita aos pontos de controlo interno do ano de 2019, encontram-se pendentes de resolução cinco: *“Implementação da rubrica de faturas em receção e conferência”*, *“Cumprimento da lei dos compromissos e pagamentos em atraso”*, *“Análise ao inventário do Serviço Patologia Clínica”*, *“Regulamento interno de utilização de viaturas do CHL”* e *“Consumo de combustível pelas viaturas do CHL”*.

No que respeita ao ano de 2018, não foram alvo de implementação das recomendações propostas ou de outras medidas, cinco pontos: *“Avaliação da prestação de serviços médicos (Diaton)”*, *“Acumulação de atividades públicas e/ou privadas (Diaton)”*, *“Centralização dos procedimentos de compra (ajuste direto)”*, *“Peças contratuais dos procedimentos de compra (ajuste direto)”*, *“Fundamentação da natureza excecional do procedimento”*. Verificou-se a resolução das situações identificadas em dois pontos: *“Acesso ao relatório clínico nos prazos definidos (Diaton)”* e *“Processo de faturação (doença de Crohn)”*.

No que respeita aos pontos de controlo interno relativos ao ano de 2017, permaneciam por resolução quatro, em que dois foram colmatados: *“Processo de inventário do imobilizado (equipamento informático)”* e *“Análise ao inventário do Serviço Farmacêutico (SF)”*. Estão pendentes de resolução dois: *“Registo do trabalho extraordinário (motoristas)”*; *“Função de coordenação dos transportes do CHL”*.

## C.1. Pontos identificados relativos ao ano de 2020

Ponto Identificado: 1.1 - Ausência de médico radiologista ou neurorradiologista (Diaton - RM)

---

Órgão responsável pela deteção: AI

Grau de risco: Elevado

---

Categoria do Risco: RC / RP

Data da recomendação: Agosto de 2020

---

**Descrição:** Relatório de auditoria n.º 3/2020. Realizou-se um total de 6 visitas (12 períodos - manhã e tarde) à unidade de radiologia (RM) da Diaton. Foi identificado um total de 3 dias completos sem a presença de médico radiologista ou neurorradiologista, 2 dias sem médico radiologista ou neurorradiologista no período da manhã e presente no período da tarde, e 1 dia sem a realização de exames devido à manutenção do equipamento.

---

**Implicações:** Incumprimento do disposto na alínea b), do ponto nº 1, da cláusula 14.ª, nível de serviço, do contrato celebrado entre as partes, CP n.º 0001A18, *“Assegurar que um médico, em presença física, acompanha os estudos RMN, como recomendado pelo Colégio da Especialidade.”*

---

**Medida Corretiva:** Que se proceda ao estrito cumprimento do disposto na cláusula 14.ª, nível de serviço, do contrato celebrado entre as partes, CP n.º 0001A18, em concreto, *“Assegurar que um médico, em presença física, acompanha os estudos RMN, como recomendado pelo Colégio da Especialidade.”*

---

**Ponto de Situação:** O relatório de auditoria ao contrato de prestação de serviço celebrado com a Diaton – Centro de Tomografia Computorizada, SA, foi submetido pelo SAI ao Presidente do CA do CHL no dia 2020.09.23, tendo sido alvo do seguinte despacho: *“À Vogal Executiva, Engenheira Alexandra Borges para avaliação e proposta de deliberação.”*

O SAI aguarda a proposta de deliberação para tomada de decisão.

---

Responsável pela implementação: SGD

Prazo de Implementação: 2021

Ponto Identificado: 1.2- Aplicação de contraste sem a presença de médico radiologista ou neurorradiologista (Diaton - RM)

---

Órgão responsável pela deteção: AI

Grau de risco: Elevado

---

Categoria do Risco: RO / RC / RP

Data da recomendação: Agosto de 2020

---

**Descrição:** Relatório de auditoria n.º 3/2020. Das 6 visitas (12 períodos - manhã e tarde) à unidade de radiologia (RM) da Diaton, foi identificado um total de 2 dias completos com injeção de contraste sem a presença de médico radiologista ou neurorradiologista, 2 dias com administração de contraste no período da manhã sem a presença física de médico radiologista ou neurorradiologista, e com presença física de médico no período da tarde, 1 dia no período da manhã sem injeção de contraste, e no período da tarde com injeção de contraste na presença de médico não especialista; por último, 1 dia de observação não aplicável, uma vez que a unidade se encontrava encerrada para manutenção.

---

**Implicações:** Incumprimento do disposto no n.º 2, do artigo 15.º, da Portaria n.º 35/2014, de 12 de fevereiro do SES, *"2-É obrigatória a presença do médico radiologista na realização dos exames e tratamentos de ecografia, mamografia, tomografia computadorizada, ressonância magnética e em todos os exames de radiologia que exijam administração de contraste."*

---

**Medida Corretiva:** Que se proceda ao cumprimento do disposto no n.º 2, do artigo 15.º, da Portaria n.º 35/2014, de 12 de fevereiro do SES.

---

**Ponto de Situação:** O relatório de auditoria ao contrato de prestação de serviço celebrado com a Diaton – Centro de Tomografia Computorizada, SA, foi submetido pelo SAI ao Presidente do CA do CHL no dia 2020.09.23, tendo sido alvo do seguinte despacho: *"À Vogal Executiva, Engenheira Alexandra Borges para avaliação e proposta de deliberação."*

O SAI aguarda a proposta de deliberação para tomada de decisão.

---

Responsável pela implementação: SGD

Prazo de Implementação: 2021

Ponto Identificado: 1.3 - Tempo de realização dos exames (Diaton - RM)

---

Órgão responsável pela deteção: AI

Grau de risco: Moderado

---

Categoria do Risco: RC / RO

Data da recomendação: Agosto de 2020

---

**Descrição:** Relatório de auditoria n.º 3/2020. Avaliação da adequada resposta às prescrições de RM pelo CHL. Foi analisado um total de 106 requisições, (76 internamentos e 30 ambulatório), e apurado um total de 34 infrações, ou seja, o nível de incumprimento dos prazos de realização de exame fixou-se nos 32%.

---

**Implicações:** Incumprimento do disposto no n.º 2, da cláusula 15.ª, tempos de realização dos exames, do contrato celebrado entre as partes, CP n.º 0001A15, *“O não cumprimento dos tempos de realização dos exames, conforme determinado no ponto anterior, por causa imputável unicamente ao Segundo Outorgante, implicará a aplicação de penalizações, nos termos do disposto na cláusula 20.ª do presente contrato.”*.

---

**Medida Corretiva:** Que se proceda em conformidade com o contrato celebrado entre as partes, em particular o disposto no n.º 2, da cláusula 15.ª do CP n.º 0001A15.

---

**Ponto de Situação:** O relatório de auditoria ao contrato de prestação de serviço celebrado com a Diaton – Centro de Tomografia Computorizada, SA, foi submetido pelo SAI ao Presidente do CA do CHL no dia 2020.09.23, tendo sido alvo do seguinte despacho: *“À Vogal Executiva, Engenheira Alexandra Borges para avaliação e proposta de deliberação.”*.

O SAI aguarda a proposta de deliberação para tomada de decisão.

