

Instituto Politécnico de Coimbra
Instituto Superior de Contabilidade
E Administração de Coimbra

Filipa Alexandra Cruz de Oliveira e Cardoso Aguiar

Relatório de Estágio
Instituto Português Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, EPE
Serviço de Auditoria Interna

Coimbra, Julho de 2020



Instituto Politécnico de Coimbra
Instituto Superior de Contabilidade
e Administração de Coimbra

Filipa Alexandra Cruz de Oliveira e Cardoso Aguiar

Relatório de Estágio
Instituto Português Oncologia de Coimbra Francisco
Gentil, EPE
Serviço de Auditoria Interna

Relatório de estágio submetido ao Instituto Superior de Contabilidade e Administração de Coimbra para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de **Mestre em Auditoria Empresarial e Pública**, realizado sob a orientação da Professora Maria Georgina da Costa Tamborino Morais e supervisão do Auditor Interno do Instituto Português Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, EPE. João André Viana de Lemos Matos Santos.

Coimbra, Julho de 2020

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Declaro ser a autora deste relatório de estágio, que constitui um trabalho original e inédito, que nunca foi submetido a outra Instituição de ensino superior para obtenção de um grau acadêmico ou outra habilitação. Atesto ainda que todas as citações estão devidamente identificadas e que tenho consciência de que o plágio constitui uma grave falta de ética, que poderá resultar na anulação do presente relatório de estágio.

DEDICATÓRIA

À minha querida mãe e

À memória do meu querido pai

AGRADECIMENTOS

Apesar de saber que palavras não conseguem expressar o quanto me sinto grata por todo o apoio e força que sempre recebi, não poderia começar sem agradecer à Mãe mais maravilhosa do mundo, pela paciência, pelas palavras nos momentos mais difíceis, por toda a força e todo o apoio incondicional.

Não posso deixar de agradecer ao Pedro, que sempre foi o meu pilar, que sempre me apoiou, que sempre teve uma palavra de apoio, encorajamento e incentivo e que está sempre do meu lado, haja o que houver.

Agradeço também aos meus Avós por estarem sempre presentes e orgulhosos de todas as conquistas da sua neta mais nova. Obrigada também ao meu Irmão pelo apoio.

Também não posso esquecer todos os colegas da 10^a Edição do Mestrado de Auditoria Empresarial e Pública, em especial, às amigas que vou levar para a vida: Isadora Lima, Joana Amorim e Joana Andrino, obrigada por todos os momentos partilhados.

Quero agradecer à minha Orientadora, Doutora Georgina Morais pela sua orientação, disponibilidade, paciência e por me proporcionar o estágio no Instituto Português Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, EPE.

Por último, mas definitivamente não menos importante, quero agradecer ao Dr. João André Santos, que me proporcionou esta experiência tão enriquecedora e, conseqüentemente me deu a oportunidade de conhecer pessoas maravilhosas, que me receberam como se fizesse parte da equipa: Fátima Mendes, Dora Gaspar, Vítor Duarte, Ana Rei, Sandra Pereira, Eliete Queda, Conceição Piedade, Licínia Coimbra, Dr. Pedro Simões.

A todos, o meu mais sentido agradecimento.

RESUMO

Com vista à conclusão do mestrado em Auditoria Empresarial e Pública, do Instituto Superior de Contabilidade e Administração de Coimbra, surgiu a oportunidade de realizar o estágio no Serviço de Auditoria Interna do Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, EPE, entre Março e Setembro de 2019. O presente relatório pretende realizar um enquadramento teórico da área de Auditoria Interna e explicar as atividades desenvolvidas pela estagiária.

O Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, EPE encontra-se inserido no Serviço Nacional de Saúde português. A sua base de atuação está centrada no doente oncológico, garantindo a prestação de cuidados de saúde hospitalares oncológicos de qualidade à população em geral. Faz parte da sua missão desenvolver atividades de investigação, formação e ensino no âmbito da Oncologia.

A Auditoria Interna foi introduzida neste setor no ano de 2005, através da criação da figura do Auditor Interno nos Hospitais EPE. Com o decorrer do tempo, a Auditoria Interna nos Hospitais EPE foi sofrendo algumas alterações derivadas do aumento da complexidade dos trabalhos e do acréscimo das responsabilidades do auditor.

Palavras-chave: Auditoria Interna, Controlo Interno, Gestão de risco, Hospitais EPE

ABSTRACT

With a view to concluding the master's degree in Business and Public Auditing, from the Higher Institute of Accounting and Administration of Coimbra, the opportunity arose to perform the internship at the Internal Audit Service of the Portuguese Institute of Oncology of Coimbra Francisco Gentil, EPE, between March and September 2019. This report aims to provide a theoretical framework for the Internal Audit area and explain the activities developed by the intern.

The Portuguese Institute of Oncology of Coimbra Francisco Gentil, EPE is part of the Portuguese National Health Service. Its base of action is centered on the cancer patient, guaranteeing the provision of quality oncology hospital health care to the general population. It is part of its mission to develop research, training and teaching activities within the scope of Oncology.

Internal Audit was introduced in this sector in 2005, through the creation of the Internal Auditor figure in EPE Hospitals. Over time, Internal Audit in EPE Hospitals. it underwent some changes due to the increase in the complexity of the work and the addition of the auditor's responsibilities.

Keyword: Internal Audit, Internal Control, Risk Management, EPE

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	1
1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO	2
1.1 Auditoria Interna	2
1.1.1 Evolução do Conceito	2
1.1.2 Evolução Histórica da Auditoria Interna	3
1.1.3 Objetivos da Auditoria Interna	5
1.1.4 Princípios Orientadores para a Prática da Auditoria Interna	6
1.1.5 Plano Anual de Auditoria Interna	9
1.1.6 Fases do Processo de Auditoria	10
1.2 Controlo Interno	14
1.2.1 Conceito e Objetivos	14
1.2.2 Sistema de Controlo Interno	15
1.3 Gestão de Risco	17
1.3.1 Conceito e Evolução da Gestão de Risco	17
1.3.2 Metodologia ERM do COSO	18
1.4 Auditoria Interna nos Hospitais EPE	19
1.4.1 Enquadramento dos Hospitais EPE	19
1.4.2 Função da Auditoria Interna nos Hospitais EPE	22
1.4.3 Controlo Interno e Gestão de Risco nos Hospitais EPE	25
2 SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA DO IPOCFG, EPE	28
2.1 Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, EPE	28
2.1.1 Enquadramento Histórico e Institucional	28
2.1.2 Estrutura Organizacional	29
2.1.3 Regulamento Interno	31

2.2	Serviço de Auditoria Interna do IPOCFG, EPE.....	31
3	ESTÁGIO NO SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA DO IPOCFG, EPE	34
3.1	Duração do Estágio, Acolhimento e Atividades Desenvolvidas.....	34
3.2	Atividades Desenvolvidas – Componente Teórica	34
3.3	Atividades Desenvolvidas – Componente Prática	36
3.3.1	Auditoria ao Inventário da Unidade de Preparação de Citostáticos	36
3.3.2	Auditoria aos Tempos de Faturação e ao Cumprimento da Lei dos Compromissos e dos Pagamentos em Atraso	38
	CONCLUSÃO	42
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43
	APÊNDICES	46
	APÊNDICE 1. Relatório da Auditoria ao Inventário da UPC	47
	APÊNDICE 2. Relatório da Auditoria aos Tempos de Faturação e ao cumprimento da LCPA	58

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1.1 - Princípios e Regras de Conduta do Código de Ética	7
Tabela 1.2 - Requisitos Gerais do Relatório de Auditoria	13
Tabela 3.1 - Conclusões e Recomendações da Auditoria aos Tempos de Faturação e ao Cumprimento da LCPA	41

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 2.1 – Organograma IPOCFG	30
Figura 2.2 – Planta de Identificação dos Edifícios IPOCFG	32

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

ARS - Administração Regional de Saúde

COSO - Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission

DGTF - Direção Geral do Tesouro e Finanças

ECIIA - European Confederation of Institutes of Internal Auditing

EPE - Entidade pública empresarial

ERM - Enterprise Risk Management

GCCI - Grupo Coordenador de Controlo Interno

IFAC - International Federation of Accountants

IGAS - Inspeção Geral das Atividades em Saúde

IGF - Inspeção Geral de Finanças

IIA - Institute of Internal Auditors

INFARMED - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde

IPAI - Instituto Português de Auditoria Interna

IPOCFG – Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil

IPPF - International Professional Practices Framework

IRM - Institute of Risk Management

LCPA - Lei dos Compromissos e Pagamentos em Atraso

ND - Norma de Desempenho

PAAI - Plano Anual de Auditoria Interna

POCMS - Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde

RI – Regulamento Interno

ROR - Registo Oncológico Regional

SCI – Sistema de Controlo Interno

SFH - Serviço de Farmácia Hospitalar

SNC - Sistema de Normalização Contabilística

SNC-AP - Sistema de Normalização Contabilística para administrações públicas

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

UPC - Unidade de Preparação de Citostáticos

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio foi desenvolvido no âmbito da conclusão do Mestrado em Auditoria Empresarial e Pública do Instituto Superior de Contabilidade e Administração de Coimbra. Este estágio foi realizado no Serviço de Auditoria Interna do Instituto Português Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, EPE, entre Março e Setembro de 2019, com a supervisão do Auditor Interno João André Santos e a orientação da Doutora Georgina Morais.

Como definido previamente, no plano deste estágio curricular, existiam determinados objetivos a alcançar, tais como: perceber a dinâmica de funcionamento de uma instituição pública, mais precisamente de uma unidade hospitalar; aplicar os conceitos teórico-prático adquiridos em contexto escolar em trabalho de campo; e adquirir experiência profissional.

Este trabalho permitiu a exploração de áreas como a Auditoria Interna, o Controlo Interno e a Gestão de Risco, sendo baseado nos manuais, procedimentos e legislação aplicáveis, normas para a prática profissional de Auditoria Interna e documentação interna da entidade.

Este trabalho encontra-se estruturado em três capítulos. O primeiro é constituído pelo enquadramento teórico da Auditoria Interna e da profissão. O segundo é composto pela caracterização do Serviço de Auditoria Interna e da entidade acolhedora. O terceiro contém a descrição das atividades desenvolvidas, fundamentadas pela legislação e normas aplicáveis.

1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1 Auditoria Interna

1.1.1 Evolução do Conceito

A Auditoria Interna surge a partir do amplo conceito de auditoria. Segundo Costa (2010, p.49) “Etimologicamente, a palavra auditoria tem origem no verbo latino *audire* que significa ouvir”, sendo assim o auditor reconhecido como aquele que ouve, o ouvinte. Devido à existência de vários conceitos de auditoria, houve a necessidade de criar uma definição que tivesse uma aceitação generalizada.

A International Federation of Accountants (IFAC, 2019) define auditoria como: “uma verificação ou exame feito por um auditor dos documentos de prestação de contas, com o objetivo de o habilitar a expressar uma opinião sobre os referidos documentos, de modo a dar aos mesmos a maior credibilidade”.

Segundo o Institute of Internal Auditors (IIA, 1999), “a Auditoria Interna é uma atividade independente, de garantia e de consultoria, destinada a acrescentar valor e melhorar as operações de uma organização. Ajuda a organização a alcançar os seus objetivos, através de uma abordagem sistemática e disciplinada, na avaliação e melhoria da eficácia dos processos de gestão de risco, controlo e governação”.

De acordo com Morais e Martins (2013, p. 19), “a auditoria é o processo sistemático de objetivamente obter e avaliar prova acerca da correspondência entre informações, situações ou procedimentos e critérios pré-estabelecidos, assim como comunicar conclusões aos interessados”.

Para Almeida (2017, p. 19 e 20), “a Auditoria Interna é uma função de avaliação independente, tradicionalmente efetuada por profissionais que são funcionários da organização, estabelecida dentro da mesma com o intuito de examinar e avaliar as suas atividades”.

Assim, podemos encarar a Auditoria Interna como um processo de melhoria constante com a finalidade de acrescentar valor à entidade. Esta deve alargar a sua área de auditorias de forma a identificar erros e a encontrar soluções para potenciais problemas que possam ser detetados. Auditoria Interna deve ser:

- Dinâmica - no sentido de ser proactiva e contribuir para a redução ou mitigação dos riscos;

- Prospetiva - na forma de ver o futuro e na criação de valor para a entidade;
- Participativa - no sentido de comunicar e partilhar as recomendações e propostas de melhoria dos métodos e procedimentos, com o objetivo de diminuir ou eliminar o risco existente;
- Pedagógica - com vista à criação de informações ou recomendações facilmente interpretadas pelos restantes membros da entidade; e
- Evolutiva - na execução das ações e no alcance dos objetivos definidos.

1.1.2 Evolução Histórica da Auditoria Interna

A Auditoria Interna como a conhecemos é o resultado de um conjunto de eventos ao longo do tempo, que estimularam o seu crescimento, tornando possível a sua evolução dentro das organizações.

“Existem referências bíblicas (1800 a.C. a 95 d.C.) a controlos internos e à realização de auditorias de surpresa. Também durante o Império Romano era efetuada uma atividade semelhante à auditoria pois os imperadores frequentemente incumbiam os seus funcionários de realizarem inspeções à contabilidade das províncias”, segundo Costa (2010, p.55).

Segundo Morais e Martins (2013, p. 89), “em 1164, existiam, em Itália, auditores profissionais ao serviço da Catedral de Milão, e, em 1581, foi criada em Veneza a primeira associação de auditores profissionais com caráter oficial”.

“A partir do final do século XIX, os auditores começaram a praticar a contabilidade e a auditoria como hoje são entendidas. Isto surgiu devido ao grande incremento das empresas industriais e comerciais, as quais começaram a sentir a necessidade de implementar bons procedimentos contabilísticos e eficientes medidas de controlo interno”, de acordo com Costa (2010, p.56).

Segundo Morais e Martins (2013, p. 89), o objetivo da auditoria “era detetar erros, irregularidades e fraudes, através de uma análise detalhada das transações”. Com o passar do tempo tornou-se indispensável a criação de complexos sistemas de controlo interno. Assim, “em torno dos anos 40/50, impôs-se nos EUA, a ênfase na revisão do controlo interno empresarial” e, por sua vez, “a busca da fraude deixou de ser o principal objetivo”.

No ano de 1941, nos EUA, foi criado o IIA, que viria a ser um importante organismo de apoio aos profissionais de todo o mundo, dando valor ao trabalho por eles realizado com um espírito de liderança dinâmico. Em 1947, o IIA alargou o âmbito das auditorias às áreas

operacionais e, em 1948, foram aprovadas as normas orientadoras do exercício da profissão de auditor interno, sendo revistas, em 1981, de forma a “reforçar as responsabilidades da função de Auditor Interno ao serviço da organização, em conformidade com as normas para a prática profissional da auditoria interna e com as normas de conduta do Código de Ética” (Marçal e Marques, 2011, p. 62).

De acordo com Morais e Martins (2013, p. 90) “em 1982, surgiu na Europa o European Confederation of Institutes of Internal Auditing (ECIIA)”, que representa os Auditores Internos na Europa.

Em Portugal, à semelhança do IIA, surgiu uma associação de profissionais da área, o Instituto Português de Auditoria Interna (IPAI). Este foi criado em 1992, adotando o lema do IIA “progress through sharing”.

Em 1999, “o conceito de Auditoria Interna foi atualizado de forma a cobrir todas as funções a desempenhar pelo auditor interno, incluindo a gestão de risco e os processos de *Governance*” originando um “ajustamento no Código de Ética em 2000, e uma reforma das normas vigentes a partir de 2001” (Morais e Martins, 2013, p. 90).

No ano de 2002, a Lei Sarbanes-Oxley, na secção 404, reforça o controlo interno na informação que disponibiliza ao público e recomenda que as organizações avaliem o seu sistema de controlo interno, reforçando assim, o papel e a importância da Auditoria Interna, uma vez que compete ao auditor avaliar se o controlo interno é eficaz.

“Em 2004, o IIA publicou uma declaração sobre a função de Auditoria Interna no Enterprise Risk Management (ERM), emitido pelo Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission (COSO), focalizada nas atividades de gestão de risco”, de acordo com Morais e Martins (2013, p. 90).

