

Comunicação Interna

De Irene Ramos

N.º AI-CI-250001

Serviço Auditoria Interna

Para Presidente do Conselho de Administração

Assunto: Relatório de atividades SA - 2024_signed.pdf

Exmo. Senhor Presidente do Conselho de Administração

Senhor Dr. José Cardoso

Em cumprimento do determinado na alínea d) do n.º 2 do artigo 86.º do decreto-lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, remeto a V. Exa. o Relatório anual sobre a atividade desenvolvida pelo Serviço de Auditoria no ano de 2024.

Com os meus mais respeitosos cumprimentos.

Irene Ramos

ULSAM, 14/02/2025

Irene Ramos

RELATÓRIO DE ATIVIDADES

SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA

20

24



Índice

1. Relação de Siglas e Abreviaturas	3
2. Nota introdutória	4
3. Caracterização do Serviço de Auditoria Interna	5
4. Atividades Realizadas	9
5. Perspetivas Futuras	16
6. Referências Bibliográficas	17

1. Relação de Siglas e Abreviaturas

ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde, IP
ARSN	Administração Regional de Saúde do Norte
CA	Conselho de Administração
CPC	Conselho de Prevenção da Corrupção
CRSI	Comité de Risco e Segurança da Informação
DPO	Encarregado pela Proteção de Dados
EPE	Entidade Pública Empresarial
ERS	Entidade Reguladora da Saúde
GCCI	Grupo Coordenador do Sistema de Controlo Interno Integrado no Ministério da Saúde
IGAS	Inspeção-Geral das Atividades em Saúde
IGF	Inspeção Geral de Finanças
MENAC	Mecanismo Nacional Anticorrupção
PAA	Plano Anual de Auditoria
PAO	Plano de Atividades e Orçamento
PCR	<i>Polymerase Chain Reaction</i> (Teste Molecular Diagnóstico- Covid 19)
PPR	Plano de Prevenção do Risco de Gestão, incluindo riscos de corrupção e infrações conexas
RCII	Regulamento Comunicação Interna de Irregularidades
RGPC	Regime Geral de Prevenção da Corrupção
RGPD	Regime Geral de Proteção de Dados
SA	Serviço Auditoria Interna
SCIIMS	Sistema de Controlo Interno Integrado do MS
SNS	Serviço Nacional de Saúde
ULSAM	Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E.



2. Nota introdutória

Em cumprimento do determinado no Decreto-Lei nº 52/2022, de 4 de agosto, é elaborado o presente Relatório de Atividades que se destina a fornecer informação sobre a atividade desenvolvida no exercício de 2024, pelo Serviço de Auditoria Interna (SA) da Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E. (ULSAM), dando também cumprimento à obrigatoriedade de reporte, interno e externo. Importa também salientar que, na construção do mesmo, foram atendidas as normas internacionais para a prática profissional de auditoria interna, bem como as recomendações emitidas pela Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS), no Ofício-Circular 2219/2022/GAI/ACSS.

O SA, para assegurar o necessário alinhamento, harmonização, integração e convergência de objetivos e políticas de saúde, previsto nas Instruções do Grupo Coordenador do Sistema de Controlo Interno Integrado do Ministério da Saúde (GCCl) nºs 2 e 3/2020¹, decorrentes da adoção de uma estratégia de controlo integrado para o Ministério da Saúde, elaborou um Plano Estratégico para o triénio 2024-2026, desdobrado por cinco eixos estratégicos: reforço da eficácia do controlo interno (Eixo 1); incremento da transparência e da eficácia dos processos (Eixo 2); combate ao desperdício, à fraude e à corrupção e fortalecimento da prevenção (Eixo 3); melhoria do desempenho e do rigor na gestão, prosseguindo o objetivo de sustentabilidade financeira do SNS (Eixo 4) e promoção da segurança na prestação de cuidados de saúde (Eixo 5). Tendo por base os cinco eixos estratégicos delineados para o triénio, foram definidos objetivos estratégicos e compiladas as ações/iniciativas projetadas taticamente para a concretização dos mesmos, em todos os níveis organizacionais, contribuindo para uma cultura organizacional de excelência, centrada no utente e orientada para os resultados.

Este alinhamento estratégico suporta a elaboração do Plano Anual Atividades do Serviço de Auditoria Interna (PAA).

