

30/03/2016

Aprovado

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL, E.P.E.  
Conselho de Administração



CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL, E.P.E.

---

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

---

2015

# Índice

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS .....	3
I. INTRODUÇÃO .....	4
II. ENQUADRAMENTO .....	6
1. Caracterização do CHLO .....	6
2. Missão .....	6
3. Visão .....	7
4. Valores .....	7
5. Código de Ética .....	7
6. Organização Geral .....	8
7. Organograma .....	9
III. PGRIC – 1ª REVISÃO 2015.....	10
IV. ATIVIDADE DESENVOLVIDA.....	11
V. AVALIAÇÃO E RECOMENDAÇÕES .....	12
VI. CONCLUSÃO.....	19
VII. DISTRIBUIÇÃO DO RELATÓRIO.....	19
ANEXO:.....	19

### LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>CA</b>	Conselho de Administração
<b>CHLO</b>	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE
<b>CPC</b>	Conselho de Prevenção da Corrupção
<b>EPE</b>	Entidade Pública Empresarial
<b>EUG</b>	Espólio - Urgência Geral
<b>HEM</b>	Hospital de Egas Moniz
<b>HSC</b>	Hospital Santa Cruz
<b>HSFX</b>	Hospital São Francisco Xavier
<b>PGRCIC</b>	Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas
<b>PO</b>	Probabilidade de Ocorrência
<b>SAI</b>	Serviço de Auditoria Interna
<b>SF</b>	Serviço Financeiro
<b>SFARM</b>	Serviços Farmacêuticos
<b>SG</b>	Secretaria - Geral
<b>SGCLD</b>	Serviço de Gestão de Compras, Logística e Distribuição
<b>SGD</b>	Serviço de Gestão de Doentes
<b>SGERH</b>	Serviço de Gestão Estratégica de Recursos Humanos
<b>SGH</b>	Serviço de Gestão Hoteleira
<b>SIE</b>	Serviço de Instalações e Equipamentos
<b>SJC</b>	Serviço Jurídico e de Contencioso
<b>SPACG</b>	Serviço de Planeamento, Análise e Controlo de Gestão
<b>SSTI</b>	Serviço de Sistemas e Tecnologias de Informação
<b>ST</b>	Serviço de Transportes
<b>SUCH</b>	Serviço de Utilização Comum dos Hospitais

## Serviço de Auditoria Interna

### I. INTRODUÇÃO

1. O conselho de Prevenção da Corrupção (CPC), criado pela Lei n.º 54/2008, de 4 de setembro, é uma entidade administrativa independente que funciona junto do Tribunal de Contas e desenvolve uma atividade de âmbito nacional no domínio da prevenção da corrupção e infrações conexas.

De acordo com o n.º 2 do artigo 7.º da referida lei, “ são consideradas atividades de risco agravado, designadamente, as que abrangem aquisições de bens e serviços, empreitas de obras públicas e concessões sem concurso, as permutas de imóveis do Estado com imóveis particulares, as decisões de ordenamento e gestão patrimonial, bem como quaisquer outras suscetíveis de propiciar informação privilegiada para aquisições pelos agentes que nelas participem ou seus familiares”.

2. O CPC, na sua reunião de 4 de março de 2009, deliberou:

a) Reconhecer a necessidade de as entidades, serviços e organismos gestores de dinheiros, valores ou património públicos, adotarem medidas de identificação de riscos de corrupção e infrações conexas, com indicação de medidas preventivas da sua ocorrência e definição dos responsáveis;

b) Aprovar um questionário, destinado a servir de guia na avaliação dos riscos nas áreas da contratação pública e da concessão de benefícios públicos;

c) Solicitar a todos os Dirigentes máximos das entidades, serviços e organismos da Administração Pública Central e Regional, direta e indireta, bem como a todos os Municípios o preenchimento de tal questionário.

3. O CPC aprovou em 1 de julho de 2009 a Recomendação n.º 1/2009, publicada no Diário da República (DR), 2ª Série, N.º 140, de 22 de julho de 2009 através da qual definiu orientações para a elaboração do Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PGRIC), incluindo, entre outros, os seguintes elementos:

- Identificação, relativamente a cada área ou departamento, dos riscos de corrupção e infrações conexas;
- Com base na referida identificação de riscos, indicação das medidas adotadas que previnam a sua ocorrência (por e.g. mecanismos de controlo interno; segregação de funções, definição prévia de critérios gerais e abstratos, designadamente na concessão de benefícios públicos

## Serviço de Auditoria Interna

e no recurso a especialistas externos, nomeação de júris diferenciados para cada concurso, programação de ações de formação adequada, etc.);

- Definição e identificação dos vários responsáveis, envolvidos na gestão do plano, sob a direção do órgão máximo;
- Elaboração anual de um relatório sobre a execução do plano.

