



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 2/2023

Relatório de Controlo Interno

Centro Hospital de Leiria, E.P.E.

2022

março de 2023

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. Principais pontos identificados relativos ao ano de 2022</i>	5
<i>C.2. Pontos identificados relativos a anos anteriores</i>	13
D. Conclusão.....	18
E. Definição das categorias e graus de risco.....	19

A. Sumário Executivo

A.1. Introdução

Segundo o disposto no n.º 1 do art.º 87.º do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, diploma que aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, 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 conseqüentemente 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 2022, 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 estão identificados oito pontos de controlo interno associados a auditorias desenvolvidas no ano de 2022: *“Trabalhos de natureza imprevista - fiscalização da empreitada”, “Trabalhos de natureza imprevista - peças do procedimento”, “Trabalhos de natureza imprevista - preço contratualizado”, “Equipamentos de segurança contra incêndios no CHL (relação dos ativos)”, “Atuação de acordo com a Norma Portuguesa (NP) 4413”, “Indicadores a monitorizar sobre o contrato de manutenção de equipamentos contra incêndios”, “CP n.º A0/19/2021 - Teste à manutenção e supervisão dos equipamentos (CANON)” e “CP n.º A0/19/2021 - regularização da faturação em atraso”*. A seleção dos pontos identificados foi realizada em função do seu grau de risco.

No que respeita aos pontos de controlo interno de anos anteriores, encontram-se pendentes de resolução cinco: *“Análise ao procedimento de inventário do serviço farmacêutico” e “Prescrição de estupefacientes/psicotrópicos e hemoderivados”, “Centralização dos procedimentos de compra (ajuste direto”, “Implementação da rubrica de faturas em receção e conferência”, “Regulamento interno de utilização de viaturas do CHL”*. Os restantes pontos foram excluídos do atual documento por implementação da recomendação ou desatualização da recomendação.

Em adicional, no ano de 2022 foi realizada auditoria ao Serviço de Gestão de Recursos Humanos - assiduidade, no entanto, devido à ausência de resposta ao exercício do contraditório a tempo de inclusão dos principais pontos identificados no presente documento, e conseqüente falta de despacho / aprovação por parte do CA, as situações identificadas serão incluídas no relatório do sistema de controlo interno com referência ao ano de 2023.

C.1. Principais pontos identificados relativos ao ano de 2022

Ponto Identificado: 1.1 – Trabalhos de natureza imprevista - fiscalização da empreitada

Órgão responsável pela deteção: AI

Risco efetivo: elevado

Categoria do Risco: RO / RC

Data da recomendação: janeiro de 2022

Descrição: Para os três projetos em análise, a entidade responsável pela realização do projeto, e o responsável pela fiscalização da empreitada são a mesma. Considerando, para uma das empreitadas, os riscos associados à urgência na realização da mesma, o dono da obra deve acautelar a sua posição de maior risco, desenvolvendo mecanismos adicionais de controlo associados à fiscalização, como é exemplo a segregação de funções.

Implicações: A segregação de funções é um princípio básico do sistema de controlo interno, para evitar conflitos de interesses é necessário repartir funções.

Medida Corretiva: Que se proceda, sempre que possível, à segregação de funções entre o responsável pela elaboração do projeto de empreitada e, o fiscalizador da mesma. Para as empreitadas com carácter de urgência, o CHL deve obrigatoriamente elevar os mecanismos de controlo associados à fiscalização.

Ponto de Situação: No ano de 2023 o SAI vai proceder à realização de *follow-up* da medida proposta.

Responsável pela implementação: SIE

Prazo de Implementação: 2023

Ponto Identificado: 1.2 – Trabalhos de natureza imprevista - peças do procedimento

Órgão responsável pela deteção: AI

Risco efetivo: médio

Categoria do Risco: RC

Data da recomendação: janeiro de 2022

Descrição: No âmbito das três empreitadas em estudo, verifica-se a ausência de formalização por escrito dos termos e condições a que deve obedecer a execução dos trabalhos complementares, entre o empreiteiro e o dono da obra, conforme previsto no art.º 375 do CCP.

Implicações: Desrespeito pelo disposto no Código dos Contratos Públicos.