Assim, “o papel do auditor tem-se ampliado gradualmente, de tal forma que, hoje, podemos afirmar que contribui para que na maior parte dos casos, os erros sejam eliminados na origem em vez de virem a ser detetados posteriormente, bem como para um crescente grau de economia, eficiência e eficácia. O auditor de hoje não é só um perito contabilístico, mas sobretudo um técnico conhecedor de sistemas e técnicas de organização” (Marçal e Marques, 2011, p. 62).

1.1.3 Objetivos da Auditoria Interna

Para Marçal e Marques (2011, p. 70 e 71), o principal objetivo da Auditoria Interna é a maximização da economia, eficácia e eficiência, de forma a dar resposta a algumas necessidades, tais como:

- “Dar a conhecer aos órgãos de gestão o alcance das metas planificadas;
- Dar a conhecer aos órgãos de gestão se os controlos internos estabelecidos são suficientes para garantir a proteção dos ativos e a sua adequada utilização;
- Observar de forma contínua e permanente a fiabilidade e credibilidade dos registos contabilísticos;
- Dar a conhecer aos órgãos de gestão se a informação utilizada é completa, precisa e fiável;
- Garantir aos órgãos de gestão que as políticas, procedimentos, planos e controlos implementados são apropriados e que foram postos em prática;
- Assegurar aos órgãos de gestão o cumprimento das normas legais em vigor;
- Garantir a racionalização dos recursos humanos e financeiros, de forma a maximizá-los;
- Observar se a gestão de risco é adequada de forma a alcançar objetivos”.

Segundo Morais e Martins (2013, p. 129), a Auditoria Interna tem como principal objetivo o estímulo do cumprimento dos objetivos, de forma acrescentar valor para a entidade. Existem também objetivos secundários que visam facilitar o alcance do principal, sendo estes:

- “Avaliar o Controlo Interno da entidade, com o objetivo de assegurar a fiabilidade da informação, financeira e não financeira, a eficácia e eficiência dos recursos e o cumprimento das normas e regulamentos;
- Analisar os ativos da entidade considerando possível a sua incorreta utilização;
- Analisar a fiabilidade do sistema de informação da entidade e determinar a correta obtenção da informação utilizada nas operações;
- Assegurar que a entidade conta com os controlos operacionais e administrativos indispensáveis, para que os procedimentos, normas e políticas emanadas da Direção sejam cumpridas;
- Analisar a racionalização dos critérios organizacionais, valorizando a possibilidade de melhor utilização e efetuando as recomendações oportunas.

Para Pinheiro (2014, p. 33) “o objetivo primordial da Auditoria Interna é o de auxiliar a empresa e todos os níveis de gestão no cumprimento das suas responsabilidades em promover sistemas de controlo adequados, com vista a melhorar a performance e o desenvolvimento sustentável da empresa”.

1.1.4 Princípios Orientadores para a Prática da Auditoria Interna

O IIA está constantemente à procura de critérios que possam auxiliar e facilitar o trabalho dos profissionais de Auditoria Interna. Assim, de acordo com Marçal e Marques (2011, p. 62) os critérios geralmente aceites são: “a adoção de um Código de Ética; a aprovação das normas de responsabilidade para os auditores internos; o estabelecimento de programas de formação contínua; o desenvolvimento de técnicos especializados, através da partilha de conhecimentos; e a instituição de um programa de certificação”.

Recentemente, o IIA definiu a missão de Auditoria Interna. Esta visa aumentar e proteger o valor organizacional, fornecendo avaliações, assessoria e conhecimentos baseados no risco. A missão da Auditoria Interna faz parte integrante da International Professional Practices Framework (IPPF), que contém dois tipos de orientações:

- As obrigatórias que incluem os Princípios fundamentais para a Prática Profissional de Auditoria Interna, a definição de Auditoria Interna, o Código de Ética e as Normas Internacionais para a Prática Profissional de Auditoria Interna;
- As recomendadas que incluem as Guias de Implementação/Práticas Recomendadas e os Guias Suplementares/ Guias Práticos.

Os Princípios fundamentais para a Prática Profissional de Auditoria Interna fazem parte das orientações obrigatórias. São eles:

- Demonstrar integridade;
- Demonstrar competências e zelo profissional;
- Ser objetivo e livre de influências (independente);
- Estar alinhado com as estratégias, objetivos e riscos da organização;
- Estar adequadamente posicionado e possuir os recursos necessários;
- Demonstrar qualidade e melhoria contínua;
- Fornecer avaliações baseadas no risco;

- Ser perspicaz, proactivo e focado no futuro;
- Promover a melhoria organizacional.

A definição de Auditoria Interna também é uma das orientações obrigatórias para o IPPF. O conceito apresentado pelo IIA (1999) define Auditoria Interna como “uma atividade independente, de garantia e de consultoria, destinada acrescentar valor e melhorar as operações de uma organização. Ajuda a organização a alcançar os seus objetivos, através de uma abordagem sistemática e disciplinada, na avaliação e melhoria da eficácia dos processos de gestão de risco, controlo e governação”.

De acordo com Morais e Martins (2013, p. 52) “a profissão de Auditoria Interna, fundamentada na fiabilidade da governação, gestão de risco e controlo, tem como pilar o Código de Ética”. Posto isto, os auditores internos aplicam o Código de Ética da organização e o Código de Ética do IIA, com o objetivo de promover uma cultura ética na profissão de Auditoria Interna. O Código encontra-se dividido em duas partes: os princípios básicos e as regras de conduta, conforme apresentado na Tabela 1.1.

Tabela 1.1 - Princípios e Regras de Conduta do Código de Ética

Princípios	Regras de Conduta
<p>Integridade - A integridade dos auditores internos gera confiança e, por conseguinte, proporciona o fundamento para confiar no seu julgamento.</p>	<p>Os auditores internos devem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Executar o seu trabalho com honestidade, diligência e responsabilidade; • Respeitar as leis e divulgar o que se espera que seja feito ao abrigo das leis e da profissão; • Respeitar e contribuir para os objetivos legítimos e éticos da organização. <p>Os auditores internos não devem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Em consciência, participar em atividades ilegais, ou em atos que desacreditem a profissão de auditoria interna ou a organização.
<p>Objetividade - Os auditores internos manifestam o mais elevado grau de objetividade profissional ao coligirem, avaliarem e comunicarem a</p>	<p>Os auditores internos devem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Divulgar todos os factos materiais de que

<p>informação sobre a atividade ou processo em análise. Os auditores internos fazem uma avaliação equilibrada de todas as circunstâncias relevantes e os seus julgamentos não são influenciados por interesses particulares e por opiniões alheias.</p>	<p>tenham conhecimento, os quais, a não serem divulgados possam distorcer a informação das atividades em análise.</p> <p>Os auditores internos não devem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participar em qualquer atividade ou manter uma relação que prejudique ou que se presuma que possa prejudicar o seu julgamento imparcial. A participação inclui atividades ou relações, que possam estar em conflito com os interesses da organização; • Aceitar nada que possa prejudicar ou que se presuma que possa prejudicar o seu julgamento profissional.
<p>Confidencialidade - Os auditores internos respeitam o valor e a propriedade da informação que recebem e não divulgam informação sem a devida autorização, exceto em caso de obrigação legal ou profissional de o fazer.</p>	<p>Os auditores internos devem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ser prudentes na utilização e proteção da informação obtida no desempenho das suas atividades. <p>Os auditores internos não devem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilizar informação para qualquer benefício próprio ou que de outra maneira estaria em desacordo com as leis ou em detrimento dos objetivos legítimos e éticos da organização.
<p>Competência - Os auditores internos aplicam os conhecimentos, técnicas e experiência necessárias no desempenho dos serviços de auditoria interna.</p>	<p>Os auditores internos devem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aceitar apenas serviços para os quais disponham do necessário conhecimento, proficiência e experiência; • Desempenhar os serviços de AI de acordo com NIPPAI; • Continuamente, aperfeiçoar a sua proficiência, eficiência e qualidade dos seus serviços.

Fonte: Adaptado do IIA com base no Código de Ética do IPAI (2009)

As Normas Internacionais para a Prática Profissional de Auditoria Interna auxiliam os profissionais de Auditoria Interna a desempenharem as suas atividades de forma correta e o seu cumprimento é muito relevante para o desempenho adequado das responsabilidades profissionais. Estas normas têm como objetivo:

- Delimitar os princípios básicos de Auditoria Interna;
- Enquadrar o desempenho e promoção do alargamento de serviços de Auditoria Interna de valor acrescentado;
- Criar uma base para a avaliação do desempenho da Auditoria Interna;
- Promover a melhoria dos processos e das operações das organizações.

O IIA distribui a estrutura das normas por três grupos:

- Normas de atributo (NA) – relacionadas com as características das organizações e dos indivíduos que realizem atividades de Auditoria Interna;
- Normas de Desempenho (ND) - descrevem a natureza das atividades de Auditoria Interna e fornecem critérios de qualidade, sendo o desempenho avaliado através deles;
- Normas de Implementação (NI) - são aplicadas às NA e ND, auxiliando na aplicação de casos específicos de auditoria, classificados como Auditoria (A) ou Consultoria (C).

Posto isto, e de acordo com Moraes e Martins (2013, p. 55), estas normas “aplicam-se a todos os Auditores Internos individualmente e às atividades de AI e são essenciais para poder fazer face às suas responsabilidades”.

1.1.5 Plano Anual de Auditoria Interna

O Plano Anual de Auditoria Interna (PAAI) é um plano minucioso que se destina a determinar a natureza, extensão, profundidade e oportunidade dos procedimentos a adotar, tendo em conta a determinação do risco da auditoria e a definição dos limites de materialidade.

O PAAI deve ser elaborado no último trimestre do ano imediatamente anterior a que o mesmo se reporta. Deve definir o âmbito e o universo a auditar, ser consistente com os objetivos fixados e alicerçado numa avaliação do risco, no sentido de identificar as prioridades das ações a desenvolver.

Independentemente do objeto da auditoria e da sua dimensão, o auditor deve planejar o seu trabalho desenvolvendo uma estratégia geral e uma metodologia detalhada no que diz respeito à natureza, tempestividade e extensão das ações a desenvolver, de forma a alcançar um grau elevado de eficácia.

O PAAI deve ser adaptável às circunstâncias e envolver:

- A fixação de objetivos, que devem ser mensuráveis e estar de acordo com a estratégia de gestão e os planos operacionais;
- A avaliação do risco, elemento fundamental na determinação da prioridade das ações a desenvolver;
- O planeamento de ações de auditoria, que deve atender ao objeto, ao tempo necessário previsto, à necessidade, ou não, de recursos externos e às datas de reporte das ações de auditoria;
- A afetação de recursos e orçamentos.

Na opinião de Moraes e Martins (2013, pg. 144) a elaboração de um plano anual de Auditoria Interna é de elevada importância a fim de “permitir a realização de exames adequados e eficientes que facilitem a concretização dos objetivos da atividade de AI, em tempo razoável, independentemente de acontecimentos imprevisíveis”.

Ao longo do ano de atividade, “o plano pode sofrer alterações de forma a observar os pedidos do Órgão de Gestão, do Conselho de Auditoria e Segurança ou do Conselho Fiscal” (Pinheiro, 2014, p. 60).

Posto isto, o responsável pela Auditoria Interna deve estabelecer um plano anual de auditoria baseado na avaliação do risco, para determinar as prioridades da atividade da Auditoria Interna, de forma consistente com os objetivos da organização. Assim, a finalidade da avaliação de risco é identificar áreas relevantes da atividade a auditar e estabelecer prioridades. No entanto, para os Auditores Internos, nem sempre é possível cumprir os trabalhos planeados, devido aos pedidos de realização de auditorias alheios ao plano.

1.1.6 Fases do Processo de Auditoria

A existência das Normas Internacionais para a Prática Profissional de Auditoria Interna garante qualidade técnica e eficiência às auditorias. De uma forma geral, qualquer

auditoria interna assenta em quatro fases: planeamento, execução, comunicação e follow-up.

Segundo Marçal e Marques (2011, p. 81) na fase de planeamento “define-se o âmbito e natureza da auditoria, a respetiva calendarização, os objetivos, os critérios e a metodologia que irá ser utilizada. Note-se, que o planeamento de auditoria deverá ser um processo dinâmico, pelo que este poderá ser alvo de ajustamentos na fase da execução, devendo, no entanto, este facto ser devidamente explicitado no relatório de auditoria.”

A ND 2200 do IIA (Planeamento do trabalho de auditoria) diz que “os auditores internos devem desenvolver e documentar um plano para cada compromisso, incluindo os objetivos, âmbito, prazo de execução e a alocação de recursos ao compromisso”. Ainda assim, o trabalho do Auditor Interno deve ser baseado no risco, de forma a potenciar a melhoria da gestão de risco e a dinamização do planeamento, uma vez que pode ser necessário alterar o plano inicial.

De acordo com Marçal e Marques (2011, p. 81) a fase da execução “consiste na realização de trabalho de campo, aplicando os procedimentos e técnicas definidas na fase anterior.”

A ND 2300 do IIA (Execução do trabalho de auditoria) diz que, “os auditores internos devem identificar, analisar, avaliar e documentar a informação para que os objetivos do compromisso sejam alcançados.”

Para a identificação da informação, a ND 2310 do IIA (Identificação das informações) diz que “os auditores internos devem identificar informação que seja suficiente, fidedigna, relevante e útil para a consecução dos objetivos do compromisso”.

A interpretação da referida norma diz que “a informação é suficiente quando é factual, adequada e convincente de tal forma que uma pessoa prudente e informada possa chegar a uma conclusão idêntica à do auditor. Informação fidedigna é a melhor informação que se pode obter através da utilização de técnicas de trabalho apropriadas. Informação relevante é a que sustenta as observações e recomendações do compromisso e é consistente com os objetivos do mesmo. A informação útil ajuda a organização a atingir os seus objetivos”.

Assim, e segundo a ND 2330 do IIA, “torna-se necessário definir e desenvolver papéis de trabalho, sendo necessário que o auditor documente a informação relevante para fundamentar as conclusões e os resultados do trabalho”.

No que respeita à comunicação dos resultados, e de acordo com a ND 2400 do IIA, o Auditor Interno “tem que comunicar os resultados de compromisso” e deve “incluir os objetivos do compromisso e o seu âmbito bem como as conclusões correspondentes, as recomendações e os planos de ação”, sendo estes critérios para a comunicação definidos na ND 2410 do IIA.

De acordo com Morais e Martins (2013, p. 160), “a comunicação dos resultados é uma declaração formal da reflexão do auditor”, onde o relatório é um dos “documentos mais relevantes do Auditor Interno, dado que é por este meio que comunica aos diferentes destinatários as conclusões do seu trabalho”.

Também para Morais e Martins (2013, pg. 161) os objetivos do relatório são:

- “Reportar a informação necessária e relevante que permita conduzir as recomendações suscetíveis de ajudar na tomada de decisão;
- Fornecer um relato permanente, global e coerente de uma investigação, trabalho, estudo ou pesquisa;
- Identificar com clareza as melhorias necessárias à entidade;
- Induzir os destinatários para a necessidade da implementação das recomendações;
- Vender convictamente o trabalho da auditoria interna;
- Avaliar o trabalho do auditor.”

A ND 2420 do IIA (Qualidade das Comunicações), em conjunto com a sua interpretação, indica e explica os critérios essenciais para garantir a qualidade dos relatórios. Estas referem que as comunicações devem ser precisas, objetivas, claras, concisas, construtivas, completas e tempestiva.

Ainda para Morais & Martins (2013, p. 161), “o relatório deve ter um determinado *timing* para ser elaborado” e deve os requisitos gerais constantes na Tabela 1.2.

Tabela 1.2 – Requisitos gerais do Relatório de Auditoria

Requisitos	Caracterização
Construtivo	É útil para a tomada de decisão e é a base para a implementação de melhorias necessárias.
Preciso	É isento de erros e distorções e é fidedigno aos factos que descrevem.
Claro	É facilmente entendido e lógico. A clareza pode ser melhorada evitando linguagem técnica desnecessária e dando suficiente informação de suporte.
Completo	Inclui toda a informação e observação relevante para apoiar as conclusões e recomendações.
Objetivo	O conteúdo deve ser expresso sem prejuízos, parcialidade, interesses pessoais e sem influência de terceiros.
Conciso	Vai direto ao assunto, evitando detalhes desnecessários. Expressa o pensamento com o mínimo de palavras possível.
Oportuno	É emitido sem atrasos indevidos e permite o arranque da ação efetiva.

