

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

2017

## RELATÓRIO ANUAL



HOSPITAL SANTA MARIA MAIOR, EPE  
Reunião do Conselho de Administração

Data 2018/11/15 Ata nº 53

Deliberação:

*Aprovado, devendo ser  
remetido às entidades competentes*

*23* Joaquim Barbosa  
Presidente do  
Conselho de Administração



REPÚBLICA  
PORTUGUESA

SAÚDE



SNS  
SERVIÇO NACIONAL  
DE SAÚDE



Hospital  
Santa Maria Maior, L.P.L.



# **Execução do Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas**

RELATÓRIO ANUAL



## Índice

CONSIDERAÇÕES PRÉVIAS .....	11
SUMÁRIO EXECUTIVO .....	13
<i>PARTE I</i> .....	15
<b>Estrutura orgânica e controlo interno</b> .....	15
1. ESTRUTURA ORGÂNICA .....	17
2. CONTROLO INTERNO .....	19
<i>PARTE II</i> .....	21
<b>Execução do Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas</b> .....	21
1. METODOLOGIA .....	22
2. CONDICIONANTES .....	22
3. MONITORIZAÇÃO .....	22
4. CONCLUSÕES/RECOMENDAÇÕES .....	22
<i>ANEXOS</i> .....	25
ANEXO 1. MONITORIZAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DAS MEDIDAS PREVENTIVAS .....	26
SERVIÇO DE GESTÃO DE DOENTES .....	26
SERVIÇO DE APROVISIONAMENTO .....	29
SERVIÇOS FINANCEIROS .....	34
SERVIÇO DE GESTÃO DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO .....	37
SERVIÇO DE GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS .....	38



## Índice de Quadros

Quadro 1. Responsáveis/Diretores de Serviço .....	18
---------------------------------------------------	----





## Índice de Gráficos

<b>Gráfico 1.</b> Percentagem de medidas implementadas por serviço no ano 2017.....	13
<b>Gráfico 2.</b> Percentagem de medidas implementadas por área de risco .....	14



## Considerações prévias

**D**e acordo com a recomendação do Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC), de 1 de julho de 2009, devem os órgãos dirigentes máximos das entidades gestoras de dinheiros, valores ou património públicos, seja qual for a sua natureza, elaborar Planos de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PGRCIC).

A recomendação sobre a elaboração do PGRCIC define que:

- a. Sejam identificados, relativamente a cada área ou departamento, os riscos de corrupção e infrações conexas;
- b. Com base na identificação dos riscos, indicação das medidas adotadas que previnam a sua ocorrência;
- c. Definição e identificação dos vários responsáveis envolvidos na gestão do Plano;
- d. Elaboração anual de um relatório sobre a execução do Plano.

A Recomendação n.º 5/2012, de 7 de novembro, do CPC, recomenda uma análise dos mecanismos de acompanhamento relativamente à gestão de conflitos de interesses. Em 1 de julho de 2015, foi emitida nova Recomendação pelo CPC, a qual estabelece que os Planos identifiquem os riscos de gestão, incluído os riscos de corrupção, bem como correspondentes medidas preventivas.

Neste sentido, e tendo em conta o Plano em vigor em 2016, consubstanciado pelas recomendações acima referidas, foi efetuada uma monitorização, com o objetivo de analisar e avaliar em que medida o definido no Plano está a ser implementado e, por outro lado, avaliar a necessidade de revisão dos riscos e controlos anteriormente identificados.



## Sumário executivo

**D**ando cumprimento ao preconizado na recomendação emitida em 1 de julho de 2009 do CPC, o presente relatório de execução procede à monitorização anual de execução do PGRCIC.

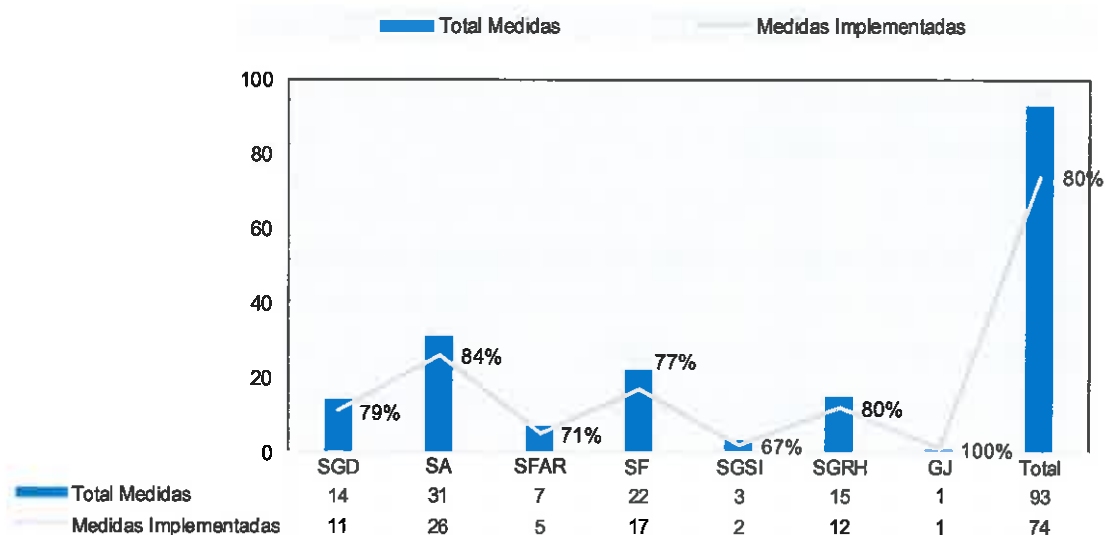
Este processo de monitorização teve em consideração o PGRCIC revisto e aprovado pelo CA, em 28 de janeiro de 2016.

O presente relatório foi elaborado pelo Serviço de Auditoria Interna (SAI), em articulação com os responsáveis de cada área de risco.

Para o efeito, os responsáveis de cada área de risco elaboraram um relatório de monitorização do PGRCIC, onde foram identificadas as medidas implementadas, aquelas que ainda não foram implementadas e as que no decorrer do ano se julgaram inadequadas e/ou sem efeito.