---

Responsável pela implementação: SGD

Prazo de Implementação: 2021

Ponto Identificado: 1.4 - Faturação e conferência de faturas (Diaton - RM)

---

Órgão responsável pela deteção: AI

Grau de risco: Moderado

---

Categoria do Risco: RC

Data da recomendação: Agosto de 2020

---

**Descrição:** Relatório de auditoria n.º 3/2020. Verificou-se a faturação em duplicado pela Diaton ao CHL decorrente da divisão do exame “*Ressonância magnética da coluna lombar e sagrada*”, código 18043, segundo anexo I, da Portaria n.º 254/2018, de 7 de setembro do SES, em RM da coluna lombar e, RM da coluna sagrada.

---

**Implicações:** Desrespeito pelo disposto no anexo I, da Portaria n.º 254/2018, de 7 de setembro do SES, ao nível dos códigos de faturação.

---

**Medida Corretiva:** Que se proceda à regularização dos valores faturados indevidamente ao CHL, em estrito cumprimento com o disposto no anexo I, da Portaria n.º 254/2018, de 7 de setembro do SES.

---

**Ponto de Situação:** O relatório de auditoria ao contrato de prestação de serviço celebrado com a Diaton – Centro de Tomografia Computorizada, SA, foi submetido pelo SAI ao Presidente do CA do CHL no dia 2020.09.23, tendo sido alvo do seguinte despacho: “*À Vogal Executiva, Engenheira Alexandra Borges para avaliação e proposta de deliberação.*”.

O SAI aguarda a proposta de deliberação para tomada de decisão.

---

Responsável pela implementação: SGD

Prazo de Implementação: 2021

Ponto Identificado: 2.1 - Ausência de observação médica por um período superior a 8 horas no Serviço de Urgência Geral (SUG)

---

Órgão responsável pela deteção: AI

Grau de risco: Moderado

---

Categoria do Risco: RO / RP

Data da recomendação: Agosto de 2020

---

**Descrição:** Relatório de auditoria n.º 4/2020. Com referência ao mês de julho de 2020, a totalidade dos utentes em amostra (25 utentes) permaneceu um período superior a 8 horas sem qualquer observação médica. O utente com o maior número de períodos superiores a 8 horas sem nenhuma observação foi de 5, e o de menor foi 1. O número médio de utente sem observações superiores a 8 horas é de 2.

---

**Implicações:** A ausência de registos de observação médica por um período superior a 8 horas ocorre, na sua maioria, entre a passagem de turno no período da manhã, em que o médico que assume o doente demora a realizar a primeira observação médica e, o último registo médico do turno anterior que ocorre em média até às 23H. O ato médico deve estar livre de qualquer tipo de omissão que possa ser caracterizado por inércia ou passividade, em particular na orientação do doente em tempo oportuno.

---

**Medida Corretiva:** Que se proceda à realização de rotinas diárias de observação médica, no sentido de garantir que a totalidade dos utentes que se encontram no SUG são alvo de pelo menos duas observações médicos, no início e final do turno.

---

**Ponto de Situação:** No ponto 3 da ordem de trabalhos do CA de 2021.02.10 decidiu-se: *“Tomada de conhecimento do relatório elaborado pelo Serviço de Auditoria Interna que incidiu sobre o atendimento dos doentes no SUG entre 2020.05.01 e 2020.07.31, e decidido o seu envio à diretora do SUG, Dra. Luisa Pinto, para análise e avaliação do apurado tendo em vista a melhoria da prestação dos cuidados.”*. O SAI aguarda análise e avaliação da diretora do SUG para tomada de decisão.

---

Responsável pela implementação: SUG

Prazo de Implementação: 2021

---

## **C.2. Pontos identificados relativos ao ano de 2019**

Ponto Identificado: 3.1- Implementação da rubrica de faturas em receção e conferência

---

Órgão responsável pela deteção: AI

Grau de risco: Moderado

---

Categoria do Risco: RO / RCO

Data da recomendação: Outubro de 2019

---

**Descrição:** A periodicidade da especialização deve ser mensal, para que a prestação de contas dos diferentes meses do ano, reflitam adequadamente as operações, em conformidade com a Circular Normativa n.º 01/2011/UOGF de 5 de janeiro da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS).

---

**Implicações:** A informação financeira mensal produzida não se encontra completa e verdadeira, ano de 2018, resultado da ausência do registo de documentação para além da fatura, pela não utilização da rubrica de faturas em receção e conferência.

---

**Medida Corretiva:** Que se proceda à implementação da rubrica de faturas em receção e conferência, para cumprimento do disposto na Circular Normativa n.º 01/2011/UOGF de 5 de janeiro da ACSS, assim como para produção de informação financeira completa e verdadeira.

---

**Ponto de Situação:** O relatório de auditoria aos tempos de faturação foi alvo de deliberação pelo CA, na sua reunião de 2020.02.05, “Concorda-se com a proposta. Envie-se, superiormente, como indicado. Ao Serviço de Aprovisionamento e Serviço de Gestão Financeira, em particular para promoção e intensificação dos mecanismos de correção propostos e devidos.”.

O SGF em conjunto com o SAI, no ano de 2020, realizaram testes e simulações à implementação da rubrica de faturas em receção e conferência com a empresa ST+I. Devido ao período de encerramento de contas, com referência ao ano de 2020, a implementação da rubrica foi adiada para o segundo trimestre do ano de 2021.

---

Responsável pela implementação: SGF /SA/SAI Prazo de Implementação: 2021

Ponto Identificado: 3.2-Cumprimento da lei dos compromissos e pagamentos em atraso (LCPA)

---

Órgão responsável pela deteção: AI

Grau de risco: Elevado

---

Categoria do Risco: RCO

Data da recomendação: Outubro de 2019

---

**Descrição:** O n.º 1 do art. 45.º da Lei de Enquadramento Orçamental (Lei n.º91/2001, de 20 de agosto com as alterações da Lei n.º 41/2014, de 10 de julho) refere: “ (...) *Apenas podem ser assumidos compromissos de despesa após os competentes serviços de contabilidade exararem informação prévia de cabimento no documento de autorização da despesa ...*”.

Após o cabimento prévio, haverá lugar à autorização da despesa que está sujeita à verificação da conformidade legal e da regularidade financeira e económica, como determina o artigo 22.º do Decreto-Lei n.º 155/92, de 28 de julho.

---

**Implicações:** LCPA não se encontra em conformidade com os normativos aplicáveis, resultado da ausência de inscrição do cabimento prévio, e consequente verificação da legalidade da despesa e regularidade financeira da mesma.

---

**Medida Corretiva:** Que se proceda ao cumprimento integral da LCPA, em particular, no que respeita à verificação da legalidade da despesa e da regularidade financeira da mesma, pela inscrição do cabimento prévio no momento de autorização superior da despesa.

---

**Ponto de Situação:** O relatório de auditoria aos tempos de faturação foi alvo de deliberação pelo CA, na sua reunião de 2020.02.05, “*Concorda-se com a proposta. Envie-se, superiormente, como indicado. Ao Serviço de Aprovisionamento e Serviço de Gestão Financeira, em particular para promoção e intensificação dos mecanismos de correção propostos e devidos.*”.

Foi realizada ação pelo SAI com referência ao ano de 2020, verificou-se que três dos cinco contratos em estudo não respeitaram as fases da despesa, em particular no que respeita ao registo de cabimento prévio. No ano de 2021 o SAI vai realizar nova avaliação do ponto identificado.