4. De referir ainda que, de acordo com a Recomendação n.º 5/2012 do CPC, publicada no DR, 2ª Série, N.º 219, de 13 de novembro de 2012, “ *as entidades de natureza pública devem dispor de mecanismos de acompanhamento e gestão de conflitos de interesses, devidamente publicitados, que incluam também o período que sucede ao exercício de funções públicas, com indicação das consequências legais. Devem, ainda, incluir nos seus relatórios sobre a execução dos planos de prevenção de riscos uma referência sobre a gestão de conflitos de interesses*”.

5. Considerando o peso e a importância dos contratos públicos na economia e na despesa do Estado e demais entidades gestoras de recursos públicos, o CPC aprovou a Recomendação n.º 1/2015, de 7 de janeiro de 2015 publicada no DR, 2ª Série, N.º 8, de 13 de janeiro de 2015 dirigida a todas as entidades que celebrem contratos públicos que, de uma forma sintética, frisa a necessidade de serem assegurados mecanismos de controlo na formação e execução dos contratos, devendo, em especial fundamentar sempre a escolha do adjudicatário, incentivar a existência de recursos humanos com formação adequada, reduzir o recurso ao ajuste direto, e garantir a transparência e a publicidade da vontade de contratar.

6. Foi ainda publicada a Recomendação n.º 3/2015 no DR, 2ª Série, N.º 132 de 09 de julho de 2015 que define as seguintes linhas de orientação:

- Os Planos de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas, devem identificar de modo exaustivo os riscos de gestão, incluindo os de corrupção, bem como as correspondentes medidas preventivas;
- Os riscos devem ser identificados relativamente às funções, ações e procedimentos realizados por todas as unidades da estrutura orgânica das entidades, incluindo os gabinetes, as funções e os cargos de direção de topo;
- Os Planos devem designar responsáveis setoriais e um responsável geral pela sua execução e monitorização, bem como pela elaboração dos correspondentes relatórios anuais;
- As entidades devem realizar ações de formação, de divulgação, reflexão e esclarecimento dos seus Planos junto dos trabalhadores e que contribuam para o seu envolvimento numa cultura de prevenção de riscos;
- Os Planos devem ser publicados nos sítios da internet das entidades a que respeitam, excetuando as matérias e as vertentes que apresentem

## **Serviço de Auditoria Interna**

uma natureza reservada, de modo a consolidar a promoção de uma política de transparência na gestão pública.

7. Assim, no sentido de dar cumprimento às Recomendações anteriormente referidas do CPC, o Conselho de Administração (CA) do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E. (CHLO) aprovou o primeiro PGRCIC no dia 30 de julho de 2014 e a sua primeira revisão, em 02 de dezembro de 2015.

## **II. ENQUADRAMENTO**

### **1. Caracterização do CHLO**

O Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E. é um estabelecimento integrado no Serviço Nacional de Saúde, sendo uma pessoa coletiva de direito público, de natureza empresarial, dotada de personalidade jurídica, com autonomia administrativa, financeira e patrimonial.

Integrou, por fusão, o Hospital de Egas Moniz, SA, o Hospital de Santa Cruz, SA e o Hospital de São Francisco Xavier, SA, os quais, situados em áreas físicas distintas, visam prosseguir, de forma integrada e coordenada, os objetivos do CHLO, EPE.

O Centro Hospitalar rege-se pelo regime jurídico aplicável às entidades públicas empresariais, com as especificidades previstas no Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro e nos Estatutos constantes dos anexos I e II a esse diploma, com as subsequentes alterações que lhe foram introduzidas, bem como pelas normas em vigor para o Serviço Nacional de Saúde que os não contrariem e pelo seu regulamento interno.

### **2. Missão**

O CHLO tem como missão a prestação de cuidados de saúde a todos os cidadãos no âmbito das responsabilidades e capacidades das Unidades Hospitalares que o integram, dando execução às definições de política de saúde a nível nacional e regional, aos planos estratégicos e decisões superiormente aprovados.

Intervém de acordo com as áreas de influência e redes de referência, cumprindo os contratos – programa celebrados, em articulação com as instituições integradas na rede de prestação de cuidados de saúde.

O CHLO desenvolve ainda atividades complementares como as de ensino pré e pós-graduado, investigação e formação, submetendo-se à regulamentação de âmbito nacional que rege a matéria dos processos de ensino - aprendizagem no domínio da saúde, sem prejuízo da celebração de contratos para efeitos de

## **Serviço de Auditoria Interna**

organização interna, repartição do investimento e compensação dos encargos que forem estipulados.

Nestas suas atividades, o CHLO estabelece ligação e atividades partilhadas com outras instituições de Saúde e de Ensino, em ações de complementaridade.

### **3. Visão**

Na sua visão, o CHLO preocupa-se em ser reconhecido, pelo cidadão em geral, como uma unidade de prestação de cuidados de saúde humanizados, de qualidade e em tempo oportuno, que promova o desenvolvimento de áreas de diferenciação e de referência na prestação de cuidados de saúde.