Ainda no âmbito das suas competências, o SA deu resposta aos pedidos apresentados por entidades externas, no seguimento de ações de controlo e auditorias externas, bem como deu cumprimento ao determinado na Circular Normativa nº 20/2016/ACSS, de 12/10, elaborando o Relatório Trimestral de Execução Financeira (REF), relativo ao 3º trimestre de 2024, dada a ausência por doença da diretora do Serviço de Auditoria Interna, entre março e outubro de 2024.

¹ Instrução nº 3/2020 do GCCl – “As restantes entidades que compõem o SCIIMS deverão, para o ano de 2021 e seguintes, aquando da elaboração dos seus planos estratégicos e planos de atividade, e no que concerne ao controlo interno, promover o alinhamento destes instrumentos de gestão com as linhas de atuação preconizadas no PCIIMS:”



Em resultado desta ausência prolongada não foi possível dar cumprimento integral ao Plano de atividades do SA para o ano de 2024, tendo as ações de auditoria realizadas insidido sobre 0,1% dos gastos previstos no orçamento, numa amostra que recaía sobre 0,3% dos mesmos.

Acresce referir que a Diretora do Serviço de Auditoria foi designada Responsável pelo Cumprimento Normativo, em 21 de março de 2024 e a técnica do SA foi designada ponto focal do “Projecto Planapp/IHMT – Estudo sobre factores de satisfação dos profissionais de saúde”.

3. Caracterização do Serviço de Auditoria Interna

3.1. Enquadramento

De acordo com o artigo 86.º do decreto-lei n.º 52/2022, as Unidades Locais de Saúde devem dispor de um SA, a quem compete a avaliação dos processos de controlo interno e de gestão de riscos, no domínio contabilístico, financeiro, operacional, informático e de recursos humanos, contribuindo para o seu aperfeiçoamento contínuo.

O SA da ULSAM rege a sua atividade pelo estabelecido no referido diploma, bem como pelas disposições do seu regulamento interno, pelas decisões e deliberações do CA e demais legislação aplicável, bem como pelas normas globais de auditoria interna *The Institute of Internal Auditors*.

3.2. Missão, Visão e Valores

O SA presta serviços de garantia² e consultoria³, independentes e objectivos, destinados a agregar valor e melhorar as operações da ULSAM. Mediante uma abordagem sistemática e disciplinada na avaliação e melhoria da eficácia dos processos de gestão de risco, controlo e governação, nos domínios contabilístico, financeiro, operacional, informático e de recursos humanos, ajuda a organização a atingir os seus objetivos.

3.3. Objectivos Gerais

O SA apoia a gestão na identificação e avaliação às exposições significativas ao risco, no estabelecimento de controlos efetivos e na proposta de recomendações para a melhoria do processo de governação.

² Os serviços de garantia envolvem a avaliação objetiva da evidência necessária para fornecer uma opinião ou conclusão independente.

³ São normalmente executados por solicitação específica.



Em alinhamento com os objetivos definidos pela ULSAM e prosseguindo o seu plano de ação estratégico definiu cinco eixos estratégicos (EE) que se pretende venham a reforçar o processo de melhoria continua da qualidade dos serviços prestados e dos resultados a alcançar.

Eixo 1 - Reforço da eficácia do controlo interno

No âmbito das suas competências o SA direciona a sua atuação para as áreas e atividades que comportam um maior risco, apelando ao envolvimento de toda a organização na implementação de medidas de prevenção e na adoção das melhores praticas.

Eixo 2 - Incremento da transparência e da eficácia dos processos

A transparência e a comunicação são pilares estratégicos na cultura das organizações saudáveis, dado que fomentam a criação de um ambiente de trabalho participativo, fortalecem a identidade e o sentimento de pertença, bem como a motivação e a partilha.

Desta forma, entendemos crucial o desenvolvimento de ações tendentes a estimular o envolvimento de todos em torno de objetivos comuns. A planificação integrada afigura-se como uma metodologia de trabalho promotora de ganhos de eficiência e de melhoria da eficácia dos processos.

Eixo 3 - Combate ao desperdício, à fraude e à corrupção e fortalecimento da prevenção

O desperdício representa um aumento de gastos desnecessário, que não acrescenta valor e como tal deve ser diminuído ao máximo, quando não for possível eliminá-lo completamente, logo a redução do desperdício apresenta-se como um dos maiores desafios para os gestores da saúde.

