



A - Reportes

A.2023.Relatório Anual de Auditoria Interna 2022

março de 2023

O C.A. aprova

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
Registo na ACTA n.º 12 / 2023
de 16 / 03 / 2023

Ana Paula Martins
Presidente do Conselho de Administração



PARECER DO DIRETOR DE SERVIÇO DO SAI:

No presente documento é apresentado a atividade desenvolvida pelo SAI durante o exercício de 2022.

Em cumprimento do n.º 13, artigo 86.º do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, submeto o presente relatório à aprovação do Conselho de Administração. Após o que deverá o mesmo ser comunicado às seguintes Entidades, em cumprimento da disposição legal referida:

- Administração Central do Sistema de Saúde, I. P. (ACSS),
- à Direção-Geral do Tesouro e Finanças (DGTf),
- à Inspeção-Geral das Atividades em Saúde (IGAS)
- e à Inspeção-Geral de Finanças (IGF)

À consideração superior

Rafael Dolores | Diretor de Serviço

ÍNDICE

1.	FICHA TÉCNICA.....	4
2.	SIGLAS E ABREVIATURAS	5
3.	INTRODUÇÃO	6
4.	RESPONSABILIDADES.....	6
5.	ÂMBITO.....	6
6.	CONTROLOS EFETUADOS: CONSTATAÇÕES E RECOMENDAÇÕES	6
6.1.	Atividade do Plano anual de auditoria interna e Extraplano de 2021.....	8
6.1.1.	Relatório trimestral comunicação interna de irregularidades	8
6.1.2.	Relatório trimestral de execução financeira	8
6.1.3.	Acompanhamento de contagens físicas de inventários	9
6.1.4.	Ações de auditorias do ano de 2022.....	9
6.1.4.1.	Taxas moderadoras anuladas.....	9
6.1.4.2.	Termos de Responsabilidade MCDT	10
6.1.4.3.	Registos e licenças da prática de fontes de radiação ionizantes	11
6.1.4.4.	Criação de um sistema de gestão da qualidade no serviço de auditoria interna	11
6.1.4.5.	Implementação de novo modelo de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas	12
6.2.	Outros assuntos.....	13
6.2.1.	Base de dados de recomendações de auditorias internas e externas.....	13
6.2.2.	Ponto Focal perante o GCCI	13
7.	AGRADECIMENTOS	13



1. FICHA TÉCNICA

Plano de Auditoria	Relatório Anual de Auditoria Interna 2022
Área(s) Auditada(s)	n.a.
Âmbito	Descrição da atividade desenvolvida pelo SAI durante o exercício, referindo os principais controlos efetuados, as anomalias detetadas (adiante denominado por constatações) e as medidas corretivas (adiante denominado por recomendações) a adotar, bem como toda a restante atividade realizada por este Serviço, em conformidade com a alínea d) do n.º 2 do artigo 86.º, do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto.
Âmbito temporal	Exercício 2022
Objetivos	Elaboração deste relatório encontra-se previsto no Plano Anual de Auditoria Interna de 2022 e visa dar cumprimento ao previsto no n.º 2 Alínea d) do Art.º 86.º, do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto.
Metodologia	n.a.
Ciclo de realização	Anual
Direção	Rafael Dolores
Equipa	Rafael Dolores; João Apolinário; António Almeida; Carlos Vieira; Célia Lopes

2. SIGLAS E ABREVIATURAS

ACSS – Administração Central do Subsistema de saúde

AI – Auditoria Interna

CA – Conselho de Administração

CHULN – Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

DGTF – Direção Geral do Tesouro e Finanças

EPE - Entidade Pública Empresarial

GCCI – Grupo Coordenador do Sistema de Controlo Interno do Ministério da Saúde

HS-SGICM – SI de gestão do circuito do medicamento

IGAS – Inspeção-Geral das Atividades em Saúde

IGF – Inspeção-Geral de Finanças

IIA – Institute Of Internal Auditors (EUA)