---

Responsável pela implementação: SGF / SA

Prazo de Implementação: 2021

---

Ponto Identificado: 4.1 - Análise ao inventário do Serviço Patologia Clínica

---

Órgão responsável pela deteção: AI

Grau de risco: Moderado

---

Categoria do Risco: RO

Data da recomendação: Outubro de 2019

---

**Descrição:** Realizou-se análise dos movimentos dos consumos registados pelo SPC nos dias 5 e 6 de dezembro, dias de registo das correções das existências de final de ano, e observou-se um total de €513.763,86 de consumos registados neste período. O montante registado contabilisticamente em existências do SPC, a novembro de 2019, era de €719.203,90. A dezembro de 2019 o valor de existências comunicado à Autoridade Tributária foi de €374.571.

---

**Implicações:** A informação mensalmente produzida pelo SPC e espelhada nas demonstrações financeira do CHL não é real, fiável e comparável, comprometendo qualquer análise de evolução de *stocks*/ consumos, assim como a qualidade da informação financeira produzida.

---

**Medida Corretiva:** Que se proceda ao registo atempado e efetivo de toda a informação associada à entrada e consumo dos artigos pelo SPC, para comunicação de valores ao SGF reais, fiáveis e comparáveis.

Que se proceda à realização de inventário físico semestralmente, para identificação de erros ao longo do ano e redução dos ajustamentos a realizar no final do ano.

---

**Ponto de Situação:**

Ponto n.º 4 da deliberação do CA de 2020.03.11 *“Relativamente ao Serviço de Patologia Clínica, a situação é preocupante e deve ser corrigida no imediato. Solicita-se ao Serviço de Patologia Clínica e ao Serviço de Aprovisionamento que promovam uma avaliação e proposta de decisão para corresponder às dificuldades e às recomendações referidas. Mais se decide ao SAI uma nova ação de auditoria no final do 1.º semestre nos mesmos termos do Serviço Farmacêutico.”*

No ano de 2020 verificou-se que os procedimentos de inventário de final de ano do SPC, em particular o reconhecimento de mais e menos valias de inventário, não espelham nas demonstrações financeiras do CHL o seu real impacto, comprometendo a qualidade da informação financeira produzida.

Pelo exposto, no ano de 2021, o SAI vai realizar ação de controlo de inventário no sentido de validar a implementação das recomendações.

---

Responsável pela implementação: SPC

Prazo de Implementação: 2021

Ponto Identificado: 5.1 – Regulamento interno de utilização de viaturas do CHL

---

Órgão responsável pela deteção: AI

Grau de risco: Moderado

---

Categoria do Risco: RO /RCO

Data da recomendação: Dezembro de 2019

---

**Descrição:** O CHL dispõe de regulamento de utilização de viaturas aprovado por deliberação do CA de 2013.02.14, com efeito desde 1 de março de 2013, não tendo este sofrido atualização até à presente data.

Verificou-se que o regulamento não contempla procedimentos de controlo sobre o consumo de combustíveis das viaturas, assim como de utilização das mesmas com vista a ganhos de eficiência.

---

**Implicações:** A ausência de normativo atualizado compromete a atuação eficaz por parte dos serviços com competência de fiscalização.

---

**Medida Corretiva:** Que se proceda à revisão do regulamento de utilização de viaturas pelo Gabinete Jurídico, com a colaboração do SIE, e revisão do SAI, no sentido de criar um documento que identifique as normas relativas à atribuição dos veículos e o seu controlo, da sua manutenção, do controlo de custos, garantindo uma utilização prudente, criteriosa, transparente, eficiente e económica, prevenindo e evitando os desperdícios e desvios injustificados.

Que o SIE nos mapas de controlo das viaturas inclua a totalidade dos veículos, para o SAI validar a correta utilização das mesmas.

---

**Ponto de Situação:** Segundo o ponto número cinco da ordem de trabalhos do CA de 2020.05.13, foi decidido: *“Tomada de conhecimento e decidido concordar com as medidas propostas, pelo auditor interno.”*.

Na comunicação do SIE de 2021.03.16, *“Relativamente ao “Regulamento interno de utilização de viaturas do CHL”, elaborado e a rever pelo Gabinete Jurídico, sou a propor que este assunto tenha desenvolvimentos com a maior brevidade. O SIE colaborará no que se afigurar necessário. Propõe-se que a curto prazo seja agendada reunião para o efeito.”*.

---

Responsável pela implementação: SIE/ GJ

Prazo de Implementação: 2021

Ponto Identificado: 5.2 – Consumo de combustível pelas viaturas do CHL

---

Órgão responsável pela deteção: AI

Grau de risco: Elevado

---

Categoria do Risco: RO

Data da recomendação: Dezembro de 2019

---

**Descrição:** Verificou-se após cálculo da estimativa de consumo de combustível entre abastecimentos para viatura do CHL, médias de consumo desajustadas para os quilómetros realizados, assim como, abastecimentos em dias consecutivos sem a realização de quilómetros que o justifiquem.

---

**Implicações:** Risco de utilização dos recursos públicos sob gestão do CHL de forma indevida.

---

**Medida Corretiva:** Que se proceda à implementação de novos controlos pelo SIE, preferencialmente automáticos. É recomendação do SAI a instalação de GPS nas viaturas do CHL, no sentido de possibilitar a identificação real e inequívoca das causas dos consumos desajustados e elevado número de abastecimentos consecutivos

---

**Ponto de Situação:**

Segundo o ponto número cinco da ordem de trabalhos do CA de 2020.05.13, foi decidido: *“Tomada de conhecimento e decidido concordar com as medidas propostas, pelo auditor interno.”*.

Na comunicação do SIE de 2021.03.16, fomos informados que *“Sobre as medidas propostas pelo SAI no capítulo 3.2, a 2020.06.08, o SIE elaborou as especificações técnicas e remeteu as peças necessárias para validação pelo SAI e desenvolvimento do processo pelo SA. Até à data, desconhecem-se desenvolvimentos.”*.

No ano de 2021 o SAI vai realizar ação de verificação de desenvolvimento de procedimento pelo SA, no sentido de colmatar o ponto identificado.

---

Responsável pela implementação: SIE /SA

Prazo de Implementação: 2021

---

### **C.3. Pontos identificados relativos ao ano de 2018**

Ponto Identificado: 6.1 - Avaliação da prestação de serviços médicos (Diaton) (Gab. Qualidade)

---

Órgão responsável pela deteção: AI

Grau de risco: Moderado

---

Categoria do Risco: RCO

Data da recomendação: Maio 2018

---

**Descrição:** A ação de auditoria desenvolvida pelo SAI ao prestador de serviço Diaton, referência n.º 1/2018, verificou que não foram realizadas, nem se encontravam previstas, ações de auditoria internas ou externas de avaliação da qualidade e de confirmação da realização de boas práticas clínicas, conforme previsto no contrato celebrado entre o prestador e o CHL.

---

**Implicações:** Incumprimento do disposto no contrato celebrado entre as partes e, ausência de controlos eficazes na monitorização do mesmo, atenta à relevância da prestação e o possível impacto no processo curativo dos doentes.

---

**Medida Corretiva:** Que se proceda à implementação de auditorias internas/monitorização ao contrato em análise, com uma periodicidade definida, realizado pelo Gabinete da Qualidade, garantindo uma adequada avaliação da qualidade e confirmação da realização de boas práticas clínicas.