Para exercer um combate eficaz ao desperdício, torna-se imprescindível o envolvimento de todos os profissionais, e a implementação de mecanismos eficazes de controlo e responsabilização.

Eixo 4 - Melhoria do desempenho e do rigor na gestão, prosseguindo o objetivo de sustentabilidade financeira do SNS

A ULSAM procura com a estratégia que definiu, *desconstruir os processos e simplificá-los, tornando o sistema simples, ágil e capaz de responder com qualidade tanto a profissionais como a utentes que a ele recorrem.*

Melhorar a eficácia técnica e eficiência, num quadro de desenvolvimento económico e financeiro sustentável, é um dos objetivos pelos quais está norteada a sua atividade, patente no seu Regulamento Interno (artigo 5º).

A eficiência dos processos obedece a um rigoroso processo de gestão dos meios disponíveis para alcance dos objetivos traçados. Atendendo a que de uma forma geral os recursos são escassos, obrigatoriamente devemos ser mais rigorosos nos processos de controlo objetivando a sustentabilidade financeira do SNS.

Para o efeito, o SA conjugou diversas ações tendentes também a contribuir para esse objetivo comum, de sustentabilidade financeira do SNS.

Eixo 5 - Promoção da segurança na prestação de cuidados de saúde.

Para alcançar os seus objetivos, as organizações devem ter presente que todos os profissionais têm de se sentir envolvidos e dispostos a adotar as melhores praticas.

O reforço das competências suportado em processos de formação continua, orientada para as necessidades e prioridades dos profissionais, alinhado com uma cultura de aprimoramento continuo dos processos de trabalho, traduz-se numa pratica conducente à obtenção de melhores resultados.

Tendo por base os eixos estratégicos delineados para o triénio 2024-2026, foram definidos objetivos (OE) e compiladas ações/iniciativas, projetadas taticamente para a concretização dos mesmos, em todos os níveis da organização, contribuindo para uma cultura organizacional de excelência, centrada no utente e orientada para os resultados.

OE 1 Confiabilidade e integridade

EE 1 Reforço da eficácia do controlo interno

Ações:

- > Fomentar a realização de ações de formação orientadas para a prevenção e controlo de riscos
- > Fomentar a divulgação das boas práticas

OE 2 Reforço do controlo interno para as áreas de maior risco

EE 1 Reforço da eficácia do controlo interno

Ações:

- > Direcionamento da atividade de controlo para as áreas de maior risco
- > Monitorizar as ações desenvolvidas pelos Serviços/Departamentos, incluídas no PPR
- > Análise conjunta para o desenvolvimento de controlos para as áreas de maior risco
- > Realização de ações de auditoria

OE 3	Adesão das direções e equipas na identificação das vulnerabilidades dos processos de controlo interno
EE 1	Reforço da eficácia do controlo interno
Ações:	
> Difundir informação relativa aos processos de controlo interno existentes > Desenvolver ações de consultoria e capacitação > Propor momentos de reflexão das causas dos incidentes > Capacitar para a identificação de fatores como erro, fraude e não conformidade	
OE 4	Promoção da transparência e eficácia dos processos
EE 2	Incremento da Transparência e da eficácia dos processos
Ações:	
> Efetuar o tratamento da comunicação de irregularidades com celeridade e imparcialidade > Incentivar a disseminação de boas práticas tendentes a uniformizar e simplificar processos	
OE 5	Ganhos de eficiência através da Integração de cuidados
EE 2	Incremento da Transparência e da eficácia dos processos
Ações:	
> Fomentar o planeamento integrado > Analisar processos internos, com o propósito de identificar redundâncias	
OE 6	Otimização da capacidade instalada
EE 3	Combate ao desperdício, à fraude e à corrupção e fortalecimento da prevenção
Ações:	
> Apelar para o reforço das medidas de prevenção > Promoção da troca de informação e a comunicação entre departamentos	
OE 7	Maximizar o desempenho
EE 4	Melhoria do desempenho e do rigor na gestão, prosseguindo o objetivo de sustentabilidade financeira do SNS
Ações:	
> Elaboração do relatório de execução financeira, de acordo com a metodologia determinada pela ACSS > Analisar as operações do ponto de vista da economia, eficácia e eficiência, na salvaguarda da sustentabilidade do SNS > Padronização dos documentos relacionados com o processo de auditoria > Aperfeiçoar e documentar a comunicação e intervenção efetuada pelo SA > Divulgação de manuais e normativos que potenciam o fortalecimento dos mecanismos de controlo interno	
OE 8	Aprimorar a prestação dos serviços de auditoria
EE 4	Melhoria do desempenho e do rigor na gestão, prosseguindo o objetivo de sustentabilidade financeira do SNS
Ações:	
> Ações de <i>Upgrade</i> e aprendizagem > Ações de inovação e <i>compliance</i> organizacional > Lançar inquérito de satisfação aos serviços auditados > Lançar inquérito de satisfação profissionais ULSAM	