Fonte: Adaptado de Morais & Martins, 2013

No que diz respeito à divulgação do relatório, Morais e Martins (2013) afirmam que este “deve ser dirigido ao nível da direção de quem dependa a área sujeita a auditoria, ou seja, àqueles que estão em posição de tomar ações corretivas ou assegurar que estas são tomadas”.

Após a emissão do relatório final, torna-se necessário implementar as recomendações e propostas de melhoria sugeridas em sede de relatório e, posteriormente, verificar se as mesmas se encontram implementadas e se estão a produzir os devidos efeitos.

Para Pinheiro (2014, p. 217), “a ação de auditoria de *follow-up* destina-se a avaliar o grau de implementação das recomendações formuladas bem como a oportunidade da medida corretiva, face à data de discussão do relatório e ao seu grau de importância”.

Segundo a ND 2500 do IIA (Monitorização do Progresso), “o responsável pela auditoria tem que estabelecer e manter um sistema de monitorização do efeito dos resultados comunicados à gestão”.

Assim, para Moraes e Martins (2013, p. 173), “os Auditores Internos devem elaborar um relatório dos resultados da ação de *follow-up* a fim de ser remetido ao órgão que recebeu o relatório da auditoria original”.

1.2 Controlo Interno

1.2.1 Conceito e Objetivos

Atualmente todas as empresas, independentemente da sua dimensão, precisam de algum tipo de controlo interno, de forma exercer a sua atividade operacional. Assim, é importante entender e compreender o que é o Controlo Interno, quais os seus tipos e limitações, e qual a sua importância para as organizações em geral.

Tal como o conceito de auditoria, o conceito de controlo interno tem vindo a evoluir ao longo do tempo, existindo por isso várias definições. Importa referir o conceito segundo o IIA (2013), onde o Controlo Interno é entendido como “qualquer ação tomada pela administração, conselho ou outras partes para gerir os riscos e aumentar a probabilidade dos objetivos e metas estabelecidas serem alcançadas”.

De acordo com Pinheiro (2014, pg. 99) “o controlo interno pode definir-se como o conjunto de mecanismos ou práticas utilizadas para evitar ou detetar atividade não autorizada, na perspetiva da consecução dos objetivos traçados pela empresa”.

Segundo o documento Internal Control – Integrated Framework, presente no Committee of Sponsoring Organization of the Treadway Commission (COSO), o Controlo Interno tem significados diferentes para pessoas diferentes, o que leva a difíceis interpretações. Segundo Moraes e Martins (2013, p.28), o COSO define Controlo Interno como um “processo levado a cabo pelo Conselho de Administração, Direção e outros membros da entidade com o objetivo de proporcionar um grau de confiança razoável na concretização dos seguintes objetivos:

- Eficácia e eficiência dos recursos;
- Fiabilidade da informação;
- Cumprimento das leis e normas estabelecidas”.

O primeiro ponto diz respeito aos objetivos básicos do negócio, incluindo objetivos de desempenho e de lucratividade e a salvaguarda dos recursos. O segundo está relacionado com a preparação de informação relevante (financeira e não financeira,

interna e externa). Por último, o terceiro trata de cumprir leis e regulamentos aos quais a entidade está sujeita.

No âmbito das Normas Internacionais para a Prática Profissional da Auditoria Interna, o IIA (2013) determina que os principais objetivos do Controlo Interno passam por assegurar:

- A salvaguarda dos ativos contra perdas de qualquer tipo;
- A exatidão e veracidade das transações contabilísticas, registos e das demonstrações financeiras;
- O alcance dos objetivos de eficácia e eficiência das operações;
- O cumprimento das leis e regulamentos; e
- A concretização do planeamento institucional.

Por fim, na secção 302 da Lei Sarbanes-Oxley (2002), é referido de forma explícita que os diretores executivos e diretores financeiros devem declarar pessoalmente que são responsáveis pelos procedimentos e divulgação dos relatórios. Já a secção 404, refere que deve ser feita uma avaliação anual do Controlo Interno, por parte da gestão, para que as demonstrações financeiras sejam emitidas. Além disso, também o auditor externo deve emitir um relatório no qual atesta a veracidade das informações do Controlo Interno.

1.2.2 Sistema de Controlo Interno

O Sistema de Controlo Interno (SCI) pode ser definido como um conjunto de normas, técnicas e instrumentos, que têm como objetivo assegurar que as atividades ocorrem de acordo com o planeado, procurando a eficiência, eficácia e efetividade das operações. Assim, o “Sistema de Controlo Interno deve contribuir para a mitigação de erros e irregularidades, na sequência de procedimentos e normativos aplicáveis à organização, assegurando a sua prevenção e deteção”. (Costa, 2014)

Para Teixeira e Correia (2000), os principais elementos a ter em conta ao estabelecer um Sistema de Controlo de Gestão são:

- “Segregação de funções;
- Definição de indicadores de desempenho;
- Verificações;
- Análise de registos de informação;

- Revisões de desempenho;
- Contagens físicas;
- Elaboração de planos e relatórios de atividades;
- Controlos sobre processamento de informação;
- Normalização de tarefas;
- Revisão e avaliação sistemática do SCI;
- Definição e adaptação do código de ética e de conduta”.

O SCI deve incluir controlos adequados que permitam impedir a ocorrência e permanência de eventuais erros. De acordo com Costa (2008), o mesmo “deve ser constantemente ajustado de forma a garantir a eficiência e a eficácia das operações, nomeadamente o ajustamento quanto aos objetivos básicos da entidade, incluindo o desempenho, as metas traçadas, a salvaguarda dos recursos e a confiança nas demonstrações financeiras”.

De acordo com Pinheiro (2014), “existem diferentes fatores que podem distorcer e limitar o processo”, tais como:

- A fraude, que sucede do conluio entre pessoas internas e/ou externas à empresa, que se exprime na prática de atos fraudulentos, cuja dificuldade de deteção se agrava quanto maior for o nível hierárquico dos intervenientes;
- A existência de erros humanos, que deriva da falta de competência, de compreensão e de capacidade dos colaboradores para desenvolverem as suas tarefas, atividades e funções;
- A gestão, que por vezes assume maior preocupação com a contenção de custos do que com a obtenção de benefícios e redução de encargos;
- As transações pouco comuns, que podem contornar o SCI, que pode não estar preparado para lidar com as mesmas, uma vez que é pensado para outro tipo de transações.
- O Risco Informático, que pode incluir o acesso indevido da informação por parte dos membros de uma organização, ou mesmo pelas falhas correntes dos meios de informática constituindo uma falha no SCI.

Segundo (Costa, 2014), “A avaliação do SCI é da responsabilidade do órgão de gestão e, independentemente da dimensão da entidade, é a este órgão que cabe a responsabilidade de estabelecer as medidas e procedimentos de Controlo Interno de

forma a garantir uma segurança razoável das informações financeiras, acompanhando sempre os objetivos pré-definidos”.

1.3 Gestão de Risco

1.3.1 Conceito e Evolução da Gestão de Risco

O Institute of Risk Management (IRM, 2002) define risco como a “combinação da probabilidade de um evento e a sua consequência. As consequências podem ser positivas e negativas”.

Para o IIA (2008), risco é “a possibilidade da ocorrência de um evento que possa ter impacto sobre o alcance de objetivos. O risco é medido em termos de impacto e probabilidade de ocorrência”.

O COSO (2004) define gestão de risco como um “processo desenvolvido pelo conselho de administração, órgãos de gestão e outros elementos, para a definição da estratégia a seguir pela organização”. O processo de gestão de risco deve ser projetado de forma a identificar potenciais eventos que afetem a entidade. Assim, esta pode gerir e o risco que pode/quer suportar, de forma a proporcionar uma garantia razoável quanto à realização dos objetivos definidos.

Segundo o IIA (2008), gestão de risco “é um processo que identifica, avalia, gere, e controla potenciais eventos ou situações por forma a conferir uma segurança razoável à consecução dos objetivos da organização”.

De acordo com o IIA & RIMS (2012), antes de 2004 “a gestão de risco era considerada uma atividade que lidava com os riscos numa perspetiva de transferência e cobertura”. Posteriormente evoluiu para uma gestão de risco focada nas ameaças que as organizações enfrentavam, procurando a prevenir a ocorrência de perdas, através da aplicação de medidas de redução dos riscos. Numa fase final, esta evolução culminou numa gestão de risco de acordo com o ERM. Esta metodologia lida com os riscos numa ótica mais vasta, profunda e proactiva, através da implementação de riscos estratégicos, operacionais, financeiros e de *compliance*. É também focada na tomada de decisões, de acordo com as incertezas que possam afetar o futuro da organização.

IIA & RIMS (2012) referem também que “a gestão de risco evoluiu de uma fase defensiva apoiada numa análise custo e benefício, para uma fase ofensiva sustentada no risco e na recompensa”.

1.3.2 Metodologia ERM do COSO

O primeiro modelo do COSO orientado para a gestão de risco surge em 2004, com a publicação de uma obra intitulada de ERM – Integrated Framework, também conhecida como “COSO ERM 2004”.

Na última década, este modelo teve uma elevada procura devido à necessidade que as organizações têm em encontrar métodos que contribuam para a avaliação e aperfeiçoamento contínuo dos seus SCI. Assim, e devido à complexidade dos riscos existentes tornou-se fundamental atualizar esta metodologia. Posto isto, a última atualização (2017) ficou marcada pela evolução da gestão de risco das entidades e pela necessidade de melhorarem a sua abordagem.

A nova metodologia destaca a importância da gestão de risco no planeamento dos objetivos estratégicos e da sua implementação na totalidade da organização, uma vez que, os riscos influenciam a estratégia e performance da mesma.

Esta estrutura é composta por um conjunto de princípios organizados em cinco componentes inter-relacionados:

1. **Governance and Culture:** O Governance fortalece a entidade, na medida em que reforça a importância e institui responsabilidades de supervisão sobre a gestão de risco. A cultura diz respeito a valores éticos, comportamentos e perceção do risco na entidade.
2. **Strategy and Objective – Setting:** Ação conjunta da gestão de risco, estratégia e definição de objetivos no processo do planeamento estratégico, sendo que a estratégia é colocada em prática e, em simultâneo, serve de base para identificar, avaliar e responder aos riscos.
3. **Performance:** Os riscos que podem pôr em causa a realização da estratégia e dos objetivos têm de ser identificados e avaliados. Os riscos são organizados de acordo com o seu grau de complexidade. A entidade determina as respostas ao risco e alcança uma visão global dos riscos existentes e identificados, sendo os resultados do processo, comunicados aos *stakeholders* interessados na supervisão do risco.
4. **Review and Revision:** Ao analisar a sua atividade, a entidade tem a oportunidade de concluir sobre os efeitos dos componentes da gestão de risco no decorrer do

tempo e no contexto de mudança significativa e quais as correções mais adequadas.

5. Information, Communication and Reporting: A gestão de risco procura um processo contínuo de forma a adquirir e partilhar informações relevantes, provenientes de fontes internas e externas, com origem nos diversos setores da entidade.

Com a implementação das metodologias ERM do COSO, as entidades encontraram o auxílio que precisavam para alcançar uma melhoria contínua dos seus SCI e da gestão de risco, tornando-os mais eficazes e eficientes.

1.4 Auditoria Interna nos Hospitais EPE

1.4.1 Enquadramento dos Hospitais EPE

Até à Reforma de 1990, os hospitais do Sistema Nacional de Saúde (SNS) apenas tiveram contacto com a gestão pública tradicional. A Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de agosto) veio definir que a gestão das unidades de saúde devem obedecer, na medida do possível, a regras de gestão empresarial e permitir a realização de experiências de gestão inovadoras.

Em 2002, surge a primeira alteração à Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro), esta aprovou o novo Regime Jurídico da Gestão Hospitalar, determinando que os hospitais públicos passariam a poder revestir a natureza de Sociedades Anónimas de capitais exclusivamente públicos ou de estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial.

Em 2005, verificou-se uma nova mudança no estatuto dos hospitais públicos, pelo DL n.º 233/2005, de 29 de dezembro, que materializa a transformação dos hospitais, aos quais com o estatuto de Sociedade Anónima, em Entidades Públicas Empresariais. Este Decreto-Lei, para além de criar as Entidades Públicas Empresariais, estabelece o regime jurídico e aprova os estatutos aplicáveis a todas as unidades de saúde com a natureza de EPE. O regime jurídico este que deve permitir uma maior intervenção ao nível das orientações estratégicas de tutela e superintendência, a exercer pelos Ministros das Finanças e da Saúde, necessárias ao adequado funcionamento das instituições do SNS. Assim, a natureza pública das instituições do Estado prestadoras de cuidados de saúde

deve ser inequívoca, havendo que harmonizar este princípio com os instrumentos de gestão mais adequados à natureza específica das suas atividades.

Os hospitais EPE apresentam uma uniformidade de aspetos, dos quais se destacam:

- a) São pessoas coletivas de direito público de natureza empresarial dotadas de autonomia administrativa, financeira e patrimonial;
- b) Regem-se pelo regime jurídico aplicável às Entidades Públicas Empresariais, bem como aos respetivos regulamentos internos e às normas em vigor para o SNS;
- c) Têm por objeto principal a prestação de cuidados de saúde à população e a todos os cidadãos em geral.
- d) Estão sujeitos à superintendência do Ministro da Saúde e aos poderes de tutela conjunta do Ministério das Finanças e da Saúde;
- e) São financiados pelo Orçamento do Estado, por contrapartida da execução do contrato-programa, que estabelece: a atividade contratada, os objetivos e metas qualitativas e quantitativas, a calendarização das metas, os meios e instrumentos para prosseguir os objetivos, os indicadores para avaliação do desempenho dos serviços e do nível de satisfação dos utentes e as demais obrigações assumidas pelas partes, tendo como referencial os preços praticados no mercado para os diversos atos clínicos. O modelo de acompanhamento do contrato-programa e os instrumentos de monitorização, acompanhamento e avaliação do desempenho assistencial de base populacional são definidos pelo Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS);
- f) O endividamento dos hospitais EPE não pode exceder em qualquer momento o limite de 30 % do respetivo capital estatutário;
- g) Os hospitais EPE têm como órgãos sociais, o Conselho de Administração, o Fiscal Único e o Conselho Consultivo. O Conselho de Administração é composto pelo presidente e no máximo de quatro vogais, sendo um dos membros o diretor clínico e outro o enfermeiro-diretor;
- h) A gestão financeira e patrimonial dos hospitais EPE rege-se por um conjunto de instrumentos de gestão previsional, nomeadamente: planos

plurianuais e anuais de atividades, de investimento e financeiros, com um horizonte de três anos; orçamento anual de investimento; orçamento anual de exploração, desdobrado em orçamento de proveitos e orçamento de custos; orçamento anual de tesouraria; balanço previsional; contratos-programa externos e contratos-programa internos;

- i) Os hospitais EPE têm obrigatoriamente de constituir uma reserva legal (não inferior a 20%) e uma reserva para investimentos;
- j) Os hospitais EPE seguem o Sistema de Normalização Contabilística (SNC), aprovado pelo DL n.º 158/2009, de 13 de julho.
- k) Anualmente, e com referência a 31 de dezembro de cada ano, os hospitais EPE elaboram um conjunto de instrumentos de prestação de contas, tais como: o relatório do Conselho de Administração e proposta de aplicação dos resultados; o relatório sobre a execução anual do plano plurianual de investimentos; o balanço e demonstração de resultados; a demonstração de fluxos de caixa; a relação dos empréstimos contraídos a médio e longo prazo; a certificação legal de contas e o relatório e parecer do fiscal único.

O DL n.º 244/2012, de 9 de novembro, que corresponde à 5ª alteração do DL n.º 233/2005, de 29 de dezembro, decorreu essencialmente das recomendações do Tribunal de Contas no âmbito do Controlo Interno das EPE do setor da saúde. Através desta alteração, pretendia-se compatibilizar a disponibilidade do diretor clínico com o exercício da administração executiva, sendo de interesse do próprio prevenir e evitar a possível perda de capacidades técnicas, permitindo, assim, a acumulação da atividade médica. Nesta mesma alteração, houve lugar à aposta na criação de condições de valorização da atividade de fiscalização, recrutando um fiscal único e reforçando, em simultâneo, o princípio da segregação de funções entre a administração e a fiscalização da entidade.