IPPF – International Professional Practices Framework

MCC – Materiais de Consumo Clínico

MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

PAAI – Plano Anual de Auditoria Interna

RGPD – Regulamento Geral de Proteção de Dados com efeitos a partir de 25 de maio de 2018, que substitui a anterior diretiva e lei de proteção de dados pessoais

SAI – Serviço de Auditoria Interna

SGD – Serviço de Gestão de Doentes

SGF – Serviço de Gestão Financeira

SGRH – Serviço de Gestão de Recursos Humanos

SGTF – Serviço de Gestão Técnico Farmacêutico

SNC – Sistema de Normalização Contabilística

TC – Tribunal de Contas

ULS – Unidade de Logística e Stocks



3. INTRODUÇÃO

O presente relatório é emitido nos termos do disposto no n.º 2 alínea d) do art.º 86.º, do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, e, elaborado em conformidade com as Normas Internacionais de Auditoria Interna, tendo em atenção o definido no Manual de Auditoria Interna para os Hospitais E. P. E.

4. RESPONSABILIDADES

“O estabelecimento de saúde, E. P. E., e os estabelecimentos de saúde, S. P. A., dispõem de um sistema de controlo interno e de comunicação de irregularidades, competindo ao conselho de administração ou ao conselho diretivo assegurar a sua implementação e manutenção e ao auditor interno a responsabilidade pela sua avaliação.” (conforme n.º 1, artigo 87.º, do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto).

“Ao serviço de auditoria interna compete a avaliação dos processos de controlo interno e de gestão de riscos, nos domínios contabilístico, financeiro, operacional, informático e de recursos humanos, contribuindo para o seu aperfeiçoamento contínuo.” (conforme n.º 1, artigo 86.º, do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto).

5. ÂMBITO

O SAI desenvolve os seus trabalhos de acordo com as Normas Internacionais para a prática profissional de auditoria interna e gestão de riscos e demais normas e orientações técnicas e éticas do “*Institute of Internal Auditors*” e com a extensão considerada necessária nas circunstâncias, que exigem que o mesmo seja planeado e executado adequadamente. Procedemos à emissão do presente relatório anual do SAI, com data de 15 de março de 2023.

O presente relatório descreve a atividade desenvolvida pelo SAI durante o exercício, referindo os principais controlos efetuados, as anomalias detetadas (adiante denominado por constatações) e as medidas corretivas (adiante denominado por recomendações) a adotar, bem como toda a restante atividade realizada por este Serviço, em conformidade com a alínea d) do n.º 2 do artigo 86.º, do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto.

Toda a informação disponível descreve de forma fiel e verdadeira as atividades realizadas durante o ano, as constatações de auditoria entendidas como o conjunto das evidências existentes, potenciais ou reais, ou das oportunidades de introdução das melhorias que permitam fortalecer o Sistema de Controlo Interno, identificadas pelos Órgãos de Administração e de Gestão no que concerne o nosso Sistema de Controlo Interno.

6. CONTROLOS EFETUADOS: CONSTATAÇÕES E RECOMENDAÇÕES

Durante o ano de 2021 o Serviço de Auditoria Interna (adiante abreviado por SAI) apresentou a seguinte atividade até ao mês de dezembro.

