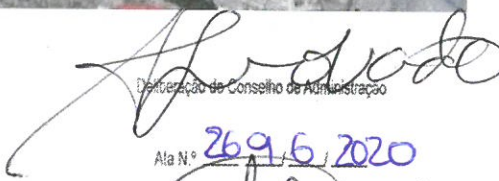

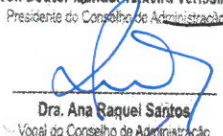
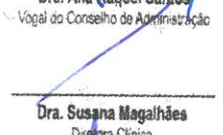
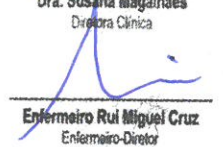


Relatório de Execução do Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas



ANO 2019

Aprovado em Conselho de Administração no dia ____ junho de 2020


Delegação de Conselho de Administração
Ala N.º 269.6 2020

Prof. Doutor Manuel Teixeira Veríssimo
Presidente do Conselho de Administração

Dra. Ana Raquel Santos
Vogal do Conselho de Administração

Dra. Susana Magalhães
Diretora Clínica

Enfermeiro Rui Miguel Cruz
Enfermeiro-Diretor

Índice

INTRODUÇÃO	3
I. Metodologia	5
II. Grau de Colaboração.....	6
III. Resultados obtidos e evidências	6
a) Comissão da Qualidade e Segurança do Doente	7
b) Conselho de Administração	8
c) Gabinete de Formação Contínua e Biblioteca.....	9
d) Gabinete de Gestão de Sistemas de Informação	10
e) Gabinete de Planeamento e Controlo de Gestão	11
f) Gabinete Jurídico e Contencioso	12
g) Serviço de Aprovisionamento.....	13
h) Serviço de Auditoria Interna	14
i) Serviço de Gestão de Doentes.....	15
j) Serviço de Gestão de Recursos Humanos	16
k) Serviço de Gestão Financeira	17
l) Serviço de Higiene e Segurança no Trabalho	18
m) Serviço de Instalações e Equipamentos	19
n) Serviço Social.....	20
o) Serviços Farmacêuticos.....	21
p) Serviços Gerais	22
q) Unidade de Nutrição e Dietética	23
CONCLUSÃO	24

INTRODUÇÃO

Em cumprimento da **Recomendação nº1/2009**, publicada na 2.ª Série do "Diário da República", n.º140, de 22 de julho de 2009, aprovada pelo Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC), em 1 de julho de 2009 sobre "*Planos de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas*", foi aprovado, por Despacho do Excelentíssimo Conselheiro Presidente de 30-10-2009, o Plano de prevenção de riscos de gestão, incluindo os riscos de corrupção (PPRG) da Direcção-Geral do Tribunal de Contas (DGTC), Sede e Secções Regionais.

A Recomendação referida insere-se no âmbito da atividade do CPC, entidade administrativa independente, de âmbito nacional, a funcionar junto do Tribunal de Contas, criada pela Lei nº54/2008, de 4 de setembro, no domínio da prevenção da corrupção e infrações conexas.

A Recomendação nº1/2009 estabelece que "*os órgãos máximos das entidades gestoras de dinheiros, valores ou patrimónios públicos, seja qual for a sua natureza, devem no prazo de 90 dias elaborar planos de gestão de riscos de corrupção e infracções conexas, contendo, nomeadamente os seguintes elementos:*

- *Identificação, relativamente a cada área ou departamento, dos riscos de corrupção e infracções conexas;*
- *Com base na referida identificação de riscos, indicação das medidas adoptadas que previnam a sua ocorrência (por ex., mecanismos de controlo interno, segregação de funções, definição prévia de critérios gerais e abstratos, designadamente na concessão de benefícios públicos e no recurso a especialistas externos, nomeação de júris diferenciados para cada concurso, programação de ações de formação adequada, etc.);*
- *Definição e identificação dos vários responsáveis envolvidos na gestão do plano, sob direcção do órgão dirigente máximo;*
- *Elaboração anual de um relatório sobre a execução do plano."*

A Recomendação n.º1/2010, de 7 de abril foi um complemento da recomendação atrás referida, da qual referia no ponto I. que "*os órgão dirigentes máximos das entidades gestoras de dinheiros, valores ou património públicos, seja qual for a sua natureza, administrativa ou empresarial, de direito público ou de direito privado, devem publicitar no sítio da respetiva entidade na INTERNET o PLANO DE PREVENÇÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS.*" E o ponto II. mencionava que "*as entidades que estão em atraso na elaboração dos planos respectivos devem, no prazo de 30 dias a contar da publicação desta Recomendação no Diário da República, indicar ao Conselho de Prevenção da Corrupção a data da sua previsível aprovação ou, se for caso disso, justificar as razões do seu não acolhimento.*"