Da mesma forma, preocupa-se que o acionista o reconheça, como uma organização em que o aumento da eficiência e eficácia, num quadro de equilíbrio económico e financeiro sustentável é uma realidade, sem descorar a:

- Implementação de projetos de prestação de cuidados de saúde em ambulatório e ao domicílio, para minimizar o impacto da hospitalização;
- Promoção da investigação clínica;
- Formação profissional pré e pós graduada.

### **4. Valores**

No desenvolvimento de todas as suas atividades, o CHLO rege-se pelos seguintes valores:

- Humanização e não discriminação;
- Respeito pela dignidade individual de cada doente;
- Promoção da saúde na comunidade;
- Atualização face aos avanços da investigação e da ciência;
- Competência técnico-profissional;
- Ética profissional;
- Promoção da multidisciplinaridade;
- Respeito pelo ambiente.

### **5. Código de Ética**

O combate à corrupção e infrações conexas transcende o processo de identificação de riscos, definição e implementação de medidas preventivas. Exige um compromisso de todos os dirigentes e trabalhadores do CHLO, que devem adotar comportamentos assentes nos valores de integridade, responsabilidade, transparência e isenção, observando os princípios e recomendações vertidos no Código de Ética do CHLO, designadamente no que respeita à matéria referente aos conflitos de interesses.

### 6. Organização Geral

O Centro Hospitalar organiza-se segundo um modelo que, sob a orientação e responsabilidade do órgão de administração, prevê, para além das unidades operacionais de natureza assistencial no domínio da prestação direta ou indireta de cuidados de saúde, níveis intermédios de gestão e unidades de tipo logístico para apoio e suporte às unidades de natureza assistencial, próprias de cada unidade hospitalar que o integra ou comuns a todas elas.

São unidades de natureza assistencial os serviços de ação médica e os centros especializados que sejam criados com a intenção de desenvolver novas áreas de atividade, promovendo nomeadamente a investigação nas áreas clínicas através de protocolos que incluam o financiamento dos projetos.

Os serviços de ação médica são configurados como áreas de prestação direta de cuidados, representando as linhas da produção final do Centro Hospitalar.