Nesta 5ª alteração do DL n.º 233/2005, de 29 de dezembro, foram implementadas linhas orientadoras para a política interna de comunicação de irregularidades, a fim de criarem uma cultura e responsabilização organizacional.

Mais tarde, a publicação do DL n.º 18/2017, de 10 de fevereiro vem revogar o DL n.º 233/2005, de 29 de dezembro, e tem como principal objetivo melhorar a governação do SNS, obtendo mais e melhores resultados face aos recursos disponíveis e aumentando a

eficiência do SNS. Este Decreto-Lei foi elaborado tendo em vista a melhoria dos instrumentos de governação do SNS, através de um conjunto de medidas, passando pelo reforço da sua capacidade, modelo de contratualização dos serviços e pelo reforço da autonomia e responsabilidade dos seus gestores.

Com a diversidade de Decretos-Lei acerca do regime jurídico das entidades do setor da saúde, tornou-se indispensável concentrar a informação num único diploma, de forma a facilitar o funcionamento das mesmas.

Em concordância com o estabelecido no programa do Governo, pretendia-se aperfeiçoar a articulação entre os diferentes níveis de cuidados, nomeadamente os cuidados de saúde hospitalares, os cuidados de saúde primários e os cuidados continuados integrados e paliativos, assim como a necessidade de obter resultados positivos de eficiência e eficácia no sistema e uma maior profissionalização e capacitação das equipas, constituindo um instrumento importante para a reforma da prestação de cuidados de saúde que aposte no relançamento do SNS.

Através do referido Decreto-Lei foram ainda inseridos o Conselho Fiscal e o Revisor Oficial de Contas como órgãos do Hospital, EPE.

1.4.2 Função da Auditoria Interna nos Hospitais EPE

Perante a complexidade da gestão dos hospitais EPE e dos deveres especiais que limitam os gestores públicos no domínio da criação e manutenção de um sistema de controlo e vigilância organizativa e funcional, reconheceu-se a relevância de reforçar os mecanismos de controlo interno da atividade dos hospitais EPE, em benefício das boas práticas de gestão empresarial e de uma atuação mais eficiente e transparente da governação. Assim, o n.º 1 do art.º 17 da seção III do Capítulo II, do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro, define que deve existir um auditor nos hospitais EPE. Contudo, este Decreto-Lei foi alterado pelo Decreto-Lei n.º 244/2012, de 9 de novembro, que criou e inseriu o Serviço de Auditoria Interna na estrutura orgânica dos hospitais EPE, e desenvolveu novas exigências para a designação do auditor interno, nomeadamente de qualificação, capacitação jurídica e experiência profissional. Este diploma veio contribuir bastante para a entrada da função de Auditoria Interna neste tipo de organizações.

No sentido de obter informação necessária e adequada ao desenvolvimento das suas competências, o Serviço de Auditoria Interna tem acesso livre a registos, documentação,

computadores, instalações e pessoal do hospital, com exceção dos registos clínicos individuais dos utentes.

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. De um modo mais concreto, o Serviço de Auditoria Interna deve:

- a) Fornecer ao Conselho de Administração análises e recomendações sobre as atividades revistas para melhoria do funcionamento dos serviços;
- b) Receber comunicações de irregularidades, apresentadas pelos demais órgãos estatutários, trabalhadores, colaboradores, utentes e cidadãos em geral, sobre a organização e funcionamento do hospital EPE;
- c) Elaborar o Plano Anual de Auditoria Interna;
- d) Elaborar anualmente um Relatório sobre a atividade desenvolvida, em que se refiram os controlos efetuados, as anomalias detetadas e as medidas corretivas a adotar.

O Plano Anual de Auditoria e o Relatório Anual de Auditoria são aprovados e submetidos pelo Conselho de Administração à ACSS, à DGTFIRM, à IGAS e à IGF. No âmbito da sua atividade, o Serviço de Auditoria Interna colabora com a ACSS e a IGAS.

Compete ao auditor interno receber as comunicações de irregularidades, incentivando uma cultura de maior transparência e responsabilização da governação hospitalar. Mediante proposta do Serviço de Auditoria Interna, deve ser aprovado, pelo Conselho de Administração do hospital EPE, 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 hospital EPE ou dos utentes;
- c) Prejuízo à imagem ou reputação do hospital EPE.

Nos hospitais EPE existe um sistema de controlo interno e de comunicação de irregularidades, competindo ao Conselho de Administração assegurar a sua implementação e manutenção, e ao auditor interno assegurar a sua avaliação.

O serviço de auditoria interna depende, em termos orgânicos, funcionalmente do conselho de administração e administrativamente do seu presidente. A direção do Serviço de Auditoria Interna compete a um auditor interno, que exerce as respetivas funções pelo período de cinco anos, renovável por iguais períodos, até ao limite máximo de três renovações consecutivas ou interpoladas, e é apoiado tecnicamente nas suas funções por um máximo de três técnicos auditores. Os técnicos que integrem o Serviço de Auditoria Interna devem possuir um curso superior adequado ao exercício das suas funções.

O auditor interno é recrutado pelo Conselho de Administração, de entre individualidades que tenham qualificação técnica, competências e experiência em auditoria e que estejam inscritas no organismo nacional que regule a atividade de Auditoria Interna (Instituto Português de Auditoria Interna).

O Conselho de Administração comunica à ACSS, à DGTF, à IGAS e à IGF a identidade do auditor interno e as datas de início e termo de funções. Contudo, não pode ser auditor interno ou técnico do Serviço de Auditoria Interna quem tenha exercido funções de administração no próprio hospital EPE, nos últimos três anos, ou em relação ao qual se verifiquem outras incompatibilidades ou impedimentos previstos na lei, sendo aplicável, com as necessárias adaptações, o disposto no art.º 414-A do Código das Sociedades Comerciais.

O auditor interno exerce as respetivas funções a tempo inteiro, de acordo com as Normas Internacionais para a Prática Profissional de Auditoria Interna e gestão de risco. A não renovação ou cessação antecipada de funções do auditor interno ocorre por decisão fundamentada do Conselho de Administração, precedida de comunicação ao membro do Governo responsável pela área da saúde, ou de quem, para o efeito, detenha poderes delegados. A retribuição mensal bruta do auditor interno, incluindo suplementos remuneratórios, não pode ser superior a 85% do vencimento mensal bruto estabelecido para o vogal do Conselho de Administração.

A ACSS promove a organização das entidades prestadoras de cuidados de saúde em Portugal. Neste sentido, criou em 2007 um Manual de Auditoria Interna *standard*,

contribuindo para a uniformização dos trabalhos de Auditoria Interna dentro dos hospitais. Este manual incide sobre os princípios, conceitos e técnicas de trabalho com exemplos de documentos, assim como questionários de controlo interno e programas de trabalho *standard*, de forma a facilitar a implementação da Auditoria Interna como função de apoio à organização. Este manual foi um elemento importante para a Auditoria Interna nos hospitais EPE, mas, tendo em conta a alteração de estatutos, o mesmo já deveria ter sido atualizado.

1.4.3 Controlo Interno e Gestão de Risco nos Hospitais EPE

O controlo interno no setor público é enquadrado pela Lei de Bases da Contabilidade Pública, presente na Lei n.º 8/90, de 20 de fevereiro. Em 1992, surge o Decreto-Lei n.º 155/92, de 28 de julho, que abrange as normas legais de desenvolvimento do Regime da Administração Financeira do Estado. Posto isto, é necessário um destaque no reforço e revisão do sistema de controlo financeiro, pertencendo ao Governo a função de legislar de forma a estruturar o sistema nacional de controlo interno da administração financeira do Estado. Assim, em 1998, é publicado o Decreto-Lei n.º 166/98, de 25 de junho, até à mais recente legislação neste âmbito, a Lei n.º 91/2001, de 20 de agosto, com a nova reforma da Lei do Enquadramento Orçamental.

O sistema de controlo interno da administração financeira do Estado foi estabelecido pelo Decreto-Lei n.º 166/98, de 25 de junho, que instituiu o Conselho Coordenador do Sistema Nacional de Controlo Interno, colocado sobre a dependência do Governo em articulação com o Ministério das Finanças. O objetivo da criação deste conselho assenta na consolidação de metodologias de controlo harmonizadas e na definição de critérios mínimos de qualidade do sistema nacional de controlo interno. Posto isto, é necessário promover a difusão de uma “cultura de controlo”, que permita a assunção de uma consciência generalizada da importância do controlo como forma privilegiada de melhorar a gestão.

De acordo com o Tribunal de Contas (1999, p.25) em Portugal, “o controlo na Administração Pública efetua-se segundo a estrutura do Sistema Nacional de Controlo das Finanças Públicas, que envolve:

- a) Controlo externo:

- i. O controlo político efetuado pela Assembleia da República, órgão a quem compete vigiar o cumprimento da Constituição e apreciar os atos do Governo e da Administração;
 - ii. O controlo financeiro cujo órgão máximo é o Tribunal de Contas.
- b) Controlo interno, de acordo com no Decreto-Lei n.º 166/98, de 25 de junho, realiza-se com o sistema nacional de controlo interno”.

No que respeita ao setor da saúde, é fundamental uma utilização racional e eficiente dos recursos disponíveis, de forma a garantir o direito à proteção da saúde. Isto implica reforçar os princípios da responsabilização pelos resultados da transparência, da gestão, dos dinheiros públicos e da imparcialidade das decisões de política de saúde. Conter o avanço dos custos na saúde é crucial para que o Estado possa continuar a apoiar a satisfação das necessidades sociais.

Assim, é importante que todas as entidades do setor da saúde, e em particular aquelas que intervêm na monitorização, auditoria, fiscalização e controlo da despesa, reforcem o seu envolvimento na organização do sistema de controlo. Neste sentido, o Despacho n.º 6447/2012, de 15 de maio, formou um grupo de trabalho denominado Grupo Coordenador de Controlo Interno (GCCI), ao qual todos os serviços do Ministério da Saúde devem prestar a colaboração que lhes for solicitada. O GCCI tem o seguinte âmbito de ação:

- Concertar as entidades com intervenção na monitorização, acompanhamento, auditoria e controlo interno do Ministério da Saúde, no sentido de assegurar o alinhamento do esforço de controlo com as linhas de política do Ministério da Saúde que têm por objetivo a redução da despesa;
- Articular os dirigentes máximos das várias instituições envolvidas, nomeadamente a IGAS, a ACSS, a SPMS, o INFARMED, a ARS Norte, a ARS Centro, a ARS Lisboa e Vale do Tejo, a ARS Alentejo e a ARS Algarve, no sentido de elaborarem um Plano de Controlo Interno Integrado do Ministério da Saúde em conjunto, que defina, face aos principais objetivos de política do Ministério, objetivos individuais e indicadores de medida;
- Definir objetivos de controlo a curto, médio e longo prazo, com avaliação frequente do nível de cumprimento;
- Propor medidas consideradas adequadas e imprescindíveis ao cumprimento dos objetivos da política de saúde estipulada pelo Governo, e que se insiram,

designadamente, no quadro da estratégia de combate ao desperdício e à fraude no setor da saúde;

- Reunir informação sobre irregularidades detetadas e sobre casos que tenham sido comunicados ao Ministério Público ou à Polícia Judiciária pelas entidades intervenientes;
- Habilitar o Ministro da Saúde com informação semestral, de interesse para a gestão estratégica e para eventuais estudos na área do combate às irregularidades e à fraude, incluindo a identificação e análise dos riscos operacionais potenciadores de irregularidades e de ineficácia;
- Estimular uma cultura de cooperação ativa entre os serviços e organismos do Ministério da Saúde que intervêm nas matérias objeto do referido despacho, abrangendo os respetivos órgãos de fiscalização, nomeadamente os Fiscais Únicos dos Institutos Públicos e das EPE que integram o SNS, bem como os auditores internos destas últimas;
- Contribuir para o reforço da cooperação entre o Ministério da Saúde, o Ministério Público e a Polícia Judiciária.

No que diz respeito ao controlo interno das EPE no setor da saúde, as recomendações do Tribunal de Contas (1999) em conjunto com as alterações ao estatuto do gestor público, fundamentaram a alteração no regime jurídico e a aprovação dos estatutos dos hospitais e centros hospitalares de natureza empresarial integrados no SNS. Assim, o sistema de controlo interno é baseado num adequado sistema de gestão de risco, um sistema de informação e de comunicação e um processo de monitorização que assegura a respetiva adequação e eficácia em todas as áreas de intervenção. O sistema de controlo interno compreende o conjunto de estratégias, políticas, processos, regras e procedimentos estabelecidos no hospital EPE com vista a assegurar:

- Um desempenho eficiente da atividade que garanta a utilização eficaz dos ativos e dos recursos, a continuidade, segurança e qualidade da prestação de cuidados de saúde, através de uma adequada gestão e controlo dos riscos da atividade, da prudente e correta avaliação dos ativos e responsabilidades, bem como da definição de mecanismos de prevenção e de proteção do serviço público contra atuações danosas;
- A existência de informação financeira e de gestão que suporte as tomadas de decisão e os processos de controlo, tanto a nível interno como externo;

- O respeito pelas disposições legais e regulamentares aplicáveis, bem como pelas normas profissionais e deontológicas aplicáveis, pelas regras internas e estatutárias, regras de conduta e de relacionamento, orientações tutelares e recomendações aplicáveis de entidades externas como o Tribunal de Contas.

O auditor interno detém um papel essencial relativamente ao funcionamento eficiente e adequado do sistema de controlo interno. Uma vez que, alerta a gestão para as limitações do sistema de controlo interno da entidade, e propõe medidas de melhoria ou ações corretivas.

2 SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA DO IPOCFG, EPE

2.1 Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, EPE

2.1.1 Enquadramento Histórico e Institucional

O Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, EPE (IPOCFG, EPE) é uma unidade hospitalar que integra a rede de prestação de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde e a plataforma de tipo A da rede de referência hospitalar de oncologia, o que lhe atribui responsabilidades de topo no diagnóstico e tratamento da doença oncológica em toda a Região Centro, com uma população estimada de dois milhões de habitantes.

A publicação do DL n.º 93/2005, de 7 de Junho, procedeu à transformação do estatuto jurídico da instituição que passou a revestir a natureza de entidade pública empresarial (EPE), em substituição do anterior estatuto que lhe conferia a natureza de sociedade anónima. O DL n.º 233/2005, de 29 de Dezembro, aprovou os correspondentes estatutos e efetivou aquela transformação a partir de 31 de Dezembro de 2005.

O IPOCFG, EPE dispõe de uma lotação de 231 camas, na qual se inclui o “Hotel” para doentes, estrutura inovadora no panorama de prestação de cuidados de saúde em Portugal.

A posição de topo da instituição na cadeia de referência hospitalar em oncologia confere-lhe uma assinalável concentração de diferenciados meios tecnológicos e humanos. Atualmente, conta com cerca de 1.000 colaboradores.

O IPOCFG, EPE tem como missão desenvolver ações nos domínios da prestação de cuidados de saúde, da prevenção primária e secundária, da investigação, da formação e

ensino oncológicos, do rastreio oncológico, do registo oncológico e da colaboração na definição e acompanhamento de execução da política oncológica nacional, constituindo-se como uma instituição de referência para os cidadãos que serve e para os serviços de saúde. Sendo que os seus objetivos assentam em duas bases:

- Prestar cuidados de saúde em oncologia, designadamente aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde e aos beneficiários dos subsistemas de saúde, ou de entidades externas que contratualizem a prestação de cuidados de saúde, e a todos os cidadãos em geral; e
- Participar na formação de profissionais de saúde, de acordo com a sua capacidade formativa, conceber e desenvolver projetos e programas de investigação, formação, ensino e rastreio oncológicos, organizar e publicar o registo oncológico regional, bem como dar contributos para a definição e acompanhamento de execução da política oncológica nacional.

2.1.2 Estrutura Organizacional

Os órgãos estatutários do IPOCFG, EPE, representados na Figura 2.1 são:

- a) O conselho de administração - órgão de administração do IPOCFG, EPE, que exerce todos os poderes de gestão que não estejam reservados a outros órgãos;
- b) O fiscal único - órgão de fiscalização, responsável pelo controlo da legalidade, da regularidade e da boa gestão financeira e patrimonial do IPOCFG, EPE;
- c) O conselho consultivo - órgão de consulta que acompanha a atividade do IPOCFG, EPE, aprecia os planos de atividade, e emite recomendações, tendo em vista o melhor funcionamento dos serviços.