OE 9 Fomentar o desenvolvimento de uma cultura de aperfeiçoamento contínuo

EE 5 Promoção da segurança na prestação de cuidados de saúde

Ações:

- > Promover a implementação de ações de melhoria
- > Verificar a integridade, fiabilidade dos sistemas implementados que assegurem a concordância das operações com os programas/planos/políticas estabelecidas e a legislação vigente
- > Fomentar a formação orientada para as necessidades e prioridades dos profissionais

3.4. Recursos Humanos

Conforme consta do organograma da ULSAM o SA é um órgão de apoio à gestão, que reporta, funcionalmente, ao CA, e depende, em termos orgânicos, do Presidente do Conselho de Administração.

No ano de 2024, o SA contou praticamente apenas com um profissional atendendo à ausência prolongada por doença da Diretora do Serviço.

4. Atividades Realizadas

Atendendo à ausência prolongada (entre março e outubro) do Diretor do Serviço não foi possível atender a todas as atividades previstas no seu Plano de Auditoria Interna para 2024.

Para reforço do sistema de controlo interno, o SA desenvolveu a sua ação, ao longo do ano, atendendo às obrigações decorrentes dos normativos legais, ao acordado no seu Plano Anual de Auditoria e às solicitações do CA.

4.1. Elaboração do Plano de Atividades para o ano de 2025⁴

Em cumprimento do disposto no decreto-lei nº 52/2022, de 4 de agosto, nomeadamente do nº 13 do artigo 86º, o SA apresentou um PAA, em alinhamento com as determinações do GCCI, descritas nas Instruções nºs 4/2018, de novembro de 2018, 2 e 3/2020, de Agosto de 2020.

Este documento identifica os compromissos e outros serviços de auditoria interna a prestar durante o ano de 2025. Pretende-se que o mesmo seja dinâmico, refletindo as respostas atempadas às mudanças organizacionais.

Este documento mereceu a aprovação do CA em reunião de 28 de novembro de 2024.

⁴ Alínea c) do nº 2 do artº 86º da secção IV (Serviço de Auditoria Interna) do dec-lei nº 52/2022, de 4 de agosto - Compete em especial ao SA “Elaborar o plano anual de auditoria interna.”



4.2. Relatório Execução Anual do Plano de Auditoria (2023)⁵

Elaboramos o Relatório de Execução Anual do Plano de Auditoria, relativo ao ano de 2023.

4.3. Elaboração dos relatórios de execução financeira, em articulação com o Fiscal Único da ULSAM⁶.

Dando cumprimento ao determinado na Circular Normativa nº 20/2016/ACSS, de 12-10-2016, suportada no Despacho n.º 7709-B/2016, de 9 de junho, de Sua Excelência o Senhor Secretário de Estado da Saúde, foram elaborados os relatórios trimestrais de execução financeira do quarto trimestre de 2023, do primeiro e quarto de 2024 que, após aprovação pelo CA, foram remetidos para a ACSS.

O Relatório relativo ao 2º trimestre de 2024, atendendo à ausência da Diretora do SA, foi elaborado pela Diretora dos Serviços Financeiros.

4.4. Monitorização e avaliação da execução do PPR⁷

Tendo por base o último PPR, de setembro de 2023, foi elaborado o Relatório Anual de Execução, aprovado posteriormente pelo CA, em 24 de abril de 2024, com o propósito de monitorizar e avaliar o grau de execução das medidas de controlo, bem como da sua eficácia, por forma a prevenir comportamentos inadequados e contribuir para a tomada de decisão segura.

No enquadramento das diretrizes emitidas pelo Mecanismos Nacional Anticorrupção (MENAC)⁸, foi efetuada a monitorização da execução do novo PPR, para os riscos de maior gravidade.