De um modo geral, verificou-se que, das 93 medidas previstas no PGRCIC, foram implementadas 74, o que representa **uma taxa média de execução de 80%**, como se demonstra no gráfico seguinte:

Gráfico 1. **Percentagem de medidas implementadas por serviço no ano 2017**



Legenda: SGD – Serviço de Gestão de Doentes, SA – Serviço de Aprovisionamento, SFAR – Serviços Farmacêuticos, SGSI – Serviço de Gestão de Sistemas de Informação, SGRH – Serviço de Gestão de Recursos Humanos, GJ – Gabinete Jurídico

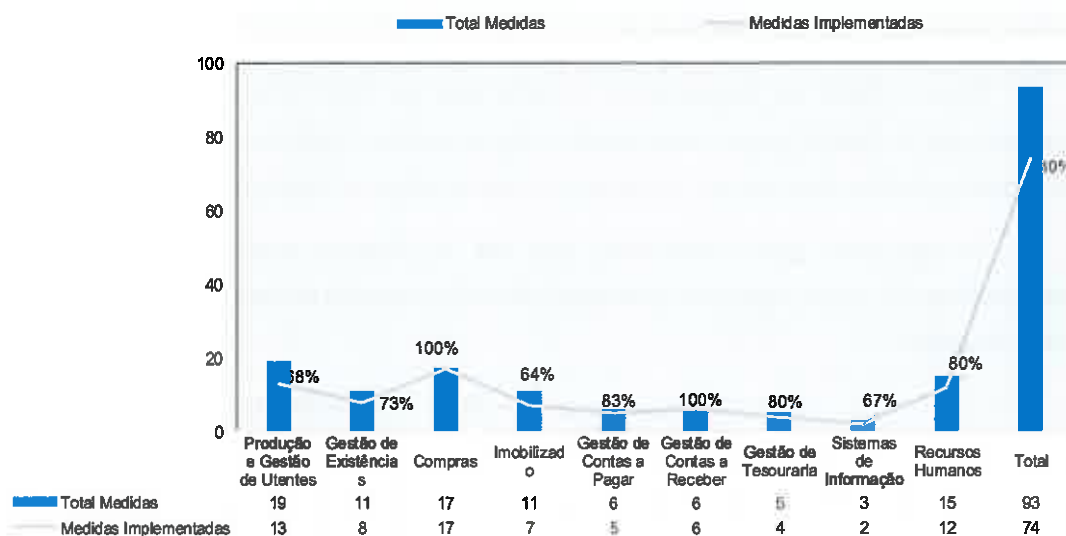
Fonte: Hospital Santa Maria Maior, EPE

Contudo, salienta-se que das medidas que foram consideradas como não implementadas (21), 14 delas foram identificadas pelos Responsáveis dos Serviços como “implementadas parcialmente”.

Comparativamente ao ano de 2016, verificou-se, globalmente, uma **melhoria significativa da percentagem de medidas implementadas no ano transato**, sendo que no ano de 2016 se registaram 65% do total das **medidas implementadas** pelos vários serviços e no ano de 2017, **80%**, o que representa um aumento de 15%.

De acordo com a informação prestada pelos responsáveis das diferentes áreas de risco (anexos I) algumas medidas, consideradas como não implementadas, encontram-se em fase de conclusão.

**Gráfico 2. Percentagem de medidas implementadas por área de risco**



Fonte: Hospital Santa Maria Maior, EPE

De um modo geral, as medidas já implementadas, por área de risco, estão acima dos 64%, sendo que em algumas áreas, as medidas implementadas, atingiram os 100%, como é o caso da área de compras e de gestão de contas a receber.

Para a monitorização da execução do PGRIC em 2017, não foi solicitado, aos responsáveis dos serviços, identificação de novos fatores de potencial risco e/ou desadequação dos existentes, nem os respetivos prazos para a sua implementação, uma vez que o PGRIC em vigor está a ser revisto e vai ser alterado.