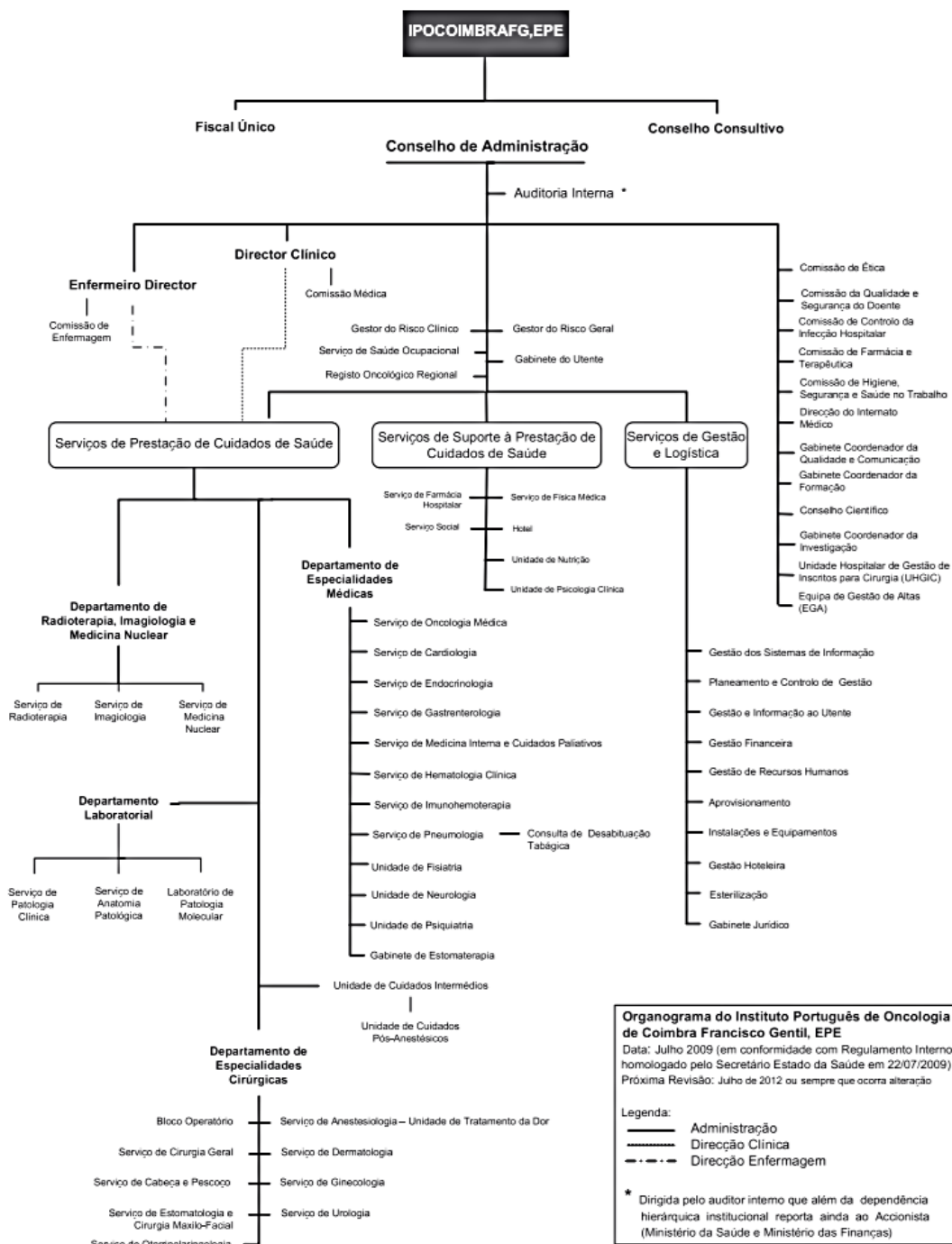


Figura 2.1 – Organograma IPOCFG

Fonte: RI do IPOCFG, 2013

Os órgãos de apoio técnico de carácter consultivo são:

- A comissão de ética;
- A comissão da qualidade e segurança do doente;
- A comissão de controlo da infeção hospitalar;

- d) A comissão de farmácia e terapêutica;
- e) A comissão de higiene, segurança e saúde no trabalho;
- f) A comissão médica;
- g) A comissão de enfermagem;
- h) A direção do internato médico;
- i) O gestor do risco clínico;
- j) O gestor do risco geral;
- k) O gabinete da qualidade e comunicação;
- l) O gabinete coordenador da formação;
- m) O conselho científico;
- n) O gabinete coordenador da investigação;
- o) Unidade hospitalar de gestão de inscritos para cirurgia;
- p) Equipa de gestão de altas.

A auditoria interna é uma instância estruturante do governo do IPOCFG, EPE, dirigida pelo auditor interno, a quem compete proceder ao controlo interno e gestão de risco nos domínios contabilístico, financeiro, operacional, informático e de recursos humanos.

2.1.3 Regulamento Interno

O Regulamento Interno do IPOCFG, EPE que se encontra em vigor foi homologado por despacho do Ministério da Saúde a 22 de Julho de 2009 e encontra-se publicado no *website* da entidade.

2.2 Serviço de Auditoria Interna do IPOCFG, EPE

A AI é uma ferramenta de apoio direto ao Conselho de Administração, dependendo funcionalmente do Conselho de Administração e administrativamente da sua Presidente, orientada para a avaliação dos processos de controlo interno e de gestão de riscos.

Atualmente, o Serviço de Auditoria Interna é constituído apenas pelo Auditor Interno, sendo que conta com o apoio administrativo de duas assistentes técnicas, que também prestam apoio a outros serviços dentro do departamento de Registo Oncológico Regional (ROR) localizado no Edifício 3 (Cuidados Paliativos e Hotel) – Piso 1 junto à Farmácia ilustrado na Figura 2.2.



Figura 2.2 – Planta de Identificação dos Edifícios IPOCFG

Fonte: <https://cursos.ipocoimbra.net/contactos-localizacao/>

O artigo 8.º do Regulamento Interno refere que a auditoria interna é uma instância estruturante do governo do IPOCFG, EPE, dirigida pelo auditor interno, a quem compete proceder ao controlo interno nos domínios contabilístico, financeiro, operacional, informático e de recursos humanos, sendo que a designação, competências e atividade do auditor interno regem-se pelo disposto no artigo 17.º dos Estatutos.

A Auditoria Interna é uma atividade independente destinada a acrescentar valor e a melhorar as operações da Organização através de uma abordagem sistemática e disciplinada, de avaliação e melhoria dos processos de gestão de risco, de controlo e de governação, que auxilia a gestão no aperfeiçoamento dos processos de gestão de risco.

A atividade desenvolvida pelo Serviço de Auditoria Interna decorre de acordo com o previsto no PAAI, sendo que este plano é definido conforme a identificação das áreas consideradas prioritárias e com o objetivo principal de contribuir para uma utilização mais racional e eficiente dos recursos disponíveis. No entanto podem existir pedidos de realização de auditorias internas que não estejam previstas no PAAI, solicitadas por serviços da instituição ou outros organismos externos à mesma.

Assim, compete ao Serviço de Auditoria Interna, fornecer ao Concelho de Administração análises e recomendações sobre as áreas/serviços revistos, de forma a contribuir para uma melhoria contínua, bem como a elaboração de um plano anual das auditorias a serem realizadas e a elaboração anual de um relatório sobre as atividades desenvolvidas, com referência aos controlos efetuados, às anomalias detetadas e às medidas corretivas sugeridas e implementadas pelos respetivos serviços auditados. De forma a desempenhar a sua atividade, o Auditor Interno tem acesso a todas as funções, atividades e pessoal do IPOCFG, EPE, todos os registos e informação do IPOCFG, EPE (exceto os registos clínicos individuais dos utentes), aos planos estratégicos do IPOCFG, EPE e às Atas do Concelho de Administração.

3 ESTÁGIO NO SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA DO IPOCFG, EPE

3.1 Duração do Estágio, Acolhimento e Atividades Desenvolvidas

O estágio no IPOCFG, EPE foi realizado entre o dia 21 de Março de 2019 e o dia 20 de Setembro de 2019, totalizando assim as 960 horas previstas. O plano de estágio realizado definia um conjunto de atividades a desenvolver durante o estágio, sendo estas realizadas com o auxílio e supervisão do Dr. João André Santos, diretor do serviço de Auditoria Interna, e com orientação da Professora Georgina Morais do Instituto Superior de Contabilidade e Administração de Coimbra.

O principal objetivo da realização deste estágio foi consolidar os conhecimentos adquiridos ao longo do mestrado, estabelecendo contacto com a área de auditoria interna e desenvolvendo competências pessoais.

O estágio realizado no Serviço de Auditoria Interna do IPOCFG, EPE foi dividido em duas fases. Numa primeira fase, mais teórica, procurou-se obter conhecimentos acerca da entidade, do serviço, da legislação e de documentação aplicável, Numa segunda fase, de componente mais prática, desenvolveram-se atividades de auditoria.

Das atividades realizadas no decorrer do estágio, destaca-se a realização de uma auditoria proposta pela IGAS ao Serviço de Auditoria Interna, cujo trabalho desenvolvido foi maioritariamente realizado pela estagiária de forma autónoma. Esta atividade revelou-se uma experiência muito enriquecedora, não só pelo entusiasmo e motivação em poder auditar procedimentos de aquisição realizados pelo IPOCFG, EPE, como também pela oportunidade de poder trabalhar e interagir com os profissionais de outros serviços, como os Serviços Financeiros e o Serviço de Aprovisionamento.

3.2 Atividades Desenvolvidas – Componente Teórica

Numa fase inicial, foi dado a conhecer à estagiária as infraestruturas do IPOCFG, EPE, os principais serviços administrativos, os colegas de trabalho, procedimentos do IPOCFG, EPE, legislação aplicável ao setor da saúde e outros documentos considerados relevantes para o desenvolvimento das atividades previstas.

De forma a ambientar a estagiária com relatórios de auditoria interna anteriormente realizados no IPOCFG, EPE, foi proposta a análise dos seguintes documentos:

- “Auditoria ao inventário de final de exercício no IPOCFG, EPE” de Novembro de 2016
- “Auditoria à capacidade instalada no serviço de imagiologia do IPOCFG, EPE” de Agosto de 2014
- “Requisição de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica de anatomia patológica” de Novembro de 2012
- “Auditoria ao serviço de Medicina Nuclear – Consumos, Stocks e movimento assistencial” de Janeiro de 2017
- “Relatório de execução financeira” do 1.º Trimestre de 2017
- “5.º Relatório de execução do plano de riscos de atividade, incluindo riscos de corrupção e infrações conexas” de Fevereiro de 2019
- “Relatório e contas do IPOCFG, EPE 2017”

Foi também proposto à estagiária que se inteirasse de certa legislação e documentação conexas, tal como:

- DL 18/2017, 10 de Fevereiro - Regula o Regime Jurídico e os Estatutos aplicáveis às unidades de saúde do Serviço Nacional de Saúde com a natureza de Entidades Públicas Empresariais, bem como as integradas no Setor Público Administrativo
- DL 192/2015, 11 de Setembro - Aprova o Sistema de Normalização Contabilística para as Administrações Públicas
- Norma de Contabilidade Pública 26 – Contabilidade e Relato Orçamental
- “Manual de implementação SNC-AP”
- Instrução n.º1/2019 do Tribunal de Contas - Plenário Geral, bem como os respetivos anexos e modelos de mapas de prestação de contas das entidades sujeitas à jurisdição e aos poderes de controlo do Tribunal de Contas
- “Manual de implementação SNC-AP – Versão 2”
- Lei n.º 8/2012, de 21 de fevereiro (LCPA) - Aprova as regras aplicáveis à assunção de compromissos e aos pagamentos em atraso das entidades públicas
- “Manual de procedimentos LCPA (Lei dos Compromissos e Pagamentos em Atraso das Entidades Públicas)”

- DL n.º 18/2008, de 29 de Janeiro - Aprova o Código dos Contratos Públicos, que estabelece a disciplina aplicável à contratação pública e o regime substantivo dos contratos públicos que revistam a natureza de contrato administrativo

3.3 Atividades Desenvolvidas – Componente Prática

3.3.1 Auditoria ao Inventário da Unidade de Preparação de Citostáticos

A auditoria ao inventário da Unidade de Preparação de Citostáticos (UPC) foi realizada no dia 22 de março de 2019 e, para tal, foi elaborada uma planificação da mesma.

A realização desta auditoria foi solicitada pela Diretora do Serviço de Farmácia Hospitalar (SFH), Dr.^a Clementina Varela, em articulação com o Serviço de Auditoria Interna. Tratando-se, assim, de uma auditoria não planeada, tal como as normas preveem, e solicitada por um serviço da entidade. O SFH teve conhecimento da ocorrência da contagem e, como tal, foi envolvido nos trabalhos efetuados no Armazém Geral da farmácia.

Tratando-se de um controlo de follow-up, o objetivo principal desta ação era validar *in loco* os procedimentos de contagem adotados e validar as quantidades e valores presentes em *stock* à data de 22 de março de 2019, assegurando assim a existência física dos elementos evidenciados contabilisticamente.

Importa referir que o Armazém de Produtos Farmacêuticos da instituição está dividido em diferentes áreas: Ambulatório; Armazém Geral; Dose Unitária; Unidade de Preparação de Citostáticos; Armazém de Soros; Reagentes Inflamáveis, RX e Bancadas; Estupefacientes e Benzodiazepinas. No entanto, a contagem realizada apenas incidiu em duas áreas, a saber, a UPC e o Armazém, neste último apenas foram conferidos medicamentos utilizados na UPC.

No início do ano de 2019 foi implementado o sistema de Armazém Avançado, com o objetivo de harmonizar a proximidade entre a UPC e os fármacos necessários ao seu bom funcionamento. Este sistema de armazenamento permite que os artigos presentes no inventário sejam refletidos com exatidão, facilitando a gestão dos mesmos. O Armazém Avançado requer que o consumo esteja sempre em linha com a realidade.

Após a implementação do Armazém Avançado na UPC, surgiram algumas inconsistências entre as existências em inventário segundo o *software* e as existências físicas reais. Assim, e de forma a prevenir futuros erros e a apurar o *stock* real dos

produtos utilizados na UPC, realizou-se uma auditoria ao inventário a 22 de março de 2019, com o objetivo de assegurar a existência física dos produtos relevados contabilisticamente.

De acordo com a necessidade de assegurar a existência dos fármacos utilizados na UPC em inventário, foi efetuada uma contagem física dos mesmos, tanto no Armazém Geral, como na UPC. Esta contagem foi realizada com o objetivo de validar as existências físicas em inventário para utilização na UPC, assegurar que os procedimentos que se encontram instituídos são os adequados, garantindo um nível de controlo interno elevado e observar as condições de armazenamento dos fármacos detidos pela Instituição nesta unidade.

A metodologia aplicada para o desenvolvimento da auditoria interna consistiu na perceção dos processos instituídos e dos controlos implementados através de informações prestadas pelos intervenientes da unidade, na observação dos locais de armazenamento das existências da UPC no IPOCFG, EPE, na validação física das quantidades totais presentes na UPC e na discussão das deficiências detetadas e recomendações sugeridas.

Neste processo, foram acompanhadas as contagens da totalidade dos fármacos inerentes à UPC, tendo em consideração dois critérios gerais, o Preço Médio (PCM) superior a 1.000€ e o Valor Líquido Atual (VARM) superior a 5.000€.

Para o processo de contagem física dos produtos no Armazém Geral, foram alocados alguns colaboradores do SFH, ao contrário do que aconteceu com a contagem na UPC. As áreas auditadas encontravam-se arrumadas, reflexo de uma gestão otimizada do espaço disponível que, apesar de pouco, é o possível.

A localização do mesmo artigo estava, em alguns casos, dispersa por mais do que um local do armazém, fator compreensível atendendo à limitação de espaço no serviço. A multi-localização de alguns itens, não levantou qualquer tipo de constrangimento à total inventariação e contagem de artigos em *stock*.