Atividade	Planeada	Concluído	%
A) Reportes Externos	9	5	56%
Plano anual de auditoria 2023	Sim	Sim	
Relatório anual de auditoria 2021	Sim	Sim	
Relatório execução financeira trimestral 4T 2021	Sim	Em curso	
Relatório execução financeira trimestral 1T 2022	Sim	Em curso	

Atividade	Planeada	Concluído	%
A) Reportes Externos	9	5	56%
Relatório execução financeira trimestral 2T 2022	Sim	Em curso	
Relatório execução financeira trimestral 3T 2022	Sim	Em curso	
Relatório trimestral comunicação interna de irregularidades	Sim	Sim	
Implementação do novo modelo PPR	Sim	Sim	
Ações de controlo interno previstas / efetuadas no PAA	Sim	Sim	
B) Auditorias Planeadas	6	8	133%
Termos de Responsabilidade MCDT	Sim	Sim	
Registos de licenças radiológicas	Sim	Sim	
Taxas moderadoras anuladas	Sim	Sim	
Horas extraordinárias e prevenções	Sim	Em curso	
Contagens trimestrais de inventário Unidade Logística de Stocks	Sim	Sim	
Contagens trimestrais de inventário Serviço de Instalações e Equipamentos	Não	Sim	
Contagens trimestrais de inventário Serviço de Gestão Técnico-Farmacêutica	Não	Sim	
Contagens trimestrais de inventário Unidade de Gestão Hoteleira	Não	Sim	
Acompanhamento das contagens anuais de Inventários - Farmácia, MCC e Material de Reparação	Sim	Sim	
C) Atividades de Follow-Up e Monitorização	2	7	350%
Recomendações auditorias anos anteriores (IGAS,TC)	Sim	Sim	
Monitorização de auditoria faturação de termos de responsabilidade Genomed	Não	Sim	
Monitorização dos riscos Serviço Gestão Técnico-Farmacêutico	Não	Sim	
Monitorização dos riscos Serviço Instalação e Equipamentos	Não	Sim	
Monitorização dos riscos Unidade de Logística e Stocks	Não	Sim	
Monitorização dos riscos Unidade de Gestão Hoteleira	Não	Sim	
Monitorização e acompanhamento de auditorias externas	Sim	Sim	
D) Atividades de apoio ao CA (não planeadas)	0	5	n.a.
Avaliação e monitorização à evolução de acertos em inventários	Não	Sim	
Colaboração no preenchimento de questionários da IGF	Não	Sim	
Apoio na elaboração do Relatório de Governo Societário 2021	Não	Sim	
Apoio na resposta à IGF sobre a Supervisão EIP-Deveres dos ROC	Não	Sim	
Criação de Sistema de Gestão Interna da Qualidade SAI	Não	Sim	
Grau de execução do PAAI	17	20	118%
Grau de execução extraplano	13	5	38%
Total de auditorias Concluídas	30	25	83%
Auditorias em curso		5	17%
Auditorias adiadas		0	0%



6.1. Atividade do Plano anual de auditoria interna e Extraplano de 2021

6.1.1. Relatório trimestral comunicação interna de irregularidades

O serviço de Auditoria Interna (SAI) tem competência para “receber as comunicações de irregularidades sobre a organização e funcionamento do Hospital EPE, apresentadas pelos demais órgãos estatutários, trabalhadores, colaboradores, utentes e cidadãos em geral”, conforme artigo 86º, nº2, alínea b) dos Estatutos constantes do Decreto-Lei nº52/2022, de 4 de agosto.

As comunicações de irregularidades são recebidas habitualmente por mail: irregularidades.sai@chln.min-saude.pt, ou por correio dirigido ao Auditor Interno do CHULN, com indicação no envelope de “confidencial”.

A função da Auditoria Interna identifica e avalia as exposições significativas ao risco, estabelecendo controlos efetivos e propondo recomendações para a melhoria do processo de governação. A sua atuação incide sobre a: eficácia e eficiência das operações e processos; confiança e integridade da informação financeira e operacional; conformidade com as leis, regulamentos e contratos; e, a salvaguarda dos ativos.

O SAI seleciona apenas as comunicações que se prendam com o objeto do Regulamento de Comunicação Interna de Irregularidades.

Para o período de 1 de janeiro a 31 de dezembro de 2022, o SAI não registou qualquer comunicação de irregularidades.