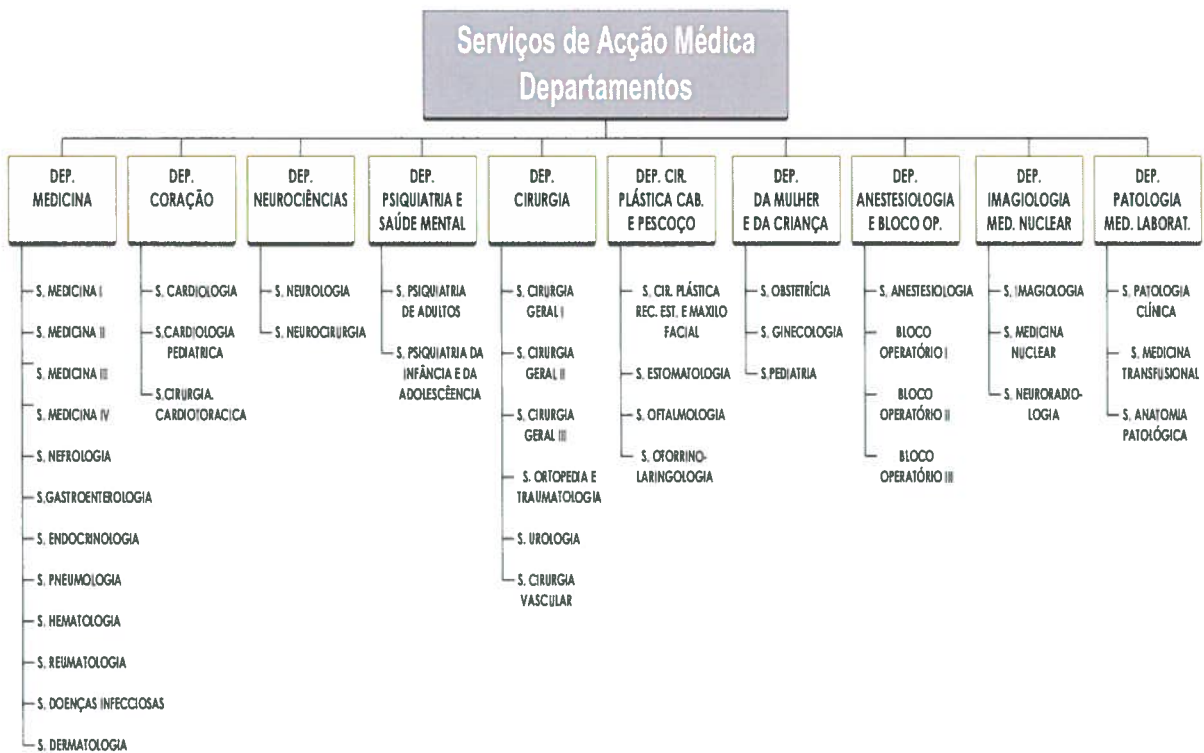
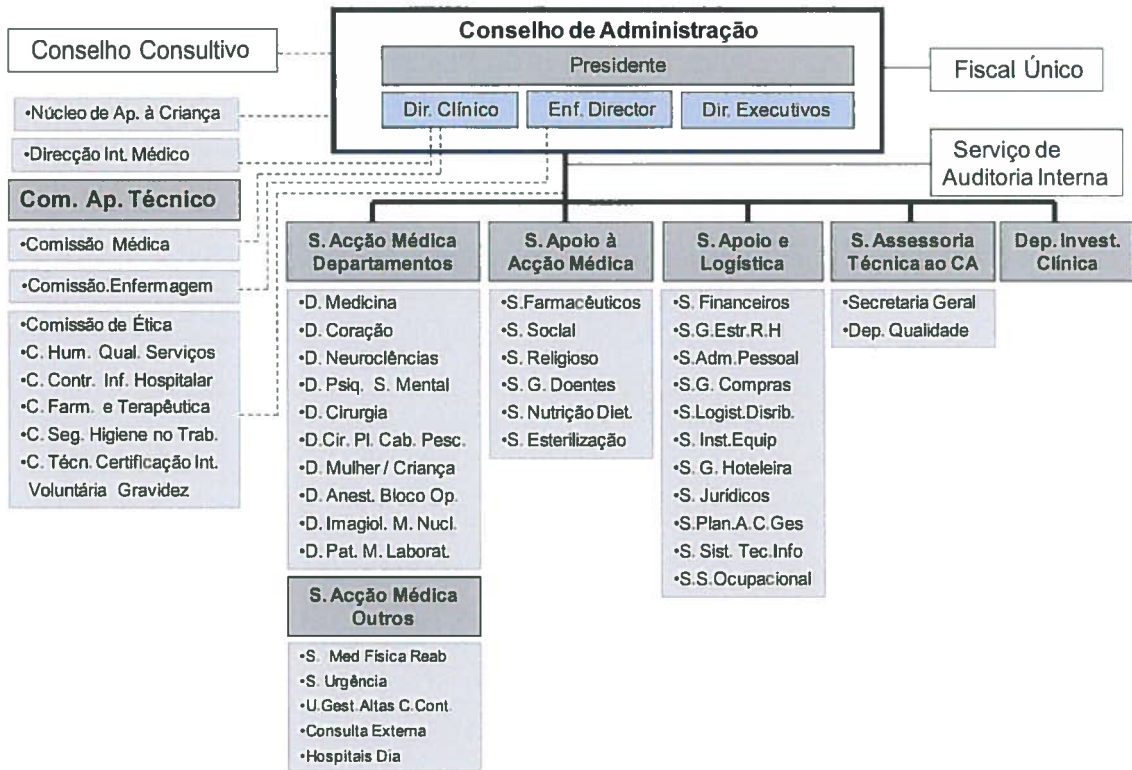
Os serviços de ação médica desenvolvem-se num plano horizontal, juntando competências afins em unidades funcionais tão homogéneas quanto possível, de modo a poderem corresponder e acompanhar, em cada momento, a evolução do conhecimento técnico-científico, dando resposta adequada, em qualidade, prontidão e eficiência, às situações com que se confrontam.

Os serviços de apoio à ação médica e os serviços de apoio geral e logística estruturam-se verticalmente, interpondo-se de modo flexível e oportuno no fluxo de doentes que se integram naquelas linhas de produção assistencial.

Existem ainda serviços de assessoria técnica ao Conselho de Administração, conforme se encontram definidos no Regulamento Interno do CHLO, EPE.



7. Organograma



## Serviço de Auditoria Interna

### III. PGRIC – 1ª REVISÃO 2015

Em 2015, o CHLO procedeu à 1ª revisão do PGRIC (aprovado pelo CA, em 02/12/2015) de modo a dar cumprimento às recomendações anteriormente mencionadas, tendo incrementado os Planos dos Serviços abaixo indicados, respetivos riscos e medidas de melhoria (preventivas/corretivas) e efetuou os ajustamentos considerados oportunos nos Serviços que constam no Plano inicial, no sentido de dirimir ou mitigar os riscos indicados.

- Conselho de Administração (CA);
- Serviço de Auditoria Interna (SAI);
- Serviço Jurídico e de Contencioso (SJC);
- Serviço de Planeamento, Análise e Controlo de Gestão (SPACG);
- Secretaria – Geral (SG);
- Serviço de Transportes (ST);
- Serviços Farmacêuticos (SFARM);
- Espólio – Urgência Geral (EUG);
- Áreas Clínicas (AC).