Medida Corretiva: Que se proceda à formalização por escrito entre o CHL e o empreiteiro, da definição de todos os termos e condições a que deve obedecer a execução dos trabalhos complementares, no estrito cumprimento do disposto no artigo 375.º do CCP.

Ponto de Situação: No ano de 2023 o SAI vai proceder à realização de *follow-up* da medida proposta.

Responsável pela implementação: SA e SIE

Prazo de Implementação: 2023

Ponto Identificado: 1.3 – Trabalhos de natureza imprevista - preço contratualizado

Órgão responsável pela deteção: AI

Risco efetivo: Médio

Categoria do Risco: RO / RCO

Data da recomendação: janeiro de 2022

Descrição: Segundo o ponto 3, da cláusula 14.^a - Erros ou omissões do projeto e de outros documentos, “3. Só pode ser ordenada a execução de trabalhos de suprimento de erros e omissões quando o somatório do preço atribuído a tais trabalhos com o do preço de anteriores trabalhos de suprimento de erros e omissões e de anteriores trabalhos a mais não exceder 5% do valor do preço contratual.” Para as três empreitadas em análise, verificou-se a existência da mesma condição no contrato celebrado entre o CHL e o empreito.

Os trabalhos a mais, e trabalhos de suprimentos de erros e omissões de cada uma das três empreitadas, excederam a percentagem fixada.

Implicações: O valor total de trabalhos complementares, de suprimentos de erros e omissões excedeu o valor do preço contratual, ou seja, os valores propostos e aprovados, desrespeitam o disposto no ponto 3, da cláusula 14.^a, do contrato celebrado entre as partes.

Medida Corretiva: As percentagens definidas no Código dos Contratos Públicos para os trabalhos complementares fixam limites máximos, “*não pode exceder (...) do preço contratual inicial*”. O dono da obra e empreiteiro, se assim o entenderem, podem, dentro dos limites previsto na lei, redigir cláusulas no contrato celebrado entre as partes, mais restritivas. As cláusulas legalmente celebradas têm, para aqueles que as celebram, a força ou o valor de leis. Em conformidade com as disposições gerais, secção I, contratos, do Código Civil, liberdade contratual, “1. Dentro dos limites da lei, as partes têm a faculdade de fixar livremente o conteúdo dos contratos, celebrar contratos diferentes dos previstos neste código ou incluir nestes as cláusulas que lhes aprouver.”.

Ponto de Situação: No ano de 2023 o SAI vai proceder à realização de *follow-up* da medida proposta.

Responsável pela implementação: SA / SIE

Prazo de Implementação: 2023

Ponto Identificado: 2.1 - Equipamentos de segurança contra incêndios no CHL (relação dos ativos)

Órgão responsável pela detecção: AI

Risco efetivo: moderado

Categoria do Risco: RO/RCO

Data da recomendação: abril de 2022

Descrição: Considera-se a existência de duas falhas graves no sistema de controlo interno do CHL, primeiro em virtude dos dados no aplicativo GHAF não serem completos e atuais, responsabilidade do SA, em segundo, pela utilização de ficheiro edificado à margem do aplicativo oficial do CHL para a gestão / validação da manutenção dos bens de imobilizado, com fomento do risco associado à perda e desatualização da informação oficial do CHL, responsabilidade do SSST.

Implicações: É determinante que as demonstrações financeiras do CHL apresentem informação verdadeira, completa e atual. Risco de apropriação indevida de ativos.

Medida Corretiva: A Deliberação do CA do CHL de 2022.04.13, solicita à Diretora do SA, que desenvolva, no âmbito das suas competências, processo de inventário dirigido à totalidade dos equipamentos de segurança contra incêndios do CHL, com recurso ao SSST, para atualização da base de dados do aplicativo GHAF. Esta ação deve ser desenvolvida previamente ao início de abertura do novo procedimento de aquisição de serviços de manutenção para os anos de 2022/2023, tendo em vista a completa determinação do número de equipamentos alvo de inspeção/manutenção.

Ponto de Situação: No ano de 2023 o SAI vai proceder à realização de *follow-up* da medida proposta.