Os diferentes artigos estavam corretamente identificados, por etiquetas nas prateleiras e gavetas, que apresentavam o nome do fármaco, a sua dosagem e o respetivo código numérico e de barras.

Após a análise dos papéis de trabalho, verificou-se que na UPC não se registou nenhuma diferença entre as quantidades apresentadas pelo sistema informático e as

apuradas durante a auditoria interna. O mesmo não aconteceu no Armazém Geral, uma vez que foram registadas quatro quantidades divergentes. Todo o processo e as respetivas conclusões foram mais tarde incluídas no Relatório de Auditoria Interna (conforme o Apêndice 1.¹) realizado pela estagiária.

3.3.2 Auditoria aos Tempos de Faturação e ao Cumprimento da Lei dos Compromissos e dos Pagamentos em Atraso

O Plano de Atividades da Inspeção-Geral das Atividades em Saúde (IGAS) para o ano de 2018, instituiu a realização de duas auditorias a executar em hospitais do SNS, enquadradas na área da Gestão Financeira e no tema Gestão Orçamental. Neste âmbito, o Serviço de Auditoria Interna do IPOCFG, EPE realizou uma auditoria ao Tempo de Faturação e ao cumprimento da Lei dos Compromissos e dos Pagamentos em Atraso (LCPA), tomando como referência os anos de 2017 e 2018. Importa referir que esta auditoria, à semelhança da anterior, não estava planeada, tendo sido solicitada por um organismo externo à entidade.

A realização da auditoria teve como objetivo a verificação do Tempo de Faturação e o cumprimento da LCPA. Os processos auditáveis recaíram sobre a despesa com medicamentos e dispositivos médicos, sendo estes selecionados em função da materialidade, através de listagens fornecidas pelo Serviço de Aprovisionamento que continham todos os procedimentos de aquisição para os anos 2017 e 2018 com todas as notas de encomenda desagregadas.

Para o efeito procedeu-se à seleção de procedimentos com base na materialidade, sendo que estes foram selecionados com base no valor de aquisição, isto é, foram selecionados procedimentos de valor mais elevado. Numa fase posterior, os procedimentos foram analisados minuciosamente de forma a realizar o preenchimento dos papéis de trabalho fornecidos pela IGAS (PT1-Matriz de Questões e PT2-Mapa de Recolha de Informação) e outros elaborados pela estagiária. As técnicas de auditoria utilizadas envolveram a recolha de informação em suporte digital e documental, a realização de testes e a verificação da existência de procedimentos.

Em termos de comparabilidade da informação nos anos de 2017 e 2018, existe uma condicionante, que se prende com o facto de ter existido uma alteração, quer de

¹ Parte do conteúdo foi omitido por questões de confidencialidade.

programa, quer de plano contabilístico, com a mudança do Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde (POCMS) para o Sistema de Normalização Contabilística para as Administrações Públicas (SNC-AP).

No decorrer desta auditoria, foi necessária a cooperação entre o Serviço de Auditoria Interna e outros serviços, nomeadamente o Serviço de Gestão Financeira e o Serviço de Aprovisionamento. Esta cooperação permitiu a realização de controlos cruzados, uma vez que foram recolhidos e comparados elementos dos diferentes serviços relativos aos procedimentos selecionados.

O Serviço de Gestão Financeira tem por missão apoiar o Conselho de Administração na formulação da política de gestão financeira, executar os planos financeiros e de tesouraria aprovados e produzir a informação de natureza orçamental, financeira e contabilística do IPOCFG, EPE.

O Serviço de Aprovisionamento, apesar de não ser um serviço com intervenção direta nos cuidados de saúde prestados pelo IPOCFG, EPE, é responsável pelo garante da disponibilidade de materiais e/ou equipamentos necessários para a boa prestação dos referidos cuidados. Este serviço tem, como principal função, o estabelecimento de contactos com o mercado fornecedor para a aquisição de bens e serviços. Tudo o que respeita à organização de processos de compras e sua tramitação, até à aquisição, passa por este serviço.

Esta auditoria teve como principais finalidades:

- Verificar a existência de eventual despesa escondida traduzida em faturação atrasada ou não faturação,
- Aferir se a informação reflete os factos patrimoniais da entidade;
- Aferir a evolução da dívida e caracterizar os fatores que influenciaram a sua variação;
- Verificar o cumprimento da LCPA.

De forma a realizar a auditoria proposta pela IGAS, existia um conjunto de procedimentos a realizar:

- Identificar diplomas e normativos aplicáveis à gestão da dívida e da LCPA;
- Recolher e tratar a informação económico-financeira;

- Entrevistar responsáveis, nomeadamente da área financeira, com vista à identificação e apreciação do sistema e procedimentos de controlo interno instituídos;
- Aplicar o questionário;
- Avaliar a fiabilidade do sistema de controlo instituído, pelo cruzamento de informação obtida;
- Realizar testes de auditoria: testes de conformidade à LCPA e testes substantivos, por amostragem, à conta de terceiros.

No que respeita aos procedimentos desenvolvidos pela estagiária, primeiramente esta realizou o pedido da listagem de todos os processos referentes aos anos de 2017 e 2018 de medicamentos e dispositivos médicos ao Serviço de Aprovisionamento. Através destas listagens e com base na materialidade dos processos selecionou 13 processos de aquisição. Posteriormente levantou no Serviço de Aprovisionamento todos os processos selecionados em suporte documental e analisou-os detalhadamente com o objetivo de recolher informação para o preenchimento dos papéis de trabalho que produziu. Mais tarde, consultou todas as faturas e documentação conexa às aquisições em suporte documental arquivadas no Serviço de Gestão Financeira, comparando com a informação disponível em suporte digital e com os papéis de trabalho previamente preenchidos.

Numa fase final da auditoria, a estagiária elaborou um esboço do relatório (Apêndice 2.²), com base numa estrutura padronizada que contempla as matérias a observar e os testes a desenvolver na fase de execução da ação, com vista a atingir os objetivos definidos, permitindo maior comparabilidade dos resultados obtidos, e proporcionando a produção de uma síntese nacional dos resultados. Neste relatório foram inseridas algumas conclusões e recomendações apresentadas na Tabela 3.1. No entanto a auditoria ainda se encontrava em curso quando terminado o estágio, pelo que a estagiária não possui as conclusões da mesma.

² Parte do conteúdo foi omitido por questões de confidencialidade.

Tabela 3.1 - Constatações e Recomendações da Auditoria aos Tempos de Faturação e ao Cumprimento da LCPA

Constatações	Recomendações
C1 - O IPOCFG, EPE,EPE não dispõe de fundos próprios adequados ao normal funcionamento da sua atividade.	R1 - Contribuir para que o orçamento seja adequado e equilibrado ao normal funcionamento da atividade.
C2 - Alguns dos procedimentos selecionados não contêm comprovativo de cabimento.	R2 - Instituir normativos escritos que definam regras de organização e de elementos a reunirem nas pastas dos procedimentos.
C3 - Ao conferir documentos, os colaboradores não colocam o número mecanográfico junto à rubrica/assinatura, o que por vezes dificulta a identificação de quem confere.	R3 - Estabelecer regras para a conferência de faturas.
C4 - Alguns dos procedimentos não evidenciam o número do contrato.	R4 - Criar normativos escritos que definam regras de organização e de elementos a reunirem nas pastas dos procedimentos.
C5 – Um dos procedimentos não contém a respetiva fatura.	R5 – Criar normativos escritos que definam regras de organização e de elementos a reunirem nas pastas dos procedimentos.
C6 – Na amostra selecionada foi encontrada uma fatura da qual não existem registos no Serviço de Gestão Financeira	R6 – Avaliar a situação em que se encontra esta fatura.
C7 – Existe um procedimento que não contém a informação necessária para o preenchimento dos papéis de trabalho.	R7 – Criar normativos escritos que definam regras de organização e de elementos a reunirem nas pastas dos procedimentos.

Fonte: Elaboração Própria

CONCLUSÃO

O presente relatório pretende mostrar, de forma resumida, as atividades desenvolvidas no decorrer do estágio no Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, EPE. A realização deste estágio constituiu o primeiro contacto com a atividade de Auditoria Interna, possibilitando o desenvolvimento de competências quer a nível profissional quer a nível pessoal. Para além deste contacto real com o mercado de trabalho, este estágio permitiu também a consolidação e aquisição de conhecimentos.

A realização deste relatório foi sustentada em pesquisas na internet, livros, repositório, legislação, documentação interna da entidade, revistas, publicações *online* e, principalmente, no conhecimento adquirido ao longo da parte não letiva.

Ao longo do estágio foram desenvolvidas algumas atividades, destacadas no presente relatório, tendo sido a principal e a mais enriquecedora, a Auditoria aos Tempos de Faturação e ao Cumprimento da Lei dos Compromissos e dos Pagamentos em Atraso, que se revelou uma grande oportunidade de aprendizagem realizada com grande empenho e dedicação.

Importa referir que a Auditoria Interna desempenha um papel fundamental nos hospitais EPE, constituindo um instrumento privilegiado ao serviço da gestão. É uma atividade independente, que atua de forma sistemática e eficaz, que zela pela eficácia dos processos de gestão de risco, de controlo e de governação, contribuindo para a concretização dos objetivos da Entidade, sendo que as responsabilidades deste departamento são aprovadas pelo Conselho de Administração.

Por fim, importa referir que os objetivos fixados no plano de estágio foram alcançados com sucesso e também superaram as expectativas formuladas no início do estágio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, B. (2017), Manual de Auditoria Financeira - Uma análise integrada baseada no risco, 2ª edição revista e atualizada, Escolar Editora.

CNC (2016), “Manual de implementação SNC-AP”

CNC (2017), “Manual de implementação SNC-AP – Versão 2”

Costa, Ana (2016), *Relatório de Estágio no Serviço de Auditoria Interna, da Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE*

Costa, Carlos. B. (2014). Auditoria Financeira – Teoria e Prática, 10ª Edição. Lisboa: Rei dos Livros.

Decreto-Lei n.º 155/1992, 28 de Julho - Regime da Administração Financeira do Estado

Decreto-Lei n.º 158/2009, 13 de Julho - Sistema de Normalização Contabilística

Decreto-Lei n.º 166/1998, 25 de Junho - Sistema de Controlo Interno da Administração Financeira do Estado

Decreto-Lei n.º 18/2008, 29 de Janeiro - Código dos Contratos Públicos

Decreto-Lei n.º 18/2017, 10 de Fevereiro - Regime Jurídico e Estatutos Aplicáveis às Unidades de Saúde do Serviço Nacional de Saúde

Decreto-Lei n.º 192/2015, 11 de Setembro - Sistema de Normalização Contabilística para as Administrações Públicas

Decreto-Lei n.º 233/2005, 29 de Dezembro - Transformação em Entidades Públicas Empresariais os Hospitais com a Natureza de Sociedade Anónima

Decreto-Lei n.º 244/2012, 9 de Novembro - Regime Jurídico e os Estatutos Aplicáveis às Unidades de Saúde com Natureza de Entidades Públicas Empresariais

Decreto-Lei n.º 93/2005, 7 de Junho - Transformação dos Hospitais Sociedades Anónimas em Entidades Públicas Empresariais

Despacho n.º 6447/2012, 15 de Maio - Grupo Coordenador De Controlo Interno

DGO, “Manual de procedimentos LCPA”

GCCI (2018), “Guião de Auditoria (Instrução n.º 4/2018)”

Gonçalves, Ana (2018), *Relatório de Estágio Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE Serviço de Auditoria Interna*

IGAS (2018), “Auditoria aos Tempos de Faturação”

IGAS (2019), “Informação n.º 228/2019”

Instrução n.º1/2019 do Tribunal de Contas - Anexos e Modelos de Mapas de Prestação de Contas das Entidades Sujeitas à Jurisdição e aos Poderes de Controlo do Tribunal de Contas

IPOCFG (2009), Regulamento Interno do IPOCFG

IPOCFG (2012), “Requisição de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica de anatomia patológica”

IPOCFG (2014), “Auditoria à capacidade instalada no serviço de imagiologia do IPOCFG, EPE”

IPOCFG (2016), “Auditoria ao inventário de final de exercício no IPOCFG, EPE”

IPOCFG (2017), “Auditoria ao serviço de Medicina Nuclear – Consumos, Stocks e movimento assistencial”

IPOCFG (2017), “Relatório de execução financeira”

IPOCFG (2017), “Relatório e contas do IPOCFG, EPE 2017”

IPOCFG (2019), “5.º Relatório de execução do plano de riscos de atividade, incluindo riscos de corrupção e infrações conexas”

IPOCFG (2019), Código de Ética do IPOCFG

Lei n.º 27/2002, 8 de Novembro - Regime Jurídico da Gestão Hospitalar

Lei n.º 48/1990, 24 de Agosto - Lei de Bases da Saúde

Lei n.º 8/1990, 20 de Fevereiro - Bases da Contabilidade Pública

Lei n.º 8/2012, 21 de Fevereiro - Lei dos Compromissos e Pagamentos em Atraso das Entidades Públicas

Lei n.º 91/2001, 20 de Agosto - Lei de Enquadramento Orçamental

Marçal, N. & Marques, F. (2011), Manual de Auditoria e Controlo Interno no Setor Público, Edições Sílabo

Morais, G. & Martins, I. (2013), Auditoria Interna – Função e Processo, 4ª edição atualizada e profundamente remodelada, Áreas Editora.

Pinheiro, J. (2014), Auditoria Interna - Manual Prático para Auditores Internos, 3ª edição, Rei dos Livros.

Silva, Judite (2016), *Relatório de estágio auditoria interna no Hospital Distrital da Figueira da Foz*

TCP (1999), Manual de Auditoria e Procedimentos

Teixeira, F.C.; Correia, J.C. (2000). POCAL: O Sistema de Controlo Interno. Coimbra: Ediliber, Editor de Publicações, Lda.

APÊNDICES

APÊNDICE 1. Relatório da Auditoria ao Inventário da UPC



**Instituto Português de Oncologia de
Coimbra Francisco Gentil, E.P.E**

**Auditoria ao Inventário da
Unidade de Preparação de
Citostáticos no Instituto
Português de Oncologia de
Coimbra Francisco Gentil,
E.P.E.**

**Área de
Existências
Contabilidade e**

**Início
Março de 2019**

Relatório de Auditoria Interna

I Sumário	3
1. Âmbito e Objetivos de Auditoria	3
2. Conclusões e recomendações	3
II Introdução	3
3. Âmbito e Objetivos de Auditoria	3
4. Metodologia	4
III Desenvolvimento da Auditoria	4
5. Plano de Trabalhos	4
6. Contextualização	4
6.1 - Responsável pelos Stocks	5
6.2 - Sistema Informático	5
6.3 - Outras Considerações	5
6.4 - Amostragem	6
7. Armazém de Produtos Farmacêuticos	6
8. Valor Auditado	13

I Sumário

1. Âmbito e Objetivos de Auditoria

Após a implementação do Armazém Avançado na Unidade de Preparação de Citostáticos (UPC), surgiram algumas inconsistências entre as existências em inventário segundo o *software* e as existências físicas reais. Assim, e de forma a prevenir futuros erros e a apurar o *stock* real dos produtos utilizados na UPC, realizou-se uma auditoria ao inventário a 22 de março de 2019, com o objetivo de assegurar a existência física dos produtos relevados contabilisticamente.

2. Conclusões e Recomendações

O valor a comunicar ao Conselho de Administração enquanto valor de regularizações deverá ser de € - 1.864,49.

II Introdução

3. Âmbito e Objetivos de Auditoria

De acordo com a necessidade de assegurar a existência dos fármacos utilizados na UPC em inventário, foi efetuada uma contagem física dos mesmos, tanto no Armazém Geral, como na UPC.

Esta contagem foi realizada com o objectivo de validar as existências físicas em inventário para utilização na UPC, assegurar que os procedimentos que se encontram instituídos são os melhores, garantindo um nível de controlo interno elevado e observar as condições de armazenamento dos fármacos detidos pela Instituição nesta unidade.

4. Metodologia

- Perceção dos processos instituídos e dos controlos implementados através de informações prestadas pelos intervenientes da unidade.
- Observação dos locais de armazenamento das existências da UPC no IPOCFG.
- Validação física das quantidades totais presentes na UPC.
- Discussão das deficiências detetadas e recomendações sugeridas.