São vários os fatores que podem potenciar situações de risco de corrupção e infrações conexas, tais como:

- A competência da gestão;
- A idoneidade dos gestores e decisores;
- A qualidade do sistema de controlo interno e a sua eficácia;
- A conduta dos colaboradores das instituições e a existência de normas e/ou princípios que pautem a sua atuação;
- A própria legislação, que por vezes não propicia, de forma fácil a tomada de decisões sem riscos. Por vezes, a legislação a aplicar é burocratizante, complexa, vasta e desarticulada, condicionando uma gestão flexível e ágil da gestão dos recursos públicos (financeiros, humanos e materiais) que potencia o risco de existência de irregularidades.

Os Serviços que atualmente constituem parte integrante do PGRIC do CHLO são os seguintes:

- Conselho de Administração (CA);
- Serviço de Auditoria Interna (SAI);
- Serviço Jurídico e de Contencioso (SJC);
- Serviço de Planeamento, Análise e Controlo de Gestão (SPACG);
- Serviço de Gestão de Compras, Logística e Distribuição (SGCLD);
- Serviço de Gestão Hoteleira (SGH);
- Serviço de Sistemas e Tecnologias de Informação (SSTI);

## Serviço de Auditoria Interna

- Serviço Financeiro (SF);
- Serviço de Gestão Estratégica de Recursos Humanos (SGERH);
- Serviço de Gestão de Doentes (SGD);
- Serviço de Instalações e Equipamentos (SIE);
- Secretaria – Geral (SG);
- Serviço de Transportes (ST);
- Serviços Farmacêuticos (SFARM);
- Espólio – Urgência Geral (EUG);
- Áreas Clínicas (AC).

### IV. ATIVIDADE DESENVOLVIDA

Em cumprimento do estabelecido na alínea d), do ponto 1.1, da Recomendação n.º 1/2009 do CPC e considerando o Plano em vigor, elabora-se o Relatório Anual de Execução do PGRIC do CHLO de 2015.

Este Relatório Anual de Execução é alicerçado na aferição das medidas de melhoria (preventivas/corretivas) que constam no Plano, se foram, ou não, implementadas/executadas durante o ano de 2015, tendo em consideração os prazos definidos, no sentido de mitigar ou dirimir os riscos correspondentes.

Para o efeito, o SAI desenvolveu o seguinte trabalho:

- 1) Elaboração de um questionário, aprovado pelo CA, que foi submetido a todos os diretores/responsáveis dos Serviços que fazem parte do Plano para procederem ao seu preenchimento. Após a receção das respostas, foi efetuada a sua avaliação.
- 2) Por amostragem, procedeu à avaliação de alguns riscos e da execução das respetivas medidas de melhoria (preventivas/corretivas) constantes nas matrizes de risco dos seguintes Serviços:
  - Serviço de Gestão Hoteleira;
  - Serviço Financeiro;
  - Serviço de Gestão de Compras.

Relativamente ao trabalho de amostragem para avaliação das **MATRIZES DE RISCO** do Serviço de Gestão Hoteleira o SAI procedeu à análise das auditorias efetuadas por este Serviço conjuntamente com a Safira – empresa responsável pela Limpeza e o SUCH – empresa responsável pelos Resíduos.

Em relação ao Serviço Financeiro o SAI avaliou os riscos que considera mais preponderantes, inerentes às áreas dos Pagamentos e adiantamentos a

## Serviço de Auditoria Interna

fornecedores; Recebimentos de clientes; Atribuição de isenção de taxas moderadoras; Prescrição da faturação.

Por último, e relativamente ao Serviço de Gestão de Compras, o SAI avaliou os riscos associados à Violação de deveres funcionais e valores como a independência, integridade, transparência, responsabilidade e imparcialidade; A solicitação de aquisição de bens/serviços/obras desadequados às necessidades da instituição; O favorecimento de fornecedores; Os cadernos de encargos pouco claros, incompletos ou discriminatórios.

## V. AVALIAÇÃO E RECOMENDAÇÕES

Relativamente ao QUESTIONÁRIO RELATIVO À AVALIAÇÃO/EXECUÇÃO DO PGRIC - 2015, resume-se de seguida as perguntas formuladas e as respostas obtidas.

### 1. IDENTIFICAÇÃO DO RISCO

Atualmente os riscos mencionados no Plano em vigor, são adequados e suficientes?

A totalidade dos Serviços (16) respondeu, SIM.

### 2. PROBABILIDADE DE OCORRÊNCIA (Baixa, Média e Alta - a usar)

À data atual, a escala apresentada para os respetivos riscos é a adequada?

A totalidade dos Serviços (16) respondeu, SIM.

### 3. ESCALA DE RISCO (Baixo, Médio e Alto - a usar)

À data atual, a escala apresentada para os respetivos riscos é a adequada?

A totalidade dos Serviços (16) respondeu, SIM.

### 4. MECANISMO (S) DE CONTROLO INTERNO EXISTENTE (S)

Os mecanismos de controlo interno que constam no Plano são suficientes para mitigar/dirimir os riscos apresentados?

A totalidade dos Serviços (16) respondeu, SIM.