6.1.2. Relatório trimestral de execução financeira

O Serviço de Auditoria Interna (SAI) elaborou o relatório de execução financeira de 2022, dando assim cumprimento ao Despacho n.º7709-B/2016, de 8 de Junho, do Gabinete do Secretário de Estado da Saúde, que refere no seu ponto 1 o seguinte “*Todos os serviços e organismos dependentes ou tutelados pelo membro do Governo responsável pela área da saúde, incluindo as entidades públicas empresariais, devem remeter ao Ministro da Saúde, através da Administração Central do Sistema de Saúde, I. P., relatórios trimestrais, elaborados pelo respetivo Auditor Interno, respeitantes à execução financeira no trimestre anterior.*”

O relatório foi realizado com base nas orientações emitidas pela ACSS através da sua Circular Normativa nº20/2016/ACSS de 12/10/2016.

As contas do CHULN foram apresentadas no referencial contabilístico SNCAP, com base na informação retirada da aplicação informática SAP – Sistemas, Aplicativos e Produtos para Processamento de Dados.

As principais conclusões dos relatórios foram as seguintes:

- O CHULN não dispõe de um sistema de contabilidade orçamental integrado na aplicação informática SAP, impossibilitando o reporte no formato S3CP – Sistema Central de Contabilidade e Contas Públicas¹. O S3CP é o sistema de recolha de informação em SNC-AP e é parte integrante do Sistema de Informação para a Gestão das Finanças Públicas (SIGFinP). Com base nesta limitação o CHULN não está em cumprimento com as seguintes obrigações de prestação de contas:
 - DDORC - Demonstração do Desempenho Orçamental
 - DOREC - Demonstração de Execução Orçamental da Receita
 - DODES - Demonstração de Execução Orçamental da Despesa
 - DPPI - Demonstração de Execução do Plano Plurianual de Investimentos

¹ Ver o documento dos requisitos para integração de informação orçamental e económico-financeira no sítio da internet: https://www.unileo.gov.pt/Unileo_Documents/DocumentosSuporte/UniLEO_S3CP_Requisitos_Integracao_Informacao_Contabilistica.pdf

Atualmente, encontra-se em curso desenvolvimentos na aplicação informática SAP para responder às atuais exigências de reporte da informação orçamental e económico-financeira.

- O CHULN no âmbito do disposto do n.º 5 do artigo 115.º do Decreto-Lei n.º 84/2019, de 28 de junho, solicitou a dispensa do cumprimento do Princípio da Unidade de Tesouraria através de ofício, assinado pelo CA. Aquando do presente relatório a Instituição já havia recebido resposta positiva ao referido ofício.
- Verifica-se que à data de junho de 2022 o PMP era de 175 dias (conforme cálculo ACSS). Este indicador difere do apurado nos cálculos da DGO. A diferença entre os resultados obtidos no cálculo do PMP está relacionada com o facto da metodologia da ACSS (de acordo com a resolução de Conselho de Ministros nº 34/2008 de 14 de fevereiro considerar a média dos últimos 4 trimestres).

6.1.3. Acompanhamento de contagens físicas de inventários

No último trimestre de 2022 efetuou-se o acompanhamento de final de ano aos inventários de existências, nos armazéns SGTF, ULS e SIE, com o objetivo de garantir a correta contabilização dos inventários nas demonstrações financeiras e, avaliar os procedimentos instituídos ao nível da realização dos mesmos.

Em relação ao processo de inventariação de existências a recomendação efetuada no relatório do SGTF manteve-se, sendo que o reforço das recomendações no final do ano versou, essencialmente, o processo de Gestão de Stocks, no que concerne a um reforço de contagens periódicas, inclusive nos armazéns periféricos, ao melhoramento do controlo do prazos de validade por forma a mitigar os riscos de existências fora de prazo, de rotação reduzida ou obsoletas.