## *Parte I*

# Estrutura orgânica e controle interno

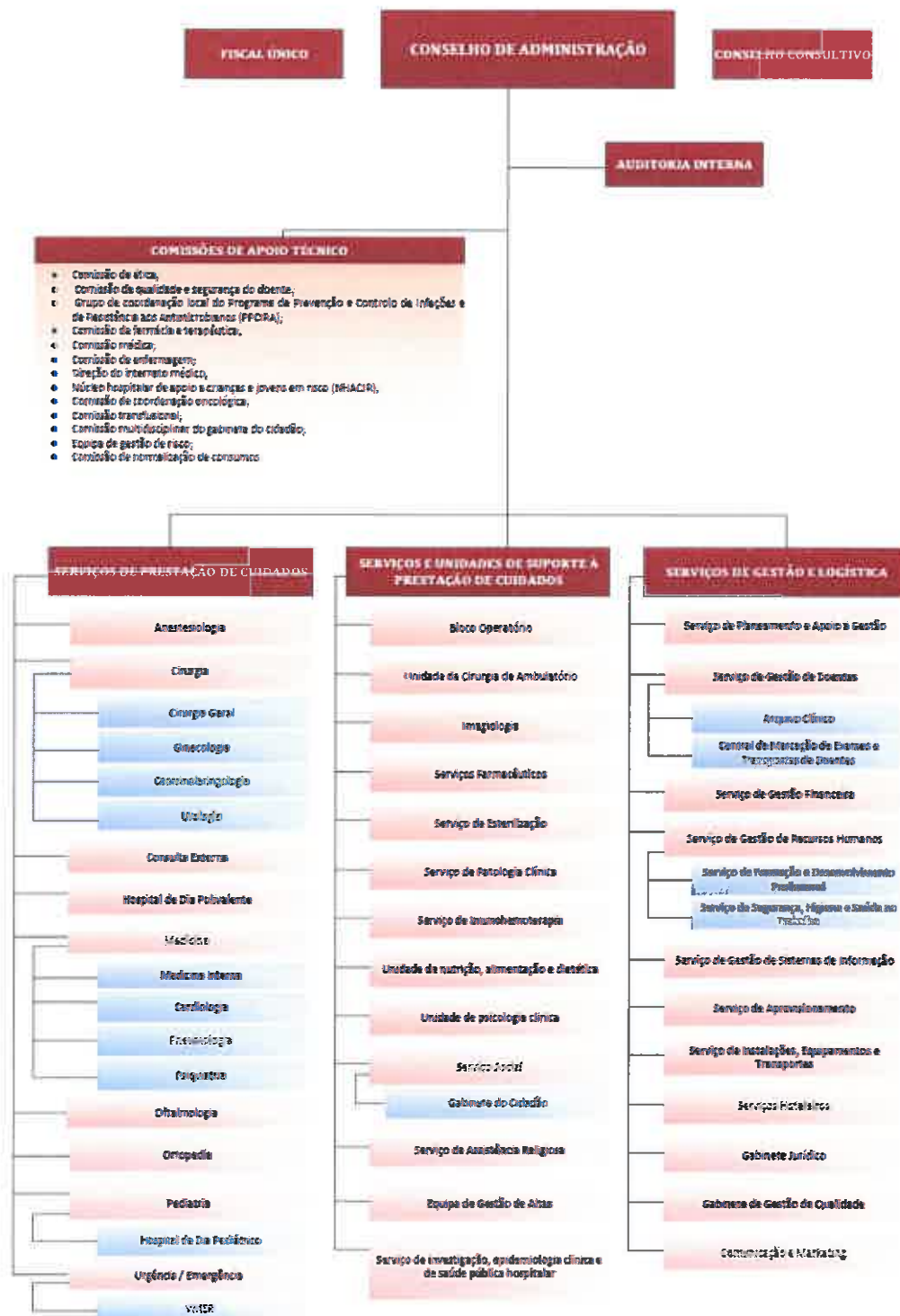




## 1. Estrutura orgânica

Os hospitais EPE organizam-se de acordo com as normas e critérios genéricos definidos pela tutela em função das suas atribuições e áreas de atuação específicas, devendo os respetivos regulamentos internos prever a estrutura orgânica com base em serviços agregados em departamentos e englobando unidades funcionais.

Assim, de acordo com o seu Regulamento Interno, o HSMM tem a seguinte organização:



Quadro 1. Responsáveis/Diretores de Serviço

<b>Prestação de Cuidados</b>	
Cirurgia Geral	Dr. Pratas Balhau
Ginecologia	Dra. Esmeralda Feliciano
Oftalmologia	Dra. Natacha Moreno
Otorrinolaringologia	Dr. Joaquim Beleza
Urologia	Dr. André Quinta
Consulta Externa	Dr. Miguel Costa
Hospital de Dia Polivalente	Dra. Marta Gomes
Urgência/Emergência	Dra. Ana Sofia Barroso
VMER	Dr. Rui Pinto
Medicina Interna	Dr. Carlos Oliveira
Cardiologia	Dra. Alexandra Sousa
Pneumologia	Dr. Nuno Pires
Anestesiologia	Dra. Isabel Santos
Ortopedia	Dr. Luís Miguel Silva
Pediatria (incluindo hospital de dia pediátrico)	Dra. Goreti Lobarinhas
<b>Suporte à Prestação de Cuidados</b>	
Bloco Operatório	Dra. Isabel Santos
Unidade de Cirurgia de Ambulatório	Dr. Alberto Magalhães
Imagiologia	Dra. Manuela Senra
Imuno-hemoterapia	Dra. Ins Ribeiro
Patologia Clínica	Dr. António Tadeu Rocha
Unidade de Psicologia Clínica	Dra. Daniela Simões
Unidade de Nutrição e Dietética	Dra. Isabel Fernandes
Serviços Farmacêuticos	Dra. Mana João Peixoto
Serviço de Esterilização	Enf. Rui Gomes
Equipa de Gestão de Altas	Enf.ª Paula Machado
Serviço Social (incluindo o gabinete do cidadão)	Dra. Júlia Pogelra
<b>Gestão e Logística</b>	
Serviço de Planeamento e Apoio à Gestão	Dr. Vasco Santos
Serviço de Gestão de Doentes	Dra. Catarina Gomes
Serviço de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho	Eng.º Vítor Batista
Serviço de Gestão Financeira	Dr. Carlos Magalhães
Serviço de Gestão de Recursos Humanos	Dra. La Salete Monteiro
Serviço de Gestão de Sistemas de Informação	Dr. José Carlos Matos
Serviço de Aprovisionamento	Dra. Fernanda Lima
Serviço de Instalações, Equipamentos e Transportes	Eng.º José Castro
Serviços Hoteleiros	D.ª Luciana Alves
Serviço de Formação e Desenvolvimento Profissional	Enf.ª Maria Carreiras
Gabinete Jurídico	Dra. Ana Santos

Fonte: Hospital Santa Maria Maior, EPE

## 2. Controlo interno

De acordo com os princípios do bom governo, referidos na Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2007, o HSMM tem implementadas estruturas de administração e fiscalização ajustadas à sua dimensão e complexidade.

O modelo adotado no HSMM tem por objetivo assegurar uma efetiva segregação de funções de administração executiva e de fiscalização. Neste sentido, cabe ao Conselho de Administração criar e manter um sistema de controlo interno adequado à dimensão e complexidade do HSMM. Ao Fiscal Único, como órgão de fiscalização, compete o controlo da legalidade, da regularidade e da boa gestão financeira e patrimonial do HSMM. Paralelamente, o Serviço de Auditoria Interna avalia os processos de controlo interno e de gestão de riscos, fornecendo ao Conselho de Administração análises e recomendações sobre as atividades revistas para melhoria do funcionamento dos serviços.

Outra vertente de controlo interno do HSMM é a sua estrutura organizativa, consubstanciada no organograma que identifica os vários serviços e unidades de apoio, a quem são atribuídas as respetivas missões e responsabilidades.

A par, os serviços são apoiados por um conjunto de normas, procedimentos e deliberações do Conselho de Administração que permitem estabelecer medidas de controlo interno e níveis de responsabilização.

No que concerne à matéria de conflito de interesses, o CPC, através da Recomendação n.º 5/2012, de 7 de novembro, recomendou a elaboração de mecanismos de acompanhamento e de gestão de conflito de interesses integrados nos planos de prevenção de riscos.

Relativamente a esta questão, para além do PGRIC definir mecanismos que regulem e evitem essas situações, o Código de Ética do HSMM prevê diversas medidas tendo em vista a prevenção de eventuais conflitos de interesse.

Por outro lado, os membros do Conselho de Administração têm pleno conhecimento dos deveres de abstenção de participar na discussão e deliberação de determinados assuntos e respeitam as correspondentes normas no exercício das suas funções, tendo feito a declaração prevista no artigo 22º n.º 9, do estatuto do gestor público.



## *Parte II*

# **Execução do Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas**

## 1. Metodologia

O Serviço de Auditoria Interna solicitou aos responsáveis de cada área de risco a elaboração de um relatório de monitorização do PGRIC, relativamente ao ano de 2017, contemplando a seguinte informação:

- i. Medidas preventivas implementadas;
- ii. Possíveis resultados obtidos com as medidas implementadas, nomeadamente, eventual alteração provocada na probabilidade de ocorrência e na escala de risco.