---

**Ponto de Situação:** Segundo o disposto no ponto 2 da Deliberação do CA de 2018.05.29: *“Solicitar ao Presidente da Comissão da Qualidade e Segurança do Doente, Dr. Bilhota Xavier, que desenvolva, no âmbito das suas competências, auditoria dirigida às prestações de serviços médicos, asseguradas por empresas externas, como é o caso da Diaton - Medicina Nuclear, como previsto no contrato respetivo, atenta a relevância do mesmo decorrente do elevado número de prestações envolvidas e do impacto no processo curativo dos doentes.”*

Na comunicação do Dr. Bilhota Xavier de 2020.04.08, *“Informo que por total indisponibilidade, na altura não foi feita a auditoria em causa. Antes foi feita uma mesma auditoria semelhante pelo Diretor do SGD, na altura o Dr. José Borges”*. Pelo exposto conclui-se que a recomendação não foi cumprida, voltando o SAI a efetuar nova avaliação no final do ano de 2020.

Realizou-se no ano de 2020 ponto de situação à recomendação efetuada. Na comunicação de 2021.03.17 da Dra. Alcina Ponte fomos informados que, *“No dia 23 de Novembro de 2020, numa reunião conjunta sobre Reclamações, verificámos que a Dra. Ana Isa Valentim ficaria como Gestora de contrato da Diaton. Nessa sequência, foi-lhe enviado em 03 de Dezembro, a checklist que seria necessária solicitar à Diaton. Cabe à empresa subcontratada evidenciar os requisitos que se encontram nesse documento. Uma vez que nunca obtivemos resposta, a CQSD solicita ponto de situação sobre este assunto.”* Na sequência da comunicação, a Dra. Ana Valentim informa que *“Remetemos o pedido de elementos que o SGD enviou para a Diaton e que até à data não respondeu. Mais informo, que o SGD não tem na sua equipa elementos com conhecimentos técnicos que permitam efetuar uma avaliação técnica, conforme a que consta da checklist em anexo.”*

Pelo exposto, e considerando a ausência de resposta com evidências de avaliação dos serviços médios, o SAI considera que se mantêm as debilidades identificadas, e vai realizar nova avaliação no ano de 2021.

---

Responsável pela implementação: Gab. da qualidade /SGD

Prazo de Implementação: 2021

Ponto Identificado: 6.2 - Acesso ao relatório clínico nos prazos definidos (Diaton)

---

Órgão responsável pela deteção: AI

Grau de risco: Moderado

---

Categoria do Risco: RCO

Data da recomendação: Maio 2018

---

**Descrição:** A ação de auditoria desenvolvida pelo SAI ao prestador de serviço Diaton, referência n.º 1/2018, identificou falhas relacionadas com o tempo máximo de realização/relato do exame e/ou relatório, com implicações diretas no normal desenvolvimento das consultas agendadas.

---

**Implicações:** Incumprimento do disposto no contrato celebrado entre as partes e, ausência de controlos eficazes na monitorização do mesmo, com implicações diretas na realização das consultas agendadas.

---

**Medida Corretiva:** Que o SGD desenvolva internamente mecanismos de monitorização dos MCDT solicitados ao exterior, com emissão de alertas automáticos, em função da data da próxima consulta, assegurando a efetiva gestão do processo e a disponibilização do relatório a tempo da consulta agendada. Os incumprimentos identificados devem ser superiormente comunicados e alvo de penalização, em conformidade com o disposto no contrato celebrado entre as partes.

---

**Ponto de Situação:** Segundo o ponto 3 da Deliberação do CA de 2018.05.29, *“Incumbir o Diretor do Serviço de Gestão de Doentes, Dr. José Borges de promover as melhorias no acompanhamento e execução do contrato, conforme referido e recomendado, em geral, avaliar rigorosamente todos os aspetos do contrato que integram o “nível de serviço contratado”, ativando, se for o caso, as penalizações correspondentes do mesmo e, em particular: (...) b) No que respeita ao elevado n.º de exames que não são efetuados ou disponibilizados nos prazos definidos, com compromisso do sucesso da atividade assistencial e, por isso de prejuízos para os doentes e para o CHL.”*

Segundo informação da Diretor do SGD de 2020.04.17, Dra. Maria de Jesus Marques:

*“O SGD não dispõe de ferramentas que permitam uma monitorização “online” dos prazos de execução dos prestadores externos, nomeadamente no que concerne o tempo que medeia entre a entrega do relatório pelo referido prestador e a data da consulta do utente no CHL, pelo que, essa monitorização só é passível de ser efetuada a posteriori - o que agora propomos seja feito trimestralmente para as situações que se identifiquem como prevaricadoras do compromisso contratual assumido.”*

Com referência ao ano de 2020, na comunicação de 2021.03.18 da Diretora do SGD, fomos informados que *“O SGD encontra-se a desenvolver mecanismos de controlo interno dos pedidos de MCDT. Contudo trata-se de uma área de grande complexidade, cujo desenvolvimento ocorrerá durante o ano de 2021.*

*No caso em concreto da DIATON e no que diz respeito ao controlo dos Níveis de Serviço, importa passar a controlar o tempo de resposta, a saber:*

- 1) Internamento: efetuar o exame até 72 horas após o pedido;*
- 2) Ambulatório: garantir a realização do exame em tempo útil para a consulta subsequente.*

*Assim e para controlo da área de Internamento, será disponibilizado durante o mês de Abril, ao Secretariado da Imagiologia, um ficheiro para controlo dos pedidos cujas 72 horas não são respeitadas.*

*Relativamente à área de Ambulatório, o Secretariado de Imagiologia disponibiliza diariamente ao Secretariado da Diaton, os exames que deverão ser agendados com indicação da data da consulta subsequente. Assim, será requerido ao Secretariado da Diaton, que passe a informar, para cada pedido, a data do agendamento.*

*O Secretariado da Imagiologia, reportará à Direção do SGD, sempre que se verificarem desvios significativos.*

Pelo exposto o SAI considera a debilidade não colmatada, e vai realizar nova ação de avaliação no ano de 2021.

Ponto Identificado: 6.3 - Acumulação de atividades públicas e/ou privadas (Diaton)

---

Órgão responsável pela deteção: AI

Grau de risco: Moderado

---

Categoria do Risco: RCO

Data da recomendação: Maio 2018

---

**Descrição:** A ação de auditoria desenvolvida pelo SAI ao prestador de serviço Diaton, referência n.º 1/2018, identificou, no ano de 2018, pessoal de enfermagem e médicos, com vínculo laboral com o CHL a realizar prestação de serviços na Diaton, em desrespeito pelo disposto no n.º 3, do Despacho n.º 3586/2016, de 3 de março, do Secretário de Estado da Saúde, *Manuel Martins dos Santos Delgado*.

---

**Implicações:** Incumprimento do disposto no n.º 3, do Despacho n.º 3586/2016, de 3 de março, do Secretário de Estado da Saúde.

---

**Medida Corretiva:** Que se proceda à advertência dos sujeitos para regularização das situações em prazo definido e, que sejam informados da possível responsabilidade disciplinar em caso de incumprimento.