III Desenvolvimento da Auditoria

5. Plano de Trabalhos

A auditoria ao inventário da UPC foi realizada no dia 22 de março de 2019 e, para tal, foi elaborada uma planificação da mesma, tendo o trabalho de campo ocorrido nesse mesmo dia.

A realização desta auditoria foi proposta pela Diretora do Serviço de Farmácia Hospitalar (SFH), Dr.^a Clementina Varela, em articulação com o Serviço de Auditoria Interna. O SFH teve conhecimento da ocorrência da contagem e, como tal, foi envolvido nos trabalhos efetuados no Armazém Geral da farmácia.

6. Contextualização

Tratando-se de um controlo de *follow-up*, o objetivo principal desta ação era validar *in-loco* os procedimentos de contagem adotados e validar as quantidades e valores presentes em *stock* à data de 22 de março de 2019, assegurando assim a existência física dos elementos evidenciados contabilisticamente.

Importa referir que o Armazém de Produtos Farmacêuticos da instituição está dividido em diferentes áreas, tais como: Ambulatório; Armazém Geral; Dose Unitária; Unidade de Preparação de Citoestáticos; Armazém de Soros; Reagentes Inflamáveis, RX e Bancadas; Estupefacientes e Benzodiazepinas. No entanto, a contagem realizada apenas incidiu em duas áreas, a saber, a UPC e o Armazém, neste último apenas foram conferidos medicamentos utilizados na UPC.

6.1 - Responsável pelos Stocks

A gestão do Armazém de Produtos Farmacêuticos do IPOCFG é efetuada pela Diretora do Serviço de Farmácia Hospitalar (SFH), Dr.^a Clementina Varela.

6.2 - Sistema Informático e Armazém Avançado

A totalidade das existências físicas do IPOCFG encontra-se gerida e monitorizada pelo mesmo *software* de gestão.

O atual sistema informático (GHAF) foi introduzido em 2013, passando a entrada das mercadorias a ser efetuada através de Guias de Remessa, que acompanham os produtos desde a chegada à Instituição.

Em outubro de 2017, foi introduzido o conceito de mercadoria em trânsito, com o objetivo de aumentar o nível de controlo interno, obrigando os serviços requisitantes a conferir e aceitar

informaticamente as quantidades fornecidas pelos armazéns. Na prática, as quantidades em trânsito não aceites pelos serviços são consideradas como *stock*, tal como as quantidades existentes nas prateleiras. Quando um artigo é aceite pelo serviço, o movimento de saída é refletido nos *stocks*.

No início do ano de 2019 foi implementado o sistema de Armazém Avançado, com o objectivo de harmonizar a proximidade entre a UPC e os fármacos necessários ao seu bom funcionamento. Este sistema de armazenamento permite que os artigos presentes no inventário sejam refletidos com exatidão, facilitando a gestão dos mesmos. O Armazém Avançado faz com que o consumo esteja sempre em linha com a realidade.

6.3 - Outras Considerações

As práticas do IPOCFG indicam que, para que as existências em armazém sejam escrutinadas, deve existir uma preocupação generalizada em detetar situações de obsolescência de artigos com fraca rotação ou sem qualquer movimento e situações de artigos com excesso de *stock*, avaliando a todo o momento qual a melhor localização para os mesmos.

O IPOCFG dispõe de um regulamento próprio sobre o Processo de Inventário, revisto a 4 de dezembro de 2013, que faz parte do Manual de Controlo Interno da Instituição. O objetivo deste documento é definir, de forma sucinta e geral, as regras base deste tipo de controlo.

A 22 de março de 2019, o armazém encontrava-se organizado, dispondo das condições de armazenamento adequadas. É perceptível a dificuldade que, por vezes, existe em colocar as várias embalagens do mesmo fármaco num mesmo local de armazenamento, especialmente quando o número de unidades do mesmo artigo é elevado.

6.4 – Amostragem

Neste processo, foram acompanhadas as contagens da totalidade dos fármacos inerentes à UPC, tendo em consideração dois critérios gerais, a saber:

- **Preço Médio (PCM)** – Artigos com preço médio (superior a € 1.000)
- **Valor Líquido Atual (VARM)** – Artigos com maior valor líquido no total de existências (superior a € 5.000)

7. Armazém de Produtos Farmacêuticos

O Armazém de Produtos Farmacêuticos engloba a totalidade dos produtos farmacêuticos da instituição.

O inventário de *follow-up* relativo aos artigos à guarda do SFH na UPC decorreu no dia 22 de março de 2019. Para o processo de contagem física dos produtos no Armazém Geral, foram

alocados alguns colaboradores do SFH, ao contrário do que aconteceu com a contagem na UPC.

As áreas auditadas encontravam-se arrumadas, reflexo de uma gestão otimizada do espaço disponível que, apesar de pouco, é o possível.

A localização do mesmo artigo estava, em alguns casos, dispersa por mais do que um local do armazém, factor compreensível atendendo à limitação de espaço no serviço. A multi-localização de alguns itens, não levantou qualquer tipo de constrangimento à total inventariação e contagem de artigos em *stock*.

Os diferentes artigos estavam corretamente identificados, por etiquetas nas prateleiras e gavetas, que apresentavam o nome do fármaco, a sua dosagem e o respectivo código numérico e de barras.

Findas as contagens, existia evidência física de que as mesmas haviam sido realizadas. As boas práticas recomendam que este procedimento seja utilizado e implementado de forma consistente. Durante a contagem, a equipa demonstrou sempre segurança relativamente ao que já havia sido escrutinado.

Pela listagem retirada do *software*, os Serviços Farmacêuticos tinham em *stock* no seu Armazém Geral 89 artigos utilizados na UPC no valor de € 377.829,53. Por sua vez, na UPC estavam em *stock* os mesmos 89 artigos no valor de € 275.598,12, completando assim um valor total de *stock* de € 653.427,65.

	Valor Total de <i>Stock</i>	Nº. de Artigos em <i>Stock</i>
Armazém Geral	€ 377.829,53	89
UPC	€ 275.598,12	89
Total	€ 653.427,65	89

Tabela 1 – Relação de itens e valores presentes no *software*

Os artigos conferidos encontram-se elencados nas tabelas seguintes, associando a cada um deles a quantidade em *stock* registada no sistema informático e a confirmada; o valor total do artigo em *stock* e o confirmado; o preço unitário do artigo; e as diferenças apuradas.

Relatório de Estágio – IPOCFG, EPE – Serviço de Auditoria Interna

Cód. Artigo	Designação Artigo	Unidade	Quant. Inicial	Quant. Contada	Diferença de Quant.
113608150	DEXAMETASONA (FOSFATO) 5MG/ML INJ IV/IM	AMPOLA	15	15	0
113612200	DENOSUMAB 120 MG, INJ SC	FRASCO AMPOLA	1	1	0
116804017	AZACITIDINA 100MG/INJ.*	FRASCO AMPOLA	10	10	0
116804020	BENDAMUSTINA 100 MG, INJ IV*	FRASCO AMPOLA	5	5	0
116804021	DOXORUBICINA 50 MG/25ML, IV (SOL. PRONTA)	AMPOLA	45	45	0
116804025	DOXORRUBICINA LIPOSOMICA 20 MG ,INJ *	FRASCO AMPOLA	12	12	0
116804030	DOXORRUBICINA LIPOSOMICA 50 MG, INJ *	FRASCO AMPOLA	6	6	0
116804080	BLEOMICINA 15000 UI, AMP.	AMPOLA	10	10	0
116804090	BORTEZOMIB 3,5 MG INJ IV *	FRASCO AMPOLA	5	5	0
116804100	CABAZITAXEL 60 MG/1,5 ML IV*	FRASCO AMPOLA	3	3	0
116804135	CARBOPLATINA I.V. 450 MG, INJ IV	AMPOLA	42	42	0
116804142	CARFILZOMIB 10 MG, INJ IV*	FRASCO AMPOLA	2	2	0
116804143	CARFILZOMIB 30 MG, INJ IV*	FRASCO AMPOLA	2	2	0
116804144	CARFILZOMIB 60 MG, INJ IV*	FRASCO AMPOLA	2	2	0
116804220	CICLOFOSFAMIDA 500 MG INJ IV	AMPOLA	5	5	0
116804240	CICLOFOSFAMIDA 1 GR INJ IV	AMPOLA	38	38	0
116804280	CISPLATINA 50 MG/50ML INJ IV	AMPOLA	55	55	0
116804305	CITARABINA 2 GR/20ML, FR/AMP	FRASCO	8	8	0
116804364	DACARBAZINA 500 MG IV	FRASCO AMPOLA	10	10	0
116804410	DOCETAXEL 80 MG, AMP	AMPOLA	0	0	0
116804415	DOCETAXEL 160 MG, INJ	FRASCO AMPOLA	28	28	0
116804445	EPIRRUBICINA 50MG I.V.	AMPOLA	0	0	0
116804447	EPIRRUBICINA 200MG, INJ	FRASCO	15	15	0
116804460	ETOPOSIDO 100MG/5ML INJ IV	AMPOLA	28	28	0
116804487	FLUOR-URACILO 5 GR/100ML, FRS/AMP	FRASCO AMPOLA	89	89	0
116804488	FLUOR-URACILO 2,5 GR, INJ	FRASCO AMPOLA	0	0	0
116804545	FLUDARABINA 50 MG ,INJ	AMPOLA	1	1	0
116804556	GEMCITABINA 1 GR, PÓ P/ INJ	AMPOLA	35	35	0
116804570	IFOSFAMIDA 1 GR, AMP.	AMPOLA	6	6	0

Relatório de Estágio – IPOCFG, EPE – Serviço de Auditoria Interna

Cód. Artigo	Designação Artigo	Unidade	Quant. Inicial	Quant. Contada	Diferença de Quant.
116804580	IFOSFAMIDA 2 GR, AMP.	AMPOLA	7	7	0
116804630	IRINOTECANO 500 MG, INJ	FRASCO AMPOLA	43	43	0
116804650	LOMUSTINA 40 MG CAPS.	CAPSULA	23	23	0
116804720	METOTREXATO 25mg/ml, frs 2 ml SOL INJ	AMPOLA	8	8	0
116804735	METOTREXATO 1 GR ,INJ	FRASCO	10	10	0
116804780	MITOMICINA 10 MG	AMPOLA	2	2	0
116804785	MITOMICINA 40 MG	FRASCO AMPOLA	9	9	0
116804800	MITOXANTRONA 20MG/10ML, FR/AMP	AMPOLA	3	3	0
116804815	OXALIPLATINA 5mg/ml, frs 20 ml CONC P/ SOL P/ PERF	AMPOLA	46	46	0
116804822	PACLITAXEL-ALBUMINA 100 MG, INJ*	FRASCO AMPOLA	8	8	0
116804827	PACLITAXEL 300 MG, AMP	AMPOLA	39	39	0
116804828	PEMETREXED 500 MG INJ *	FRASCO AMPOLA	10	10	0
116804829	PEMETREXED 100 MG INJ*	FRASCO AMPOLA	19	19	0
116804855	TEMSIROLIMUS 30 mg, INJ *	FRASCO AMPOLA	1	1	0
116804870	TOPOTECANO 4 MG, IV	FRASCO AMPOLA	4	4	0
116804910	TRABECTEDINA 1MG IV *	FRASCO AMPOLA	2	2	0
116804940	VIMBLASTINA 10MG/10ML, AMP.	AMPOLA	8	8	0
116804965	VINCISTINA 2 MG<->2ML, AMP.	AMPOLA	11	11	0
116804986	VINORELBINA 50 MG/5ML, FR/AMP.	AMPOLA	7	7	0
116804987	VINORELBINA 20 MG, CAPS	CAPSULA	26	26	0
116804988	VINORELBINA 30 MG, CAPS	CAPSULA	16	16	0
116812200	BEVACIZUMAB 100 MG INJ IV*	AMPOLA	19	19	0
116812205	BEVACIZUMAB 400 MG INJ IV*	AMPOLA	13	13	0
116812250	BRENTUXMAB VEDOTINA, 50 MG INJ*	FRASCO AMPOLA	0	0	0
116812305	CETUXIMAB 100 MG/ 20 ML, INJ *	FRASCO	162	162	0
116812400	DARATUMUMAB 20 MG/ML, AMP 20 ML, INJ*	FRASCO AMPOLA	3	3	0
116812410	DARATUMUMAB 20 MG/ML, AMP 5 ML, INJ*	FRASCO AMPOLA	3	3	0
116812690	NIVOLUMAB 100 MG/10 ML, INJ IV*	FRASCO AMPOLA	10	10	0
116812692	NIVOLUMAB 40 MG/ 4 ML, INJ*	FRASCO AMPOLA	13	13	0
116812695	OBINUTUZUMAB 1000 MG INJ*	FRASCO AMPOLA	1	1	0
116812697	OLARATUMAB 500 MG/ 50 ML, INJ IV*	FRASCO AMPOLA	0	0	0
116812700	PANITUMUMAB 100 MG/5ML, INJ*	FRASCO AMPOLA	3	3	0
116812702	PANITUMUMAB 400MG/20ML, INJ*	FRASCO AMPOLA	1	1	0
116812703	PEMBROLIZUMAB 50 MG INJ IV*	FRASCO AMPOLA	0	0	0
116812704	PEMBROLIZUMAB 100 MG INJ IV*	FRASCO AMPOLA	7	7	0
116812705	PERTUZUMAB 420 MG, IV *	FRASCO AMPOLA	7	7	0
116812800	RITUXIMAB 100 MG/10 ML, INJ *	AMPOLA	16	16	0
116812801	RITUXIMAB 500 MG/50 ML, INJ *	FRASCO	9	9	0
116812802	RITUXIMAB 120 MG/ML, INJ SC*	FRASCO AMPOLA	10	10	0
116812860	TRASTUZUMAB 150 MG INJ *	AMPOLA	41	41	0
116812862	TRASTUZUMAB 600 MG/5ML, INJ SC*	FRASCO AMPOLA	44	44	0
116812865	TRASTUZUMAB EMTANSINA 100 MG, INJ IV*	FRASCO AMPOLA	3	3	0
116812866	TRASTUZUMAB EMTANSINA 160 MG INJ IV*	FRASCO AMPOLA	0	0	0
117204430	FOLINATO DE CALCIO 300 MG INJ IV/IM	AMPOLA	0	0	0
117204435	FOLINATO DE CALCIO 350 MG AMP	FRASCO AMPOLA	152	152	0
117204500	MESNA 400 MG	AMPOLA	47	47	0
TOTAL					