6.1.4. Ações de auditorias do ano de 2022

6.1.4.1. Taxas moderadoras anuladas

Plano de Auditoria	Auditoria Interna Contínua
Área(s) Auditada(s)	Serviço de Gestão Hospitalar – Unidade de Gestão de Utentes (SGH – UGU) Gabinete de Taxas Moderadoras (GTM) Serviço de Urgência Central (SUC) Serviço de Imagiologia (SI) Central de Ambulatório HPV (CAHPV) Secretaria Clínica HPV (SCHPV)
Âmbito	Circuito de Gestão das Taxas Moderadoras
Âmbito temporal	Fevereiro 2022 Julho 2022 Outubro 2022 Dezembro 2022
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> ○ Analisar a conformidade dos procedimentos subjacentes ao circuito de gestão dos termos de responsabilidade, identificados no PGRIC.
Metodologia	<ul style="list-style-type: none"> • Reuniões preparatórias com os Serviços das áreas auditadas (SGH – UGU, GTM, SUC, SI); • Solicitação aos referidos Serviços da documentação aplicável ao âmbito a auditar; • Solicitação ao Gabinete de Planeamento e Informação de Gestão (GPIG) das listagens com os dados necessários à realização da auditoria; • Análise da documentação e seleção da amostra das listagens; • Inspeção no terreno das áreas a auditar, através da consulta documental, observação direta, e



	<p>questões aos diversos profissionais envolvidos;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Registo e análise das informações recolhidas durante a auditoria; • Elaboração do Relatório Final e respetiva submissão a deliberação do Conselho de Administração.
Limitações de âmbito	n.a.
Ciclo de realização	Trimestral
Contraditório	Sim
Constatações de auditoria	Nada a relevar.

6.1.4.2. Termos de Responsabilidade MCDT

Plano de Auditoria	Auditoria inserida no Plano de Auditoria Interna de 2022
Área(s) Auditada(s)	<p>Serviço de Gestão Hospitalar – Gabinete de Gestão dos Termos de Responsabilidade (SGH-GGTR)</p> <p>Serviço de Imagiologia (SI)</p> <p>Serviço de Genética (SG)</p> <p>Serviço de Gestão Financeira (SGF)</p> <p>Serviço de Gestão de Compras (SGC)</p>
Âmbito	Avaliar o sistema de controlo interno no processamento e pagamento dos MCDT realizados no exterior, no que respeita ao cumprimento das normas e procedimentos inerentes ao circuito de gestão dos Termos de Responsabilidade prescritos no CHULN.
Âmbito temporal	Triénio 2019-2021
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar o peso dos Termos de Responsabilidade no total de MCDT prescritos pelo CHULN; • Verificar o peso dos Termos de Responsabilidade no total de MCDT possíveis de realizar no CHULN e no exterior; • Analisar os grupos de MCDT com maior peso nos Termos de Responsabilidade; • Analisar entre preços da portaria e preços contratados pelo CHULN para os MCDT realizados no exterior; • Verificar a correspondência nos Termos de Responsabilidade entre exames prescritos, exames realizados e valores faturados.
Metodologia	<ul style="list-style-type: none"> • Reuniões preparatórias com os Serviços das áreas auditadas (SGH-GGTR, SI, SG, SGF, SGC); • Solicitação aos referidos Serviços da documentação aplicável ao âmbito a auditar; • Análise da documentação e seleção da amostra das listagens; • Inspeção no terreno das áreas a auditar, através da consulta documental, observação direta e entrevista aos diversos profissionais envolvidos; • Registo e análise das informações recolhidas durante a auditoria; • Elaboração do Relatório Final e respetiva submissão a deliberação do Conselho de Administração.
Limitações de âmbito	n.a.
Ciclo de realização	Fevereiro a Julho de 2022
Contraditório	Sim
Constatações de auditoria	<p>Na análise aos preços da portaria e preços contratados pelo CHULN para os MCDT realizados no exterior no triénio 2019-2021, verifica-se um valor total de 3,0 milhões de euros, favorável ao centro hospitalar, ou seja, no global o centro hospitalar pagou abaixo dos valores de portaria.</p> <p>Contudo, ainda foram detetados grupos de exames e entidades que geraram perda para o CHULN.</p>