---

**Ponto de Situação:** Segundo Deliberação do CA de 2018.05.29 *“Solicitar à Diretora do Serviço de Gestão de Recursos Humanos, Dra. Lurdes Nogueira que dê rápido cumprimento à orientação dada pelo Vogal Executivo, Dr. Licínio de Carvalho que tutela o serviço, da elaboração de circular interna que consolide as obrigações estatutárias, regulamentares e legais inerentes aos processos de acumulação de atividades públicas e/ou privadas, por parte dos trabalhadores do CHL, para adequação divulgação e cumprimento, tendo em vista evitar situações como a descrita e que respeita a médicos cardiologistas e enfermeiros do CHL que irregularmente acumulavam funções no prestador de serviço Diaton.”*

Foi solicitado ao Diretor do SGRH ponto de situação relativo ao ponto identificado. Na informação de 2020.04.17 fomos informados que:

*“Relativamente à acumulação de funções na DIATON por parte dos trabalhadores do CHL identificados:*

· *Enf. Mónica Neves Mendes (2925): não consta no processo individual qualquer autorização para acumulação de funções na DIATON;*

- *Enf. Ricardo Telmo Simões Freitas (4362): rescindiu contrato a 01.03.2018;*
- *Enf. Eunice José Ferreira Vieira Baptista (1868): tem autorização para acumulação de funções na DIATON desde 29.05.2018; não consta no processo individual qualquer informação sobre a cessação da referida acumulação;*
- *Dr. António Francisco Teixeira Campos Soares Fernandes (4368): tem autorização para acumulação de funções na DIATON desde 26.02.2018; não consta no processo individual qualquer informação sobre a cessação da referida acumulação;*
- *Dr. Nuno Miguel Fernandes Agostinho Pascoal Carvalho (2566): rescindiu contrato a 21.03.2017;*
- *Enf. Susana Maria Silva Machado (1416): tem autorização para acumulação de funções na DIATON desde 04.11.2010; não consta no processo individual qualquer informação sobre a cessação da referida acumulação.*

*Contudo, não subsistem evidências de que a acumulação de funções pelos trabalhadores identificados, se continue a verificar.*

*Farei o Follow-up da situação, mais informando que, no que respeita à deliberação do CA de 2018.05.29, referente à elaboração superveniente de circular informativa respeitante à acumulação de funções, creio que não terá chegado a ter lugar, pois mantem-se em vigor a Circular Informativa n.º 6, de 14-01-2015.*

*Não estará, por conseguinte, acautelada a questão da incompatibilidade a que refere o n.º 3 do Despacho do Sr. SES n.º 3586/2016.”*

Na comunicação do Diretor do SGRH de 2021.03.18, com referência ao ano de 2020, o SAI foi informado que não ocorreram alterações, concluindo-se que o ponto identificado não foi colmatado. O SAI vai realizar nova ação no ano de 2021.

Ponto Identificado: 7.1 - Processo de faturação (doença de Crohn)

---

Órgão responsável pela deteção: AI

Grau de risco: Moderado

---

Categoria do Risco: RCO

Data da recomendação: Junho 2018

---

**Descrição:** Os medicamentos consumidos no hospital de dia por utentes com doença de Crohn ou colite ulcerosa, não se encontram corretamente associados à Portaria n.º 351/2017, e conseqüentemente ao reporte efetuado pelo SF ao SGF para efeitos de acréscimos de proveitos, realizado segundo periodicidade mensal. As discrepâncias de valores são materialmente relevantes.

---

**Implicações:** As demonstrações financeiras não espelham a realidade económico-financeira do CHL. Possíveis perdas de faturação para o CHL.

---

**Medida Corretiva:** Que se proceda à regularização da parametrização no *software* GHAF, de forma a associar os medicamentos constante no anexo à Portaria n.º 351/2017, aos doentes de Crohn ou colite ulcerosa, garantindo que a informação de faturação reportada pelo SF é correta e completa.

---

**Ponto de Situação:** Segundo Deliberação do CA de 2018.07.14: *“Tomou-se conhecimento. Ao SF, Aprovisionamento e SSI e, ainda SGD, para promoção das medidas a ultrapassar os pontos identificados. Ao SAI para, em 30 dias, fazer relatório de progresso.”*.

Segundo informação do Diretor do SGD de 2019.02.12, Dr. José Borges, *“Sobre este assunto o que posso informar é que o SGD até ao momento não tem disponível no SONHO os movimentos da Farmácia para poder faturar os mesmos. No passado dia 8 de fevereiro foi feito um helpdesk para a SPMS a solicitar o carregamento da tabela DU\_GENERICOS com os medicamentos e respetivo código CHNM para ser possível proceder à faturação dos medicamentos importados do GHAF.”*

Segundo informação da Diretor do SGD de 2020.04.17, Dra. Maria de Jesus Marques: *“Após o trabalho desenvolvido ao longo dos primeiros meses do ano em curso, a empresa ST+i, em conjunto com o SGD e Serviços Farmacêuticos do CHL, está precisamente neste mês de Abril a proceder, no SONHO, às integrações necessárias e solicitadas pelo CHL, de forma a que possamos operacionalizar e concretizar a faturação que nos compete. Este processo ainda se encontra em fase de testes. A nossa expectativa é a de que, durante o mês de Maio, se finalizem/concluam as integrações necessárias no SONHO referentes aos medicamentos/patologias a faturar.”*

No ano de 2020 verificou-se que o GHAF já se encontra a integrar corretamente no SONHO os medicamentos associados à doença de Crohn, concluindo-se como implementada a recomendação. A informação foi corroborada pela Diretora do SGD, na comunicação de 2021.03.18.

---

Responsável pela implementação: SF/SGD

Prazo de Implementação: Implementado

Ponto Identificado: 8.1 - Centralização dos procedimentos de compra (ajuste direto)

---

Órgão responsável pela detecção: AI

Grau de risco: Moderado

---

Categoria do Risco: RCO

Data da recomendação: Outubro 2018

---

**Descrição:** O SAI realizou ação de auditoria a um conjunto de procedimentos de aquisição por ajuste direto, relatório com a referência n.º 5/2018, tendo-se verificado que estes não foram convenientemente realizados pelo SA, onde se deveria encontrar centralizado a totalidade das aquisições. Verificou-se que 3 dos 4 procedimentos incumprem com a alínea a), do n.º 1 do Despacho n.º 851-A/2017, do Ministro da Saúde, Adalberto Campos Fernandes.

---

**Implicações:** Incumprimento do disposto na alínea a), do n.º 1 do Despacho n.º 851-A/2017, do Ministro da Saúde.

---

**Medida Corretiva:** Promover a centralização da aquisição de bens e serviços, empreitadas, num único departamento.

---

**Ponto de Situação:** No ano de 2019 foi realizada ação de auditoria orientada ao processo de contratação pública. O relatório originou a Deliberação do CA de 2019.11.14.

Segundo o SAI, *“Os procedimentos de aquisição não foram convenientemente realizados pelo SA, onde se deveria encontrar centralizado a totalidade das aquisições. Três dos oito procedimentos incumprem com a alínea a), do n.º 1 do Despacho n.º 851-A/2017, de 13 de janeiro, do Gabinete do Ministro da Saúde.”*

Com referência ao ano de 2020 foi realizada nova ação de auditoria, e verificou-se que dois dos cinco procedimentos em estudo não foram convenientemente desenvolvidos pelo SA.

O SAI considera o ponto identificado não colmatado e vai realizar nova ação no ano de 2021.