4.5. Sessão de esclarecimento, dirigida à elaboração do PPR

⁵ Alínea d) do nº 2 do artº 86º da secção IV (Serviço de Auditoria Interna) do dec-lei nº 52/2022, de 4 de agosto – Compete em especial ao SA “elaborar anualmente um relatório sobre a atividade desenvolvida, em que se refiram os controlos efetuados, as anomalias detetadas e as medidas corretivas a adotar.”

⁶ Nº 1 do despacho nº 7709-B/2016, do Excelentíssimo Secretário de Estado da Saúde – “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.”
Através da Circular Normativa n.º 14/2016, de 1 de julho, a ACSS definiu a metodologia para operacionalização do Despacho n.º 7709-B/2016, de 9 de junho, posteriormente revista através da Circular Normativa nº 20/2016, de 12 de outubro.

⁷ Alínea e) do nº 2 do artº 86º da secção IV (Serviço de Auditoria Interna) do dec-lei nº 52/2022, de 4 de agosto – Compete em especial ao SA “Elaborar o plano de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas e os respetivos relatórios anuais de execução.”

⁸ Alínea a) do nº 4 do artº 6º, do Capítulo III – Medidas de Prevenção da Corrupção – do anexo à Portaria nº 109-E/2021, de 9 de dezembro – “A execução do PPR está sujeita a controlo, efetuado nos seguintes termos: Elaboração, no mês de outubro, de relatório de avaliação intercalar nas situações identificadas de risco elevado ou máximo.”



Com os objetivos de fazer face às exigências para o desempenho em funções no setor da saúde, em particular nos domínios da Gestão de Risco, foi efetuada sessão de esclarecimento/Formação sobre o PPR e Controlo Interno, no âmbito do Programa de Integração de novos colaboradores.

Nesta sessão foram ainda abordadas outras áreas de gestão de risco, como sejam: a Gestão de Risco Clínico; Risco Geral; Proteção de Dados e Cibersegurança.

4.6. Receção das comunicações de irregularidades sobre a organização e o funcionamento da ULSAM, apresentadas pelos demais órgãos estatutários, trabalhadores, colaboradores, utentes e cidadãos em geral⁹

Em cumprimento do determinado no nº 4 do artigo 87º Decreto-Lei n.º 52/2022 de 4 de agosto¹⁰, a ULSAM dispõe de Regulamento Comunicação Interna de Irregularidades (RCII) com a definição das regras e procedimentos a acautelar no âmbito da comunicação interna de irregularidades, nomeadamente quanto à forma e canais de comunicação, bem como dos procedimentos a adotar no tratamento da informação.

Atento o previsto no RCII, o Gabinete do Utente articula-se com o SA, na análise das reclamações apresentadas pelos cidadãos, no sentido de verificar se as mesmas referem situações que configuram eventuais irregularidades.

Salvaguardando o previsto no Regulamento Interno de Comunicação de Irregularidades, designadamente no número três do artigo 14º, foi elaborado e remetido ao CA, relatório anual sobre a atividade desenvolvida no ano de 2023.

Foram rececionadas e registadas dezanove comunicações de irregularidades e emitidas trinta e duas recomendações.

⁹ Alínea b) do nº 2 do artº 86º da secção IV (Serviço de Auditoria Interna) do dec-lei nº 52/2022, de 4 de agosto – Compete em especial ao SA “Receber as comunicações de irregularidades sobre a organização e funcionamento do estabelecimento de saúde, E. P. E., ou do estabelecimento de saúde, S. P. A., apresentadas pelos demais órgãos estatutários, trabalhadores, colaboradores, utentes e cidadãos em geral.”

¹⁰ Nº 4 do artº 87º do decreto-lei nº 52/2022, de 4 de agosto – sistema de controlo interno e de comunicação de irregularidades – “Mediante proposta do serviço de auditoria interna, deve ser aprovado pelo conselho de administração do estabelecimento de saúde, E.P.E., ou pelo conselho diretivo do estabelecimento de saúde, S.P.S., um regulamento que defina as regras e procedimentos de comunicação interna de irregularidades, através do qual possam ser descritos factos que indiciem:

- a) Violação de princípios e disposições legais, regulamentares e deontológicas por parte dos membros dos órgãos estatutários, trabalhadores, fornecedores de bens e prestadores de serviços no exercício dos seus cargos profissionais;
- b) Dano, abuso ou desvio relativo ao património do estabelecimento de saúde, E. P. E., ou do estabelecimento de saúde, S. P. A., ou dos utentes;
- c) Prejuízo à imagem ou reputação do estabelecimento de saúde, E. P. E., ou do estabelecimento de saúde, S. P. A.