Responsável pela implementação: SA / SSST

Prazo de Implementação: 2023

Ponto Identificado: 2.2 - Atuação de acordo com a Norma Portuguesa (NP) 4413

Órgão responsável pela deteção: AI

Risco efetivo: moderado

Categoria do Risco: RCO

Data da recomendação: abril de 2022

Descrição: A Norma Portuguesa (NP) 4413 (n.º 9, do artigo 8.º do Anexo I do RT - SCIE) estabelece os requisitos gerais aplicáveis à manutenção de extintores. No ponto 4, da referida norma, “Operações a realizar trimestralmente pelo utilizador ou pela empresa de manutenção”, recomenda uma inspeção a todos os extintores ou, quando as circunstâncias o requeiram, as inspeções podem realizar-se com maior frequência. Por indicação do SSST, não existem recursos humanos disponíveis para a realização da inspeção.

Implicações: É determinante o cumprimento dos normativos aplicáveis ao CHL, neste contexto, é recomendação do SAI, que o SSST contemple na próxima proposta de ação de contratualização de manutenção dos equipamentos de segurança contra incêndio, a inspeção dos extintores com periodicidade definida pela NP 4413.

Medida Corretiva: A Deliberação do CA de 2022.04.13 determina, incumbir o Diretor do Segurança e Saúde no Trabalho (SSST) de no próximo procedimento de aquisição de serviços de manutenção dos equipamentos de segurança contra incêndios, incorporar a recomendação do SAI de cumprir com todas as operações de intervenção definidas na NP 4413.

Ponto de Situação: No ano de 2023 o SAI vai proceder à realização de *follow-up* da medida proposta.

Responsável pela implementação: SSST

Prazo de Implementação: 2023

Ponto Identificado: 2.3 - Indicadores a monitorizar sobre o contrato de manutenção de equipamentos contra incêndios

Órgão responsável pela deteção: AI

Risco efetivo: moderado

Categoria do Risco: RO

Data da recomendação: abril de 2022

Descrição: Compete ao gestor do contrato, conforme estabelecido no ponto 1, da cláusula 17.^a, monitorizar e avaliar a prestação do serviço. Por indicação do SSST, não é realizada monitorização / avaliação dos trabalhos executados, apenas dado suporte através da identificação geográfica dos equipamentos para manutenção, por conta da dimensão do CHL.

Implicações: Maior deterioração dos ativos. Penalizações não aplicadas à empresa prestadora de serviços, por desconhecimento do incumprimento do contrato celebrado.

Medida Corretiva: O gestor de contrato deve desempenhar um papel ativo e relevante na monitorização da atividade desenvolvida pelo prestador de serviço, de forma articulada com os serviços envolvidos, implementando medidas de prevenção e combate a situações irregulares, e no cumprimento dos normativos aplicáveis. Do resultado da monitorização deve ser elaborado um relatório de monitorização, aprovado pelo responsável do SSST.

Ponto de Situação: A Deliberação do CA de 2022.04.13 determina, incumbir o Diretor do SSST de no próximo procedimento de aquisição de serviços de manutenção dos equipamentos de segurança contra incêndios, discriminar os indicadores a serem monitorizados/ avaliados pelo gestor do contrato e respetivas penalizações, em caso de incumprimento.

No ano de 2023 o SAI vai proceder à realização de *follow-up* da medida proposta.

Responsável pela implementação: SSSI

Prazo de Implementação: 2023

Ponto Identificado: 3.1 - CP n.º A0/19/2021 - Teste à manutenção e supervisão dos equipamentos (CANON)

Órgão responsável pela deteção: AI

Risco efetivo: moderado

Categoria do Risco: RCO

Data da recomendação: novembro de 2022

Descrição: Por indicação do Eng. Pedro Grácio, não é do seu conhecimento a elaboração de auditorias de qualidade com periodicidade mensal executadas pela Canon, em desrespeito pelo disposto no n.º 2, da cláusula 15.ª, do contrato associado ao CP em estudo.

Por indicação do Eng. Pedro Grácio, não é do seu conhecimento a entrega de relatório ao SSI de utilização dos equipamentos com periodicidade semestral, para eventual acerto dos consumos.

Implicações: Verifica-se o desrespeito pelo disposto no ponto n.º 2, da cláusula 15.ª, garantia e controlo de qualidade, do contrato associado ao CP n.º A0/19/2021, assim como o disposto na alínea vii., do ponto 8, do anexo - especificações técnicas, do caderno de encargos.