Com base na informação dos relatórios de monitorização enviados pelos responsáveis das áreas de risco, foi elaborado o presente relatório de execução do Plano.

Paralelamente, o Serviço de Auditoria Interna, realizou uma auditoria ao cumprimento do Plano, com o objetivo de verificar/validar a informação enviada pelos serviços, nomeadamente:

- i. Medidas preventivas implementadas e evidência dessa implementação;
- ii. Medidas preventivas não implementadas e motivos da sua não implementação;
- iii. Possível identificação de novos fatores de potencial risco e/ou desadequação dos existentes.

## 2. Condicionantes

A informação presente no relatório foi obtida a partir dos relatórios de monitorização, remetidos ao Serviço de Auditoria Interna, pelos responsáveis de cada área de risco, pelo que beneficia da presunção de verdade.

## 3. Monitorização

O plano foi objeto de monitorização por parte dos responsáveis, os quais relataram relativamente a cada área de risco e de acordo com o PGRIC em vigor, as medidas de controlo implementadas, resultados obtidos, as quais poderão ser analisadas com maior detalhe em anexo ao presente relatório – anexos I.

## 4. Conclusões/recomendações

### Conclusões

O presente relatório apresenta um balanço do nível de aplicação e monitorização do PGRIC do HSMM.

Numa análise mais pormenorizada, efetuada aos reportes provenientes das diferentes áreas de risco resultam as seguintes conclusões:

- a. Em 2017, o grau de execução do PGRIC foi aproximadamente 80%;
- b. Alguns responsáveis de serviço referiram terem implementado a totalidade das medidas preventivas para cada área de risco, como é o caso da área de compras e gestão de contas a pagar.
- c. A área com menos medidas implementadas é a área do imobilizado, tendo sido implementadas 7 medidas preventivas em 11 riscos identificados.

De um modo geral, tem-se verificado uma consciencialização relativamente à importância da implementação de mecanismos que ajudem a prevenir e/ou

mitigar riscos associados à corrupção e infrações conexas. No entanto, e como já referido, os resultados apresentados no presente relatório são baseados na informação transmitida pelos responsáveis das diferentes áreas de risco, as quais estão em fase de validação pelo serviço de Auditoria Interna.

Relativamente à matéria de conflito de interesses, salienta-se a preocupação da gestão quanto a esta questão, tendo sido adotadas medidas no sentido de reduzir tais situações.

Tal como proposto, no Relatório de Execução de 2016, o PGRCIC está em fase de revisão e alteração, sendo previsível a sua aprovação até final do corrente ano.

### Recomendações

Considerando que o PGRCIC está em revisão e que o Serviço de Auditoria Interna está a realizar uma auditoria à monitorização do PGRCIC apresentada pelos serviços, as possíveis recomendações serão apresentadas no relatório da auditoria.

De acordo com a Recomendação do CPC, de 1 de julho de 2009, o presente relatório de execução deverá ser remetido ao Conselho de Prevenção da Corrupção, bem como aos órgãos de superintendência, tutela e controlo.





## Anexos

## Anexo 1. Monitorização da implementação das medidas preventivas

### SERVIÇO DE GESTÃO DE DOENTES

ÁREA DE RISCO	MEDIDAS PREVENTIVAS	IMPLEMENTAÇÃO			MEDIDAS IMPLEMENTADAS
		S	N	P	
ADMISSÃO DE DOENTES	1. Admissão de doentes com informação insuficiente ou incorreta				<p>SGD: Na admissão do utente, os administrativos registam/atualizam as fichas de identificação dos utentes.</p> <p>Quando algumas identificações estão incompletas, os administrativos efetuam contactos telefónicos para o utente ou o Centro de Saúde, com vista a completar os dados em falta.</p>
	1.1.1. Elaboração de normativos e procedimentos de controlo interno para a área.	X			
	1.2. Ligação da atividade de admissão à de cobrança, aferindo se a causa da não cobrança está na deficiente recolha/ atualização dos dados dos utentes.	X			
	1.3. Responsabilidade das operações.	X			
	2.1. Elaboração de normativos e procedimentos de controlo interno para a área.	X			
	2.2. Segregação de funções e responsabilidade das operações.	X			<p>SGD: Aprovado pelo CA os procedimentos relativos à prescrição, aquisição e execução de MCDT's.</p> <p>Oa MCDT's a realizar no exterior são objeto de consulta ao mercado por parte do Aproveitamento e posterior aprovação pelo CA.</p> <p>Ao nível do transporte de doentes existe um regulamento e uma instrução de trabalho aprovada em 05-12-2013 pelo CA.</p>
	2.3. Estabelecer que os diretores de serviço deverão proceder à revisão e aprovação dos pedidos de serviços externos	X			
	2.4. Estabelecer protocolos de MCDT por especialidades (comissão)			X	
	2.5. Controlo das requisições de MCDT e transporte de doentes.	X			
	3.1. Elaboração de procedimentos escritos com referência a:				
3 Desvio de verbas de montantes cobrados em taxas moderadoras e não entregues na tesouraria	- Identificação de locais de cobrança;	X			<p>SGD: Existe um procedimento escrito elaborado pelo Serviço de Gestão de Doentes e pelos Serviços Financeiros, o qual foi recentemente aprovado pelo CA. As medidas preconizadas nesse procedimento estão a ser adotadas.</p>
	- Identificação do circuito;				
	- Identificação dos intervenientes e das tarefas a desempenhar.				