## Serviço de Auditoria Interna

### PLANO DE ACÇÃO

#### 5. MEDIDAS DE MELHORIAS (PREVENTIVAS /CORRETIVAS)

A implementação das medidas supracitadas garante a robustez (eficácia/eficiência) dos mecanismos de Controlo Interno, que constam no Plano?

A totalidade dos Serviços (16) respondeu, SIM.

#### 6. RESPONSÁVEL (VEIS) PELA EXECUÇÃO DAS MEDIDAS REFERIDAS NO PONTO 5.

Os responsáveis pela implementação e execução das medidas de melhoria mantêm-se?

2 Serviços (SF e SGD, (12,5%) responderam, NÃO.

Apesar das alterações verificadas o SAI não prevê que as medidas existentes para mitigar os riscos possam vir a ser postas em causa.

#### 7. PRAZO DE EXECUÇÃO

Os prazos de execução apresentados no Plano, estão a ser cumpridos consoante os timings definidos?

O Serviço (SFARM, (6,25%) respondeu, NÃO.

**7.1. Se respondeu NÃO, indique de forma discriminada as razões da não execução ou da execução parcial das medidas.**

Ainda não foram instaladas as câmaras de vídeo nas farmácias do HEM e HSC, apesar das solicitações feitas pelas suas responsáveis. No HAFX as câmaras estão instaladas, mas não estão ligadas à central de videovigilância.

#### 8. EXECUÇÃO DO PLANO

Têm existido dificuldades na execução do Plano?

3 Serviços (SSTI, SGD e SFARM, (18,75%) responderam SIM.

**8.1 Se respondeu SIM, identifique o (s) tipo (s) de dificuldade (s)**

O SSTI refere que o Plano tem sido cumprido na sua generalidade. No entanto, destaca a existência de períodos de algum constrangimento, dado o número de colaboradores existentes à data, abaixo do qual se condiciona o normal funcionamento do Serviço.

O SGD alega como condicionante a impossibilidade de integração automática de alguma informação referente a MCDT'S realizados no exterior no Sistema de Informação Hospitalar.

## **Serviço de Auditoria Interna**

O incumprimento do Plano apontado pelo SFARM deve-se ao referido no ponto 7.1. Contudo, questionado o CA o SAI foi informado que o SGC têm a decorrer o processo de aquisição de um sistema de videovigilância (CCTV) para fazer face às situações anteriormente referidas, encontrando-se na fase do levantamento da especificação técnica.

### **Recomendação**

Relativamente às três situações anteriormente referidas, o SAI apela aos seus responsáveis para atuarem no intuito da sua resolução com a maior celeridade possível, de modo que os possíveis riscos que delas possam surgir, não venham a ocorrer.

## **Serviço de Gestão Hoteleira**

### **Rouparia/Lavandaria**

Relativamente a esta área constam do PGRCIC 5 riscos de probabilidade de ocorrência média e 1 com alta.

### **Limpeza**

Relativamente a esta área constam do PGRCIC 5 riscos de probabilidade de ocorrência alta e 2 com média.

### **Resíduos**

Relativamente a esta área constam do PGRCIC 3 riscos de probabilidade de ocorrência alta e 1 com média.

### **Alimentação**

Relativamente a esta área constam do PGRCIC 3 riscos de probabilidade de ocorrência alta e 2 com média.

Foram realizadas diversas auditorias conjuntas durante o ano de 2015, entre o SGH e a Safira – empresa responsável pela Limpeza e entre o SGH e o SUCH – empresa responsável pelos Resíduos, a vários Serviços do CHLO com o objetivo de verificarem a qualidade dos serviços prestados de modo a detetarem inconformidades relativamente às disposições planeadas ou estabelecidas previamente (Caderno de Encargos) e serem implementadas as medidas adequadas pelos responsáveis, no sentido de serem eliminadas ou minimizadas. Também foram efetuadas ações de formação e sensibilização junto dos profissionais destas áreas. Sendo de realçar os resultados proficuos (melhorias) provenientes quer das auditorias bem como da formação e sensibilização. No que diz respeito, à Rouparia/Lavandaria o SGH visitou as lavandarias da Lavapor e SUCH que

## **Serviço de Auditoria Interna**

operaram para o CHLO em 2015, para análise de processos e verificação do tratamento da roupa. Relativamente à Alimentação, as auditorias têm sido realizadas pelo Serviço de Alimentação e Dietética, tendo o CHLO efetuado obras de manutenção/recuperação no seguimento das visitas da ASAE a todas as unidades hospitalares do CHLO (HEM, HSFX e HSC) com vista à supressão dos assuntos referenciados por esta entidade.

O SAI analisou os relatórios referentes às auditorias anteriormente referidas e verificou que são referidas algumas inconformidades, para as quais foram propostas medidas a implementar com o objetivo de contribuírem para uma melhoria qualitativa "otimização" dos serviços prestados. Devendo as medidas ser orientadas e geridas por um representante da unidade hospitalar (CHLO) e outro da empresa com vista ao seu cumprimento.