---

Responsável pela implementação: SA

Prazo de Implementação: 2021

Ponto Identificado: 8.2 - Peças contratuais dos procedimentos de compra (ajuste direto)

---

Órgão responsável pela detecção: AI

Grau de risco: Moderado

---

Categoria do Risco: RCO

Data da recomendação: Outubro 2018

---

**Descrição:** O SAI realizou ação de auditoria a um conjunto de procedimentos de aquisição por ajuste direto, relatório com a referência n.º 5/2018, tendo-se verificado a ausência de peças contratuais, mais especificamente convite à apresentação de proposta e caderno de encargos. Três dos quatro procedimentos analisados incumprem com o disposto na alínea a), do n.º 1 do artigo 40.º do CCP.

---

**Implicações:** Incumprimento do disposto na alínea a), do n.º 1 do artigo 40.º do CCP.

---

**Medida Corretiva:** No recurso ao ajuste direto devem ser aplicadas, com todo o rigor devido, as normas do CCP.

---

**Ponto de Situação:** No ano de 2019 foi realizada ação de auditoria orientada ao processo de contratação pública. O relatório originou a Deliberação do CA de 2019.11.14.

Segundo o SAI verificou-se a *"Ausência de peças contratuais, nomeadamente, convite à apresentação de proposta e caderno de encargos. Cinco dos oito procedimentos analisados incumprem com o disposto na alínea a), do n.º 1 do artigo 40.º do CCP."*

Segundo o ponto n.º 3, a), *"3. Incumbir, mais uma vez, os referidos serviços (SA, SIE e SGF) de adotarem procedimentos conforme as instruções definidas, em particular no que respeita: a) À escolha dos procedimentos pré-contratuais e referidas formalidades."*

Realizou-se com referência ao ano de 2020 nova ação. Dois dos cinco procedimentos em estudo evidenciaram ausência de peças contratuais.

O SAI considera o ponto não colmatado e vai realizar nova ação em 2021.

---

Responsável pela implementação: SA

Prazo de Implementação: 2021

Ponto Identificado: 8.3 - Fundamentação da natureza excepcional do procedimento

---

Órgão responsável pela deteção: AI

Grau de risco: Moderado

---

Categoria do Risco: RCO

Data da recomendação: Outubro 2018

---

**Descrição:** O SAI realizou ação de auditoria a um conjunto de procedimentos de aquisição por ajuste direto, relatório com a referência n.º 5/2018, tendo-se verificado a escolha de procedimento por ajuste direto segundo critérios materiais sem a devida fundamentação da escolha do procedimento.

---

**Implicações:** Incumprimento com o disposto no artigo n.º 38 do CCP.

---

**Medida Corretiva:** Que se proceda, sempre que a escolha do procedimento se realize em função de critérios materiais ou ajuste direto com convite a um só fornecedor, à fundamentação da natureza excepcional do procedimento.

---

**Ponto de Situação:** No ano de 2019 foi realizada ação de auditoria orientada ao processo de contratação pública. O relatório originou a Deliberação do CA de 2019.11.14.

*Segundo o SAI, "Na informação submetida ao órgão competente para a decisão de contratar, a proposta de autorização não fundamenta a escolha do procedimento. Cinco dos oito procedimentos analisados incumprem com o disposto no artigo 38.º do CCP."*

Realizou-se com referência ao ano de 2020 nova ação. Na informação submetida ao órgão competente para a decisão de contratar, a proposta de autorização não fundamenta a escolha do procedimento. Dois dos cinco procedimentos analisados incumprem com o disposto no artigo 38.º do CCP.

O SAI considera o ponto não colmatado e vai realizar nova ação em 2021.

---

Responsável pela implementação: SA

Prazo de Implementação: 2021

#### **C.4. Pontos identificados relativos ao ano de 2017**

Ponto Identificado: 9.1 - Função de coordenação dos transportes do CHL

---

Órgão responsável pela deteção: AI

Grau de risco: Baixo

---

Categoria do Risco: RO

Data da recomendação: Abril 2017

---

**Descrição:** Ausência de registo do número de horas alocadas à função de coordenação dos serviços de transporte no mapa e tarefas diárias dos motoristas.

---

**Implicações:** Impossibilita a realização de análises fiáveis ao número de horas alocadas à função de coordenação, com implicações diretas na utilização de recursos externos para transporte de funcionários.

---

**Medida Corretiva:** Que o Serviço de Instalações e Equipamento (SIE) proceda ao registo e controlo do número de horas alocadas pelo Coordenador dos transportes à função de coordenação.

---

**Ponto de Situação:** Segundo informação disponibilizada pelo Diretor do SIE de 2017.04.27, foi apresentada proposta de “regulamento dos transportes do CHL”, para aprovação superior, tendo em vista a medida corretiva apresentada.

A 2017.06.14, na sequência da informação prestada superiormente pelo SIE, foi proposto: *“até que o regulamento esteja aprovado, a implementação das medidas propostas pelo SAI, no âmbito do SIE, ficarão suspensas, sob a responsabilidade do Coordenador dos Transportes que assegurará os registos como até aqui”*.

No dia 2017.06.16, o Vogal Executivo Dr. Licínio de Carvalho emitiu o seguinte despacho: *“Concordo. Até à aprovação do regulamento referido, fica suspenso registo diferente do atualmente em uso.”*

Segundo informação do Diretor do SIE de 2020.04.01 *“Não existem alterações, à data”*.

Na comunicação de 2021.03.16 do Diretor do SIE, *“Sobre o assunto em epígrafe, mantém-se a informação anteriormente prestada.”*

---

Responsável pela implementação: SIE Prazo de Implementação: 2021

Ponto Identificado: 9.2 - Registo do trabalho extraordinário (motoristas)

---

Órgão responsável pela deteção: AI

Grau de risco: Médio

---

Categoria do Risco: RCO

Data da recomendação: Abril 2017

---

**Descrição:** Decorrente da análise aos documentos de registo das horas extras dos motoristas, verificamos a não inclusão nos procedimentos do SGRH, da Portaria n.º 609/2009, de 5 de junho, do Ministro de Estado e das Finanças, Fernando Teixeira do Santos que aprova o modelo de registo de trabalho extraordinário e os elementos que deve conter.

---

**Implicações:** Desrespeito para com o disposto na Portaria n.º 609/2009, de 5 de junho, série I, do Ministro de Estado e das Finanças.

---

**Medida Corretiva:** Que se proceda à inclusão nos procedimentos do SGRH relativos aos registos de trabalho extraordinário, do constante na Portaria n.º 609/2009, de 5 de junho, série I - n.º 109, no sentido de garantir a plenitude dos elementos nela constante.

---

**Ponto de Situação:** Segundo informação do diretor do SGRH de 2020.04.17: *“Mantém-se a inobservância do estabelecido na Portaria do Sr. MEF n.º 609/2009, cujo cumprimento poderá ser equacionado na medida da sua compatibilização com o sistema de lançamento e registo de trabalho extraordinário vigente, que assenta em boa parte sobre um sistema de controlo biométrico de assiduidade, através de um aplicativo informático.”*

Na comunicação do Diretor do SGRH de 2021.03.18, o SAI foi informado da ausência de alterações ao ponto identificado.

No ano de 2021 o SAI vai realizar nova ação no sentido de obter indicação sobre a tomada de medidas para colmatar o ponto identificado.