**6.1.4.3. Registos e licenças da prática de fontes de radiação ionizantes**

Plano de Auditoria	Auditoria inserida no Plano de Auditoria Interna de 2022
Área(s) Auditada(s)	Comissão de Proteção Radiológica (CPR) Serviço de Cardiologia (SC) Serviço de Estomatologia (SE) Serviço de Imagiologia (SI) Serviço de Imunohemoterapia (SIHT) Serviço de Instalações e Equipamentos (SIE) Serviço de Radioterapia (SR)
Âmbito	Avaliar a conformidade dos Registos e Licenças da prática para as fontes de radiação ionizante existentes no CHULN.
Âmbito temporal	2022
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar a conformidade das fontes de radiação ionizante existentes no CHULN, ao nível dos Registos e Licenças da prática, em cumprimento com a legislação aplicável.
Metodologia	<ul style="list-style-type: none"> • Reuniões preparatórias com SIE e CPR; • Solicitação aos referidos Serviços da documentação aplicável ao âmbito a auditar; • Análise da documentação e seleção das amostras; • Registo e análise das informações recolhidas durante a auditoria; • Elaboração do Relatório Final e respetiva submissão a deliberação do Conselho de Administração.
Limitações de âmbito	Não foram abrangidas as fontes de radiação da área da Medicina Nuclear, pelo facto desta área ser gerida por entidade externa (Instituto de Medicina Nuclear).
Ciclo de realização	Fevereiro a Julho de 2022
Contraditório	Sim
Constatações de auditoria	A CPR deve proceder à normalização e controlo de toda a documentação relacionada com a área da Proteção Radiológica, articulando-se com todos os Serviços do CHULN que possuam responsabilidade pela prática relacionada com fontes de radiação ionizante, incluindo os Serviços de Apoio (SIE e SSO).

6.1.4.4. Criação de um sistema de gestão da qualidade no serviço de auditoria interna

Plano de Auditoria	2022
Área(s) Auditada(s)	Serviço de Auditoria Interna (SAI)
Âmbito	Atividades operacionais e de suporte do SAI
Âmbito temporal	17 de Janeiro a 22 de Março de 2022
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Criação de um Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ) no Serviço de Auditoria Interna. • Adoção de novos métodos de trabalho mais eficientes, com redução do papel ao mínimo essencial (<i>paperless</i>), e em cumprimento com o regulamento geral de proteção de dados. • Melhoria contínua do desempenho do SAI ao nível do planeamento, execução e monitorização das atividades.



Metodologia	<ul style="list-style-type: none"> Análise de toda a documentação existente desde a criação do SAI no Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte (CHULN); Seleção, codificação e organização da documentação relevante; Criação de um <i>site</i> especialmente dedicado ao grupo de trabalho do SAI, com as ferramentas informáticas ao dispor no CHULN, contendo toda a informação relevante; Formação da equipa SAI no SGQ e no novo <i>site</i> do Serviço.
Limitações de âmbito	Não aplicável
Contraditório	Não aplicável
Constatações de auditoria	<ul style="list-style-type: none"> Redução de custos com os novos métodos de trabalho <i>paperless</i>; Poupança entre 15.200 € a 21.414 € por parte do CHULN, pelo facto de já não ser necessária a aquisição de um <i>software</i> especialmente dedicado à Auditoria Interna.