### **Recomendação**

O SAI recomenda que o SGH desenvolva os mecanismos necessários para a implementação total das propostas referidas nas auditorias atrás referidas.

Tendo em consideração que as matrizes do PGRIC do SGH referem níveis de riscos de probabilidade de ocorrência, em todas as áreas, médios e altos, o SAI preconiza que este Serviço adote as medidas preventivas/corretivas e realize as auditorias de acordo com o estipulado no PGRIC, tendo em vista uma melhoria generalizada dos níveis de risco e consequentes benefícios para os serviços, utentes e organização.

## **Serviço Financeiro**

### **Pagamento de Despesas**

Relativamente a esta área constam do PGRIC 1 risco de probabilidade de ocorrência (PO) baixa e 1 com alta.

### **Pagamentos diferentes da dívida em conta corrente dos fornecedores-(PO) baixa**

- A segregação de funções é assegurada;
- É feito o acompanhamento e supervisão da responsabilização das funções inerentes a cada profissional;
- Os pagamentos são devidamente autorizados;
- Os NIB'S utilizados para os pagamentos a fornecedores por transferência bancária são inseridos na aplicação do Serviço Financeiro, unicamente pelo

## Serviço de Auditoria Interna

colaborador que têm essa função, após ter em seu poder a FICHA DE FORNECEDOR devidamente assinada (em anexo), cujo preenchimento é da inteira responsabilidade da entidade respetiva e à qual está obrigada a anexar documento bancário, cópia do Cartão de Contribuinte e os contratos de Factoring caso se apliquem.

- Não são efetuados pagamentos sem terem sido feitas as circularizações das respetivas contas correntes;
- As circularizações das contas correntes tendo sido efetuadas regularmente e de forma progressiva, e as diferenças/discrepâncias têm vindo a diminuir significativamente. Registe-se, que todas as faturas antes de serem conferidas são lançadas na conta 228/225 (POCMS/SNC) - Faturas em receção e conferência.
- A morosidade da conferência de faturas têm vindo a decrescer, bem como as faturas por conferir;
- O Saldo da conta 228/225 (POCMS/SNC) Faturas em receção e conferência no final do ano de 2015 representa 38% do saldo inicial.

### **Recomendação**

Apesar da conta 228/225 (POCMS/SNC) - Faturas em receção e conferência evidenciar melhorias no saldo e na sua composição, mas ainda aquém do aconselhado, o SAI preconiza que o seu conteúdo seja analisado regularmente e tomadas as medidas adequadas, no sentido, do seu saldo ser o menor possível e no final do ano ser praticamente nulo.

### **Adiantamentos a fornecedores - (PO) alta**

De acordo com o referido no Plano, os adiantamentos a fornecedores só devem ocorrer em situações que coloquem em causa o normal funcionamento dos serviços, e.g. o não fornecimento de medicamentos, nos casos, em que estes não estejam adjudicados, carecendo de autorização especial para o efeito.

Tendo em consideração o saldo da conta 229/228 (POCMS/SNC) - Adiantamentos a fornecedores e verificando-se que 84,74% deste é anterior a 2015.

### **Recomendação**

Que relativamente a esta conta sejam desencadeadas todas as ações contempladas no Plano.

Apesar das transações da conta em apreço serem movimentadas contabilisticamente com os respetivos códigos de fornecedor, estas não constam



## Serviço de Auditoria Interna

nas nossas contas correntes conjuntamente com as restantes transações. Assim, preconiza-se que através do código certifiquem se ainda são nossos fornecedores, de modo, a se poder descontar em tempo oportuno os adiantamentos que nos são devidos. Caso contrário, verificar se essas entidades ainda existem, afim, de lhes solicitar que nos paguem, através de carta registada, devendo conter a documentação do adiantamento. Se as entidades já não existirem à que proceder à sua anulação.

### Cobrança de Receita

Relativamente a esta área constam do PGRIC 2 riscos de probabilidade de ocorrência (PO) alta e 1 com baixa.

- **Recebimentos diferentes da dívida em conta corrente dos clientes - (PO) Alta;**
- **Atribuição de Isenção de Taxas Moderadoras - (PO) Baixa;**
- **Prescrição da Faturação - (PO) Alta**

As segregações de funções estão devidamente asseguradas em ambas as situações. E no que diz respeito às isenções das taxas moderadoras os acessos são restritos e muito rigorosos. É feito o acompanhamento e supervisão da responsabilização das funções inerentes a cada profissional.

E as medidas de melhoria (preventivas/corretivas) propostas estão a ser praticadas, nomeadamente:

- ✓ Anulação/ajustamento de receita só são registadas depois de autorizadas pelo CA;
- ✓ Circularização anual de saldos;
- ✓ Reconciliações bancárias mensais;
- ✓ Análise semanal das isenções atribuídas pelos colaboradores;
- ✓ Análise mensal da antiguidade da dívida dos clientes e respetivo acompanhamento da mesma.