Todas as comunicações de irregularidades estavam indexadas ao possível incumprimento de disposições regulamentares ou deontológicas, por parte dos trabalhadores no exercício das suas funções.

4.7. Auditoria – Trabalho Extraordinário SU

Auditoria programada, integrada no PAA 2024

A ação de auditoria teve como propósito assegurar o cumprimento dos requisitos legais aplicáveis ao Trabalho Extraordinário no Serviço de Urgência, no respetivo respeito pela segurança dos profissionais e dos cidadãos.

Esta ação foi programada e desenvolvida a pedido do Conselho de Administração da ULSAM.

Na sequência desta ação de auditoria foram emitidas três recomendações, estando uma implementada e duas em fase de implementação.

4.8. Auditoria – Valorização Remuneratória de trabalhadores do grupo profissional de enfermagem

Auditoria não programada

A ação de auditoria foi realizada a pedido do CA e estava dirigida à verificação da valorização remuneratória dos trabalhadores de enfermagem, produzida em resultado da aplicação da Lei nº 114/2017, de 29 de dezembro e do Decreto-Lei nº 75/2023, de 29 de agosto.

O enfoque desta ação de auditoria, incidiu sobre as seguintes questões:

- A valorização remuneratória foi atribuída devidamente, em respeito pelo estabelecido nos diplomas legais?
- O apuramento da valorização remuneratória foi efetuado corretamente, em respeito pelos cálculos estabelecidos nos diplomas legais?

No âmbito do processo de auditoria, foram produzidas duas recomendações, que estão em fase de implementação.

4.9. Auditoria ao processo de inventário anual

Auditoria não programada.



Com o objetivo de avaliar a conformidade dos procedimentos instituídos na realização do inventário anual, desenvolveu-se uma ação de auditoria dirigida aos armazéns centrais de material de consumo clínico.

À data de elaboração do presente relatório ainda não tinham sido produzidas as conclusões finais.

4.10. Acompanhamento da implementação das recomendações produzidas na sequência de um processo de inquérito interno, em colaboração com a Diretoria Clínica e Enfermeira Diretora.

4.11. Ações de consultoria e capacitação

Com o objetivo de prosseguir com a adesão das direções e equipas, na identificação das vulnerabilidades dos processos de controlo interno foi difundida informação relativa a fragilidades dos processos de controlo interno, no sentido de capacitar os profissionais para a identificação de fatores como erro, fraude e não conformidade e promover a implementação de ações de melhoria.

4.12. Ações de Upgrade e Aprendizagem

Com o objetivo de aprender, como processo de transformação e desenvolvimento pessoal e profissional da equipa de auditoria, foi efetuada uma sessão de atualização e reflexão para atualização e reforço de competências.

4.13. Ações de Inovação e compliance organizacional

Com o propósito de capacitar a comunidade ULSAM e garantir a conformidade com leis, regulamentos e padrões éticos, foram realizadas duas sessões online para disseminar as orientações normativas no âmbito do plano de prevenção de riscos e difundir processos de controlo interno.

4.14. Monitorização da implementação das recomendações formuladas, no âmbito das ações de auditoria realizadas (follow-up)

Conforme decorre das boas praticas, foi efetuada a monitorização da implementação das recomendações formuladas na sequência de um processo de auditoria (Follow-up), registando-se uma taxa de implementação de 100%.

Pelas limitações já referidas não foi possível efetuar as auditorias de follow-up das restantes ações efetuadas.



4.15. Acompanhamento do processo de monitorização e controlo do contrato de prestação de serviços de confeção, fornecimento e distribuição de alimentação – Aquisição de serviços de alimentação

Acompanhamento das auditorias técnicas desenvolvidas regularmente pelo serviço de nutrição da ULSAM, para avaliação da conformidade das condições de prestação do serviço acordadas e estabelecidas em caderno de encargos.

4.16. Inspeção Geral das Atividades em Saúde (IGAS)

Articulação e colaboração nos processos em curso.

4.17. ACSS – Acompanhamento do processo de faturação do contrato-programa

Acompanhamento do processo de faturação do contrato-programa, identificando constrangimentos e propondo ações tendentes ao reforço do controlo interno na gestão dos processos e dos programas de saúde.