<p>SF: Com caráter diário os Serviços Financeiros retribuem uma listagem própria, através de aplicação disponibilizada pelos SGTs, através da qual se faz a comparação com os valores constantes nas listagens retiradas pelos profissionais que procedem à cobrança.</p> <p>Adicionalmente, está salvaguardada a possibilidade de pagamento de taxas moderadoras através de recurso, quer na Urgência, quer nas Consultas Externas e Patologia Clínica, o que constitui, por si só, fator de salvaguarda.</p>	X			<p><b>SGD:</b> Estão a ser enviadas cartas através do Sistema de Informação de Taxas Moderadoras (SITAM), que informa o utente das taxas moderadoras em débito e permite o pagamento das mesmas por referência multibanco.</p> <p><b>SF:</b> Implementado o SITAM, que prevê este mecanismo.</p>
				<p><b>SGD:</b> De acordo com o procedimento, o/um profissional do SGD faz a entrega das taxas moderadoras na tesouraria e a conferência é feita por este e pelo tesoureiro.</p> <p>Em maio de 2018 foram enviadas as primeiras cartas do SITAM, não tendo existido até ao momento um segundo envio. Atualmente não são enviadas outro tipo de notas de débito por via postal. Apenas é entregue ao utente uma nota de débito do episódio caso este não pague a taxa moderadora no momento da prestação.</p> <p><b>SF:</b> A cobrança de taxas moderadoras e demais gestão que lhe está associada é efetuada pelo Serviço de Gestão de Doentes. Diariamente, um profissional desse Serviço procede à entrega dos valores cobrados na Tesouraria, onde são verificados, individualmente – por cada funcionário que cobrou – os valores entregues e feito o respetivo confronto com as listagens mencionadas no ponto anterior. Essa conferência é feita com a presença, na Tesouraria, de um profissional afeto ao SGD.</p>
3.4. Rotatividade de pessoal em postos de cobrança de taxas moderadoras.	X			
4.1. Elaboração de procedimentos escritos para a salvaguarda de espólio de utentes.				<p><b>SGD:</b> Não é da responsabilidade do Serviço de Gestão de Doentes. Existe um regulamento homologado em 13-10-2016, que foi elaborado pelos Serviços Financeiros</p> <p><b>SF:</b> Regulamento de Espólios em vigor.</p> <p><b>SGD:</b> Não é da responsabilidade do Serviço de Gestão de Doentes. O regulamento existente define os responsáveis: Diretores do Serviço de Urgência e de Internamento, Enfermeiros Chefe e Serviços Financeiros.</p>

4.2 Divulgação formal junto dos profissionais envolvidos dos procedimentos escritos existentes sobre cada tarefa.	X	SF: Regulamento de Espólios em vigor.
5.1.Divulgação formal junto dos profissionais envolvidos dos procedimentos escritos existentes sobre cada tarefa.	X	<p>SGD: Parte desta medida está implementada dado que a maioria das isenções estão registadas no Registo Nacional de Utentes (RNU).</p> <p>SF: Parte desta medida está implementada dado que a maioria das isenções estão registadas no Registo Nacional de Utentes (RNU).</p>
5.2 Segregação de funções, rotatividade de pessoal em postos de cobrança de taxas moderadoras.	X	<p>SGD: A cobrança de taxas moderadoras e demais gestão que lhe está associada é efetuada pelo Serviço de Gestão de Doentes. Diariamente, um profissional desse Serviço procede à entrega dos valores cobrados na Tesouraria, onde são verificados, individualmente – por cada funcionário que cobrou – os valores entregues e feito o respetivo confronto com as listagens mencionadas no ponto anterior. Essa conferência é feita com a presença, na Tesouraria, de um profissional afeto ao SGD.</p>

## SERVIÇO DE APROVISIONAMENTO

ÁREA DE RISCO	MEDIDAS PREVENTIVAS	IMPLEMENTAÇÃO				MEDIDAS IMPLEMENTADAS
		S	N	P		
GESTÃO DE EXISTÊNCIAS	6. Existências nos serviços não controlados					SA: Seleção/identificação de materiais, do armazém de consumo clínico, que serão alvo de AA e definimos os respectivos níveis de stock, nos Serviços de Medicina e Cirurgia. Emissão das etiquetas para a identificação dos artigos. Organização dos armazéns em curso. SFarmacêuticos: Implementação de AA no piso 3 e Consulta externa (parcial). Objetivo para 2018 Implementar no S. de urgência. Retirar os antibióticos e hemoderivados nos SC e criar um armazém avançado único.
	7. Desvio de existências por colaboradores ou terceiros					SA: Elaborado e autorizado pelo CA, procedimento e instrução de trabalho sobre os AA. SFarmacêuticos: Procedimento dos AA. Colocar uma mola na porta de acesso à farmácia. Assim esta permanecerá sempre fechada.
	8. Movimentos de existências não registados e/ou contabilizados incorretamente					SA: Receção e registo dos bens efetuado por trabalhadores diferentes, sempre que o número de funcionários efetivos ao serviço o permita. De referir que o armazém possui apenas 3 elementos, para fazer face a todas as tarefas inerentes ao mesmo. Afixado na porta de entrada no armazém aviso de restrição de acesso físico ao armazém.
	9. Receção não controlada física e qualitativamente					SA: Todas as existências são alvo de contagem duas vezes no ano, no final do período (amostra de 100%) e ao longo do período, de forma rotativa (amostra de 50%). Monitorização dos Prazos de Validade, controle manual. SFarmacêuticos: Não fornecer nada aos Serviços Clínicos sem requisição, fazer o registo de imediato. Utilizar o PDA para fazer a transferência entre serviços de imediato.

<p>9.1. Rececionar apenas os materiais/ medicamentos constantes em notas de encomenda, que estejam em bom estado físico e pelas quantidades encomendadas.</p> <p>10. Receção pouco eficiente</p> <p>11. Existência de conflito de interesses que ponham em causa a transparência dos procedimentos</p> <p>12. Existência de situações de conflito entre concorrentes e de eventual corrupção dos funcionários</p> <p>13. Inexistência de cabimentação prévia da despesa</p> <p>14. Excesso de compras de stock que se poderão tornar inutilizáveis ou obsoletos</p>	9.1. Rececionar apenas os materiais/ medicamentos constantes em notas de encomenda, que estejam em bom estado físico e pelas quantidades encomendadas.	X	SFarmacêuticos: Por vezes a embalagem exterior está em bom estado mas no interior as embalagens estão partidas.
	10.1. Acordar data e hora da entrega com cada fornecedor de forma a otimizar o desempenho da função receção.	X	SA: Inclusão de horário de receção de mercadorias na nota de encomenda.
	11.1. Cumprimento do manual de compras.	X	SA:
	11.2. Segregação de funções.	X	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cumprimento do manual de compras,</li> <li>• Segregação de funções,</li> </ul>
	11.3. Obtenção de declaração de interesses privados dos elementos constituintes das comissões técnicas de análise.	X	Obtenção de declaração de interesses privados dos elementos de júri dos procedimentos das áreas dos dispositivos médicos e medicamentos Agora, implementada em todas as áreas
COMPRAS	12.1. Não designação dos mesmos elementos, de forma reiterada, para os júris.	X	SA: Sempre que possível tenta-se designar elementos diferentes para o júri dos concursos.
	13.1. Aprovação da despesa apenas com informação de cabimentação prévia por parte dos Serviços Financeiros.	X	SA: Apenas são aprovadas despesas com a informação de cabimentação por parte dos Serviços Financeiros
	14.1. Medidas de controlo de prazos de validade.	X	SA: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Controlo dos prazos de validade</li> </ul> Na receção dos artigos e entrada dos mesmos no sistema informático de apoio ao SA, se aplicável, procede-se ao registo de lote e prazo de validade. Os produtos identificados com prazo de validade inferior a 6 meses são sinalizados, com a indicação de "prazo de validade curta" (etiqueta laranja). Periodicamente, procede-se à verificação física de artigos existentes em armazém, com prazo de validade.
		X	SFarmacêuticos: Sim.