### **Recomendação**

Apesar das medidas propostas estarem a ser executadas, mas devido a área da Cobrança da Receita apresentar com (PO) Alta os **Recebimentos diferentes da dívida em conta corrente e a Prescrição da Faturação** o SAI preconiza que se intensifiquem as ações atrás referidas no sentido da diminuição do nível dos riscos, caso não venha a acontecer deverá ser feita uma reavaliação e proceder-se aos ajustamentos tido por convenientes.

## **Serviço de Gestão de Compras**

### **Aquisições**

Relativamente a esta área constam do PGRCIC 4 riscos de probabilidade de ocorrência baixa.

### **Violação de deveres funcionais e valores como independência, integridade, transparência, responsabilidade e imparcialidade - (PO) Baixa**

- ✓ Para fazer face aos assuntos acima descritos existe o manual de procedimentos e respetiva divulgação.

### **Solicitação de aquisição de bens/serviços/obras desadequados às necessidades da instituição - (PO) Baixa**

- ✓ Existe a segregação de funções (quem faz o pedido, quem avalia e quem autoriza são colaboradores diferentes).
- ✓ Está a ser executada a implementação de um sistema estruturado de avaliação das necessidades.

### **Favorecimento de fornecedores - (PO) Baixa**

- ✓ Em execução a utilização da plataforma eletrónica e da sua lista de fornecedores como referência, no maior número de procedimentos.
- ✓ Em execução a integração de todas as apresentações espontâneas de fornecedores numa base de dados, tendo como prazo de execução o 1º semestre de 2016.
- ✓ A existência de júris.
- ✓ Quantos alguns procedimentos permitem a dispensa de júri, o parecer técnico é obtido junto dos colaboradores das áreas respetivas.

### **Cadernos de encargos pouco claros, incompletos ou discriminatórios - (PO) Baixa**

- ✓ Existência de manual de procedimentos;
- ✓ Validação pelas comissões de avaliação técnica das cláusulas técnicas e caderno de encargos;
- ✓ Envolvimento de pelo menos duas pessoas na elaboração das especificações técnicas. É de salientar o trabalho magnífico que têm sido efetuado pelas comissões de escolha,
- ✓ Acompanhamento e supervisão do trabalho desenvolvido pelos funcionários e pelos responsáveis dos setores.

## Serviço de Auditoria Interna

### VI. CONCLUSÃO

O Relatório Anual de Execução do PGRIC do ano de 2015 tem como objetivo aferir se as medidas de melhoria (preventivas/corretivas) a adotar que constam no Plano se foram, ou não, implementadas/executadas durante o ano de 2015, tendo em consideração os prazos definidos, no sentido de mitigar ou dirimir os riscos correspondentes. Importa realçar que foi efetuada em 2015, a 1ª revisão do Plano, tendo sido aprovada, em 02/12/2015, podendo-se considerar como uma condicionante à implementação de algumas medidas e da sua avaliação, dado o tempo decorrido entre a sua aprovação e o final do ano.

Independentemente do número de medidas constantes no PGRIC (implementadas ou não), esta revisão serviu para promover o debate e a divulgação dos princípios éticos e da boa gestão que deve presidir à gestão hospitalar, bem como alertar e sensibilizar para uma cultura de boas práticas, nomeadamente para a existência de um sistema de controlo interno mais exigente e rigoroso que permita aumentar a sua eficácia e eficiência em todas as atividades do CHLO.

Sendo o PGRIC um instrumento fundamental para gestão, este deve ser entendido como dinâmico, sujeito a um aperfeiçoamento contínuo, através da experiência que vai sendo adquirida e tendo em consideração o contexto atual e as novas situações que vão surgindo no seio da organização (CHLO).

### VII. DISTRIBUIÇÃO DO RELATÓRIO

Nos termos da Recomendação n.º 1/2009 do CPC, publicada no DR, 2ª Série, N.º 140, de 22 de julho de 2009 e n.º 1 do artigo 46.º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro, devem ser enviadas cópias para:

- ✓ Divulgação na internet e intranet do CHLO;
- ✓ Conselho de Prevenção da Corrupção;
- ✓ Órgãos de superintendência, tutela e controlo (MS, ARSLVT, ACSS, IGAS e IGF).

ANEXO:

FICHA DE FORNECEDOR

Elaborado pelo Serviço de Auditoria Interna, em 28 de março de 2016.



### FICHA DE FORNECEDOR

Código:

Nome:

NIF:

Nacionalidade:

NISS:

NIF Estrangeiro:

Morada:

Cod. Post:

Contato Comercial

Contato Financeiro

Fax:

E-Mail:

NIB:

IBAN:

SWIFT:

Factoring:

Condições de Pagamento:

Observações:

Anexos: Cópia do cartão de contribuinte  
Carta Banco/Factoring

**TOC**  

---

  
Data: \_\_\_\_\_

Diretora Financeira  

---

Elaborado por: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Assinatura do Responsável

\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_