---

Responsável pela implementação: SGRH

Prazo de Implementação: 2021

Ponto Identificado: 10.1 - Processo de abate (equipamento informático)

---

Órgão responsável pela deteção: AI

Grau de risco: Baixo

---

Categoria do Risco: RCO

Data da recomendação: Janeiro 2018

---

**Descrição:** Verificou-se para um conjunto de artigos a inexistência de documento suporte ao abate dos artigos informáticos (auto de abate), conforme disposto no n.º 2 do artigo 30º, da Portaria n.º 671/2000 de 17 de abril, assim como de autorização superior para a sua realização, conforme disposto no manual de procedimentos, gestão do imobilizado do CHL, alínea b), do ponto “*Abates de bens obsoletos*”.

---

**Implicações:** Desrespeito pelo disposto no n.º 2 do artigo 30º, da Portaria n.º 671/2000 de 17 de Abril, e do manual de procedimentos, gestão do imobilizado do CHL, alínea b), do ponto “*Abates de bens obsoletos*”.

---

**Medida Corretiva:** Que se proceda à implementação e execução do disposto no manual de procedimentos administrativos e contabilísticos - gestão de imobilizado. O SA apenas deve proceder ao registo do abate no sistema de gestão de imobilizado, após a aprovação superior do auto de abate.

---

**Ponto de Situação:** Verificou-se no ano de 2020, a realização de procedimento de venda de sucata. Considerando a ausência de abates no ano de 2019 e 2020 de equipamento informático, o SAI considera a atual ação, equiparado ao processo de abate e, suficiente para avaliar o ponto em análise.

Pelo exposto na alínea a), da deliberação do CA de 2020.03.04, “*Que peça atividade desenvolvida e pela atualização das tecnologias na área da saúde, muitos dos equipamentos e materiais ficam obsoletos e sem utilidade, no final do seu ciclo de vida, devendo ser substituídos por outros funcionais,*” decidiu-se a abertura de procedimento em hasta pública, seguindo como referência o regime jurídico da venda de bens móveis do domínio privado do Estado, previsto no Decreto-Lei nº 307/94, de 21 de dezembro e regulamentado pela Portaria n.º 1152-A/94, de 27 de dezembro, bem como

o disposto pelos artigos 266.º-A e seguintes do CCP.

As regras e demais condições do procedimento foram definidas no programa da hasta pública, e disponibilizadas para consulta no SA, e no sítio da internet do CHL.

Foram apresentadas duas propostas. Manuel Frexes de €1500 e, Ambigroup de -1000€. Ambas as propostas foram instruídas com a documentação exigida do programa do procedimento.

Em conformidade com o disposto no artigo 46.º do CCP, o júri remeteu o relatório aos concorrentes fixando um prazo de 5 dias úteis, para se pronunciar, por escrito, ao abrigo do direito de audiência prévia.

Verificou-se a elaboração da ata referente ao processo da hasta pública, de 2020.10.09, sendo excluída a proposta pelo concorrente Ambigroup.

Não foram identificadas exceções aos procedimentos em estudo, concluindo o SAI pela conformidade e exclusão do ponto identificado.

---

Responsável pela implementação: SSI /SA

Prazo de Implementação: Implementado

Ponto Identificado: 11.1 - Análise ao inventário do Serviço Farmacêutico (SF)

---

Órgão responsável pela deteção: AI

Grau de risco: Moderado

---

Categoria do Risco: RO

Data da recomendação: Fevereiro 2018

---

**Descrição:** No inventário final de ano de 2017, foi identificado um elevado número de discrepâncias entre os registos em sistema e o inventário real: 47% do total da amostra continha discrepâncias.

O universo em estudo totalizou o valor de €1.160.278,06, e seleccionou-se para amostra 51 artigos no montante de €515.297,85. Foram identificados 24 artigos com discrepâncias.

---

**Implicações:** As discrepâncias identificadas comprometem uma gestão eficiente dos ativos do CHL.

---

**Medida Corretiva:** Que se proceda à revisão dos controlos associados à gestão *stocks* no SF. Semanalmente deve ser realizado reporte à Diretora do SF, com resumo das divergências identificadas e respetivas causas, para definição e implementação de um plano de ação com medidas corretivas.

---

**Ponto de Situação:** No ano de 2018 foram seleccionados para amostra 52 artigos no montante de €807.929,30, tendo-se identificado 33 com discrepância, ou seja, 63% do total da amostra.

No ano de 2019, a amostra total foi de €1.244.875 distribuído por 36 artigos. Foram identificados 22 tendo discrepâncias, ou seja, 61% do total da amostra, o que não permite concluir favoravelmente ao teste efetuado.

Segundo ponto n.3 da Deliberação do CA de 2020.03.11 “(...) *Decide-se solicitar ao SAI a realização de ação de auditoria específica a realizar no final do 1.º semestre e a incidir sobre o período correspondente ao mesmo 1.º semestre.*” O SAI vai proceder em conformidade, e realizar atualização do ponto de controlo interno.

No ano de 2020, na análise ao inventário final de ano, foram selecionados para amostra 11 artigos no montante de €519.599, tendo-se identificado 3 com discrepância, ou seja, 27% do total da amostra. Estes artigos totalizam uma diferença líquida em valor de menos €62.596, e em termos absolutos de €64.330.

As melhorias identificadas na percentagem total de artigos com discrepâncias no total da amostra para o ano de 2020 são, em parte, por conta da implementação de novos procedimentos de gestão de *stock* no SF, assim, o SAI considera o ponto de controlo interno como colmatado.

Considerando no entanto a periodicidade anual desta ação, o SAI vai realizar nova avaliação no ano de 2021.

---

Responsável pela implementação: SF    Prazo de Implementação: Implementado

## **D. Conclusão**

A compilação das deficiências reportadas no presente relatório expõe um conjunto de lacunas no SCI do CHL que exigem observação e correção pelos serviços intervenientes.

A existência de um SCI, não se traduz na ausência de erros humanos, irregularidades ou fraudes, na medida em que existem diversos fatores que podem influenciar negativamente a operacionalidade do SCI.

No ano de 2020, foram colmatadas um número relativamente baixo de deficiências identificadas de anos anteriores com impacto direto no SCI, permanecendo um elevado número de recomendações que não foram alvo de implementação pelos vários serviços. Considerando a necessidade crescente de melhoria dos processos e controlos, e no sentido de fazer face a um ambiente em constante transformação, é essencial a existência de um SCI rigoroso, conferindo maior fiabilidade aos processos organizacionais.

A ausência de recursos humanos em número adequado à realização das tarefas, assim como o crescente aumento de tarefas a realizar, surgem como principais justificações à não implementação das recomendações propostas.