14.2. Analisar, anualmente, os produtos com fraca rotatividade (sem movimento há mais de 1 ano) e questionar os possíveis serviços consumidores sobre a utilização esperada desses materiais.					SA: Materiais sem movimento
		X			Anualmente, procede-se à verificação de materiais sem movimento há mais de um ano, e quando aplicável, questiona-se os possíveis serviços consumidores sobre a utilização esperada desses materiais. <b>SFarmacêuticos:</b> Anualmente é feita a análise de consumos com os enfermeiros chefes e adequação das existências.
14.3. Subscrição da plataforma eletrónica de compras públicas, que garantirá acesso a um alargado número de fornecedores.			X		SA: As compras são efetuadas na sua grande maioria através da plataforma Eletrónica de Contratação Pública, quando tal não sucede são efetuadas consultas de preço a um mínimo de três fornecedores.
15. Cadernos de encargos pouco claros, incompletos ou discriminatórios	15.1. Validação pela comissão técnica de análise das cláusulas técnicas e de cadernos de encargos.		X		SA: O Hospital não tem comissão técnica para este efeito, extrema dificuldade de implementação. As cláusulas técnicas e os cadernos de encargos são validados pelo júri do procedimento e aprovados pelo CA.
	15.2. Validação, pelo Gabinete Jurídico, dos cadernos de encargos.		X		SA: Os cadernos de encargos são validados pelo júri do procedimento e aprovados pelo CA. GJ: O gabinete jurídico validou o caderno de encargos, através da prévia elaboração do contrato, face ao momento de adjudicação, relativamente ao Concurso público 26-06/2017, 18-9772017 e 18-08/2017.
16. Dificuldades no acompanhamento dos prazos de garantias das empreitadas e na execução de penalidades nos contratos de prestação de serviços e empreitadas	16.1. Validação pelo Gabinete Jurídico da adequação da minuta pré-definida ao procedimento em questão.		X		SA: As minutas são elaboradas pelo Gabinete Jurídico.
	16.2. Definição de funções específicas em termos de acompanhamento e avaliação de equipamentos.				SA: O SA não dispõe da competência técnica para o efeito.
17. Aliciamento por parte de fornecedores no sentido de fomentar e induzir a procura	17.1. Avaliação periódica dos fornecedores em termos de qualidade, satisfação dos prazos de entrega e quantidades encomendadas		X		SA: Caso se verifique o incumprimento do contrato, a empresa é notificada para corrigir as "falhas" e se as mesmas não forem sanadas é equacionada a aplicação de penalidades previstas no contrato
	17.2. Cumprimento dos procedimentos concursais realizados		X		

GESTÃO DE IMOBILIZADO	SA: Os procedimentos são realizados de acordo com o Código dos Contratos Públicos, aprovado pelo Decreto-Lei nº 18/2008, de 29 de janeiro, na sua redação atual.					
	SA: A responsabilização das direções do serviço ocorrerá caso se verifique.		X			
	SA: Quando da receção do material o SA procede à conferência quantitativa, posteriormente, o serviço com competências para o efeito valida a conferência quantitativa e procede à conferência qualitativa.		X			
	SA: Testes de conformidade (conferências físicas periódicas).		X			
	17.3. Responsabilização das direções dos serviços.		X			
	18.1. Assegurar que as encomendas são rececionadas pelos serviços com competência para tal, e conferidos em quantidade e qualidade de acordo com os procedimentos estabelecidos.		X			
	18.2. Realização de testes de conformidade quanto ao cumprimento dos procedimentos internos estabelecidos.		X			
	19.1. Reforço das medidas de controlo interno.		X			
	19.2. Responsabilização dos serviços pelos equipamentos que têm à sua guarda.		X			
	19.3. Verificação física, de 2 em 2 anos, do inventário global.		X			
GESTÃO DE IMOBILIZADO	20. Doações à Instituição sem processo final de aceitação e não inventarição		X			
	20.1. Aprovação pelo CA das doações/ofertas.		X			
	21.1. Os abates devem ser solicitados pelo responsável da respetiva área, de acordo com o manual de procedimentos, e aprovados pelo CA.		X			
	21. Abates não aprovados, Abates não registados ou registados por valores errados.		X			
	21.2. Verificar que a informação constante dos documentos de abate foi corretamente registada no cadastro de imobilizado.		X			
SA: Os abates são sempre solicitados pelo responsável de cada serviço, com o parecer técnico dos SIET e SGSI, dependendo da tipologia do bem, e, aprovados pelo CA, mediante proposta do SA.						
SFarmacêuticos: Os abates são validados pela Diretora de Serviço. São pequenas perdas na reembalagem de medicamentos ou por prazo de validade.						
SA: Sempre que um bem é abatido, é elaborado o respetivo auto de abate na aplicação de imobilizado, documento que se anexa ao processo.						



22 Transferências de local não registradas oportunamente	22.1. Solicitar, anualmente, confirmação de bens à carga de cada serviço e verificar diferenças reportadas.	X	SA: Envio de listagens de bens aos serviços para validação.
23 Amortizações não registradas e contabilizadas oportunamente	23.1. Calcular e contabilizar mensalmente as amortizações de bens de imobilizado	X	SA: Mensalmente, é efetuado o cálculo das amortizações e enviado o ficheiro para a contabilidade através de e-mail