4.18. Regime Geral de Protecção de Dados (RGPD)

Enquanto membro da equipa multidisciplinar, nomeada para colaborar na implementação do RGPD, colaboro em toda a atividade desenvolvida.

4.19. Colaboração com a Polícia Judiciária, o Ministério Público, a Direção Executiva do SNS, a ACSS, a ARSN, a IGAS e a ERS

4.20. Assessoria ao Conselho de Administração

Sempre que o CA entendeu adequada foi prestada assessoria para melhoria de processos/procedimentos internos.

4.21. Consultoria

Sempre que solicitado, o Serviço de Auditoria disponibiliza-se a prestar apoio/colaboração, de acordo com as suas competências e responsabilidades.

Os trabalhos desta natureza estão sujeitos a acordo com os serviços que o solicitam e versam o desenvolvimento e a implementação de novas políticas e a conceção de processos e sistemas. Estão também incluídos os serviços de facilitação e formação.

4.22.

Os principais riscos identificados, aquando da realização das ações de auditoria e na receção das irregularidades comunicadas, estão associados a fragilidades no planeamento dos processos de contratação pública, de gestão de tesouraria e na gestão de recursos humanos

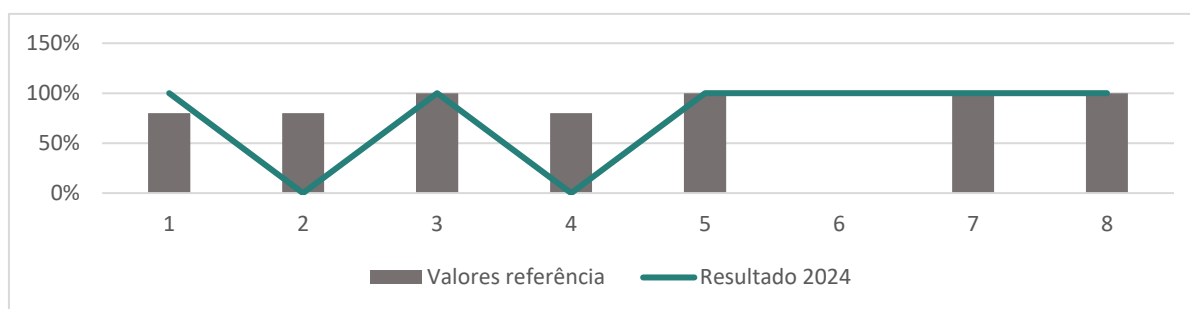
4.23. Indicadores de desempenho

No âmbito da monitorização da atividade desenvolvida pelo SA, importa efetuar uma auto-análise da eficiência da estratégia implementada. Para o efeito, incorporamos vários indicadores de desempenho (KPI's¹¹), que nos permitem avaliar os resultados obtidos.

Nº	Indicadores Descrição	Valores referência	Resultado 2024
1	% auditorias do PAA realizadas (nº de auditoria realizadas/nº auditorias planeadas)*100	80%	100%
2	% de recomendações implementadas, em resultado de ações de auditoria (Nº recomendações implementadas/nº recomendações emitidas)*100	80%	0%
3	Cumprimento do Plano de formação (Nº formações realizadas/nº formações planeadas)*100	100%	100%
4	% ações de auditorias com relatório de Follow-up (Nº ações de follow-up realizadas/Nº ações de auditoria realizadas)*100	80%	0%
5	Cumprimento do prazo de elaboração do REF	100%	100%
6	Ações de formação/sensibilização PPR	>=1/ano	100%
7	Elaboração do relatório intercalar de monitorização do PPR	100%	100%
8	Cumprimento do prazo de elaboração do relatório avaliação anual do PPR	100%	100%

a) Foram realizadas três ações de auditoria, exatamente o mesmo número das auditorias propostas. Uma fazia parte do PAA, outra a pedido do CA e uma para avaliação do processo de inventário de final de ano.

b) os três relatórios de execução financeira elaborados pelo SA foram elaborados dentro do prazo estabelecido.