## E. Definição das categorias e graus de risco

Os pontos identificados foram qualificados de acordo com as categorias de risco abaixo definidas e com o grau de risco atribuído:

### **Categoria de riscos**

**Risco de estratégia: (RE)** consiste na possibilidade de ocorrência de impactos negativos para o CHL, consequente de decisões estratégicas inadequadas, da deficiente implementação das decisões ou da incapacidade de resposta a alterações no meio envolvente;

**Risco operacional: (RO)** consiste na possibilidade de ocorrência de impactos negativos para o CHL, consequente de falhas na atividade desenvolvida, de fraudes internas e externas, do não acompanhamento da execução do orçamento, de processos de decisão internos ineficazes, de recursos humanos insuficientes ou inadequados ou da inoperacionalidade das infraestruturas;

**Risco de “compliance”: (RCO)** consiste na possibilidade de ocorrência de impactos negativos para o CHL, consequente de violações ou da não conformidade relativamente a leis, regulamentos, determinações específicas, contratos, regras de conduta, práticas instituídas ou princípios éticos, que se materializem em sanções de carácter legal ou na impossibilidade de exigir o cumprimento de obrigações contratuais;

**Risco dos sistemas de informação: (RSI)** consiste na possibilidade de ocorrência de impactos negativos para o CHL, em resultado da inadaptabilidade dos sistemas de informação a novas necessidades, da sua incapacidade para impedir acessos não autorizados, bem como garantir a integridade dos dados e assegurar a continuidade da atividade em casos de falha;

**Risco de reputação: (RP)** consiste na possibilidade de ocorrência de impactos negativos para o CHL, consequente de uma perceção negativa da imagem pública do Centro Hospitalar, fundamentada ou não, por parte de utentes, fornecedores, colaboradores, órgãos de imprensa ou pela opinião pública em geral.

### **Grau de risco**

**Critico:** Assuntos que apresentam muitos riscos / impactos significativos e que deverão ser resolvidos no imediato.

**Elevado:** Assuntos que apresentam riscos / impactos significativos e que deverão ser resolvidos com a maior brevidade possível.

**Moderado:** Assuntos que apresentam riscos e / ou montantes relevantes, razoavelmente controlados pela entidade, que deverão ser adequadamente monitorizados.

**Baixo:** Assuntos que apresentam alguns riscos e / ou que iriam melhorar o sistema de controlo interno e a eficiência geral.

**Muito Baixo:** Assuntos que apresentam reduzidos riscos e / ou que iriam preencher o sistema de controlo interno e a eficiência geral.

**A avaliação do risco subjacente aos graus de risco:**

**Tabela I – Escala do nível de impacto**

<b>Impacto</b>	<b>1 Reduzido</b>	<b>2 Moderado</b>	<b>3 Significativo</b>	<b>4 Elevado</b>	<b>5 Muito elevado</b>
Exposição Financeira: % Capital	X <0,01 %	0,01% <X <0,5 %	0,5 % <X <2 %	2 % <X <10 %	10 % <X
Exposição Financeira: Intervalo monetário	X <500.000€	500.000€ <X <2 M€ <sup>1</sup>	2 M€ <sup>1</sup> <X <10 M€ <sup>1</sup>	10 M€ <sup>1</sup> <X <30 M€ <sup>1</sup>	40 M€ <sup>1</sup> <X
Imagem da Organização	Sem impacto.	O Impacto negativo é delimitado a conjunto de pessoas e reversível.	O Impacto negativo é ao nível da região, do domínio público, mas com reprodução limitada	O Impacto negativo é a nível global, com propagação limitada	Impacto negativo a longo prazo, irremediável, a nível global e com propagação generalizada.
Obrigações legais / contratos	Sem violação de obrigações legais ou contratuais	Violação de obrigações legais ou contratuais confinados a um incidente. Sem risco sistémico.	Violação de obrigações legais ou contratuais com custos financeiros para a organização e probabilidade do aumento do escrutínio pelas entidades reguladoras.	Violação de obrigações legais ou contratuais significativas. Com possibilidade de sanção para a organização e/ou Conselho de Administração.	Violação de obrigações legais ou contratuais com exposição mediática. Existência de responsabilidades para a organização e/ou respetivo Conselho de Administração.
Operações / atividades	Erros são diminutos e confinados a um pequeno número de pessoas internas na organização.	Erros são diminutos e isolados a um pequeno número de pessoas internas ou externas à organização.	Erros são transversais a vários serviços da organização e com um impacto a um grupo de pessoas, internas ou externas à organização	Erros são transversais a vários serviços da organização, com impacto a vários grupos de pessoas, internas ou externas à organização e do conselho de Administração.	Erros com impacto incalculável para a organização e Conselho de Administração.

<sup>1</sup>-Milhoes de euros

**Tabela II – Probabilidade de ocorrência**

<b>Probabilidade</b>	<b>1 Muito Improvável</b>	<b>2 Improvável</b>	<b>3 Ocasional</b>	<b>4 Frequente</b>	<b>5 Muito frequente</b>
Frequência	Em mais de/ a cada 5 anos	Em mais de/ a cada 3 a 5 anos	Em mais de/ a cada 1 a 3 anos	Em mais de/ a cada 1 ano	Em mais de/ a cada trimestre

Após a definição do nível de impacto, assim como da frequência dos riscos, conforme tabela I e II respetivamente, foi determinado pelo SAI a seguinte classificação do risco inerente:

### Matriz I – Risco inerente

RISCO INERENTE						
Probabilidade	5 Muito Frequente	Baixo	Moderado	Elevado	Critico	Critico
	4 Frequente	Baixo	Moderado	Elevado	Elevado	Critico
	3 Ocasional	Muito Baixo	Baixo	Moderado	Elevado	Elevado
	2 Improvável	Muito Baixo	Muito Baixo	Baixo	Moderado	Moderado
	1 Muito Improvável	Muito Baixo	Muito Baixo	Baixo	Baixo	Moderado
---	1 Reduzido	2 Moderado	3 Significativo	4 Elevado	5 Muito elevado	
IMPACTO						

Tabela III - Nível de controlo

Nível de controlo	Muito forte	Forte	Adequado	Inadequado	Fraco ou inexistente
Descrição	Os procedimentos de controlo e as atividades de mitigação são fortes e permitem uma efetiva gestão do risco. Redução significativa da probabilidade de eventos relacionados com o risco.	Os procedimentos de controlo e as atividades de mitigação são mais do que adequadas e permitem uma efetiva gestão do risco. O controlo tem oportunidades de melhoria.	Os procedimentos de controlo e as atividades de mitigação são adequados e permitem uma efetiva gestão do risco. O controlo demonstra oportunidades de melhoria, e/ ou necessidade de implementação de novos controlos.	O processo de controlo e as atividades de gestão de mitigação permitem uma reduzida /inadequada gestão do risco. Necessidades urgentes de novos controlos foram identificadas.	O processo de controlo e as atividades de gestão de mitigação não existem ou são muito fracas. Necessidades urgentes de novos controlos foram identificadas.

**Matriz II – Avaliação final do nível de risco efetivo**

ESCALA DE RISCO EFETIVO						
Nível de controlo	5 Fraco ou inexistente	Baixo	Moderado	Elevado	Critico	Critico
	4 Inadequado	Baixo	Moderado	Elevado	Elevado	Critico
	3 Adequado	Muito Baixo	Baixo	Moderado	Elevado	Elevado
	2 Forte	Muito Baixo	Muito Baixo	Baixo	Moderado	Moderado
	1 Muito forte	Muito Baixo	Muito Baixo	Baixo	Baixo	Moderado
---	1 Reduzido	2 Moderado	3 Significativo	4 Elevado	5 Muito elevado	
RISCO INERENTE						

A matriz II respeita à avaliação final do nível de risco efetivo, após a definição do risco inerente pela matriz I e da delimitação do nível de controlo interno identificado pelo SAI, tabela III, que se encontra hierarquizado em cinco pontos: muito baixo, baixo, moderado, elevado e critico.

Técnico Superior de Auditoria

(Rui Gaio)