Tabela 2 – Dados UPC

Relatório de Estágio – IPOCFG, EPE – Serviço de Auditoria Interna

Cód. Artigo	Designação Artigo	Unidade	Quant. Inicial	Quant. Contada	Diferença de Quant.
116804017	AZACITIDINA 100MG/INJ.*	FRASCO AMPOLA	2	2	
116804020	BENDAMUSTINA 100 MG, INJ IV*	FRASCO AMPOLA	8	8	
116804021	DOXORUBICINA 50 MG/25ML, IV (SOL. PRONTA)	AMPOLA	111	111	
116804025	DOXORRUBICINA LIPOSOMICA 20 MG ,INJ *	FRASCO AMPOLA	36	36	
116804030	DOXORRUBICINA LIPOSOMICA 50 MG, INJ *	FRASCO AMPOLA	2	2	
116804080	BLEOMICINA 15000 UI, AMP.	AMPOLA	51	51	
116804090	BORTEZOMIB 3,5 MG INJ IV *	FRASCO AMPOLA	9	8	-1
116804100	CABAZITAXEL 60 MG/1,5 ML IV*	FRASCO AMPOLA	1	1	
116804135	CARBOPLATINA I.V. 450 MG, INJ IV	AMPOLA	84	84	
116804142	CARFILZOMIB 10 MG, INJ IV*	FRASCO AMPOLA	2	2	
116804143	CARFILZOMIB 30 MG, INJ IV*	FRASCO AMPOLA	2	2	
116804144	CARFILZOMIB 60 MG, INJ IV*	FRASCO AMPOLA	2	2	
116804220	CICLOFOSFAMIDA 500 MG INJ IV	AMPOLA	23	23	
116804240	CICLOFOSFAMIDA 1 GR INJ IV	AMPOLA	152	152	
116804280	CISPLATINA 50 MG/50ML INJ IV	AMPOLA	155	155	
116804300	CITARABINA 100MG/5ML, FR/AMP	AMPOLA	0	0	
116804305	CITARABINA 2 GR/20ML, FR/AMP	FRASCO	9	9	
116804360	DACARBAZINA 200 MG, AMP.	AMPOLA	0	0	
116804364	DACARBAZINA 500 MG IV	FRASCO AMPOLA	14	14	
116804365	DACARBAZINA 600 MG, AMP.	FRASCO AMPOLA	0	0	
116804380	DACTINOMICINA 0,5 MG, AMP.	AMPOLA	0	0	
116804412	DOCETAXEL 140 MG, INJ	AMPOLA	0	0	
116804415	DOCETAXEL 160 MG, INJ	FRASCO AMPOLA	5	5	
116804430	ERIBULINA 0,88 MG/2 ML*	FRASCO	4	4	
116804447	EPIRRUBICINA 200MG, INJ	FRASCO	22	22	
116804460	ETOPOSIDO 100MG/5ML INJ IV	AMPOLA	86	86	
116804487	FLUOR-URACILO 5 GR/100ML, FRS/AMP	FRASCO AMPOLA	382	382	
116804545	FLUDARABINA 50 MG ,INJ	AMPOLA	5	5	
116804550	FOTEMUSTINA 208 MG, INJ *	AMPOLA	0	0	
116804556	GEMCITABINA 1 GR, PÓ P/ INJ	AMPOLA	123	123	
116804570	IFOSFAMIDA 1 GR, AMP.	AMPOLA	19	19	
116804580	IFOSFAMIDA 2 GR, AMP.	AMPOLA	21	21	
116804630	IRINOTECANO 500 MG, INJ	FRASCO AMPOLA	111	111	
116804720	METOTREXATO 25mg/ml, frs 2 ml SOL INJ	AMPOLA	45	45	
116804730	METOTREXATO 500 MG, INJ.	FRASCO	0	0	
116804735	METOTREXATO 1 GR ,INJ	FRASCO	17	17	
116804780	MITOMICINA 10 MG	AMPOLA	0	0	
116804785	MITOMICINA 40 MG	FRASCO AMPOLA	25	25	
116804800	MITOXANTRONA 20MG/10ML, FRS/AMP	AMPOLA	2	2	
116804815	OXALIPLATINA 5mg/ml, frs 20 ml CONC P/ SOL P/ PERF	AMPOLA	81	81	
116804822	PACLITAXEL-ALBUMINA 100 MG, INJ*	FRASCO AMPOLA	11	15	4
116804827	PACLITAXEL 300 MG, AMP	AMPOLA	85	85	
116804828	PEMETREXED 500 MG INJ *	FRASCO AMPOLA	17	17	
116804829	PEMETREXED 100 MG INJ*	FRASCO AMPOLA	14	14	
116804830	RALTITREXED 2 MG, INJ *	FRASCO AMPOLA	0	0	
116804855	TEMSIROLIMUS 30 mg, INJ *	FRASCO AMPOLA	0	0	
116804870	TOPOTECANO 4 MG, IV	FRASCO AMPOLA	9	9	
116804905	TRABECTEDINA 0,25 MG IV*	FRASCO AMPOLA	0	0	
116804910	TRABECTEDINA 1MG IV *	FRASCO AMPOLA	2	2	
116804940	VIMBLASTINA 10MG/10ML, AMP.	AMPOLA	5	5	
116804965	VINCRISTINA 2 MG<->2ML, AMP.	AMPOLA	29	29	
116804986	VINORELBINA 50 MG/5ML, FR/AMP.	AMPOLA	25	25	
116804987	VINORELBINA 20 MG, CAPS	CAPSULA	76	76	
116804988	VINORELBINA 30 MG, CAPS	CAPSULA	83	83	
116812200	BEVACIZUMAB 100 MG INJ IV*	AMPOLA	9	9	

Relatório de Estágio – IPOCFG, EPE – Serviço de Auditoria Interna

Cód. Artigo	Designação Artigo	Unidade	Quant. Inicial	Quant. Contada	Diferença de Quant.
116812205	BEVACIZUMAB 400 MG INJ IV*	AMPOLA	35	24	-11
116812250	BRENTUXIMAB VEDOTINA, 50 MG INJ*	FRASCO AMPOLA	0	0	
116812305	CETUXIMAB 100 MG/ 20 ML, INJ *	FRASCO	35	35	
116812400	DARATUMUMAB 20 MG/ML, AMP 20 ML, INJ*	FRASCO AMPOLA	3	3	
116812410	DARATUMUMAB 20 MG/ML, AMP 5 ML, INJ*	FRASCO AMPOLA	3	3	
116812600	IPILIMUMAB 50 MG/10 ML, IV*	FRASCO AMPOLA	1	1	
116812602	IPILIMUMAB 200 MG/40 ML, IV*	FRASCO AMPOLA	1	1	
116812690	NIVOLUMAB 100 MG/10 ML, INJ IV*	FRASCO AMPOLA	5	5	
116812692	NIVOLUMAB 40 MG/ 4 ML, INJ*	FRASCO AMPOLA	18	18	
116812695	OBINUTUZUMAB 1000 MG INJ*	FRASCO AMPOLA	0	0	
116812697	OLARATUMAB 500 MG/ 50 ML, INJ IV*	FRASCO AMPOLA	2	2	
116812700	PANITUMUMAB 100 MG/5ML, INJ*	FRASCO AMPOLA	0	0	
116812702	PANITUMUMAB 400MG/20ML, INJ*	FRASCO AMPOLA	0	0	
116812703	PEMBROLIZUMAB 50 MG INJ IV*	FRASCO AMPOLA	0	0	
116812704	PEMBROLIZUMAB 100 MG INJ IV*	FRASCO AMPOLA	10	10	
116812705	PERTUZUMAB 420 MG, IV *	FRASCO AMPOLA	18	18	
116812780	RAMUCIRUMAB 10MG/ML, FRS 10 ML, IV*	FRASCO AMPOLA	2	2	
116812785	RAMUCIRUMAB 10MG/ML, FRS 50 ML, IV*	FRASCO AMPOLA	1	1	
116812800	RITUXIMAB 100 MG/10 ML, INJ *	AMPOLA	22	22	
116812801	RITUXIMAB 500 MG/50 ML, INJ *	FRASCO	8	8	
116812802	RITUXIMAB 120 MG/ML, INJ SC*	FRASCO AMPOLA	21	27	6
116812860	TRASTUZUMAB 150 MG INJ *	AMPOLA	60	60	
116812862	TRASTUZUMAB 600 MG/5ML, INJ SC*	FRASCO AMPOLA	36	36	
116812865	TRASTUZUMAB EMTANSINA 100 MG, INJ IV*	FRASCO AMPOLA	15	15	
116812866	TRASTUZUMAB EMTANSINA 160 MG INJ IV*	FRASCO AMPOLA	0	0	
117204430	FOLINATO DE CALCIO 300 MG INJ IV/IM	AMPOLA	0	0	
117204435	FOLINATO DE CALCIO 350 MG AMP	FRASCO AMPOLA	350	350	
117204500	MESNA 400 MG	AMPOLA	147	147	
TOTAL					

Tabela 3 – Dados Armazém Geral

Após a análise das tabelas acima apresentadas, podemos verificar que na UPC não se registou nenhuma diferença entre as quantidades apresentadas pelo sistema informático e as apuradas durante a auditoria. O mesmo não acontece no caso do Armazém Geral, uma vez que foram registadas quatro quantidades divergentes.

Os valores apurados de perdas e ganhos, decorrentes da diferença entre as quantidades verificadas no Armazém Geral e as indicadas pelo *software*, traduzem-se num valor negativo de € - 1864,49.

8. Valor Auditado

Os valores respeitantes ao universo auditado, correspondente ao total dos fármacos utilizados na UPC do IPOCFG eram os seguintes:

Valor em <i>stock</i>	Total de artigos	Valor auditado	N.º de artigos na amostra
€ 653.427,65	89	€ 651.563,16	89

Tabela 4 – Valor Auditado

Deverá ser produzido um relatório a comunicar as perdas e ganhos verificados.

Coimbra, XX de X de 2019

João André Viana de Lemos Matos Santos

APÊNDICE 2. Relatório da Auditoria aos Tempos de Faturação e ao cumprimento da LCPA

1. Sumário Executivo

No âmbito do Plano de Atividades da Inspeção-Geral das Atividades em Saúde (IGAS) para o ano de 2018, o Serviço de Auditoria Interna do Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, E.P.E. (IPOCFG, E.P.E.) realizou uma auditoria ao Tempo de Faturação e ao cumprimento da Lei dos Compromissos e dos Pagamentos em Atraso (LCPA), tomando como referência os anos de 2017 e 2018.

2. Enquadramento da ação

(âmbito, objetivos, metodologia e condicionantes)

(universo, amostra e valor controlado)

O Plano de Atividades da Inspeção-Geral das Atividades em Saúde (IGAS) para o ano de 2018, instituiu a realização de duas auditorias a executar em hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS), enquadradas na área da Gestão Financeira e no tema Gestão Orçamental.

A realização da auditoria teve como objetivo a verificação do Tempo de Faturação e o cumprimento da Lei dos Compromissos e dos Pagamentos em Atraso (LCPA). Os processos auditáveis recaíram sobre a despesa com medicamentos e dispositivos médicos, sendo estes selecionados em função da materialidade.

Para o efeito procedeu-se ao preenchimento dos papéis de trabalho, PT1-Matriz de Questões e PT2-Mapa de Recolha de Informação. As técnicas de auditoria utilizadas envolveram a recolha de informação em suporte digital e documental, a realização de testes e a verificação da existência de procedimentos.

Em termos de comparabilidade da informação nos anos de 2017 e 2018, existe uma condicionante, que se prende com o facto de ter existido uma alteração, quer de programa, quer de plano contabilístico, com a mudança do Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde (POCMS) para o Sistema de Normalização Contabilística para as Administrações Públicas (SNC-AP).

Pela listagem cedida pelo Serviço de Aprovisionamento em maio de 2019, nos anos de 2017 e 2018 o número de procedimentos ascendia a 476 e 492 respetivamente, no valor de 18.470.842,34 € e 21.610.271,50 €. A amostra selecionada contém 5 procedimentos de 2017 no valor de 3.734.062,28 € e 9 procedimentos de 2018 no valor de 5.200.411,06 €. O valor efetivamente controlado, através das faturas presentes nos procedimentos selecionados, é de 1.979.796,13 € em 299 faturas de 2017 e de 1.850.987,49 € em 58 faturas de 2018.

3. Caracterização institucional da entidade

(caracterização da entidade e dos serviços intervenientes na temática da ação)

O Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, E.P.E. (IPOCFG, E.P.E.) é uma unidade hospitalar que integra a rede de prestação de cuidados de saúde do Serviço

Nacional de Saúde e a plataforma de tipo A da rede de referência hospitalar de oncologia, o que lhe atribui responsabilidades de topo no diagnóstico e tratamento da doença oncológica em toda a Região Centro.

No decorrer desta auditoria, foi necessária a cooperação entre o Serviço de Auditoria Interna e outros serviços, nomeadamente o Serviço de Gestão Financeira e o Serviço de Aprovisionamento.

O Serviço de Gestão Financeira tem por missão apoiar o Conselho de Administração na formulação da política de gestão financeira, executar os planos financeiros e de tesouraria aprovados e produzir a informação de natureza orçamental, financeira e contabilística do IPOCFG, E.P.E. A este serviço compete:

Participar na elaboração do orçamento e acompanhar a sua execução;

Proceder à cabimentação das despesas;

Assegurar o registo contabilístico dos dados patrimoniais e de caixa;

Proceder à faturação;

Elaborar a informação económica e financeira para os fins internos e externos;

Dar cumprimento às obrigações fiscais do IPOCFG, E.P.E.;

Gerir a tesouraria, procedendo a recebimentos e pagamentos e aplicando os saldos disponíveis, nos termos das orientações do órgão de gestão;

Manter atualizada a contabilidade analítica, no âmbito da imputação direta de custos;

Analisar, através da gestão de imobilizado, a inventariação, amortização e reintegração do imobilizado e sua permanente atualização;

Realizar operações de encerramento de contas.

O Serviço de Aprovisionamento, apesar de não ser um serviço com intervenção direta nos cuidados de saúde prestados pelo IPOCFG, E.P.E., é responsável pelo garante da disponibilidade de materiais e/ou equipamentos necessários para a boa prestação dos referidos cuidados. Este serviço tem, como principal função, o estabelecimento de contactos com o mercado fornecedor para a aquisição de bens e serviços. Tudo o que respeita à organização de processos de compras e sua tramitação, até à aquisição, passa pelo Serviço de Aprovisionamento.

4. Resultados da ação

4.1. Situação económico-financeira

Objetivos:

Analisar a situação económico-financeira da entidade (incluindo análise de indicadores)

Suportes:

Balanço de 2017 e 2018

Demonstração de resultados de 2017 e 2018

Balancete consolidado-fim do exercício económico de 2017 e 2018

Testes:

Verificar a existência de diferenças de valores nos vários reportes de informação contabilística

4.2. Dívidas a terceiros

Objetivos:

Aferir a evolução da dívida e caracterizar os fatores que influenciaram a sua variação

Suportes:

Balancete consolidado-fim do exercício económico de 2017 e 2018

Valores inscritos nas contas do POCMS (221, 228, 229, 23, 2688, 2689) ou contas equivalentes SNC-AP (22.1, 22.5, 22.89, 27.8.9.2.9.).

Testes:

Evolução da dívida

Evolução dos pagamentos em atraso

Quantificar os encargos financeiros em resultado das dívidas vencidas

Comparar as datas de faturas com as datas dos registos nos sistemas informáticos e com a existência do produto

Quantificar e valorizar o nº de faturas em receção e conferência

Quantificar e valorizar as faturas entradas sem registo do mesmo

4.3. Tempos de faturação/prazos médios de pagamento

Objetivos:

Verificar a existência de eventual despesa escondida traduzida em faturação atrasada ou não faturação e aferir se a informação espelha os factos patrimoniais da entidade

Suportes:

Mapa da dívida desagregada por conta do POCMS da entidade- ano de 2017 e 2018

Balancete consolidado da entidade-fim do exercício económico de 2017 e 2018

Mapa das dívidas a fornecedores, por natureza do bem e antiguidade –anos de 2017 e 2018

Testes:

Mensurar o tempo PMP

Comparar os prazos de pagamentos nas faturas e os registados nos sistemas informáticos

Circularização de fornecedores

4.4. Compromissos e pagamentos em atraso

Objetivos:

Verificar o cumprimento da LCPA

Suportes:

Mapa de fundos disponíveis

Mapa de compromissos

Processos de aquisição

NE, faturas

Testes:

Verificar o circuito da despesa e controlo da sua execução em conformidade com as regras da LEO e LCPA

Verificar a sequência cronológica cabimento-compromisso-NE-fatura;

Verificar, quantificar e valorizar notas de encomenda satisfeitas sem fatura.

5. Constatções e Recomendações

Constatações	Recomendações
C1 - O IPOCFG, E.P.E. não dispõe de fundos próprios adequados ao normal funcionamento da sua atividade.	R1 - Contribuir para que o orçamento seja adequado e equilibrado ao normal funcionamento da atividade.
C2 - Alguns dos procedimentos selecionados não contêm comprovativo de cabimento.	R2 - Instituir normativos escritos que definam regras de organização e de elementos a reunirem nas pastas dos procedimentos.
C3 - Ao conferir documentos, os colaboradores não colocam o número mecanográfico junto à rubrica/assinatura, o que por vezes dificulta a identificação de quem confere.	R3 - Estabelecer regras para a conferência de faturas.
C4 - Alguns dos procedimentos não evidenciam o número do contrato.	R4 - Criar normativos escritos que definam regras de organização e de elementos a reunirem nas pastas dos procedimentos.
C5 - Um dos procedimentos não contém a respetiva fatura.	R5 - Criar normativos escritos que definam regras de organização e de elementos a reunirem nas pastas dos procedimentos.
C6 - Na amostra selecionada foi encontrada uma fatura da qual não existem registos no Serviço de Gestão Financeira	R6 - Avaliar a situação em que se encontra esta fatura.
C7 - Existe um procedimento que não contém a informação para o preenchimento dos papéis de trabalho.	R7 - Criar normativos escritos que definam regras de organização e de elementos a reunirem nas pastas dos procedimentos.