## SERVIÇOS FINANCEIROS

ÁREA DE RISCO	MEDIDAS PREVENTIVAS	IMPLEMENTAÇÃO				MEDIDAS IMPLEMENTADAS
		S	N	P		
GESTÃO DE CONTAS A PAGAR	24. Alteração indevida de dados relevantes dos fornecedores (NIB)	X				SF: Apenas é efetuada a alteração de dados bancários, mediante comunicação por escrito do respetivo fornecedor. Efetuada circularização a 100% aquando do encerramento de contas bem como durante o ano, através de troca de emails e correspondência escrita com diversos fornecedores.
	25. Despesa não cabimentada	X				SF: A aplicação informática em uso (disponibilizada e gerida pelos SPMS) não permite qualquer tipo de registo de despesa sem prévia cabimentação.
	26. Saldos de fornecedores incorretos	X				SF: São feitas conferências regulares dos saldos de fornecedores, tendo por base a própria informação por estes enviada aos Serviços Financeiros. Anualmente é efetuada circularização a 100%, com pedido de resposta direta aos n/ Revisores Oficiais de Contas, para efeitos de Certificação Legal das Contas.
	27. Débito de juros de mora por atraso nos pagamentos	X				SF: Sem prejuízo de pagamento de algumas faturas a fornecedores com carácter regular e mensal – inclusive, para beneficiar de descontos financeiros -, é privilegiado o pagamento por antiguidade de saldo.
	28. Pagamento preferencial (mais célere) a alguns fornecedores.			X		SF: Existem pagamentos "prioritários": renda, eletricidade, água, gás, combustíveis e outros, pessoal, contratos de manutenção, géneros alimentares. Está a ser desenvolvido um grande esforço no sentido de regularizar o máximo possível por critério único de antiguidade de dívida, mantendo-se as disponibilidades nos valores mínimos indispensáveis.
GESTÃO DE CONTAS A RECEBER	29. Altos clínicos não faturados, faturados incorretamente (informação insuficiente ou incorreta)	X				SF: É emitida faturação com carácter regular, através de aplicação própria disponibilizada pelos SPMS (SONHO). Em caso de erros no processamento da faturação é solicitado apoio técnico ao SGSI desta Hospital que, se necessário, reencaminha para o suporte técnico dos SPMS.

GESTÃO DE TESOURARIA	sobre o cliente ou cliente) ou não faturados oportunamente	29.2. Verificar que todos os atos clínicos foram corretamente faturados em termos de GDH	SF: O GDH (e sua inclusão no SONHO) não depende dos S Financeiros
	30. Emissão de faturação fora de prazo	30.1. Proceder à faturação nos prazos estabelecidos legalmente.	SF: A faturação é emitida com caráter regular, por forma a ser emitida dentro dos prazos estabelecidos.
	31. Cobranças não registadas nas contas dos respetivos clientes e contabilizadas oportunamente	31.1. Proceder à verificação que a informação constante das cobranças foi corretamente registada (código de cliente e valor)	SF: O registo da cobrança é efetuado na aplicação informática em uso (disponibilizada e gerida pelos SPMS). Adicionalmente, a Tesouraria elabora, com caráter diário, um resumo dos movimentos e documentos do caixa do dia, bem como da posição inicial e final no que se refere a disponibilidades em Banco e Caixa
	32. Saldos de clientes incorretos	32.1. Proceder ao envio regular de extratos aos clientes com saldos mais significativos solicitando reparo aos mesmos e à análise e ajustamento das diferenças existentes, após aprovação das mesmas.	SF: Na generalidade, os saldos de clientes mais expressivos são o que mantemos com a ACSS, ARSNorte e Companhias de Seguros. Desde Janeiro de 2013 é utilizada a plataforma FHS (à qual aderiu a esmagadora maioria das Companhias de Seguros), criando, de parte a parte, um mecanismo de controlo e verificação do estado das interpelações, emissão de faturas e respetivo pagamento. Anualmente é efetuada circularização a 100%, com pedido de resposta direta aos n/ Revisores Oficiais de Contas, para efeitos de Certificação Legal das Contas.
	33. Faturas por cobrar há muito tempo	33.1. Entregar as faturas por cobrar ao contencioso de modo a atuar-se judicialmente antes da sua prescrição e provisionar quaisquer valores incobráveis.	SF: É solicitada a colaboração do Gabinete Jurídico deste Hospital, sempre que se verificam situações que podem conduzir a atrasos significativos nos pagamentos ou, eventualmente, a constrangimentos na faturação, por dificuldade no apuramento de responsabilidades
GESTÃO DE TESOURARIA	34. Sistema de suporte à gestão de tesouraria inexistente ou desadequado	34.1. Proceder à implementação de aplicação informática de gestão de tesouraria, a qual deverá permitir efetuar e registar os movimentos e gerar as disponibilidades.	SF: Não existindo uma aplicação informática própria para a Tesouraria, foi possível, com recurso a ferramentas quotidianas como o Excel, estabelecer mecanismos de registo, produção, controlo e arquivo de informação que, até sensivelmente 2014, não existiam, sem prejuízo de alguns registos serem também efetuados, por um outro elemento, no SiCC.
	35. Desvio de fundos	35.1. Fundos de manuseio em sistemas de fundo fixo e contagens periódicas de caixa.	SF: A nível de Tesouraria são efetuadas contagens de valores em caixa, nomeadamente aquando de período de férias ou ausência de quem exerce funções na Tesouraria

Existe um Regulamento de Fundo de Maneio (Fundo esse que está afeto ao Serviço de Aprovisionamento), sendo o mesmo reposto com carácter regular, mediante apresentação dos documentos que foram pagos por esse meio e confirmação de valores e respetiva listagem em papel, a ser assinada pela Tesouraria e Aprovisionamento			
35.2 Manual de procedimentos	X	SF	
36.1. Conciliações bancárias.	X		
36.2. Uso generalizado de meios de recebimentos via MB.	X		SF: Está salvaguardada a possibilidade de pagamento de taxas moderadoras através de recurso a MB, quer na Urgência, quer nas Consultas Externas e Patologia Clínica. São elaboradas conciliações bancárias com carácter mensal.
36. Cobranças não depositadas oportunamente e integralmente			

SERVIÇO DE GESTÃO DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

ÁREA DE RISCO	MEDIDAS PREVENTIVAS	IMPLEMENTAÇÃO			MEDIDAS IMPLEMENTADAS
		S	N	P	
SISTEMAS DE INFORMAÇÃO	37 Sistemas de informação (Software) desatualizados e/ou inoperacionais		X		
	38 Equipamentos (Hardware) desatualizado e/ou inoperacionais		X		
	39 Acesso Indevido a determinada aplicação ou informação		X		SGSI: Em fase de implementação.