Medida Corretiva: Que o SSI, proceda à emissão de comunicado à empresa prestadora do serviço, Canon, a solicitar a elaboração de auditorias de qualidade, com uma periodicidade mensal, dando conhecimento do resultado das mesmas ao CHL, conforme ponto n.º2, da cláusula 15.ª, do contrato em estudo, assim como à redação de relatório de utilização semestral dos equipamentos para que possam ser efetuados eventuais acertos de consumos, conforme alínea vii., do ponto 8, do anexo - especificações técnicas, do caderno de encargos.

Ponto de Situação: No ano de 2023 o SAI vai proceder à realização de *follow-up* das medidas propostas.

Responsável pela implementação: SSSI

Prazo de Implementação: 2023

Ponto Identificado: 3.2 - CP n.º A0/19/2021 - regularização da faturação em atraso

Órgão responsável pela deteção: AI

Risco efetivo: moderado

Categoria do Risco: RO / RCO

Data da recomendação: novembro de 2022

Descrição: Verificou-se a total ausência de faturação da mensalidade do contrato associado ao CP n.º A0/19/2021, inclusive do ano de 2021. O acréscimo de gastos respeita ao período entre junho a dezembro de 2021, e não tem em consideração o início de vigência do contrato a novembro de 2021.

Implicações: Implicações na qualidade da informação financeira produzida pelo CHL. Desrespeito pelas disposições legais de faturação.

Medida Corretiva: Que o SA proceda à emissão de comunicado à Canon para a urgente regularização da faturação mensal associada à prestação de serviço do CP n.º A0/19/20201, ano de 2021 e 2022.

Que o SSI proceda à devida fundamentação dos custos associados à impressão no período entre a assinatura do contrato e o início de vigência do mesmo, caso seja determinado o início de vigência a 1 de novembro de 2021, e os coloque à consideração do CA. Importa destacar que este custo decorre do incumprimento dos prazos estabelecidos para entrega e instalação dos equipamentos por parte da Canon.

Ponto de Situação: No ano de 2023 o SAI vai proceder à realização de *follow-up* da medida proposta.

Responsável pela implementação: SSSI

Prazo de Implementação: 2023

C.2. Pontos identificados relativos a anos anteriores

Ponto Identificado: 1.1 - Análise ao procedimento de inventário do serviço farmacêutico

Órgão responsável pela deteção: AI

Risco efetivo: médio

Categoria do Risco: RO

Data da recomendação: dezembro de 2022

Descrição: As diferenças identificadas, entre as contagens físicas e os registos informáticos no serviço farmacêutico são significativas, 87% (quantidade) do total da amostra. A situação reportada sugere um débil ambiente de controlo interno.

Implicações: Ineficiente gestão de stocks.

Medida Corretiva: Que o SF proceda à revisão dos procedimentos de gestão de stocks. É recomendação do SAI a implementação de rotinas de controlo, por contagens periódicas de grupos de artigos, verificação dos valores em existência em armazéns avançados e, responsabilização dos farmacêuticos por áreas a que se encontram alocados.

Ponto de Situação: Por indicação da diretora do SF de dezembro de 2022, *“Relativamente à realização de rotinas de controlo sobre os stocks, informo que no ano de 2022 mais uma vez foi feito um esforço enorme na gestão de stocks mas devido a falta de recursos humanos, em particular farmacêuticos (relembro que 1 farmacêutico esteve de baixa prolongada durante todo o ano, trabalhou 11 dias, 7 em janeiro e 4 em abril, saiu mais 1 farmacêutica no ultimo trimestre do ano, tendo sido substituído por outra colega mas que foi necessário integrar e 1 farmacêutica de licença parental até junho e depois até setembro com horário reduzido, menos 2 horas/dia, horário de aleitação) e a outras causas multifatoriais, algumas não dependes só do SF, tais como: milhares de lançamentos á unidade e muitos com saídas manuais, falta de recursos humanos em todas as áreas e excesso de tarefas, algumas falhas na articulação com o SA, pelo mesmo motivo (falta de recursos humanos), entre outras, não foi possível atingir os objetivos propostos. “*

Responsável pela implementação: SF

Prazo de Implementação: 2023

Ponto Identificado: 1.2 - Prescrição de estupefacientes/psicotr3picos e hemoderivados

3rg3o respons3vel pela dete33o: AI

Risco efetivo: elevado

Categoria do Risco: RO / RCO

Data da recomenda33o: dezembro de 2021

Descri33o: Que o SF realize os procedimentos necess3rios 3 desmaterializa33o das requisizi33es de estupefacientes/psicotr3picos e hemoderivados, no sentido de terminar com a exist3ncia de saídas manuais e conseqüentemente minimizar os erros da3 resultantes.