4.24. Participação em ações de formação

Curso Formação	Data	Entidade formadora	Duração (horas)	Créditos CPE
A cultura de segurança do doente internado no Hospital: Perceção dos enfermeiros	27/fev/24	ULSAM	2	
Auditoria ao Outsourcing e Third Party Risks	22 a 24 abril 2024	IPAI	12	12
Formação de Formadores	setembro a outubro 2024	Comunilog	90	

¹¹ Key Performance Indicators



Webinar's	Data	Entidade formadora	Duração (horas)	Créditos CPE
Capacitação Profissional: A IA na Indústria 5.0	04/dez/24	IEFP	2	
Inclusão, proibição da discriminação e proteção da vulnerabilidade	10/dez/24	INA	1,5	

4.23. Ações de formação Atividade de formadora

Curso	Data	Entidade formadora	Duração (horas)
Ação 1 de upgrade e aprendizagem-Plano Estratégico do serviço de auditoria interna 2024-2026	19/jan/24	ULSAM	1,5
Plano de Prevenção de Risco – Programa de Integração de novos colaboradores	02/jan/24	ULSAM	0,5

- Programa de formação interna, em formato e-learning, dirigido a todos os dirigentes e trabalhadores, com vista à compreensão das políticas e procedimentos de prevenção da corrupção e infrações conexas implementadas e ao envolvimento de todos na construção do PPR.

Este programa de formação visa, ainda, dar cumprimento ao regime geral de prevenção da corrupção (RGPC), previsto no decreto-lei nº 109-E/2021, de 9 de dezembro, atendendo à importância que reveste a prevenção e a promoção de uma cultura de ética e de conduta potenciadora da adoção das melhores práticas.

5. Perspetivas Futuras

O Plano de Atividades do SA, para o ano de 2025, já foi aprovado pelo CA e remetido a todas as entidades referidas no decreto-lei nº 52/2022.

O planeamento das diversas ações projetadas para 2025 têm subjacente a avaliação da eficiência e eficácia do sistema de controlo interno da ULSAM, em alinhamento com o Plano Estratégico 2024-2026, desenhado pelo Serviço de Auditoria, que visa estabelecer um compromisso interno, com o necessário reforço do quadro de recursos humanos do serviço.

Para além das ações previstas em plano, e no âmbito do reforço do sistema de controlo interno, prevemos o desenvolvimento de um aplicação informática, ou de um módulo específico numa aplicação já em uso na ULSAM, que dê suporte aos processos de auditoria interna, realizados pelo SA e às diferentes unidades orgânicas, no domínio das auditorias contínuas.

Acreditamos que esta alteração, acelere a eficiência dos processos internos e incentive a conexão e a colaboração das equipas, na disseminação de uma cultura de melhoria contínua.

Prespetiva-se, ainda, a desmaterialização do processo de gestão de risco, designadamente dos riscos de gestão, que inclua a preparação, monitorização e avaliação do PPR.

6. Referências Bibliográficas

- Decreto-Lei nº 52/2022, de 4 de agosto
- Lei 93/2021, de 20 de dezembro
- Dec. Lei nº 109-E/2021, de 9 de dezembro
- Circular Normativa nº 20/2016/ACSS, de 12 de outubro
- Instrução nº 2/2018, de 19 de junho, do GCCI
- Instrução nº 1/2020, de 7 de janeiro, do GCCI
- Instrução nº 2/2020, de 13 de agosto, do GCCI
- Instrução nº 3/2020, de 13 de agosto, do GCCI
- Plano de Controlo Interno Integrado do Ministério da Saúde
- Orientação Técnica nº 2/2021, de 17 de novembro, da IGAS
- Despacho n.º 7709-B/2016, de 9 de junho, de Sua Excelência o Senhor Secretário de Estado da Saúde
- Ofício-Circular nº 2219/2022/GAI/ACSS
- Recomendação nº 1/2023, da IGAS
- Guião nº 1/2023, do Mecanismo Nacional Anticorrupção (MENAC)

Viana do Castelo, 14 de fevereiro de 2025

A Diretora do Serviço de Auditoria

Assinado por : **Irene Morais Enes Ramos**
Num. de Identificação: BI05953362
Data: 2025.02.14 13:46:02+00'00'



Deliberação tomada na ata N.º 726, data 20-03-2025

O CA delibera aprovar.

Dr. José Manuel de Araújo Cardoso
Presidente do Conselho de Administração

Dra. Maria Helena Leite Ramalho
Diretora Clínica CSH

Dr. António Nelson Gomes Rodrigues
Diretor Clínico CSP

Enfermeiro Diretor

Dra. Lúcia Silva Marinho
Vogal Executiva