## SERVIÇO DE GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS

ÁREA DE RISCO	MEDIDAS PREVENTIVAS	IMPLEMENTAÇÃO				MEDIDAS IMPLEMENTADAS
		S	N	P		
CONTRATAÇÃO	40. Utilização de critérios de recrutamento que permitam que o recrutamento do pessoal seja levado a cabo dentro dos princípios de equidade e com a utilização de critérios objetivos	X				SGRH: Abertura de procedimentos concursais para a constituição de bolsa de recrutamento contendo regras específicas de recrutamento. Todos os procedimentos concursais decorreram por forma a englobar normas adequadas a métodos de seleção direcionadas ao perfil das funções a exercer pelos candidatos, privilegiando sempre que possível a prova de conhecimentos como método de seleção obrigatório.
	41. Ausência de mecanismos que obriguem a rotatividade dos elementos integrantes da júri	X				SGRH: A designação do Júri dos membros efetivos e suplentes obedece ao respetivo enquadramento normativo, sob proposta do dirigente máximo do hospital ou dos Diretores/Resp de serviços carecendo da autorização do Conselho de Administração através da Deliberação em reunião de CA
	42. Não declaração de conflito de interesses por parte dos membros do júri relativamente a candidatos	X				SGRH: Envio da Declaração via email institucional para cada elemento do Júri. A mesma após ser devidamente preenchida e assinada consta do processo de recrutamento. A obrigatoriedade dos membros do Júri no preenchimento de declaração de impedimentos ou escusa, nos termos do CPA é condição essencial de validação de todo o procedimento concursal.
	43. Falta de acompanhamento a contratos de prestação de serviços médicos	X				SGRH: Extração mensal através do sistema Recursos Humanos e Vencimentos (RHV) das horas realizadas em regime de prestação de serviços e registadas no sistema biométrico para posterior envio à Tutela no cumprimento de normativos legais bem como o envio de monitorização mensal ao CA para validação e autorização de pagamento
RECURSOS HUMANOS	44. Informação (dados mestre) sobre pessoal incorreta ou desatualizada			X		SGRH: Nas diferentes fases do processo de processamento de vencimentos e abonos é assegurada uma adequada conferência no âmbito de funções de cada colaborador, no entanto esta medida só será aplicada na totalidade com o agendamento de reuniões periódicas com vista ao esclarecimento de dúvidas e aplicação de legislação bem como

de formação profissional disponível e adequada aos seus colaboradores com assessoria jurídica permanente.			
SGRH: Verificação periódica dos dados submetidos no RHV através da aplicação informática SAG com a extração de dados que são alvo de monitorização mensal designadamente o preenchimento de documento profissional; validade do documento profissional; Preenchimento de especialização; Validade do documento de identificação; Preenchimento de email profissional; Contrato válidos entre outras.		X	
SGRH: Inexistência de meios digitais informáticos que suportem ficheiros com a capacidade que a digitalização dos processos individuais carecem.			X
SGRH: Implantado sistema de acompanhamento da assiduidade obrigatório no SNS de acordo com o Despacho n.º 9397/2017, publicado em DR dia 25 de outubro, em que o sistema deve estar preparado para permitir o registo de todo o trabalho desenvolvido, incluindo o que seja realizado a título de trabalho extraordinário ou suplementar, devendo nestes casos ser complementado pelo uso de sistema de gestão de escalas.			
Maior exigência no cumprimento do Despacho n.º 9397/2017, publicado em DR dia 25 de outubro e exigência no cumprimento do registo de assiduidade através da justificação através dos períodos de trabalho por registar. Nesse sentido foi divulgado via email institucional através circular informativa a obrigatoriedade do registo biométrico nos estabelecimentos do SNS como forma de acompanhamento da assiduidade dos trabalhadores, independentemente do regime de vinculação detido.			X
SGRH: Maior exigência na validação de anomalias por parte de Diretores/Responsáveis/Chefes dos serviços, na qualidade de validadores, e de proceder à validação de todas as anomalias mensais existentes na aplicação de registo biométrico em tempo útil, data a partir da qual o SGRH dará seguimento em respeito com normas legais vigentes, designadamente, produzindo efeitos sancionatórios no que diz respeito à verificação à falta de verificação dos deveres de assiduidade e pontualidade a que os trabalhadores estão obrigados.		X	
SGRH: Ligação do sistema de Assiduidade ELO à aplicação RHV com o acompanhamento diário do controlo de assiduidade.			X
Conferência das atualizações de informação realizadas.			
Digitalização dos processos individuais.			
45.1. Responsabilização dos responsáveis/diretores de serviço, quer na validação de anomalias, quer na definição de escalas.			
45.2. Necessidade de aferição e validação pelos responsáveis dos horários mensais realizados, face aos horários/escalas autorizados previamente.			
46.1. Submissão de todos os abonos extraordinários a aprovação prévia do CA, de acordo com a delegação de competências instituídas.			

45. Registos inadequados de assiduidade e horas extra

46. Processamento de abonos e descontos não autorizados

#### VENCIMENTOS



ACUMULAÇÃO DE FUNÇÕES	47.2. Análise mensal da razoabilidade dos abonos e descontos processados.	X	SGRH: Conferência da informação de controle interno das autorizações para trabalho extraordinário bem como a monitorização mensal através do SAG para envio de dados à Tutela nos termos legais aplicáveis.
	47.1. Exigência de declarações de acumulação de funções a todos os colaboradores.	X	SGRH: Envio anual de Circular Informativa Interna por email institucional a todos os colaboradores bem como a consulta permanente no portal interno do HSMH da mesma. Informação de autorizações de acumulação de funções devidamente registrada na aplicação informática a que respeita o processo do trabalhador.
	47.2. Análise cuidada à prestação efetiva da acumulação e eventuais riscos para o HSMH e para a qualidade da prestação (n.º de horas de trabalho diário/semanal)	X	SGRH: É atestado no respetivo documento de regularização de pedidos de acumulação de funções públicas e privadas a prática de horário desfasado com o realizado no HSMH, bem como, o compromisso de cessação imediata à atividade que acumula em caso de ocorrência superveniente de conflito com a atividade realizada no HSMH
AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO	48.1. Validação prévia pelo CCA de todos os objetivos fixados.	X	SGRH: Atas redigidas pelo CCA da validação onde é assegurada a validação/verificação documental das avaliações dos trabalhadores em condição de progredirem no momento em que serão aplicadas as orientações legalmente exigíveis.
	48.2. Verificação anual por amostragem baseada nas avaliações que se situam fora da média.	X	SGRH: Devido à falta de profissionais com qualificação/formação em SIADAP para assumir tais funções esta medida não foi possível ser implementada com rigor.

Legenda: SGD = Serviço de Gestão de Doentes, SA = Serviço de Aprovisionamento, SF = Serviços Financeiros, SFarmacêuticos = Serviços Farmacêuticos, GJ = Gabinete Jurídico, SGSJ = Serviço de Gestão de Sistemas de Informação e SGRH = Serviço de Gestão de Recursos Humanos.