Implica33es: Erros nas quantidades em stock. Redu33o da qualidade do servi3o prestado.

Medida Corretiva: Que o SF realize os procedimentos necess3rios 3 desmaterializa33o das requisizi33es de estupefacientes/psicotr3picos e hemoderivados, no sentido de terminar com a exist3ncia de saídas manuais e conseqüentemente minimizar os erros da3 resultantes.

Ponto de Situa33o: Por indica33o da Diretora do servi3o farmac3utico de dezembro de 2022 *“Ir3o ser feitos todos os esfor3os para, no 1º trimestre de 2023, ser implementada a desmaterializa33o das requisizi33es de estupefacientes e hemoderivados. Mas mais uma vez 3 imperativo recursos humanos em nº suficiente para as solicita33es atuais. Os erros verificados s3o devidos a lan3amentos manuais de saídas. No entanto para cada artigo existem fichas de prateleira com registo de movimentos de entradas/saídas e que 3 controlado regularmente pelos farmac3uticos que fazem a dispensa e porque as contagens f3sicas estavam em concord3ncia com o das fichas, foram corrigidas as discrep3ncias.”*

Respons3vel pela implementa33o: SF

Prazo de Implementa33o: 2023

Ponto Identificado: 2.1 - Centralização dos procedimentos de compra (ajuste direto)

Órgão responsável pela deteção: AI

Risco efetivo: moderado

Categoria do Risco: RCO

Data da recomendação: abril de 2021

Descrição: O SAI realizou ação de auditoria a um conjunto de procedimentos de aquisição por ajuste direto, relatório com a referência n.º 3/2021, tendo-se verificado que estes não foram convenientemente realizados pelo SA, onde se deveria encontrar centralizado a totalidade das aquisições. Verificou-se que 1 dos 8 procedimentos analisados 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: Que se proceda à centralização da aquisição de bens e serviços, empreitadas em um único serviço, para a correta gestão do procedimento e cumprimento do disposto na alínea a), do ponto 1., do Despacho n.º 851-A/2007, de 13 de janeiro, do Gabinete do Ministro da Saúde.

Ponto de Situação: No ano de 2022 verificou-se junto do SA, o desenvolvimento de procedimentos de aquisição à margem deste Serviço.

No ano de 2023 o SAI vai proceder à realização de *follow-up* da medida proposta.

Responsável pela implementação: SA / SIE

Prazo de Implementação: 2023

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

Órgão responsável pela detecção: AI

Risco efetivo: 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 recepção e conferência.

Medida Corretiva: Que se proceda à implementação da rubrica de faturas em recepção 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 2022, realizaram testes e simulações à implementação da rubrica de faturas em recepção e conferência com a empresa ST+I. Devido a incompatibilidades entre os vários aplicativos, GHAF e SICCC, não foi possível concretizar a implementação.

Em desenvolvimento.

Responsável pela implementação: SGF

Prazo de Implementação: 2023

Ponto Identificado: 4.1 – Regulamento interno de utilização de viaturas do CHL

Órgão responsável pela deteção: AI

Risco efetivo: 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.

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.”*.

Não foram identificados desenvolvimentos no ano de 2022.

Responsável pela implementação: SIE/ GJ

Prazo de Implementação: 2023

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 2022, foram colmatadas deficiências identificadas de anos anteriores com impacto direto no SCI, permanecendo cinco recomendações sem implementação. 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 principal justificação à não implementação das recomendações.

Técnico Superior de auditoria

Rui Gaio

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

Impacto	1 Reduzido	2 Moderado	3 Significativo	4 Elevado	5 Muito elevado
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€ ¹	2 M€ ¹ <X <10 M€ ¹	10 M€ ¹ <X <30 M€ ¹	40 M€ ¹ <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.

¹-Milhoes de euros

Tabela II – Probabilidade de ocorrência

Probabilidade	1 Muito Improvável	2 Improvável	3 Ocasional	4 Frequente	5 Muito frequente
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 controle	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.