6.1.4.5. Implementação de novo modelo de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas

Plano de Auditoria	2022
Área(s) Auditada(s)	Serviço de Auditoria Interna (SAI)
Âmbito	Atividades relacionadas com a gestão dos riscos de corrupção e infrações conexas
Âmbito temporal	17 de Janeiro a 24 de Março de 2022
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> Implementar novo modelo de gestão dos riscos de corrupção e infrações conexas (GRCIC) no Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte (CHULN), de forma a identificar e prevenir atempadamente as áreas da organização com maior exposição ao risco.
Metodologia	<ul style="list-style-type: none"> Análise de toda a documentação existente no SAI acerca da GRCIC; Pesquisa bibliográfica de métodos de GRCIC adaptáveis ao contexto do CHULN; Seleção de um método de GRCIC capaz de dar resposta aos normativos e mais adaptável à realidade contextual do CHULN; Adaptação desse método para a implementação do novo modelo de GRCIC no CHULN, com criação de indicadores correspondentes a cada tipo de risco e de medida preventiva, bem como de uma tabela de cálculo qualitativo e quantitativo do risco. Realização de formação por parte dos colaboradores do SAI, no sentido de conhecerem o contexto nacional dos diversos modelos de prevenção e gestão de risco no combate à fraude; Realização de formação de nível avançado no <i>software Power BI</i>, por parte de colaborador do SAI, no sentido de dominar ferramentas fundamentais para a análise de dados, elaboração de <i>dashboards</i> e relatórios de monitorização dos riscos.
Limitações de âmbito	Não aplicável
Contraditório	Não aplicável
Constatações de auditoria	<ul style="list-style-type: none"> Redução do impacto financeiro negativo, pela identificação e prevenção atempada das situações de maior risco económico, humano e reputacional, possível de quantificar 6 meses após a implementação deste novo modelo.



6.2. Outros assuntos

6.2.1. Base de dados de recomendações de auditorias internas e externas

Desde o último trimestre de 2020, em que foi criada uma base dados com a informação de todas as auditorias, internas e realizadas no CHULN, contendo a seguinte informação:

- Âmbito da auditoria
- Data da realização da ação de controlo
- Data do relatório de auditoria
- Constatações e recomendações elaboradas no âmbito das ações de controlo
- Etc.

Esta base de dados continua ser mantida e atualizada, permitindo um melhor controlo dos trabalhos de auditoria realizados na Instituição bem como monitorização da implementação das recomendações pelos serviços auditados.

6.2.2. Ponto Focal perante o GCCI

O GCCI, constituído pelo Despacho n.º 6447/2012, do Ministro da Saúde, funciona como o garante do reforço do envolvimento das entidades do setor da saúde, em especial dos organismos que intervêm na monitorização, auditoria, fiscalização e controlo da despesa com vista à instituição de um modelo sistémico, integrado e coerente, de controlo interno no Ministério da Saúde (MS).

Em 22 de outubro de 2020, foi formalizado via email à Dra. Graça Maria Miranda Ratinho Teixeira, Inspetora da Inspeção Geral das Atividades em Saúde I GCCI, a nomeação do Auditor Interno, Dr. Rafael Dolores, como ponto focal do CHULN, EPE perante o GCCI da IGAS.

7. AGRADECIMENTOS

O relatório de anual de auditoria interna de 2022, foi escrito e apresentado ao CA no mês de março de 2022. Tem como objetivo assegurar o cumprimento da obrigação de comunicação a realizar em março de 2023.

Quero deixar expresso o agradecimento especial ao Exmo. Conselho de Administração pelo apoio dado à atividade do SAI e do auditor interno no CHULN, permitindo que a função na Instituição seja encarada com a relevância/ autoridade necessária para a realização das ações de controlo e aprimoramento do sistema de controlo interno.

Neste sentido, aproveito também para agradecer aos profissionais das Áreas auditadas, designadamente aos Diretores de Serviço Não Clínico e Administradores Hospitalares pela disponibilidade em prestar todos os esclarecimentos solicitados.

CHLN-Administração

Entrada N.º 155735

13/03/2023

Ass.:

Saída / /

Ass.: