



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

Ricardo Miguel Teixeira dos Santos

**Relatório de Estágio no Serviço de Auditoria Interna do IPO-
Porto,EPE**

Relatório de Estágio no Serviço de Auditoria Interna do IPO-Porto, EPE

Ricardo Miguel Teixeira dos Santos

ISCAC | 2019

Coimbra, outubro de 2019



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

Ricardo Miguel Teixeira dos Santos

**Relatório de Estágio no Serviço de Auditoria Interna
do IPO-Porto, EPE**

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 Georgina Morais e supervisão de Sónia Cruz.

Coimbra, outubro de 2019

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Declaro ser o autor 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.

AGRADECIMENTOS

Este relatório representa o culminar de mais uma etapa à qual me propus e não teria sido possível sem o apoio, motivação e incentivo de várias pessoas, das quais destaco os meus pais. Em primeiro lugar quero agradecer aos docentes do Instituto Superior de Contabilidade e Administração de Coimbra – Coimbra Business School, que contribuíram para a minha formação, em particular à minha orientadora de estágio, Dra. Georgina Morais que me proporcionou um estágio em auditoria interna numa excelente instituição pública, o Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE pela sua disponibilidade, compreensão e grande profissionalismo evidenciado.

Quero também agradecer ao IPO-Porto,EPE em concreto à minha supervisora, Dra. Sónia Cruz, o meu sincero obrigado pela oportunidade de estagiar no serviço de auditoria interna, por todos os conhecimentos e ensinamentos transmitidos e pelos conselhos dados, pelo bom ambiente de trabalho e pela oportunidade de poder lidar com a excelente profissional que é. Não posso deixar de agradecer também à Dra. Marta Pinho, o meu muito obrigado a ambas, foi um privilégio.

Foram dois anos de dedicação, esforço, ambição em busca da obtenção do grau de Mestre em Auditoria Empresarial e Pública.

A todos o meu muito e sincero obrigado!

RESUMO

O presente relatório tem por base o estágio curricular realizado no Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE, no Serviço de Auditoria Interna, com o objetivo de obtenção do grau de Mestre no âmbito do Mestrado em Auditoria Empresarial e Pública do Instituto Superior de Contabilidade e Administração de Coimbra. O relatório pretendeu expor um enquadramento teórico da Auditoria Interna, Controlo Interno e Gestão do Risco, fazer a sua interligação com os Hospitais EPE e explanar as principais atividades desenvolvidas como estagiário. A Auditoria Interna é uma atividade independente, destinada a acrescentar valor às Organizações, com o objetivo de apoiar a gestão na concretização dos seus objetivos, garantindo que os recursos estão a ser utilizados e aplicados de forma eficiente e eficaz para que os mesmos sejam alcançados.

A Auditoria Interna nos hospitais tem-se destacado também como um instrumento de controlo adequado e eficiente para fazer face às necessidades da gestão e responder às solicitações em ambiente hospitalar, na qual deverá dar apoio na identificação e avaliação às exposições significativas ao risco, no estabelecimento de controlos efetivos e na proposta de recomendações para a melhoria do processo de *governance*.

O IPO-Porto, EPE tem como principal missão a prestação de cuidados de saúde hospitalares oncológicos à população, com a máxima qualidade, humanismo e eficiência. Faz parte ainda da sua missão desenvolver atividades de investigação, formação e ensino no domínio da Oncologia, tendo como visão ver o doente oncológico como um doente crónico, sem estigmas e com qualidade de vida. Como apoio à gestão, tem o Serviço de Auditoria Interna composto atualmente por dois elementos, tendo proporcionado um excelente estágio e uma enriquecedora experiência.

Palavras-chave: Auditoria Interna, Controlo Interno, Hospitais EPE, Auditoria Interna no Serviço Nacional de Saúde.

ABSTRACT

This report is based on the curricular internship held at the Portuguese Institute of Oncology of Porto Francisco Gentil, EPE, at the Internal Audit Service, with the objective of obtaining the Master's degree in the Master's degree in Business and Public Auditing of the Instituto Superior de Contabilidade e Administração de Coimbra. The report aimed to expose a theoretical framework of Internal Audit, Internal Control and Risk Management, interconnect with EPE Hospitals and explain the main activities developed as an intern. Internal Audit is an independent activity designed to add value to organizations, with the aim of supporting management in achieving its objectives, ensuring that resources are being used and applied efficiently and effectively to achieve them.

Internal Audit in hospitals has also stood out as an appropriate and efficient control tool to meet management needs and respond to requests in a hospital environment, which should assist in identifying and assessing significant risk exposures in the establishment. effective controls and in proposing recommendations for improving the governance process.

IPO-Porto, EPE's main mission is to provide oncological hospital health care to the population, with the highest quality, humanism and efficiency. It is also part of its mission to develop research, training and teaching activities in the field of Oncology, with the vision of seeing the cancer patient as a chronic patient, without stigmas and with quality of life. In support of management, the Internal Audit Service currently consists of two elements, having provided an excellent internship and an enriching experience.

Keywords: Internal Audit, Internal Control, EPE Hospitals, Internal Audit at the National Health Service.

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	1
1 AUDITORIA INTERNA.....	3
1.1 A evolução da Auditoria Interna	3
1.2 Conceitos de Auditoria Interna	4
1.3 Objetivos e funções da Auditoria Interna.....	6
1.4 A função de Auditoria Interna e o <i>compliance</i>	7
1.5 Departamento de Auditoria Interna.....	9
1.6 A Auditoria Interna e Externa	11
1.7 A cooperação entre auditores internos e externos.....	12
1.8 Princípios orientadores e fundamentais para a prática da Auditoria Interna ...	14
1.9 Normas para a prática profissional de Auditoria Interna	17
1.10 Código de Ética	18
1.11 Independência do Auditor Interno.....	21
2 O CONTROLO INTERNO E A GESTÃO DO RISCO.....	24
2.1 Conceitos e objetivos do Controlo Interno.....	24
2.2 Tipos de Controlo.....	28
2.3 Os princípios básicos para um bom Sistema de Controlo Interno	28
2.4 Limitações do Controlo Interno	30
2.5 A gestão do risco	31
2.6 COSO-ERM	34
3 PLANO ANUAL DE AUDITORIA E AS FASES DO PROCESSO	38
3.1 O Plano Anual de Auditoria Interna.....	38
3.2 Fases do Processo de Auditoria.....	39

3.2.1	Planeamento	39
3.2.2	Execução	41
3.2.3	Comunicação dos resultados	47
3.2.4	Auditoria de <i>follow-up</i>	50
4	A AUDITORIA INTERNA NOS HOSPITAIS DO SNS	51
4.1	Enquadramento do SNS em Portugal.....	51
4.1.1	A evolução do Serviço Nacional de Saúde nas últimas décadas	51
4.2	O Ministério da Saúde, os Serviços e estabelecimentos do SNS.....	53
4.3	A Inspeção Geral das Atividades em Saúde – IGAS	54
4.4	A Administração Central do Sistema de Saúde – ACSS	55
4.5	A Auditoria Interna nos Hospitais EPE	56
4.5.1	Os Hospitais EPE no Serviço Nacional de Saúde.....	56
4.5.2	A Auditoria Interna e o Controlo Interno no SNS	58
5	APRESENTAÇÃO DA ENTIDADE ACOLHEDORA E O SEU SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA.....	62
5.1	Enquadramento histórico e institucional.....	62
5.2	Missão, Visão e Valores.....	67
5.3	O Serviço de Auditoria Interna no IPO.....	68
6	ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO ESTÁGIO	69
6.1	Duração do estágio, acolhimento e atividades realizadas	69
6.2	Auditoria ao Transporte de Doentes Não Urgentes em Ambulância.....	71
6.2.1	O Transporte de Doentes Não Urgentes	73
6.3	Relatório de Execução Financeira.....	83
6.4	Auditoria à Cobrança de Taxas Moderadoras	84
6.4.1	Regime das Taxas Moderadoras	86
	CONCLUSÃO	89

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	91
APÊNDICES	95
APÊNDICE 1. TÍTULO DO APÊNDICE 1.....	96
ANEXOS	97
ANEXO 1	98

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1.1 - Relação custo/benefício da AI	11
Quadro 1.2 - Diferenças entre auditoria interna e externa.....	13
Quadro 1.3 - Orientações obrigatórias e recomendadas.....	15
Quadro 1.4 - Código de Ética do IIA.....	19
Quadro 2.1 - Tipos de Controlos.....	28
Quadro 3.1 - Tipos de Prova.....	45
Quadro 3.2 - Tipos de Relatórios.....	49
Quadro 4.1 - A evolução do SNS.....	51
Quadro 5.1 - Principais acontecimentos históricos no IPO-Porto.....	62
Quadro 6.1 - Nível de Probabilidade e Impacto.....	72

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 2.1 - Matriz de Risco.....	33
Figura 2.2 - <i>Enterprise Risk Management- Integrated Framework</i>	34
Figura 3.1 - Etapas do Processo de Auditoria Interna.....	39

Lista de abreviaturas, acrónimos e siglas

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

AE - Auditoria Externa

AF - Auditoria Financeira

AI - Auditoria Interna

AICPA - *American Institute of Certified Public Accountants*

ASF - Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões

CA - Conselho de Administração

CCSA - *Certification in Control Self-Assessment*

CE - Código de Ética

CFSA - *Certification in Control Self-Assessment*

CGAP - *Certified Government Auditing Professional*

CI - Controlo Interno

CIA - *Certified Internal Auditor*

COSO - *Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission*

COSO ERM - *Enterprise Risk Management, Integrated Framework*

COSO-IC - *Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission
Internal Control*

CRMA - *Certification in Risk Management Assurance*

DAI - Departamento de Auditoria Interna

DGTF - Direção Geral do Tesouro e Finanças

DL - Decreto-lei

ECIIA - *European Confederation of Institutes of Internal Auditing*

EPE - Entidade Pública Empresarial

EPOP - Escola Portuguesa de Oncologia do Porto

GI - Guia de Implementação

IFAC - *International Federation of Accountants*

IGAS - Inspeção Geral das Atividades em Saúde

IGF - Inspeção Geral de Finanças

IIA - *The Institute of Internal Auditors*

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

IPAI - Instituto Português de Auditoria Interna

IPO - Instituto Português de Oncologia

IPPF - *International Professional Practices Framework*

IRM - *Institute of Risk Management*

ISA - *International Standard on Auditing*

ISF – Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões

MS - Ministério da Saúde

NA - Norma de Atributos

ND - Norma de Desempenho

PAA - Plano Anual de Auditoria

PAAI - Plano Anual de Auditoria Interna

PR- Prática Recomendada

RA - Risco de Auditoria

RC - Risco de Controlo

RD - Risco de Detecção

RDR - Risco de Distorção Relevante

RI - Risco Inerente

SAI - Serviço de Auditoria Interna

SANP – Serviço de Atendimento Não Programado

SCI - Sistema de Controlo Interno

SIAS - *Standards for the Professional Practice of Internal Auditing*

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SPMS - Serviços Partilhados do Ministério de Saúde

TC - Tribunal de Contas

TNUD - Transporte Não Urgente de Doentes

VTSD - Viatura de Transporte Simples de Doentes

INTRODUÇÃO

Desde a implementação do conceito de auditoria que as grandes Organizações começaram a utilizar os serviços de auditoria externa para garantir e assegurar a todos os utilizadores da informação de que esta representava de forma fiável as operações da Organização. Com o crescente desenvolvimento das Organizações e de forma a aumentar a confiança nas mesmas era necessário observar e acompanhar de mais perto as suas operações, para evitar que empregados, fornecedores e parceiros comerciais cometessem erros ou fraudes, como tal, foi necessário reunir recursos humanos da confiança da própria entidade para exercer funções de auditoria, os denominados auditores internos (Morais & Martins, 2013).

A Auditoria Interna fornece análises, recomendações e sugestões relativas às atividades examinadas, incluindo ainda a promoção de controlo interno eficaz a um custo razoável. O auditor deve revelar as fraquezas encontradas, determinar as causas, avaliar as consequências e encontrar soluções de modo a convencer os responsáveis a agir.

O presente relatório de estágio representa a etapa final do Mestrado em Auditoria Empresarial e Pública do Instituto Superior de Contabilidade e Administração de Coimbra. O estágio decorreu no Serviço de Auditoria Interna do Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE¹ (IPO-Porto, EPE), de fevereiro a julho de 2019. O estágio teve como intuito poder observar, aprender, aplicar conhecimentos e competências desenvolvidas ao longo da formação académica, assim como adquirir outras e integrar o dia-a-dia de trabalho do Serviço de Auditoria Interna da entidade acolhedora.

O relatório está dividido em seis grandes capítulos, onde primeiramente foi efetuado um enquadramento teórico, que inclui as principais áreas de aplicação que sustentaram o decorrer do estágio: Auditoria Interna, o Controlo Interno e a Gestão do Risco, e o Plano Anual de Auditoria e as Fases do Processo. Nos capítulos seguintes foi feito o enquadramento da Auditoria Interna nos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde Português, assim como, a apresentação da entidade acolhedora e o seu Serviço de Auditoria Interna, dando a conhecer um pouco a sua missão, visão e valores, as suas

¹ EPE - Entidades Públicas Empresariais, são as pessoas coletivas de direito público, com natureza empresarial, criadas pelo Estado para prossecução dos seus fins, segundo o art.º 56, Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro, alterado pela Lei n.º 75-A/2014, de 30 de setembro.

áreas de atuação e a sua forma de estar perante o utente oncológico. Por último, foram descritas as atividades desenvolvidas no decorrer do estágio, de frisar que das atividades desenvolvidas destaca-se a Auditoria ao Transporte de Doentes Não Urgentes em Ambulância, auditoria desenvolvida desde o seu planeamento à elaboração do relatório final.

1 AUDITORIA INTERNA

1.1 A evolução da Auditoria Interna

Segundo (Morais & Martins, 2013) os primeiros auditores internos surgiram há mais de setenta anos nos Estados Unidos da América. Desde a implementação do conceito de auditoria que as grandes Organizações começaram a utilizar os serviços de auditoria externa para garantir e assegurar a todos os utilizadores da informação de que esta representava de forma fiável as operações da Organização. Com o crescente desenvolvimento das Organizações e de forma a aumentar a confiança nas mesmas era necessário observar e acompanhar de mais perto as suas operações, para evitar que empregados, fornecedores e parceiros comerciais cometessem erros ou fraudes, como tal, foi necessário reunir recursos humanos da confiança da própria entidade para exercer funções de auditoria, os denominados auditores internos.

De acordo com (Morais & Martins, 2013), a imagem de auditor mais próxima daquela que hoje existe surgiu como consequência da Revolução Industrial, assim como do desenvolvimento das sociedades anónimas. Nesta época a atividade de auditoria limitava-se a ser um trabalho de vigilância, pois o seu objetivo era detetar erros, irregularidades e fraudes, através de uma análise detalhada das transações de uma qualquer organização. Em Portugal a Auditoria Interna (AI) é recente, pois o tecido empresarial português só nos últimos anos tem vindo a acompanhar as inovações operadas neste âmbito, adotando-as e ajustando-as conforme as suas possibilidades e consoante o entendimento da função de auditor interno por cada administração.

Em 1941 foi criada nos Estados Unidos da América, a organização mundial de auditores internos, designada por “*The Institute of Internal Auditors*” (IIA), responsável pela divulgação e promoção de melhores práticas de auditoria interna. Alguns anos depois, concretamente em 1947, o âmbito das auditorias foi alargado, passando não apenas a abranger as áreas económico-financeiras mas também as áreas operacionais. De acordo com (Marques, 1997) um grande passo para a consolidação da auditoria interna a nível mundial foi dado em 1978 com a aprovação dos *Standards for the Professional Practice of Internal Auditing* (SIAS) – normas orientadoras para o exercício da profissão de AI. Em 1982 surgiu na Europa o *European Confederation of Institutes of Internal Auditing* (ECIIA) que agrega os membros europeus.

Mais tarde em 1992, surgiu em Portugal o Instituto Português de Auditoria Interna (IPAI), associação profissional sem fins lucrativos de acordo com o artigo 1º do seu estatuto. A criação do IPAI deveu-se entre muitos outros motivos, à necessidade dos profissionais de AI portugueses poderem dispor de uma organização profissional que lhes desse apoio na sua formação como também na promoção de intercâmbio profissional com colegas de outros países. O lema do Instituto é “*Progress Through Sharing*” e com essa finalidade organiza anualmente em Portugal uma conferência sobre temas de AI e promove ou colabora em ações de formação. É ainda responsável pela introdução das normas de auditoria interna, emanadas pelo IIA que se encontram publicadas no *International Professional Practices Framework* (IPPF).

Tal como referem (Morais & Martins, 2013) 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*. Essa atualização originou um ajustamento no código de ética em 2000 e uma reforma das normas vigentes, quer em termos de estrutura quer de conteúdos, a partir de 2001. Mais tarde em 2008, o IIA publicou uma reformulação aprofundada das normas, que recentemente em 2017, foram revistas e atualizadas.

1.2 Conceitos de Auditoria Interna

A Auditoria Interna surge do conceito amplo de auditoria. Etimologicamente, a palavra auditoria tem origem no verbo latino *audire* que significa ouvir, criando a palavra auditor do latim *auditore*, sendo então o auditor reconhecido como aquele que ouve, o ouvinte.

O conceito de AI surgiu da necessidade por parte dos auditores em alargar horizontes, ou seja, passar de um papel de deteção de erros e fraudes para a prevenção dos mesmos. A AI deve ser vista como um instrumento que permite auxiliar a Organização na identificação dos riscos e em melhorar a sua gestão, ajudando os responsáveis a agir e a tomar decisões com maior segurança.

Auditoria é definida pela *International Federation of Accountants* (IFAC) 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.*”

Por sua vez, o (Tribunal de Contas, 1999) (TC), define auditoria como: *“Um exame ou verificação de uma dada matéria, tendente a analisar a conformidade da mesma com determinadas regras, realizando com observância de certos princípios, métodos e técnicas geralmente aceites, com vista a possibilitar ao auditor a formar uma opinião e emitir um parecer sobre a matéria analisada.”*

O conceito de AI tem vindo a evoluir ao longo dos anos, no que se refere a organismos internacionais, como o IIA, a atual definição é a seguinte: *“Auditoria Interna é uma atividade independente, de garantia e de consultoria, destinada a acrescentar valor e a melhorar as operações de uma organização. Assiste a organização na consecução dos seus objetivos, através de uma abordagem sistemática e disciplinada, para a avaliação e melhoria da eficácia dos processos de gestão de risco, controlo e governação”*

Por sua vez, o IPAI tem uma definição mais detalhada, define a AI como *“ ... uma atividade independente, de avaliação objetiva e de consultadoria, destinada a acrescentar valor e a melhorar as operações de uma organização. Assiste a organização na consecução dos seus objetivos, através de uma abordagem sistemática e disciplinada, na avaliação da eficácia dos processos de gestão do risco, de controlo e de governação.”*

A AI fornece análises, recomendações e sugestões relativas às atividades examinadas, incluindo ainda a promoção de controlo interno eficaz a um custo razoável. O auditor deve revelar as fraquezas encontradas, determinar as causas, avaliar as consequências e encontrar soluções de modo a convencer os responsáveis a agir. Tal como é referido por (Morais & Martins, 2013), *“A auditoria é o processo sistemático de objetivamente obter e avaliar prova acerca da correspondência entre informações, situações ou procedimentos e critérios preestabelecidos, assim como comunicar conclusões aos interessados.”*

Este conceito genérico utiliza as seguintes palavras-chave de acordo com (Morais & Martins, 2013):

- ✓ Processo sistemático consiste numa sequência de procedimentos lógicos, bem estruturados, organizados e planeados.
- ✓ Objetivamente consiste num processo com uma atitude objetiva, ou seja, sem preconceitos, com conclusões baseadas em procedimentos e também tem que ser

independente, isto é, as informações devem ser examinadas com total independência e isenção.

- ✓ A prova é a essência da auditoria, pois sem provas não se pode chegar a nenhuma conclusão acerca de aspetos negativos ou positivos, do que está mal ou bem numa qualquer organização.
- ✓ Correspondência é a informação qualitativa e ou quantitativa que se obtém através de situações ou procedimentos com critérios preestabelecidos.
- ✓ Critérios preestabelecidos referem-se a leis, regras, normas, regulamentos internos e externos, contratos e princípios corporativos.
- ✓ Comunicar consiste em divulgar e expressar com um certo grau de confiança as conclusões do trabalho realizado, através de um relatório escrito.
- ✓ Os interessados são todos aqueles que necessitam das informações fornecidas pelo auditor, quer seja interno ou externo à organização, tais como, os órgãos de gestão, os funcionários, os accionistas ou sócios, o Estado e o público em geral.

1.3 Objetivos e funções da Auditoria Interna

A Auditoria Interna tem como principal objetivo ser uma ferramenta de apoio à gestão que auxilie a Organização a alcançar os seus objetivos, servindo de assessor e consultor da mesma, na identificação dos riscos e propondo possíveis estratégias de ação que permitam às empresas melhorar o seu desempenho. Mais ainda, a AI serve para prestar auxílio à Organização no que diz respeito ao controlo do seu património, procurando reduzir a ineficiência, negligência, incapacidade, erros e fraudes, isto é, a AI procura acrescentar valor.

Segundo (Morais & Martins, 2013) são atribuições da atividade de AI:

- ✓ Examinar e apreciar a razoabilidade, a suficiência e aplicação dos controlos contabilísticos, financeiros, operacionais, processos e de gestão, promovendo um controlo eficaz a um custo razoável – relação custo/benefício, com base na avaliação do risco;
- ✓ Verificar até que ponto os ativos da entidade estão justificados e livres de ónus e se os processos de *governance* são adequados;
- ✓ Avaliar a qualidade e eficácia do trabalho desenvolvido pelos colaboradores;
- ✓ Recomendar melhorias ao sistema.

O serviço de AI e a respetiva equipa surge então para dar resposta a um conjunto de necessidades, tal como é tal como é citado por (Morais & Martins, 2013):

- Dar a conhecer à Administração se as metas planificadas estão a ser alcançadas;
- Dar a conhecer à Administração se os controlos internos implementados são suficientes para garantir a proteção dos ativos e a sua adequada utilização;
- Analisar de forma contínua e permanente se todas as transações registadas são as que se verificaram e estão registadas de acordo com os princípios contabilísticos em vigor;
- Saber se a informação que se utiliza, obtida através do sistema de informação da entidade é completa, precisa e fiável;
- Garantir à Administração que as políticas, procedimentos, planos e controlos estabelecidos são os adequados e foram colocados em prática;
- Garantir que a gestão de risco é adequada a fim de obter a consecução dos objetivos.

O auditor interno atua como “olhos” e “ouvidos” da Administração, verificando o controlo das operações, profunda e pormenorizadamente. O serviço de AI através de análises e recomendações é considerado um valioso contributo para a Organização. De acordo com (Morais & Martins, 2013), as funções da atividade de Auditoria Interna estão sujeitas à orientação das políticas estabelecidas pela Administração.

O propósito, a autoridade e a responsabilidade do serviço de AI devem ser definidos num documento formal, escrito e aprovado pela Administração, devendo este clarificar os objetivos da atividade de Auditoria, especificar o alcance ilimitado do seu trabalho e declarar que os auditores não têm autoridade ou responsabilidade pelas atividades que examinam.

1.4 A função de Auditoria Interna e o *compliance*

O *compliance* é uma realidade global sendo que a Organização e a estrutura da função de Auditoria Interna bem como as suas responsabilidades, devem ser consistentes com os requisitos legais e regulamentares locais, de acordo com (Morais & Martins ,2013).

São estratégias para o êxito de um *compliance* global:

- ✓ Cooperar com os organismos reguladores locais;
- ✓ Informar os reguladores sobre o negócio local e global;
- ✓ Conhecer profundamente o negócio a nível local, incluindo os pontos fracos;
- ✓ Avaliar se existe um adequado equilíbrio entre políticas globais e procedimentos locais de *compliance*;
 - ✓ Avaliar a eficácia e eficiência das funções de *compliance* a nível local e comparar com as melhores práticas globais;
 - ✓ Implementar uma boa comunicação;
 - ✓ Conhecer a concorrência.

A missão de *compliance* é assegurar a adequação, fortalecimento e o funcionamento do sistema de controlo interno da entidade, procurando minimizar os riscos de *compliance*, de acordo com a complexidade dos seus negócios, bem como difundir a cultura de controlo para assegurar o cumprimento de leis e regulamentos existentes, sendo o risco de *compliance* entendido como o decorrente de sanções legais ou regulamentares, de perda financeira ou de reputação que uma entidade pode sofrer como resultado do não cumprimento da aplicação de leis, regulamentos, código de conduta e das boas práticas, tal como especificam (Morais & Martins, 2013). Conclui-se que o principal objetivo de *compliance* é informar a gestão sobre a legislação aplicável, normas e regras, informar sobre as consequências e divulgar as melhores práticas.

A gestão de topo da Organização é responsável pela criação de uma função de *compliance* permanente e efetiva. A função deve estar claramente definida e formalizada, os seus objetivos devem ser quantificáveis a fim de se poder controlar e valorizar a sua evolução, deve ser independente e a equipa deve ter um perfil e a formação adequada. A função de *compliance* deve responsabilizar-se por:

- ✓ Instruir e mostrar à Organização os requisitos regulamentares e o respetivo impacto;
- ✓ Ajudar a Organização a desenvolver os seus próprios controlos e os procedimentos associados a estes;
- ✓ Pesquisar regularmente legislação aplicável às atividades da Organização no que se refere a *compliance* e a controlos internos;
- ✓ Controlar a eficácia dos controlos reportando os seus resultados e definindo as ações corretivas e identificando os pontos fracos;

✓ Realizar um acompanhamento da evolução das normas e manter boas relações com as entidades reguladoras.

Contudo, mais do que implementar um programa de *compliance* é fundamental avaliar se o programa:

- Está a funcionar;
- Tem os recursos adequados para a sua concretização;
- Inclui procedimentos eficazes de *reporting*;
- Adere às atribuições definidas no plano de auditoria.

1.5 Departamento de Auditoria Interna

Ao longo dos anos, a atividade de auditoria interna tem evoluído consideravelmente, tendo passado de um “rótulo” em que a finalidade era atuar na fiscalização do pessoal, para um órgão de assessoria com o objetivo de facilitar a avaliação das normas, políticas internas e a adequação dos controlos internos, assim como, identificar oportunidades de melhoria.

A preocupação com a gestão de riscos intensificou-se e tornou-se cada vez mais óbvia a necessidade de uma estratégia ou uma ferramenta sólida, capaz de identificar, avaliar e gerir riscos. A auditoria pode constituir um importante instrumento de apoio à gestão no processo de tomada de decisão, sendo evidente a necessidade da criação de um Departamento de Auditoria Interna (DAI) que possa assegurar o cumprimento das normas e o alcance dos objetivos estabelecidos pela administração.

Todavia, é muito importante que o órgão de gestão compreenda o papel do auditor interno e quais os benefícios que este instrumento de gestão lhes pode trazer. Assim, deve encarar o DAI como uma equipa de pessoas especializadas para prestar assistência à gerência, e não como um simples grupo de colaboradores. É importante também que perceba a finalidade da AI, deve compreender a rendibilidade e a economicidade que um serviço de AI pode oferecer a uma Organização.

Segundo (Morais & Martins, 2013), o tamanho da empresa, a sua complexidade e a transcendência económica dos resultados que se pretendem alcançar com a atividade de AI são fatores básicos a ponderar para a viabilidade deste departamento. Como consequência do desenvolvimento da entidade, os sistemas administrativos podem

complicar-se de tal modo que ponham em causa a adequação e eficácia dos mesmos. A distância entre o topo e níveis hierárquicos inferiores justifica o serviço de AI, pois há o risco de deturpação das informações transmitidas à Direção e de incompreensão das decisões da Direção.

Para se implementar um DAI deve-se ter em conta o seguinte, tendo em conta o critério da rendibilidade:

✓ **Estrutura da entidade** – quantos mais os níveis hierárquicos da estrutura organizacional, maior a distância entre o nível de direção e o executivo/operacional, mais difícil será a tomada de decisão.

✓ **Grau de organização** – o departamento de Auditoria Interna requer previamente um determinado grau de organização. Em primeiro lugar, deve-se estabelecer as normas de gestão para que se possam ajuizar ou avaliar os desvios na sua execução.

✓ **Dispersão ou concentração do capital** – a atividade de Auditoria Interna é menos solicitada quando o capital não está disperso, isto é, quando existem poucos proprietários. Os serviços de auditoria interna são mais solicitados quando o capital está repartido por vários detentores de capital, e mais usualmente quando existem filiais, permitindo que a empresa mãe exerça um maior controlo sobre as suas subsidiárias, atuando como uma espécie de Auditoria Externa do grupo.

Há que ter noção que, segundo (Rodrigues, 2014) a rendibilidade não é imediata nem facilmente quantificável nos primeiros anos do Serviço de Auditoria Interna, devendo por isso ser adotada uma atitude de consciencialização acerca dos seus efeitos.

Quanto ao critério de economicidade, a atividade de AI, está sujeita antes da sua implementação a uma análise da relação custo/benefício, conforme quadro 1.1:

Quadro 1.1 – Relação custo/benefício da AI

Custos Típicos	Benefícios Típicos
<ul style="list-style-type: none">▪ A implementação do controlo requer a análise prévia do tempo que seria dispêndio de outra maneira em responsabilidades operacionais.▪ Os sistemas de controlo exigem frequentemente documentação que tem um custo associado.▪ O processo de autorização de um sistema de controlo interno envolve várias hierarquias de gestão, exigindo um tempo substancial da gestão de nível superior.▪ Por vezes os sistemas de controlo interno estão em conflito direto com os objetivos operacionais.	<ul style="list-style-type: none">▪ A concordância com as políticas e procedimentos ocorre com mais probabilidade, com verificações e comparações consolidadas.▪ A contabilidade aperfeiçoada, salvaguarda mais eficazmente o património.▪ O controlo melhorado dos recursos usados na produção.▪ A não preocupação com a eficiência através de medidas de eficácia.

Fonte: Moraes & Martins (2013)

1.6 A Auditoria Interna e Externa

As responsabilidades básicas da Auditoria Externa (AE) são definidas por lei, enquanto que a função de Auditoria Interna difere de uma entidade para outra, contudo são complementares uma da outra.

O trabalho feito em ambas as auditorias é semelhante, ou seja:

- ✓ Avaliam o risco e a materialidade;
- ✓ Baseiam-se no controlo interno como ponto de partida para efetuarem as suas análises;
- ✓ Sugerem correções e melhorias para deficiências encontradas;
- ✓ Utilizam as mesmas técnicas.

Mas, há pontos de afastamento apesar de nas duas auditorias ser sempre feito um estudo prévio do controlo interno da área a auditar. O auditor externo pode sugerir melhorias através de críticas construtivas provenientes da sua experiência adquirida.

Por sua vez, o auditor interno averigua se o controlo interno proporciona uma garantia razoável de que os objetivos da entidade se cumpriram, com eficácia e eficiência. A sua atuação deve ser mais preventiva e por sua vez, persistente no *follow-up*, ou seja, no que respeita ao auditor confirmar se as recomendações por ele sugeridas foram no entanto implementadas. As suas críticas construtivas provêm do seu profundo conhecimento da entidade.

A AI refere-se ao trabalho de auditoria realizado por um *staff* de auditores profissionais, subordinados da entidade sujeita à auditoria, tal como referem (Morais & Martins, 2013). A AE está mais relacionada com a vertente financeira, destacando-se o sistema contabilístico-financeiro e as atividades organizacionais que podem ter um efeito direto nas demonstrações financeiras.

1.7 A cooperação entre auditores internos e externos

A Auditoria Financeira (AF) e Interna têm uma área de atuação em comum, que se traduz na análise da adequação da área contabilístico – financeira das Organizações, podendo desta forma estabelecer-se uma saudável cooperação entre ambas. (Morais & Martins, 2013) referem que tanto o auditor externo como interno devem estabelecer uma comunicação profissional, franca e isenta. Aos dois interessa otimizar os recursos e obter da outra parte toda a informação pertinente que lhe permita aumentar a utilidade do seu trabalho.

Os dois tipos de auditoria sugerem correções para erros ou falhas detetadas, utilizam técnicas de análise e de recolha de evidências semelhantes e estabelecem a extensão do trabalho a realizar em função da eficiência dos sistemas de controlo interno existentes nas entidades.

As duas auditorias seguem normas profissionais e códigos de ética, emitidos por organismos profissionais e o risco é um fator a ter em conta no planeamento das suas atividades, existindo um interesse comum na análise do sistema de controlo interno das entidades. Por sua vez, para que ambas as auditorias possam desempenhar o seu papel sem qualquer tipo de pressão ou restrição, é fundamental a existência da independência.

A (ECIIA, 2013) afirma que existe ou existirá sempre uma interação, mesmo que mínima, entre a auditoria interna e a auditoria externa, segundo os aspetos seguintes:

- No planeamento da auditoria interna e da auditoria externa, de modo a ser evitada a duplicação ou a sobreposição de tarefas;
- Na disponibilização mútua dos relatórios de auditoria interna e externa;
- Na realização de reuniões anuais entre as duas equipas de auditoria, para análise e discussão de aspetos de interesse comum.

Resumindo, o quadro 1.2 refere algumas das principais diferenças entre auditoria interna e auditoria externa.

Quadro 1.2 – Diferenças entre auditoria interna e externa

Auditoria Interna	Auditoria Externa
<ul style="list-style-type: none"> • Normas profissionais, incluindo as normas éticas e técnicas; • Profissional pertence ao quadro da entidade (é admitido o regime de <i>Outsourcing</i>, no entanto a responsabilidade é sempre do auditor interno). • O objetivo é atender às necessidades do Órgão de Gestão, contribuindo para o fortalecimento do sistema de controlo interno, gestão de risco e <i>governance</i> da entidade; • O trabalho é executado tendo em conta as áreas operacionais e as linhas de responsabilidade administrativa; • O exame das atividades é contínuo; • Os relatórios não são dotados de “fé pública”, embora devam ser elaborados com objetividade e o detalhe adequado aos destinatários; • O auditor interno não pode fazer parte do conselho fiscal, tem de conduzir a sua atividade com diplomacia, objetividade e independência. Tem de ser hábil nas relações humanas e na forma de comunicação e tem de se impor, principalmente pela sua competência e pelos seus conhecimentos. • Acompanha permanentemente a atividade da entidade, o que lhe proporciona um melhor conhecimento do negócio, conferindo-lhe maior sensibilidade em relação a tudo o que se refere à entidade. 	<ul style="list-style-type: none"> • Normas definidas por lei, para além das normas éticas e técnicas definidas para a profissão; • Profissional externo à entidade auditada; • O objetivo é atender às necessidades de terceiros no que diz respeito à credibilidade das informações financeiras. A avaliação do controlo interno é feita, principalmente para determinar a extensão, profundidade e calendarização dos exames a efetuar às demonstrações financeiras; • O trabalho é executado tendo em conta os elementos das demonstrações financeiras; • O exame das informações das demonstrações financeiras é descontínuo; • Os relatórios podem ser dotados de “fé pública”, caso da certificação legal de contas, só podendo ser impugnada judicialmente; • O Revisor Oficial de Contas é nomeado pela Assembleia Geral, pode fazer parte do órgão de fiscalização e a sua atividade tem suporte legal. • Acompanha de forma intermitente e em várias entidades.

Fonte: Morais & Martins (2013)

1.8 Princípios orientadores e fundamentais para a prática da Auditoria Interna

De acordo com (Morais & Martins, 2013), o IIA tem ajudado os seus membros a conhecer os critérios geralmente aceites para a prática da Auditoria Interna, nomeadamente através:

- Da adoção do Código de Ética²;
- Da aprovação das normas de responsabilidade para os auditores internos;
- Do estabelecimento de programas de formação contínua³;
- Do desenvolvimento de técnicos especializados, através da partilha de conhecimentos;
- Da instituição de um programa de certificação.⁴

Desta forma, para a prática da profissão de auditor interno, o IIA criou uma estrutura conceptual internacional⁵ - *International Professional Practices Framework* (IPPF) que compreende os seguintes elementos, conforme quadro 1.3:

² O Código de Ética estabelece os princípios e as expectativas que regem o comportamento das pessoas e das Organizações na condução da Auditoria Interna. Descreve os requisitos mínimos de conduta e comportamento esperado, ao invés de atividades específicas.

³ Os auditores internos deverão aperfeiçoar os seus conhecimentos, capacidades e outras competências através de um desenvolvimento profissional contínuo. Este pode obter-se através da filiação e participação em associações profissionais, participação em conferências, seminários, formação universitária, programas de formação interna e participação em programas de pesquisa.

⁴ As certificações do IIA são: ***Certified Internal Auditor*** (CIA) - é a certificação aceite internacionalmente, que demonstra o nível de conhecimento do auditor, garantindo a sua credibilidade e respeito profissional; ***Certification in Control Self-Assessment*** (CCSA) - é uma certificação direcionada para especialistas com prática de auto-avaliação. Evidencia os conhecimentos do candidato sobre os fundamentos, processos e tópicos do CSA, tais como risco, controlo e objetivos de negócio; ***Certified Financial Services Auditor*** (CFSA) - é uma certificação importante para os profissionais de auditoria que trabalham em instituições bancárias, empresas financeiras de crédito, companhias de seguros, empresas de investimento e outros serviços financeiros; ***Certified Government Auditing Professional*** (CGAP) - é uma certificação direcionada para auditores que trabalham no setor público seja a nível nacional, autárquico, empresas públicas, entre outras; ***Certification in Risk Management Assurance*** (CRMA) - esta certificação foi projetada para auditores internos e profissionais de gestão de risco com experiência na prestação de garantia sobre risco, processos de Governança, auto-avaliação de risco e controlo; ***Certified Professional Environmental Auditor*** (CPEA) - esta certificação foi criada para auditores ambientais, oferecendo quatro áreas de especialização distintas; ***Certified Process Safety Auditor*** (CPSA) - certificação em auditoria de segurança de processos. Fonte: IIA Global (2019)

⁵ Com esta estrutura surgem os princípios fundamentais para a prática profissional de Auditoria Interna.

Quadro 1.3 – Orientações obrigatórias e recomendadas.

Elementos		Definição
Orientações obrigatórias⁶	Princípios fundamentais para a prática de Auditoria Interna	Os Princípios Fundamentais, vistos como um todo, articulam a eficácia da auditoria interna. Para uma função de auditoria interna ser considerada eficaz, todos os Princípios devem estar presentes e atuar com eficácia. São eles: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Demonstrar integridade; ✓ Demonstrar competência e zelo profissional devido. ✓ Ser objetivo e livre de influências indevidas (independente); ✓ Estar alinhado com as estratégias, objetivos e riscos da Organização; ✓ Estar apropriadamente posicionado e adequadamente equipado; ✓ Demonstrar qualidade e melhoria contínua; ✓ Comunicar com eficácia; ✓ Prestar avaliações com base em riscos; ✓ Ser perspicaz, proativo e focado no futuro; ✓ Promover a melhoria organizacional.
	Definição de Auditoria Interna	A definição de AI estabelece o principal objetivo, natureza e âmbito da auditoria interna.
	Código de Ética	O código de ética estabelece os princípios e as expectativas que regem o comportamento dos indivíduos e das organizações na condução da auditoria interna. Descreve os requisitos mínimos de conduta e comportamento esperado, tais como: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Integridade; ✓ Objetividade; ✓ Confidencialidade; ✓ Aplicação de conhecimentos e experiência adquirida.
	Normas Internacionais ⁷	As normas estão direccionadas para questões de princípios e fornecem um enquadramento para o desempenho e promoção de auditoria interna. As normas são requisitos obrigatórios e consistem em: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Declarações de requisitos básicos para a prática profissional de auditoria interna e para a avaliação da eficácia do seu desempenho, aplicáveis internacionalmente a nível individual e da Organização. ✓ Interpretações que clarificam os termos ou os conceitos no âmbito das Declarações. <p>É necessário ter em conta as declarações e as interpretações no seu conjunto, para um entendimento e aplicação corretos.</p>

⁶ A conformidade com as orientações obrigatórias é essencial para a aprovação das responsabilidades dos auditores internos e da atividade de Auditoria Interna de forma eficaz.

⁷ As normas do IIA têm aplicação a nível global, cabendo aos organismos dos países filiados, em Portugal representado pelo IPAI, fazer a tradução das mesmas. A emissão e revisão das normas são um processo contínuo, sob consulta e discussão exaustiva.

Orientações recomendadas⁸	Guias de Implementação	As guias de implementação assistem os auditores internos a utilizar a definição de AI, o código de ética, as normas e a promover as boas práticas. Relacionam-se com abordagens, metodologias e considerações, mas não detalham processos e procedimentos. Incluem práticas relacionadas com questões específicas de natureza geográfica ou setorial, tipos de compromissos específicos e questões legais ou regulamentares.
	Guias Práticos	Os guias práticos proporcionam uma orientação detalhada para a condução das atividades de auditoria interna. Incluem processos detalhados e procedimentos, tais como ferramentas e técnicas, programas e abordagens passo a passo, incluindo exemplos explicativos.

Fonte: Adaptado do IIA Global (2019)

Os princípios fundamentais para a prática profissional de auditoria interna, articulam a eficácia da auditoria interna. Para uma função de auditoria interna ser considerada eficaz, todos os princípios devem estar presentes e atuar com eficácia. A forma como um auditor interno, assim como a atividade de auditoria interna demonstra a conquista dos princípios fundamentais pode ser bem diferente de uma Organização para outra, mas não conseguir alcançar um dos princípios significa que a atividade de auditoria não é tão eficaz quanto poderia ser no alcance da sua missão⁹.

Neste sentido, os princípios fundamentais¹⁰ são:

- Demonstrar integridade;
- Demonstrar competência e diligência profissional;
- Ser objectiva e encontrar-se livre de influências (ser independente);
- Ser alinhada com as estratégias, objetivos e os riscos da organização;
- Estar posicionada de forma apropriada e contar com os recursos adequados;
- Demonstrar qualidade e melhoria contínua;
- Comunicar de forma eficaz;
- Proporcionar uma avaliação com base nos riscos;
- Ser perspicaz, proativa e estar focada no futuro;
- Promover a melhoria organizacional.

⁸ As orientações recomendadas servem para os auditores internos fazerem uso do seu juízo profissional na realização do seu trabalho.

⁹ A missão de auditoria interna é aumentar e proteger o valor organizacional, fornecendo avaliações, assessoria e conhecimentos baseados no risco.

¹⁰ *Core Principles for the Professional Practice of Internal Auditing*, IIA Global (2019), tradução livre.

1.9 Normas para a prática profissional de Auditoria Interna¹¹

A auditoria interna é conduzida em diversos ambientes legais e culturais, entre organizações que variam de propósito, tamanho, complexidade e estrutura e por pessoas. O auditor interno deve guiar-se sempre por normas e princípios inerentes à sua profissão. As normas de auditoria devem ser vistas como requisitos básicos e os seus objetivos resumem-se a delinear princípios básicos que representem a prática da atividade, fornecer uma estrutura para a execução e promoção de um vasto espectro de AI de valor agregado, estabelecer uma base para a avaliação do desempenho da auditoria interna e promover a melhoria dos processos e operações organizacionais, de acordo com o (IPAI, 2013).

Segundo (Marçal & Marques, 2011), as auditorias internas devem ser levadas a cabo, segundo normas técnicas previamente definidas, facto que visa essencialmente não só dar credibilidade às próprias auditorias, como também salvaguardar a responsabilidade dos auditores.

A revisão e o desenvolvimento das normas é um processo contínuo, sujeito a uma extensa consulta e discussão a nível internacional antes da sua publicação, e são disponibilizadas versões de rascunho no *website* do IIA. A estrutura das normas é dividida entre Normas de Atributos (NA) e Normas de Desempenho (ND), sendo que:

- **Normas de Atributos do IIA (NA, série 1000)** - relacionadas com as características das organizações e dos indivíduos que executam AI;
- **Normas de Desempenho do IIA (ND, série 2000)** - descrevem a natureza da AI e fornecem os critérios de qualidade que permitem avaliar o seu desempenho.

As Normas de Atributos e de Desempenho são fornecidas para serem aplicadas a todos os serviços de auditoria interna em geral. As Guias de Implementação (GI), adicionalmente, são fornecidas para expandir as ND e as NA ao prover os requerimentos aplicáveis às atividades de *assurance* ou consultoria, como por exemplo, investigação de fraude, projeto de autoavaliação do controlo e auditoria de conformidade.

¹¹ As “Normas Internacionais para a prática profissional de Auditoria Interna (Normas)” foram consultadas no *site* do IIA Global, disponível em: <https://global.theiia.org/>. (consultado a 22/09/2019)

As normas para a prática profissional de Auditoria Interna abordam os seguintes temas, segundo (Pinheiro, 2010):

- ✓ **Independência** - os auditores internos devem ser independentes das atividades/departamentos que auditam;
- ✓ **Eficácia profissional** - as auditorias internas devem ser realizadas com competência e sentido profissional;
- ✓ **Âmbito do trabalho** - o trabalho de auditoria deve abranger o exame e avaliação da adequação e eficiência do Sistema de Controlo Interno (SCI) da Organização e da qualidade da realização das tarefas que lhe foram atribuídas;
- ✓ **Realização do trabalho de auditoria** - deverá incluir o planeamento da auditoria a desenvolver, exame e avaliação da informação, comunicação dos resultados e os posteriores acompanhamentos das ações corretivas;
- ✓ **Gestão do departamento de Auditoria Interna** - o diretor responsável pelo departamento deverá gerir adequadamente os seus recursos.

1.10 Código de Ética

O Código de Ética (CE) estabelece os princípios e as expectativas que regem o comportamento dos indivíduos e das organizações na condução da atividade de AI. Descreve os requisitos mínimos de conduta e comportamento esperado, ao invés de atividades específicas.

O objetivo do CE é portanto, promover uma cultura ética na profissão de auditoria interna, sendo que segundo o IIA, a auditoria interna é:

“(...) uma atividade independente, de garantia e de consultoria, destinada a acrescentar valor e a melhorar as operações de uma Organização. Assiste a Organização na consecução dos seus objetivos, através de uma abordagem sistemática e disciplinada, na avaliação dos processos da eficácia da gestão de risco, do controlo e de governação.”

O CE ultrapassa a mera definição de auditoria interna, e adiciona ainda dois componentes essenciais:

- Princípios relevantes para a profissão e prática de auditoria interna;

- Normas de conduta que regem o comportamento que se espera dos auditores internos. Estas regras são uma ajuda na interpretação dos princípios em aplicações práticas e destinam-se a orientar a conduta ética dos auditores internos.

De acordo com (Morais & Martins, 2013), o IIA designa como “auditor interno” todo aquele que seja membro, detentor e candidato a certificações profissionais do instituto e outras entidades que desempenham serviços de auditoria interna, ao abrigo da definição de auditoria interna.

Este código é aplicável a todos os que prestem serviços de auditoria interna quer individualmente quer às entidades. No caso de incumprimento dos membros do IIA certificados ou dos candidatos a certificação profissional pelo IIA, serão avaliados e sancionados de acordo com os Estatutos e as Diretivas Administrativas do Instituto.

O CE do IIA encontra-se dividido em duas categorias: os princípios básicos e as regras de conduta, apresentadas no quadro 1.4:

Quadro 1.4 - Código de Ética do IIA

Princípios básicos	Regras de conduta
<p>❖ INTEGRIDADE</p> <p>A integridade constitui o valor central de um Código de Ética. Os auditores são obrigados a cumprir normas de conduta e imparcialidade, durante o seu trabalho. Para preservar a confiança da sociedade, a conduta dos auditores deverá ser irrepreensível e sobretudo, acima de qualquer suspeita. A integridade também exige que os auditores cumpram os princípios de objetividade e independência.</p>	<p>Os auditores internos:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Deverão executar o seu trabalho com honestidade, diligência e responsabilidade;➤ Deverão respeitar as leis e divulgar o que se espera que seja feito ao abrigo das leis e da profissão;➤ Deverão respeitar e contribuir para os objetivos legítimos e éticos da Organização;➤ Não deverão, em consciência, participar em atividades ilegais, ou em atos que desacreditem a profissão de auditoria interna ou a Organização.

<p>❖ OBJETIVIDADE</p> <p>Os auditores internos devem ser objetivos ao tratar as questões que irão ser examinadas. Deverão utilizar as informações fornecidas pela entidade fiscalizada e por terceiros e fazer uma avaliação de todas as circunstâncias relevantes, a sua opinião não deverá ser influenciada por interesses particulares e por opiniões alheias.</p>	<p>Os auditores internos:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Deverão divulgar todos os factos materiais de que tenham conhecimento, os quais, a não serem divulgados, possam distorcer a informação das atividades em análise;➤ Não deverão, participar em qualquer actividade ou manter uma relação que prejudique ou que se presume que possa prejudicar o seu julgamento imparcial. A participação inclui atividades ou relações tais, que possam estar em conflito com os interesses da Organização;➤ Não deverão, aceitar nada que possa prejudicar ou que se presume que possa prejudicar o seu julgamento profissional.
<p>❖ CONFIDENCIALIDADE</p> <p>A informação obtida pelos auditores no processo de auditoria não deverá ser revelada a terceiros, nem oralmente nem por escrito, exceto em caso de obrigação legal.</p>	<p>Os auditores internos:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Deverão ser prudentes na utilização e protecção da informação obtida no desempenho das suas atividades;➤ Não deverão, utilizar a 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</p> <p>Os auditores internos têm a obrigação de atuar sempre de maneira profissional na realização do seu trabalho. Deverão aplicar os conhecimentos, experiência e técnicas necessárias no desempenho dos serviços. Devem também conhecer e cumprir as normas, as políticas, os procedimentos e as práticas aplicáveis de auditoria, contabilidade e gestão financeira.</p>	<p>Os auditores internos:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Deverão aceitar apenas serviços para os quais disponham do necessário conhecimento, proficiência e experiência;➤ Deverão desempenhar os serviços de auditoria interna de acordo com as Normas Internacionais para a Prática Profissional de Auditoria Interna;➤ Deverão de forma contínua aperfeiçoar a sua proficiência, eficiência e qualidade dos seus serviços.

Fonte: Morais & Martins (2013)

1.11 Independência do Auditor Interno

Os auditores internos devem cumprir os seguintes princípios fundamentais na prática da sua atividade: integridade, objetividade, competência e zelo profissional, confidencialidade e comportamento profissional. O objetivo, a autoridade e responsabilidade da atividade de auditoria interna têm que ser formalmente definidos no estatuto da auditoria interna, em conformidade com a definição de Auditoria Interna, o Código de Ética e as Normas. O responsável pela auditoria interna tem que rever periodicamente o estatuto da auditoria interna e apresentá-lo ao Conselho de Administração para aprovação.

O IPAI refere que *“o estatuto da auditoria interna é um documento formal que define o objetivo da auditoria interna, a sua autoridade e responsabilidade. O estatuto da auditoria interna define a posição da atividade de auditoria interna no seio da Organização; autoriza o acesso aos registos, pessoal e ativos da Organização, que seja necessário para o desempenho dos trabalhos e define o âmbito das atividades de auditoria interna. A aprovação final do estatuto da auditoria interna compete ao conselho de administração.”*

De acordo com a **NA-1100 do IIA: Independência e objetividade**, a atividade de auditoria interna deve ser independente e os auditores internos devem prezar por ser objetivos no desempenho da sua profissão.

Segundo o IPAI, independência significa *“a não sujeição a condições que ameacem a capacidade da atividade de auditoria interna ou do responsável pela auditoria de cumprir com as suas responsabilidades de forma imparcial. Para alcançar o grau de independência necessário para cumprir de forma eficaz com as suas responsabilidades, o responsável pela auditoria tem acesso direto e ilimitado aos gestores superiores e ao conselho de administração. (...). As ameaças à independência têm de ser geridas a diferentes níveis: do auditor individual, do compromisso de auditoria, funcional e organizacional.”*

Por sua vez, objetividade é *“uma atitude mental imparcial que permite aos auditores internos realizarem o seu trabalho de forma tal que acreditem no produto desse trabalho e que não sejam praticados quaisquer compromissos de qualidade. A objetividade requer que os auditores internos não sujeitem os seus julgamentos em*

matéria de auditoria à opinião de outros. As ameaças à objetividade têm de ser geridas a diferentes níveis: do auditor individual, do compromisso de auditoria, funcional e organizacional.”

A **NA-1110 do IIA: Independência Organizacional**, evidencia que o responsável pela auditoria tem de reportar a um nível no seio da Organização que permita que a atividade de auditoria interna cumpra com as suas responsabilidades. O responsável pela auditoria tem que confirmar ao conselho de administração, pelo menos uma vez por ano, a independência organizacional da atividade de auditoria interna. A atividade de auditoria interna tem que estar livre de interferências ao determinar o âmbito da auditoria interna, no desenvolvimento do trabalho e na comunicação dos resultados.

A **NA-1111 do IIA: Interação direta com o Conselho**, refere que o responsável pela auditoria tem que comunicar e interagir diretamente com o Conselho de Administração (CA). Uma comunicação regular com o Conselho, Comissão de Auditoria¹² ajuda a assegurar a independência e proporciona uma forma do CA e o responsável da Auditoria Interna se manterem mutuamente informados sobre matérias de interesse comum.

No que diz respeito à imparcialidade do auditor, a **NA-1120 do IIA: Objetividade individual**, explicita que os auditores internos têm que ter uma atitude de imparcialidade, livre de preconceitos e evitar quaisquer conflitos de interesse¹³.

Caso haja impedimentos, reais ou aparentes à independência ou objetividade, os detalhes de tais impedimentos têm que ser divulgados às entidades competentes. A natureza de tal divulgação dependerá do tipo de impedimento. A norma que aborda este assunto é a **NA-1130 do IIA: Impedimentos à independência ou à objetividade**. “*Os impedimentos à independência organizacional e à objetividade pessoal poderão incluir, mas não se limitam a, conflito de interesse pessoal, limitações de âmbito, restrições ao acesso de registos, pessoal e ativos ou limitação de recursos, tais como financeiros. A*

¹² A Comissão de Auditoria constitui uma comissão especializada, com competências definidas em matéria de supervisão da informação financeira da Organização e de acompanhamento da atividade do auditor externo, do auditor interno e dos sistemas de controlo interno.

¹³ Um conflito de interesse é uma situação em que o auditor interno que está numa posição de confiança, tem um interesse profissional ou pessoal que compete com a sua posição. Tais interesses competitivos poderão dificultar o cumprimento das suas responsabilidades de forma imparcial. Um conflito de interesse existe mesmo que daí não resulte qualquer atitude contrária à ética ou seja imprópria.

decisão sobre as partes apropriadas a quem os detalhes de um impedimento à independência ou objetividade têm que ser comunicados, dependerá das expectativas da atividade de auditoria interna e das responsabilidades do responsável pela auditoria perante o conselho de administração, conforme descrito no estatuto da auditoria interna.”

Conclui-se que os auditores são independentes quando podem exercer auditoria interna de forma livre¹⁴ e objetiva.

¹⁴ O auditor interno exerce a sua função de forma livre quando tem autoridade suficiente, uma vez que depende do conselho de administração para realizar o seu trabalho sem interferências e com a colaboração dos auditados.

2 O CONTROLO INTERNO E A GESTÃO DO RISCO

2.1 Conceitos e objetivos do Controlo Interno

Ao longo do tempo o conceito de controlo interno tem vindo a evoluir, assim como a atenção a si dada, pois um bom controlo interno pode acrescentar bastante valor a uma Organização, tendo o conceito sido utilizado pela primeira vez em 1934 pelo *American Institute of Certified Public Accountants* (AICPA), que definiu que o controlo interno “ (...) compreende o plano de organização e coordenação de todos os métodos e medidas adotadas na Organização para salvaguarda dos seus ativos, verificar a exatidão e fidelidade dos dados contabilísticos, desenvolver a eficiência nas operações e estimular o seguimento das políticas administrativas prescritas”.

Nos dias de hoje, todas as empresas por mais pequenas que sejam, necessitam de algum tipo de controlo, mais ou menos elaborado.

De acordo com (Costa , 2014):

“nenhuma empresa ou entidade, por mais pequena que seja, pode exercer a sua atividade sem ter implementado um sistema de controlo interno, ainda que rudimentar”.

Uma das ferramentas que as Organizações devem utilizar para controlar e gerir melhor as suas atividades e os seus ativos é o controlo interno, existindo vários tipos de controlo, mais adiante especificados. Contudo, só é eficaz quando todas as pessoas e o seu ambiente circundante estão recetivos e trabalham em conjunto.

(Morais & Martins, 2013) referem que controlo é:

“ qualquer ação empreendida pela gestão, pelo conselho e outras entidades para aperfeiçoar a gestão do risco e melhorar a possibilidade do alcance dos objetivos e metas da entidade. A gestão planeia, organiza e dirige o desempenho de ações suficientes para assegurar com razoabilidade que os objetivos e metas serão alcançados”.

Controlo administrativo, contabilístico, interno, de gestão, entre outros, enquadra-se no termo genérico, dependendo essencialmente dos objetivos a atingir.

Por sua vez, o (TC, 1999) define controlo interno como:

“uma forma de organização que pressupõe a existência de um plano e de sistemas coordenados, destinados a prevenir a ocorrência de erros e irregularidades ou a minimizar as suas consequências e a maximizar o desempenho da entidade no qual se insere”.

Para uma melhor compreensão do porquê do controlo interno nas Organizações, de acordo com (Morais & Martins, 2013), o CI surge como um meio para atingir um fim, porque:

- ✓ A entidade precisa de ajuda na concretização dos objetivos estabelecidos;
- ✓ Os gestores precisam de ajuda na consecução dos objetivos estabelecidos;
- ✓ A gestão precisa de tomar decisões constantemente;
- ✓ A tomada de decisão tem por base a informação;
- ✓ A informação tem de ser fiável e credível;
- ✓ As exigências e mudanças dos “clientes” são constantes e a estrutura da entidade precisa de se adaptar para assegurar o futuro;
- ✓ A evolução do ambiente económico e competitivo é muito rápida e a entidade precisa de estar preparada.

Também o *Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway (COSO)*¹⁵ apresentou uma definição universalmente aceite e 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 objetivos nas seguintes categorias:

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

A primeira categoria diz respeito aos objetivos básicos do negócio da Organização, a segunda respeita à preparação de informação relevante (financeira e não financeira), e a terceira categoria está relacionada com o cumprimento das leis e regulamentos a que a Organização está sujeita.

¹⁵ COSO – *Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission*. Grupo de trabalho constituído por vários organismos internacionais com o objetivo de definir um novo conceito de controlo interno. Foi concebido para melhorar o desempenho organizacional e de governança e reduzir a dimensão da fraude nas Organizações.

O COSO, publicou em 1992 o COSO - *Internal Control* (COSO-IC) que tem como objetivo a orientação das Organizações quanto a princípios e melhores práticas de controlo interno, este modelo assenta numa filosofia que permite que as Organizações desenvolvam sistemas de controlo interno capazes de reduzir os riscos para níveis aceitáveis, de forma eficaz e eficiente, através de um processo de tomada de decisão e de controlo por parte da entidade.

O IIA, citado por (Araújo, 2013), defende que os objetivos de controlo interno visam:

- ✓ A confiança e a integridade da informação;
- ✓ A conformidade com as políticas, planos, procedimentos, leis e regulamentos;
- ✓ A salvaguarda dos ativos;
- ✓ A utilização económica e eficiente dos recursos;
- ✓ A realização dos objetivos estabelecidos para as operações ou programas.

Já o (TC, 2009) subscreve os objetivos estabelecidos pelo IIA e refere que um sistema de controlo interno é composto por um conjunto de procedimentos com vista a garantir:

- ✓ A salvaguarda dos ativos;
- ✓ A legalidade e a regularidade das operações;
- ✓ A integralidade e exactidão dos registos contabilísticos;
- ✓ A execução dos planos e políticas definidas pela administração;
- ✓ A eficácia da gestão e a qualidade da informação.

Para uma melhor compreensão sobre o alcance da definição de CI segundo o COSO, esta contempla os seguintes conceitos:

- **processo** - o objetivo é transmitir que o controlo interno é um meio para atingir um fim. É constituído por um conjunto de ações que envolve todas as atividades, processos e tarefas da entidade;

- **efetuado por pessoas** - pois não é só constituído por manuais de políticas e procedimentos, por sistemas e formulários, mas também por pessoas em cada nível da Organização;

- **grau de confiança razoável** - o objetivo é transmitir que por muito bem que esteja concebido o sistema de controlo interno, apenas pode proporcionar um certo grau de segurança à entidade, pois não consegue eliminar todos os riscos, devido às limitações que lhe estão inerentes;

- **concretização dos objetivos** - o objetivo é transmitir que o controlo interno é concebido para permitir a concretização dos objetivos e que estes devem ser consistentes e coerentes.

As componentes de controlo interno pelas quais o COSO se baseia, são consideradas como um meio para que as Organizações possam atingir os objetivos preestabelecidos, são elas:

- ✓ **Ambiente de controlo** - constitui a base para todos os outros componentes, é o que melhor traduz a consciência dos colaboradores em relação ao controlo interno e à importância deste para a entidade.

- ✓ **Avaliação do risco** - refere-se ao processo de identificação e análise dos riscos relevantes para atingir os objetivos e define uma base para determinar como os riscos deverão ser tratados.

- ✓ **Atividades de controlo** - consiste na execução de políticas e procedimentos definidas pela Administração para assegurar que os objetivos são alcançados e que os riscos são minimizados.

- ✓ **Informação e comunicação** - fundamental para que os controlos sejam compreendidos, implementados e efectivos. É preciso identificar, recolher e comunicar a informação em tempo útil.

- ✓ **Supervisão** - trata-se do acompanhamento das atividades, de modo a permitir avaliar e a verificar se o sistema de controlo interno está a funcionar de forma eficaz, se se aplica a toda a Organização, se está voltado para os objetivos da Organização e se são tomadas medidas corretivas quando são detectadas inconformidades.

Um sistema de controlo interno pode, no entanto, ser influenciado por alguns fatores, visto se tratar de um sistema dinâmico, sujeito a ajustamentos consoante as alterações que possam acontecer na entidade, que pretende zelar pelo bom ambiente geral e minimizar os riscos associados a cada tipo de Organização, são eles:

- Integridade;
- Valores éticos;
- Competências das pessoas.

Segundo o parágrafo 2 do apêndice 1 da *International Standard on Auditing (ISA) 315* do IFAC, a eficácia dos controlos internos não se pode sobrepor à integridade e valores éticos das pessoas que os criam, administram e monitorizam e deve existir um

compromisso com a competência, que envolve o conhecimento e as qualidades necessárias de modo a cumprir as tarefas que definem o trabalho do indivíduo.

(Morais & Martins, 2013) defendem que estas componentes funcionam interligadas entre si, gerando sinergias e formando um sistema integrado, respondendo de forma dinâmica a qualquer mudança na envolvente. A responsabilidade pela implementação e manutenção do sistema de controlo interno cabe à Administração enquanto que a sua avaliação cabe ao auditor.

2.2 Tipos de Controlo

O SCI deve incluir os controlos adequados que permitam evitar a ocorrência de falhas ou erros. De acordo com (Morais & Martins, 2013) existem os seguintes tipos de controlos, conforme quadro 2.1:

Quadro 2.1 - Tipos de Controlos

Controlos e sua descrição
<ul style="list-style-type: none">❖ PREVENTIVOS Servem para impedir que factos indesejáveis ocorram. Considerados controlos à <i>priori</i> que entram de imediato em funcionamento.❖ DETETIVOS Servem para detetar ou corrigir factos indesejáveis que já tenham ocorrido. São considerados controlos à <i>posteriori</i>.❖ DIRETIVOS Servem para provocar ou encorajar a ocorrência de um facto desejável, isto é, para produzir efeitos positivos.❖ CORRETIVOS Servem para retificar problemas identificados.❖ COMPENSATÓRIOS Servem para compensar eventuais fraquezas de controlo noutras áreas da entidade.

Fonte: Adaptado de Moraes & Martins (2013)

2.3 Os princípios básicos para um bom Sistema de Controlo Interno

Os controlos são adequados e úteis se tiverem sido estabelecidos para atingirem determinados objetivos, devendo estes ser definidos antes que sejam implementadas as respetivas medidas de controlo. O Controlo Interno (CI) é um meio de extrema importância para a deteção de erros e irregularidades, desta forma trata-se de um instrumento de auto controlo da Organização que deve ser revisto e ajustado

regularmente para a otimização do funcionamento da mesma. Os controlos existentes podem ser adequados, ou não, tal que a sua classificação deve ser dada com base na análise da eficiência e eficácia dos fluxos das operações e informações e os seus custos/benefícios.

Como refere (Costa, 2014) o SCI pode ser definido como um conjunto de normas, técnicas e instrumentos adotados numa Organização, que têm o objetivo de garantir que as atividades ocorrem de acordo com o planeado, procurando a eficiência, eficácia e efetividade das operações. Assim sendo, o SCI deve contribuir para a mitigação de irregularidades, fraudes e erros, na sequência de procedimentos, regras e normas aplicadas à empresa.

Para que o CI seja adequado e bem sucedido, deverá ter presente alguns princípios básicos, de acordo com (Teixeira & Correia, 2000), tais como:

- Segregação de funções;
- Definição de indicadores de desempenho;
- Análise de registos de informação;
- Revisões e controlo de desempenho nas operações diárias;
- Elaboração de planos e relatórios de atividades;
- Sistemas de autorização e registo;
- Controlos sobre processamento de informação;
- Revisão e avaliação regular do SCI;
- Definição e adaptação do código de ética e de conduta;
- Definição de autoridade e responsabilidade;
- Compromisso de qualidade e competência.

De frisar que o controlo interno deve ter um carácter preventivo e ser constantemente exercido pelos vários métodos, de forma a garantir uma segurança razoável. No entanto, a Organização, seja ela qual for, não fica imune à ocorrência de erros, irregularidades ou fraudes, pois existem vários fatores internos ou externos que podem descontrolar o sistema de controlo interno.

2.4 Limitações do Controlo Interno

Cabe aos órgãos de gestão a responsabilidade da criação e manutenção de um SCI. Um sistema de controlo interno deveria garantir um nível de segurança razoável na prevenção, limitação e deteção de erros e irregularidades. A ISA 315¹⁶ do IFAC refere que: “ *O Controlo Interno, seja qual for a sua eficácia, apenas pode proporcionar a uma entidade segurança razoável acerca de a entidade atingir os objetivos de relato financeiro. A probabilidade da sua consecução é afetada por limitações do CI. Estas incluem as realidades de que o julgamento humano na tomada de decisões pode ser defeituoso e de que podem ocorrer falhas no CI devido ao erro humano.*”

Tal como já referido, por mais eficiente e eficaz que um sistema de controlo interno seja, ele apenas fornece uma segurança razoável quanto à consecução dos objetivos organizacionais, pois existem limitações inerentes ao controlo interno que são muito difíceis de eliminar. Assim, torna-se fundamental ter a consciência de que a eficácia de um sistema de controlo dependerá sempre de fatores limitantes, segundo o (COSO, 2013), exemplos disso são:

- ✓ A falta de interesse por parte dos órgãos de gestão na manutenção de um bom SCI, uma vez que pode pretender que não sejam atingidos os objetivos do mesmo, nomeadamente a integridade da informação;
- ✓ A própria administração pode em muitos casos ultrapassar ou ladear as técnicas de controlo por si implantadas;
- ✓ A ocorrência de eventos externos fora do controlo da Organização;
- ✓ A existência de erros humanos, conluio e fraudes que podem decorrer da falta de competência ou de integridade moral;
- ✓ A competência e a integridade do pessoal que executa as funções de controlo podem deteriorar-se por razões internas ou externas, não obstante os cuidados postos na sua selecção e formação;
- ✓ A possibilidade de conluio entre um grupo de colaboradores para que se ignorem os controlos internos;
- ✓ O CI tem em vista geralmente as operações correntes, não estando preparado para lidar com as transacções pouco usuais;

¹⁶ ISA 315 – Identificar e avaliar os riscos de distorção material.

✓ O risco informático que pode passar pelo acesso indevido a informação por parte dos membros da Organização ou até mesmo pelas falhas dos equipamentos informáticos.

Segundo (Pinheiro, 2014), sabe-se que a implementação de um SCI representa um custo que é preciso balancear com o benefício que pode trazer à entidade. Por vezes pode-se correr o risco de se implementar um SCI em que o custo seja muito superior que o benefício e por isso é importante pensar que é preferível correr certos riscos pela não implementação de determinados processos de controlo, do que incorrer em faltas de eficiência financeira por esta razão.

2.5 A gestão do risco

Qualquer Organização enfrenta fatores internos e externos que tornam incerto se e quando vão ser atingidos os objetivos definidos por ela. O efeito que a incerteza tem sobre os objetivos e metas organizacionais é chamado de Risco.

Todas as atividades organizacionais envolvem risco e este é gerido sendo primeiro identificado e analisado e de seguida é feita uma avaliação se deve ser modificado pelo tratamento do risco a fim de satisfazer os seus critérios. Considera-se risco, a probabilidade de um acontecimento ou ação afetar adversamente a entidade.

Em qualquer dicionário de língua portuguesa a palavra risco significa para além de outras coisas, a probabilidade de insucesso, de malogro de determinada coisa em função de um acontecimento eventual e incerto, cuja ocorrência não depende exclusivamente da vontade dos interessados. Segundo (Morais & Martins, 2013), risco é:

“ Um conjunto de fatores internos e ou externos que possam impedir a afetação ótima de recursos, crescimento e a estratégia de criação de valor, impedindo a concretização dos objetivos.”

O *Institute of Risk Management* (IRM)¹⁷ define risco como a combinação da probabilidade de um evento e as suas consequências. As consequências podem ser positivas e negativas.

¹⁷ IRM – *Institute of Risk Management*, foi fundado em abril de 1986.

Segundo (Morais & Martins, 2013), apesar dos auditores internos poderem assumir um papel importante na implementação dos processos de gestão de risco, não podem ser os responsáveis pela sua gestão. Alguns riscos são muito difíceis e até impossíveis de controlar, mas a administração da entidade pode recorrer a técnicas de gestão de risco, sendo esta definida pelo IIA como:

“(...) um processo para identificar, avaliar, gerir e controlar eventos ou situações potenciais com o objetivo de proporcionar uma garantia razoável de que os objetivos da entidade serão alcançados.”

Em geral, a gestão procura reduzir os riscos da seguinte forma:

- Reforçando os sistemas de controlo interno;
- Transferindo o risco através de seguro de possíveis perdas;
- Aceitando o risco procurando maiores retornos, quando se prevê maior risco.

Quando implementada e mantida, a gestão de riscos possibilita a uma Organização:

- ✓ Aumentar a probabilidade de atingir os objetivos delineados;
- ✓ Encorajar uma gestão proativa;
- ✓ Melhorar a identificação de oportunidades e ameaças;
- ✓ Melhorar a confiança das partes interessadas;
- ✓ Minimizar perdas;
- ✓ Melhorar a eficácia e a eficiência operacional;
- ✓ Aumentar a resiliência organizacional;
- ✓ Melhorar os controlos.

O risco em auditoria tem uma natureza dupla e interdependente, ou seja, por um lado o risco refere-se à probabilidade da emissão de uma opinião menos adequada e apropriada por parte do auditor, designado por risco de auditoria, por outro lado, o risco está associado à permanência de uma Organização. O auditor aquando o planeamento da auditoria deve fazer uma abordagem ao Risco de Auditoria (RA), sendo este composto pelo Risco de Detecção (RD) e pelo Risco de Distorção Relevante (RDR), este último subdividido em Risco Inerente (RI) e em risco de controlo (RC). Seguidamente são definidos os riscos inerentes, riscos de controlo e os riscos de deteção.

O risco de deteção é o risco de que os procedimentos utilizados pelo auditor não detetem uma distorção potencialmente relevante, individualmente ou em conjunto com outras distorções. Por sua vez, o risco que engloba os riscos de controlo e de deteção, é o risco de que as demonstrações financeiras contenham distorções relevantes antes da auditoria, sendo o risco inerente caracterizado como a suscetibilidade de uma asserção ou classe de transacções conter uma distorção que possa ser materialmente relevante, considerada individualmente ou quando agregada com distorções em outras asserções, assumindo que não existem os respetivos controlos internos

O risco de controlo é o risco de que uma distorção não seja prevenida, detetada ou corrigida pelo controlo interno da Organização. Depois de identificados e avaliados os riscos, a gestão da entidade deve preparar respostas para os riscos, tendo em conta a sua probabilidade e impacto.

O risco inerente e o risco de controlo diferem do risco de deteção pelo facto de existirem independentemente da auditoria a ser realizada a uma determinada área, enquanto que o risco de deteção está relacionado com os procedimentos do auditor e pode ser alterado ao seu arbítrio, conforme o seu juízo profissional. Ou seja, quando o risco inerente e o risco de controlo forem altos, o risco de deteção aceitável terá de ser baixo para reduzir o risco de auditoria a um nível aceitavelmente baixo.

A figura 2.1 é uma Matriz de Risco resultante dessa avaliação.

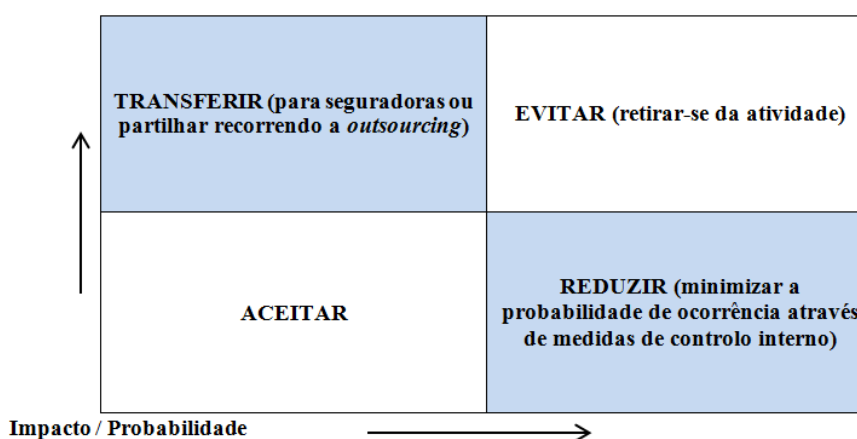


Figura 2.1 – Matriz de Risco

Fonte: Elaboração própria

2.6 COSO-ERM

O COSO resultou de uma iniciativa do setor privado iniciada nos anos 80 para responder ao problema do reporte financeiro fraudulento. Foram cinco as organizações do setor privado que contribuíram para a criação do COSO: *AICPA, American Accounting Association, Financial Executives Institute, The Institute of Internal Auditors, Institute of Management Accountants*.

Em 2004 surgiu o COSO-ERM (*Enterprise Risk Management- Integrated Framework*), com o objetivo de estabelecer um processo de gestão de riscos corporativos e as suas boas práticas.

O COSO-ERM ajuda as Organizações a perceber o que é o risco, de que modo está presente e de que forma pode afetar adversamente os objetivos estratégicos da Organização e a criação de valor. De acordo com (Morais & Martins, 2013) este modelo é um guia de implementação prática acessível a todas as entidades, que permite tratar eficazmente a incerteza porque ajuda a enfrentar os riscos e a atingir os objetivos. Destina-se a identificar, avaliar e gerir o risco de modo a fornecer uma segurança razoável quanto à realização dos objetivos organizacionais.

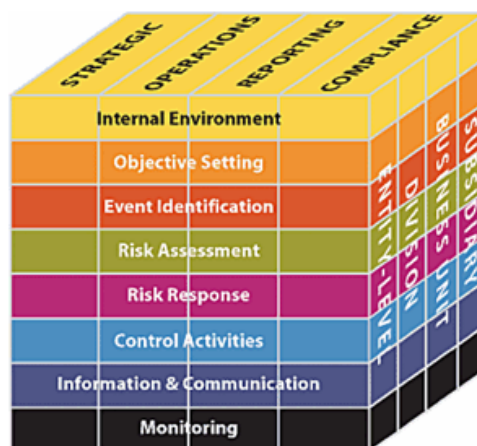


Figura 2.2 - Enterprise Risk Management- Integrated Framework

Fonte: COSO (2019)

Segundo o COSO-ERM a gestão de riscos corporativos é um processo que atravessa toda a Organização e que é colocado em prática pelos gestores, administração e colaboradores. Este modelo é composto por oito componentes, conforme a figura 2.2 e cada uma delas é uma parte importante do modelo, são elas:

✓ **Ambiente Interno:**

- É a base para todas as outras componentes. Define a estrutura Organizacional, a cultura de risco, propensão ao risco, delegação de responsabilidades e autoridade e tudo o que compõe internamente a Organização;
- É influenciado pelo padrão de valores éticos seguido pela Organização e pela existência de meios humanos e materiais suficientes e adequados;
- É influenciado pela qualidade do processo de planeamento estratégico e pelo grau de envolvimento do órgão de administração na atividade desenvolvida.

✓ **Estabelecimento de objetivos:**

Os objetivos devem existir antes de a Organização identificar os eventos que possam afetar o seu alcance. O modelo ERM estabelece quatro categorias de objetivos:

➤ **Estratégicos** - referem-se às metas de nível mais elevado, alinhados com a missão/visão;

➤ **Operacionais** - relacionados com a eficiência e a eficácia das operações incluindo *performance* e objetivos de lucro. O objetivo é a utilização eficaz e eficiente dos recursos.

➤ **Reporting** - relacionados com a eficiência do reporte da Organização. Incluem reporte interno e externo e podem envolver informação financeira ou não;

➤ **Conformidade** - fundamentam-se no cumprimento das leis e dos regulamentos aplicáveis à Organização.

De acordo com (Sousa, 2012) estes objetivos são caracterizados da seguinte forma:

- A um nível mais elevado e diretamente relacionados com a missão e visão estão os objetivos estratégicos;
- A realização dos objetivos estratégicos e operacionais está sujeita a eventos externos à Organização que nem sempre estão sob o seu controlo;
- O objetivo da confiabilidade da informação reportada e o objetivo de cumprimento das leis e regulamentos, já estão numa zona de total controlo da Organização, sendo esperado um grau razoável de segurança que estes sejam cumpridos.

✓ **Identificação de eventos:**

- São identificados os eventos que podem ocorrer e afetar a Organização.

✓ **Avaliação do risco:**

- Permite que a Organização compreenda a extensão com que os eventos potenciais possam ter impacto na realização dos objetivos;
- Os riscos identificados são analisados de duas perspectivas:
 - Probabilidade.
 - Impacto.

✓ **Resposta ao risco:**

- Consiste em avaliar a resposta ao risco e seleccionar a mais adequada para cada um dos riscos identificados;
- As respostas aos riscos podem ser:
 - **Aceitar** - Na aceitação ativa, nada é feito no sentido de prevenir o risco, mas se surgir, são tomadas acções. No caso da aceitação passiva, nada é feito quer surja o risco ou não, pois este não será motivo de preocupação.
 - **Evitar** - A Organização opta por não estar predisposta a lidar com possíveis riscos, por isso abandona a atividade.
 - **Reduzir** - É mitigar a probabilidade ou impacto de um risco até a um nível aceitável;
 - **Partilhar** - É transferir o risco para um terceiro, transferindo os impactos e a responsabilidade.

✓ **Atividades de controlo:**

- São estabelecidas e executadas políticas e procedimentos que garantem que as respostas aos riscos identificadas são postas em prática.
- As atividades de controlo são aplicadas ao longo de toda a Organização, a todos os níveis e a todas as funções;
- Atividades, procedimentos e controlos específicos da Organização.

✓ **Informação e comunicação:**

- A informação relevante é identificada, capturada e comunicada da maneira mais eficaz e eficiente possível e em prazo que permita aos colaboradores exercer as suas responsabilidades;
- A comunicação efetiva também tem de acontecer no seio do conselho de administração e descer e subir dentro da Organização.

✓ **Monitorização:**

A monitorização do processo de ERM pode ser feita de duas formas:

- Monitorização contínua, no decorrer das atividades normais da Organização;
- Monitorização separada, depois das atividades ocorrerem.

O IIA destaca alguns dos benefícios do ERM, conforme enumeram (Morais & Martins, 2013):

- Melhora o conhecimento dos riscos e a sua gestão eficaz;
- Identificação proativa e aproveitamento de oportunidades;
- Resposta rápida às mudanças na envolvente;
- Tomada de decisões mais segura;
- Melhora a credibilidade e confiança;
- Melhora a orientação das ações operacionais;
- Melhora a reputação corporativa;
- Melhora a previsão de possíveis impactos.

Este modelo foca-se na gestão de riscos, na sua identificação e análise. O COSO-ERM introduz o conceito de predisposição para riscos, que é entendido como o montante de risco que a Organização se dispõe a aceitar na criação de valor e introduz também o conceito de tolerância a riscos, que trata o “nível” aceitável do risco no alcance dos objetivos.

3 PLANO ANUAL DE AUDITORIA E AS FASES DO PROCESSO

3.1 O Plano Anual de Auditoria Interna

O Plano Anual de Auditoria Interna (PAAI) é um plano detalhado que se destina a estabelecer a natureza, extensão, profundidade e oportunidade dos procedimentos a adotar, com vista a atingir o nível de segurança desejável, tendo em conta a determinação do risco da auditoria e a definição dos limites de materialidade. Deve ser elaborado no último trimestre do ano imediatamente anterior ao ano a que reporta e definir o âmbito e o universo a auditar, ser consistente com os objetivos definidos e alicerçado numa avaliação do risco, no sentido de identificar as prioridades das acções a desenvolver.

Independentemente do objeto da auditoria e da sua dimensão, o auditor deve planear o seu trabalho desenvolvendo uma estratégia geral e uma metodologia detalhada no que diz respeito à natureza, tempestividade e extensão das acções a desenvolver, de forma a alcançar um grau de eficácia elevado. A extensão do planeamento variará de acordo com:

- A dimensão do universo a auditar;
- A complexidade da auditoria;
- A experiência que o auditor tem desse universo ou Organização;
- O seu conhecimento da respetiva atividade.

O planeamento contribui para que seja prestada a devida atenção a áreas importantes da Organização, sejam identificados potenciais problemas e a coordenação do trabalho possa ser feita por outros auditores e peritos. O plano deve envolver:

- ✓ **A fixação de objetivos:** os objetivos devem ser mensuráveis e estar de acordo com a estratégia de gestão e com os planos operacionais;
- ✓ **A avaliação do risco:** é fundamental para a determinação da prioridade das acções a desenvolver, tendo presente as áreas com maior risco, que possam afetar a eficiência e eficácia da gestão ou originar distorções materialmente relevantes.
- ✓ **O planeamento de acções de auditoria:** o planeamento deve atender ao objeto de auditoria, ao tempo necessário previsto, à necessidade ou não de recursos externos e às datas de reporte.

✓ **Afetação de recursos e orçamentos:** cada acção de auditoria deve ser orçamentada, tendo em consideração a valorização das horas a despende, o custo de formação e treino dos auditores internos, possíveis custos com deslocações e estadias (pouco usual na Auditoria Interna) e com recursos externos, tal como, *outsourcing*. O recurso à contratação de serviços externos poderá ocorrer se não houver recursos internos especializados e disponíveis para realizar determinadas auditorias. Pode ainda, recorrer-se à contratação externa se os custos internos para efetuar auditorias a determinadas atividades forem comparativamente superiores ou o trabalho a efetuar necessitar de reforço temporário de recursos.

3.2 Fases do Processo de Auditoria

De uma forma geral, qualquer auditoria assenta em quatro fases: planeamento, execução, comunicação e *follow-up*.

De seguida é apresentada a figura 3.1 que representa o Processo de Auditoria Interna.

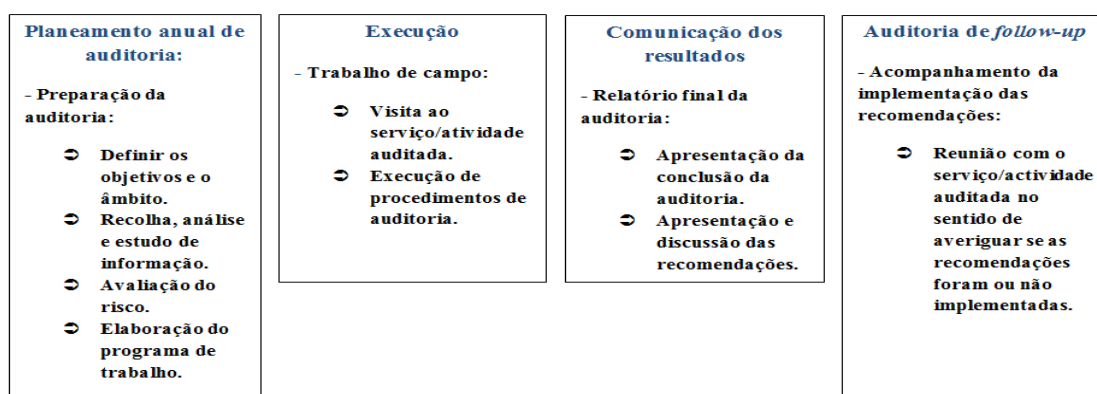


Figura 3.1 – Etapas do Processo de Auditoria Interna

Fonte: Elaboração própria

3.2.1 Planeamento

Tal como refere a **ND-2200 do IIA: Planeamento do trabalho de Auditoria**, “(...) 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.”

Tal como referem (Morais & Martins, 2013), é complicado estabelecer um padrão de auditorias, em virtude das diferentes estruturas organizacionais e estilos de gestão. No entanto, podem estabelecer-se os requisitos mínimos a ter em conta aquando a elaboração dos planos de auditoria, destacando-se os seguintes:

- A dimensão da Organização;
- O setor da atividade a que pertence;
- A filosofia de gestão quanto às normas e políticas obrigatórias implementadas;
- A situação económico-financeira da Organização.

De acordo com a **ND-2201 do IIA: Considerações sobre o planeamento**, no momento da elaboração do plano de auditoria, “(...) *é necessário tomar em consideração:*

- *Os objetivos da atividade que está a ser avaliada e os meios pelos quais a atividade controla o seu desempenho;*
- *Os riscos significativos para a atividade, os seus objetivos, recursos e operações e os meios pelos quais o impacto potencial dos riscos é mantido num nível aceitável;*
- *A adequação e a eficácia dos processos de governança, gestão de riscos e controlos, comparativamente a uma estrutura ou modelo compatível;*
- *As oportunidades para se fazer melhorias nos processos de governança, gestão de riscos e controlos.”*

3.2.1.1 Preparação da auditoria

Tendo por base a recolha de informação e a avaliação do risco, deverão ser preparados programas de trabalho, os quais estabelecem a natureza e a extensão dos procedimentos de auditoria. (Morais & Martins, 2013), defendem que a preparação da auditoria inclui um programa de trabalho que é um plano detalhado de práticas comuns de Auditoria e da avaliação prévia do controlo interno e da gestão de risco, baseada nas normas e políticas estabelecidas pela Organização e nas normas internacionais de AI aceites.

O programa de trabalho, assim como o plano anual de auditoria devem ser revistos sempre que necessário no decurso dos trabalhos, sendo que o programa de trabalho

deverá ser estruturado de forma a servir como guia e meio de controlo e se necessário deverá ser atualizado ou revisto, descrevendo os procedimentos e metodologias de auditoria interna a aplicar.

O programa de auditoria deve:

- Documentar os procedimentos do auditor interno na recolha, análise, interpretação e documentação da informação obtida durante a auditoria;
- Declarar a natureza e extensão dos testes necessários;
- Identificar os aspetos técnicos, os objetivos da atividade, os riscos, processos e procedimentos que vão ser analisados;
- Explanar os objetivos da auditoria.

Segundo (Morais & Martins, 2013) antes de executar o programa de trabalho, o responsável da atividade de Auditoria Interna deverá comunicar ao responsável da área ou do processo a auditar, indicando a intenção da realização da auditoria contendo a data prevista para o começo dos trabalhos. Na comunicação de auditoria deverá constar o alcance, a data da entrevista com o responsável da área ou processo e ainda a duração provável e o nome do auditor(es).

Para (Morais & Martins, 2013), de acordo com a dimensão da entidade e/ou atividade de auditoria, a comunicação poderá ser mais ou menos formal e com maior ou menor antecedência, no entanto, esta política deverá estar devidamente estabelecida.

Segundo a Guia de Implementação (GI) - **2200 do IIA: Planeamento do trabalho**, uma forma de comunicação antes do início dos trabalhos é através de uma reunião inicial, onde podem ser abordados os seguintes tópicos:

- ✓ Os objetivos da auditoria, o âmbito e o calendário do trabalho de auditoria e os auditores internos envolvidos;
- ✓ O processo de comunicar no decorrer da auditoria, tal como, métodos e prazos;
- ✓ Questões e pontos de interesse para a equipa de auditoria.

3.2.2 Execução

De acordo com a **GI - 2310 do IIA: Identificação da informação**, na fase de execução da auditoria, os auditores internos utilizam procedimentos de auditoria ao procurar, identificar e examinar a informação. A informação deve ser suficiente¹⁸, fidedigna¹⁹, relevante²⁰ e útil²¹ para cumprir os objetivos do trabalho de auditoria.

(Morais & Martins, 2013), defendem que o auditor interno tem necessidade de fazer deslocamentos, observações, reuniões, recolha documental a fim de conhecer bem a entidade ou a área sujeita a auditoria. Com a deslocamento ao local, o auditor pretende conhecer as pessoas, a natureza das operações e procedimentos de trabalho, o ambiente de trabalho ou a interligação com outras áreas da Organização, entre outros. A primeira reunião deve ser com o responsável do serviço sujeito a auditoria e no local a auditar.

(Pires, 2010) refere que “(...)a fase de execução da auditoria constitui o core da auditoria, uma vez que é nesta fase que se efetuam todos os tipos de testes aos controlos internos da área sujeita a auditoria, para assim se poderem retirar informações suficientes que permitam retirar elações sobre o funcionamento global do sistema de controlo interno da entidade ou de uma determinada área ou processo específico. É também nesta fase que se detetam alguns tipos de risco, ao ser feita a análise dos controlos existentes e quais as consequências da sua não aplicação ou das falhas dos mesmos.”

Para (Morais & Martins, 2013) “ Uma forma (...) de o auditor obter informação acerca do funcionamento do controlo interno da entidade é efetuar indagações, observações, leitura dos manuais de controlo interno, de procedimentos, de instruções internas e informações similares, dialogando também com os responsáveis de certas áreas da entidade.”

Nesta fase os auditores internos procedem à elaboração dos papéis de trabalho, que devem evidenciar a informação obtida, as análises efetuadas e suportar as conclusões e recomendações a relatar. Os objetivos dos papéis de trabalho, segundo (Morais & Martins , 2013) são:

¹⁸ Informação suficiente é adequada e convincente no sentido de que uma pessoa informada e prudente chegaria às mesmas conclusões a que o auditor chegou, de acordo com a GI 2310.

¹⁹ Informação fidedigna é a informação que é considerada de confiança e a melhor informação possível de ser obtida através de técnicas de auditoria apropriadas, de acordo com a GI 2310.

²⁰ Informação relevante suporta as conclusões e recomendações do auditor, de acordo com a GI 2310.

²¹ Informação útil é obtida pelo auditor e ajuda a Organização a atingir os seus objetivos, de acordo com a GI 2310.

- Confirmar e apoiar as opiniões e os relatórios do auditor;
- Aumentar a eficácia e eficiência da auditoria;
- Ajudar no planeamento, execução e supervisão das auditorias;
- Conservar a prova do trabalho realizado e servir de suporte a trabalhos futuros;
 - Dispor de informações para a preparação dos relatórios e responder a questões da entidade auditada ou de outras partes interessadas;
 - Provar que o auditor cumpriu as normas de auditoria;
 - Servir de suporte para processos judiciais, reclamações de seguros e casos de fraude;
 - Facilitar as revisões por terceiros.

Os papéis de trabalho podem incluir de acordo com (Morais & Martins, 2013):

- Documentos de planeamento e programas de auditoria;
- Questionários de controlo, fluxogramas, listas de verificação;
- Cópias de contratos e acordos importantes;
- Notas e registos resultantes de entrevistas;
- Resultados de avaliações dos controlos;
- Fornecer uma base para avaliar o programa de controlo de qualidade da atividade de auditoria interna;
- Organigramas e descrições de postos de trabalho.

Os documentos de trabalho são guardados em dois tipos de dossiês:

➤ **Dossiê permanente** - engloba todas as informações que o auditor interno considera importantes para consultar na auditoria que está a decorrer e em auditorias futuras.

➤ **Dossiê corrente** - contém as informações específicas para a auditoria que está a decorrer.

Os documentos de trabalho de auditoria são mantidos sob controlo da auditoria interna, acessíveis somente a pessoal autorizado e sujeitos aos mais exigentes critérios de confidencialidade.

O dossiê permanente inclui por norma os seguintes elementos, entre outros:

- ✓ Cópia de documentos legais e regulamentares que regem a atividade da Organização;

- ✓ Cópias de contratos, acordos, atas e outros documentos importantes;
- ✓ Aspectos importantes ocorridos em cada auditoria e registo das decisões tomadas e a sua justificação.

Por sua vez o dossiê corrente inclui entre outros, os seguintes elementos:

- ✓ Lista de procedimentos aplicados em auditorias anteriores;
- ✓ Análise dos riscos de auditoria e a sua atualização;
- ✓ Apreciação do trabalho e dos resultados de auditorias anteriores (internas ou externas) sobre a mesma realidade;
- ✓ Planeamento e programas de auditoria;
- ✓ Registo da natureza e extensão dos procedimentos de auditoria realizados e dos respetivos resultados;
- ✓ Correspondência ou notas respeitantes a assuntos comunicados ou debatidos no âmbito da auditoria realizada;
- ✓ Cópia das demonstrações financeiras caso sejam objeto de auditoria;
- ✓ Cópia dos relatórios emitidos pelo auditor.

No caso de auditorias recorrentes, alguns dos documentos de trabalho classificados como de arquivo corrente podem passar a arquivo permanente, devendo neste caso ser mantidos de forma atualizada.

Conclui-se que os papéis de trabalho devem explicitar as ações desenvolvidas e comprovar os factos relatados, devendo fundamentar as observações e as recomendações servindo para fornecer o suporte principal para o relatório de auditoria. Os documentos de trabalho podem estar suportados em papéis e/ou em tecnologias informáticas contendo registos e componentes digitalizados, consoante a natureza, o objetivo e o âmbito da auditoria e os recursos informáticos utilizados.

3.2.2.1 Testes de auditoria

Os procedimentos de auditoria são tarefas que os auditores executam com o objetivo de obterem as provas necessárias para a emissão do seu parecer no relatório final. A determinação da natureza e extensão dos procedimentos de auditoria compreende a

selecção da quantidade e qualidade dos procedimentos a executar e a combinação adequada dos vários tipos de testes/procedimentos: testes aos controlos e testes substantivos. Estando na posse de prova suficiente e adequada, o auditor interno está em condições de elaborar as conclusões e recomendações a apresentar no relatório. São identificados no quadro 3.1 alguns tipos de prova mais e menos credível:

Quadro 3.1 – Tipos de Prova

Mais credível	Menos Credível
<ul style="list-style-type: none">• Documentadas.• Opiniões de especialistas ou de profissionais informados.• De sistemas com um bom controlo interno.• Confirmadas.• Independentes da opinião do auditor.	<ul style="list-style-type: none">• Simples opiniões.• Opiniões deficientemente fundamentadas.• De sistemas com um fraco controlo interno.• Não confirmadas.• Influenciadas pelo auditor.

Fonte: Morais & Martins (2013)

Os testes ao controlo são utilizados para determinar se os procedimentos internos instituídos pela Organização estão a ser cumpridos pelos seus colaboradores. São executados para obter prova de auditoria relativamente à eficácia:

⇒ **Da conceção do sistema de controlo interno:**

⇒ Os testes de controlo focados na eficácia da conceção dos controlos têm como objetivo avaliar se estes estão ou não adequadamente concebidos, para detetar distorções materialmente relevantes.

⇒ **Do funcionamento dos controlos internos durante o período em análise:**

⇒ Os testes de controlo dirigidos à eficácia do funcionamento dos controlos têm como propósito avaliar a forma, a consistência e quem aplicou os controlos durante o período de auditoria.

Mesmo que alguns dos procedimentos levados a efeito para obter a compreensão do controlo interno possam não ter sido planeados como testes de controlo, eles podem proporcionar prova de auditoria sobre a eficácia da conceção e funcionamento dos controlos internos relevantes para determinadas asserções e consequentemente servir como testes de controlo.

Os testes substantivos são utilizados para obter provas suficientes e convincentes sobre as transações ou asserções, que lhe proporcionem fundamentação para a sua opinião sobre determinados factos. No caso de serem auditadas transacções, os objetivos fundamentais dos testes substantivos são a confirmação de:

- **Existência real:** as transacções registadas realmente ocorreram;
- **Integridade:** não existem transações por registar;
- **Avaliação e aferição:** os itens que compõem determinada transacção foram corretamente avaliados e aferidos;
- **Partes interessadas:** os interessados num determinado registo obtiveram as informações na sua totalidade.
- **Divulgação:** as transações foram corretamente divulgadas.

Para a obtenção de prova de auditoria deverão ser executados testes de auditoria, devendo o auditor adotar entre outros, os seguintes procedimentos:

- **Inspeção de registos ou documentos** - consiste em examinar registos ou documentos, internos ou externos, em forma de papel, electrónica ou outra.
- **Observação** - consiste em olhar para um processo ou procedimento que está a ser desempenhado pelos colaboradores que diz respeito à área auditada. A observação é uma prova de auditoria limitada ao momento no qual a observação tem lugar, pois o facto de o colaborador ser observado pode afetar a forma como o processo ou procedimento é executado.
- **Inquérito** - consiste em obter informação de pessoas conhecedoras, podendo ser de forma formal ou informal. Nalguns casos, as respostas podem proporcionar um fundamento para o auditor modificar ou executar procedimentos adicionais de auditoria.
- **Confirmação** - é o processo de obter uma declaração de informação ou de uma condição existente, sendo usada frequentemente em relação a saldos de contas e aos seus componentes.
- **Reexecução** - consiste na verificação do rigor de documentos ou de registos, é a execução independente de procedimentos ou controlos do auditor, quer manualmente, quer por intermédio do uso de técnicas de auditoria com recurso à informática.

➤ **Procedimentos analíticos na revisão das demonstrações financeiras -**

consistem na avaliação da informação financeira, feita por relacionamentos plausíveis entre dados financeiros e não financeiros.

É através da correta aplicação deste tipo de testes substantivos que o auditor obtém evidências sobre os saldos/transações ou asserções apresentadas pela Organização. Como grande parte do trabalho do auditor concretiza-se na obtenção e avaliação de evidências que suportem a sua opinião, o auditor pode usar de forma isolada ou combinada os vários tipos de procedimentos de auditoria: inspeção, observação, inquérito, confirmação, repetição das operações e procedimentos analíticos.

Sendo o objetivo principal do auditor no que respeita à qualidade do seu trabalho, reduzir ao mínimo possível a possibilidade da sua opinião não ser consistente com a realidade que pretende certificar, os procedimentos analíticos podem ser fonte direta de prova de auditoria e ajudam a reduzir o risco atribuível a uma qualquer auditoria assim como a quantidade de outros testes substantivos a executar.

Os procedimentos analíticos são fundamentais em todas as fases de um processo de auditoria, desde o seu planeamento até à revisão final antes da emissão da última versão do relatório. Sempre que forem utilizados numa fase intercalar da auditoria, o auditor pode ter que realizar procedimentos analíticos adicionais ou combinados com testes de controlo para poder aplicar as conclusões dessa fase até ao final do período a auditar.

No que respeita à extensão da execução de procedimentos substantivos, quanto maior for o risco de distorção material, maior é a extensão de procedimentos substantivos.

3.2.3 Comunicação dos resultados

É através dos relatórios que a auditoria interna comunica o trabalho realizado, as conclusões a que chegou, as recomendações a serem implementadas e as ferramentas necessárias a essa implementação. O relatório representa um dos documentos mais relevantes do auditor interno, visto que é por este meio que comunica aos diferentes destinatários as conclusões do seu trabalho.

De acordo com (Morais & Martins, 2013), os objetivos do relatório de auditoria 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 do trabalho realizado;
- ✓ Induzir os destinatários para a necessidade da implementação das recomendações;
- ✓ “Vender” o trabalho ou justificar o propósito da existência de um departamento de auditoria interna na Organização auditada;
- ✓ Avaliar o trabalho do auditor.

O relatório deve ter um tempo para ser elaborado, não deve conter erros ou distorções e deve conter os seguintes requisitos gerais, de acordo com (IGAS, n.d) sendo:

- **Claro** - facilmente entendido e lógico. A clareza pode ser melhorada evitando uma linguagem técnica desnecessária e dando suficiente informação de suporte.
- **Conciso** - vai direto ao assunto e evita detalhes desnecessários. O objetivo é que cada pensamento seja compreendido mas expresso sucintamente.
- **Construtivo** - é útil para a tomada de decisão e é a base para a implantação de melhorias necessárias.
- **Completo** - inclui toda a informação e observação relevante para apoiar as conclusões e recomendações.
- **Oportuno** - emitido em tempo adequado e sem atrasos.
- **Imparcial** - as observações, conclusões e recomendações devem ser expressas sem preconceito, interesses pessoais e influência de terceiros.

Segundo (Morais & Martins, 2013), o auditor interno não deve escrever nada que não tenha sido previamente discutido com os auditados, de acordo com o princípio da transparência. Dever ser dada a oportunidade ao auditado de esclarecer os pontos concretos da auditoria para expressar os seus pontos de vista sobre as conclusões e recomendações. Antes da emissão do relatório definitivo é recomendável fazer uma revisão da minuta (rascunho do relatório) com o responsável da área auditada, pois isso permite que se faça uma verificação acerca se existem mal entendidos.

Os relatórios de auditoria podem ser classificados conforme o quadro 3.2:

Quadro 3.2 – Tipos de Relatórios

Tipos de Relatórios	Descrição
Relatórios ordinários	Relacionados com a implementação do Plano Anual de Auditoria. Devem incluir uma primeira parte com a explicação do trabalho realizado e as conclusões obtidas. Na segunda parte devem apresentar os erros e/desvios detetados e as medidas corretivas propostas.
Relatórios especiais	Podem resultar de um pedido da Administração para ser abordado um tema ou área específica. O seu conteúdo adaptar-se-á ao objetivo da auditoria.
Relatórios intercalares	Quando no decurso de um trabalho de longa duração, se detetam incidentes que pela sua relevância, justificam o respetivo reporte antecipado á Administração. Servem ainda para comunicar modificações no âmbito da auditoria.
Relatórios amplos	Caso se destinem à Administração ou a um nível hierárquico mais elevado, a informação contida deve ser clara, concisa e referente unicamente a questões de carácter geral. Se se destinarem a um nível hierárquico inferior, a informação deve ser mais ampla, para que permita conhecer melhor os aspetos específicos da área auditada. A informação detalhada deve conter: <ul style="list-style-type: none">• A descrição do âmbito do trabalho e o seu objetivo;• Os testes realizados;• O tamanho e a forma de obtenção das amostras;• Todo o tipo de comentários adicionais que possa facilitar ao leitor o entendimento do circuito das operações e uma conclusão sobre os resultados dos trabalhos.
Relatórios curtos	Devem conter uma descrição curta do âmbito do trabalho, identificação das principais deficiências, no caso em que estas tenham um efeito significativo nas operações e nos processos da Organização e uma conclusão sobre os resultados do trabalho e as respetivas recomendações.
Relatórios de sugestões	São memorandos, onde constam todas as recomendações tendentes a corrigir as deficiências observadas durante a execução da auditoria. Devem conter outro tipo de sugestões que possam conduzir a uma melhoria do controlo interno no geral.
Relatórios de diagnóstico	São relatórios claros e inequívocos sobre o problema existente/diagnóstico feito.

Fonte: Adaptado de Moraes & Martins (2013)

De acordo com a **GI -2440 do IIA: Divulgação dos resultados**, os relatórios de auditoria devem ser distribuídos aos membros da Organização, capazes de assegurar que aos resultados da auditoria seja dada a devida consideração. Significa que devem ser enviados àqueles que estejam em condições de tomar acções corretivas ou assegurar que sejam tomadas.

Segundo (Moraes & Martins , 2013), a divulgação do relatório deve ser feita:

- À direcção da qual depende a área auditada;
- Ao diretor da área ou unidade de trabalho, onde se tenha realizado a auditoria;
- Aos diretores da área operacional auditada;

➔ A todos os restantes níveis de responsabilidade relacionados com a área objeto de exame.

De frisar que “*poderá existir informação que não é apropriada para divulgação a todos os destinatários do relatório, por ser confidencial, reservada ou relacionada com atos impróprios ou ilegais.*”

3.2.4 Auditoria de *follow-up*

(Morais & Martins, 2013) referem que o *follow-up* é a fase do processo de auditoria que distingue a Auditoria Interna da Externa. Enquanto que o trabalho do auditor externo termina com a comunicação dos resultados, o auditor interno dá continuidade ao processo, acompanhando a implementação das recomendações por si elaboradas.

A **ND-2500 do IIA: Seguimento dos resultados comunicados à Gestão**, refere que “*(...) o responsável pela auditoria interna deve estabelecer e manter um sistema para monitorizar o efeito dos resultados comunicados à Gestão.*”

Conclui-se que o *follow-up* é um processo através do qual os auditores internos avaliam a adequação, a eficácia e a oportunidade das medidas tomadas pelo Órgão de Gestão em relação às observações e recomendações constantes no relatório final de auditoria interna, como também as elaboradas pelos auditores externos ou outras entidades externas de controlo. Os auditores internos elaboram um relatório dos resultados da revisão de *follow-up* que será entregue ao responsável que recebeu o relatório final de auditoria.

4 A AUDITORIA INTERNA NOS HOSPITAIS DO SNS

4.1 Enquadramento do SNS em Portugal

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) é o conjunto de instituições e serviços, dependentes do Ministério da Saúde, que têm como missão garantir o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde. O SNS foi criado em 1979 com a publicação da Lei nº 56/79 de 15 de setembro após estarem reunidas as condições políticas e sociais, até à data a assistência médica competia às famílias, instituições privadas e aos serviços médico-sociais da previdência.

São beneficiários do SNS todos os cidadãos portugueses, os cidadãos nacionais de Estados membros da União Europeia, nos termos das normas comunitárias aplicáveis e ainda os cidadãos estrangeiros residentes em Portugal, em condições de reciprocidade e os apátridas residentes em Portugal.

4.1.1 A evolução do Serviço Nacional de Saúde nas últimas décadas

Quadro 4.1 – A evolução do SNS

Ano	Descrição
1979	<p>A Lei nº 56/79 de 15 de setembro, cria o Serviço Nacional de Saúde, no âmbito do Ministério dos Assuntos Sociais enquanto instrumento do Estado para assegurar o direito à proteção da saúde, nos termos da Constituição. O acesso é garantido a todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica e social, bem com aos estrangeiros, em regime de reciprocidade, apátridas e refugiados políticos.</p> <p>O SNS envolve todos os cuidados integrados de saúde, compreendendo a promoção e vigilância da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico e tratamento dos doentes e a reabilitação médica e social. Define que o acesso é gratuito, mas contempla a possibilidade de criação de taxas moderadoras, a fim de racionalizar a utilização das prestações.</p>
1981	<p>A carreira de enfermagem é aprovada pelo Decreto-Lei nº 305/81 de 12 de novembro, procurando responder a situações de injustiça criadas ou agravadas pelo Decreto-Lei nº 534/76 de 8 de Julho, que aprovara o quadro do pessoal de enfermagem do Ministério dos Assuntos Sociais.</p>
1983	<p>O Decreto-Lei nº 344-A/83 de 25 de julho, que aprova a Lei Orgânica do IX Governo Constitucional, cria o Ministério da Saúde. A autonomia é ditada pela importância do setor, pelo volume dos serviços, pelas infraestruturas que integra e pela importância que os cidadãos lhe reconhecem.</p>

1986	<p>O Decreto-Lei nº 57/86 de 20 de março, regulamenta as condições de exercício do direito de acesso ao Serviço Nacional de Saúde. O diploma visa estabelecer uma correta e racional repartição dos encargos do Serviço Nacional de Saúde, quer pelos chamados subsistemas de saúde, quer ainda por todas as entidades de qualquer natureza que, por força da lei ou de contrato, sejam responsáveis pelo pagamento da assistência a determinados cidadãos.</p>
1992	<p>O Decreto-Lei nº 54/92 de 11 de abril, estabelece o regime de taxas moderadoras para o acesso aos serviços de urgência, consultas e a meios complementares de diagnóstico e terapêutica em regime de ambulatório, bem como as suas isenções. O diploma sublinha os princípios de justiça social que impõem que pessoas com maiores rendimentos e que não são doentes crónicos ou de risco paguem parte da prestação dos cuidados de saúde de que sejam beneficiários, para que outros, mais carenciados e desprotegidos, nada tenham que pagar.</p>
1999	<p>São estruturados os serviços de saúde pública, no âmbito dos quais se integra o exercício dos poderes de autoridade de saúde enquanto poder-dever de intervenção do Estado na defesa da saúde pública, na prevenção da doença e na promoção da saúde. O Decreto-Lei nº 286/99 de 27 de julho que estabelece a organização dos serviços de saúde pública, dita que a implantação se opera a dois níveis: o regional e o local.</p>
2003	<p>O Decreto-Lei nº 60/2003 de 1 de abril, cria a rede de cuidados de saúde primários. Para além de garantir a sua missão específica tradicional de providenciar cuidados de saúde abrangentes aos cidadãos, a rede deve também constituir-se e assumir-se em articulação permanente com os cuidados de saúde hospitalares e os cuidados de saúde continuados, como um parceiro fundamental na promoção da saúde e na prevenção da doença.</p> <p>Através do Decreto-Lei nº 173/2003 de 1 de agosto, revêem-se as taxas moderadoras, com o objetivo de moderar, racionalizar e regular o acesso à prestação de cuidados de saúde, reforçando o princípio de justiça social no Sistema Nacional de Saúde.</p> <p>Por via do Decreto-Lei nº 309/2003 de 10 de dezembro, nasce a Entidade Reguladora da Saúde.</p>
2006	<p>O Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de junho, cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, visando dar resposta ao progressivo envelhecimento da população, ao aumento da esperança média de vida e à crescente prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes.</p>
2007	<p>Surgem as primeiras unidades de saúde familiar, dando corpo à reforma dos cuidados de saúde primários.</p>
2011	<p>Com o objetivo de facilitar o acesso dos cidadãos aos medicamentos e promover a prescrição eletrónica, com a desmaterialização de todo o circuito administrativo do medicamento, foi aprovada a Portaria nº 198/2011 de 18 de maio. A prescrição eletrónica serve para aumentar a qualidade da prescrição e incrementar a segurança do circuito do medicamento, serve também para estimular a comunicação entre os profissionais das diferentes instituições e diminuir o risco de erro ou confusão na prescrição. Esta medida permite combater a fraude.</p>

2014	O Decreto-Lei nº 110/2014 de 10 de julho, cria no âmbito do Ministério da Saúde, o Fundo para a Investigação em Saúde, visando o fortalecimento das atividades de investigação para proteção, promoção e melhoria da saúde das pessoas e assim obter ganhos em saúde. A investigação em saúde é considerada instrumental para a melhoria contínua da qualidade, formação de profissionais e projeção internacional do país numa área de grande competitividade, onde os ganhos com a produção de conhecimento podem ser significativos.
-------------	---

Fonte: Adaptado do Website do Serviço Nacional de Saúde – História do SNS

4.2 O Ministério da Saúde, os Serviços e estabelecimentos do SNS

O Estado assegura o direito à proteção da saúde através do Serviço Nacional de Saúde que abrange todas as instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde dependentes do Ministério da Saúde (MS).

Fazem parte do SNS todos os serviços e entidades públicas prestadoras de cuidados de saúde, tais como:

- Os agrupamentos de centros de saúde;
- Os estabelecimentos hospitalares, independentemente da sua designação;
- As unidades locais de saúde.

De acordo com a Lei Orgânica do Ministério da Saúde aprovada pelo Decreto-Lei nº 124/2011 de 29 de dezembro, no seu artigo 1º do Capítulo I - Missão e atribuições, é referido que o Ministério da Saúde, tem como missão definir e conduzir a política nacional de saúde, garantindo uma aplicação e utilização sustentáveis dos recursos e a avaliação dos seus resultados. O artigo 2º refere que são atribuições do MS:

- Assegurar as ações necessárias à formulação, execução, acompanhamento e avaliação da política nacional de saúde;
- Exercer, em relação ao Serviço Nacional de Saúde, funções de regulamentação, planeamento, financiamento, orientação, acompanhamento, avaliação, auditoria e inspeção;
- Exercer funções de regulamentação, inspeção e fiscalização relativamente às atividades e prestações de saúde desenvolvidas pelo setor privado, integradas ou não no sistema de saúde, incluindo os profissionais neles envolvidos.
- Gerir o subsistema de saúde da Administração Pública.

Por sua vez o artigo 4º e artigo 5º do mesmo diploma, referem respetivamente quais os serviços centrais que fazem parte da administração direta do Estado e quais os organismos que se enquadram na administração indireta do Estado. Fazem parte da administração direta do Estado:

- A Secretaria-Geral;
- A Inspeção Geral das Atividades em Saúde (IGAS);
- A Direção Geral da Saúde;
- O Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências;
- A Direção Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas.

Quanto à administração indireta do Estado, fazem parte os seguintes organismos sob superintendência e tutela do ministro da saúde:

- A Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS);
- O INFARMED;
- O Instituto Nacional de Emergência Médica;
- O Instituto Português do Sangue e da Transplantação;
- O Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.

São ainda considerados organismos sob a superintendência e tutela do respetivo ministro, os seguintes organismos periféricos:

- A Administração Regional de Saúde do Norte;
- A Administração Regional de Saúde do Centro;
- A Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo;
- A Administração Regional de Saúde do Alentejo;
- A Administração Regional de Saúde do Algarve.

4.3 A Inspeção Geral das Atividades em Saúde – IGAS

A Inspeção Geral das Atividades em Saúde é um dos serviços centrais da administração direta do Estado que tem como missão assegurar no âmbito das competências legalmente cometidas ao Governo, o cumprimento da lei e elevados níveis técnicos de atuação, em todos os domínios da prestação dos cuidados de saúde, quer pelos organismos do Ministério da Saúde ou por este tutelados, quer ainda pelas entidades públicas, privadas ou do setor social.

De acordo com a página *Web* do SNS a IGAS realiza ações de natureza inspetiva, disciplinar, ou não tipificadas, destinadas à prevenção e deteção da corrupção e da fraude no setor da saúde. Caracteriza-se por ser uma entidade credível, rigorosa, independente e coerente na realização das suas funções.

4.4 A Administração Central do Sistema de Saúde – ACSS

A Administração Central do Sistema de Saúde, é um Instituto Público criado em 2007 integrado na administração indireta do Estado, com autonomia administrativa e financeira que executa as orientações do Ministério da Saúde e está sob a sua superintendência e tutela. Tem como principais desafios a contribuição para a eficiência e a sustentabilidade do SNS, o aumento da transparência no funcionamento do SNS e potenciar o capital humano e melhorar o desempenho dos profissionais de saúde.

Segundo a página *Web* do SNS, a sua missão recai em assegurar a gestão dos recursos humanos, financeiros e das instalações e equipamentos do SNS e os seus valores são os seguintes: competência, inovação, transparência e ética.

No que respeita às funções desempenhadas pela ACSS, estas consistem entre outras em:

- ✓ Planear e coordenar os recursos financeiros do SNS;
- ✓ Desenvolver políticas de recursos humanos no setor da Saúde, incluindo a regulação profissional;
- ✓ Coordenar e centralizar a elaboração de informação e estatísticas sobre produção, desempenho assistencial, recursos humanos e financeiros no SNS;
- ✓ Fornecer o SNS com os adequados sistemas de informação e comunicação e mecanismos de racionalização de compras, através da Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS);
- ✓ Coordenar a gestão das instalações e equipamentos de saúde no SNS, visando uma organização integrada e a racionalização da rede hospitalar, dos cuidados de saúde primários, da rede nacional de cuidados continuados integrados, incluindo a área de saúde mental e da rede nacional de cuidados paliativos.

4.5 A Auditoria Interna nos Hospitais EPE

4.5.1 Os Hospitais EPE no Serviço Nacional de Saúde

De acordo com (Semedo & Roque, 2013), a AI nos hospitais tem-se destacado como um instrumento de controlo adequado e eficiente para fazer face às necessidades da gestão e responder às solicitações em ambiente hospitalar, na qual deverá apoiar a Organização onde está inserida na identificação e avaliação às exposições significativas ao risco, no estabelecimento de controlos efetivos e na proposta de recomendações para a melhoria do processo de *governance*.

A primeira alteração à Lei de Bases da Saúde, Lei nº 27/2002 de 8 de Novembro, definiu 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. O Decreto-Lei nº 233/2005 de 29 de dezembro, procedeu a uma nova mudança no estatuto dos hospitais públicos, transformando os hospitais com o estatuto de Sociedade Anónima de capitais exclusivamente públicos em Entidades Públicas Empresariais. Este decreto para além de criar as Entidades Públicas Empresariais, estabeleceu o regime jurídico e aprovou os estatutos aplicáveis a todas as unidades de saúde com natureza de Entidade Empresarial e Pública.

Tendo em consideração o Anexo II ao Decreto-Lei nº 233/05 de 29 de dezembro, alterado e republicado pelo Decreto-Lei nº 12/2015 de 26 de janeiro, o artigo 1º - *Natureza e duração* do Capítulo I, refere que o Hospital Entidade Pública Empresarial (EPE) é uma pessoa coletiva de direito público de natureza empresarial dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, nos termos do regime jurídico do setor empresarial do Estado e das empresas públicas e do artigo 18º do anexo da Lei nº 27/2002 de 8 de novembro. O Hospital EPE é constituído por tempo indeterminado.

O artigo 2º - *Objeto*, menciona que o Hospital EPE tem por objeto principal a prestação de cuidados de saúde à população, designadamente aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde e aos beneficiários dos subsistemas de saúde, ou de entidades externas que com ele contratualizem a prestação de cuidados de saúde e a todos os cidadãos em geral. O Hospital EPE também tem por objeto desenvolver atividades de investigação, formação e ensino, sendo a sua participação na formação de profissionais de saúde dependente da respetiva capacidade formativa.

Os Hospitais EPE apresentam uma série de pontos em comum, de acordo com os respetivos diplomas criadores e estatutos por estes aprovados, dos quais se destacam entre outros:

1) Conforme o artigo 3º do Anexo III- *Capital Estatutário* do DL nº 12/2015 de 26 de janeiro, o capital estatutário do hospital EPE é o fixado no Anexo I do decreto-lei que aprova os presentes Estatutos. O capital estatutário é detido pelo Estado e é aumentado ou reduzido por despacho dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde.

2) Os Hospitais EPE estão sujeitos à superintendência do Ministério da Saúde e aos poderes de tutela conjunta do Ministério das Finanças e da Saúde;

3) O endividamento dos Hospitais EPE não pode exceder em qualquer momento o limite de 30% do respetivo capital estatutário;

4) Segundo o artigo 5º do Anexo II - *Órgãos* do DL nº 12/2015 de 26 de janeiro, são órgãos do Hospital EPE: o conselho de administração, o fiscal único e o conselho consultivo.

5) O conselho de administração é composto pelo presidente e um máximo de quatro vogais, que exercem funções executivas, em função da dimensão e complexidade do Hospital EPE, sendo um dos membros o diretor clínico e outro o enfermeiro-diretor. O mandato dos membros do conselho de administração tem a duração de três anos e é renovável, até ao máximo de três renovações consecutivas, permanecendo aqueles no exercício das suas funções até à designação dos novos titulares, tal como refere o artigo 6º - *Composição e mandato* do Decreto-Lei supra referido;

6) Em cada hospital EPE são imperativamente constituídas as seguintes comissões:

- a) Ética
- b) Qualidade e segurança do doente;
- c) Controlo da infeção hospitalar;
- d) Farmácia e terapêutica.

As comissões de apoio técnico são órgãos de carácter consultivo, que têm por função colaborar com o conselho de administração por sua iniciativa ou a pedido, de acordo com o Artigo 21º do Anexo II- *Comissões de apoio técnico* do Decreto - Lei 233/2005;

7) Os Hospitais EPE têm obrigatoriamente de constituir uma reserva legal não inferior a 20% dos resultados apurados em cada exercício e uma reserva para investimentos, sendo que a reserva legal pode ser utilizada para cobrir eventuais prejuízos do exercício, pelo artigo 23º do Anexo II - *Reservas e fundos*, do mesmo DL;

8) De acordo com o artigo 22º - *Instrumentos de gestão previsional* e o artigo 25º - *Documentos de prestação de contas*, do mesmo anexo, a gestão financeira e patrimonial do hospital EPE rege-se pelos seguintes instrumentos de gestão previsional: 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. Por sua vez, os instrumentos de prestação de contas do Hospital EPE a elaborar anualmente com referência a 31 de dezembro, são os seguintes: relatório do conselho de administração e proposta de aplicação dos resultados; relatório sobre a execução anual do plano plurianual de investimentos; balanço e demonstração de resultados; demonstração de fluxos de caixa; anexo ao balanço e demonstração de resultados; relação dos empréstimos contraídos a médio e longo prazo; certificação legal de contas e o relatório e parecer do fiscal único.

4.5.2 A Auditoria Interna e o Controlo Interno no SNS

O Serviço de Auditoria Interna (SAI) foi criado pelo Decreto-Lei nº 244/2012, de 9 de novembro, sendo que até então, a função de Auditoria Interna em qualquer Hospital EPE regia-se pelo artigo 17º - *Auditor Interno*, do anexo II do Decreto-Lei nº 233/2005 de 29 de dezembro. Atualmente, no âmbito da sua atividade, o SAI colabora com a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) e a Inspeção Geral das Atividades de Saúde (IGAS).

O SAI conjuntamente com todos os serviços de um Hospital,EPE deve melhorar de forma contínua a sua performance e monitorizar os seus planos de ação, de modo a contribuir para: a eficiência e eficácia das operações e processos, para a confiança e integridade da informação financeira e operacional, para a salvaguarda dos ativos e por último para a conformidade com a legislação, regulamentos e contratos.

No sentido de obter dados e informação adequada para o desenvolvimento do seu trabalho, o SAI tem acesso livre a registos, documentação, computadores, instalações e pessoal do Hospital, com exceção dos registos clínicos individuais dos utentes.

Segundo o artigo 17º da secção III do DL nº 233/2005 de 29 de dezembro, competia ao auditor interno 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, ao auditor interno competia:

- a) Fornecer ao conselho de administração análises e recomendações sobre as atividades revistas para melhoria do funcionamento dos serviços;
- b) Receber as comunicações de irregularidades sobre a organização e funcionamento do hospital EPE apresentadas pelos demais órgãos estatutários, trabalhadores, colaboradores, utentes e cidadãos em geral;
- 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.

Em 2017, o Serviço de Auditoria Interna passou a reger-se pelo artigo 19º do Anexo II do Decreto-Lei nº18/2017 de 10 de fevereiro, diploma que aborda os estatutos dos Hospitais, Centros Hospitalares e Institutos Portugueses de Oncologia EPE. O SAI possui ainda objetivos de reporte e de conformidade:

- Elaborar o plano de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas e os respetivos relatórios anuais de execução – artigo 19º, nº2 alínea e) e nº13 do DL supra citado;
- Relatórios de Execução Financeira Trimestral – Circular Normativa 20/2016 da ACSS sobre a operacionalização do Despacho nº 7709-B/2016 de 9 de junho;
- Reporte de informação relativa às ações de controlo interno desenvolvidas semestralmente – Instrução nº1/2016 da IGAS;
- Reporte de informação relativa ao plano anual de auditoria interna – Instrução nº1/2016 da IGAS;
- Relatório do Governo Societário – Decreto-Lei nº 133/2013 de 3 de outubro.

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, segundo o artigo 17º do DL n.º 233/2005 de 29 de Dezembro. Contudo, foi efetuada atualização deste ponto, sendo que o artigo 19º n.º 3 do Anexo II do DL n.º 18/2017 de 10 de fevereiro, que altera o DL 233/2005, menciona que o auditor interno passou a poder exercer as suas funções apenas pelo período de três anos, renovável por iguais períodos até ao limite máximo de três renovações consecutivas ou interpoladas.

O auditor interno é recrutado pelo conselho de administração e deve reunir os seguintes requisitos: qualificação técnica, competências e experiência em auditoria e inscrição no organismo nacional que regula a atividade de auditoria interna, o IPAI, exercendo as suas funções a tempo inteiro, de acordo com as normas internacionais para a prática profissional de auditoria interna e gestão de riscos. O plano anual de auditoria e o relatório anual de auditoria são aprovados e submetidos pelo Conselho de Administração à ACSS, à Direção-Geral do Tesouro e Finanças (DGTF), à Inspeção Geral de Finanças (IGF) e à IGAS, assim como também é comunicado às mesmas entidades a identidade do auditor interno e as datas de início e fim de funções.

De acordo com o artigo 17º do Capítulo II do anexo II, ao DL n.º 233/2005 de 29 de dezembro, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 12/2015 de 26 de janeiro, o Hospital, EPE dispõe de um sistema de controlo interno e de comunicação de irregularidades, competindo ao Conselho de Administração assegurar a sua implementação e manutenção e ao SAI a responsabilidade pela sua avaliação. O sistema de controlo interno compreende o conjunto de estratégias, políticas, processos, regras e procedimentos estabelecidos no Hospital, EPE com vista a garantir:

- Um desempenho eficiente da atividade que assegure a utilização eficaz dos ativos e 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 no nível interno como no externo;

➔ O respeito pelas disposições legais e regularmente 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.

De forma a serem uniformizados os trabalhos de Auditoria Interna dentro dos Hospitais EPE e outras unidades de saúde, em 2007 foi criado pela ACSS um Manual Padrão de Auditoria Interna, incidindo sobre os princípios, conceitos e técnicas de trabalho com exemplos de documentos, assim como questionários de controlo interno e programas de trabalho standardizados, tendo como objetivo principal promover a implementação da AI como função de apoio à Administração e à Organização em geral.

O auditor interno tem vindo a demonstrar um papel importante no apoio à boa gestão e ao funcionamento eficiente e adequado do sistema de controlo interno, na medida em que atua como um elemento externo à Organização, identificando pontos fracos, aspetos a melhorar ou a corrigir no sentido da melhoria contínua.

5 APRESENTAÇÃO DA ENTIDADE ACOLHEDORA E O SEU SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA

5.1 Enquadramento histórico e institucional

Os primeiros passos na organização da luta contra o cancro foram dados no ano de 1907 pelo professor Francisco Soares Branco Gentil, razão pela qual o Instituto Português de Oncologia do Porto é designado por IPO-Porto Francisco Gentil, tal como o Instituto de Coimbra e de Lisboa. De seguida é apresentado o quadro 5.1 que aborda os principais acontecimentos históricos do Instituto Português de Oncologia do Porto, do ponto de vista do estagiário.

Quadro 5.1 – Principais acontecimentos históricos no IPO-Porto

Ano	Descrição
1907	A dedicação e entusiasmo do professor Francisco Soares Branco Gentil, especialista de renome internacional especializado em oncologia, leva Portugal a dar os primeiros passos na luta contra o cancro.
1974	Inauguração do Centro Regional do Norte do Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil.
1979	Entra em funcionamento o primeiro pavilhão de internamento, mais tarde designado por pavilhão de Medicina.
1996	Inaugurada a unidade de cuidados continuados em parceria com a Liga Portuguesa Contra o Cancro
2002	Passagem a Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, S.A.
2005	Passagem a Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE.
2014	O IPO Porto comemora 40 anos de cuidados oncológicos à população da região norte com altos índices de sucesso nos tratamentos aplicados.
2015	O IPO-Porto recebe Medalha de Ouro por serviços distintos na área da saúde, entregue pelo ministro da saúde, Paulo Macedo. Dirigentes de mais de 70 institutos oncológicos europeus estiveram reunidos no IPO-Porto para debater as melhores práticas de organização dos cuidados oncológicos.

Fonte: Adaptado do Website do IPO-Porto

De acordo com regulamento interno²², o Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, Entidade Pública Empresarial, criado pelo DL nº 233/2005, de 29 de dezembro, designado por IPO-Porto tem sede no Porto, na rua Dr. António Bernardino de Almeida, 4200-072 Porto e é uma pessoa coletiva de direito público de natureza

²² Regulamento Interno disponível no site do IPO-Porto em: <http://www.ipoportor.pt/nos-ipo/institucional/sobre-o-ipo/> (consultado em 26/09/2019)

empresarial, dotada de autonomia financeira, administrativa e patrimonial, nos termos do regime jurídico do setor empresarial do Estado e das empresas públicas e do artigo 18º do anexo da Lei nº 27/2002, de 8 de Novembro. O IPO-Porto rege-se pelo Regulamento Interno e pela seguinte legislação:

- Diploma de transformação em entidade pública empresarial (DL nº 233/2005, de 29 de Dezembro) e seus Estatutos constantes dos anexos I e II;
- Regime jurídico do setor empresarial do Estado e das empresas públicas;
- Lei da Gestão Hospitalar (Lei nº 27/2002, de 8 de novembro);
- Normas em vigor para o Serviço Nacional de Saúde.

O regulamento interno supra referido menciona que sem prejuízo da liberdade de escolha no acesso à rede nacional de prestação de cuidados de saúde, o IPO-Porto presta cuidados de saúde a doentes da zona geográfica correspondente à ARS Norte, tendo como atribuições:

- a) Prestar cuidados hospitalares especializados no domínio da Oncologia;
- b) Promover e fomentar a prevenção, o rastreio e o diagnóstico precoce do Cancro;
- c) Promover a investigação clínica e laboratorial no domínio na Oncologia;
- d) Praticar, promover e prestar apoio ao ensino, pré e pós graduado no domínio da Oncologia;
- e) Participar no conselho nacional de Oncologia e na comissão oncológica regional;
- f) Participar em conjunto com os Institutos congéneres de Lisboa e Coimbra, na comissão coordenadora dos centros de Oncologia, estrutura funcional destinada a analisar e elaborar estratégias conjuntas na prestação de cuidados oncológicos, assim como a manter canais de informação entre os três Hospitais Oncológicos;
- g) Prestar colaboração e apoio a outras estruturas de Saúde, no âmbito da rede de referência oncológica;
- h) Participar em organizações científicas e técnicas internacionais, na área da Oncologia, nomeadamente no âmbito da União Europeia;
- i) Coordenar e centralizar a vigilância epidemiológica do cancro na Zona Norte.

No que diz respeito às áreas de intervenção, o IPO classifica estas em três grandes grupos: Clínica, Investigação e Ensino. As áreas de intervenção são divididas da seguinte forma de acordo com o artigo 7º do regulamento interno:

I. Clínica

- a) Prevenção primária;
- b) Rastreio e diagnóstico precoce;
- c) Tratamento multidisciplinar;
- d) Seguimento pós-tratamento;
- e) Prestação de cuidados paliativos;
- f) Aconselhamento genético.

II. Investigação

- a) Investigação básica;
- b) Investigação translação;
- c) Investigação clínica;
- d) Investigação epidemiológica.

III. Ensino

- a) Ensino médico pré-graduado;
- b) Ensino médico pós-graduado;
- c) Ensino a outros profissionais de saúde;
- d) Ensino à comunidade.

É referido pelo artigo 61º do regulamento interno que a Escola Portuguesa de Oncologia do Porto (EPOP)²³ tem como objetivo promover o ensino da Oncologia bem como participar na divulgação e ensino de áreas de investigação em Oncologia, sendo que compete à escola:

1. Planificar, organizar e realizar cursos e outras atividades formativas no âmbito da Oncologia;

²³ EPOP- Escola Portuguesa de Oncologia do Porto, pretende prestar com qualidade o ensino e integração profissional dos seus discentes e profissionais na área da Oncologia, Medicina, Saúde, por forma a atualizar e aumentar o nível de conhecimento dos profissionais do IPO-Porto, de instituições parceiras e protocoladas, assim como de outros profissionais em geral.

2. Promover a formação contínua dos diferentes profissionais do Instituto;
3. Colaborar com a Liga Portuguesa Contra o Cancro em ações de sensibilização e ensino da Oncologia;
4. Prestar apoio logístico ao Ensino pré e pós graduado;
5. Planear a formação de técnicos em Oncologia assim como promover cursos de mestrado e apoiar doutoramentos;
6. Autorizar estágios profissionais e estabelecer as suas regras.

A Portaria n.º 82/2014, de 10 de abril, refere que os Hospitais, Centros Hospitalares e Unidades Locais de Saúde classificam-se hierarquicamente segundo a natureza das suas responsabilidades e o quadro das valências exercidas²⁴, isto é, pela complexidade da resposta oferecida à população servida. O IPO-Porto, EPE encontra-se classificado no grupo IV segundo o artigo 2.º n.º1 d) - *Classificação das instituições e serviços*, da portaria supra referida, correspondendo aos Hospitais especializados na área de Oncologia e obedecendo às seguintes características:

1. Área de influência direta para as valências existentes entre 75 mil habitantes e 500 mil habitantes, sem área de influência indireta²⁵;
2. Valências médicas e cirúrgicas, de medicina interna, neurologia, pediatria médica, psiquiatria, cirurgia geral, ginecologia, ortopedia, anestesiologia, radiologia, patologia clínica, imuno-hemoterapia e medicina física e de reabilitação;
3. Outras valências, nomeadamente, oftalmologia, otorrinolaringologia, pneumologia, cardiologia, gastroenterologia, hematologia clínica, oncologia médica, radioterapia, infeciologia, nefrologia, reumatologia e medicina nuclear são incluídas no Grupo I, de acordo com um mínimo de população servida e em função de mapas nacionais de referenciação e distribuição de especialidades médicas e cirúrgicas;

24 Como previsto nos Estatutos do SNS (Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro), este determina que as instituições e os serviços integrados no SNS classificam-se segundo a natureza das suas responsabilidades e o quadro das valências efetivamente exercidas, no entanto, até 2014 nunca foi publicado qualquer sistema de classificação.

25 As valências aumentam de acordo com a dimensão da população direta servida, quanto maior for a população servida, maior será o número de valências. Ou seja, os hospitais com área de 75 mil habitantes têm um conjunto de valências substancialmente diferente dos hospitais com uma população de 500 mil habitantes. O ajustamento das valências, após a Portaria n.º 82/2014, de 10 de abril, ocorre de forma faseada.

4. Não exerce as valências de genética médica, farmacologia clínica, imunoalergologia, cardiologia pediátrica, cirurgia vascular, neurocirurgia, cirurgia plástica reconstrutiva e estética, cirurgia cardiorácica, cirurgia maxilo-facial, cirurgia pediátrica, e neuroradiologia. (Não aplicável ao IPO-Porto, EPE)

A estrutura organizacional do IPO Porto está prevista no seu regulamento interno e compõe-se por: **Órgãos Sociais**, **Órgãos de Apoio Técnico** e **Órgãos de Apoio Especial**, sendo que a composição, funcionamento e competências dos Órgãos do IPO-Porto regem-se pelos seus estatutos e pelo regime jurídico do setor empresarial do Estado.

Fazem parte dos Órgãos Sociais o Conselho de Administração, o Fiscal Único e o Conselho Consultivo, referidos nos artigos 11º, 12º e 13º do regulamento interno. Por sua vez, os Órgãos de Apoio Técnico são o serviço de Auditoria Interna, Comissão de Ética, Comissão de Qualidade e Segurança do Doente, Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar, Comissão de Farmácia e Terapêutica, Comissão Médica, Comissão de Enfermagem, Comissão dos Técnicos Superiores, Comissão dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica, Comissão de Catástrofe, Governação Clínica, Comissão de Risco Hospitalar, Comissão de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho e por último a Comissão de Normalização de Produtos e Equipamentos. Os Órgãos de Apoio Especial são o Conselho Científico e o Conselho Pedagógico.

O IPO Porto estabelece como objetivos estratégicos²⁶:

- a) Centrar a atividade assistencial em torno do doente oncológico, utilizando os mais elevados padrões técnicos;
- b) Permitir uma acessibilidade fácil e proporcionar tratamentos em tempo oportuno a todos os doentes;
- c) Proporcionar uma medicina personalizada e humanizada;
- d) Acompanhar os progressos científicos e técnicos no tratamento da doença oncológica;
- e) Elaborar e implementar planos de ação tendentes a melhorar o diagnóstico precoce e a prevenção primária;

²⁶ Os objetivos estratégicos são referidos no artigo 8º do regulamento interno do IPO Porto.

- f) Formar técnicos especializados em Oncologia;
- g) Promover a investigação: básica, de translação, clínica, epidemiológica e outras no domínio da Oncologia.

5.2 Missão, Visão e Valores

O Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, Entidade Pública Empresarial tem como principal missão a prestação de cuidados de saúde hospitalares oncológicos à população, com a máxima qualidade, humanismo e eficiência. Faz parte ainda da sua missão desenvolver atividades de investigação, formação e ensino no domínio da Oncologia. Tem como visão ver o doente oncológico como um doente crónico, sem estigmas e com qualidade de vida.

A estrutura de valores do IPO-Porto abrange cinco vetores:

➤ **Qualidade:** como um Hospital do Sistema Nacional de Saúde, a prioridade do IPO-Porto é assegurar serviços de alta qualidade e segurança clínica para as pessoas locais. O IPO-Porto compromete-se a garantir a qualidade pelo desenvolvimento da força de trabalho, fortalecendo-a para que possa prover cuidados de alta qualidade, segurança e efetividade.

➤ **Integridade:** o IPO trata os utentes com dignidade e respeito, promovendo a equidade, dando valor à diversidade e oferecendo altos padrões de cuidados de saúde.

➤ **Pessoas:** As pessoas a quem o IPO-Porto serve, as pessoas que emprega, as pessoas que se tornam membros e governantes da instituição estão no coração de todos os serviços do SNS.

➤ **Excelência:** o IPO quer que as pessoas, das mais diversas áreas geográficas ou profissionais, sintam confiança nos serviços prestados pela instituição.

➤ **Comunidade:** o IPO reconhece que é mais do que um prestador de cuidados hospitalares, é também um grande empregador, pelo que é um parceiro signficante na economia local.

5.3 O Serviço de Auditoria Interna no IPO

O artigo 14º do regulamento interno - *Serviço de Auditoria Interna* refere que a natureza, composição, competências e funcionamento do SAI são as constantes do artigo 17º e 17ºA do DL 233/2005, de 29 de dezembro. A AI no IPO-Porto é uma ferramenta de apoio direto ao Conselho de Administração (CA), dependendo funcional e hierarquicamente do Presidente do Conselho de Administração, orientada para 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.

É uma atividade independente de garantia e de consultoria, destinada a acrescentar valor e a melhorar as operações da Organização através de uma abordagem sistemática e disciplinada, de avaliação e melhoria da eficácia dos processos de gestão de risco, de controlo e de governação, sendo que assiste o IPO na manutenção de controlos eficazes, através da avaliação da sua eficácia e eficiência e auxilia a gestão no aperfeiçoamento dos processos de gestão de risco. A atividade desenvolvida pelo Serviço de Auditoria Interna durante cada ano civil decorre conforme previsto no Plano Anual de Auditoria Interna (PAA), sendo que este plano é definido de acordo com a identificação das áreas consideradas prioritárias e com o objetivo principal de contribuir para uma utilização mais racional e eficiente dos recursos disponíveis.

Conclui-se que compete essencialmente ao SAI, fornecer ao CA análises e recomendações sobre as áreas/serviços revistas, com o intuito de contribuir para uma melhoria contínua. É ainda da competência do serviço de auditoria, a elaboração de um plano anual das auditorias a serem realizadas, assim como também, a elaboração anual de um relatório sobre as atividades desenvolvidas, em que seja referido os controlos efetuados, as anomalias detetadas e as medidas corretivas sugeridas e efetivamente implementadas pelas respetivos serviços ou áreas auditadas.

6 ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO ESTÁGIO

6.1 Duração do estágio, acolhimento e atividades realizadas

O estágio no IPO-Porto teve início no dia 4 de fevereiro tendo terminado no dia 26 de julho. Teve a duração prevista de 960 horas com a orientação da Dra. Georgina Morais (ISCAC) e com a supervisão da Dra. Sónia Cruz (Diretora do Serviço de Auditoria Interna do IPO), sendo o meu principal objetivo com a realização do estágio, ter um primeiro contacto com a área da auditoria interna, poder aplicar conhecimentos adquiridos na componente letiva do mestrado, adquirir novos, assim como, poder desenvolver e ganhar competências pessoais.

O plano de estágio consistiu nos seguintes pontos:

- Acolhimento e conhecimento da Instituição;
- Enquadramento do Serviço de Auditoria Interna no IPO-Porto, com leitura de documentos internos do serviço, tais como o Manual de Auditoria Interna e algumas das últimas auditorias realizadas e os seus papéis de trabalho e anexos.
- Acompanhamento de auditorias internas a realizar de acordo com o Plano Anual de Auditoria: auditoria semestral ao inventário farmacêutico, auditoria à cobrança de taxas moderadoras;
- Observar e explorar, aplicações informáticas existentes no IPO de acordo com o âmbito das auditorias a realizar;
- Apoio na elaboração dos relatórios trimestrais de execução financeira;
- Elaboração de auditoria interna ao transporte de doentes não urgentes em ambulância:
 - ⇒ Fazer o enquadramento legal;
 - ⇒ Analisar os procedimentos internos existentes;
 - ⇒ Identificar fatores de risco;
 - ⇒ Avaliar os procedimentos de controlo existentes;
 - ⇒ Aplicar procedimentos/testes de auditoria dos seguintes mencionados, aos elementos auditados:
 - ⇒ Inspeção²⁷;

²⁷ Inspeção consiste em examinar registos ou documentos, quer internos quer externos, em forma de papel, forma eletrónica ou em outros meios. A inspeção de registos e documentos proporciona prova de auditoria de variados graus de fiabilidade, dependendo da sua natureza e fonte.

- ⇒ Observação²⁸;
 - ⇒ Confirmação²⁹;
 - ⇒ Reexecução³⁰;
 - ⇒ Procedimentos analíticos³¹;
 - ⇒ Testes substantivos³²;
 - ⇒ Testes de controlo³³.
- ⇒ Elaborar o draft do relatório da auditoria realizada, apresentando conclusões e recomendações;
- ⇒ Elaborar o relatório definitivo.

Das atividades realizadas no decorrer do estágio, destaca-se a auditoria ao transporte de doentes não urgentes em ambulância, trabalho desenvolvido exclusivamente pelo estagiário do princípio ao fim, com a sua conclusão através da elaboração do relatório final, tendo sido uma experiência bastante enriquecedora, não só pelo entusiasmo e motivação em poder auditar um serviço prestado pelo IPO Porto mesmo que em contexto académico, mas também por poder lidar mesmo que de forma ínfima com alguns utentes e alguns dos profissionais envolvidos em todo o circuito do serviço de transporte de doentes.

²⁸ Observação consiste em ver um processo ou procedimento que está a ser desempenhado por outros. A observação proporciona prova de auditoria acerca da execução de um processo ou procedimento, mas é limitada ao momento no qual a observação tem lugar, pelo facto de que o ato de ser feita uma observação poder afetar como o processo ou procedimento é executado. A observação deve conter os seguintes passos: identificação da atividade/processo/procedimento a ser observada; observação da execução; comparação do comportamento/desempenho observado com os padrões estabelecidos e por último a avaliação.

²⁹ Confirmação é um tipo específico de indagação, ou seja, o processo de obter uma declaração de informação ou de uma condição existente diretamente de uma terceira parte. As confirmações são usadas frequentemente com relação a saldos de contas e aos seus componentes, mas não necessitam de ser restritas a esses itens.

³⁰ Reexecução consiste na verificação do rigor matemático de documentos ou de registos.

³¹ Procedimentos analíticos consistem na avaliação de informação financeira feita por relacionamentos plausíveis entre dados financeiros e não financeiros. Os procedimentos analíticos também englobam a investigação de flutuações e relacionamentos que sejam inconsistentes com outra informação relevante ou se desviem significativamente de quantias previsíveis.

³² Testes substantivos são aqueles que são realizados para obter prova de revisão a fim de detetar distorções materialmente relevantes nas demonstrações financeiras.

³³ Testes de controlo são aqueles que são realizados para obter prova de auditoria sobre os sistemas de controlo interno.

Fonte: (Morais & Martins, 2013)

O grande objetivo deste trabalho académico estipulado pela Dra. Sónia Cruz foi proporcionar ao estagiário a experiência de trabalhar em contexto real, para que pudesse desenvolver competências base para planear e executar uma auditoria interna no futuro.

De seguida será descrito de forma resumida a auditoria ao transporte de doentes não urgentes em ambulância.

6.2 Auditoria ao Transporte de Doentes Não Urgentes em Ambulância

A auditoria ao transporte de doentes não urgentes em ambulância foi proposta pela Dra. Sónia Cruz com vista a poder proporcionar ao estagiário a experiência de realizar uma auditoria desde a sua fase de planeamento, execução, relatório final com respetiva comunicação das conclusões e recomendações, tal como se fizesse parte do PAA e tivesse de ser apresentado ao órgão de administração.

De acordo com a **ND-2200 do IIA: Planeamento do trabalho de Auditoria**, os auditores internos devem desenvolver e documentar um plano para cada trabalho de auditoria, sendo o planeamento de uma auditoria a sua primeira fase e serve como fio condutor. É um processo dinâmico pois à medida que a auditoria se desenvolve pode ser necessário fazer alterações ao plano inicial, por isso é fundamental antes de iniciar qualquer auditoria fazer um adequado planeamento das tarefas a realizar, sendo que nesta etapa é desenvolvida a estratégia geral e a abordagem pormenorizada quanto á natureza, oportunidade e extensão do trabalho a realizar.

O planeamento dos trabalhos de auditoria consistiu essencialmente:

- Definição do objetivo e âmbito da auditoria;
- Recolha de informação interna sobre o processo/serviço do IPO a auditar;
- Recolha de informação legal em vigor acerca do processo/serviço a auditar;
- Avaliação do controlo interno;
- Avaliação do risco.

A execução é a segunda fase numa auditoria, ou seja, procede-se à realização do trabalho de campo com o objetivo de obter o máximo de dados e informações sobre a área auditada e recolher provas que justifiquem as conclusões e recomendações

expressas no relatório final de auditoria, sendo que de acordo com a **ND-2310 do IIA: Identificação das Informações**, os auditores internos devem identificar informações suficientes, confiáveis, relevantes e úteis para cumprir os objetivos da auditoria.

Por último, após a elaboração e comunicação do relatório preliminar ao auditado, onde são elencadas as principais conclusões e recomendações do trabalho efetuado, de modo a garantir que não se verificam mal entendidos, o trabalho fica concluído com a comunicação das conclusões e recomendações através do relatório final, tal como refere a **ND-2400 do IIA: Comunicação dos resultados**. O relatório será apresentado aos responsáveis dos serviços/áreas auditadas, assim como ao Conselho de Administração.

Posteriormente, após o prazo definido para a implementação das recomendações sugeridas pelo Serviço de Auditoria Interna, a AI deve estabelecer um processo de *follow-up* de forma a averiguar se as recomendações foram implementadas de forma eficaz ou se os responsáveis optaram por aceitar o risco de não seguirem as recomendações e sugestões do SAI.

Quanto ao risco presente na área auditada, a responsável pelo SAI, Dra. Sónia Cruz, definiu por julgamento profissional que este era reduzido após várias auditorias nos últimos anos á área em análise, muito embora há cerca de quatro anos atrás, o risco fosse elevado. A avaliação do risco no IPO Porto é realizada em função da probabilidade de ocorrência e do impacto de um acontecimento indesejado, na perspetiva do processo/área a ser auditado.

O risco poderá ser calculado com base no suporte do quadro 6.1, podendo determinado evento ser muito provável de acontecer, mas o seu impacto ser baixo, sendo por isso aceitável:

Quadro 6.1 - Nível de Probabilidade e Impacto

<u>Probabilidade</u>	<u>Descrição</u>
1	Evento pouco provável.
2	Evento com alguma probabilidade.
3	Evento muito provável.
<u>Impacto</u>	<u>Descrição</u>
1	Evento com impacto baixo.
2	Evento com impacto médio.
3	Evento com impacto alto.

Fonte: Elaboração própria

6.2.1 O Transporte de Doentes Não Urgentes

O Transporte não Urgente de Doentes (TNUD) está associado à realização de uma prestação de saúde, cuja origem ou destino seja os estabelecimentos e serviços que integram o SNS ou as entidades de natureza privada ou social com acordo, contrato ou convenção para a prestação de cuidados de saúde. As condições em que o SNS assegura os encargos com o TNUD estão definidas na Portaria nº 142-B/2012, de 15 de maio.

Ao longo dos últimos anos, o Serviço de Auditoria Interna do IPO-Porto tem vindo a monitorizar a área de transporte de doentes em ambulância, com o objetivo de garantir a existência de controlo interno no que respeita à área em análise, zelando pelo principal interesse da instituição, isto é, fornecer a todos os utentes e seus acompanhantes um serviço de transporte de qualidade, ao mais baixo custo possível.

A auditoria, teve início em março de 2019 e incidiu sobre os regulamentos e procedimentos em vigor na Instituição no que diz respeito ao tema, assim como a faturação emitida pelas três entidades contratadas para a prestação do serviço no mês de janeiro de 2019. No âmbito do programa de auditoria, foram definidos os seguintes objetivos:

- ✓ Verificar se o circuito interno respeitante ao transporte de doentes estava de acordo com a legislação institucional em vigor;
- ✓ Verificar a conformidade do preenchimento das credenciais médicas tal como está definido nos regulamentos internos;
- ✓ Verificar se existiu efetivamente a marcação de consulta/tratamento no *software* OASIS;
- ✓ Verificar se a informação que constava nas credenciais que deram origem ao transporte de doentes estava conforme os registos da Central de Transportes;
- ✓ Averiguar se os valores cobrados pelos transportes efetuados estavam de acordo com os respetivos contratos celebrados com cada entidade prestadora do serviço de transporte;
- ✓ Averiguar se o cálculo do valor total cobrado por cada transporte estava correto;
- ✓ Averiguar se existiu duplicação do transporte faturado.

No que se refere à recolha de informação relativamente ao enquadramento legal tanto interno como externo, foi feita uma pesquisa e análise de procedimentos, regulamentos

internos, boletins normativos e informativos e uma pesquisa *online*³⁴ da legislação em vigor referente ao transporte de doentes não urgentes, respetivamente.

Tem sido publicada vária legislação acerca da temática em análise, tendo sido alvo de estudo na referida auditoria os seguintes documentos:

⇒ **Portaria nº 275/2016, de 18 de outubro**

- Altera o artigo 4.º da Portaria n.º142-B/2012, de 15 de maio.

⇒ **Portaria nº 83/2016, de 12 de abril**

- Altera o artigo 3º, 4,º e 8º da Portaria n.º142-B/2012, de 15 de maio.

⇒ **Portaria nº 260/2014 de 15 de dezembro**

- Aprova o Regulamento de Transporte de Doentes.

⇒ **Despacho nº 7702-A/2012 de 4 de junho**

- Estabelece os preços máximos que podem ser pagos pelo SNS na contratação de serviço de transporte de doentes não urgentes.

⇒ **Despacho nº 7702-C/2012 de 4 de junho**

- Aprova o regulamento que define as normas e procedimentos relativos à prescrição, requisição, gestão, conferência e faturação de encargos com o transporte não urgente de doentes, assegurado pelo SNS.

⇒ **Portaria nº 142-B/2012 de 15 de maio**

- Define as condições em que o SNS assegura os encargos com o transporte não urgente de doentes que seja instrumental à realização das prestações de saúde.

De acordo com o artigo 2º (*Transporte não urgente*) da Portaria nº 142-B/2012 de 15 de maio, o Transporte não Urgente de Doentes está associado à realização de uma prestação de saúde, cuja origem ou destino seja os estabelecimentos e serviços que

³⁴ Informação disponível no *site* online da ACSS: <http://www.acss.min-saude.pt/2016/09/15/transporte-nao-urgente-de-doentes/>

integram o SNS ou as entidades de natureza privada ou social com acordo, contrato ou convenção para a prestação de cuidados de saúde nas seguintes condições:

- a) Transporte para consulta, internamento, cirurgia de ambulatório, tratamentos e ou exames complementares de diagnóstico e terapêutica;
- b) Transporte para a residência do utente após alta de internamento ou da urgência.

O artigo 3º (*Condições de isenções de encargos*) refere que o SNS assegura os encargos com o transporte não urgente prescrito aos utentes em situação de insuficiência económica e quando a situação clínica o justifique nos seguintes termos:

- a) Incapacidade igual ou superior a 60% desde que o transporte se destine à realização de cuidados originados pela incapacidade;
- b) Condição clínica incapacitante, resultante de, entre outros:
 - i. Sequelas motoras de doenças vasculares;
 - ii. Transplantados quando houver indicação da entidade hospitalar responsável pela transplantação;
 - iii. Insuficiência cardíaca e respiratória grave;
 - iv. Perturbações visuais graves;
 - v. (...)
 - vi. Doenças do foro oncológico;
 - vii. (...)

Por sua vez, o artigo 6º (*Modo de transporte*), de forma a evidenciar a necessidade de contenção de custos, frisa que o transporte não urgente de doentes é realizado em ambulância ou Viatura de transporte simples de doentes (VTSD) e é realizado sempre que possível tendo em conta os seguintes critérios:

- a) Agrupamento de utentes na mesma viatura ou ambulância que independentemente da sua origem se inserem no mesmo percurso;
- b) Destinados a estabelecimento de saúde preferencialmente no mesmo concelho ou área geográfica;
- c) Utente para o mesmo período/horário de consulta ou tratamento.

Na preparação da auditoria, foi feita uma pesquisa da legislação interna, tendo sido verificada a existência de normas e procedimentos de trabalho, tais como:

- ⇒ Boletim Normativo nº 4/2016 - *Transporte de doentes em ambulância*.

✓ Especifica as tarefas relativas ao circuito da prescrição do transporte de doentes em ambulância, assim como todas as tarefas referentes ao circuito de conferência da faturação de transporte de doentes em ambulância.

⇒ Boletim Normativo nº 7/2017 - *Transporte de doentes em ambulância após o horário de funcionamento da Central de Transportes.*

✓ Enumera e descreve as tarefas relacionadas com o circuito administrativo do transporte de doentes em ambulância após o horário de funcionamento da Central de Transportes (dias úteis das 07:30 às 18:00).

6.2.1.1 O circuito de prescrição do Transporte de Doentes

Conforme a legislação aplicável, é considerado transporte não urgente de doentes, o transporte associado à realização de consultas, internamento ou cirurgia de ambulatório, tratamentos ou exames complementares de diagnóstico e terapêutica, e transporte de doente após alta de internamento, com prévia prescrição médica.

Aquando a marcação da próxima consulta, tratamento ou exame, o Médico avalia a necessidade de transporte do doente em ambulância. Caso confirme a sua necessidade, após avaliação e fundamentação no processo clínico do doente, preenche de imediato o ponto 5 da Credencial de Transporte. Posteriormente, este impresso é encaminhado para a receção do respetivo secretariado clínico, que passará ao registo do episódio no sistema de informação OASIS.

O secretariado clínico preenche os pontos 2 e 4 da credencial, que estão relacionados com o destino do transporte e com o tipo de serviço requisitado respetivamente, e coloca a vinheta de identificação do doente no ponto 3. No caso da receção do secretariado clínico estar encerrada, as credenciais são encaminhadas para a receção do Serviço de Atendimento Não Programado (SANP) para que sejam preenchidas.

Diariamente, o Serviço de Gestão de Doentes envia para a Central de Transportes (CT) as Credenciais prescritas e devidamente preenchidas. Após a sua receção, a CT verifica se os pontos 2, 3, 4 e 5 estão corretamente preenchidos: se sim, procede à gestão do transporte; se não, e a anomalia for nos pontos 2, 3 ou 4 a CT devolve ao Serviço de Gestão de Doentes para que possam ser reencaminhadas aos respetivos secretariados clínicos e sejam feitas as necessárias correções; se não, e a anomalia for no ponto 5, que

diz respeito ao detalhe do transporte (a preencher pelo Médico), é enviada uma comunicação interna com a respetiva credencial ao Diretor do Serviço requisitante para que seja feita a devida retificação. No dia anterior, a CT envia o ficheiro definitivo para as três transportadoras contratadas com todos os dados necessários, para que estas possam proceder à melhor agilização possível dos transportes a serem realizados.

No dia da efetivação do transporte, aquando da chegada do doente ao IPO e após a confirmação da sua identidade pelos técnicos da CT, a credencial é assinada pelo doente transportado e pelo respetivo acompanhante (caso tenha sido prescrito pelo Médico esse direito), no ponto 7 da credencial. O secretariado da CT procede ao registo da matrícula da ambulância, no ponto 6, relativamente à chegada (transporte primário) como também a respetiva hora de check in, posteriormente aquando o regresso do doente (retorno) é feito o mesmo. A CT procede ainda ao registo no mesmo ponto, se o utente foi considerado como 1º ou 2º doente no transporte primário e/ou no retorno, ou se se tratou de uma ausência. Após a realização do transporte do doente, o ponto 8 da credencial é assinado e carimbado pelos técnicos da central de transportes.

6.2.1.2 Etapas da Auditoria ao Transporte de Doentes

O trabalho de auditoria desenvolveu-se de acordo com as seguintes etapas:

1. Solicitação de elementos.
2. Enquadramento legal.
3. Início dos trabalhos:
 - a) Análise dos elementos fornecidos;
 - b) Trabalho de Campo;
 - c) Solicitação adicional de elementos;
 - d) Confrontação da informação recolhida em trabalho de campo com os elementos fornecidos;
 - e) Confrontação dos elementos fornecidos com os registos em OASIS;
 - f) Tratamento da informação recolhida e dos elementos fornecidos.
4. Conclusão dos trabalhos.
5. Reunião final com o serviço auditado.

Numa fase inicial, procedeu-se ao planeamento geral da auditoria a realizar, de acordo com a ND- 2200 do IIA: *Planeamento do trabalho de auditoria*, definindo um conjunto de ações a desenvolver ao longo da auditoria, tendo-se determinado quais os controlos a realizar, (tais como a conformidade dos registos em Excel comparativamente com o registado em suporte papel, os valores cobrados constantes nos ficheiros comparativamente com o permitido na legislação em vigor, e a faturação mensal emitida por cada uma das prestadoras do serviço comparativamente com o valor total dos transportes realizados registado nos ficheiros) a sua amplitude e alcance, como também definido por julgamento profissional o mês a analisar.

Na fase preliminar do trabalho a desenvolver, foram solicitados à CT os ficheiros com os registos dos transportes de doentes em ambulância no que diz respeito ao mês de janeiro de 2019 e paralelamente foram solicitadas as faturas ao SGF. A auditoria interna procedeu à pesquisa e análise de leis, regulamentos e procedimentos internos, no que respeita à contratação e fornecimento do serviço de transporte de doentes não urgentes. Posteriormente, foi iniciado o trabalho de campo, de acordo com a ND-2300 do IIA: *Execução do Trabalho da Auditoria*, tendo o serviço de auditoria interna deslocado-se à CT de forma a poder conhecer os técnicos envolvidos, a natureza das operações e procedimentos, o ambiente de trabalho, fazer as suas observações e registos e recolher evidências. Numa fase posterior, o estagiário deslocou-se à CT com o intuito de analisar e avaliar o controlo interno no que respeita às normas e procedimentos internos, através de questionários.

Terminado o trabalho de campo, o SAI efetuou todos os testes necessários de forma a verificar o nível de controlo interno no que toca ao tema em análise, averiguando para tal, se a informação registada nos ficheiros dos transportes efetuados em janeiro pelas três entidades contratadas estava de acordo com a informação presente nas credenciais de transporte e se era suficiente e válida. Mais ainda, foi verificado, se os episódios que deram origem aos transportes realizados, foram reais e fidedignos e se se encontravam registados em sistema OASIS.

6.2.1.3 Trabalho desenvolvido

De forma a averiguar o *modus operandi*, verificar o cumprimento dos procedimentos implementados e analisar o nível de controlo organizacional no que respeita à temática

em questão, o estagiário deslocou-se à CT nos dias 26, 27, 28 e 29 de março, com o intuito de averiguar todo o processo de receção e saída de doentes, tendo dado especial destaque a:

- ⇒ Identificação do doente;
- ⇒ Hora de receção e de retorno do doente;
- ⇒ Matrícula da ambulância;
- ⇒ Se o transporte foi realizado em ambulância medicalizada;
- ⇒ Se o doente foi considerado como 1º ou 2º doente, ou seja, se foi o único a ser transportado na ambulância ou se partilhou com outros doentes, respetivamente;
- ⇒ Se o doente em caso de necessidade de isolamento, foi o único doente a ser transportado em ambulância;
- ⇒ Se consumiu oxigénio conforme prescrição médica;
- ⇒ Se teve acompanhante conforme direito por prescrição médica;
- ⇒ Assinaturas do doente e do acompanhante no momento de chegada à CT ou no momento de partida, consoante o caso;

Posteriormente nos dias 8 e 9 de abril, deslocou-se novamente à CT para averiguar em específico se os pontos a seguir elencados estavam a ser devidamente cumpridos tal como estabelecido nas normas internas da instituição no que diz respeito ao tema, tais como:

- ⇒ A CT receciona a(s) credencial (s) e verifica se os pontos 2, 3, 4 e 5 estão devidamente preenchidos.
- ⇒ No caso de algum ou alguns dos pontos anteriormente mencionados estarem indevidamente preenchidos, a CT devolve a credencial ao Serviço de Gestão de Doentes se as anomalias forem nos pontos 2, 3 ou 4, ou envia uma comunicação interna junto com a credencial, se e apenas a anomalia for no ponto 5.
- ⇒ Após a receção das credenciais, a CT regista a informação no sistema de informação OASIS e posteriormente nos ficheiros Excel.
- ⇒ Em caso de contacto do doente para prescrição de transporte em ambulância, a CT envia uma comunicação interna via email ao Diretor do serviço

onde o doente está a ser seguido, para ser prescrito transporte, caso o Médico o considere necessário.

⇒ As credenciais de transporte prescritas para todo o mês, assim que recebidas são separadas das restantes e arquivadas numa pasta até ao final do mês.

⇒ Com um dia de antecedência do transporte, a CT organiza as credenciais arquivadas e confirma no sistema informático as seguintes informações relativas a cada doente: marcações, hora da marcação, morada, contactos, internamento ou falecimento do doente.

⇒ Com um dia de antecedência, a CT após confirmar e fazer as alterações necessárias aos registos dos transportes de doentes, envia o ficheiro definitivo às respetivas transportadoras contratadas.

⇒ Todos os pedidos não programados, considerados como tal após as 15:30, são feitos telefonicamente, por email e inseridos nos respetivos ficheiros Excel.

No dia 11 de abril, reuniu-se com a Técnica Superior do Serviço de Gestão de Transportes, com o intuito de esclarecer e clarificar alguns aspetos no que respeita ao tema, como também recolher evidências acerca do momento de envio dos ficheiros dos transportes realizados para cada uma das entidades contratadas, tal como definido nas normas internas.

6.2.1.4 Testes de Auditoria

Com base na informação recolhida referente aos transportes realizados no mês de janeiro, realizou-se os seguintes testes:

- ⇒ Análise da faturação e detalhes de transporte;
- ⇒ Análise da validade do seguro e do certificado de vistoria das ambulâncias;
- ⇒ Análise estatística;

À data da auditoria existiam três entidades contratadas mediante procedimento concursal que prestam o serviço de transporte de doentes não urgentes no IPO do Porto, pelo que foram analisados todos os registos de transporte em relação ao mês de janeiro constantes nos ficheiros Excel correspondentes a cada entidade transportadora, a par da

análise da respetiva credencial em suporte de papel. Foram tidos em consideração para a análise os seguintes pontos:

- Conformidade da distância faturada;
- Conformidade dos detalhes do transporte de acordo com a respetiva credencial no que se refere:
 - aos detalhes do transporte evidenciados pelo médico prescriptor;
 - ao médico prescriptor;
 - à data de prescrição;
 - à matrícula da ambulância no transporte primário e no retorno, assim como a hora de chegada e de partida;
 - ao doente ser considerado como 1º ou 2º doente;
 - se se tratou de ausência do doente.
- Conformidade das regras de faturação de acordo com o Caderno de Encargos referente ao procedimento concursal.
- Episódio registado em OASIS que deu origem ao transporte do doente em ambulância.

O SAI após análise das três faturas³⁵ referentes ao mês de janeiro, constatou que existia conformidade com as distâncias faturadas, com os preços contratados por quilómetro percorrido, com o preço estabelecido para Alta, assim como, com o preço cobrado em caso de ausência do doente ou em caso de transporte com distância igual ou inferior a 30 quilómetros, designado por taxa de saída. A AI verificou ainda que existia conformidade com os preços a cobrar por 1º ou 2º doente e seu acompanhante, assim como com o preço cobrado em casos de transporte com necessidade de oxigénio ou em ambulância medicalizada.

Foi possível verificar nos registos contabilísticos da instituição, tanto nas rubricas de valores a pagar como de valores pagos a fornecedores, a conformidade do valor total respeitante ao custo dos transportes realizados por cada uma das três entidades prestadoras do serviço, no mês de janeiro.

³⁵ As faturas das entidades não contratadas não foram alvo de análise, dado que representavam uma percentagem inferior a 1% dos transportes mensais.

Para análise dos episódios em OASIS foram selecionados os dias 2, 10, 18, 21 e 29 de janeiro de acordo com julgamento profissional. Pois constatou-se que dos 528 episódios selecionados e a averiguar em OASIS, 13 não foram possíveis de confirmar por falta de registo.

Consultou-se as páginas da ASF³⁶ e do INEM de modo a verificar a validade do seguro e do certificado de vistoria, respetivamente, para o total das viaturas utilizadas no mês de janeiro pelas três entidades contratadas. Verificou-se que todas as viaturas utilizadas tinham seguro válido. Contudo, no que respeita ao certificado de vistoria, foram detetadas ambulâncias em incumprimento.

No que diz respeito à análise estatística, foram realizadas diversas análises tais como: os doentes transportados no mês de janeiro considerados como 1º ou 2º doente, a evolução dos transportes realizados nos últimos anos, os principais serviços e médicos prescritores, o total de transportes e o total de custos de transportes por distrito de residência do doente, o tempo médio de espera do doente pelo transporte de retorno após consulta ou tratamento no IPO, entre outros.

Constatou-se que do total dos transportes realizados em janeiro, foram considerados como 1º doente, 53% e 47% como 2º doente. De acordo com a legislação em vigor, um doente apenas é considerado como 1º se não partilhar a ambulância com outro doente, sendo que o 2º apenas paga uma determinada percentagem do valor por quilómetro, que seria devido pelo transporte como se fosse o único doente a ser transportado. O segundo doente pode pagar 20% ou 15%, dependendo se o total de quilómetros percorridos a ser pago, é inferior, ou superior a 100 quilómetros, respetivamente, tal como estava referido no caderno de encargos.

6.2.1.5 Conclusão

Terminada a auditoria, verificou-se um aumento progressivo do número de transportes realizados nos últimos três anos, contudo, houve uma redução dos custos com os mesmos ainda que ínfima, podendo considerar-se como uma das causas para tal, a prática das recomendações efetuadas pelo SAI em auditorias anteriores, além de uma maior primazia de todas as partes envolvidas, tais como, uma melhor gestão das

³⁶ ASF – Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões.

entidades transportadoras no que respeita ao número de doentes transportados na mesma ambulância, de forma a ser reduzido o número de 1º doentes e a ser aumentado o número 2º doentes, caso não houvesse uma necessidade fundamentada de isolamento do doente. Uma vez que apenas é cobrado pelo transporte do 2º doente, 5% do valor que seria pago por quilómetro percorrido caso fosse considerado como 1º, o custo era menor. Uma outra razão, poderá dever-se a uma maior ponderação dos médicos para a prescrição do direito de acompanhante, visto que o doente deve usufruir deste direito caso o médico o considere pertinente e justificável. A redução do número de acompanhantes nos transportes realizados influenciou positivamente os custos com os transportes.

Finalizado o trabalho, considerou-se que existe um bom controlo interno no que diz respeito ao circuito dos transportes realizados.

Após a conclusão do trabalho, o mesmo deveria ter sido comunicado aos responsáveis pela área dos transportes de doentes não urgentes, sendo devidamente analisado e discutido, e posteriormente apresentado ao Conselho de Administração de acordo com a ND-2400 do IIA: *Comunicação dos resultados*. A comunicação dos resultados não foi realizada, por se tratar de um trabalho académico.

6.3 Relatório de Execução Financeira

No decorrer do estágio o estagiário teve a oportunidade de elaborar em contexto académico dois relatórios de execução financeira, para o primeiro e segundo trimestre de 2019. A cada trimestre o SAI deve elaborar um relatório analisando financeiramente várias áreas, se aplicável, tais como: Serviço de Gestão Financeira, Serviço de Gestão de Recursos Humanos e Serviço de Planeamento e Apoio à Gestão.

Os relatórios de execução financeira foram elaborados na sequência do Despacho n.º 7709-B/2016³⁷, de 9 de junho, do Senhor Secretário de Estado da Saúde que determina que todos os serviços e organismos dependentes ou tutelados pelo membro do Governo

³⁷ O Despacho n.º 7709-B/2016, de 9 de junho refere que é relevante o incremento dos mecanismos de monitorização e controlo realizados, num primeiro nível, pelos serviços de auditoria e em concreto pelo auditor interno, competindo-lhe a avaliação dos processos de controlo interno e de gestão de riscos, nos domínios contabilístico, financeiro, operacional, informático e de recursos humanos, criando condições para fomentar uma cultura de maior transparência e responsabilização da governação hospitalar.

responsável pela área da saúde, incluindo as entidades públicas empresariais, devem remeter ao Ministro da Saúde, através da Administração Central do Sistema de Saúde, I. P., relatórios trimestrais, elaborados pelo respetivo Auditor Interno, respeitantes à execução financeira no trimestre anterior. A Circular Normativa 20/2016 da ACSS definiu a metodologia através da indicação do modelo de relatório a utilizar, o qual foi totalmente seguido e respeitado.

De acordo com o Decreto-Lei n.º 192/2015, de 11 de setembro no início do relatório é feito um resumo das principais conclusões após feita a devida análise financeira. Neste tipo de relatório é analisado o seguinte exposto:

⇒ **Controlo Orçamental:**

- Execução e evolução Orçamental da Despesa;
- Execução e evolução Orçamental da Receita;
- Alterações Orçamentais.

⇒ **Demonstrações Financeiras:**

- Balanço;
- Demonstração de Resultados;
- Demonstração dos Fluxos de Caixa ou Mapa dos Fluxos Financeiros.

⇒ **Cumprimento da Lei nº 8/2012, de 21 de fevereiro:**

- Evolução dos fundos disponíveis no período;
- Evolução dos pagamentos em atraso no período.

Por se tratar de informação confidencial, não foi possível reproduzir quaisquer mapas analisados e elaborados ou as conclusões chegadas após a análise da informação financeira tratada.

6.4 Auditoria à Cobrança de Taxas Moderadoras

Atualmente no IPO Porto a cobrança das taxas moderadoras pode ser efetuada no balcão de atendimento destinado exclusivamente às taxas moderadoras, ou então através dos quiosques “Bem-Me-Ker” colocados em toda a área de ambulatório, que tiveram como principal objetivo a implementação de uma solução automatizada de gestão da relação

com os doentes à chegada, à saída e na continuidade de cuidados (visitas futuras, cuidados a ter no domicílio, preparações, etc).

Com estes quiosques os utentes ficam autónomos para efetuarem o “*check in*” nas consultas/exames/tratamentos agendados, evitando a fila de espera, permite também que os mesmos possam realizar o seu “*check out*” com todas as marcações futuras no IPO e os utentes conseguem ainda saber as taxas moderadoras em dívida.

Previamente à realização de qualquer auditoria é essencial o auditor recolher e analisar informação sobre a atividade que vai auditar, nesse sentido e com o intuito de poder ter contacto com mais uma área alvo de auditoria constante no PAA, o estagiário pesquisou e analisou legislação interna e externa³⁸ sobre a cobrança de taxas moderadoras, de modo a verificar se os procedimentos internos relativos ao recebimento das taxas em dívida estavam de acordo com a legislação em vigor, tendo ainda elaborado um questionário de controlo interno.

Os objetivos de uma auditoria à cobrança das taxas moderadoras, são:

- Verificar que as taxas moderadoras são cobradas no momento da prestação do serviço, quando tal não seja possível, verificar se os dados do utente registados na base de dados estão corretos no que respeita à sua identificação, morada e se beneficia de isenção ou dispensa de pagamento de taxas;
- Verificar que as taxas moderadoras são cobradas de acordo com a legislação em vigor³⁹,
- Verificar que as isenções e dispensas⁴⁰ de taxas moderadoras concedidas são correctamente registadas e fundamentadas;
- Verificar se há prova dos recibos anulados e a respetiva justificação para anulação.

³⁸ A legislação externa foi pesquisada nos *sites* da ERS (Entidade Reguladora da Saúde) e da ACSS (Administração Central do Sistema de Saúde).

³⁹ As tabelas de preços referentes às taxas moderadoras podem ser consultadas no *site* da ACSS em: <http://www.acss.min-saude.pt/2016/09/15/taxas-moderadoras/>

⁴⁰ Isenção e dispensa de taxas moderadoras são aspetos distintos, de acordo com o Decreto-Lei nº 113/2011 de 29 de novembro.

6.4.1 Regime das Taxas Moderadoras

Nos termos da Base XXXIV da Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, alterada pela Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro, as taxas moderadoras podem ser cobradas com o objetivo de completar as medidas reguladoras do uso dos serviços de saúde. Encontram-se isentos os grupos populacionais sujeitos a maiores riscos e os financeiramente mais desfavorecidos, nos termos determinados na lei. Neste sentido, foi publicado o Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro, que veio regular o acesso às prestações do Serviço Nacional de Saúde (SNS) por parte dos utentes, no que respeita ao regime de taxas moderadoras e à aplicação de regimes especiais de benefícios.

De acordo com o DL n.º 113/2011, de 29 de novembro, as taxas moderadoras⁴¹ devem ser pagas pelos utentes quando acedem às prestações do SNS:

- a) Nas consultas nos prestadores de cuidados de saúde primários, no domicílio, nos hospitais e em outros estabelecimentos de saúde públicos ou privados, designadamente em entidades convencionadas (incluindo as Misericórdias e outras IPSS com Acordo de Cooperação com o SNS);
- b) Na realização de exames complementares de diagnóstico e terapêutica em serviços de saúde públicos ou privados, designadamente em entidades convencionadas (incluindo as Misericórdias e outras IPSS com Acordo de Cooperação com o SNS), com exceção dos efetuados em regime de internamento, no hospital de dia e no serviço de urgência para o qual haja referenciação pela rede de prestação de cuidados de saúde primários, pelo Centro de Atendimento do Serviço Nacional de Saúde ou pelo INEM;
- c) Nos serviços de urgência hospitalar;
- d) No hospital de dia.⁴²

⁴¹ O *website* da ACSS e da ERS disponibilizam aos utentes todas as informações em vigor sobre as taxas moderadoras, respetivamente em: <http://www.acss.min-saude.pt/2016/09/15/taxas-moderadoras/>; <https://www.ers.pt/pages/142>. (consultado em 20-10-2019)

⁴² O Hospital de Dia no IPO Porto é uma unidade com espaço físico próprio e meios técnicos e humanos qualificados, onde o utente recebe cuidados de saúde de diagnóstico ou terapêutica de forma programada e permanece sob vigilância médica ou de enfermagem, por um período inferior a 24 horas, de acordo com a Portaria n.º 234/2015, de 7 de agosto.

Neste sentido, quando os utentes se dirigem aos tratamentos e às consultas externas do IPO Porto estes têm de pagar taxas moderadoras, exceto se beneficiarem de isenção ou dispensa de taxas moderadoras. Os valores das taxas moderadoras, de acordo com o n.º 1 do art.º 3 do Decreto-Lei n.º 117/2014, de 5 de agosto, são aprovados por portaria dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde, revistos anualmente, sem prejuízo da devida atualização automática à taxa da inflação divulgada pelo Instituto Nacional de Estatística, relativa ao ano civil anterior.

O DL n.º 113/2011, de 29 de novembro, frisa que estão excluídos da obrigação de pagamento de taxas moderadoras os utentes que se encontrem numa das situações legalmente previstas de isenção de taxas, entre outras, designadamente:

- a) Grávidas e parturientes;
- b) Menores;
- c) Uteses com grau de incapacidade igual ou superior a 60%;
- d) Uteses em situação de insuficiência económica, bem como os dependentes do respectivo agregado familiar;
- (...)
- g) Doentes transplantados;
- h) Bombeiros;
- (...)
- n) Os requerentes de asilo e refugiados e respetivos cônjuges ou equiparados e descendentes diretos;
- o) Uteses, no âmbito de interrupção voluntária da gravidez (IVG).

Por sua vez, o DL n.º 113/2011, de 29 de novembro no seu artigo 8º, refere que é dispensada a cobrança de taxas moderadoras nas seguintes prestações de cuidados de saúde, entre outras:

- a) Consultas de planeamento familiar e atos complementares prescritos no decurso destas;
- b) Consultas, sessões de hospital de dia, bem com atos complementares de prescritos no decurso destas, no âmbito de doenças neurológicas degenerativas e desmielinizantes, distrofias musculares, tratamento da dor crónica, quimioterapia de doenças oncológicas, radioterapia, saúde mental, (...);

- c) Cuidados de saúde respiratórios ao domicílio;
- d) Cuidados de saúde na área da diálise;
- e) Consultas e atos complementares necessários para as dádivas de células, sangue, tecidos e órgãos;
- (...)
- m) Atendimento em serviço de urgência, no seguimento de:
 - i. Referenciação pela rede de prestação de cuidados de saúde primários para um serviço de urgência;
 - ii. Admissão a internamento através da urgência.

Por se tratar de informação confidencial não foi possível anexar apêndices.

6.5 Auditoria Semestral ao Inventário Farmacêutico

Para além das tarefas anteriormente descritas, realizadas no decorrer do estágio, foi possibilitado ainda ao estagiário o acompanhamento da auditoria semestral ao inventário farmacêutico, constante no PAA. A auditoria foi realizada nos dias 3 e 4 de julho, tendo como intuito a confirmação das quantidades existentes em armazém de cada fármaco selecionado, comparativamente com as quantidades disponíveis em *software* no dia imediatamente anterior.

A selecção da amostra alvo de auditoria, foi realizada pela Diretora do Serviço de Auditoria Interna, tendo o estagiário acompanhado todo o processo. O estagiário desenvolveu posteriormente os papéis de trabalho a utilizar na auditoria, que após o tratamento de dados, criou três listagens distintas com os respetivos fármacos a analisar em cada um dos três armazéns do IPO.

Nos dias da auditoria acompanhou a Diretora do SAI, tendo observado e colaborado no processo de contagem e feito o seu registo das quantidades em *stock* para cada fármaco selecionado, nos respetivos papéis de trabalho. Como se tratou de uma auditoria constante no plano anual do SAI, não foi elaborado pelo estagiário o respetivo relatório.

Por se tratar de informação confidencial, não foi possível reproduzir as quantidades confirmadas por fármaco em cada armazém, nem as conclusões chegadas.

CONCLUSÃO

O presente relatório pretendeu abordar de forma resumida as atividades desenvolvidas no decorrer do estágio no Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE, tendo primeiramente abordado vários temas relacionados com o âmbito do estágio, de forma a introduzir as atividades desenvolvidas. Este permitiu o primeiro contacto com a atividade de Auditoria Interna, tendo o estagiário desenvolvido e adquirido novos conhecimentos, competências pessoais, técnicas e métodos básicos de trabalho que um auditor necessita, e sobretudo ter tido a oportunidade de estagiar no serviço pioneiro de Auditoria Interna em Portugal, nos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde.

O desenvolvimento do relatório de estágio teve como base pesquisas de informação na Internet, leitura de documentos internos da entidade acolhedora, conhecimentos adquiridos ao longo da parte letiva do mestrado e ao longo do estágio e leitura de alguns livros da área da auditoria, tanto interna como externa.

Ao longo do estágio foram várias as atividades realizadas, as quais foram destacadas no presente relatório, tendo sido a principal e a mais enriquecedora, a Auditoria ao Transporte de Doentes Não Urgentes em Ambulância, pois despertou uma enorme motivação para conseguir realizar uma auditoria, mesmo que em contexto académico, onde foi possível ultrapassar várias barreiras para concluir o trabalho proposto. Esta oportunidade de aprendizagem foi encarada de forma séria e honesta, realizando cada etapa do processo de auditoria com grande empenho e dedicação, tendo sido sem dúvida muito positivo para o estagiário.

Quanto ao Serviço de Auditoria Interna no IPO-Porto, constatou-se que é um serviço altamente profissional, que desenvolve várias auditorias ao longo do ano abrangendo diversas áreas, sendo um apoio indispensável do Conselho de Administração, pelo valor que tem vindo a acrescentar ao longo dos anos. É importante frisar que nem todas as auditorias são sugeridas e planeadas pelo SAI, o Conselho de Administração pode requerer junto da AI que determinada auditoria seja realizada. A IGAS também pode requerer diretamente com o SAI que determinada área hospitalar seja auditada, num determinado prazo definido.

Importa referir que a Auditoria Interna 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.

Concretizado o estágio, foi sem dúvida um privilégio, não só pelo enriquecimento do currículo, mas também porque permitiu ao estagiário desenvolver competências essenciais para trabalhar na área, tais como, competências de comunicação, métodos de trabalho, gestão de tempo, autonomia, dinamismo, disponibilidade, flexibilidade e capacidade de criar e manter um bom relacionamento interpessoal entre membros da equipa de auditoria.

Conclui-se que o plano de estágio foi superado, na medida em que foi executada uma auditoria na sua totalidade e praticamente de forma independente, quando previamente estava apenas definido o acompanhamento dos elementos do Serviço de Auditoria, nas auditorias constantes do PAA. Relativamente aos conhecimentos adquiridos na componente letiva do mestrado foram de facto uma mais-valia e bastante úteis no decorrer do estágio, tendo sido no decorrer do estágio abordadas várias áreas leccionadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACSS. (2019). Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/>

Araújo, P. (2013). *O Controlo Interno nas Juntas de Freguesia*. Dissertação de Mestrado em Auditoria. Instituto Superior de Contabilidade e Administração do Porto, Porto.

ARS. (2019). Disponível em: <http://www.arscentro.min-saude.pt/>

Circular Normativa 20/2016 da ACSS.

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

COSO (2013). *Controlo Interno - Estrutura Integrada: Sumário Executivo*. Obtido a 19 de Setembro de 2019 de http://www.iiabrasil.org.br/new/2013/downs/coso/COSO_ICIF_2013_Sumario_Executivo.pdf

COSO. (2019). Disponível em: <https://www.coso.org/>

Decreto-Lei nº 305/81 de 12 de novembro. Obtido em <https://dre.pt/>.

Decreto-Lei nº 344-A/83 de 25 de julho. Obtido em <https://dre.pt/>.

Decreto-Lei nº 57/86 de 20 de março. Obtido em <https://dre.pt/>.

Decreto-Lei nº 54/92 de 11 de abril. Obtido em <https://dre.pt/>.

Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro. Obtido em <https://dre.pt/>.

Decreto-Lei nº 286/99 de 27 de julho. Obtido em <https://dre.pt/>.

Decreto-Lei nº60/2003 de 1 de abril. Obtido em <https://dre.pt/>.

Decreto-Lei nº 173/2003 de 1 de agosto. Obtido em <https://dre.pt/>.

Decreto-Lei nº 309/2003 de 10 de dezembro. Obtido em <https://dre.pt/>.

Decreto-Lei nº 233/2005 de 29 de dezembro. Obtido em <https://dre.pt/>.

Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de junho. Obtido em <https://dre.pt/>.

Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro. Obtido em <https://dre.pt/>.

Decreto-Lei nº 124/2011 de 29 de dezembro. Obtido em <https://dre.pt/>.

Decreto-Lei nº 244/2012, de 9 de novembro. Obtido em <https://dre.pt/>.

Decreto-Lei nº 133/2013 de 3 de outubro. Obtido em <https://dre.pt/>.

Decreto-Lei nº 110/2014 de 10 de julho. Obtido em <https://dre.pt/>.

Decreto-Lei n.º 117/2014, de 5 de agosto. Obtido em <https://dre.pt/>.

Decreto-Lei nº 12/2015 de 26 de janeiro. Obtido em <https://dre.pt/>.

Decreto-Lei n.º 192/2015, de 11 de setembro. Obtido em <https://dre.pt/>.

Decreto-Lei nº18/2017,de 10 de fevereiro. Obtido em <https://dre.pt/>.

Despacho nº 7702-A/2012 de 4 de junho. Obtido em <https://dre.pt/>.

Despacho nº 7702-C/2012 de 4 de junho. Obtido em <https://dre.pt/>

Despacho n.º 7709-B/2016, de 9 de junho. Obtido em <https://dre.pt/>.

- DRE. (2019). Disponível em: <https://dre.pt/>
- ECCIA. (2013). Cooperação entre auditoria interna e externa. Disponível em: <https://www.eciia.eu/2013/11/improving-cooperation-between-internal-and-external-audit/>
- ERS. (2019). Disponível em: <https://www.ers.pt/>
- Guia de Implementação do IIA 2200: Planeamento do trabalho. Disponível em: <https://global.theiia.org/standards-guidance/Pages/Standards-and-Guidance-IPPF.aspx>
- Guia de Implementação do IIA 2310: Identificação da informação. Disponível em: <https://global.theiia.org/standards-guidance/Pages/Standards-and-Guidance-IPPF.aspx>
- Guia de Implementação do IIA 2440: Divulgação dos resultados. Disponível em: <https://global.theiia.org/standards-guidance/Pages/Standards-and-Guidance-IPPF.aspx>
- IIA (2009). Enquadramento internacional de Práticas Profissionais de Auditoria Interna. Revisão da tradução: agosto de 2009.
- IIA Global. (2019). Disponível em: <https://global.theiia.org/>
- IGAS. (2019). Disponível em : <http://www.igas.min-saude.pt/>
- Instrução nº1/2016 da IGAS. Obtido em <http://www.igas.min-saude.pt/>.
- IPO-Porto. (2019). Disponível em: <http://www.ipoportto.pt/>
- IPAI (2013). Enquadramento Internacional de Práticas Profissionais de Auditoria Interna. Disponível em <http://www.ipai.pt>
- ISA 315. *International Standard on Auditing*. Disponível em: <https://www.ifac.org/>
- Lei nº 56/79 de 15 de setembro. Obtido em <https://dre.pt/>.
- Lei n.º 48/90, de 24 de agosto. Obtido em <https://dre.pt/>.
- Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro. Obtido em <https://dre.pt/>.
- Lei nº 8/2012, de 21 de fevereiro. Obtido em <https://dre.pt/>.
- Marçal, Nelson, Marques, Fernando (2011). Manual de Auditoria e Controlo Interno no Setor Público, 1ª Edição. Lisboa: Edições Sílabo.
- Morais, Georgina, Martins, Isabel (2013). Auditoria Interna - Função e Processo, 4ª Edição. Lisboa: Áreas Editora.
- Norma de Atributo do IIA 1100: Independência e Objetividade. Disponível em: <https://global.theiia.org/standards-guidance/Pages/Standards-and-Guidance-IPPF.aspx>
- Norma de Atributo do IIA 1110: Independência Organizacional. Disponível em: <https://global.theiia.org/standards-guidance/Pages/Standards-and-Guidance-IPPF.aspx>
- Norma de Atributo do IIA 1111: Interação direta com o Conselho. Disponível em: <https://global.theiia.org/standards-guidance/Pages/Standards-and-Guidance-IPPF.aspx>
- Norma de Atributo do IIA 1120: Objetividade Individual. Disponível em: <https://global.theiia.org/standards-guidance/Pages/Standards-and-Guidance-IPPF.aspx>
- Norma de Atributo do IIA 1130: Impedimentos à Independência ou à Objetividade. Disponível em: <https://global.theiia.org/standards-guidance/Pages/Standards-and-Guidance-IPPF.aspx>

Norma de Desempenho do IIA 2200: Planeamento do trabalho de auditoria. Disponível em: <https://global.theiia.org/standards-guidance/Pages/Standards-and-Guidance-IPPF.aspx>

Norma de Desempenho do IIA 2201: Considerações sobre o planeamento. Disponível em: <https://global.theiia.org/standards-guidance/Pages/Standards-and-Guidance-IPPF.aspx>

Norma de Desempenho do IIA 2310: Identificação das Informações. Disponível em: <https://global.theiia.org/standards-guidance/Pages/Standards-and-Guidance-IPPF.aspx>

Norma de Desempenho do IIA 2400: Comunicação dos resultados. Disponível em <https://global.theiia.org/standards-guidance/Pages/Standards-and-Guidance-IPPF.aspx>

Norma de Desempenho do IIA 2500: Seguimento dos resultados comunicados à Gestão. Disponível em: <https://global.theiia.org/standards-guidance/Pages/Standards-and-Guidance-IPPF.aspx>

Pinheiro, Joaquim L. (2010). Auditoria Interna – Auditoria Operacional - Manual Prático para auditores Internos, 2ª Edição. Lisboa: Rei dos Livros.

Pinheiro, Joaquim L. (2014). Auditoria Interna – Auditoria Operacional – Manual Prático para Auditores Internos, 3ª Edição. Lisboa. Rei dos Livros.

Pires, João Pedro (2010). *Contributo da Auditoria Interna na Detecção e Mitigação de Riscos Empresariais*. Dissertação de mestrado em Auditoria. Instituto Superior de Contabilidade e Administração de Lisboa. Instituto Superior de Contabilidade e Administração de Lisboa, Lisboa.

Portaria n.º 198/2011 de 18 de maio. Obtido em <https://dre.pt/>.

Portaria n.º 142-B/2012 de 15 de maio. Obtido em <https://dre.pt/>.

Portaria n.º 82/2014, de 10 de abril. Obtido em <https://dre.pt/>.

Portaria n.º 260/2014 de 15 de dezembro. Obtido em <https://dre.pt/>.

Portaria n.º 83/2016, de 12 de abril. Obtido em <https://dre.pt/>.

Portaria n.º 275/2016, de 18 de outubro. Obtido em <https://dre.pt/>.

Rodrigues, Cristina M. L. (2014). *Elaboração de um Kit de Auditoria Interna para as PME*. Projeto de Mestrado em Auditoria e Análise Financeira. Instituto Politécnico de Tomar, Tomar.

Semedo, D & Roque, L. (2013). A Auditoria Interna nas Empresas da Saúde do Setor Empresarial do Estado. Obtido a 21 de Setembro de 2019, de <https://www.occ.pt/news/comcontabaudit/pdf/49.pdf>

Sousa, Mária V. (2012). *A Gestão de Risco nas Empresas – Comparação das Práticas de Gestão do Risco no sector da construção em Portugal e no Reino Unido*. Dissertação de Mestrado em Gestão. Universidade Lusófona do Porto, Porto.

SNS. (2019). Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/>

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

Tribunal de Contas (1999). Manual de Auditoria e Procedimentos, Volume 1 – Aspectos Gerais, Princípios Gerais de Auditoria, A Auditoria no Tribunal de Contas. Obtido a 27

de Setembro de 2019, de https://www.tcontas.pt/pt-pt/NormasOrientacoes/ManuaisTC/Documents/Manual_vol1.pdf

APÊNDICES

**Auditoria ao Transporte de Doentes Não Urgentes em Ambulância.
APÊNDICE 1**



Auditoria ao Transporte de Doentes Não Urgentes em Ambulância

ÍNDICE RAI: TRANSPORTE DE DOENTES NÃO URGENTES EM AMBULÂNCIA Nº 007

ANEXOS:

Anexo 1: Portaria nº 275/2016, de 18 de outubro

Anexo 2: Portaria nº 83/2016, de 12 de abril

Anexo 3: Portaria nº 260/2014 de 15 de dezembro

Anexo 4: Despacho nº 7702-A/2012 de 4 de junho

Anexo 5: Despacho nº 7702-C/2012 de 4 de junho

Anexo 6: Portaria nº 142-B/2012 de 15 de maio

Anexo 7: Boletim Normativo nº 4/2016

Anexo 8: Boletim Normativo nº 7/2017

Anexo 9: Procedimento Concursal AD nº 0122/16 – *Prestação de serviços de TNUD*

Anexo 10: Contrato de prestação de serviços de TNUD

Anexos 11,12,13,14,15,16,17,18: Evidências

PAPÉIS DE TRABALHO:

PT TDA1: Mapa de controlo de check in/out na Central de Transportes

PT TDA2: Questionário de Controlo Interno

PT TDA3: Análise dos registos de transporte em OASIS

PT TDA4: Análise dos seguros e certificados das ambulâncias

PT TDA5: Análise dos transportes realizados com 1º e 2º doentes

PT TDA6: Análise dos transportes primários, retornos, altas e transportes com taxa de saída

PT TDA7: Análise da evolução do número de transportes

PT TDA8: Análise da evolução dos custos com transportes

PT TDA9: Análise dos principais serviços e médicos prescritores

PT TDA10: Análise dos custos com ausências e altas

PT TDA11: Análise dos custos com transportes por distrito

PT TDA12: Análise dos custos com acompanhante

PT TDA13: Análise do tempo médio de espera em caso de retorno do doente

PT TDA14: Análise das reclamações

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

TNUD: Transporte Não Urgente de Doentes

SANP: Serviço de Atendimento Não Programado

CT: Central de Transportes

SNS: Serviço Nacional de Saúde

ACSS: Administração Central do Sistema de Saúde

SGF: Serviço de Gestão Financeira

AI: Auditoria Interna

SAI: Serviço de Auditoria Interna

ASF: Autoridade de Supervisão de Seguros e de Fundos de Pensões

INEM: Instituto Nacional de Emergência Médica

ÍNDICE

Introdução.....	6
Âmbito.....	6
Enquadramento Normativo.....	7
<i>Legislação e normas nacionais</i>	7
<i>Normas internas</i>	7
Circuito de prescrição de TNUD	8
Contratação.....	9
Etapas do trabalho de auditoria	10
Trabalho desenvolvido	11
<i>Testes de Auditoria</i>	13
Análise da faturação e detalhes do transporte.....	13
Análise da validade do seguro e do certificado de vistoria das ambulâncias.....	16
Análise estatística.....	18
Reclamações	22
Conclusão.....	23
Recomendações	24

TRANSPORTE DE DOENTES
NÃO URGENTES EM
AMBULÂNCIA

Introdução

O Transporte não Urgente de Doentes está associado à realização de uma prestação de saúde, cuja origem ou destino seja os estabelecimentos e serviços que integram o SNS ou as entidades de natureza privada ou social com acordo, contrato ou convenção para a prestação de cuidados de saúde. As condições em que o SNS assegura os encargos com o Transporte não Urgente de Doentes estão definidas na Portaria nº 142-B/2012, de 15 de maio.

Ao longo dos últimos anos, o serviço de Auditoria Interna tem vindo a monitorizar a área de transporte de doentes em ambulância, com o objetivo de garantir a existência de controlo interno no que respeita à área em análise, zelando pelo principal interesse da instituição, isto é, fornecer a todos os utentes e seus acompanhantes um serviço de transporte de qualidade, ao mais baixo custo possível.

Âmbito

A presente auditoria, teve início em março de 2019 e incidiu sobre os regulamentos e procedimentos em vigor na Instituição no que diz respeito ao tema, assim como a faturação emitida pelas três entidades contratadas para a prestação do serviço no mês de janeiro de 2019.

Importa referir que os transportes realizados pelas entidades que não constam no contrato de prestação de serviços resultante do procedimento concursal adiante citado, correspondem a uma percentagem ínfima do total dos transportes, não fazendo por isso parte do âmbito da auditoria. De forma a ser garantido o transporte de doentes a serem seguidos no IPO Porto e com domicílio fora das zonas contratualizadas, no mês de janeiro foram realizados transportes pela Associação Humanitária dos Bombeiros Voluntários de (...) e pela Associação Humanitária dos Bombeiros Voluntários de (...).

Enquadramento Normativo

Legislação e normas nacionais

Tem sido publicada vária legislação acerca da temática em análise, tendo sido alvo de estudo na presente auditoria os seguintes documentos:

⇒ **Portaria n.º 275/2016, de 18 de outubro**

- Altera o artigo 4.º da Portaria n.º142-B/2012, de 15 de maio. **Anexo 1**

⇒ **Portaria n.º 83/2016, de 12 de abril**

- Altera o artigo 3º, 4,º e 8º da Portaria n.º142-B/2012, de 15 de maio. **Anexo 2**

⇒ **Portaria n.º 260/2014 de 15 de dezembro**

- Aprova o Regulamento de Transporte de Doentes. **Anexo 3**

⇒ **Despacho n.º 7702-A/2012 de 4 de junho**

- Estabelece os preços máximos que podem ser pagos pelo SNS na contratação de serviço de transporte de doentes não urgentes. **Anexo 4**

⇒ **Despacho n.º 7702-C/2012 de 4 de junho**

- Aprova o regulamento que define as normas e procedimentos relativos à prescrição, requisição, gestão, conferência e faturação de encargos com o transporte não urgente de doentes, assegurado pelo SNS. **Anexo 5**

⇒ **Portaria n.º 142-B/2012 de 15 de maio**

- Define as condições em que o SNS assegura os encargos com o transporte não urgente de doentes que seja instrumental à realização das prestações de saúde. **Anexo 6**

Normas internas

O serviço de auditoria verificou a existência de normas e procedimentos de trabalho internos, que abordam o tema em análise, tais como:

⇒ **Boletim Normativo nº 4/2016** (revisado e aprovado em 10/04/2019) - *Transporte de doentes em ambulância*

⇒ Especifica as tarefas relativas ao circuito da prescrição do transporte de doentes em ambulância, assim como todas as tarefas referentes ao circuito de conferência da faturação de transporte de doentes em ambulância. **Anexo 7**

⇒ **Boletim Normativo nº 7/2017** - *Transporte de doentes em ambulância após o horário de funcionamento da Central de Transportes*

⇒ Enumera e descreve as tarefas relacionadas com o circuito administrativo do transporte de doentes em ambulância após o horário de funcionamento da Central de Transportes (dias úteis das 07:30 às 18:00). **Anexo 8**

Circuito de prescrição de TNUD

Conforme legislação aplicável, é considerado transporte não urgente de doentes, o transporte associado à realização de consultas, internamento ou cirurgia de ambulatório, tratamentos ou exames complementares de diagnóstico e terapêutica, e transporte de doente após alta de internamento, com prévia prescrição médica.

Aquando a marcação da próxima consulta, tratamento ou exame, o Médico avalia a necessidade de transporte do doente em ambulância. Caso confirme a sua necessidade, após avaliação e fundamentação no processo clínico do doente, preenche de imediato o ponto 5 da Credencial de Transporte. Posteriormente, este impresso é encaminhado para a receção do respetivo secretariado clínico, que passará ao registo do episódio no sistema de informação OASIS.

O secretariado clínico preenche os pontos 2 e 4 da credencial, que estão relacionados com o destino do transporte e com o tipo de serviço requisitado respetivamente, e coloca a vinheta de identificação do doente no ponto 3. No caso da receção do secretariado clínico estar encerrada, as credenciais são encaminhadas para a receção do SANP para que sejam preenchidas.

Diariamente, o Serviço de Gestão de Doentes envia para a Central de Transportes as Credenciais prescritas e devidamente preenchidas. **Recomendação 1**

Após a sua receção, a CT verifica se os pontos 2, 3, 4 e 5 estão corretamente preenchidos: se sim, procede à gestão do transporte; se não, e a anomalia for nos pontos 2, 3 ou 4 a CT devolve ao Serviço de Gestão de Doentes para que possam ser reencaminhadas aos respetivos secretariados clínicos e sejam feitas as necessárias correções; se não, e a anomalia for no ponto 5, que diz respeito ao detalhe do transporte (a preencher pelo Médico), é enviada uma comunicação interna com a respetiva credencial ao Diretor do Serviço requisitante para que seja feita a devida retificação. No dia anterior, a CT envia o ficheiro definitivo para as três transportadoras contratadas com todos os dados necessários, para que estas possam proceder à melhor agilização possível dos transportes a serem realizados.

No dia da efetivação do transporte, aquando da chegada do doente ao IPO e após a confirmação da sua identidade pelos técnicos da CT, a credencial é assinada pelo doente transportado e pelo respetivo acompanhante (caso tenha sido prescrito pelo Médico esse direito), no ponto 7 da credencial. O secretariado da CT procede ao registo da matrícula da ambulância, no ponto 6, relativamente à chegada (transporte primário) como também a respetiva hora de check in, posteriormente aquando o regresso do doente (retorno) é feito o mesmo. A CT procede ainda ao registo no mesmo ponto, se o utente foi considerado como 1º ou 2º doente no transporte primário e/ou no retorno, ou se se tratou de uma ausência. Após a realização do transporte do doente, o ponto 8 da credencial é assinado e carimbado pelos técnicos da central de transportes.

Contratação

Adicionalmente à análise das normas externas e internas em vigor, o serviço de AI teve em conta o Caderno de Encargos e o Programa do Procedimento Concursal, que contêm as cláusulas específicas aplicáveis ao concurso realizado incluindo critérios de valorização das propostas entregues e as cláusulas genéricas pelas quais se rege a contratação.

Atualmente, o serviço de transporte de doentes não urgentes é garantido por três entidades contratadas mediante o Procedimento Concursal (...) – *Prestação de serviços de TNUD*: **Anexo 9 e Anexo 10**

⇒ Lote 1, distritos do Porto e Aveiro, estão a cargo da Associação Humanitária dos Bombeiros Voluntários (...);

- ⇒ Lote 2 e lote 3, distritos de Bragança e Vila Real e distritos de Viana do Castelo e Braga, estão a cargo da Associação Humanitária dos Bombeiros Voluntários (...);
- ⇒ Lote 4, distritos da Guarda e Viseu, estão a cargo da empresa Táxi e Ambulâncias (...).

Etapas do trabalho de auditoria

O trabalho de auditoria desenvolveu-se de acordo com as seguintes etapas, tendo começado no dia 04 de março de 2019:

1. Solicitação de elementos.
2. Enquadramento legal.
3. Início dos trabalhos:
 - 3.1 Análise dos elementos fornecidos;
 - 3.2 Trabalho de Campo;
 - 3.3 Solicitação adicional de elementos;
 - 3.4 Confrontação da informação recolhida em trabalho de campo com os elementos fornecidos;
 - 3.5 Confrontação dos elementos fornecidos com os registos em OASIS;
 - 3.6 Tratamento da informação recolhida e dos elementos fornecidos.
4. Conclusão dos trabalhos.
5. Reunião final com o serviço auditado.

Numa fase inicial, o serviço de AI procedeu ao **planeamento** geral da auditoria a realizar, definindo um conjunto de ações a desenvolver ao longo da auditoria, tendo determinado quais os controlos a realizar, (tais como a conformidade dos registos em Excel comparativamente com o registado em suporte papel, os valores cobrados constantes nos ficheiros comparativamente com o permitido na legislação em vigor, e a faturação mensal emitida por cada uma das prestadoras do serviço comparativamente com o valor total dos transportes realizados registado nos ficheiros) a sua amplitude e alcance, como também definiu por julgamento profissional o mês a analisar.

Na **fase preliminar** do trabalho a desenvolver, foram solicitados à CT os ficheiros com os registos dos transportes de doentes em ambulância no que diz respeito ao mês de janeiro de 2019 e paralelamente foram solicitadas as faturas ao SGF. A auditoria interna procedeu à pesquisa e análise de leis, regulamentos e procedimentos internos, no que respeita à contratação e fornecimento do serviço de transporte de doentes não urgentes. Posteriormente, foi iniciado o trabalho de campo, tendo o serviço de auditoria interna deslocado-se à CT de forma a poder conhecer os técnicos envolvidos, a natureza das operações e procedimentos, o ambiente de trabalho, fazer as suas observações e registos e recolher evidências. Numa fase posterior, a AI

voltou a deslocar-se à CT com o intuito de **analisar e avaliar o controlo interno** no que respeita às normas e procedimentos internos, através de questionários.

Terminado o trabalho de campo, o SAI efetuou todos os **testes** necessários de forma a verificar o nível de controlo interno no que toca ao tema em análise, averiguando para tal, se a informação registada nos ficheiros dos transportes efetuados em janeiro pelas três entidades contratadas está de acordo com a informação presente nas credenciais de transporte e se é suficiente e válida. Mais ainda, foi verificado, se os episódios que deram origem aos transportes realizados, foram reais e fidedignos e se se encontram registados em sistema OASIS.

Trabalho desenvolvido

De forma a averiguar o *modus operandi*, verificar o cumprimento dos procedimentos implementados e analisar o nível de controlo organizacional no que respeita à temática em questão, o SAI deslocou-se à CT nos dias 26,27,28 e 29 de Março, com o intuito de averiguar todo o processo de receção e saída de doentes, tendo sido dada especial atenção a: **PT TDA1**

- ⇒ Identificação do doente;
- ⇒ Hora de receção e de retorno do doente;
- ⇒ Matrícula da ambulância;
- ⇒ Se o transporte foi realizado em ambulância medicalizada;
- ⇒ Se doente foi considerado como 1º ou 2º doente, ou seja, se foi o único a ser transportado na ambulância ou se partilhou com outros doentes, respetivamente;
- ⇒ Se doente em caso de necessidade de isolamento, foi o único doente a ser transportado em ambulância;
- ⇒ Se consumiu oxigénio conforme prescrição médica;
- ⇒ Se teve acompanhante conforme direito por prescrição médica;
- ⇒ Assinaturas do doente e do acompanhante no momento de chegada à CT ou no momento de partida, consoante o caso;

Posteriormente nos dias 8 e 9 de Abril, a Auditoria Interna deslocou-se uma vez mais à CT para averiguar em específico se os pontos a seguir elencados estavam a ser devidamente cumpridos tal como estabelecido nas normas internas da instituição no que diz respeito ao tema, tais como: **PT TDA2**

- ⇒ A CT receciona a(s) credencial (s) e verifica se os pontos 2, 3, 4 e 5 estão devidamente preenchidos.
- ⇒ No caso de algum ou alguns dos pontos anteriormente mencionados estarem indevidamente preenchidos, a CT devolve a credencial ao Serviço de Gestão de Doentes se as anomalias forem nos pontos 2, 3 ou 4, ou envia uma comunicação interna junto com a credencial, se e apenas a anomalia for no ponto 5.
- ⇒ Após a receção das credenciais, a CT regista a informação no sistema de informação OASIS e posteriormente nos ficheiros Excel.
- ⇒ Em caso de contacto do doente para prescrição de transporte em ambulância, a CT envia uma comunicação interna via email ao Diretor do serviço onde o doente está a ser seguido, para ser prescrito transporte, caso o Médico o considere necessário. **Anexo 11**
- ⇒ As credenciais de transporte prescritas para todo o mês, assim que recebidas são separadas das restantes e arquivadas numa pasta até ao final do mês.
- ⇒ Com um dia de antecedência do transporte, a CT organiza as credenciais arquivadas e confirma no sistema informático as seguintes informações relativas a cada doente: marcações, hora da marcação, morada, contactos, internamento ou falecimento do doente. **Anexo 12**
- ⇒ Com um dia de antecedência, a CT após confirmar e fazer as alterações necessárias aos registos dos transportes de doentes, envia o ficheiro definitivo às respetivas transportadoras contratadas. **Anexo 13**
- ⇒ Todos os pedidos não programados, considerados como tal após as 15:30, são feitos telefonicamente, por email e inseridos nos respetivos ficheiros Excel. **Anexo 14**

No dia 11 de Abril o SAI reuniu com a Técnica Superior do Serviço de Gestão de Transportes, com o intuito de esclarecer e clarificar alguns aspetos no que respeita ao tema, como também recolher evidências acerca do momento de envio dos ficheiros dos transportes realizados para cada uma das entidades contratadas, tal como definido nas normas internas. **Anexo 15**

Testes de Auditoria

Com base na informação recolhida referente aos transportes realizados no mês de janeiro, o serviço de auditoria interna realizou os seguintes testes:

- ⇒ Análise da faturação;
- ⇒ Análise da validade do seguro e do certificado de vistoria das ambulâncias;
- ⇒ Análise estatística;

Análise da faturação e detalhes do transporte

Atualmente existem três entidades contratadas mediante procedimento concursal que prestam o serviço de transporte de doentes não urgentes no IPO do Porto, pelo que o SAI analisou todos os registos de transporte em relação ao mês de janeiro constantes nos ficheiros Excel correspondentes a cada entidade transportadora, a par da análise da respetiva credencial em suporte de papel. Foram tidos em consideração para a análise os seguintes pontos:

- ⇒ Conformidade da distância faturada;
- ⇒ Conformidade dos detalhes do transporte de acordo com a respetiva credencial no que se refere:
 - aos detalhes do transporte evidenciados pelo médico prescriptor;
 - ao médico prescriptor;
 - à data de prescrição;
 - à matrícula da ambulância no transporte primário e no retorno, assim como a hora de chegada e de partida;
 - ao doente ser considerado como 1º ou 2º doente;
 - se se tratou de ausência do doente.
- ⇒ Conformidade das regras de faturação de acordo com o Caderno de Encargos referente ao procedimento concursal supra citado.
- ⇒ Episódio registado em OASIS que deu origem ao transporte do doente em ambulância.

Conformidade da faturação

O SAI após análise das três faturas¹ referentes ao mês de janeiro que perfazem o total de (...) €, constatou que existe conformidade com as distâncias faturadas, com os preços contratados por

¹ As faturas das entidades não contratadas não foram alvo de análise, dado que representam uma percentagem inferior a 1% dos transportes mensais.

quilómetro percorrido, com o preço estabelecido para Alta, assim como, com o preço cobrado em caso de ausência do doente ou em caso de transporte com distância igual ou inferior a 30 quilómetros, designado por taxa de saída. A AI verificou ainda que existe conformidade com os preços a cobrar por 1º ou 2º doente e seu acompanhante, assim como com o preço cobrado em casos de transporte com necessidade de oxigénio ou em ambulância medicalizada.

Foi possível verificar nos registos contabilísticos da instituição, tanto nas rúbricas de valores a pagar como de valores pagos a fornecedores, a conformidade do valor total respeitante ao custo dos transportes realizados por cada uma das três entidades prestadoras do serviço, no mês de janeiro.

Anexo 16

Conformidade das credenciais

O SAI analisou 2297 credenciais que correspondem a 4357 transportes realizados, considerando que uma credencial no mínimo corresponde a um transporte e no máximo a dois, sendo que desses, 356 registos de transportes não se encontram em conformidade. Conclui-se que dos 4357 registos de transportes, no que se refere ao correto preenchimento da credencial como ao correto preenchimento do ficheiro Excel, 4001 respeitam os princípios da integridade e validade, sendo que não apresentam erros ou falta de informação essencial ao processo de agilização de transporte. De entre os registos considerados em não conformidade, foram detetados erros tanto ao nível do suporte em papel como na informação registada em Excel, conforme é possível verificar no quadro abaixo: **Anexo 17; Recomendação 2, 3, 4, 5 e 6**

Total verificados	226	1649	2482	4357
Em conformidade	177	1532	2292	4001
Erros detetados				
Ponto 2 da credencial				
Sem detalhe do destino de transporte	5	10	34	49
Ponto 3 da credencial				
Sem vinheta de identificação do doente	0	0	0	0
Ponto 4 da credencial				
Sem marcação de episódio/episódio errado	0	1	10	11
Sem horário/ horário errado	2	5	1	8
Sem data	0	0	0	0
Sem preenchimento	0	2	7	9
Ponto 5 da credencial				
Sem data de prescrição	7	26	12	45
Sem identificação do médico	0	3	6	9
Sem detalhe do transporte	1	8	13	22
Ponto 6 da credencial				
Horário errado /sem horário do transporte	3	0	10	13
Matrícula não conforme	1	3	10	14
Ponto 7 da credencial				
Falta assinatura do doente	0	7	5	12
Falta assinatura do acompanhante	7	6	3	16
Ponto 8 da credencial				
Sem episódio/assinatura/carimbo/data/identificação da ambulância	9	0	18	27
Outros erros detetados				
Não conformidade de 1º e 2º doente / sem tipificação	1	11	22	34
Médico não conforme	0	5	6	11
Faturação de acompanhante sem prescrição	3	4	9	16
Doentes com isolamento transportados com outros doentes	0	12	5	17
Outros				43
			Total	356

Registo do episódio em OASIS

Para análise dos episódios em OASIS foram selecionados os dias 2, 10, 18, 21 e 29 de janeiro de acordo com julgamento profissional. Constatou-se que dos 528 episódios selecionados e a averiguar em OASIS, 13 não foram possíveis de confirmar por falta de registo, sendo que desses, 6 episódios pertencem à Medicina Física de Reabilitação e os restantes estão distribuídos pelos diversos serviços abaixo identificados, impossibilitando por isso um efetivo controlo dos transportes realizados. **Recomendação 7; PT TDA3**

Registo dos episódios em OASIS		
Episódios sem registo em OASIS	13	
Serviço emissor	Faltas de registo	%
MFR	6	46%
Oncologia Hematologia	2	15%
Oncologia Médica Mama	2	15%
Oncologia Médica Digestivo	1	8%
Oncologia Médica Pele	1	8%
Transplante Hematop. Geral	1	8%
Total	13	100%

Análise da validade do seguro e do certificado de vistoria das ambulâncias

O SAI consultou as páginas da ASF e do INEM de modo a verificar a validade do seguro e do certificado de vistoria, respetivamente, para o total das viaturas utilizadas no mês de janeiro pelas três entidades contratadas. Verificou-se que todas as viaturas utilizadas tinham seguro válido. Contudo, no que respeita ao certificado de vistoria foram detetadas ambulâncias em incumprimento, conforme quadro infra: **PT TDA4, Recomendação 8**

Ambulâncias utilizadas	Seguro	Com certificação	Sem certificação	Percentagem com certificação	Percentagem sem certificação	TOTAL
7	7	6	1	86%	14%	100%
28	28	23	5	82%	18%	100%
10	10	6	4	60%	40%	100%
45	45	35	10	78%	22%	100%

Após pedido de esclarecimento às transportadoras quanto às ambulâncias sem certificação, foi respondido pelos Bombeiros Voluntários (...) que apenas duas das cinco viaturas identificadas, foram por eles utilizadas, sendo estas duas, viaturas de aluguer. As restantes matrículas foram registadas por engano segundo justificação da CT. Das ambulâncias identificadas sem certificação utilizadas pelos Bombeiros Voluntários (...), segundo justificação dos mesmos, três delas encontram-se á espera de certificação e a outra foi considerada para abate. Por sua vez, os Táxi e Ambulâncias (...) informaram que a ambulância identificada estava a iniciar o processo de certificação.

As respostas das entidades contratadas são a seguir transcritas: **Anexo 18**

Associação Humanitária de Bombeiros Voluntários (...): “ *Depois de uma análise feita á listagem de viaturas que nos enviou, só duas foram utilizadas por nós, que são as matrículas 45--63 e 33--35. São viaturas que alugamos em virtude de a nossa ter tido uma avaria durante o serviço. Quanto às outras viaturas não constam dos nossos ficheiros nem alugamos nenhuma viatura com essas matrículas.*”

Táxi e Ambulâncias (...): “*Esta viatura em questão 88--XM, terminou este ano o certificado de vistoria ao qual se pediu a sua renovação, foi detetado uma falha relativamente ao projecto de construção da mesma, pois não se encontrava em conformidade com a norma EN 14789:2007. Situação esta que foi prontamente corrigida por nós, neste momento a viatura já se encontra em conformidade com todas as normas exigidas e já foi inspecionada e aprovada pelo IMT, estamos unicamente à espera de receção da documentação por parte do IMT.*”

Associação Humanitária de Bombeiros (...): “ *As viaturas com a matrícula 71--77 e 53--81 foram ontem pedidas as vistorias ao INEM, estamos a aguardar que nos enviem as taxas para pagamento. A viatura 62--84 não está ao serviço pois encontra-se acidentada, não havendo previsão da sua entrada ao serviço, no entanto quando retornar ao serviço já virá com a licença do INEM. A viatura 21--JG não volta para o IPO, porque vai ser abatida para a sucata.*”

Análise estatística

Doentes transportados como 1º e 2º doente

De acordo com a legislação em vigor, um doente apenas é considerado como 1º se não partilhar a ambulância com outro doente, sendo que o 2º apenas paga uma determinada percentagem do valor por quilómetro, que seria devido pelo transporte como se fosse o único doente a ser transportado. O segundo doente pode pagar 20% ou 15%, dependendo se o total de quilómetros percorridos a ser pago, é inferior, ou superior a 100 quilómetros, respetivamente, tal como é referido no caderno de encargos. O SAI verificou que os valores cobrados pelos transportes realizados com acompanhante com distâncias inferiores ou superiores a 100 quilómetros estão na sua totalidade de acordo com o estabelecido.

Após feita a análise do total de transportes realizados em janeiro, constatou-se que existe uma pequena variação percentual entre 1º e 2º doente, conforme quadro abaixo: **PT TDA5**

Nº de transportes	1º doente	2º doente	% 1º doentes	% 2º doentes	TOTAL
226	205	21	91%	9%	100%
1649	812	837	49%	51%	100%
2482	1283	1199	52%	48%	100%
4357	2300	2057	53%	47%	100%

Nº de Transportes Primários, Retornos e Altas

Após análise da informação relativa aos transportes realizados no mês de janeiro, pode-se concluir que dos 4357 transportes faturados pelas três entidades prestadoras do serviço, 2163 correspondem a Transportes Primários, 2085 a Retornos e 109 a Altas.

Do total dos transportes realizados, 663 foram efetuados no distrito do Porto com distâncias inferiores ou iguais a 30 quilómetros, sendo por essa razão faturada Taxa de Saída conforme Caderno de Encargos, dos quais 662 foram realizados pelos Bombeiros Voluntários(...) e 1 foi realizado excecionalmente pelos Bombeiros(...) por se tratar de um transporte em que foi necessário ambulância medicalizada, sendo que apenas esta entidade possui ambulâncias deste tipo.

PT TDA6

Transporte Primário	Retorno	Alta	TOTAL Transportes	Transportes com Taxa de Saída
110	109	7	226	0
812	795	42	1649	1
1241	1181	60	2482	662
2163	2085	109	4357	663

Evolução de transportes realizados

Tendo em consideração o número total de transportes realizados nos anos de 2016 a 2018 verificou-se que houve um aumento do número de transportes, tal como é evidente conforme imagem infra: **PT TDA7**

Ano	Nº transportes	Média mensal
2016	38079	3173
2017	41229	3436
2018	43144	3595
variação 2017/2016		8%
variação 2018/2017		4%

Evolução dos gastos com transportes

Apesar do número de transportes realizados nos últimos anos ter vindo a aumentar progressivamente, o custo com os mesmos nos últimos anos tem vindo a reduzir ainda que de forma irrisória, conforme visível na tabela abaixo: **PT TDA8**

Custos com transportes	2016	2017	2018	Varição 2017/2016	Varição 2018/2017
------------------------	------	------	------	-------------------	-------------------

Nota: Informação retirada por motivos de confidencialidade

Principais serviços e médicos prescritores

Tendo em conta os dez principais serviços prescritores, conclui-se que estes são responsáveis por (...) € correspondendo a 78,36 % do total de custos com os transportes realizados em janeiro. Por sua vez, para cada um dos dez principais serviços prescritores, é possível verificar o médico que mais contribui para esse gasto, conforme quadro infra: **PT TDA9**

Serviço	Custos com transportes	%	Nº Mecnográfico	Custos com transportes prescritos	% em relação ao Serviço
---------	------------------------	---	-----------------	-----------------------------------	-------------------------

Nota: Informação retirada por motivos de confidencialidade

Custos com Ausências e Altas

Após a análise dos transportes realizados em janeiro, conclui-se que existiram 25 ausências. Entende-se por ausência, a não comparecência do doente aquando o transporte previsto para o IPO, sendo que o total de custos por Ausências foi de (...) €.

Por sua vez, em janeiro houve um total de 109 Altas², sendo o valor total faturado correspondente a (...) €, de frisar que este valor não compreende os custos com acompanhante, conforme tabela abaixo: **PT TDA10**

Transportadora	Nº de ausencias	Custos com ausencias	Nº de altas	Custos com altas (não inclui custos com acompanhante)	%
----------------	-----------------	----------------------	-------------	---	---

Nota: Informação retirada por motivos de confidencialidade

² Custo de Alta é igual ao dobro do valor cobrado pelos quilómetros percorridos adicionado do valor cobrado por acompanhante, se for o caso.

Custos de transporte por distrito de residência do doente

No mês em análise foram efetuados 4357 transportes de doentes para 8 distritos abrangidos, dos quais 56.97% foram realizados pelos Bombeiros Voluntários(...), os Táxi e Ambulâncias(...) foram encarregues de apenas 5.19%. Quanto aos custos relacionados com os transportes realizados no mês de janeiro pelas três entidades contratadas, 49.48% do total de (...) €, correspondem aos transportes realizados nos Lotes 2 e 3, ao encargo dos Bombeiros Voluntários(...), como se pode verificar no quadro abaixo: **PT TDA11**

Transportadora	Nº transportes por distrito	% de transportes	Custos com transportes por distrito	% de custos com transportes por lotes
----------------	-----------------------------	------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

Nota: Informação retirada por motivos de confidencialidade

Custos de transporte com acompanhante

Verifica-se que o maior valor de custos com os transportes deriva dos serviços prestados pelos Bombeiros(...), contudo, o maior valor de custos com acompanhante ³ no transporte de doentes pertence aos transportes realizados pelos Bombeiros(...), sendo que corresponde a 4% do valor total dos custos com transportes, conforme quadro abaixo: **PT TDA12**

Transportadora	TOTAL custos com transportes	Custos com acompanhante	%
----------------	------------------------------	-------------------------	---

Nota: Informação retirada por motivos de confidencialidade

Tempo médio de espera de doente por transporte de Retorno

Com o intuito de averiguar se em caso de transporte de retorno do doente, este espera em média duas horas, tal como definido nas normas internas, o serviço de auditoria verificou para os dias 2,

³ O custo com acompanhante é igual a 5% do custo imputado ao transporte do doente por quilómetro percorrido.

10, 18, 21 e 29 de janeiro de acordo com julgamento profissional, todos os registos do tempo de espera do doente. Foram analisados os tempos de espera para a Associação Humanitária de Bombeiros Voluntários(...) e para a Associação Humanitária dos Bombeiros(...). Não houve verificação para os transportes de retorno efetuados pela empresa Táxi e Ambulâncias(...), devido ao pequeno número de doentes transportados, sendo que o tempo de espera do doente é ínfimo ou nulo, devido à grande rapidez do serviço de transporte.

Constatou-se que os doentes em caso de transporte de retorno a ser realizado pelos Bombeiros(...), esperam em média uma hora e seis minutos considerando os cinco dias em análise e no caso dos doentes a serem transportados pelos Bombeiros(...), o tempo médio de espera foi de uma hora e dez minutos, tendo em conta os mesmo dias para amostra. **PT TDA13**

Conclui-se que o tempo de média de espera dos transportes realizados pelas entidades contratadas encontra-se dentro do tempo estabelecido, conforme a alínea e) do ponto 7 do boletim normativo referente ao transporte de doentes em ambulância.

Reclamações

A auditoria interna analisou as reclamações dos utentes do IPO em relação ao ano transato, no que respeita ao serviço de transporte em ambulância e verificou que foi feita uma reclamação, sendo esta relativa à organização do transporte. De janeiro de 2019 até ao final do mês de maio, não foram recebidas quaisquer reclamações. **PT TDA14**

Conclusão

Verificou-se um aumento progressivo do número de transportes realizados nos últimos três anos, contudo, houve uma redução dos custos com os mesmos ainda que ínfima, podendo considerar-se como uma das causas para tal, a prática das recomendações feitas pelo serviço de auditoria interna em auditorias anteriores, além de uma maior primazia de todas as partes envolvidas, tais como, uma melhor gestão das entidades transportadoras no que respeita ao número de doentes transportados na mesma ambulância, de forma a ser reduzido o número de 1º doentes e a ser aumentado o número 2º doentes, caso não haja uma necessidade fundamentada de isolamento do doente. Uma vez que apenas apenas é cobrado pelo transporte do 2º doente, 5% do valor que seria pago por quilómetro percorrido caso fosse considerado como 1º, o custo é menor. Uma outra razão, poderá dever-se a uma maior ponderação dos médicos para a prescrição do direito de acompanhante, visto que o doente deve usufruir deste direito caso o médico o considere pertinente e justificável. A redução do número de acompanhantes nos transportes realizados influencia positivamente os custos com os transportes.

Finalizado o trabalho, o SAI considera que existe um bom controlo interno no que diz respeito ao circuito dos transportes realizados.

Recomendações

<u>Situação detetada pelo SAI</u>	<u>Recomendação</u>	<u>Responsável</u>
<p>1. Atraso na entrega das credenciais na Central de Transportes. Risco: Falha de controlo interno.</p>	<p>⇒ Sensibilização dos secretariados clínicos para uma entrega mais regular e atempada das credenciais no Serviço de Gestão de Doentes para que este possa de igual forma entregar na Central de Transportes.</p>	
<p>2. Falhas detetadas no preenchimento das credenciais de transporte no que se refere à prescrição médica. Risco: Falha de controlo interno.</p>	<p>⇒ Sensibilização dos profissionais médicos no que respeita à importância do total preenchimento dos detalhes do transporte, assim como a importância da identificação do médico prescriptor e a data de prescrição.</p> <p>⇒ Sensibilização dos técnicos da Central de Transportes aquando a receção das credenciais, para a verificação da validade da credencial.</p>	
<p>3. Falhas detetadas nas credenciais de transporte no que se refere ao preenchimento ao encargo do secretariado clínico. Risco: Falha de controlo interno.</p>	<p>⇒ Sensibilização dos secretariados clínicos para um correto preenchimento dos pontos ao seu encargo.</p> <p>⇒ Sensibilização dos técnicos da Central de Transportes aquando a receção das credenciais, para a verificação da validade da credencial..</p>	
<p>4. Faturação de acompanhante no transporte sem a devida prescrição na credencial. Risco: Falha de controlo interno.</p>	<p>⇒ Sensibilização dos técnicos da Central de Transportes para não serem permitidos transportes de acompanhantes, caso não haja prescrição médica que evidencie esse direito do doente.</p>	

<p>5. Transporte de doentes com prescrição de isolamento juntamente com outros doentes. Risco: Falha de controlo interno.</p>	<p>⇒ Sensibilização dos técnicos da Central de Transporte para não serem permitidos transportes de doentes com necessidade de isolamento juntamente com outros doentes, mesmo que tenham também isolamento prescrito.</p>	
<p>6. Inconformidade no registo de informação entre o suporte em papel e o ficheiro Excel. Risco: Falha de controlo interno.</p>	<p>⇒ Sensibilização da Central de Transportes para uma validação dos dados registados em ficheiro Excel.</p>	
<p>7. Episódios que não se encontram registados em software OASIS, impossibilitando a sua verificação e o respetivo controlo do transporte. Risco: Sobreavaliação de custos com transportes.</p>	<p>⇒ Sensibilização dos técnicos da Central de Transportes para um controlo mais frequente dos episódios registados em OASIS.</p>	
<p>8. Ambulâncias utilizadas sem certificado de vistoria do INEM, não cumprindo por isso os requisitos legais para o transporte de doentes em ambulância. Risco: Incumprimento legal. Danos patrimoniais não cobertos por seguro.</p>	<p>⇒ Solicitação às entidades contratadas que procedam à certificação das ambulâncias utilizadas no transporte de doentes identificadas em situação ilegal. ⇒ Sensibilização dos técnicos da Central de Transportes que realizem uma verificação periódica dos certificados de vistoria do INEM.</p>	

ANEXOS

ANEXO 1

REGULAMENTO INTERNO IPO-PORTO,EPE



Regulamento Interno

Janeiro de 2013

CAPÍTULO I

DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 1º

Natureza Jurídica e Sede

O Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, Entidade Pública Empresarial, criado pelo Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro, adiante designado por IPO-Porto, tem sede no Porto, na rua Dr. António Bernardino de Almeida, 4200-072 Porto e é uma pessoa coletiva de direito público de natureza empresarial, dotada de autonomia financeira, administrativa e patrimonial, nos termos do regime jurídico do setor empresarial do Estado e das empresas públicas e do artigo 18º do anexo da Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro.

Artigo 2º

Missão

1. O IPO-Porto tem por missão principal a prestação de cuidados de saúde hospitalares oncológicos à população, com a máxima qualidade, humanismo e eficiência. Faz parte ainda da sua missão desenvolver atividades de investigação, formação e ensino no domínio da Oncologia.
2. O IPO-Porto articula-se com os Institutos de Oncologia de Lisboa e Coimbra de Francisco Gentil, através da Comissão Coordenadora, que integra o grupo técnico de acompanhamento da política de saúde oncológica e do Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas, criado nos termos do n.º 10 do Despacho n.º 19123/2005 (2.ª série), do Ministro da Saúde, publicado no Diário da República de 2 de setembro.

Artigo 3º

Valores

1. No desenvolvimento da sua atividade, o IPO-Porto e os seus colaboradores regem-se pelos seguintes valores:
 - a) Dignidade da Pessoa – o IPO-Porto existe para servir as pessoas, sujeitos conscientes e livres, iguais em direitos e deveres e com um valor pessoal insubstituível. Neste sentido, o IPO-Porto procurará pautar sempre a sua atuação pela defesa e promoção dos direitos humanos, em particular do direito à saúde, no respeito pela pessoa;
 - b) Responsabilidade Social – para o IPO-Porto a responsabilidade social é conciliar os princípios e boas práticas da prestação de cuidados com o interesse e melhoria da qualidade de vida do doente, de mobilização das energias de todos os

- colaboradores, da ecologia humana e do interesse económico e social geral;
- c) Participação – o IPO-Porto entende que a participação é um valor intrínseco da atividade humana e o único meio da pessoa, enquanto cidadão, poder contribuir para o desenvolvimento e melhoria da instituição, em todas as suas vertentes, organizacional, técnica, humana e social.

Artigo 4º

Legislação aplicável

1. O IPO-Porto rege-se pelo presente Regulamento Interno e pela seguinte legislação:
 - a) Diploma de transformação em entidade pública empresarial (Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro) e seus Estatutos constantes dos anexos I e II;
 - b) Regime jurídico do setor empresarial do Estado e das empresas públicas;
 - c) Lei da Gestão Hospitalar (Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro);
 - d) Normas em vigor para o Serviço Nacional de Saúde que não contrariem as normas previstas no diploma referido na alínea anterior.

Artigo 5º

Área de Influência Geográfica

Sem prejuízo da liberdade de escolha no acesso à rede nacional de prestação de cuidados de saúde, o IPO-Porto presta cuidados de saúde a doentes da zona geográfica correspondente à ARS Norte.

Artigo 6º

Atribuições

1. O IPO-Porto tem por atribuições:
 - a) Prestar cuidados hospitalares especializados no domínio da Oncologia;
 - b) Promover e fomentar a Prevenção, o Rastreio e o Diagnóstico Precoce do Cancro;
 - c) Promover a Investigação Clínica e Laboratorial no domínio da Oncologia;
 - d) Praticar, promover e prestar apoio ao Ensino pré e pós-graduado no domínio da Oncologia;
 - e) Participar no Conselho Nacional de Oncologia e na Comissão Oncológica Regional;
 - f) Participar, em conjunto com os Institutos congéneres de Lisboa e Coimbra, na Comissão Coordenadora dos Centros de Oncologia, estrutura funcional destinada a analisar e elaborar estratégias conjuntas na prestação de cuidados oncológicos, assim como a manter canais de informação entre os três Centros;

- g) Prestar colaboração e apoio a outras estruturas de Saúde, no âmbito da Rede de Referência Oncológica;
- h) Participar em organizações científicas e técnicas internacionais, na área da Oncologia, nomeadamente no âmbito da União Europeia;
- i) Coordenar e centralizar a vigilância epidemiológica do cancro na Zona Norte (RORENO).

Artigo 7º

Áreas de Intervenção

- 1. Clínica:
 - a) Prevenção primária;
 - b) Rastreio e diagnóstico precoce;
 - c) Tratamento multidisciplinar;
 - d) Seguimento pós-tratamento;
 - e) Prestação de cuidados paliativos;
 - f) Aconselhamento genético.
- 2. Investigação:
 - a) Investigação básica;
 - b) Investigação translação;
 - c) Investigação clínica;
 - d) Investigação epidemiológica.
- 3. Ensino:
 - a) Ensino médico pré-graduado;
 - b) Ensino médico pós-graduado;
 - c) Ensino a outros profissionais de saúde;
 - d) Ensino à comunidade.

Artigo 8º

Objetivos Estratégicos

- 1. São objetivos estratégicos da atividade do IPO-Porto:
 - a) Centrar a atividade assistencial em torno do doente oncológico, utilizando os mais elevados padrões técnicos e de acordo com o estado da arte;
 - b) Permitir uma acessibilidade fácil e proporcionar tratamentos em tempo oportuno a todos os doentes;
 - c) Proporcionar uma medicina personalizada e humanizada;
 - d) Acompanhar os progressos científicos e técnicos no tratamento da doença oncológica;
 - e) Elaborar e implementar planos de ação tendentes a melhorar o diagnóstico precoce e a prevenção primária;
 - f) Formar técnicos especializados em Oncologia;
 - g) Promover a Investigação: básica, de translação, clínica, epidemiológica e outras no domínio da Oncologia.
- 2. Os objetivos expressos em programas de ação serão objeto de avaliação interna e sistemática, no sentido de assegurar o cumprimento das metas definidas

pelo Ministério da Saúde e de acordo com os planos oncológicos regional e nacional.

Artigo 9º

Princípios gerais de organização

- 1. O doente oncológico é o centro em torno do qual se deve construir toda a atividade assistencial, pelo que os meios humanos e técnicos devem ser organizados de forma a proporcionar cuidados personalizados, homogéneos abrangentes.
- 2. O IPO-Porto mantém a multidisciplinaridade como forma de abordagem da doença neoplásica, capaz de oferecer um tratamento integrado e sequencial, de acordo com os mais elevados padrões científicos e humanos.
- 3. Para atingir esses objetivos, instituem-se as unidades multidisciplinares por patologia, designadas por Clínicas de Patologia, como base de toda a estruturação assistencial.
- 4. Todas as medidas organizativas serão tomadas visando constituir num futuro, que se pretende próximo, centros de responsabilidade.

CAPÍTULO II

Dos Órgãos do IPO-Porto

Artigo 10º

Classificação dos órgãos

- 1. Os órgãos do IPO-Porto classificam-se em:
 - a) Órgãos Sociais;
 - b) Órgãos de Apoio Técnico;
 - c) Órgãos de Apoio Especial.
- 2. A composição, funcionamento e competências dos Órgãos do IPO-Porto regem-se pelos seus estatutos e subsidiariamente pelo regime jurídico do setor empresarial do estado.

Secção I

Dos Órgãos Sociais

Artigo 11º

Conselho de Administração

- 1. A composição, competências, funcionamento e mandato do Conselho de Administração são os constantes dos artigos 6º a 14º dos Estatutos do IPO-Porto.
- 2. As regras de funcionamento do Conselho de Administração estão fixadas em Regimento próprio – anexo I deste Regulamento.

Artigo 12º **Fiscal Único**

A natureza, tempo de mandato e competências do fiscal único são os previstos nos artigos 15º e 16º dos Estatutos do IPO-Porto.

Artigo 13º **Conselho Consultivo**

A composição, competências e funcionamento do Conselho Consultivo regem-se pelos artigos 18º a 20º dos Estatutos do IPO-Porto.

Secção II **Serviço de Auditoria Interna**

Artigo 14º **Serviço de Auditoria Interna**

A natureza, composição, competências e funcionamento do Serviço de Auditoria Interna são os constantes do artigo 17º e 17º-A dos Estatutos do IPO-Porto.

Secção III **Dos Órgãos de Apoio Técnico**

Artigo 15º **Comissões de Apoio Técnico**

1. São Comissões de Apoio Técnico:
 - a) Comissão de Ética;
 - b) Comissão de Qualidade e Segurança do Doente;
 - c) Comissão de Controlo de Infeção Hospitalar;
 - d) Comissão de Farmácia e Terapêutica;
 - e) Comissão Médica;
 - f) Comissão de Enfermagem;
 - g) Comissão dos Técnicos Superiores;
 - h) Comissão dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica;
 - i) Comissão de Catástrofe;
 - j) Governação Clínica;
 - k) Comissão de Risco Hospitalar;
 - l) Comissão de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho;
 - m) Comissão de Normalização de Produtos e Equipamentos.
2. Os membros das Comissões, bem como os respetivos Presidentes são nomeados pelo Conselho de Administração, de acordo com os critérios específicos de cada comissão.
3. O mandato dos membros das Comissões coincide com a vigência do mandato do Conselho de Administração.

4. O funcionamento de cada Comissão deve reger-se por um regulamento próprio, enformado pelos objetivos definidos neste diploma, o qual será aprovado pelo Conselho de Administração, mediante proposta da Comissão a apresentar no prazo máximo de 90 dias.
5. A periodicidade das reuniões deverá ser fixada no respetivo regulamento e dessas reuniões devem ficar registos em ata.
6. Cada comissão apresentará anualmente um plano de atividades e um relatório de execução anual, os quais serão submetidos ao Conselho de Administração.
7. Os membros das comissões, no desempenho do respetivo mandato, manter-se-ão obrigatoriamente em funções até serem substituídos.
8. Compete ao Conselho de Administração propor a todo o tempo outras comissões julgadas necessárias e nomear os respetivos membros.

Artigo 16º **Comissão de Ética**

1. A Comissão de Ética é constituída por sete elementos.
2. A Comissão de Ética rege-se pelas disposições enunciadas no Decreto-Lei n.º 97/95, de 10 de maio.
3. Compete à Comissão de Ética:
 - a) Pronunciar-se sobre todas as questões que envolvam valores morais dentro da instituição, nomeadamente o respeito pelos direitos e dignidade dos doentes;
 - b) Zelar pela observância de padrões éticos no acesso aos cuidados de diagnóstico e tratamento e no respeito pela confidencialidade;
 - c) Pronunciar-se sobre práticas corretas de investigação e ensino que envolvam doentes ou tenham impacto nos princípios morais porque se rege a sociedade e as práticas profissionais.

Artigo 17º **Comissão de Qualidade e Segurança do Doente**

1. A Comissão de Qualidade e Segurança do Doente é constituída por cinco elementos e presidida pelo Presidente do Conselho de Administração.
2. Compete à Comissão de Qualidade e Segurança do Doente:
 - a) Pronunciar-se sobre todos os aspetos que envolvam a promoção da qualidade global e segurança no atendimento dos doentes;
 - b) Propor ao Conselho de Administração ações de carácter formativo aos profissionais que visem humanizar o atendimento;

- c) Propor ao Conselho de Administração as ações que visem a melhoria da acessibilidade aos cuidados de saúde, da qualidade dos Serviços Hoteleiros e à melhoria das relações entre doentes e profissionais;
- d) Pronunciar-se a pedido do Conselho de Administração sobre questões que envolvam riscos para pessoas e bens.

Artigo 18º

Comissão de Controlo da Infeção Hospitalar

1. A Comissão de Controlo da Infeção Hospitalar rege-se pela Circular Normativa da Direção Geral da Saúde, n.º 18, de 15 de outubro de 2007.
2. A Comissão é constituída por um Núcleo Executivo, por um Núcleo de Apoio Técnico e Científico e por um Núcleo de Membros Dinamizadores.
3. Compete à Comissão de Controlo da Infeção Hospitalar:
 - a) Elaborar o Plano Operacional de Prevenção e Controlo da Infeção e implementar um sistema de avaliação das ações empreendidas;
 - b) Implementar políticas e procedimentos de prevenção e controlo da infeção e monitorizá-las através de auditorias periódicas. Proceder à revisão trienal das normas e sempre que surjam níveis de evidência que o justifiquem;
 - c) Conduzir a vigilância epidemiológica (VE) de acordo com os programas preconizados pelo PNCI e as necessidades das unidades de saúde;
 - d) Investigar, controlar e notificar surtos de infeção, visando a sua efetiva prevenção;
 - e) Monitorizar os riscos de infeção associados a novas tecnologias, dispositivos, produtos e procedimentos;
 - f) Colaborar com o serviço de aprovisionamento na definição de características de material e equipamento clínico e não clínico com implicações no controlo e prevenção das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde;
 - g) Proceder, em articulação com os Serviços de Higiene, Segurança e Saúde no Trabalho e de Gestão de Risco, à avaliação do risco biológico em cada serviço e desenvolver recomendações específicas, quando indicado;
 - h) Participar no planeamento e acompanhamento da execução de obras a fim de garantir a adequação à prevenção das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde;
 - i) Participar no desenvolvimento e monitorização de programas de formação, campanhas e outras ações e estratégias de sensibilização;
 - j) Participar e apoiar os programas de investigação relacionados com as Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde, a nível nacional e internacional.

Artigo 19º

Comissão de Farmácia e Terapêutica

1. A Comissão de Farmácia e Terapêutica é constituída por seis elementos e presidida pelo diretor clínico.
2. Compete à Comissão de Farmácia e Terapêutica:
 - a) Atuar como órgão de ligação entre os Serviços Farmacêuticos e os Serviços de Ação Médica;
 - b) Selecionar medicamentos para utilização no hospital com base em critérios documentados sobre segurança, eficácia e custos;
 - c) Elaborar e atualizar o Formulário Fármaco-terapêutico do Instituto;
 - d) Velar pelo cumprimento do Formulário Fármaco-terapêutico do Instituto;
 - e) Avaliar as justificações de utilização de medicamentos constantes no Formulário Fármaco-terapêutico do Instituto e considerados de uso restrito;
 - f) Pronunciar-se sobre a autorização da utilização de medicamentos não constantes no Formulário Fármaco-terapêutico do Instituto;
 - g) Promover o correto uso dos medicamentos mediante a elaboração de normas internas para o uso racional do medicamento e colaborando na elaboração de protocolos terapêuticos;
 - h) Avaliar e controlar a utilização dos protocolos em uso na instituição;
 - i) Elaborar normas de prescrição e dispensa de medicamentos;
 - j) Promover o uso da prescrição de medicamentos pela Denominação Comum Internacional;
 - k) Estabelecer sistemas de informação e formação continuada (boletim e/ou Intranet);
 - l) Estabelecer sistemas de avaliação e seguimento das normativas, bem como da qualidade da farmacoterapia no Instituto;
 - m) Estabelecer programas e procedimentos que ajudem a garantir o uso seguro e efetivo dos medicamentos;
 - n) Participar nas atividades de garantia de qualidade relacionadas com a distribuição, administração e utilização do medicamento;
 - o) Elaborar pareceres técnicos sobre a inclusão/exclusão de medicamentos no Formulário Fármaco-terapêutico do Instituto, enviando-os trimestralmente ao INFARMED;
 - p) Acompanhar e monitorizar o cumprimento de todas as normas e decisões emanadas pela Comissão;
 - q) Estabelecer para cada novo fármaco os intervalos de tempo de monitorização da resposta;
 - r) Analisar mensalmente os consumos dos medicamentos de uma forma geral e por Serviço;
 - s) Reunir periodicamente com os Diretores de Serviço para análise do perfil fármaco-terapêutico de cada Serviço, bem como avaliar os seus custos;

- t) Pronunciar-se sobre correções da terapêutica prescrita aos doentes, quando solicitado pelo seu Presidente e sem quebra das normas deontológicas;
- u) Estabelecer objetivos anuais para o trabalho a desenvolver pela Comissão.

Artigo 20º
Comissão Médica

1. A Comissão Médica é constituída:
 - a) Pelo diretor clínico que preside;
 - b) Pelos assessores do diretor clínico;
 - c) Pelos diretores de Departamento;
 - d) Pelos diretores de Serviço de Ação Médica.
2. Compete à Comissão Médica:
 - a) Pronunciar-se sobre os assuntos que o diretor clínico julgue conveniente auscultar;
 - b) Pronunciar-se sobre os aspetos técnicos do exercício da medicina que envolvam interação entre Serviços;
 - c) Propor medidas que visem melhorar os índices de produtividade da instituição;
 - d) Dar parecer sobre o plano de atividades da Instituição.

Artigo 21º
Comissão de Enfermagem

1. A Comissão de Enfermagem é constituída:
 - a) Pelo enfermeiro-diretor que preside;
 - b) Pelos adjuntos do enfermeiro-diretor;
 - c) Pelos enfermeiros supervisores;
 - d) Pelos enfermeiros chefes responsáveis de todos os Serviços de Ação Médica.
2. Compete à Comissão de Enfermagem:
 - a) Pronunciar-se sobre os assuntos que o enfermeiro-diretor julgue conveniente auscultar;
 - b) Pronunciar-se sobre os aspetos técnicos do exercício da enfermagem;
 - c) Dar parecer sobre o plano de atividades da Instituição.

Artigo 22º
Comissão dos Técnicos Superiores

1. A Comissão dos Técnicos Superiores é constituída:
 - a) Pelos Técnicos Superiores de Saúde responsáveis pelos Serviços de Apoio Assistencial e por Técnicos Superiores designados pelo CA.
2. Compete à Comissão dos Técnicos Superiores:
 - a) Pronunciar-se sobre os assuntos referentes ao funcionamento dos Serviços Técnicos de Apoio;
 - b) Pronunciar-se sobre os aspetos técnicos e deontológicos do seu exercício profissional, em especial quando envolvam interação entre Serviços;
 - c) Dar parecer sobre o plano de atividades da Instituição.

Artigo 23º
Comissão dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica

1. A Comissão dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica é constituída:
 - a) Por todos os técnicos coordenadores dos diferentes Serviços;
 - b) Pelos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica designados pelo Conselho de Administração.
2. Compete à Comissão dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica:
 - a) Pronunciar-se sobre os assuntos referentes ao funcionamento dos Serviços;
 - b) Pronunciar-se sobre os aspetos técnicos dos Serviços onde se encontram colocados;
 - c) Apreçar reclamações de natureza técnica e deontológica;
 - d) Dar parecer sobre o plano de atividades da Instituição.

Artigo 24º
Comissão de Catástrofe

1. Tem como missão a assessoria técnica ao Conselho de Administração, no âmbito da emergência (acidente grave, catástrofe ou calamidade) interna e externa. Organiza e elabora o respetivo planeamento e a sua consequente formação, execução, treino e avaliação.
2. Esta comissão é presidida pelo Presidente do Conselho de Administração e constituída pelos diretores/chefes ou representantes, dos seguintes Serviços:
 - a) Diretor Clínico;
 - b) Diretor de Enfermagem;
 - c) Diretor do Serviço Atendimento Não programado;
 - d) Diretor do Serviço de Instalações, Equipamentos e Transportes;
 - e) Diretor dos Serviços Hoteleiros;
 - f) Diretor do Serviço de Aquisições e Logística;
 - g) Diretor dos Serviços Farmacêuticos;
 - h) Diretor do Serviço de Saúde Ocupacional e Gestor de Risco Geral.
3. Compete à Comissão de Catástrofe:
 - a) Responsabilidade pela elaboração do plano de emergência, mantendo-o constantemente atualizado, bem como a organização dos meios e a garantia da sua operacionalização eficaz em caso de necessidade;
 - b) Programar e realizar periodicamente simulacros de acidentes catastróficos, com a colaboração de entidades de proteção civil, elaborar os respetivos relatórios e propôr as medidas corretivas.

Artigo 25º **Governação Clínica**

1. A Governação Clínica assume um papel fundamental de apoio ao Conselho de Administração, sendo responsável pela manutenção do controlo de qualidade assistencial e pela elaboração de propostas tendentes a melhorar os padrões de funcionamento e de qualidade na prestação de cuidados de saúde.
2. Este órgão é presidido por um Médico, Coordenador da Governação Clínica e por um Enfermeiro, sendo estes nomeados pelo Conselho de Administração e outros clínicos.
3. Para a prossecução dos seus objetivos, a Governação Clínica coordena as seguintes áreas:
 - a) Gestão de Risco Clínico;
 - b) Qualidade Clínica;
 - c) Auditoria Clínica;
 - d) Processo Clínico.
4. Sempre que considerar necessário, para o estudo ou resolução de problemas específicos, poderá o Coordenador da Governação Clínica propor a constituição de subcomissões *ad hoc*.
5. Compete à Governação Clínica:
 - a) Incentivar o processo de melhoria contínua da qualidade assistencial, criando as condições para que esta ocorra;
 - b) Combater o erro clínico através de uma política eficaz de Gestão de Risco Clínico;
 - c) Entender a Gestão de Risco Clínico como um dos pilares da Governação Clínica, desenvolvendo e aperfeiçoando as boas práticas clínicas e a Medicina Baseada na Evidência;
 - d) Formar e treinar na Área de Risco Clínico, em particular, as Chefias e Gestores de Risco Local;
 - e) Envolver toda a estrutura institucional numa política ativa de Gestão de Risco Clínico. Desenvolver as áreas da Eficiência Clínica e Responsabilização;
 - f) Promover a eficiência clínica através de Auditorias Clínicas médicas e de enfermagem, à Estrutura aos Processos e aos Resultados e conseqüente monitorização de resultados;
 - g) Estimular a discussão interna destes resultados comparando os resultados obtidos com os resultados externos explícitos e referenciáveis, sempre que possível.

Artigo 26º **Comissão de Risco Hospitalar**

1. A Comissão de Risco Hospitalar é um órgão de apoio ao Conselho de Administração que tem por objetivo principal a abordagem integrada do risco hospitalar.
2. É constituída pelo:

- a) Vogal do Conselho de Administração responsável pela área da Gestão de Risco, que preside;
 - b) Coordenador da Governação Clínica;
 - c) Diretor do Serviço de Saúde Ocupacional e Gestão de Risco Geral;
 - d) Presidente da Comissão de Controlo de Infecção;
 - e) Diretor dos Serviços de Instalações, Equipamentos e Transportes;
 - f) Diretor dos Serviços de Gestão Hoteleira;
 - g) Diretor da EPOP;
 - h) Responsável do Gabinete da Qualidade e da Melhoria Organizacional;
 - i) Diretor do Serviço de Física Médica.
3. Compete-lhe em especial:
 - a) Pronunciar-se sobre a Política e a Estratégia da Gestão de Risco da Instituição;
 - b) Dar parecer sobre todas as matérias de risco que envolvam mais do que uma área de risco, sempre que para isso for solicitada;
 - c) Apreciar as conclusões de todos os relatórios que sejam elaborados em matéria de risco, quer decorrentes de ações preventivas, de auditorias, inspeções, inquéritos, ou averiguações quando não envolvam matéria de natureza disciplinar e/ou pessoal;
 - d) Tomar conhecimento e apreciar o resultado de estudos e investigações desenvolvidas no IPO - Porto sempre que envolvam matéria de Risco.
 4. A Comissão de Risco Hospitalar pode dividir-se em subcomissões de modo a poder discutir problemas de áreas específicas a serem apresentadas posteriormente à Comissão de Risco Hospitalar.

Artigo 27º **Comissão de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho**

1. A Comissão de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho é um órgão de consulta e cooperação regular e periódica em matéria de prevenção dos riscos profissionais e de promoção da saúde no trabalho.
2. A Comissão tem uma composição paritária, integrando representantes do Conselho de Administração, que os designa, um dos quais é o Presidente, e representantes dos trabalhadores, de acordo com a proporcionalidade dos resultados da eleição prevista nos artigos 26º a 40º da Lei n.º 102/2009, de 10 de setembro.
3. Compete à Comissão:
 - a) Obter informação relativa às condições de trabalho necessária para o prosseguimento das suas funções;
 - b) Realizar visitas aos locais de trabalho para reconhecimento dos riscos para a segurança, higiene e saúde no trabalho e avaliação das medidas de prevenção adotadas;

- c) Propor iniciativas no âmbito da prevenção dos riscos para a segurança, higiene e saúde no trabalho, visando a melhoria das condições de trabalho e a correção de deficiências detetadas;
- d) Participar na elaboração, acompanhamento e avaliação dos programas de prevenção de riscos profissionais;
- e) Analisar os elementos disponíveis relativos aos acidentes de trabalho e doenças profissionais;
- f) Emitir parecer sobre a programação anual dos Serviços de Segurança e Saúde no Trabalho.

Artigo 28º

Comissão de Normalização de Produtos e Equipamentos

1. A Comissão de Normalização de Produtos e Equipamentos é um órgão consultivo responsável pela emissão de pareceres relativos à política de aquisição, manutenção e renovação de produtos e equipamentos.
2. É constituída por cinco elementos:
 - a) Vogal do Conselho de Administração responsável pela área do Serviço de Aquisições e Logística, que preside;
 - b) Diretor do Serviço de Aquisições e Logística;
 - c) Diretor dos Serviços de Instalações, Equipamentos e Transportes;
 - d) Um médico;
 - e) Um enfermeiro.
3. Compete-lhe em especial:
 - a) Emitir parecer acerca da introdução de novos produtos e equipamentos no IPO-Porto;
 - b) Definir e propor uma política de normalização da introdução de novos produtos e equipamentos no IPO-Porto;
 - c) Apoiar o serviço de aquisições e logística na elaboração de processos de aquisição, em particular no que concerne à identificação e tipologia de produtos;
 - d) Pronunciar-se sobre os processos de aquisição de equipamentos que impliquem a utilização de consumíveis, numa ótica de eficiência;
 - e) Desenvolver em colaboração com outras comissões do IPO-Porto, normas de utilização e procedimentos que sejam transversais à instituição e possibilitem uma utilização racional dos mesmos.

Artigo 29º

Unidade Hospitalar de Gestão de Inscritos para Cirurgia

1. A unidade hospitalar de gestão de inscritos para cirurgia é nomeada pelo Conselho de Administração e é composta, no máximo, por sete elementos.

2. O Coordenador da Unidade é nomeado pelo Conselho de Administração sob proposta do Diretor Clínico.
3. Compete à unidade hospitalar de gestão de inscritos para cirurgia exercer as funções consagradas na legislação e regulamentação vigentes do SIGIC.

Artigo 30º

Equipa de Gestão de Altas

1. A equipa de gestão de altas é nomeada pelo Conselho de Administração e é composta, no mínimo, por um médico, um enfermeiro e um assistente social.
2. Compete à equipa de gestão de altas:
 - n) Articular com as equipas terapêuticas hospitalares de agudos para a programação de altas hospitalares;
 - o) Articular com as equipas coordenadoras distritais e locais da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI);
 - p) Articular com as equipas prestadoras de cuidados continuados integrados dos centros de saúde da área de responsabilidade do IPO-Porto;
 - q) Exercer as funções consagradas na legislação e regulamentação vigentes da RNCCI.

Artigo 31º

Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

1. A equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos faz parte integrante do Serviço de Cuidados Paliativos.
2. É nomeada pelo Conselho de Administração e é composta, no mínimo, por um médico, um enfermeiro e um psicólogo.
3. Compete à equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos prestar aconselhamento diferenciado em Cuidados Paliativos aos diversos serviços do IPO-Porto, podendo prestar cuidados diretos e orientação do plano individual de intervenção aos doentes internados em estado avançado ou terminal, para os quais seja solicitada a sua atuação.

Secção IV

Órgãos de Apoio Especial

Artigo 32º

Conselho Científico

1. O Conselho Científico é presidido pelo Presidente do Conselho de Administração.
2. O Conselho Científico tem a seguinte constituição:
 - a) Diretor clínico;

- b) Profissionais do IPO-Porto com reconhecida competência científica, nomeados pelo Conselho de Administração;
 - c) Diretores dos Departamentos de ação médica;
 - d) Diretor do Centro de Investigação;
 - e) Diretor da Escola Portuguesa de Oncologia do Porto;
 - f) Diretor do Serviço de Epidemiologia;
 - g) Coordenadores das Clínicas de Patologia;
 - h) Outros doutorados ou equivalentes do quadro do IPO-Porto;
 - i) Um representante do Núcleo Regional do Norte da Liga Portuguesa Contra o Cancro.
3. Compete ao Conselho Científico:
- a) Pronunciar-se sobre assuntos de natureza científica, a solicitação do Conselho de Administração;
 - b) Pronunciar-se sobre assuntos de natureza científica apresentados pelo diretor do Centro de Investigação;
 - c) Pronunciar-se sobre projetos de investigação clínica ou laboratorial, e avaliar o seu enquadramento nos objetivos da Instituição;
 - d) Pronunciar-se sobre o contrato programa e relatório de atividades do Centro de Investigação;
 - e) Propor áreas de investigação em Oncologia.

Artigo 33º

Conselho Pedagógico

- 1. O Conselho Pedagógico é presidido pelo Presidente do Conselho de Administração.
- 2. O Conselho Pedagógico tem a seguinte constituição:
 - a) Diretor clínico;
 - b) Enfermeiro-diretor;
 - c) Diretor da Escola Portuguesa de Oncologia do Porto;
 - d) Membros do Conselho Executivo da EPOP;
 - e) Diretores dos Departamentos do Instituto;
 - f) Diretor do Centro de Investigação;
 - g) Diretor do Internato Médico;
 - h) Representante do Núcleo Regional do Norte da Liga Portuguesa Contra o Cancro.
- 3. Compete ao Conselho Pedagógico:
 - a) Aprovar o programa anual;
 - b) Pronunciar-se sobre natureza e qualidade de cursos e outras ações formativas a levar a efeito;
 - c) Propor ações que garantam a melhoria da qualidade do corpo docente e das ações de formação desenvolvidas.

CAPÍTULO III

Da Organização e Funcionamento dos Serviços

Secção I

Princípios gerais de organização

Artigo 34º

Tipologia dos Serviços

- 1. O IPO-Porto encontra-se organizado segundo a seguinte estrutura:
 - a) Serviços de Ação Médica;
 - b) Serviços de Apoio Assistencial;
 - c) Serviços de Ensino e Investigação;
 - d) Serviços de Gestão e de Apoio Logístico.

Artigo 35º

Organização básica

- 1. Os Serviços de Ação Médica, Clínicas de Patologia e Unidades Funcionais são as unidades básicas da organização do IPO-Porto, podendo ser agrupados em Departamentos.
- 2. As Clínicas de Patologia e as Unidades Funcionais são a base da organização assistencial em ambulatório.
- 3. Os Serviços de Ação Médica, Clínicas de Patologia e Unidades Funcionais podem, em função da sua especificidade vir a constituir-se como centros de responsabilidade segundo critérios técnicos e/ou de gestão.
- 4. A organização e nomenclatura dos Serviços e Unidades funcionais, enquanto centros de custo, têm em consideração a aplicação da Portaria nº 898/2000, de 28 de setembro (Plano Oficial de Contas do Ministério da Saúde).

Artigo 36º

Definições

- 1. Clínicas de Patologia – São centros de atendimento ao doente, constituídos por médicos de diferentes especialidades e outros profissionais envolvidos no tratamento multidisciplinar de uma patologia e exercendo a atividade em espaço definido e com regulamento próprio.
- 2. Serviços de Ação Médica – são grupos de profissionais com individualidade técnica baseada nas especialidades médicas. Os Serviços de Ação Médica podem estar agrupados em Departamentos.
- 3. Departamentos – Unidade orgânica constituída por dois ou mais Serviços agrupados segundo afinidades técnicas e/ou de gestão podendo integrar unidades funcionais.
- 4. Unidades funcionais – são estruturas especializadas de recursos humanos e tecnológicos, integradas nos Departamentos ou Serviços distintos.
- 5. Centros de Responsabilidade – são estruturas operacionais de gestão intermédia, dispendo da máxima autonomia, sem prejuízo da necessária coordenação a nível técnico e de gestão. Podem ser constituídos por Departamentos, Serviços ou

Unidades funcionais agrupados de acordo com as suas especificidades próprias de modo a garantir a máxima funcionalidade e eficiência.

Artigo 37º

Centros de Responsabilidade Organização dos Centros de Responsabilidade

1. Os Departamentos e Serviços de Prestação de Cuidados do IPO-Porto serão organizados progressivamente em centros de responsabilidade, adiante designados por CRs.
2. Os CRs são estruturas orgânicas de gestão intermédia, que agrupam Departamentos, Serviços de Ação Médica, Clínicas de Patologia e Unidades Funcionais segundo critérios de homogeneidade, afinidade e complementaridade, tendo por objetivo melhorar a acessibilidade, a qualidade, a eficiência e a efetividade da prestação de cuidados de saúde, através de uma melhor gestão dos recursos utilizados.
3. A gestão dos CRs é coordenada, no mínimo, pelo diretor do Departamento/Serviço de Ação Médica, Clínica de Patologia e Unidade Funcional e por um gestor, podendo dispor de uma Comissão consultiva constituída pelos diretores de Serviço, Coordenadores de Clínica e Responsáveis de Unidades Funcionais relacionados com a atividade do Centro de Responsabilidade, sob proposta a apresentar ao diretor clínico que aprova a sua constituição e procede à sua nomeação.

Artigo 38º

Contratualização

1. O Conselho de Administração contratualizará com a Direção dos Departamentos/Serviços de Ação Médica, Clínicas de Patologia e Unidades Funcionais, até 30 de outubro de cada ano, a produção e consumos para o ano subsequente, tendo por base a avaliação histórica.
2. Até 31 de julho de cada ano, será elaborado o programa de atividades com cada Departamento/Serviço de Ação Médica, Clínica de Patologia e Unidade Funcional que, poderá servir de base ao contrato-programa a celebrar entre a entidade financiadora e o Instituto.
3. Neste programa deverão constar: a capacidade instalada, previsão da atividade do Departamento; recursos humanos e técnicos necessários, receitas, consumos com material de consumo clínico, medicamentos e meios complementares de diagnóstico.
4. A execução do orçamento programa será o principal instrumento de avaliação do Departamento/Serviço de Ação Médica, Clínica de Patologia e Unidade Funcional e seus responsáveis.

5. As chefias de Departamento devem, até 30 de março de cada ano, elaborar um relatório final de atividade referente ao ano anterior.

Artigo 39º

Níveis Hierárquicos e Cargos de Direção e Chefia

1. Toda a organização assistencial depende do Conselho de Administração e das suas estruturas orgânicas.
2. A gestão de recursos humanos dentro dos Departamentos e Serviços de Ação Médica, independentemente da sua carreira ou categoria profissional, mas salvaguardando competências técnicas ou científicas, processa-se conforme o expresso no artigo 10º, alínea e) da Lei nº 27/ 2002, de 8 de novembro.
3. Os diretores de Departamentos Clínicos são nomeados pelo Conselho de Administração, sob proposta do diretor clínico e respondem perante o Conselho de Administração, pelos níveis de eficiência, qualidade e imagem do Departamento. Compete ainda a responsabilidade pela boa gestão dos recursos humanos e técnicos.
4. Os diretores de Serviços de Ação Médica, são nomeados pelo Conselho de Administração mediante proposta do diretor do Departamento, obtido o parecer favorável do diretor clínico, e compete-lhes dirigir sob o ponto de vista técnico os médicos colocados no Serviço, bem como promover e zelar pela promoção da qualidade dos cuidados efetuados.
5. A sua missão implica ainda garantir a qualidade do ensino pós-graduado efetuado no seu Serviço e coadjuvar o diretor de Departamento na garantia de níveis de eficiência e qualidade, bem como na racionalização dos recursos conforme o expresso em contrato-programa.
6. As funções de direção e chefia são desempenhadas em regime de Comissão de Serviço, nos termos dos artigos 161º a 164º do Código do Trabalho.
7. As chefias da enfermagem integradas em Departamentos ou Serviços de Ação Médica, regem-se pelo expresso no artigo 10º, alínea e) da Lei n.º 27/ 2002, de 8 de novembro e a sua nomeação é feita pelo Conselho de Administração mediante proposta fundamentada do enfermeiro-diretor.
8. As chefias de técnicos superiores dos Serviços de Apoio Assistencial são nomeadas pelo Conselho de Administração.
9. As chefias dos técnicos de diagnóstico e terapêutica obedecem ao expresso no artigo 10º, alínea e) da Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro, sendo nomeadas pelo Conselho de Administração mediante proposta fundamentada do diretor do Departamento ou diretor de Serviço.
10. Os diferentes cargos de Direção e Chefia auferirão de um acréscimo remuneratório sobre a

remuneração base, pagável durante 14 meses e apenas enquanto estiverem no desempenho efetivo de funções, de acordo com a lei.

11. A nomeação dos diretores, chefes ou responsáveis dos Departamentos, Serviços ou Unidades de Gestão e de Apoio Logístico é feito pelo Conselho de Administração mediante proposta do Vogal do Conselho de Administração que tiver a seu cargo a respetiva área de gestão.

Artigo 40º

Competências e princípios gerais de direção e chefia

1. Compete aos responsáveis a cada nível hierárquico, colocar em prática as atividades próprias do ciclo de gestão, a saber:
 - a) Planear, de acordo com os objetivos gerais de exploração para o IPO-Porto, tendo como instrumentos o plano de ação, o contrato-programa e o orçamento;
 - b) Executar, pondo em prática as medidas constantes do plano;
 - c) Acompanhar mensalmente o cumprimento dos objetivos e reportar para o nível superior os resultados atingidos;
 - d) Corrigir os desvios, tomando as medidas apropriadas;
 - e) Todos os responsáveis seguirão as melhores práticas na gestão dos recursos colocados sob a sua direção;
 - f) Orientarão a atividade do Departamento, Serviço, Clínica ou Unidade na satisfação das necessidades e expectativas dos seus doentes/clientes;
 - g) Exercerão a sua atividade operacional, através da melhoria contínua da estrutura, dos processos, e dos resultados, identificando e resolvendo problemas e estabelecendo a comparação com outros de melhor nível de processos e desempenho;
 - h) Promoverão a valorização dos recursos humanos, através da atualização do conhecimento e das técnicas utilizadas e do envolvimento nas atividades de criação de valor;
 - i) Estabelecerão processos multidisciplinares e intersectoriais de trabalho;
 - j) Manterão um sistema eficaz de controlo, destinado à salvaguarda dos ativos e à economia no consumo de recursos;
 - k) Assegurarão um sistema de informação qualificado, íntegro e fiável;
 - l) Providenciarão pela gestão dos recursos do Serviço, com base em padrões de qualidade e de eficiência;
 - m) O pessoal com funções de direção pode delegar competências, reservando sempre o controlo, e mantendo a responsabilidade das atividades delegadas.

Artigo 41º

Estatuto e competências dos diretores de Serviço de prestação de cuidados

1. O estatuto e competências dos diretores de Serviço rege-se pelo disposto na alínea e) do n.º 1 e pelo n.º 2 do artigo 10º da Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro (Regime Jurídico da Gestão Hospitalar).
2. Nestes termos, os diretores de Serviço respondem perante o Conselho de Administração do hospital, que fixa os objetivos e os meios necessários e define os mecanismos de avaliação periódica.
3. Em geral, compete ao diretor de Serviço, com salvaguarda das competências legais de outros órgãos ou cargos de direção ou chefia técnica, dirigir toda a atividade do respetivo Serviço, sendo responsável pela correção e prontidão dos cuidados de saúde a prestar aos doentes, bem como pela utilização e eficiente aproveitamento dos recursos postos à sua disposição.
4. Nos Serviços, o programa de atividades e os objetivos a atingir em cada ano assumirão a forma de contrato com os órgãos de administração do hospital.

Secção II

Da organização Específica da Prestação de Cuidados no IPO-Porto

Artigo 42º

Gestão de Camas e Internamento de Doentes

1. A gestão de camas e o internamento de doentes obedecem aos seguintes princípios:
 - a) As camas do hospital não estão alocadas aos Serviços, sendo a sua distribuição orientada pelo tipo de ato terapêutico programado e por normas específicas entretanto promulgadas;
 - b) Os internamentos programados são da responsabilidade do diretor de Serviço;
 - c) Os internamentos não programados são da responsabilidade do médico que toma a decisão, devendo o diretor de Serviço a que o médico pertence ser disso informado;
 - d) Todos os pedidos de internamento devem ser encaminhados para o Serviço de Gestão de Doentes, que orientará o internamento em função da patologia e do tratamento a realizar, de acordo com as disponibilidades;
 - e) Salvo situações imprevistas, toda a alta deve ser precedida de comunicação ao doente ou familiares diretos com pelo menos 24 horas de antecedência;
 - f) A mudança de doente para outra cama ou outro Serviço pressupõe uma deliberação médica e deve ser comunicada à família do doente e ao Serviço de Informações/Receção, logo que possível;

- g) A mudança de Serviço de um doente, implicando ou não mudança de cama, deve sempre ser precedida de deliberação médica de aceitação.

Artigo 43º

Princípios Organizativos da Área de Ambulatório Hospitalar

1. O ambulatório hospitalar engloba todas as áreas de prestação de cuidados em regime de não internamento:
 - a) Consulta Externa;
 - b) Hospitais de Dia;
 - c) Radioterapia;
 - d) Cirurgia de Ambulatório;
 - e) Meios Complementares de Diagnóstico e Tratamento;
 - f) Serviço de Atendimento Não Programado (SANP).
2. Os cuidados prestados em regime de ambulatório são centralizados e geridos administrativamente a partir do Serviço de Gestão de Doentes, que articula todos os procedimentos com as unidades de internamento, meios complementares de diagnóstico e terapêutica e de tratamento, e outras instituições externas prestadoras dos cuidados de saúde.
3. Todos os gabinetes e salas de tratamentos são polivalentes e de uso não personalizado ou exclusivo de um tipo de consulta, excetuando-se os que dispõem de equipamento específico.
4. Os Serviços cuja atividade se exerça exclusiva ou predominantemente em regime ambulatório poderão ter sede na consulta externa, se outra não lhe for destinada.
5. Os doentes com necessidade de consulta não programada, e na ausência de critérios de urgência clínica, deverão ser observados na Clínica de Patologia respetiva durante as horas do seu funcionamento.
6. Existem ainda consultas de especialidade e apoio para doentes em tratamento de doença oncológica, co-morbilidades ou vigilância após tratamento.
7. O Coordenador Médico do Serviço de Gestão de Doentes é responsável pelo sistema de referência e admissão de novos doentes.
8. Os Hospitais de Dia, Gabinetes de Tratamentos com Radiações e Bloco Cirúrgico de Ambulatório, estão integrados nos Departamentos ou Serviços e terão regulamento próprio.

Artigo 44º

Clínicas de Patologia

1. O tratamento oncológico em ambulatório (Consulta Externa) está organizado em Clínicas de Patologia, dispo de enfermagem, pessoal administrativo e auxiliar próprios, assim como de espaço físico individualizado devidamente identificado.

2. São objetivos das Clínicas de Patologia:

- a) Assegurar a vertente multidisciplinar, elaborar normas de atuação para cada patologia no que concerne ao diagnóstico, tratamento e seguimento;
 - b) Assegurar a administração atempada dos cuidados e executar auditoria clínica permanente;
 - c) Incentivar a diferenciação profissional para a obtenção de melhores prestações.
3. Sem prejuízo de eventuais futuras reorganizações, instituem-se as seguintes clínicas:
 - a) Clínica de Mama;
 - b) Clínica de Digestivos;
 - c) Clínica de Cabeça e Pescoço;
 - d) Clínica de Urologia;
 - e) Clínica de Ginecologia;
 - f) Clínica de Pulmão;
 - g) Clínica de Pele, Tecidos Moles e Osso;
 - h) Clínica de Hemato-Oncologia;
 - i) Clínica do Sistema Nervoso Central;
 - j) Clínica dos Tumores Endócrinos;
 - k) Clínica Pediátrica.

4. É da competência das Clínicas de Patologia a realização de consultas de diagnóstico, consultas de grupo de decisão terapêutica, consultas de grupo de segunda opinião, consultas de seguimento e consultas de especialidade, assim como realização de técnicas de diagnóstico e tratamento específicos.
5. Cada Clínica de Patologia terá um coordenador, de entre os profissionais da área clínica, designado pelo diretor clínico, cujo perfil se enquadre na estratégia definida pela instituição.

Artigo 45º

Atividade Operatória

1. A atividade operatória desenvolve-se em torno de um Bloco Operatório Central, constituído pelas salas do Piso 4 e um Bloco Operatório de Ambulatório, constituído pelas salas do Piso 2 e do Piso 3, com disponibilidade de apoio anestésico para procedimentos sob anestesia local.
2. A atividade operatória está dependente do diretor de Departamento de Cirurgia e rege-se por regulamento próprio.
3. Poderá ter um diretor nomeado pelo diretor clínico sob proposta do diretor do Departamento de Cirurgia.
4. A atividade operatória rege-se por regulamento próprio aprovado pelo Conselho de Administração.

Artigo 46º

Serviço de Atendimento Não Programado

1. O Serviço de Atendimento Não Programado (SANP) dispõe de espaço físico próprio e está dependente do diretor clínico.
2. Tem como objetivo principal prestar assistência permanente durante as horas em que as Clínicas de

- Patologia e os Serviços de Ação Médica não têm efetivos médicos em presença física.
3. O acesso ao SANP é exclusivo a doentes inscritos no IPO-Porto, em tratamento ativo a doença oncológica e cuja situação aguda deva ser motivada pela doença oncológica ou induzida pela terapêutica.
 4. O SANP pode também receber doentes com patologia oncológica aguda, devidamente referenciados do exterior.
 5. O SANP tem um Coordenador Médico, nomeado pelo Conselho de Administração sob proposta do diretor clínico de quem depende hierarquicamente.
 6. Compete ao Coordenador a organização de toda a assistência urgente ou não programada.
 7. Todas as equipas de SANP são chefiadas por um Chefe de Equipa, nomeado pelo diretor clínico sob proposta do Coordenador do SANP.
 8. Compete ao Chefe de Equipa a coordenação da atividade diária do SANP, estando-lhe ainda atribuídas, na ausência do Conselho de Administração, a responsabilidade pelo funcionamento do hospital e pela resolução imediata de situações anómalas.

Artigo 47º **Hospital de Dia**

1. As atividades desenvolvidas em regime de Hospital de Dia compreendem as terapêuticas medicamentosas e biológicas passíveis de serem realizadas em ambulatório com segurança.
2. O Hospital de Dia está integrado no Departamento de Medicina e recebe doentes dos serviços de Oncologia Médica, Onco-Hematologia, Pediatria e Transplantação de Medula.
3. Poderá ter um Diretor, nomeado pelo diretor clínico, sob proposta do diretor do Departamento de Medicina.

Artigo 48º **Organização do Sistema de Cuidados Intensivos**

1. O sistema de cuidados intensivos está organizado em três tipos de estruturas:
 - a) Serviço de Cuidados Intensivos;
 - b) Unidade de Cuidados Intermédios;
 - c) Emergência Intra-hospitalar.

Artigo 49º **Serviço de Cuidados Intensivos**

1. A Unidade de Cuidados Intensivos está integrada no Departamento de Anestesiologia e dispõe de pessoal com treino e formação específica.
2. O diretor do Serviço de Cuidados Intensivos é nomeado pelo diretor clínico sob proposta do diretor do Departamento de Anestesiologia.

3. Os critérios de admissão são os definidos nas normas regulamentares da Unidade de Cuidados Intensivos.

Artigo 50º **Unidade de Cuidados Intermédios**

1. A Unidade de Cuidados Intermédios destina-se a doentes graves e/ou situações especiais de risco, cuja situação clínica justifica vigilância intensiva.
2. Está integrada no Departamento de Cirurgia o que não invalida o acesso a doentes de outro foro e intervenção de outros médicos pertencentes a diferentes valências.
3. A admissão e alta de doentes na Unidade de Cuidados Intermédios é da responsabilidade dos médicos prescritores de tal procedimento, e obedecerá a regras a definir em normas regulamentadoras da Unidade.
4. Terá um Coordenador médico nomeado pelo diretor clínico, sob proposta do diretor de Departamento.

Artigo 51º **Emergência Médica Intra-Hospitalar**

1. É a atividade responsável por manter um sistema permanente intra-hospitalar de suporte avançado de vida.
2. Está integrada no Departamento de Anestesiologia, com um coordenador designado pelo diretor de departamento de Anestesia.

Secção III **Dos Serviços de Ação Médica**

Artigo 52º **Estruturas dos Serviços de Ação Médica**

1. A estrutura dos Serviços de Ação Médica é a seguinte:
 - a) Departamento de Cirurgia:
 - i. Serviço de Oncologia Cirúrgica;
 - ii. Serviço de Cirurgia Pediátrica;
 - iii. Serviço de Cirurgia Plástica e Reconstructiva;
 - iv. Serviço de Cirurgia Torácica;
 - v. Serviço de Dermatologia;
 - vi. Serviço de Estomatologia;
 - vii. Serviço de Ginecologia;
 - viii. Serviço de Neurocirurgia;
 - ix. Serviço de Oftalmologia;
 - x. Serviço de Ortopedia;
 - xi. Serviço de Otorrinolaringologia;
 - xii. Serviço de Urologia;
 - xiii. Bloco Operatório Central;
 - xiv. Bloco de Cirurgia Ambulatório;
 - xv. Unidade de Cuidados Intermédios.

- b) Departamento Medicina:
 - i. Serviço de Oncologia Médica;
 - ii. Serviço de Onco-Hematologia;
 - iii. Serviço de Cuidados Paliativos;
 - iv. Serviço de Transplantação de Medula Óssea;
 - v. Serviço de Pediatria;
 - vi. Serviço de Cardiologia;
 - vii. Serviço de Endocrinologia;
 - viii. Serviço de Gastroenterologia;
 - ix. Serviço de Medicina Física e Reabilitação;
 - x. Serviço de Medicina Interna;
 - xi. Serviço de Nefrologia;
 - xii. Serviço de Neurologia;
 - xiii. Serviço de Pneumologia;
 - xiv. Serviço de Psico-Oncologia;
 - xv. Hospital de Dia.
 - c) Departamento de Diagnóstico Laboratorial:
 - i. Serviço de Anatomia Patológica;
 - ii. Serviço de Genética;
 - iii. Serviço de Hematologia Laboratorial;
 - iv. Serviço de Química Clínica;
 - v. Serviço de Microbiologia;
 - vi. Serviço de Virologia;
 - vii. Serviço de Farmacologia Clínica.
 - d) Departamento de Imagem:
 - i. Serviço de Medicina Nuclear;
 - ii. Serviço de Radiodiagnóstico;
 - iii. Serviço de Radiologia de Intervenção.
 - e) Departamento de Radioterapia:
 - i. Serviço de Braquiterapia;
 - ii. Serviço de Radioterapia Externa.
 - f) Departamento de Imuno-Hemoterapia:
 - i. Serviço de Medicina Transfusional;
 - ii. Serviço de Terapia Celular;
 - iii. Unidade de Hemostase.
 - g) Departamento de Anestesiologia:
 - i. Serviço de Anestesiologia Clínica;
 - ii. Serviço de Cuidados Intensivos;
 - iii. Emergência Médica Intra-hospitalar.
2. Todos estes Serviços poderão integrar as Clínicas de Patologia.

Secção IV **Serviços de Apoio Assistencial**

Artigo 53º **Tipologia dos Serviços**

1. Consideram-se como Serviços de Apoio Assistencial do IPO - Porto os seguintes:
 - a) Serviço de Epidemiologia;
 - b) Serviço de Esterilização;
 - c) Serviços Farmacêuticos;
 - d) Serviço de Nutrição e Alimentação;
 - e) Serviço Social;
 - f) Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa;

- g) Serviço de Física Médica.
2. Estes Serviços estão diretamente dependentes do Conselho de Administração e prestam apoio a todo o Instituto.
 3. Os Serviços de Apoio devem trabalhar em estreita relação com os Departamentos e Serviços de Ação Médica mas têm individualidade técnica e autonomia própria.
 4. Todos os Serviços devem ter regulamento próprio aprovado pelo Conselho de Administração, o qual será aprovado, mediante proposta do Serviço a apresentar no prazo máximo de 90 dias.
 5. Cada um dos Serviços ficará sob a orientação e a cargo de um diretor o qual reporta ao Conselho de Administração.

Artigo 54º **Serviço de Epidemiologia**

1. É um Serviço cuja missão é recolher, tratar e divulgar os dados clínicos referentes à doença oncológica numa base populacional (RORENO) e base hospitalar.
2. O Registo Oncológico do IPO-Porto está sob a sua dependência.

Artigo 55º **Serviço de Esterilização**

1. O Serviço de Esterilização assegura todas as atividades inerentes ao reprocessamento de dispositivos médicos reutilizáveis, necessários à prestação de cuidados ao doente, tendo em vista a prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS).
2. Compete ao Serviço:
 - a) Assegurar as boas práticas em todos os postos de trabalho, segundo normas internacionais, nacionais e institucionais que garantam a qualidade técnica e a otimização dos recursos;
 - b) Procurar a satisfação dos serviços utilizadores através da melhoria contínua dos serviços prestados;
 - c) Garantir a conformidade com os requisitos do Sistema de Qualidade;
 - d) Medir a eficiência das nossas atividades avaliando o funcionamento das mesmas e ouvindo a opinião dos nossos clientes;
 - e) Colaborar com a Comissão de Controlo da Infeção Hospitalar, na prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde;
 - f) Promover a concretização das políticas ou diretivas emanadas dos Órgãos de Gestão;
 - g) Colaborar com os Órgãos de Gestão nos compromissos por eles assumidos com os estabelecimentos de ensino e outros, relativamente à formação ou prestação de serviços, na área da Descontaminação/Esterilização.

Artigo 56º
Serviços Farmacêuticos

1. Aos Serviços Farmacêuticos compete:
 - a) Garantir a distribuição de medicamentos pelos vários Serviços;
 - b) Efetuar a correta armazenagem e participar na gestão adequada de stocks de medicamentos;
 - c) Articular com a comissão de farmácia e terapêutica, nomeadamente na manutenção do formulário em uso na instituição, pareceres para introdução de novos medicamentos e divulgação de informação sobre medicamentos;
 - d) Participar na Investigação e Ensino.

Artigo 57º
Serviço de Nutrição e Alimentação

1. Ao Serviço de Nutrição e Alimentação compete:
 - a) Supervisionar a preparação, confeção e distribuição de refeições aos doentes e profissionais da instituição, de forma a garantir a sua adequação nutricional e terapêutica;
 - b) Proceder ao acompanhamento das necessidades alimentares e nutricionais dos doentes, de forma a garantir uma assistência nutricional oncológica diferenciada e personalizada, utilizando os mais elevados padrões técnicos e de acordo com o estado da arte;
 - c) Exercer a sua atividade em articulação com os Serviços Assistenciais, nomeadamente participando nos programas institucionais e ações multidisciplinares;
 - d) Promover e/ou colaborar em projetos de investigação e participar no ensino/formação nas áreas da alimentação e nutrição.

Artigo 58º
Serviço Social

1. Ao Serviço Social compete:
 - a) Garantir a vigilância e acompanhamento social a todos os doentes, em articulação com os Serviços de Ação Médica de forma sistemática;
 - b) A articulação com os Serviços Sociais da comunidade envolvente, de modo a garantir a continuidade da ação assistencial.

Artigo 59º
Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa

1. Ao Serviço compete:
 - a) Assegurar as condições que permitam a prestação de assistência espiritual e religiosa aos doentes internados, de acordo com o Decreto-Lei n.º 253/2009, de 23 de setembro.

Artigo 60º
Serviço de Física Médica

1. Ao Serviço compete:
 - a) Vigilância das condições de funcionamento das fontes de Radiações de Radioterapia e Medicina Nuclear, mantendo um registo permanente de avaliação do desempenho.

Secção V
Dos serviços de Ensino e Investigação

Artigo 61º
Escola Portuguesa de Oncologia do Porto

1. A Escola Portuguesa de Oncologia do Porto (EPOP) tem como objetivo promover o ensino da Oncologia bem como participar na divulgação e ensino de áreas de investigação em Oncologia.
2. Os Órgãos de Gestão da EPOP são:
 - a) Comissão de Coordenação;
 - b) Diretor da Escola;
 - c) Plenário do Corpo Docente.
3. A Direção da Escola Portuguesa de Oncologia do Porto é constituída por um diretor, equiparado a diretor de Departamento e sete vogais - 3 nomeados pelo Conselho de Administração, 2 eleitos pela Assembleia de docentes, o Diretor do Centro de Investigação e o Diretor do Internato Médico.
4. A ação da Escola Portuguesa de Oncologia do Porto, rege-se por um regulamento próprio aprovado pelo Conselho de Administração.
5. Compete à Escola Portuguesa de Oncologia do Porto:
 - a) Planificar, organizar e realizar cursos e outras atividades formativas no âmbito da Oncologia;
 - b) Promover a formação contínua dos diferentes profissionais do Instituto;
 - c) Colaborar, nomeadamente com a Liga Portuguesa Contra o Cancro, em ações de sensibilização e ensino da Oncologia à Comunidade;
 - d) Prestar o apoio logístico ao Ensino pré e pós-graduado;
 - e) Planear a formação de técnicos em Oncologia;
 - f) Promover cursos de mestrado e apoiar doutoramentos;
 - g) Autorizar estágios profissionais e estabelecer as suas regras;
 - h) Gerir outros espaços e infraestruturas dedicadas à formação (Centro da Torrinha).
6. A Direção será assessorada por um gestor financeiro.
7. Para cumprir os seus objetivos a EPOP constitui-se nas seguintes áreas de atuação:
 - a) Internato Médico;
 - b) Centro de Formação;

- c) Biblioteca;
- d) Formação contínua e em serviço em articulação com os Departamentos e Serviços.

Artigo 62º

Direção do Internato Médico

1. A forma de nomeação, composição e competência da Direção do Internato Médico regem-se pelo disposto no Decreto-Lei n.º 203/04, de 18 de agosto e no Regulamento do Internato Médico, aprovado pela Portaria n.º 183/2006, de 22 de fevereiro.
2. A Direção do Internato Médico está incluída na EPOP.

Artigo 63º

Centro de Formação

1. O Centro de Formação é uma unidade integrada na EPOP e coordenada por um profissional com habilitações académicas e profissionais adequadas e designado pelo Conselho de Administração.
2. Compete ao Centro de Formação a organização e dinamização das ações de formação de vertente não clínicas inerentes à formação profissional transversal a toda a instituição.

Artigo 64º

Biblioteca

1. A Biblioteca é uma unidade integrada na EPOP e coordenada por um profissional com habilitações académicas e profissionais adequadas, designado pelo Conselho de Administração.
2. Compete à Biblioteca:
 - a) Proceder ao tratamento de documentação, catalogação, clarificação, indexação e arquivo de documentos;
 - b) Disponibilizar e fomentar o acesso às fontes através de redes digitais e outros meios;
 - c) Coordenar e controlar a área museológica do IPO-Porto, no respeitante ao acesso de equipamentos e documentos com interesse, para a preservação da memória Institucional.

Artigo 65º

Centro de Investigação

1. A Direção do Centro de Investigação é constituída por um diretor, equiparado a diretor de Departamento, e dois vogais nomeados pelo Conselho de Administração.
2. Compete ao Centro de Investigação:
 - a) Estimular e integrar a atividade científica do Instituto;
 - b) Contribuir para a criação de uma cultura científica forte, guiada por objetivos e critérios de avaliação mensuráveis;

- c) Angariar e gerir fundos destinados ao financiamento da investigação;
 - d) Identificar e publicitar áreas prioritárias para atribuição de financiamento a projetos de investigação;
 - e) Criar condições para a avaliação externa e independente das linhas de investigação submetidas para financiamento;
 - f) Estimular a cooperação científica inter-institucional nacional e estrangeira;
 - g) Promover a difusão do conhecimento científico e da cultura científica na sociedade.
3. Definem-se como áreas de investigação prioritárias as seguintes:
 - a) Clínica;
 - b) Genética;
 - c) Oncologia Molecular.
 4. A Direção será assessorada por um gestor financeiro.
 5. A Direção terá o apoio do Conselho Científico.
 6. O Centro de Investigação tem regulamento próprio aprovado pelo Conselho de Administração.

Secção VI

Dos serviços de Gestão e Apoio Logístico

Artigo 66º

Tipologia dos Serviços de Gestão e Apoio Logístico

1. Na dependência direta do Conselho de Administração consideram-se como Serviços de Gestão e Apoio Logístico do IPO-Porto os seguintes:
 - a) Serviço de Planeamento e Apoio à Gestão que compreende as seguintes áreas:
 - i. Gabinete de Estatística;
 - ii. Gabinete de Apoio à Gestão;
 - iii. Gabinete de Codificação Clínica.
 - b) Serviço de Instalações, Equipamentos e Transportes.
 - c) Serviço de Gestão Financeira.
 - d) Serviço de Gestão de Recursos Humanos.
 - e) Serviço de Gestão de Doentes.
 - f) Serviço de Aquisições e Logística.
 - g) Serviço de Informática.
 - h) Serviço de Gestão Hoteleira.
 - i) Serviço de Saúde Ocupacional e Gestão de Risco Geral.
 - j) Gabinete Jurídico.
 - k) Gabinete de Relações Públicas.
 - l) Gabinete da Qualidade.
2. Todos os Serviços e Gabinetes devem ter regulamento próprio aprovado pelo Conselho de Administração, o qual será aprovado, mediante proposta a apresentar no prazo máximo de 90 dias.
3. Cada um dos Serviços e Gabinetes ficarão sob a orientação e a cargo de um diretor o qual reporta ao Conselho de Administração.

Artigo 67º

Serviço de Planeamento e Apoio à Gestão

1. O Serviço de Planeamento e Apoio à Gestão compreende três áreas, com as seguintes competências:
 - a) Gabinete de Apoio à Gestão a quem compete:
 - i. Coordenar a elaboração dos Instrumentos de Gestão Previsionais de âmbito institucional, entre outros, o Plano de Negócios, o Plano de Desempenho e o Plano de Atividades e Orçamento;
 - ii. Elaborar documentos de suporte relativos aos instrumentos referidos acima, bem como de suporte à concretização de estratégia de intervenção que vier a ser determinada;
 - iii. Preparar os documentos e sistematizar a informação necessária à elaboração do processo de contratualização interna e externa, e aos reportes de informação a entidades externas, que não sejam atribuídos a outro serviço ou Departamento;
 - iv. Acompanhar a execução dos contratos-programa e efetuar análises periódicas sobre a evolução dos principais indicadores de gestão, formulando recomendações sobre os desvios detetados face ao previsto;
 - v. Controlo de gestão da atividade da instituição e apoio à melhoria da sua performance, incluindo:
 - v.i. Elaborar relatórios de análise e melhoria da produção assistencial;
 - v.ii. Elaborar *tableaux de bord* com indicadores de controlo e gestão da produtividade assistencial;
 - v.iii. Controlo da atividade dos Serviços e de apoio à melhoria da sua performance;
 - v.iv. Dar apoio técnico à elaboração dos planos de atividade dos Serviços.
 - vi. Gestão do Sistema de Indicadores à Gestão;
 - vii. Apoio à implementação de projetos no âmbito do Sistema de Informação Hospitalar, em matérias relacionadas com o planeamento e apoio à gestão;
 - viii. Análise de projetos de investimentos, realização de análise de custo-benefício e gestão de projetos transversais que lhe sejam cometidos.
 - b) Gabinete de Estatística a quem compete:
 - i. Recolher, tratar e sistematizar toda a informação relativa ao movimento assistencial e consumos da organização.
 - c) Gabinete de Codificação Clínica a quem compete:
 - i. Gerir o processo de registo dos diagnósticos e procedimentos clínicos realizados, para obtenção de Grupos de Diagnóstico Homogéneo.

Artigo 68º

Serviço de Instalações, Equipamentos e Transportes

1. Ao Serviço de Instalações, Equipamentos e Transportes compete:
 - a) Promover e garantir a segurança de equipamentos, redes e outras estruturas físicas;
 - b) Garantir a adequação e a funcionalidade das instalações e das infraestruturas;
 - c) Elaborar e propor à aprovação o Plano Anual de Conservação e Manutenção das Instalações e Equipamentos;
 - d) Gerir a frota de transportes externos do Instituto;
 - e) Acompanhar e fiscalizar as obras de conservação ou de expansão do instituto;
 - f) Preparar formalidades técnicas de cadernos de encargos para concursos de obras em instalações, compra de equipamentos e material de transporte;
 - g) Manter uma base de dados de manutenção e revisão de equipamentos;
 - h) Emitir pareceres técnicos e proceder a estudos financeiros de projetos da sua competência.

Artigo 69º

Serviço de Gestão Financeira

1. Ao Serviço de Gestão Financeira compete:
 - a) Executar e controlar os lançamentos contabilísticos, de acordo com as boas práticas e os princípios de contabilidade;
 - b) Preparar o orçamento e assegurar o seu controlo;
 - c) Analisar e promover o controlo de custos;
 - d) Executar e desenvolver o sistema de contabilidade de custos;
 - e) Colaborar com as atividades de reporte de outros serviços, nos pontos em que dependam de dados geridos pelo SGF;
 - f) Assegurar o controlo contabilístico do inventário e das despesas com pessoal;
 - g) Controlar a tesouraria e gerir as disponibilidades;
 - h) Assegurar o encerramento de contas do exercício;
 - i) Elaborar o “dossier fiscal”;
 - j) Prestar toda a informação ao fiscal único;
 - k) Elaborar e apresentar as peças contabilísticas e declarações fiscais à administração fiscal;
 - l) Prestar toda a informação contabilística e fiscal ao Conselho de Administração, acionistas e organismos públicos.

Artigo 70º

Serviço de Gestão de Recursos Humanos

1. Ao Serviço de Gestão de Recursos Humanos, na área de gestão de recursos humanos, compete:
 - a) Assegurar a informação sistemática e atualizada de recursos humanos e monitorizar os respetivos custos;
 - b) Preparar e orientar todos os processos relativos à admissão de pessoal, bem como as promoções, alterações de vínculo, renovações, rescisões de

- contratos, aposentações e avaliação de desempenho;
- c) Assegurar, em tempo oportuno o processamento de remunerações e outros abonos, assim como garantir o cumprimento de todas as obrigações legais e fiscais dele decorrente;
 - d) Garantir o controlo da assiduidade e a manutenção do plano de férias;
 - e) Informar todos os atos de pessoal que possam envolver despesas;
 - f) Organizar e manter atualizados os processos individuais do pessoal e garantir a boa gestão do seu arquivo;
 - g) Assegurar ao Conselho de Administração e aos restantes Serviços da instituição a informação necessária à manutenção de uma correta e justa política de recursos humanos;
 - h) Garantir um atendimento diário disponível a todos os funcionários;
 - i) Colaborar na elaboração da estratégia de Recursos Humanos;
 - j) Colaborar na elaboração de Políticas e Procedimentos relativos à GRH: Recrutamento e Seleção, Remunerações, Incentivos, Avaliação de Desempenho;
 - k) Elaborar o Balanço Social e o Relatório Único;
 - l) Realizar procedimentos de reporte a entidades externas, tal como o SIOE, e outros que lhe venham a ser cometidos;
 - m) Colaborar com outros serviços em atividades de reporte e de elaboração de relatórios nos termos em que lhe venham a ser cometidos pelo Conselho de Administração;
 - n) Colaborar em ações de desenvolvimento organizacional;
 - o) Criar e manter um sistema de informação de gestão de RH (Plano de desempenho e indicadores de gestão de RH);
 - p) Garantir a legalidade de todos os processos relativos aos Recursos Humanos da Instituição.
2. Ao SGRH, na área de gestão de expediente, compete:
- a) Realizar a receção, classificação e distribuição interna de toda a correspondência e documentação (interna e externa), bem como assegurar a sua expedição.

Artigo 71º

Serviço de Gestão de Doentes

1. Ao Serviço de Gestão de Doentes compete:
- a) Acompanhar e gerir todo o circuito do doente, desde a admissão até à alta, em todas as áreas da instituição;
 - b) Assegurar e coordenar o apoio administrativo do Ambulatório, Internamento, Bloco Operatório e áreas de apoio ao doente;

- c) Planear e implementar o agendamento de atos médicos e não médicos na instituição;
- d) Efetuar o agendamento e registo eletrónico de toda a produção hospitalar;
- e) Proceder à marcação de exames a realizar no exterior;
- f) Gerir o transporte de doentes em ambulância;
- g) Assegurar a transcrição e reencaminhamento de relatórios clínicos;
- h) Coordenar o Serviço de Informação e Receção de Visitas e Gabinete de Apoio ao Doente/Utente;
- i) Elaborar e articular procedimentos administrativos entre os departamentos da instituição;
- j) Promover a formação e aperfeiçoamento do pessoal do Serviço Gestão de Doentes;
- k) Colaborar nas atividades transversais do Serviço Gestão de Doentes que lhe forem atribuídas;
- l) Executar outras funções que lhe sejam superiormente cometidas ou impostas por lei e/ou regulamento interno.

Artigo 72º

Serviço de Aquisições e Logística

1. O SAL compreende três áreas funcionais:
- a) Aquisições;
 - b) Logística;
 - c) Conferência de Faturas.
2. À área de Aquisições compete:
- a) Efetuar as aquisições de materiais de consumo, equipamentos e serviços necessárias ao funcionamento do IPO-Porto e que decorrem das solicitações internas da instituição;
 - b) Organizar os procedimentos de aquisição em conformidade com o Código dos Contratos Públicos estabelecendo para tal a ligação entre os diversos intervenientes, isto é, o Conselho de Administração, os júris dos procedimentos e os concorrentes;
 - c) Zelar pela obtenção das melhores condições económicas de aquisição salvaguardando, os princípios da transparência e da igualdade de oportunidades;
 - d) Garantir a atualização e manutenção dos ficheiros mestre de artigos e de fornecedores.
3. À área de Logística compete:
- a) Assegurar a receção de todas as encomendas, incluindo produtos farmacêuticos;
 - b) Assegurar a adequada armazenagem de dispositivos clínicos, material de consumo hoteleiro e material de consumo administrativo;
 - c) Assegurar a adequada gestão de stocks de dispositivos clínicos, material de consumo hoteleiro e material de consumo administrativo;
 - d) Assegurar a entrega de produtos farmacêuticos no armazém dos Serviços Farmacêuticos;

- e) Assegurar a distribuição interna de materiais por via da satisfação de requisições e por via da reposição de níveis;
 - f) Assegurar a distribuição interna de carrinhos de unidose e a reposição de níveis de soros em alguns serviços;
 - g) Assegurar o acompanhamento e manutenção dos armários de reposição de níveis instalados nas arrecadações dos Serviços;
 - h) Inventariar o imobilizado adquirido pela instituição ou oferecido por terceiros.
4. À área de Conferência de Faturas compete:
- a) Efetuar a conferência de faturas e notas de crédito/débito;
 - b) Articular com os fornecedores no sentido de se corrigirem erros/anomalias em faturas;
 - c) Proceder ao registo de faturas no aplicativo informático;
 - d) Articular com os serviços utilizadores para a validação de prestações de serviços;
 - e) Passar as faturas, notas de crédito e notas de débito conferidas e registadas ao Serviço de Gestão Financeira.

Artigo 73º **Serviço de Informática**

1. O Serviço de Informática tem por missão:
 - a) Manter uma rede eletrónica de circulação de dados;
 - b) Fazer assistência das redes, do software e hardware existentes;
 - c) Projetar, implementar e acompanhar a execução de projetos informáticos;
 - d) Contribuir mediante iniciativas modernizadoras para um sistema de informação capaz e eficiente;
 - e) Apresentar propostas, por sua iniciativa ou a pedido do Conselho de Administração, no sentido de se obter um desenvolvimento integrado das aplicações informáticas e das infraestruturas de comunicação;
 - f) Emitir parecer sobre pedidos de aquisição de aplicação ou equipamento informático;
 - g) Manter uma base de registo de equipamento informático e sua distribuição;
 - h) Contribuir, em colaboração com o centro de formação, para uma cultura informática dentro da instituição, conhecimento e manuseamento de novas aplicações e, para o acesso a novas tecnologias de informação.

Artigo 74º **Serviço de Gestão Hoteleira**

1. Ao Serviço de Gestão Hoteleira compete assegurar as seguintes funções:
 - a) O normal funcionamento do centro hoteleiro de apoio;

- b) A vigilância das portarias, parques, jardins, áreas interiores e exteriores;
- c) As funções de alimentação, exceto no que tecnicamente depender do Serviço de Nutrição e Alimentação;
- d) As funções de limpeza das instalações e sua supervisão;
- e) As funções de recolha de resíduos e sua supervisão;
- f) As funções de rouparia;
- g) As funções da Central telefónica;
- h) As funções da Reprografia;
- i) As funções da Casa Mortuária;
- j) As funções de coordenação e gestão de outros espaços de utilização comum;
- k) A gestão e acompanhamento de contratos de prestação de serviços/outsourcing, nas áreas da sua competência.

Artigo 75º **Serviço de Saúde Ocupacional e Gestão de Risco Geral**

1. O Serviço de Saúde Ocupacional e Gestão de Risco Geral é um Serviço de natureza multidisciplinar e tem funções eminentemente preventivas do risco geral e ocupacional.
2. No âmbito da prevenção dos riscos ocupacionais, o SSOGR tem em vista sobretudo os trabalhadores do Instituto através da prevenção de todos os fatores extrínsecos ou intrínsecos de risco, ligados ao ambiente de trabalho e ao indivíduo cujas interações possam afetar a segurança, a saúde e a satisfação no trabalho.
3. É Integrada, no mínimo, por três setores de atividade principal:
 - a) Medicina e Enfermagem do Trabalho;
 - b) Ambiente, Segurança e Higiene no Trabalho;
 - c) Psicologia da Saúde Ocupacional.
4. Ao SSOGR serão criadas todas as condições para que possa desenvolver a sua atividade com respeito pelo sigilo e confidencialidade legalmente exigíveis.
5. São funções principais do SSOGR a vigilância médica, a prevenção dos acidentes e das doenças profissionais e a promoção da saúde e a responsabilidade pela formação em matéria de gestão de risco e de saúde ocupacional.

Artigo 76º **Gabinete Jurídico**

1. Ao Gabinete compete:
 - a) Consulta e apoio jurídico a todos os órgãos do Instituto, de administração ou técnicos, duradouros ou transitórios, bem como os Serviços que o Conselho de Administração determinar, em particular o apoio aos procedimentos de recrutamento e seleção de pessoal e à contratação pública de bens

e serviços, do direito do trabalho e do direito da saúde, em particular as áreas da prevenção da responsabilidade civil e penal médica;

- b) Patrocínio judiciário em todas as jurisdições;
- c) Apoio na formação jurídica de quadros técnicos e das hierarquias do Instituto.

Artigo 77º

Gabinete de Relações Públicas e Comunicação

- 1. Ao Gabinete compete:
 - a) Promover a imagem do Instituto, junto da população e dos profissionais;
 - b) Criar mecanismos de divulgação de informação interna e externamente;
 - c) Apoiar os Serviços do IPO-Porto na conceção e elaboração de suportes documentais ou informáticos no âmbito da sua atividade.

Artigo 78º

Gabinete da Qualidade

- 1. É um Serviço que lidera e implementa uma estratégia global de melhoria da qualidade e organizacional, baseada em padrões de referência elevada e em procedimentos que procurará manter sempre adaptados e atualizados.
- 2. Depende diretamente do Conselho de Administração, que nomeia os respetivos membros.

CAPÍTULO IV **Gestão de recursos**

Artigo 79º **Recursos Humanos**

- 1. A gestão de recursos humanos, nomeadamente no que se refere aos incentivos ao desempenho, rege-se pelas correspondentes regras constantes do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro.
- 2. Sem prejuízo do que constar em convenção coletiva de trabalho, o regime de recrutamento e seleção de pessoal e o regime de carreiras de pessoal, serão aprovados por deliberação do Conselho de Administração.
- 3. O Instituto disporá de quadro próprio referente ao pessoal em regime de contrato individual de trabalho a ser definido anualmente por deliberação do Conselho de Administração.

Artigo 80º **Recursos Financeiros**

A gestão dos recursos financeiros rege-se pelo disposto nos artigos 11º a 12º-A do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro e nos artigos 22º a 25º dos estatutos.

Artigo 81º **Património**

O Instituto manterá organizado e atualizado o património de todos os bens cuja administração está a seu cargo, bem como de outros bens cuja utilização lhe seja atribuída.

CAPÍTULO V **Garantias**

Artigo 82º **Gestão de Risco**

- 1. É estabelecida uma área de gestão de risco com regulamento próprio dividida em duas vertentes, gestão de risco geral e gestão de risco clínico e cada vertente será dirigida por um responsável nomeado pelo Conselho de Administração.
- 2. O Instituto assegurará a manutenção de um sistema de gestão de risco, assente em atividades de identificação, de avaliação de riscos potenciais, de prevenção e de controlo de perdas.
- 3. Para o efeito, o Instituto desenvolverá um sistema de informação baseado em incidentes e ocorrências e definirá, para cada risco, estratégias de minimização ou transferência, consoante as circunstâncias.
- 4. O Instituto manterá operacional um plano de emergência para desastres internos ou externos, o qual constará de documento próprio.
- 5. O Instituto desenvolverá e manterá operacional um plano específico destinado à segurança de pessoas (doentes, profissionais, voluntários e visitantes) e bens.

Artigo 83º **Necessidades Individuais do Doente**

- 1. Ao doente é assegurado tratamento segundo o estado da arte mesmo quando o Instituto não dispuser dos meios técnicos e humanos para esse efeito.
- 2. Ao doente é assegurada informação adequada acerca da sua doença e dos meios que o Instituto possui.
- 3. Ao doente internado será assegurada um acesso simplificado de visitas.
- 4. Aos doentes é assegurada liberdade e assistência religiosas.
- 5. Ao doente e seus familiares é assegurada a defesa dos seus interesses através do gabinete do utente ou de outros processos expeditos a implementar.
- 6. Ao doente internado é assegurada a possibilidade de comunicação com o exterior.

Artigo 84º
Confidencialidade

O Instituto definirá uma política de confidencialidade, de acordo com a Lei, para assegurar a proteção de dados e informação relativa a doentes e colaboradores.

CAPÍTULO VI
Disposições finais e transitórias

Artigo 85º
Remissões

As remissões para os diplomas legais e regulamentares feitas no presente regulamento considerar-se-ão efetuadas para aqueles que venham a regular, no todo ou em parte, as matérias em causa.

Artigo 86º
Regulamentação Complementar

Compete ao Conselho de Administração a regulamentação e definição de normas complementares ou interpretativas para a aplicação do presente Regulamento.

Artigo 87º
Legislação Revogada

Com a entrada em vigor do presente Regulamento considera-se revogada toda a regulamentação existente, salvo aquela que pela sua especificidade não viole o regulamento.

Artigo 88º
Entrada em Vigor

O presente regulamento entra em vigor no dia a seguir à sua aprovação Ministerial.

ANEXO 2

DECRETO-LEI Nº 18/2017

classificação, desde que cumpram os critérios de aprovação estabelecidos pela presente alteração.

2 — Nos concursos para os cargos de chefia previstos nas alíneas *ab*) do n.º 1 do artigo 15.º do Decreto-Lei n.º 557/99, de 17 de dezembro, com a redação dada pelo presente decreto-lei, abertos após a entrada em vigor do presente decreto-lei e durante o ano de 2017, podem candidatar-se trabalhadores que não possuam o curso de chefia tributária a que alude o proémio do n.º 1 daquele artigo.

3 — Sem prejuízo do disposto no número anterior, os trabalhadores que sejam nomeados para cargos de chefia tributária e que não sejam detentores do curso de chefia tributária frequentam, ainda assim, o curso de chefia tributária durante os dois primeiros anos de exercício de funções em comissão de serviço ou, em caso de impossibilidade por causa que não lhes seja imputável, no mais breve prazo, cessando a respetiva comissão de serviço caso não obtenham aprovação no referido curso.

Artigo 4.º

Norma revogatória

São revogados a alínea *c*) do n.º 1 do artigo 15.º, os n.ºs 5 e 6 do artigo 30.º e os n.ºs 4 a 6 do artigo 32.º do Decreto-Lei n.º 557/99, de 17 de dezembro, alterado pelos Decretos-Leis n.ºs 299/2001, de 22 de novembro, 237/2004, de 18 de dezembro, 36/2008, de 29 de fevereiro, 212/2008, de 7 de novembro, e pela Lei n.º 64-B/2011, de 30 de dezembro.

Artigo 5.º

Entrada em vigor

O presente decreto-lei entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação.

Visto e aprovado em Conselho de Ministros de 15 de dezembro de 2016. — *Augusto Ernesto Santos Silva* — *Mário José Gomes de Freitas Centeno*.

Promulgado em 31 de janeiro de 2017.

Publique-se.

O Presidente da República, MARCELO REBELO DE SOUSA.

Referendado em 6 de fevereiro de 2017.

O Primeiro-Ministro, *António Luís Santos da Costa*.

SAÚDE

Decreto-Lei n.º 18/2017

de 10 de fevereiro

O XXI Governo Constitucional estabelece, no seu Programa, a prioridade às pessoas e no que concerne à área da Saúde, entre outros, o objetivo de melhorar a governação do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Neste âmbito visa-se obter mais e melhores resultados face aos recursos disponíveis, ou seja, aumentar a eficiência do SNS, tendo em vista a melhoria dos instrumentos de governação do SNS, através de medidas como: *(i)* o reforço da capacidade do

SNS através da alocação dos recursos humanos, técnicos e financeiros adequados; *(ii)* o aperfeiçoamento do atual modelo de contratualização dos serviços, introduzindo incentivos associados à melhoria da qualidade, eficiência e equidade dos serviços, inseridos nos contratos de gestão; *(iii)* o reforço da autonomia e da responsabilidade dos gestores do SNS e das unidades prestadoras de serviços; e *(iv)* a clarificação das funções de acionista, financiador, regulador e prestador dentro do SNS, terminando com as ambiguidades derivadas de sobreposições de várias funções.

Neste âmbito, a Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro, que aprovou o regime jurídico da gestão hospitalar, tem cerca de 14 anos, importando proceder à sua revisão para o adequar à realidade atual.

O Decreto-Lei n.º 188/2003, de 20 de agosto, veio desenvolver o regime jurídico dos hospitais do setor público administrativo, integrados na rede de prestação de cuidados de saúde, justifica igualmente a sua revisão, pese embora o número reduzido de entidades no universo do SNS a que é atualmente aplicado.

Também ao abrigo do regime constante daquela lei o Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro, aprovou o regime jurídico e os estatutos das unidades de saúde com a natureza de entidades públicas empresariais. Este decreto-lei foi, ainda, objeto de sucessivas alterações salientando-se a operada pelo Decreto-Lei n.º 12/2015, de 26 de janeiro, que nele incorporou os estatutos das Unidades Locais de Saúde com a natureza de entidades públicas empresariais (ULS, E. P. E.), e que carece igualmente de revisão.

Nestes termos, entende o Governo ser necessário concentrar num único diploma o regime jurídico das entidades que integram o SNS afetas à rede de prestação de cuidados de saúde e aprovar as especificidades estatutárias daquelas entidades.

Assim, em cumprimento do previsto no programa do Governo, com vista entre outros aspetos, a melhorar a articulação entre os diferentes níveis de cuidados, designadamente os cuidados de saúde hospitalares, os cuidados de saúde primários e os cuidados continuados integrados e paliativos, bem como a necessidade de gerar ganhos de eficiência e de eficácia no sistema e uma maior profissionalização e capacitação das equipas o presente decreto-lei constitui um instrumento fundamental para a reforma da prestação de cuidados de saúde que aposte no relançamento do SNS, salientando-se os seguintes aspetos: *(i)* a nível organizativo a possibilidade de serem criados Centros de Responsabilidade Integrada com vista a potenciar os resultados da prestação de cuidados de saúde, melhorando a acessibilidade dos utentes e a qualidade dos serviços prestados, aumentando a produtividade dos recursos aplicados; *(ii)* a nível da gestão uma maior capacitação dos conselhos de administração e dos órgãos de gestão intermédia cujos membros deverão possuir formação específica relevante em gestão em saúde e experiência profissional adequada; *(iii)* o conselho de administração passa a integrar um elemento proposto pelo membro do Governo responsável pela área das finanças; *(iv)* a integração no conselho de administração, no caso das unidades locais de saúde, de um vogal proposto pela respetiva Comunidade Intermunicipal, ou pela respetiva área Metropolitana; *(v)* os processos com vista à nomeação de diretores de serviço devem ser alvo de aviso público, de modo a permitir a manifestação de interesse individual em nome da transparência e da igualdade de oportunidades.

Assim:

Ao abrigo do disposto no Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro, alterado pela Lei n.º 75-A/2014, de 30 de setembro, e nos termos da alínea *a*) do n.º 1 do artigo 198.º da Constituição, o Governo decreta o seguinte:

CAPÍTULO I

Disposições gerais

Artigo 1.º

Objeto e âmbito

1 — O presente decreto-lei estabelece os princípios e regras aplicáveis às unidades de saúde que integram o Serviço Nacional de Saúde (SNS) com a natureza de entidade pública empresarial, aprova as especificidades estatutárias e os seus Estatutos, em conformidade com os anexos I, II e III ao presente decreto-lei e do qual fazem parte integrante.

2 — O presente decreto-lei estabelece os princípios e regras aplicáveis às unidades de saúde que integram o SNS integrados no setor público administrativo, aprova as especificidades estatutárias e os seus Estatutos, em conformidade com os anexos I e IV ao presente decreto-lei e do qual fazem parte integrante.

3 — O presente decreto-lei aplica-se às entidades integrantes SNS afetas à rede de prestação de cuidados de saúde.

4 — Para os efeitos do número anterior, considera-se que a rede de prestação de cuidados de saúde abrange os estabelecimentos do SNS, constituídos como hospitais, centros hospitalares e unidades locais de saúde, bem como os estabelecimentos que prestam cuidados aos utentes do SNS e outros serviços de saúde, nos termos de contratos celebrados em regime de parcerias público-privadas, ao abrigo do disposto no capítulo IV.

Artigo 2.º

Natureza jurídica

As entidades referidas no artigo anterior podem assumir uma das seguintes figuras jurídicas:

a) Entidades públicas, dotadas de personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira, com ou sem autonomia patrimonial;

b) Entidades públicas, dotadas de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial;

c) Entidades privadas com quem sejam celebrados com contratos que tenham por objeto a realização de prestações de saúde através de um estabelecimento de saúde integrado ou a integrar no SNS, em regime de parcerias público-privadas.

Artigo 3.º

Exercício da atividade

1 — A capacidade jurídica das entidades referidas no artigo anterior abrange todos os direitos e obrigações necessários à prossecução dos seus fins.

2 — O exercício da atividade das entidades referidas no artigo anterior está sujeito a licenciamento, nos termos da legislação aplicável.

Artigo 4.º

Princípios gerais na prestação de cuidados de saúde

A prestação de cuidados de saúde pelas entidades do SNS obedece aos seguintes princípios:

a) Livre acesso e circulação no SNS observados os princípios definidos para a rede de referência técnica em articulação com os cuidados de saúde primários;

b) Promoção da qualidade dos cuidados de saúde num contexto da humanização e de respeito pelos direitos dos utentes;

c) Garantia dos direitos de acesso dos utentes a cuidados de saúde de qualidade em tempo adequado;

d) Cumprimento das normas de ética e deontologia profissionais.

e) Valorização da educação para a saúde, a literacia e os autocuidados, de forma a permitir que os cidadãos tenham um papel cada vez mais ativo na gestão da sua saúde.

Artigo 5.º

Princípios específicos na prestação de cuidados de saúde

As entidades pertencentes ao SNS pautam a sua atuação pelos seguintes princípios:

a) Desenvolvimento da sua atividade de acordo com instrumentos de gestão previsional, nomeadamente planos estratégicos plurianuais, planos de atividade, e orçamentos anuais e plurianuais;

b) Garantia aos utentes da prestação de cuidados de saúde de qualidade mediante utilização eficiente dos recursos;

c) Desenvolvimento de uma gestão criteriosa no respeito pelo cumprimento dos objetivos face à política de saúde definida pelo Governo;

d) Financiamento das suas atividades e resultados através de mecanismos de contratualização com o Estado, com base, designadamente, nos seguintes instrumentos:

i) Tabelas de preços e acordos em vigor no SNS;

ii) Modelos de capitação ajustada pelo risco, desenvolvidos com base nas características da população da área de referência;

iii) Transferências do Orçamento do Estado no caso dos hospitais integrados no setor público administrativo;

e) Promoção da articulação funcional da rede de prestação de cuidados de saúde hospitalares com as redes de prestação de cuidados de saúde primários e de cuidados continuados integrados;

f) Gestão partilhada de recursos no âmbito do SNS, de forma a maximizar a utilização da capacidade instalada em cada entidade;

g) Adesão aos mecanismos de compras centralizadas ou outros mecanismos centralmente definidos visando a obtenção de poupanças para o SNS.

Artigo 6.º

Poderes do Estado

1 — O membro do Governo responsável pela área da saúde exerce em relação às entidades referidas nas alíneas *a*) e *b*) do artigo 2.º e na parte das áreas e atividade, centros e serviços integrados em rede, os seguintes poderes:

a) Definição das normas e critérios de atuação hospitalar;

b) Definição das diretrizes a que devem obedecer os planos e programas de ação, bem como a avaliação da qualidade dos resultados obtidos nos cuidados prestados à população;

c) Acesso a todas as informações julgadas necessárias ao acompanhamento da atividade;

d) Determinação da restrição da autonomia gestonária na situação de desequilíbrio económico-financeiro;

e) Determinação de auditorias e inspeções ao seu funcionamento, nos termos da legislação aplicável.

2 — Sem prejuízo da prestação de outras informações legalmente exigíveis, as entidades referidas no artigo 2.º fornecem, para efeitos de acompanhamento e controlo, ao membro do Governo responsável pela área da saúde os seguintes elementos:

a) Os documentos de prestação de contas, de acordo com o sistema de normalização contabilística que lhes for legalmente aplicável;

b) Informação sobre o desempenho económico-financeiro e sobre a atividade realizada.

Artigo 7.º

Órgãos

As entidades referidas no artigo 2.º compreendem órgãos de administração, de fiscalização, de apoio técnico e de consulta.

Artigo 8.º

Informação pública

O Ministério da Saúde divulga os resultados da avaliação das entidades referidas no artigo 2.º que integram a rede de prestação de cuidados de saúde, mediante um conjunto de indicadores que evidencie, designadamente, o seu desempenho assistencial e a respetiva eficiência.

Artigo 9.º

Centros de Responsabilidade Integrada

1 — As entidades referidas na alínea b) do artigo 2.º podem organizar-se através de Centros de Responsabilidade Integrada (CRI).

2 — Os CRI são estruturas orgânicas de gestão intermédia que visam potenciar os resultados da prestação de cuidados de saúde, melhorando a acessibilidade dos utentes e a qualidade dos serviços prestados, aumentando a produtividade dos recursos aplicados, contribuindo, para uma maior eficácia e eficiência.

3 — Para alcançar os objetivos referidos no número anterior, os CRI constituem-se através de formas de organização flexíveis direcionadas para dar respostas céleres e de qualidade às necessidades dos utentes.

Artigo 10.º

Organização interna dos Centros de Responsabilidade Integrada

1 — Os CRI são constituídos por equipas multidisciplinares integrando médicos, enfermeiros, assistentes técnicos, assistentes operacionais, gestores e administradores hospitalares e outros profissionais de saúde, de acordo com a área ou áreas de especialidade.

2 — As equipas multidisciplinares referidas no número anterior são nomeadas pelo conselho de administração da respetiva entidade por um período de três anos, e são constituídas por profissionais que desenvolvem a sua atividade em regime de exclusividade de funções, salvo em situações excecionais autorizadas pelo conselho de administração.

3 — O regulamento interno do CRI é aprovado pelo conselho de administração no ato da nomeação prevista no número anterior, de acordo com o modelo definido pelo membro do Governo responsável pela área da saúde.

4 — Os CRI asseguram preferencialmente a produção adicional no âmbito do Sistema Integrado de Gestão do Acesso.

Artigo 11.º

Funcionamento dos Centros de Responsabilidade Integrada

1 — Os CRI são criados por deliberação do conselho de administração, após aprovação do plano apresentado pelos diretores de serviços ou departamentos proponentes.

2 — Os CRI orientam a sua atividade de acordo com os seguintes princípios:

a) Descentralização de competências e de responsabilidades por parte dos conselhos de administração das entidades referidas na alínea b) do artigo 2.º nestas estruturas de gestão intermédia;

b) Sustentabilidade, que concilia a concretização dos objetivos contratados, o controlo dos custos e o reconhecimento dos profissionais;

c) Transparência, que se traduz no registo das várias etapas dos processos, na publicação de resultados e em auditorias internas e externas anuais clínicas e administrativas publicadas no site da instituição;

d) Cooperação e solidariedade entre os elementos que constituem o CRI, e de cada CRI perante a restante instituição;

e) Articulação, com as demais estruturas e serviços da instituição;

f) Avaliação, que deve ser objetiva, transparente e contratualizada entre as partes, com repercussão no CRI em toda a equipa que o constitui;

g) Mérito e objetivação do reconhecimento, que resulta da avaliação de cada elemento, traduzindo-se no respetivo reconhecimento público;

h) Comportamento ético, deontológico e sentido de serviço público, cabendo a cada profissional do CRI a salvaguarda da legalidade e do interesse público, a defesa dos interesses do doente, a prossecução do melhor desempenho do CRI e da instituição em que se integra, devendo agir com honestidade, lisura e de acordo com a deontologia e as boas práticas;

i) Definição clara dos objetivos quantificados, programados e calendarizados;

j) Controlo da utilização dos recursos humanos e materiais que lhe estão afetos;

k) Contratualização através da celebração, entre os diretores do CRI e o conselho de administração, de contratos-programa anuais que fixam os objetivos e os meios necessários para os atingir e definem os mecanismos de avaliação periódica, que incluem, entre outros, o plano de atividades anual do CRI, o projeto de orçamento-programa anual, o plano de investimentos e o plano de formação e investigação;

l) O contrato-programa referido na alínea anterior deve ter em conta os objetivos gerais do hospital e os definidos

pela tutela, nomeadamente, no que respeita aos indicadores de produção, de serviço e de qualidade assistencial estabelecidos no contrato-programa da entidade.

Artigo 12.º

Financiamento dos Centros de Responsabilidade Integrada

Os CRI são financiados através de uma linha específica a ser incluída no contrato programa a celebrar entre o Estado e as entidades referidas na alínea *b*) do artigo 2.º nos termos e condições definidas naquele contrato.

Artigo 13.º

Centros Académicos Clínicos

1 — As entidades referidas no artigo 2.º podem participar na criação de estruturas integradas de atividade assistencial, ensino e investigação médica, com instituições de ensino superior e de investigação, públicas ou privadas, sob a forma de consórcios ou de associações, tendo como principal objetivo o avanço e a aplicação do conhecimento e da evidência científica para a melhoria da saúde.

2 — As estruturas adotam a denominação de centros académicos clínicos ou outra apropriada.

3 — A criação sob a forma de consórcio é objeto de aprovação por portaria conjunta dos membros do Governo responsáveis pelas áreas da saúde e da ciência, tecnologia e ensino superior, ouvido o Conselho Nacional dos Centros Académicos Clínicos.

4 — A portaria a que se refere o número anterior fixa igualmente as regras gerais de funcionamento do consórcio.

Artigo 14.º

Centros de Referência

1 — As entidades referidas no artigo 2.º podem candidatar-se ao reconhecimento de um ou mais Centros de Referência, nos termos legalmente previstos.

2 — O reconhecimento como Centro de Referência é formalizado por despacho do membro do Governo responsável pela área da saúde, sob proposta da Comissão Nacional para os Centros de Referência.

3 — Os Centros de Referência possuem regulamento interno, a criar no prazo máximo de seis meses, a aprovar pelo membro do Governo responsável pela área da saúde.

CAPÍTULO II

Entidades públicas empresariais

SECÇÃO I

Disposições gerais

Artigo 15.º

Objeto e âmbito

1 — As entidades identificadas nos mapas I e II do anexo I ao presente decreto-lei, revestem a natureza de entidades públicas empresariais, adiante designadas abreviadamente por E. P. E., integradas no SNS, e obedecem ao regime previsto no presente decreto-lei e na demais legislação que lhe for aplicável.

2 — Os Estatutos das E. P. E., integradas no SNS, que abrangem hospitais, centros hospitalares, institutos de oncologia e unidades locais de saúde, constam dos anexos II e III ao presente decreto-lei.

Artigo 16.º

Capital estatutário

1 — O capital estatutário das E. P. E., integradas no SNS é o fixado nos mapas I e II do anexo I ao presente decreto-lei.

2 — O capital estatutário das E. P. E., integradas no SNS é detido pelo Estado.

Artigo 17.º

Registos

O presente decreto-lei e os seus anexos constituem título bastante para todos os efeitos legais, designadamente os de registo.

SECÇÃO II

Regime jurídico

Artigo 18.º

Natureza e regime

1 — As E. P. E., integradas no SNS são pessoas coletivas de direito público de natureza empresarial dotadas de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, nos termos do regime jurídico do setor público empresarial.

2 — As E. P. E., integradas no SNS regem-se pelo regime jurídico aplicável às entidades públicas empresariais, com as especificidades previstas no presente decreto-lei e nos seus Estatutos, constantes dos anexos II e III ao presente decreto-lei, bem como nos respetivos regulamentos internos e nas normas em vigor para o SNS que não contrariem as normas aqui previstas.

3 — O regime fixado no presente decreto-lei e nos Estatutos a ele anexos tem caráter especial relativamente ao disposto no regime jurídico do setor público empresarial, que é subsidiariamente aplicável, com as devidas adaptações.

4 — Às E. P. E., integradas no SNS aplicam-se as especificidades estatutárias previstas no anexo I ao presente decreto-lei, designadamente quanto à denominação, sede e capital estatutário.

Artigo 19.º

Superintendência

1 — Compete ao membro do Governo responsável pela área da saúde:

- a) Definir os objetivos e as estratégias das E. P. E., integradas no SNS;
- b) Emitir orientações, recomendações e diretivas específicas para prossecução da atividade operacional das E. P. E., integradas no SNS;
- c) Definir normas de organização e de atuação hospitalar.

2 — O membro do Governo responsável pela área da saúde pode delegar os poderes referidos no número anterior nos conselhos diretivos da Administração Central do Sistema de Saúde, I. P. (ACSS, I. P.), e da Administração Regional de Saúde territorialmente competente.

Artigo 20.º

Tutela setorial e financeira

1 — Compete ao membro do Governo responsável pela área da saúde:

a) Exigir todas as informações julgadas necessárias ao acompanhamento da atividade das E. P. E., integradas no SNS, sem prejuízo da prestação de outras legalmente exigíveis;

b) Determinar auditorias e inspeções ao funcionamento das E. P. E., integradas no SNS, de acordo com a legislação aplicável;

c) Homologar os regulamentos internos das E. P. E., integradas no SNS;

d) Praticar outros atos que, nos termos da lei, careçam de autorização prévia ou aprovação tutelar.

2 — Compete ao membro do Governo responsável pela área das finanças:

a) Aprovar os planos de atividade e orçamento;

b) Aprovar os documentos anuais de prestação de contas;

c) Autorizar a aquisição e venda de imóveis, bem como a sua oneração, mediante parecer prévio do conselho fiscal e do revisor oficial de contas ou do fiscal único, consoante o modelo adotado;

d) Autorizar a realização de investimentos, quando as verbas globais correspondentes não estejam previstas nos orçamentos aprovados e sejam de valor superior a 2 % do capital estatutário, mediante parecer favorável do conselho fiscal e do revisor oficial de contas ou do fiscal único, consoante o modelo adotado;

e) Autorizar os aumentos e reduções do capital estatutário;

f) Autorizar os demais atos que, nos termos da legislação aplicável, necessitem de aprovação tutelar.

3 — Compete aos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde:

a) Determinar a restrição da autonomia gestonária em caso de desequilíbrio financeiro;

b) Autorizar cedências de exploração de serviços hospitalares bem como a constituição de associações com outras entidades públicas para a melhor prossecução das atribuições das E. P. E., integradas no SNS;

c) Autorizar a participação das E. P. E., integradas no SNS em sociedades anónimas que tenham por objeto a prestação de cuidados de saúde, nos termos do regime jurídico do setor público empresarial, cujo capital social seja por eles maioritariamente detido;

d) Autorizar, sem prejuízo do disposto na alínea anterior, para a prossecução dos objetivos estratégicos, a participação das E. P. E., integradas no SNS no capital social de outras sociedades, nos termos do regime jurídico do setor público empresarial.

Artigo 21.º

Capacidade

1 — A capacidade jurídica das E. P. E., integradas no SNS abrange todos os direitos e obrigações necessários ou convenientes à prossecução do seu objeto e das suas atribuições.

2 — É da exclusiva competência das E. P. E., integradas no SNS a cobrança das receitas e taxas provenientes da sua atividade.

Artigo 22.º

Órgãos

1 — As entidades referidas na alínea b) do artigo 2.º dispõem dos órgãos previstos nos Estatutos constantes do anexo II ao presente decreto-lei.

2 — As Unidades Locais de Saúde, E. P. E. (ULS, E. P. E.), dispõem dos órgãos previstos nos Estatutos constantes do anexo III ao presente decreto-lei.

Artigo 23.º

Organização interna

1 — As E. P. E., integradas no SNS organizam-se de acordo com as normas e critérios técnicos genéricos definidos pela tutela em função das suas atribuições e áreas de atuação específicas, devendo os respetivos regulamentos internos prever a estrutura orgânica com base em serviços agregados em departamentos e englobando unidades funcionais, bem como estruturas orgânicas de gestão intermédia.

2 — Nas E. P. E., integradas no SNS existe um serviço de auditoria interna, que é dirigido por um auditor nos termos dos Estatutos anexos ao presente decreto-lei.

SECÇÃO III

Regime financeiro

Artigo 24.º

Controlo financeiro

Sem prejuízo do disposto na legislação aplicável às empresas públicas em matéria de controlo financeiro e deveres especiais de informação e controlo, devem as E. P. E., integradas no SNS submeter aos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde:

a) Os planos de atividades e orçamento, em conformidade com o contrato programa celebrado;

b) Os documentos anuais de prestação de contas, até ao final do mês de março de cada ano;

c) Os relatórios trimestrais de execução orçamental, onde constem os indicadores de atividade, económico-financeiros, de recursos humanos e outros definidos pelos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde.

Artigo 25.º

Financiamento

1 — As E. P. E., integradas no SNS são financiadas nos termos da base XXXIII da Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, alterada pela Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro, devendo o financiamento refletir as necessidades de saúde da população abrangida e permitir um adequado planeamento da oferta de cuidados de saúde.

2 — O pagamento dos atos e serviços das E. P. E., integradas no SNS pelo Estado é feito através de contratos-programa plurianuais a celebrar com a ACSS, I. P., e a

Administração Regional de Saúde territorialmente competente, no qual se estabelece o seguinte:

- a) A atividade contratada;
- b) Os objetivos e as metas qualitativas e quantitativas;
- c) A calendarização das metas referidas na alínea anterior;
- d) Os meios e instrumentos para prosseguir os objetivos, designadamente de investimento;
- e) 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.

3 — Para efeitos do disposto no número anterior, o financiamento deve consubstanciar um instrumento indutor da excelência clínica, satisfação dos utentes e da comunidade e do desempenho das instituições.

4 — A celebração dos contratos-programa é precedida de autorização dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde, tornando-se eficazes com a sua assinatura, sem prejuízo da sua publicação na 2.ª série do *Diário da República*.

5 — O financiamento das ULS, E. P. E., é realizado por capitação ajustada pelo risco calculado com base nas características da população da área de referência.

Artigo 26.º

Modelo de acompanhamento

O modelo de acompanhamento do contrato-programa e os instrumentos de monitorização, acompanhamento e avaliação do desempenho assistencial de base populacional são propostos pela ACSS, I. P., e aprovados pelo membro do Governo responsável pela área da saúde.

SECÇÃO IV

Recursos humanos

Artigo 27.º

Trabalhadores

1 — Os trabalhadores das E. P. E., integradas no SNS estão sujeitos ao regime do contrato de trabalho, nos termos do Código do Trabalho, bem como ao regime constante dos diplomas que definem o regime legal de carreira de profissões da saúde, demais legislação laboral, normas imperativas sobre títulos profissionais, instrumentos de regulamentação coletiva de trabalho e regulamentos internos.

2 — As E. P. E., integradas no SNS devem prever anualmente uma dotação global de pessoal, através dos respetivos orçamentos, considerando os planos de atividade.

3 — Sem prejuízo do disposto no n.º 3 do artigo 31.º, as E. P. E., integradas no SNS não podem celebrar contratos de trabalho para além da dotação referida no número anterior.

Artigo 28.º

Processos de recrutamento

1 — Os processos de recrutamento devem assentar na adequação dos profissionais às funções a desenvolver e assegurar os princípios da igualdade de oportunidades, da imparcialidade, da boa-fé e da não discriminação, bem

como da publicidade, exceto em casos de manifesta urgência devidamente fundamentada.

2 — Os diretores de departamento e de serviço de natureza assistencial são nomeados de entre médicos, inscritos no colégio da especialidade da Ordem dos Médicos correspondente à área clínica onde vão desempenhar funções e, preferencialmente, com evidência curricular de gestão e com maior graduação na carreira médica.

3 — Sem prejuízo do disposto no n.º 1, os procedimentos com vista à nomeação de diretor de serviço devem ser objeto de aviso público, de modo a permitir a manifestação de interesse individual.

Artigo 29.º

Regime transitório dos trabalhadores com vínculo de emprego público

1 — Os trabalhadores com vínculo de emprego público que, à data da entrada em vigor do presente decreto-lei, estejam providos em postos de trabalho dos mapas de pessoal das unidades de saúde a que se refere o presente capítulo, mantêm integralmente o seu estatuto jurídico, sem prejuízo do disposto na Lei n.º 35/2014, de 20 de junho.

2 — Os mapas de pessoal das unidades de saúde referidas no número anterior mantêm-se com carácter residual, exclusivamente para efeitos de desenvolvimento da carreira daqueles trabalhadores, sendo os respetivos postos de trabalho a extinguir quando vagarem, da base para o topo.

3 — Mantêm-se válidos os concursos de pessoal que estejam pendentes e os estágios e cursos de especialização em curso à data da entrada em vigor do presente decreto-lei.

4 — Os trabalhadores a que se refere o presente artigo podem optar a todo o tempo pelo regime do contrato de trabalho nos termos dos artigos seguintes.

Artigo 30.º

Opção pelo contrato de trabalho

A opção definitiva pelo regime do contrato de trabalho é feita, individual e definitivamente, mediante acordo escrito com o conselho de administração, tornando-se efetiva, para todos os efeitos legais, a cessação do vínculo de emprego público com a sua publicação no *Diário da República*, data em que o contrato de trabalho a celebrar com a E. P. E., integrada no SNS passa a produzir efeitos.

Artigo 31.º

Regime de proteção social

1 — Sem prejuízo do disposto no n.º 1 do artigo 29.º, o regime de proteção social dos trabalhadores das E. P. E., integradas no SNS é o regime geral da segurança social.

2 — Relativamente aos trabalhadores que, nos termos do artigo 29.º, não tenham optado pelo regime do contrato de trabalho e que, mantenham o regime de proteção social convergente (RPSC), as E. P. E., integradas no SNS asseguram o pagamento das contribuições a título de entidade empregadora, para a Caixa Geral de Aposentações, I. P., e para a ADSE, quando aplicável.

3 — Ao pessoal previsto no número anterior integrado no RPSC é aplicável o Decreto-Lei n.º 503/99, de 20 de novembro, bem como no Decreto-Lei n.º 118/83, de 20 de novembro, para os organismos dotados de autonomia administrativa e financeira.

CAPÍTULO III

Hospitais do setor público administrativo

SECÇÃO I

Estabelecimentos públicos

Artigo 32.º

Objeto e âmbito

1 — São hospitais do setor público administrativo, previstos na alínea *a*) do artigo 2.º, adiante designados abreviadamente por hospitais SPA, os identificados no mapa III do anexo I ao presente decreto-lei.

2 — São aprovados os Estatutos, constantes do anexo IV ao presente decreto-lei, dos hospitais SPA.

Artigo 33.º

Regime aplicável

1 — Os hospitais abrangidos pelo presente capítulo regem-se pelas normas constantes do regime jurídico dos institutos públicos, sem prejuízo das especificidades previstas no presente decreto-lei.

2 — Sem prejuízo do disposto no número anterior, o financiamento é realizado através de transferências do Orçamento do Estado.

Artigo 34.º

Trabalhadores

Os trabalhadores que prestam serviço nos hospitais SPA regem-se pelas normas aplicáveis aos trabalhadores que exercem funções públicas.

CAPÍTULO IV

Entidades de saúde com quem sejam celebrados contratos que tenham por objeto a realização de prestações de saúde através de um estabelecimento de saúde integrado ou a integrar no Serviço Nacional de Saúde em regime de parcerias público-privadas.

Artigo 35.º

Regime

1 — As entidades privadas, com ou sem fins lucrativos, com quem sejam celebrados contratos que tenham por objeto a realização de prestações de saúde através de um estabelecimento de saúde integrado ou a integrar no SNS em regime de parcerias público-privadas, regem-se:

a) No caso de revestirem a natureza de entidades privadas com fins lucrativos, pelos respetivos estatutos e pelas disposições do Código das Sociedades Comerciais;

b) No caso de revestirem a natureza de entidades privadas constituídas sob a forma de sociedade de responsabilidade limitada nos termos da lei comercial, nas quais o Estado ou outras entidades públicas possam exercer, isolada ou conjuntamente, de forma direta ou indireta, influência dominante, pelos respetivos estatutos e pelas disposições do Regime Jurídico do Setor Público Empresarial e do Código das Sociedades Comerciais;

c) No caso de revestirem a natureza de entidades privadas sem fins lucrativos, pelo disposto nos respetivos diplomas orgânicos e pela lei aplicável.

2 — O disposto no número anterior não prejudica o cumprimento das disposições gerais constantes do capítulo I, que lhe sejam aplicáveis face à sua natureza e ao contrato celebrado.

CAPÍTULO V

Disposições finais e transitórias

Artigo 36.º

Hospitais com ensino universitário e politécnico

1 — Até à revisão do regime jurídico aplicável aos hospitais com ensino universitário e politécnico, continuam a aplicar-se as normas atualmente em vigor que não sejam incompatíveis com a natureza e o regime dos hospitais integrados na rede de prestação de cuidados de saúde.

2 — Os hospitais previstos no número anterior devem implementar um sistema contabilístico que permita identificar custos e proveitos associados à atividade de ensino superior.

Artigo 37.º

Mandatos e comissões de serviço

1 — A entrada em vigor do presente decreto-lei não implica a cessação dos mandatos membros dos conselhos de administração e das comissões de serviço em curso, os quais mantêm a duração e o cargo inicialmente definido, mantendo-se em funções até à sua substituição.

2 — Sem prejuízo do disposto no número anterior, os mandatos dos membros dos conselhos de administração das ULS, E. P. E., cessam na data da entrada em vigor do presente decreto-lei, mantendo-se os titulares em funções até à sua substituição.

3 — Os fiscais únicos em mandato ou em exercício de funções à data da entrada em vigor do presente decreto-lei mantêm-se em funções até ao final do respetivo mandato ou até à designação de novo titular.

Artigo 38.º

Regulamentos internos

Os regulamentos internos das E. P. E., integradas no SNS devem ser elaborados e submetidos a homologação do membro do Governo responsável pela área da saúde no prazo de 120 dias a contar da data de entrada em vigor do presente decreto-lei.

Artigo 39.º

Norma revogatória

São revogados:

- a) O artigo 2.º e o anexo à Lei n.º 27/2002, de 08 de novembro, com exceção dos artigos 10.º e 13.º;
- b) O Decreto-Lei n.º 188/2003, de 20 de agosto, alterado pelo Decreto-Lei n.º 183/2015, de 31 de agosto, com exceção dos artigos 20.º a 27.º, 29.º, 35.º e 36.º;
- c) O Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 12/2015, de 26 de janeiro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 183/2015, de 31 de agosto, com exceção dos n.ºs 1 e 2 do artigo 1.º

Artigo 40.º

Produção de efeitos

O presente decreto-lei produz efeitos a 1 de janeiro de 2017.

Visto e aprovado em Conselho de Ministros de 15 de dezembro de 2016. — *Augusto Ernesto Santos Silva* — *Mário José Gomes de Freitas Centeno* — *Adalberto Campos Fernandes*.

Promulgado em 24 de janeiro de 2017.

Publique-se.

O Presidente da República, MARCELO REBELO DE SOUSA.

Referendado em 6 de fevereiro de 2017.

O Primeiro-Ministro, *António Luís Santos da Costa*.

ANEXO I

(a que se referem o n.º 1 do artigo 1.º e o n.º 4 do artigo 18.º)

Especificidades estatutárias

MAPA I

(a que se referem o n.º 1 do artigo 15.º e o n.º 1 do artigo 16.º)

Designação	Sede	Capital estatutário (euros)
Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E. P. E.	Av. Movimento das Forças Armadas- Barreiro	99 030 000,00
Centro Hospitalar Cova da Beira, E. P. E.	Quinta do Alvito — Covilhã	50 120 930,00
Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, E. P. E.	Rua Dr. Cândido de Pinho — Santa Maria da Feira	29 930 000,00
Centro Hospitalar de Lisboa Norte, E. P. E.	Av. Professor Egas Moniz — Lisboa	256 863 333,33
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E. P. E.	Estrada do Forte do Alto do Duque — Lisboa	133 293 333,33
Centro Hospitalar de S. João, E. P. E.	Alameda Professor Hernâni Monteiro — Porto	115 000 000,00
Centro Hospitalar de Setúbal, E. P. E.	Rua Camilo Castelo Branco — Setúbal	209 192 791,00
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E. P. E.	Av. da Noruega — Lordelo — Vila Real	59 953 000,00
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, E. P. E.	Rua Conceição Fernandes — Vila Nova de Gaia	60 882 000,00
Centro Hospitalar do Algarve, E. P. E.	Rua Leão Penedo — Faro	154 434 888,00
Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E. P. E.	Av. Artur Ravara — Aveiro	97 184 651,00
Centro Hospitalar do Médio Ave, E. P. E.	Largo Domingos Moreira — Santo Tirso	43 342 791,00
Centro Hospitalar do Porto, E. P. E.	Largo Professor Abel Salazar — Porto	144 704 000,00
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E. P. E.	Av. Bissaya Barreto — Praceta Prof. Mota Pinto — Coimbra	71 279 540,00
Centro Hospitalar Leiria, E. P. E.	Rua das Olhalvas, Pousos — Leiria	29 930 000,00
Centro Hospitalar Lisboa Central, E. P. E.	Rua José António Serrano — Lisboa	230 955 635,33
Centro Hospitalar Médio Tejo, E. P. E.	Av. Xanana Gusmão — Torres Novas	86 954 419,00
Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vilado Conde, E. P. E.	Largo da Misericórdia — Póvoa de Varzim	31 350 602,00
Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, E. P. E.	Avenida do Hospital Padre Américo — Guilhufe	59 080 000,00
Centro Hospitalar Tondela Viseu, E. P. E.	Av. Rei D. Duarte — Viseu	39 900 000,00
Hospital da Senhora da Oliveira Guimarães, E. P. E.	R. dos Cutileiros, Creixomil — Guimarães	67 230 000,00
Hospital de Magalhães Lemos, E. P. E.	R. Prof. Álvaro Rodrigues, Aldear — Porto	20 000 000,00
Hospital de Santarém, E. P. E.	Av. Bernardo Santareno — Santarém	56 192 791,00
Hospital Distrital Figueira da Foz, E. P. E.	Gala — Figueira da Foz	27 050 000,00
Hospital Espírito Santo de Évora, E. P. E.	Largo do Sr. da Pobreza — Évora	31 002 535,00
Hospital Garcia de Orta, E. P. E.	Av. Torrado da Silva — Almada	132 819 535,00
Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, E. P. E.	IC19 — Amadora	18 200 000,00
Hospital Santa Maria Maior, E. P. E.— Barcelos	Campo da República — Barcelos	22 589 302,00
Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil (IPO), E. P. E.	Av. Bissaya Barreto 98 — Coimbra	23 650 000,00
Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil (IPO), E. P. E.	R. Prof. Lima Basto, Lisboa	54 880 000,00
Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil (IPO), E. P. E.	R. Dr. António Bernardino de Almeida — Porto	41 400 000,00

MAPA II

(a que se referem o n.º 1 do artigo 15.º e o n.º 1 do artigo 16.º)

Designação	Sede	Capital estatutário (euros)
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E. P. E.	Rua Dr. Eduardo Torres, Senhora da Hora, Matosinhos	33 854 419,00
Unidade Local de Saúde do Norte Alentejo, E. P. E.	Avenida de Santo António, Portalegre	29 399 907,00

Designação	Sede	Capital estatutário (euros)
Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E. P. E.	Estrada de Santa Luzia, Viana do Castelo	57 270 523,00
Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E. P. E.	Rua do Dr. António Fernando Covas Lima, Beja . . .	81 508 063,00
Unidade Local de Saúde da Guarda, E. P. E.	Avenida da Rainha D. Amélia, Guarda	26 577 236,00
Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, E. P. E.	Avenida de Pedro Álvares Cabral, Castelo Branco . . .	14 116 000,00
Unidade Local de Saúde do Nordeste, E. P. E.	Avenida do Abade do Baçal, Bragança	67 540 000,00
Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, E. P. E.	Monte do Gilbardinio, EN 261, Santiago do Cacém	17 900 000,00

MAPA III

(a que se refere o n.º 1 do artigo 32.º)

Designação	Sede
Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro — Róvisco Pais.	Quinta da Fonte Quente — Tocha.
Centro Hospitalar Oeste	Rua Diário de Notícias — Caldas da Rainha.
Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa.	Av. do Brasil — Lisboa.
Hospital Arcebispo João Crisóstomo — Cantanhede.	R. Padre Américo — Cantanhede.
Hospital Dr. Francisco Zagalo — Ovar.	Av. Dr. Nunes da Silva — Ovar.
Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto.	Tv. Larga 2 — Lisboa.

ANEXO II

(a que se referem o n.º 1 do artigo 1.º, o n.º 2 do artigo 15.º, o n.º 2 do artigo 18.º e o n.º 1 do artigo 22.º)

ESTATUTOS DOS HOSPITAIS, CENTROS HOSPITALARES E INSTITUTOS PORTUGUESES DE ONCOLOGIA, E. P. E.

CAPÍTULO I

Princípios gerais

Artigo 1.º

Natureza e duração

1 — O hospital E. P. E., o centro hospitalar E. P. E., e o instituto português de oncologia, doravante designados por hospital E. P. E., é uma pessoa coletiva de direito público de natureza empresarial dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, nos termos do regime jurídico do setor público empresarial

2 — O hospital E. P. E., é constituído por tempo indeterminado.

Artigo 2.º

Objeto

1 — O hospital E. P. E., tem por objeto principal a prestação de cuidados de saúde, a todos os cidadãos em geral, designadamente:

- Aos utentes do Serviço Nacional de Saúde;
- Às entidades externas que com ele contratualizem a prestação de cuidados de saúde;
- Aos cidadãos estrangeiros não residentes no âmbito da legislação nacional e internacional em vigor.

2 — O hospital E. P. E., tem, também, por objeto desenvolver atividades de investigação, formação e ensino,

sendo a sua participação na formação de profissionais de saúde dependente da respetiva capacidade formativa, podendo ser objeto de contratos-programa em que se definam as respetivas formas de financiamento.

Artigo 3.º

Atribuições

As atribuições do hospital E. P. E., constam dos seus regulamentos internos, são fixadas de acordo com a política de saúde a nível nacional e regional e com os planos estratégicos superiormente aprovados e são desenvolvidas através de contratos-programa, em articulação com as atribuições das demais instituições do sistema de saúde.

Artigo 4.º

Capital estatutário

1 — O capital estatutário do hospital E. P. E., é o fixado no anexo I do decreto-lei que aprova os presentes Estatutos.

2 — O capital estatutário é detido pelo Estado e é aumentado ou reduzido por despacho do membro do Governo responsável pela área das finanças.

CAPÍTULO II

Órgãos

Artigo 5.º

Órgãos

São órgãos do hospital E. P. E.:

- O conselho de administração;
- O conselho fiscal, o revisor oficial de contas ou uma sociedade de revisores oficiais de contas, caso se encontrem abrangidas pelo regime constante da Lei n.º 148/2015, de 9 de setembro; ou
- O fiscal único; e
- O conselho consultivo.

SECÇÃO I

Conselho de administração

Artigo 6.º

Composição e mandato

1 — O conselho de administração é composto pelo presidente e um máximo de quatro vogais, que exercem funções executivas, em função da dimensão e complexidade do hospital E. P. E., incluindo um diretor clínico, um enfermeiro-diretor e um vogal proposto pelo membro do Governo responsável pela área das finanças.

2 — Os membros do conselho de administração são designados de entre individualidades que reúnam os requisitos previstos no Estatuto do Gestor Público e possuam preferencialmente evidência curricular de formação específica em gestão em saúde e experiência profissional adequada, sendo o diretor clínico um médico, e o enfermeiro-diretor um enfermeiro.

3 — A designação dos membros do conselho de administração observa o disposto nos artigos 12.º e 13.º do Estatuto do Gestor Público.

4 — O mandato dos membros do conselho de administração tem a duração de três anos renovável, uma única vez, permanecendo aqueles no exercício das suas funções até à designação dos novos titulares, sem prejuízo da renúncia a que houver lugar.

Artigo 7.º

Competências do conselho de administração

1 — Compete ao conselho de administração garantir o cumprimento dos objetivos básicos, bem como o exercício de todos os poderes de gestão que não estejam reservados a outros órgãos, e em especial:

a) Propor os planos de atividades anuais e plurianuais e respetivos orçamentos, bem como os demais instrumentos de gestão previsional legalmente previstos, e assegurar a respetiva execução;

b) Celebrar contratos-programa externos e internos;

c) Definir as linhas de orientação a que devem obedecer a organização e o funcionamento do hospital E. P. E., nas áreas clínicas e não clínicas, de novos serviços, sua extinção ou modificação;

d) Definir as políticas referentes a recursos humanos, incluindo as remunerações dos trabalhadores e dos titulares dos cargos de direção e chefia;

e) Autorizar a realização de trabalho extraordinário e de prevenção dos trabalhadores do hospital E. P. E., independentemente do seu estatuto, bem como autorizar o respetivo pagamento;

f) Designar o pessoal para cargos de direção e chefia;

g) Aprovar o regulamento disciplinar do pessoal e as condições de prestação e disciplina do trabalho;

h) Apresentar os documentos de prestação de contas, nos termos definidos na lei;

i) Aprovar e submeter a homologação do membro do Governo responsável pela área da saúde o regulamento interno e fazer cumprir as disposições legais e regulamentares aplicáveis;

j) Decidir sobre a realização de ensaios clínicos e terapêuticos, ouvida a comissão de ética, sem prejuízo do cumprimento das disposições aplicáveis;

k) Acompanhar e avaliar sistematicamente a atividade desenvolvida pelo hospital E. P. E., designadamente responsabilizando os diferentes setores pela utilização dos meios postos à sua disposição e pelos resultados atingidos, nomeadamente em termos da qualidade dos serviços prestados;

l) Tomar conhecimento e determinar as medidas adequadas, se for caso disso, sobre as queixas e reclamações apresentadas pelos utentes;

m) Decidir sobre a admissão e gestão do pessoal;

n) Autorizar a aplicação de todas as modalidades de regimes de trabalho legalmente admissíveis;

o) Exercer a competência em matéria disciplinar prevista na lei, independentemente da relação jurídica de emprego;

p) Acompanhar a execução do orçamento, aplicando as medidas destinadas a corrigir os desvios em relação às previsões realizadas;

q) Assegurar a regularidade da cobrança das dívidas e autorizar a realização e o pagamento da despesa do hospital E. P. E.;

r) Tomar as providências necessárias à conservação do património afeto ao desenvolvimento da sua atividade e autorizar as despesas inerentes, previstas no plano de investimentos.

2 — Sem prejuízo do disposto no número anterior e em normas especiais, o conselho de administração detém, ainda, as competências legalmente atribuídas aos titulares dos cargos de direção superior do 1.º grau da administração central do Estado, relativamente aos trabalhadores da Administração Pública.

3 — O conselho de administração pode delegar as suas competências nos seus membros ou demais pessoal de direção e chefia, incluindo os diretores dos Centros de Responsabilidade Integrada, com exceção das previstas nas alíneas *a)* a *j)* do n.º 1, definindo em ata os limites e condições do seu exercício.

Artigo 8.º

Presidente do conselho de administração

1 — Compete ao presidente do conselho de administração:

a) Coordenar a atividade do conselho de administração e dirigir as respetivas reuniões;

b) Garantir a correta execução das deliberações do conselho de administração;

c) Submeter a aprovação ou a autorização dos membros do Governo competentes todos os atos que delas careçam;

d) Representar o hospital E. P. E., em juízo e fora dele e em convenção arbitral, podendo designar mandatários para o efeito constituídos;

e) Exercer as competências que lhe sejam delegadas.

2 — O presidente do conselho de administração é substituído nas suas ausências e impedimentos pelo vogal por si designado.

Artigo 9.º

Diretor clínico

Ao diretor clínico compete a direção de produção clínica do hospital E. P. E., que compreende a coordenação da assistência prestada aos doentes e a qualidade, correção e prontidão dos cuidados de saúde prestados, designadamente:

a) Coordenar a elaboração dos planos de ação apresentados pelos vários serviços e departamentos de ação médica a integrar no plano de ação global do hospital;

b) Assegurar uma integração adequada da atividade médica dos departamentos e serviços, designadamente através de uma utilização não compartimentada da capacidade instalada;

c) Propor medidas necessárias à melhoria das estruturas organizativas, funcionais e físicas dos serviços de ação médica, dentro de parâmetros de eficiência e eficácia reconhecidos, que produzam os melhores resultados face às tecnologias disponíveis;

d) Aprovar as orientações clínicas relativas à prescrição de medicamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica, bem como os protocolos clínicos adequados às patologias mais frequentes, respondendo perante o conselho de administração pela sua adequação em termos de qualidade e de custo-benefício;

e) Propor ao conselho de administração a realização, sempre que necessário, da avaliação externa do cumprimento das orientações clínicas e protocolos mencionados, em colaboração com a Ordem dos Médicos e instituições de ensino médico e sociedades científicas;

f) Desenvolver a implementação de instrumentos de garantia de qualidade técnica dos cuidados de saúde, em especial no que diz respeito aos indicadores de desempenho assistencial e segurança dos doentes, reportando e propondo correção em caso de desvios;

g) Decidir sobre conflitos de natureza técnica entre serviços de ação médica;

h) Decidir as dúvidas que lhe sejam presentes sobre deontologia médica, desde que não seja possível o recurso, em tempo útil, à comissão de ética;

i) Participar na gestão do pessoal médico, designadamente nos processos de admissão e mobilidade interna, ouvidos os respetivos diretores de serviço;

j) Velar pela constante atualização do pessoal médico;

k) Acompanhar e avaliar sistematicamente outros aspetos relacionados com o exercício da medicina e com a formação dos médicos.

Artigo 10.º

Enfermeiro-diretor

Compete ao enfermeiro-diretor a coordenação técnica da atividade de enfermagem do hospital E. P. E., velando pela sua qualidade, e, sem prejuízo do disposto em sede do regulamento interno, designadamente:

a) Coordenar a elaboração dos planos de ação de enfermagem apresentados pelos vários serviços a integrar no plano de ação global do hospital E. P. E.;

b) Colaborar com o diretor clínico na compatibilização dos planos de ação dos diferentes serviços de ação médica;

c) Contribuir para a definição das políticas ou diretivas de formação e investigação em enfermagem;

d) Definir padrões de cuidados de enfermagem e indicadores de avaliação dos cuidados de enfermagem prestados;

e) Elaborar propostas referentes à gestão do pessoal de enfermagem, designadamente participar no processo de admissão e de mobilidade dos enfermeiros;

f) Promover e acompanhar o processo de avaliação do pessoal de enfermagem;

g) Propor a criação de um sistema efetivo de classificação de utentes que permita determinar necessidades em cuidados de enfermagem e zelar pela sua manutenção;

h) Elaborar estudos para determinação de custos e benefícios no âmbito dos cuidados de enfermagem;

i) Acompanhar e avaliar sistematicamente outros aspetos relacionados com o exercício da atividade de enfermagem e com a formação dos enfermeiros.

Artigo 11.º

Funcionamento do conselho de administração

1 — O conselho de administração reúne, pelo menos, semanalmente e, ainda, sempre que convocado pelo presidente ou por solicitação de dois dos seus membros ou do órgão de fiscalização.

2 — As regras de funcionamento do conselho de administração são fixadas pelo próprio conselho na sua primeira reunião e constam do regulamento interno do hospital E. P. E.

3 — O presidente do conselho de administração tem voto de qualidade.

4 — Das reuniões do conselho de administração devem ser lavradas atas, a aprovar na reunião seguinte.

Artigo 12.º

Vinculação

O hospital E. P. E., obriga-se pela assinatura, com indicação da qualidade, de dois membros do conselho de administração ou de quem esteja legitimado para o efeito, nos termos do n.º 3 do artigo 7.º

Artigo 13.º

Estatuto dos membros

1 — Aos membros do conselho de administração aplica-se o Estatuto do Gestor Público, sem prejuízo do disposto nos presentes Estatutos e no respetivo diploma de aprovação.

2 — O membro do conselho de administração, que exerce as funções de diretor clínico, pode, a título excepcional e no âmbito do mesmo estabelecimento de saúde, cujo órgão máximo integra, exercer atividade médica, de natureza assistencial, de forma remunerada, mediante autorização, por despacho do membro do Governo responsável pela área da saúde.

3 — A remuneração prevista no número anterior corresponde a uma percentagem da remuneração da respetiva categoria correspondente ao lugar ou posto de trabalho de origem, calculada em função do número de horas semanais efetivamente prestadas, não podendo exceder 50 % da remuneração que compete ao exercício de funções de gestão.

4 — Caso o médico não esteja integrado na carreira especial médica a remuneração prevista no número anterior tem por referência a primeira posição remuneratória da categoria de assistente graduado e é calculada em função do número de horas semanais efetivamente prestadas, não podendo exceder 50 % da remuneração que compete ao exercício de funções de gestão.

5 — O exercício da atividade médica prevista no n.º 3 depende de requerimento do interessado e da verificação de comprovado interesse para o serviço.

Artigo 14.º

Dissolução do conselho de administração

Para além das situações previstas no n.º 1 do artigo 24.º do Estatuto do Gestor Público, o conselho de administração pode ser dissolvido em caso de grave deterioração da qualidade dos serviços prestados, quando não for provocada por razões alheias ao exercício das funções pelos gestores.

SECÇÃO II
Órgão de fiscalização

Artigo 15.º

Conselho fiscal e revisor oficial de contas

1 — Nas E. P. E., abrangidas pelo regime constante da Lei n.º 148/2015, de 9 de setembro a fiscalização e controlo da legalidade da gestão financeira e patrimonial é exercida por um conselho fiscal e por um revisor oficial de contas ou por uma sociedade de revisores oficiais de contas que não seja membro daquele órgão, obrigatoriamente de entre os auditores registados na Comissão do Mercado de Valores Mobiliários.

2 — O conselho fiscal é constituído por três membros efetivos e por um suplente, sendo um deles o presidente do órgão.

3 — Os membros do conselho fiscal são nomeados por despacho dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde, por um período de três anos, renovável por uma única vez.

4 — O revisor oficial de contas é nomeado por despacho conjunto dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde, sob proposta fundamentada do Conselho Fiscal, tendo o mandato a duração de três anos, renovável por uma única vez.

5 — A remuneração do conselho fiscal é fixada no despacho a que se refere o n.º 3, atendendo ao grau de complexidade e de exigência inerente ao exercício do respetivo cargo e tendo em conta os critérios de classificação do hospital E. P. E., fixados na resolução do Conselho de Ministros a que se refere o n.º 4 do artigo 28.º do Estatuto do Gestor Público.

6 — Cessando o mandato do conselho fiscal e do revisor oficial de contas, mantém-se os titulares em exercício de funções até à designação de novos ou à declaração ministerial de cessação de funções.

Artigo 16.º

Competências

1 — O conselho fiscal tem as competências, os poderes e os deveres estabelecidos na lei e nos presentes Estatutos.

2 — Ao conselho fiscal compete, especialmente, sem prejuízo das demais competências que lhe sejam atribuídas por lei:

- a) Dar parecer sobre o relatório de gestão;
- b) Acompanhar com regularidade a gestão através de balancetes e mapas demonstrativos da execução orçamental;
- c) Manter o conselho de administração informado sobre os resultados das verificações e dos exames a que proceda;
- d) Propor a realização de auditorias externas, quando tal se mostre necessário ou conveniente;
- e) Pronunciar-se sobre qualquer outro assunto em matéria de gestão económica e financeira que seja submetido à sua consideração pelo conselho de administração;
- f) Dar parecer sobre a aquisição, arrendamento, alienação e oneração de bens imóveis;
- g) Dar parecer sobre a realização de investimentos e a contração de empréstimos;

h) Elaborar relatórios da sua ação fiscalizadora, incluindo um relatório anual global;

i) Pronunciar-se sobre assuntos que lhe sejam submetidos pelo conselho de administração, pelo Tribunal de Contas e pelas entidades que integram o controlo estratégico do sistema de controlo interno da administração financeira do Estado.

3 — Compete ao revisor oficial de contas o dever de proceder a todos os exames e verificações necessários à revisão e certificação legais das contas, bem como exercer as seguintes funções:

- a) Verificar da regularidade dos livros, registos contabilísticos e documentos que lhe servem de suporte;
- b) Verificar, quando o julgue conveniente e pela forma que entenda adequada, a extensão da caixa e as existências de qualquer espécie de bens ou valores pertencentes à empresa ou por ela recebidos em garantia, depósito ou outro título;
- c) Verificar a exatidão dos documentos de prestação de contas;
- d) Verificar se os critérios valorimétricos adotados pelo hospital E. P. E., conduzem a uma correta avaliação do património e dos resultados.

4 — Com base nos relatórios trimestrais elaborados pelo conselho de administração, o conselho fiscal e o revisor oficial de contas devem emitir um relatório sucinto que reflita os controlos efetuados e as eventuais anomalias detetadas, bem como os eventuais desvios verificados em relação aos orçamentos e a identificação das respetivas causas, o qual deve ser enviado aos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde.

5 — Com base na proposta de plano de atividades e orçamento apresentada pelo conselho de administração, o conselho fiscal e o revisor oficial de contas devem emitir um relatório e parecer ao mesmo, o qual deve ser enviado aos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde.

Artigo 17.º

Fiscal único

1 — O fiscal único é o órgão responsável pelo controlo da legalidade, da regularidade e da boa gestão financeira e patrimonial do hospital E. P. E.

2 — O fiscal único é designado por despacho do membro do Governo responsável pela área das finanças, obrigatoriamente de entre os auditores registados na Comissão do Mercado de Valores Mobiliários.

3 — O fiscal único não pode ter exercido atividades remuneradas no próprio hospital E. P. E., ou nas entidades de direito privado por este participadas, nos últimos três anos antes do início das suas funções, e não pode exercer atividades remuneradas no hospital E. P. E., fiscalizado ou nas entidades de direito privado acima referidas, durante o período de duração do seu mandato, bem como nos três anos subsequentes ao termo das suas funções.

4 — O mandato do fiscal único tem a duração de três anos, renovável apenas uma vez.

5 — O fiscal único tem um suplente, que observa o disposto nos números anteriores.

6 — Cessando o mandato, o fiscal único mantém-se em exercício de funções até à designação de novo titular ou à declaração ministerial de cessação de funções.

7 — A remuneração do fiscal único é fixada no despacho a que se refere o n.º 2, atendendo ao grau de complexidade e de exigência inerente ao exercício do respetivo cargo e tendo em conta os critérios de classificação do hospital E. P. E., fixados na resolução do Conselho de Ministros a que se refere o n.º 4 do artigo 28.º do Estatuto do Gestor Público.

Artigo 18.º

Competências

1 — O fiscal único tem as competências, os poderes e os deveres estabelecidos na lei e nos presentes Estatutos.

2 — Ao fiscal único compete, especialmente:

- a) Verificar a regularidade dos livros, registos contabilísticos e documentos que lhe servem de suporte;
- b) Dar parecer sobre o relatório de gestão do exercício e certificar as contas;
- c) Acompanhar com regularidade a gestão através de balancetes e mapas demonstrativos da execução orçamental;
- d) Manter o conselho de administração informado sobre os resultados das verificações e dos exames a que proceda;
- e) Propor a realização de auditorias externas, quando tal se mostre necessário ou conveniente;
- f) Pronunciar-se sobre qualquer outro assunto em matéria de gestão económica e financeira que seja submetido à sua consideração pelo conselho de administração;
- g) Dar parecer sobre a aquisição, arrendamento, alienação e oneração de bens imóveis;
- h) Dar parecer sobre a realização de investimentos e a contração de empréstimos;
- i) Elaborar relatórios da sua ação fiscalizadora, incluindo um relatório anual global;
- j) Elaborar relatórios sobre os relatórios trimestrais de execução orçamental;
- k) Pronunciar-se sobre assuntos que lhe sejam submetidos pelo conselho de administração, pelo Tribunal de Contas e pelas entidades que integram o controlo estratégico do sistema de controlo interno da administração financeira do Estado;
- l) Verificar se os critérios valorimétricos adotados pelo hospital E. P. E., conduzem a uma correta avaliação do património e dos resultados.

SECÇÃO III

Serviço de auditoria interna

Artigo 19.º

Serviço de auditoria interna

1 — 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.

2 — Ao serviço de auditoria interna compete em especial:

- a) Fornecer ao conselho de administração análises e recomendações sobre as atividades revistas para melhoria do funcionamento dos serviços;

- b) Receber as comunicações de irregularidades sobre a organização e funcionamento do hospital E. P. E., apresentadas pelos demais órgãos estatutários, trabalhadores, colaboradores, utentes e cidadãos em geral;

- 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;

- e) Elaborar o plano de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas e os respetivos relatórios anuais de execução.

3 — A direção do serviço de auditoria interna compete a um auditor interno, que exerce as respetivas funções pelo período de três anos, renovável por iguais períodos, até ao limite máximo de três renovações consecutivas ou interpoladas e que é apoiado tecnicamente nas suas funções por um máximo de três técnicos auditores.

4 — O auditor interno é recrutado pelo conselho de administração, de entre individualidades que reúnam os seguintes requisitos:

- a) Qualificação técnica, competências e experiência em auditoria;
- b) Inscrição no organismo nacional que regule a atividade de auditoria interna.

5 — Os técnicos que integrem o serviço de auditoria interna devem possuir curso superior adequado ao exercício das suas funções.

6 — Não pode ser recrutado como auditor interno ou técnico do serviço de auditoria interna quem tenha exercido funções de administração no próprio hospital E. P. E., nos últimos três anos, ou em relação ao qual se verifiquem outras incompatibilidades e impedimentos previstos na lei, sendo aplicável, com as necessárias adaptações, o disposto no artigo 414.º-A do Código das Sociedades Comerciais.

7 — 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 riscos.

8 — O conselho de administração comunica à Administração Central do Sistema de Saúde, I. P. (ACSS, I. P.), à Direção-Geral do Tesouro e Finanças, à Inspeção-Geral das Atividades em Saúde (IGAS) e à Inspeção-Geral de Finanças a identidade do auditor interno e as datas de início e termo de funções.

9 — A não renovação ou cessação antecipada de funções do auditor interno, ocorre por deliberação 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.

10 — A retribuição mensal líquida do auditor interno, incluindo suplementos remuneratórios, não pode ser superior a 85 % do vencimento mensal líquido estabelecido para o vogal do conselho de administração.

11 — No âmbito da sua atividade, o serviço de auditoria interna colabora com a ACSS, I. P., e a IGAS.

12 — O plano anual de auditoria e o relatório anual de auditoria são aprovados e submetidos pelo conselho de administração às entidades referidas no n.º 8, respetivamente, até 15 de dezembro e 15 de março de cada ano.

13 — O plano de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas e os respetivos relatórios anuais de execução são aprovados e submetidos pelo conselho de administração ao conselho de prevenção da corrupção e aos membros

do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde.

14 — O serviço de auditoria interna depende, em termos orgânicos, do presidente do conselho de administração.

15 — No sentido de obter informação adequada para o 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.

Artigo 20.º

Sistema de controlo interno e de comunicação de irregularidades

1 — O hospital E. P. E., dispõe de 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 a responsabilidade pela sua avaliação.

2 — O sistema de controlo interno compreende o conjunto de estratégias, políticas, processos, regras e procedimentos estabelecidos no hospital E. P. E., com vista a garantir:

a) Um desempenho eficiente da atividade que assegure a utilização eficaz dos ativos e 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;

b) A existência de informação financeira e de gestão que suporte as tomadas de decisão e os processos de controlo, tanto no nível interno como no externo;

c) 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.

3 — O sistema de controlo interno tem por base um adequado sistema de gestão de risco, um sistema de informação e de comunicação e um processo de monitorização que assegure a respetiva adequação e eficácia em todas as áreas de intervenção.

4 — Mediante proposta do serviço de auditoria interna, deve ser aprovado pelo conselho de administração do hospital E. P. E., um regulamento que defina as regras e procedimentos de comunicação interna de irregularidades, através do qual possam ser descritos factos que indiquem:

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 E. P. E., ou dos utentes;

c) Prejuízo à imagem ou reputação do hospital E. P. E.

SECÇÃO IV

Conselho consultivo

Artigo 21.º

Composição do conselho consultivo

1 — O conselho consultivo tem a seguinte composição:

a) Uma personalidade de reconhecido mérito, nomeada pela Comunidade Intermunicipal ou pela Área Metropolitana onde se situe a sede dos respetivos centros hospitalares ou dos respetivos hospitais, que preside;

b) Uma personalidade de reconhecido mérito, nomeada pelo membro do Governo responsável pela área da saúde;

c) Um representante da respetiva Administração Regional de Saúde;

d) Um representante dos utentes, designado pela respetiva associação ou por equivalente estrutura de representação;

e) Um representante eleito pelos trabalhadores do hospital E. P. E.;

f) Um representante dos prestadores de trabalho voluntário no hospital E. P. E., entre estes eleito, quando existam;

g) Dois elementos, escolhidos pelo conselho de administração do hospital E. P. E., que sejam profissionais de saúde sem vínculo ao mesmo.

2 — Compete ao presidente do conselho consultivo promover a designação dos respetivos membros.

3 — Os membros do conselho de administração e do órgão de fiscalização podem ter assento no conselho consultivo, sem direito de voto.

4 — O mandato dos membros do conselho consultivo tem a duração de três anos, sem prejuízo da possibilidade da sua substituição, a todo o tempo, pelas entidades que os designaram ou elegeram.

5 — O exercício do cargo de membro do conselho consultivo não é remunerado, sendo as ajudas de custo a que houver lugar suportadas pelos organismos públicos que designaram os seus representantes e, nos restantes casos, suportadas pelo hospital E. P. E.

Artigo 22.º

Competências do conselho consultivo

Compete ao conselho consultivo:

a) Apreciar os planos de atividade de natureza anual e plurianual;

b) Apreciar todas as informações que tiver por necessárias para o acompanhamento da atividade do hospital E. P. E.;

c) Emitir recomendações tendo em vista o melhor funcionamento dos serviços a prestar às populações, tendo em conta os recursos disponíveis.

Artigo 23.º

Funcionamento do conselho consultivo

1 — O conselho consultivo reúne, pelo menos, uma vez por semestre e as suas deliberações são tomadas por maioria simples e constam de ata, tendo o presidente voto de qualidade.

2 — As reuniões são convocadas pelo presidente com a antecedência mínima de cinco dias úteis, devendo ser indicados na convocatória a data, a hora e o local em que se realizam, bem como a respetiva ordem de trabalhos.

3 — Se à hora indicada não existir quórum, a reunião efetua-se uma hora depois, podendo o conselho deliberar por maioria dos votos dos membros presentes.

4 — As demais regras de funcionamento do conselho consultivo são definidas em regulamento próprio, o qual deve incluir a previsão da substituição dos seus membros em situações de falta ou impedimento.

SECÇÃO V

Comissões de apoio técnico

Artigo 24.º

Comissões de apoio técnico

1 — As comissões de apoio técnico são órgãos de caráter consultivo que têm por função colaborar com o conselho de administração, por sua iniciativa ou a pedido daquele, nas matérias da sua competência.

2 — Em cada hospital E. P. E., são constituídas:

- a) A comissão de ética;
- b) A comissão de qualidade e segurança do doente;
- c) O grupo de coordenação local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos;
- d) A comissão de farmácia e terapêutica.

3 — Sem prejuízo do disposto no número anterior, podem ser criadas pelo conselho de administração outras comissões de apoio técnico que, nos termos da lei, da atividade do hospital e da *legis artis*, se justifiquem, devendo a sua estrutura, composição e funcionamento constar do regulamento interno.

4 — Compete ao conselho de administração, sob proposta do diretor clínico, a designação do presidente e dos membros das comissões de apoio técnico.

CAPÍTULO III

Avaliação, controlo e prestação de contas

Artigo 25.º

Instrumentos de gestão previsional

A gestão financeira e patrimonial do hospital E. P. E., rege-se, designadamente, pelos seguintes instrumentos de gestão previsional:

- a) Planos de atividades anuais e plurianuais, de investimento e financeiros, com um horizonte de três anos;
- b) Orçamento anual de investimento;
- c) Orçamento anual de exploração, desdobrado em orçamento de proveitos e orçamento de custos;
- d) Orçamento anual de tesouraria;
- e) Balanço previsional;
- f) Contratos-programa externos;
- g) Contratos-programa internos.

Artigo 26.º

Reservas e fundos

1 — O hospital E. P. E., deve fazer as reservas julgadas necessárias, sem prejuízo da obrigação relativa à existência de:

- a) Reserva legal;
- b) Reserva para investimentos.

2 — Uma percentagem não inferior a 20 % dos resultados de cada exercício apurado de acordo com as normas contabilísticas vigentes é destinada à constituição da reserva legal.

3 — A reserva legal pode ser utilizada para cobrir eventuais prejuízos de exercício.

4 — Integram a reserva para investimentos, entre outras receitas:

a) A parte dos resultados apurados em cada exercício que lhe for anualmente destinado;

b) As receitas provenientes de participações, dotações, subsídios, subvenções ou quaisquer compensações financeiras de que o hospital E. P. E., seja beneficiário e destinadas a esse fim.

5 — Sem prejuízo da constituição das reservas referidas no n.º 1, os resultados de cada exercício têm o destino que venha a ser determinado por despacho dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde.

Artigo 27.º

Contabilidade

O hospital, E. P. E., adota o sistema contabilístico que lhe for aplicável por lei.

Artigo 28.º

Documentos anuais de prestação de contas

Os instrumentos de prestação de contas do hospital E. P. E., a elaborar anualmente com referência a 31 de dezembro de cada ano, são, designadamente, os seguintes:

- a) Relatório de gestão e contas do exercício;
- b) Certificação legal de contas;
- c) Relatório e parecer do conselho fiscal e do revisor oficial de contas ou do fiscal único, consoante o modelo de fiscalização adotado.

ANEXO III

(a que se referem o n.º 1 do artigo 1.º, o n.º 2 do artigo 15.º, o n.º 2 do artigo 18.º e o n.º 1 do artigo 22.º)

ESTATUTOS DAS UNIDADES LOCAIS DE SAÚDE, E. P. E.

CAPÍTULO I

Princípios gerais

Artigo 1.º

Natureza e duração

1 — A Unidade Local de Saúde, E. P. E. (ULS, E. P. E.), é uma pessoa coletiva de direito público de natureza em-

presarial dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, nos termos do regime jurídico do setor público empresarial.

2 — A ULS, E. P. E., é constituída por tempo indeterminado.

Artigo 2.º

Objeto

1 — A ULS, E. P. E., tem por objeto principal a prestação de cuidados de saúde, a todos os cidadãos em geral, designadamente:

- a) Aos utentes do Serviço Nacional de Saúde (SNS);
- b) Às entidades externas que com ele contratualizem a prestação de cuidados de saúde;
- c) Aos cidadãos estrangeiros não residentes no âmbito da legislação nacional e internacional em vigor.

2 — A ULS, E. P. E., também tem por objeto:

- a) Assegurar as atividades de serviços operativos de saúde pública e os meios necessários ao exercício das competências da autoridade de saúde na área geográfica por ela abrangida;
- b) Desenvolver atividades de investigação, formação e ensino, sendo a sua participação na formação de profissionais de saúde dependente da respetiva capacidade formativa, podendo ser objeto de contratos-programa em que se definam as respetivas formas de financiamento.

Artigo 3.º

Atribuições

As atribuições da ULS, E. P. E., constam dos seus regulamentos internos, são fixadas de acordo com a política de saúde a nível nacional e regional e com os planos estratégicos superiormente aprovados e são desenvolvidas através de contratos-programa, em articulação com as atribuições das demais instituições do sistema de saúde.

Artigo 4.º

Capital estatutário

- 1 — O capital estatutário da ULS, E. P. E., é o fixado no anexo I do decreto-lei que aprova os presentes Estatutos.
- 2 — O capital estatutário é detido pelo Estado.

CAPÍTULO II

Órgãos

Artigo 5.º

Órgãos

São órgãos da ULS, E. P. E.:

- a) O conselho de administração;
- b) O conselho fiscal e revisor oficial de contas ou sociedade de revisores oficiais de contas, caso se encontrem abrangidas pelo regime constante da Lei n.º 148/2015, de 9 de setembro; ou
- c) O fiscal único; e
- d) O conselho consultivo.

SECÇÃO I

Conselho de administração

Artigo 6.º

Composição e mandato

1 — O conselho de administração é composto pelo presidente e um máximo de cinco vogais, que exercem funções executivas, incluindo até dois diretores-clínicos e, um enfermeiro-diretor, sendo um dos vogais proposto pelo membro do Governo responsável pela área das finanças, e outro pela Comunidade Intermunicipal, ou pela Área Metropolitana, consoante a localização da ULS, E. P. E., em causa.

2 — Os membros do conselho de administração são designados de entre individualidades que reúnam os requisitos previstos no Estatuto do Gestor Público e possuam preferencialmente evidência curricular ou formação de gestão em saúde, sendo diretor clínico um médico e enfermeiro-diretor um enfermeiro.

3 — A designação dos membros do conselho de administração observa o disposto nos artigos 12.º e 13.º do Estatuto do Gestor Público.

4 — O mandato dos membros do conselho de administração tem a duração de três anos renovável, uma única vez, permanecendo aqueles no exercício das suas funções até à designação dos novos titulares, sem prejuízo da renúncia a que houver lugar.

Artigo 7.º

Competências do conselho de administração

1 — Compete ao conselho de administração garantir o cumprimento dos objetivos em geral, bem como o exercício de todos os poderes de gestão que não estejam reservados a outros órgãos, e em especial:

- a) Propor os planos de atividades anuais e plurianuais e respetivos orçamentos, bem como os demais instrumentos de gestão previsional legalmente previstos e assegurar a respetiva execução;
- b) Celebrar contratos-programa externos e internos de harmonia com o disposto no artigo 34.º do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro;
- c) Definir as linhas de orientação a que devem obedecer a organização e o funcionamento da ULS, E. P. E., nas áreas clínicas e não clínicas, propondo a criação de novos serviços, sua extinção ou modificação;
- d) Definir as políticas referentes aos recursos humanos, incluindo as remunerações dos trabalhadores e dos titulares dos cargos de direção e chefia;
- e) Autorizar a realização de trabalho extraordinário e de prevenção dos trabalhadores da ULS, E. P. E., bem como autorizar o respetivo pagamento, nos termos da lei;
- f) Designar o pessoal para cargos de direção e chefia;
- g) Aprovar o regulamento disciplinar do pessoal e as condições de prestação e disciplina do trabalho;
- h) Apresentar os documentos de prestação de contas, nos termos definidos na lei;
- i) Aprovar e submeter a homologação do membro do Governo responsável pela área da saúde o regulamento interno e fazer cumprir as disposições legais e regulamentares aplicáveis;

j) Decidir sobre a realização de ensaios clínicos e terapêuticos, ouvida a comissão de ética, sem prejuízo do cumprimento das disposições aplicáveis;

k) Contratar com entidades públicas, privadas e do setor social a prestação de cuidados de saúde, sem prejuízo de acordos de âmbito regional ou nacional estabelecidos com o SNS para o mesmo efeito;

l) Prestar colaboração ao INFARMED — Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I. P., no âmbito do licenciamento de farmácias e armazenistas de medicamentos;

m) Desenvolver um processo de contratualização interna com o objetivo de acompanhar e avaliar sistematicamente a atividade desenvolvida pela ULS, E. P. E., designadamente responsabilizando os diferentes setores pela utilização eficiente dos meios postos à sua disposição e pelos resultados atingidos, nomeadamente em termos da qualidade dos serviços prestados e da garantia da sustentabilidade económico-financeira da instituição;

n) Tomar conhecimento e determinar as medidas adequadas, se for caso disso, sobre as queixas e reclamações apresentadas pelos utentes, sem prejuízo das demais competências de outras entidades em matéria de tratamento de reclamações;

o) Decidir sobre a admissão e gestão do pessoal;

p) Autorizar a aplicação de todas as modalidades de regimes de trabalho legalmente admissíveis;

q) Exercer a competência em matéria disciplinar prevista na lei, independentemente da relação jurídica de emprego;

r) Acompanhar a execução do orçamento, aplicando as medidas destinadas a corrigir os desvios em relação às previsões realizadas;

s) Assegurar a regularidade da cobrança das dívidas e autorizar a realização e o pagamento da despesa da ULS, E. P. E.;

t) Tomar as providências necessárias à conservação do património afeto ao desenvolvimento da sua atividade e autorizar as despesas inerentes, previstas no plano de investimentos.

2 — Sem prejuízo do disposto no número anterior e em normas especiais, o conselho de administração detém, ainda, as competências legalmente atribuídas aos titulares dos cargos de direção superior de 1.º grau da administração central do Estado, relativamente aos trabalhadores em regime de contrato de trabalho em funções públicas.

3 — O conselho de administração pode delegar as suas competências nos seus membros ou demais pessoal de direção e chefia, incluindo os diretores dos Centros de Responsabilidade Integrada, com exceção das previstas nas alíneas a) a m) do n.º 1, definindo em ata os limites e condições do seu exercício.

Artigo 8.º

Presidente do conselho de administração

1 — Compete ao presidente do conselho de administração:

a) Coordenar a atividade do conselho de administração e dirigir as respetivas reuniões;

b) Garantir a correta execução das deliberações do conselho de administração;

c) Submeter a aprovação ou a autorização dos membros do Governo competentes todos os atos que delas careçam;

d) Representar a ULS, E. P. E., em juízo e fora dele e em convenção arbitral, podendo designar mandatários para o efeito constituídos;

e) Exercer as competências que lhe sejam delegadas.

2 — O presidente do conselho de administração é substituído nas suas ausências e impedimentos pelo vogal por si designado.

Artigo 9.º

Diretor clínico

Ao diretor clínico compete a direção de atividade assistencial da ULS, E. P. E., que compreende a coordenação da assistência prestada aos doentes e a qualidade, correção e prontidão dos cuidados de saúde prestados, designadamente:

a) Coordenar a elaboração dos planos de ação apresentados pelos vários serviços e departamentos de atividade clínica no âmbito hospitalar e das unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários, a integrar no plano de ação global da ULS, E. P. E.;

b) Assegurar uma integração adequada da atividade clínica no âmbito hospitalar e das unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários, designadamente através de uma utilização e alocação da capacidade instalada de forma concertada e tecnicamente eficiente;

c) Propor medidas necessárias à melhoria das estruturas organizativas, funcionais e físicas dos serviços de atividade clínica no âmbito hospitalar e das unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários, dentro de parâmetros de eficiência e eficácia reconhecidos, que produzam os melhores resultados face às tecnologias disponíveis;

d) Aprovar as orientações clínicas relativas à prescrição de medicamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica, bem como os protocolos clínicos adequados às patologias mais frequentes, respondendo perante o conselho de administração pela sua adequação em termos de qualidade e de custo-benefício;

e) Propor ao conselho de administração a realização, sempre que necessário, da avaliação externa do cumprimento das orientações clínicas e protocolos mencionados, em colaboração com a Ordem dos Médicos e instituições de ensino médico e sociedades científicas;

f) Desenvolver a implementação de instrumentos de garantia de qualidade técnica dos cuidados de saúde, em especial no que diz respeito aos indicadores de desempenho assistencial e segurança dos doentes, reportando e propondo correção em caso de desvios;

g) Decidir sobre conflitos de natureza técnica decorrentes da ação médica;

h) Decidir as dúvidas que lhe sejam presentes sobre deontologia médica, desde que não seja possível o recurso, em tempo útil, à comissão de ética;

i) Participar na gestão do pessoal médico, designadamente nos processos de admissão e mobilidade interna, ouvidos os respetivos dirigentes;

j) Velar pela constante atualização do pessoal médico;

k) Acompanhar e avaliar sistematicamente outros aspetos relacionados com o exercício da medicina, investigação e com a formação dos médicos;

l) Desenvolver e analisar estatísticas de saúde.

Artigo 10.º

Enfermeiro-diretor

Compete ao enfermeiro-diretor a coordenação técnica da atividade de enfermagem da ULS, E. P. E., velando pela sua qualidade, e, sem prejuízo do disposto em sede do regulamento interno, designadamente:

a) Coordenar a elaboração dos planos de ação de enfermagem apresentados pelos vários serviços a integrar no plano de ação global da ULS, E. P. E.;

b) Colaborar com o diretor clínico na compatibilização dos planos de ação dos diferentes serviços e departamentos, tendo em vista a garantia da efetividade dos cuidados prestados;

c) Contribuir para a definição das políticas ou diretivas de formação e investigação em enfermagem;

d) Definir padrões de cuidados de enfermagem e indicadores de avaliação dos cuidados de enfermagem prestados;

e) Elaborar propostas referentes à gestão do pessoal de enfermagem, designadamente participar no processo de admissão e de mobilidade dos enfermeiros;

f) Promover e acompanhar o processo de avaliação do pessoal de enfermagem;

g) Propor a criação de um sistema efetivo de classificação de utentes que permita determinar necessidades em cuidados de enfermagem e zelar pela sua manutenção;

h) Elaborar estudos para determinação de custos e benefícios no âmbito dos cuidados de enfermagem;

i) Acompanhar e avaliar sistematicamente outros aspetos relacionados com o exercício da atividade de enfermagem e com a formação dos enfermeiros.

Artigo 11.º

Funcionamento do conselho de administração

1 — O conselho de administração reúne, pelo menos, semanalmente e, ainda, sempre que convocado pelo presidente ou por solicitação de dois dos seus membros ou do órgão de fiscalização.

2 — As regras de funcionamento do conselho de administração são fixadas pelo próprio conselho na sua primeira reunião e constam do regulamento interno da ULS, E. P. E.

3 — O presidente do conselho de administração tem voto de qualidade.

4 — Das reuniões do conselho de administração devem ser lavradas atas, a aprovar na reunião seguinte.

Artigo 12.º

Vinculação

A ULS, E. P. E., obriga-se pela assinatura, com indicação da qualidade, de dois membros do conselho de administração ou de quem esteja legitimado para o efeito, nos termos do n.º 3 do artigo 6.º dos presentes Estatutos.

Artigo 13.º

Estatuto dos membros

1 — Aos membros do conselho de administração aplica-se o estatuto do gestor público, sem prejuízo do disposto nos presentes Estatutos e no respetivo diploma de aprovação.

2 — O membro do conselho de administração, que exerce as funções de diretor clínico, pode, a título excepcional e no âmbito do mesmo estabelecimento de saúde, cujo órgão máximo integra, exercer atividade médica, de natureza assistencial, de forma remunerada, mediante autorização, por despacho do membro do Governo responsável pela área da saúde.

3 — A remuneração prevista no número anterior corresponde a uma percentagem da remuneração da respetiva categoria correspondente ao lugar ou posto de trabalho de origem, calculada em função do número de horas semanais efetivamente prestadas, não podendo exceder 50 % da remuneração que compete ao exercício de funções de gestão.

4 — Caso o médico não esteja integrado na carreira especial médica a remuneração prevista no número anterior tem por referência a primeira posição remuneratória da categoria de assistente graduado e é calculada em função do número de horas semanais efetivamente prestadas, não podendo exceder 50 % da remuneração que compete ao exercício de funções de gestão.

5 — O exercício da atividade médica prevista no n.º 2 depende de requerimento do interessado e da verificação de comprovado interesse para o serviço.

Artigo 14.º

Dissolução do conselho de administração

Para além das situações previstas no n.º 1 do artigo 24.º do Estatuto do Gestor Público, o conselho de administração pode ser dissolvido em caso de grave deterioração da qualidade dos serviços prestados, quando não for provocada por razões alheias ao exercício das funções pelos gestores.

SECÇÃO II

Órgão de fiscalização

Artigo 15.º

Conselho fiscal e revisor oficial de contas

1 — Nas ULS, E. P. E., abrangidas pelo regime constante da Lei n.º 148/2015, de 9 de setembro a fiscalização e controlo da legalidade da gestão financeira e patrimonial é exercida por um conselho fiscal e por um revisor oficial de contas ou por uma sociedade de revisores oficiais de contas que não seja membro daquele órgão, obrigatoriamente de entre os auditores registados na Comissão do Mercado de Valores Mobiliários.

2 — O conselho fiscal é constituído por três membros efetivos e por um suplente, sendo um deles o presidente do órgão.

3 — Os membros do conselho fiscal são nomeados por despacho dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde, por um período de três anos, renovável por uma única vez.

4 — O revisor oficial de contas é nomeado por despacho conjunto dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde, sob proposta fundamentada do Conselho Fiscal, tendo o mandato a duração de três anos, renovável por uma única vez.

5 — A remuneração do conselho fiscal é fixada no despacho a que se refere o n.º 3, atendendo ao grau de complexidade e de exigência inerente ao exercício do respetivo cargo e tendo em conta os critérios de classificação

da ULS, E. P. E., fixados na resolução do Conselho de Ministros a que se refere o n.º 4 do artigo 28.º do Estatuto do Gestor Público.

6 — Cessando o mandato do conselho fiscal e do revisor oficial de contas, mantém-se os titulares em exercício de funções até à designação de novos ou à declaração ministerial de cessação de funções.

Artigo 16.º

Competências

1 — O conselho fiscal tem as competências, os poderes e os deveres estabelecidos na lei e nos presentes Estatutos.

2 — Ao conselho fiscal compete, especialmente, sem prejuízo das demais competências que lhe sejam atribuídas por lei:

- a) Dar parecer sobre o relatório de gestão;
- b) Acompanhar com regularidade a gestão através de balancetes e mapas demonstrativos da execução orçamental;
- c) Manter o conselho de administração informado sobre os resultados das verificações e dos exames a que proceda;
- d) Propor a realização de auditorias externas, quando tal se mostre necessário ou conveniente;
- e) Pronunciar-se sobre qualquer outro assunto em matéria de gestão económica e financeira que seja submetido à sua consideração pelo conselho de administração;
- f) Dar parecer sobre a aquisição, arrendamento, alienação e oneração de bens imóveis;
- g) Dar parecer sobre a realização de investimentos e a contração de empréstimos;
- h) Elaborar relatórios da sua ação fiscalizadora, incluindo um relatório anual global;
- i) Pronunciar-se sobre assuntos que lhe sejam submetidos pelo conselho de administração, pelo Tribunal de Contas e pelas entidades que integram o controlo estratégico do sistema de controlo interno da administração financeira do Estado.

3 — Compete ao revisor oficial de contas o dever de proceder a todos os exames e verificações necessários à revisão e certificação legais das contas, bem como exercer as seguintes funções:

- a) Verificar da regularidade dos livros, registos contabilísticos e documentos que lhe servem de suporte;
- b) Verificar, quando o julgue conveniente e pela forma que entenda adequada, a extensão da caixa e as existências de qualquer espécie de bens ou valores pertencentes à empresa ou por ela recebidos em garantia, depósito ou outro título;
- c) Verificar a exatidão dos documentos de prestação de contas;
- d) Verificar se os critérios valorimétricos adotados pela ULS, E. P. E., conduzem a uma correta avaliação do património e dos resultados.

4 — Com base nos relatórios trimestrais elaborados pelo conselho de administração, o conselho fiscal e o revisor oficial de contas devem emitir um relatório sucinto que reflita os controlos efetuados e as eventuais anomalias detetadas, bem como os eventuais desvios verificados em relação aos orçamentos e a identificação das respetivas

causas, o qual deve ser enviado aos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde.

5 — Com base na proposta de plano de atividades e orçamento apresentada pelo conselho de administração, o conselho fiscal e o revisor oficial de contas devem emitir um relatório e parecer ao mesmo, o qual deve ser enviado aos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde.

Artigo 17.º

Fiscal único

1 — O fiscal único é o órgão responsável pelo controlo da legalidade, da regularidade e da boa gestão financeira e patrimonial da ULS, E. P. E.

2 — O fiscal único é designado por despacho do membro do Governo responsável pelas áreas das finanças, obrigatoriamente de entre os auditores registados na Comissão do Mercado de Valores Mobiliários.

3 — O disposto nos números anteriores não prejudica a aplicação do regime aplicável à fiscalização das entidades de interesse público previstas na Lei n.º 148/2015, de 9 de setembro.

4 — O fiscal único não pode ter exercido atividades remuneradas na ULS, E. P. E., respetiva, ou nas entidades de direito privado por esta participada, nos últimos três anos antes do início das suas funções, e não pode exercer atividades remuneradas na ULS, E. P. E., ou nas entidades de direito privado acima referidas durante o período de duração do seu mandato, bem como nos três anos subsequentes ao termo das suas funções.

5 — O mandato do fiscal único tem a duração de três anos, renovável apenas uma vez.

6 — O fiscal único tem um suplente, que observa o disposto nos números anteriores.

7 — Cessando o mandato, o fiscal único mantém-se em exercício de funções até à designação de novo titular ou à declaração ministerial de cessação de funções.

8 — A remuneração do fiscal único é fixada no despacho a que se refere o n.º 2, atendendo ao grau de complexidade e de exigência inerente ao exercício do respetivo cargo e tendo em conta os critérios de classificação da ULS, E. P. E., fixadas na resolução do Conselho de Ministros a que se refere o n.º 4 do artigo 28.º do Estatuto do Gestor Público.

Artigo 18.º

Competências

1 — O fiscal único tem as competências, os poderes e os deveres estabelecidos na lei e nos presentes Estatutos.

2 — Ao fiscal único compete, especialmente:

- a) Verificar a regularidade dos livros, registos contabilísticos e documentos que lhe servem de suporte;
- b) Dar parecer sobre o relatório de gestão do exercício e certificar as contas;
- c) Acompanhar com regularidade a gestão através de balancetes e mapas demonstrativos da execução orçamental;
- d) Manter o conselho de administração informado sobre os resultados das verificações e dos exames a que proceda;
- e) Propor a realização de auditorias externas quando tal se mostre necessário ou conveniente;

f) Pronunciar-se sobre qualquer outro assunto em matéria de gestão económica e financeira que seja submetido à sua consideração pelo conselho de administração;

g) Dar parecer sobre a aquisição, arrendamento, alienação e oneração de bens imóveis;

h) Dar parecer sobre a realização de investimentos e a contração de empréstimos;

i) Elaborar relatórios da sua ação fiscalizadora, incluindo um relatório anual global;

j) Elaborar relatórios sobre os relatórios trimestrais de execução orçamental;

k) Pronunciar-se sobre assuntos que lhe sejam submetidos pelo conselho de administração, pelo Tribunal de Contas e pelas entidades que integram o controlo estratégico do sistema de controlo interno da administração financeira do Estado;

l) Verificar se os critérios valorimétricos adotados pela ULS, E. P. E., conduzem a uma correta avaliação do património e dos resultados.

SECÇÃO III

Serviço de auditoria interna

Artigo 19.º

Serviço de auditoria interna

1 — 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.

2 — Ao serviço de auditoria interna compete em especial:

a) Fornecer ao conselho de administração análises e recomendações sobre as atividades revistas para melhoria do funcionamento dos serviços;

b) Receber as comunicações de irregularidades sobre a organização e funcionamento da ULS, E. P. E., apresentadas pelos demais órgãos estatutários, trabalhadores, colaboradores, utentes e cidadãos em geral;

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;

e) Elaborar o plano de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas e os respetivos relatórios anuais de execução.

3 — A direção do serviço de auditoria interna compete a um auditor interno, que exerce as respetivas funções pelo período de três anos, renovável por iguais períodos, até ao limite máximo de três renovações consecutivas ou interpoladas e que é apoiado tecnicamente nas suas funções por um máximo de três técnicos auditores.

4 — O auditor interno é recrutado pelo conselho de administração, de entre individualidades que reúnam os seguintes requisitos:

a) Qualificação técnica, competências e experiência em auditoria;

b) Inscrição no organismo nacional que regule a atividade de auditoria interna.

5 — Os técnicos que integrem o serviço de auditoria interna devem possuir curso superior adequado ao exercício das suas funções.

6 — Não pode ser recrutado como auditor interno ou técnico do serviço de auditoria interna quem tenha exercido funções de administração na própria ULS, E. P. E., nos últimos três anos, ou em relação ao qual se verifiquem outras incompatibilidades e impedimentos previstos na lei, sendo aplicável, com as necessárias adaptações, o disposto no artigo 414.º-A do Código das Sociedades Comerciais.

7 — 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 riscos.

8 — O conselho de administração comunica à Administração Central do Sistema de Saúde, I. P. (ACSS, I. P.), à Administração Regional de Saúde respetiva, à Direção-Geral do Tesouro e Finanças, à Inspeção-Geral das Atividades em Saúde (IGAS) e à Inspeção-Geral de Finanças a identidade do auditor interno e as datas do início e do termo de funções.

9 — A não renovação ou cessação antecipada de funções do auditor interno ocorre por deliberação fundamentada do conselho de administração, precedida de comunicação ao membro do Governo responsável pela área da saúde, ou a quem, para o efeito, detenha poderes delegados.

10 — A retribuição mensal ilíquida do auditor interno, incluindo suplementos remuneratórios, não pode ser superior a 85 % do vencimento mensal ilíquido estabelecido para o vogal do conselho de administração.

11 — No âmbito da sua atividade, o serviço de auditoria interna colabora com a ACSS, I. P., a Administração Regional de Saúde respetiva e a IGAS.

12 — O plano anual de auditoria e o relatório anual de auditoria são aprovados e submetidos pelo conselho de administração às entidades referidas no n.º 8, respetivamente, até 15 de dezembro e 15 de março de cada ano.

13 — O plano de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas e os respetivos relatórios anuais de execução são aprovados e submetidos pelo conselho de administração ao conselho de prevenção da corrupção e aos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde.

14 — O serviço de auditoria interna depende, em termos orgânicos, do presidente do conselho de administração.

15 — No sentido de obter informação adequada para o desenvolvimento das suas competências, o serviço de auditoria interna tem acesso livre a registos, documentação, computadores, instalações e pessoal da ULS, E. P. E., com exceção dos registos clínicos individuais dos utentes.

Artigo 20.º

Sistema de controlo interno e de comunicação de irregularidades

1 — A ULS, E. P. E., dispõe de 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 a responsabilidade pela sua avaliação.

2 — O sistema de controlo interno compreende o conjunto de estratégias, políticas, processos, regras e procedimentos estabelecidos na ULS, E. P. E., com vista a garantir:

a) Um desempenho eficiente da atividade que assegure a utilização eficaz dos ativos e 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;

b) A existência de informação financeira e de gestão que suporte as tomadas de decisão e os processos de controlo, tanto no nível interno como no externo;

c) 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.

3 — O sistema de controlo interno tem por base um adequado sistema de gestão de risco, um sistema de informação e de comunicação e um processo de monitorização que assegure a respetiva adequação e eficácia em todas as áreas de intervenção.

4 — Mediante proposta do serviço de auditoria interna, deve ser aprovado pelo conselho de administração da ULS, E. P. E., 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 da ULS, E. P. E., ou dos utentes;

c) Prejuízo à imagem ou reputação da ULS, E. P. E.

SECÇÃO IV

Conselho consultivo

Artigo 21.º

Composição do conselho consultivo

1 — O conselho consultivo tem a seguinte composição:

a) Uma personalidade de reconhecido mérito, nomeada pela Comunidade Intermunicipal da sua área de referência primária, ou pela área metropolitana que preside;

b) Uma personalidade de reconhecido mérito, nomeada pelo membro do Governo responsável pela área da saúde;

c) Um representante da respetiva Administração Regional de Saúde;

d) Um representante dos utentes, designado pela respetiva associação ou por equivalente estrutura de representação;

e) Um representante do centro distrital de segurança social da área de abrangência da ULS, E. P. E., designado pelo conselho diretivo do Instituto de Segurança Social;

f) Um representante das instituições particulares de solidariedade social, designado, anualmente, pelo órgão executivo de associação representativa das mesmas, em regime de rotatividade;

g) Um representante dos trabalhadores da ULS, E. P. E., eleito pelos trabalhadores;

h) Um representante das escolas ou agrupamentos de escolas, designado pelo delegado regional de educação;

i) Um representante das Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) instaladas na área territorial da competência de cada ULS, E. P. E., a indicar pela Comissão Nacional de Proteção das Crianças e Jovens em Risco, à qual compete providenciar pela efetiva representação de todas as CPCJ e a correspondente comunicação e articulação;

j) Um representante dos prestadores de trabalho voluntário na ULS, E. P. E., entre estes eleito, quando existam;

k) O Delegado de Saúde regional;

l) Dois profissionais de saúde, sem vínculo à ULS, E. P. E., designados pelo conselho de administração.

2 — Compete ao presidente do conselho consultivo promover a designação dos respetivos membros.

3 — Os membros do conselho de administração e do órgão de fiscalização podem ter assento no conselho consultivo, sem direito de voto.

4 — O mandato dos membros do conselho consultivo tem a duração de três anos, sem prejuízo da possibilidade da sua substituição, a todo o tempo, pelas entidades que os designaram ou elegeram.

5 — O exercício do cargo de membro do conselho consultivo não é remunerado, sendo as ajudas de custo a que houver lugar suportadas pelos organismos públicos que designaram os seus representantes e, nos restantes casos, suportadas pela ULS, E. P. E.

Artigo 22.º

Competências do conselho consultivo

Compete ao conselho consultivo:

a) Propor o desenvolvimento de estratégias de intervenção conjuntas e concertadas entre a ULS, E. P. E., e outros parceiros locais e comunitários com responsabilidade política e social no âmbito da saúde, nomeadamente promoção de hábitos de vida saudáveis, prevenção da doença e reintegração dos utentes na comunidade;

b) Analisar os fatores sociais preponderantes que influenciam o estado de saúde da população e propor ações de intervenção da ULS, E. P. E., junto da comunidade, concertadas com outras organizações locais;

c) Apreciar os planos de atividade de natureza anual e plurianual;

d) Apreciar todas as informações que tiver por necessárias para o acompanhamento das atividades da ULS, E. P. E.;

e) Emitir recomendações tendo em vista o melhor funcionamento dos serviços a prestar às populações, tendo em conta os recursos disponíveis.

Artigo 23.º

Funcionamento do conselho consultivo

1 — O conselho consultivo reúne, pelo menos, uma vez por semestre e as suas deliberações são tomadas por maioria simples e constam de ata, tendo o presidente voto de qualidade.

2 — As reuniões são convocadas pelo presidente com a antecedência mínima de cinco dias úteis, devendo ser indicados na convocatória a data, a hora e o local em que se realizam, bem como a respetiva ordem de trabalhos.

3 — Se à hora indicada não existir quórum, a reunião efetua-se uma hora depois, podendo o conselho deliberar por maioria dos votos dos membros presentes.

4 — As demais regras de funcionamento do conselho consultivo são definidas em regulamento próprio, o qual deve incluir a previsão da substituição dos seus membros em situações de falta ou impedimento.

SECÇÃO V

Comissões de apoio técnico

Artigo 24.º

Comissões de apoio técnico

1 — As comissões de apoio técnico são órgãos de caráter consultivo que têm por função colaborar com o conselho de administração, por sua iniciativa ou a pedido daquele, nas matérias da sua competência.

2 — Nas ULS, E. P. E., são constituídas:

- a) A Comissão de Integração de Cuidados de Saúde;
- b) A comissão de ética;
- c) A comissão de qualidade e segurança do doente;
- d) O grupo de coordenação local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos;
- e) A comissão de farmácia e terapêutica.

3 — Sem prejuízo do disposto no número anterior, podem ser criadas pelo conselho de administração outras comissões de apoio técnico que, nos termos da lei, da atividade da ULS, E. P. E., e das regras da arte, se justifiquem, devendo a sua estrutura, composição e funcionamento constar do regulamento interno.

4 — Compete ao conselho de administração, sob proposta do diretor clínico, a designação do presidente e dos membros das comissões de apoio técnico.

CAPÍTULO III

Estrutura organizacional

Artigo 25.º

Unidades funcionais, serviços e departamentos

1 — A ULS, E. P. E., é constituída por unidades funcionais, serviços e departamentos de atividade clínica no âmbito hospitalar, complementares de diagnóstico e terapêutica e de apoio.

2 — Para efeitos do número anterior:

a) As unidades funcionais são agregações especializadas de recursos humanos e tecnológicos que atuam em intercooperação com as demais entidades funcionais, podendo ser integradas em serviços ou departamentos ou partilhadas por serviços ou departamentos distintos;

b) Os serviços funcionam autonomamente ou integrados em departamentos.

3 — As unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários devem seguir, com as necessárias adaptações, o regime e a estrutura definidos no Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, e no Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, integrando um departamento próprio.

4 — Para efeitos do disposto do número anterior, o diretor do departamento exerce as competências que lhe forem delegadas pelo conselho de administração, ao qual reporta diretamente, sendo-lhe aplicável o estatuto remuneratório do diretor-executivo dos Agrupamentos de Centros de Saúde previsto no Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro.

5 — A ULS, E. P. E., pode adotar formas complementares de organização funcional, nomeadamente que induzam maior articulação e coordenação entre profissionais a nível dos programas de saúde, de doenças ou de utentes específicos.

6 — A estrutura, organização e funcionamento da ULS, E. P. E., consta de regulamento interno.

CAPÍTULO IV

Avaliação, controlo e prestação de contas

Artigo 26.º

Instrumentos de gestão previsional

A gestão financeira e patrimonial da ULS, E. P. E., rege-se, designadamente, pelos seguintes instrumentos de gestão previsional:

- a) Planos de atividades anuais e plurianuais, de investimento e financeiros, com um horizonte de três anos;
- b) Orçamento anual de investimento;
- c) Orçamento anual de exploração, desdobrado em orçamento de proveitos e orçamento de custos;
- d) Orçamento anual de tesouraria;
- e) Balanço previsional;
- f) Contratos-programa externos e internos.

Artigo 27.º

Reservas e fundos

1 — A ULS, E. P. E., deve fazer as reservas julgadas necessárias, sem prejuízo da obrigação relativa à existência de:

- a) Reserva legal;
- b) Reserva para investimentos.

2 — Uma percentagem não inferior a 20 % dos resultados de cada exercício apurado de acordo com as normas contabilísticas vigentes é destinada à constituição da reserva legal.

3 — A reserva legal pode ser utilizada para cobrir eventuais prejuízos de exercício.

4 — Integram a reserva para investimentos, entre outras receitas:

- a) A parte dos resultados apurados em cada exercício que lhe for anualmente destinado;
- b) As receitas provenientes de participações, dotações, subsídios, subvenções ou quaisquer compensações financeiras de que a ULS, E. P. E., seja beneficiário e destinadas a esse fim.

5 — Sem prejuízo da constituição das reservas referidas no n.º 1, os resultados de cada exercício têm o destino que venha a ser determinado por despacho dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde.

Artigo 28.º

Contabilidade

A ULS, E. P. E., adota o sistema contabilístico que lhe for aplicável por lei.

Artigo 29.º

Documentos anuais de prestação de contas

Os instrumentos de prestação de contas da ULS, E. P. E., a elaborar anualmente com referência a 31 de dezembro de cada ano, são, designadamente, os seguintes:

- a) Relatório de gestão e contas do exercício;
- b) Certificação legal de contas;
- c) Relatório e parecer do conselho fiscal e do revisor oficial de contas ou do fiscal único, consoante o modelo adotado.

ANEXO IV

(a que se referem o n.º 2 do artigo 1.º e o n.º 2 do artigo 32.º)

ESTATUTOS DOS HOSPITAIS DO SETOR PÚBLICO ADMINISTRATIVO

CAPÍTULO I

Princípios gerais

Artigo 1.º

Natureza e duração

1 — O hospital do setor público administrativo (hospital SPA) é um instituto público de regime especial, nos termos da lei, integrado na administração indireta do Estado, dotado de autonomia administrativa e financeira e património próprio.

2 — O hospital SPA é constituído por tempo indeterminado.

Artigo 2.º

Fins

1 — O hospital SPA tem como principal fim a prestação de cuidados de saúde, a todos os cidadãos em geral, designadamente:

- a) Aos utentes do Serviço Nacional de Saúde;
- b) Às entidades externas que com ele contratualizem a prestação de cuidados de saúde;
- c) Aos cidadãos estrangeiros não residentes no âmbito da legislação nacional e internacional em vigor.

2 — O hospital SPA também tem por objeto desenvolver atividades de investigação, formação e ensino, sendo a sua participação na formação de profissionais de saúde dependente da respetiva capacidade formativa, podendo ser objeto de contratos-programa em que se definam as respetivas formas de financiamento.

Artigo 3.º

Atribuições

1 — Os hospitais SPA têm como atribuições a prestação de cuidados de saúde, de acordo com a política de saúde

a nível nacional e regional e com os planos estratégico superiormente aprovados.

2 — Os hospitais SPA intervêm de acordo com as áreas de influência e desenvolvem a sua atividade através de contratos-programa, em articulação com as atribuições das demais instituições do sistema de saúde.

CAPÍTULO II

Organização

Artigo 4.º

Órgãos

São órgãos do hospital SPA:

- a) O conselho diretivo;
- b) O fiscal único;
- c) O conselho consultivo.

SECÇÃO I

Conselho diretivo

Artigo 5.º

Composição e mandato

1 — O conselho diretivo é composto pelo presidente e por um máximo de quatro vogais, que exercem funções executivas, incluindo um diretor clínico e um enfermeiro-diretor.

2 — Os membros do conselho diretivo são designados de entre individualidades que possuam preferencialmente evidência curricular ou formação de gestão em saúde, sendo o diretor clínico um médico, e o enfermeiro-diretor um enfermeiro.

3 — O mandato dos membros do conselho diretivo tem a duração de três anos e é renovável, por uma única vez, permanecendo aqueles no exercício das suas funções até à designação dos novos titulares, sem prejuízo da renúncia a que houver lugar.

Artigo 6.º

Competências do conselho diretivo

Compete ao conselho diretivo garantir o cumprimento dos objetivos básicos, bem como o exercício de todos os poderes de gestão que não estejam reservados a outros órgãos, e em especial:

- a) Elaborar os planos anuais e plurianuais de atividade e respetivos orçamentos, bem como os demais instrumentos de gestão previsional legalmente previstos, e assegurar a respetiva execução;
- b) Celebrar contratos-programa externos e internos;
- c) Definir as linhas de orientação a que devem obedecer a organização e o funcionamento do hospital SPA nas áreas clínicas e não clínicas, incluindo a criação de novos serviços, sua extinção ou modificação;
- d) Praticar os atos respeitantes ao pessoal nos termos previstos na lei e nos Estatutos;
- e) Autorizar a realização de trabalho extraordinário e de prevenção dos trabalhadores do hospital SPA, independentemente do seu estatuto, bem como autorizar o respetivo pagamento;

f) Apresentar os documentos de prestação de contas, nos termos definidos na lei;

g) Aprovar e submeter o regulamento interno a homologação do membro do Governo responsável pela área da saúde e fazer cumprir as disposições legais e regulamentos aplicáveis;

h) Decidir sobre a realização de ensaios clínicos e terapêuticos, ouvida a comissão de ética, sem prejuízo do cumprimento das disposições aplicáveis;

i) Acompanhar e avaliar sistematicamente a atividade desenvolvida pelo hospital SPA, designadamente responsabilizando os diferentes setores pela utilização dos meios postos à sua disposição e pelos resultados atingidos, nomeadamente em termos da qualidade dos serviços prestados;

j) Tomar conhecimento e determinar as medidas adequadas, se for caso disso, sobre as queixas e reclamações apresentadas pelos utentes;

k) Decidir sobre a admissão e gestão do pessoal;

l) Autorizar a aplicação de todas as modalidades de regimes de trabalho legalmente admissíveis;

m) Exercer a competência em matéria disciplinar prevista na lei;

n) Acompanhar a execução do orçamento, aplicando as medidas destinadas a corrigir os desvios em relação às previsões realizadas;

o) Assegurar a regularidade da cobrança das dívidas e autorizar a realização e o pagamento da despesa do hospital SPA;

p) Tomar as providências necessárias à conservação do património afeto ao desenvolvimento da sua atividade e autorizar as despesas inerentes, previstas no plano de investimentos.

Artigo 7.º

Presidente do conselho diretivo

1 — Compete ao presidente do conselho diretivo:

a) Coordenar a atividade do conselho de diretivo e dirigir as respetivas reuniões;

b) Garantir a correta execução das deliberações do conselho diretivo;

c) Submeter a aprovação ou a autorização dos membros do Governo competentes todos os atos que delas careçam;

d) Representar o hospital SPA em juízo e fora dele e em convenção arbitral, podendo designar mandatários para o efeito constituídos;

e) Exercer as competências que lhe sejam delegadas;

f) Exercer as competências legalmente atribuídas aos titulares dos cargos de direção superior do 1.º grau da administração central do Estado.

2 — O presidente do conselho diretivo é substituído nas suas ausências e impedimentos pelo vogal por si designado.

Artigo 8.º

Diretor clínico

Ao diretor clínico compete a direção de produção clínica do hospital SPA, que compreende a coordenação da assistência prestada aos doentes e a qualidade, correção e prontidão dos cuidados de saúde prestados, designadamente:

a) Coordenar a elaboração dos planos de ação apresentados pelos vários serviços e departamentos de ação médica a integrar no plano de ação global do hospital;

b) Assegurar uma integração adequada da atividade médica dos departamentos e serviços, designadamente através de uma utilização não compartimentada da capacidade instalada;

c) Propor medidas necessárias à melhoria das estruturas organizativas, funcionais e físicas dos serviços de ação médica, dentro de parâmetros de eficiência e eficácia reconhecidos, que produzam os melhores resultados face às tecnologias disponíveis;

d) Aprovar as orientações clínicas relativas à prescrição de medicamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica, bem como os protocolos clínicos adequados às patologias mais frequentes, respondendo perante o conselho de administração pela sua adequação em termos de qualidade e de custo-benefício;

e) Propor ao conselho diretivo a realização, sempre que necessário, da avaliação externa do cumprimento das orientações clínicas e protocolos mencionados, em colaboração com a Ordem dos Médicos e instituições de ensino médico e sociedades científicas;

f) Desenvolver a implementação de instrumentos de garantia de qualidade técnica dos cuidados de saúde, em especial no que diz respeito aos indicadores de desempenho assistencial e segurança dos doentes, reportando e propondo correção em caso de desvios;

g) Decidir sobre conflitos de natureza técnica entre serviços de ação médica;

h) Decidir as dúvidas que lhe sejam presentes sobre deontologia médica, desde que não seja possível o recurso, em tempo útil, à comissão de ética;

i) Participar na gestão do pessoal médico, designadamente nos processos de admissão e mobilidade interna, ouvidos os respetivos diretores de serviço;

j) Velar pela constante atualização do pessoal médico;

k) Acompanhar e avaliar sistematicamente outros aspetos relacionados com o exercício da medicina e com a formação dos médicos.

Artigo 9.º

Enfermeiro-diretor

Compete ao enfermeiro-diretor a coordenação técnica da atividade de enfermagem do hospital SPA, velando pela sua qualidade, e, sem prejuízo do disposto em sede do regulamento interno, designadamente:

a) Coordenar a elaboração dos planos de ação de enfermagem apresentados pelos vários serviços a integrar no plano de ação global do hospital SPA;

b) Colaborar com o diretor clínico na compatibilização dos planos de ação dos diferentes serviços de ação médica;

c) Contribuir para a definição das políticas ou diretivas de formação e investigação em enfermagem;

d) Definir padrões de cuidados de enfermagem e indicadores de avaliação dos cuidados de enfermagem prestados;

e) Elaborar propostas referentes à gestão do pessoal de enfermagem, designadamente participar no processo de admissão e de mobilidade dos enfermeiros;

f) Promover e acompanhar o processo de avaliação do pessoal de enfermagem;

g) Propor a criação de um sistema efetivo de classificação de utentes que permita determinar necessidades em cuidados de enfermagem e zelar pela sua manutenção;

h) Elaborar estudos para determinação de custos e benefícios no âmbito dos cuidados de enfermagem;

i) Acompanhar e avaliar sistematicamente outros aspetos relacionados com o exercício da atividade de enfermagem e com a formação dos enfermeiros.

Artigo 10.º

Funcionamento do conselho diretivo

1 — O conselho diretivo reúne, pelo menos, semanalmente e, ainda, sempre que convocado pelo presidente ou por solicitação de dois dos seus membros ou do fiscal único.

2 — As regras de funcionamento do conselho diretivo são fixadas pelo próprio conselho na sua primeira reunião e constam do regulamento interno do hospital SPA

3 — O presidente do conselho diretivo tem voto de qualidade.

4 — Das reuniões do conselho diretivo devem ser lavradas atas, a aprovar na reunião seguinte.

Artigo 11.º

Vinculação

O hospital SPA obriga-se pela assinatura, com indicação da qualidade, de dois membros do conselho diretivo ou de quem esteja legitimado para o efeito, nos termos do n.º 2 do artigo 7.º

Artigo 12.º

Estatuto dos membros

1 — Aos membros do conselho diretivo é aplicável o regime fixado no Estatuto do Gestor Público e, subsidiariamente, o previsto na lei quadro dos institutos públicos.

2 — O membro do conselho diretivo que exerce as funções de diretor clínico, pode, a título excecional e no âmbito do mesmo estabelecimento de saúde, cujo órgão máximo integra, exercer atividade médica, de natureza assistencial, de forma remunerada, mediante autorização, por despacho do membro do Governo responsável pela área da saúde.

3 — A remuneração prevista no número anterior corresponde a uma percentagem da remuneração da respetiva categoria correspondente ao lugar ou posto de trabalho de origem, calculada em função do número de horas semanais efetivamente prestadas, não podendo exceder 50 % da remuneração que compete ao exercício de funções de gestão.

4 — Caso o médico não esteja integrado na carreira especial médica a remuneração prevista no número anterior tem por referência a primeira posição remuneratória da categoria de assistente graduado e é calculada em função do número de horas semanais efetivamente prestadas, não podendo exceder 50 % da remuneração que compete ao exercício de funções de gestão.

5 — O exercício da atividade médica prevista no n.º 3 depende de requerimento do interessado e da verificação de comprovado interesse para o serviço.

Artigo 13.º

Dissolução do conselho diretivo

O conselho diretivo pode ser dissolvido por despacho do membro do Governo responsável pela área da saúde nos termos da lei-quadro dos institutos públicos.

SECÇÃO II

Fiscal único

Artigo 14.º

Fiscal único

1 — O fiscal único é o órgão responsável pelo controlo da legalidade, da regularidade e da boa gestão financeira e patrimonial do hospital SPA.

2 — O fiscal único é designado por despacho dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde, obrigatoriamente de entre os auditores, revisores oficiais de contas e sociedade revisoras oficiais de contas, registados na Comissão do Mercado de Valores Mobiliários.

3 — O fiscal único não pode ter exercido atividades remuneradas no próprio hospital SPA ou nas entidades de direito privado por este participadas, nos últimos três anos antes do início das suas funções, e não pode exercer atividades remuneradas no hospital SPA fiscalizado ou nas entidades de direito privado acima referidas, durante o período de duração do seu mandato, bem como nos três anos subsequentes ao termo das suas funções.

4 — O mandato do fiscal único tem a duração de cinco anos, renovável apenas uma vez.

5 — Cessando o mandato, o fiscal único mantém-se em exercício de funções até à designação de novo titular ou à declaração ministerial de cessação de funções.

6 — A remuneração do fiscal único é fixada no despacho de designação a que se refere o n.º 2, atendendo ao grau de complexidade e exigência inerente ao exercício do cargo.

7 — Os critérios de avaliação do grau de complexidade e exigência a que se refere o número anterior são fixados e enquadrados por despacho do membro do Governo responsável pela área das finanças.

Artigo 15.º

Competências

O fiscal único tem as competências, os poderes e os deveres estabelecidos na lei-quadro dos institutos públicos e nos presentes Estatutos.

SECÇÃO III

Serviço de auditoria interna

Artigo 16.º

Serviço de auditoria interna

1 — 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.

2 — Ao serviço de auditoria interna compete em especial:

a) Fornecer ao conselho diretivo análises e recomendações sobre as atividades revistas para melhoria do funcionamento dos serviços;

b) Receber as comunicações de irregularidades sobre a organização e funcionamento do hospital SPA apresentadas

pelos demais órgãos estatutários, trabalhadores, colaboradores, utentes e cidadãos em geral;

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.

3 — A direção do serviço de auditoria interna compete a um auditor interno, que exerce as respetivas funções pelo período de três anos, renovável por iguais períodos, até ao limite máximo de três renovações consecutivas ou interpoladas e que é apoiado tecnicamente nas suas funções por um máximo de três técnicos auditores.

4 — O auditor interno é recrutado pelo conselho diretivo, de entre individualidades que reúnam, os seguintes requisitos:

a) Qualificação técnica, competências e experiência em auditoria;

b) Inscrição no organismo nacional que regule a atividade de auditoria interna.

5 — Os técnicos que integrem o serviço de auditoria interna devem possuir curso superior adequado ao exercício das suas funções.

6 — Não pode ser recrutado como auditor interno ou técnico do serviço de auditoria interna quem tenha exercido funções de administração no próprio hospital SPA, nos últimos três anos, ou em relação ao qual se verifiquem outras incompatibilidades e impedimentos previstos na lei, sendo aplicável, com as necessárias adaptações, o disposto no artigo 414.º-A do Código das Sociedades Comerciais.

7 — 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 riscos.

8 — O conselho diretivo comunica à Administração Central do Sistema de Saúde, I. P. (ACSS, I. P.), e à Inspeção-Geral das Atividades em Saúde (IGAS) e à Inspeção-Geral de Finanças a identidade do auditor interno e as datas de início e termo de funções.

9 — A cessação antecipada de funções do auditor interno, é comunicada às entidades referidas no n.º 8 e ao membro do Governo responsável pela área da saúde, ou a quem, para o efeito, detenha poderes delegados.

10 — A retribuição mensal ilíquida do auditor interno, incluindo suplementos remuneratórios, não pode ser superior a 85 % do vencimento mensal ilíquido estabelecido para o vogal do conselho diretivo.

11 — No âmbito da sua atividade, o serviço de auditoria interna colabora com a ACSS, I. P., e com a IGAS.

12 — O plano anual de auditoria e o relatório anual de auditoria são aprovados e submetidos pelo conselho diretivo às entidades referidas no n.º 8, respetivamente, até 15 de dezembro e 15 de março de cada ano.

13 — O serviço de auditoria interna depende, em termos orgânicos, do presidente do conselho diretivo.

14 — No sentido de obter informação adequada para o 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.

Artigo 17.º

Sistema de controlo interno e de comunicação de irregularidades

1 — O hospital SPA dispõe de um sistema de controlo interno e de comunicação de irregularidades, competindo ao conselho diretivo assegurar a sua implementação e manutenção e ao auditor interno a responsabilidade pela sua avaliação.

2 — O sistema de controlo interno compreende o conjunto de estratégias, políticas, processos, regras e procedimentos estabelecidos no hospital SPA com vista a garantir:

a) Um desempenho eficiente da atividade que assegure a utilização eficaz dos ativos e 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;

b) A existência de informação financeira e de gestão que suporte as tomadas de decisão e os processos de controlo, tanto no nível interno como no externo;

c) 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.

3 — O sistema de controlo interno tem por base um adequado sistema de gestão de risco, um sistema de informação e de comunicação e um processo de monitorização que assegure a respetiva adequação e eficácia em todas as áreas de intervenção.

4 — Mediante proposta do serviço de auditoria interna, deve ser aprovado pelo conselho diretivo do hospital SPA 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 SPA ou dos utentes;

c) Prejuízo à imagem ou reputação do hospital SPA.

SECÇÃO IV

Conselho consultivo

Artigo 18.º

Composição do conselho consultivo

1 — O conselho consultivo tem a seguinte composição:

a) Uma personalidade de reconhecido mérito, nomeada pela Comunidade Intermunicipal ou pela Área Metropolitana onde se situe a sede do hospital SPA, que preside;

b) Uma personalidade de reconhecido mérito, nomeada pelo membro do Governo responsável pela área da saúde;

c) Um representante da respetiva Administração Regional de Saúde;

d) Um representante dos utentes, designado pela respetiva associação ou por equivalente estrutura de representação;

e) Um representante eleito pelos trabalhadores do hospital SPA;

f) Um representante dos prestadores de trabalho voluntário no hospital SPA, entre estes eleito, quando existam;

g) Dois elementos, escolhidos pelo conselho diretivo do hospital SPA, que sejam profissionais de saúde sem vínculo ao mesmo.

2 — Compete ao presidente do conselho consultivo promover a designação dos respetivos membros.

3 — O mandato dos membros do conselho consultivo tem a duração de três anos, sem prejuízo da possibilidade da sua substituição, a todo o tempo, pelas entidades que os designaram ou elegeram.

4 — O exercício do cargo de membro do conselho consultivo não é remunerado, sendo as ajudas de custo a que legalmente possa haver lugar suportadas pelos organismos públicos que designaram os seus representantes e, nos restantes casos, suportadas pelo hospital SPA.

Artigo 19.º

Competências do conselho consultivo

Compete ao conselho consultivo:

a) Apreciar os planos de atividade de natureza anual e plurianual;

b) Apreciar todas as informações que tiverem por necessárias para o acompanhamento da atividade do hospital SPA;

c) Emitir recomendações tendo em vista o melhor funcionamento dos serviços a prestar às populações, tendo em conta os recursos disponíveis.

Artigo 20.º

Funcionamento do conselho consultivo

1 — O conselho consultivo reúne, pelo menos, uma vez por ano e as suas deliberações são tomadas por maioria simples e constam de ata, tendo o presidente voto de qualidade.

2 — As reuniões são convocadas pelo presidente com a antecedência mínima de cinco dias úteis, devendo ser indicados na convocatória a data, a hora e o local em que se realizam, bem como a respetiva ordem de trabalhos.

3 — Se à hora indicada não existir quórum, a reunião efetua-se uma hora depois, podendo o conselho deliberar por maioria dos votos dos membros presentes.

4 — As demais regras de funcionamento do conselho consultivo são definidas em regulamento próprio, o qual deve incluir a previsão da substituição dos seus membros em situações de falta ou impedimento.

CAPÍTULO III

Serviços e departamentos

Artigo 21.º

Estrutura dos serviços, departamentos e unidades funcionais

1 — O hospital estrutura-se em serviços, departamentos e unidades funcionais.

2 — O serviço é a unidade básica da organização, funcionando autonomamente ou de forma agregada em departamentos.

3 — As unidades funcionais são agregações especializadas de recursos humanos e tecnológicos, integradas em serviços ou departamentos ou partilhadas por departamentos e serviços distintos.

4 — São serviços do hospital:

a) Serviços de ação médica;

b) Serviços complementares de diagnóstico e terapêutica;

c) Serviços de apoio.

5 — Para os efeitos dos números anteriores, a respetiva estrutura, organização e funcionamento constam do regulamento interno do hospital SPA.

CAPÍTULO IV

Gestão económico-financeira

Artigo 22.º

Regime orçamental e financeiro

O hospital SPA encontra-se sujeito ao regime orçamental e financeiro dos serviços e fundos autónomos

Artigo 23.º

Contabilidade

O hospital SPA adota o sistema contabilístico que lhe for aplicável por lei.

I SÉRIE



Depósito legal n.º 8814/85 ISSN 0870-9963

Diário da República Eletrónico:

Endereço Internet: <http://dre.pt>

Contactos:

Correio eletrónico: dre@incm.pt

Tel.: 21 781 0870

Fax: 21 394 5750