No entanto, a **Recomendação do CPC, de 7 de novembro de 2012**, sobre "Gestão de Conflitos de interesses no Sector Público" citava no ponto 1. "*As entidades de natureza pública, ainda que constituídas ou regidas pelo direito privado, devem dispor de mecanismos de*

acompanhamento e de gestão de conflitos de interesses, devidamente publicitados, que incluam também o período que sucede ao exercício de funções públicas, com indicação das consequências legais;” e o ponto 3. “Todas as entidades destinatárias da presente Recomendação devem incluir nos seus relatórios sobre a execução dos planos de prevenção de riscos uma referência sobre a gestão de conflitos de interesses.”

O **Decreto-Lei nº133/2013 de 3 de outubro** passa a integrar os princípios de bom governo aplicáveis às empresas públicas estaduais, e no que diz respeito, à prevenção da corrupção, o nº 1 e nº 2 do artigo 46.º do referido diploma, menciona a elaboração anual de um relatório identificativo das ocorrências ou riscos de ocorrências, que não é mais que o Relatório de Execução do Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas.

Em fevereiro de 2017 foram publicados os novos Estatutos dos Hospitais, Centros Hospitalares e Institutos Portugueses de Oncologia, E.P.E. através do **Decreto – Lei nº 18/2017, de 10 de fevereiro** que refere na alínea e) do n.º 2 do artigo 19.º que ao Serviço de Auditoria Interna compete-lhe em especial elaborar o plano de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas e os respetivos relatórios anuais de execução.

A **Recomendação do Conselho de Prevenção da Corrupção, de 2 de outubro de 2019** sobre “Prevenção de riscos de corrupção na contratação pública” revogou a **Recomendação do Conselho de Prevenção da Corrupção de 7 de janeiro de 2015**. A atual recomendação de 2019 recomenda:

1. “A todas as entidades que celebrem contratos públicos

- a) Reforçar a atuação na identificação, prevenção e gestão de riscos de corrupção e infrações conexas nos contratos públicos, quanto à sua formação e execução devendo, em especial, fundamentar a decisão de contratar, a escolha do procedimento, a estimativa do valor do contrato e a escolha do adjudicatário;*
- b) Adotar instrumentos de planeamento específicos em matéria de contratação pública (v.g. planos de compras);*
- c) Incentivar a existência de recursos humanos com formação adequada para a elaboração e aplicação das peças procedimentais respetivas, em especial, do convite a contratar, programa do concurso e do caderno de encargos;*
- d) Assegurar o funcionamento dos mecanismos de controlo de eventuais conflitos de interesses na contratação pública, designadamente os previstos no CCP e no Código do Procedimento Administrativo;*
- e) Privilegiar o recurso a procedimentos concorrenciais em detrimento da consulta prévia e do ajuste direto;*
- f) Nos casos de recurso à consulta prévia ou ao ajuste direto, adotar procedimentos de controlo interno que assegurem o cumprimento dos limites à formulação de convites às mesmas entidades;*

- g) *Garantir a transparência nos procedimentos de contratação pública, nomeadamente o cumprimento da obrigação de publicitação no portal da contratação pública;*
- h) *Assegurar que os gestores dos contratos são possuidores dos conhecimentos técnico que os capacitem para o acompanhamento permanente da execução dos contratos e para o cabal cumprimento das demais obrigações decorrentes da lei.*

2. Aos órgãos de fiscalização, controlo e inspeção do Setor Público que, nas suas ações, incluam a verificação da matéria objeto de presente Recomendação.”

- i) *Solicitar aos órgãos de fiscalização, controlo e inspeção do Setor Público nas suas ações, especial atenção à matéria objeto desta Recomendação.”*

Não obstante, o Relatório de Execução do Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PGRCIC) para 2019 é exposto neste documento evidenciando os resultados obtidos, de acordo com as medidas preventivas adotadas para os riscos identificados por atividades, nos vários serviços do HDFF, EPE, nomeadamente:

- Comissão da Qualidade e Gestão do Doente;
- Conselho de Administração;
- Gabinete de Formação Contínua e Biblioteca;
- Gabinete de Gestão de Sistemas de Informação;
- Gabinete de Planeamento e Controlo de Gestão;
- Gabinete Jurídico e Contencioso;
- Serviço de Aprovisionamento;
- Serviço de Auditoria Interna;
- Serviço de Gestão de Doentes;
- Serviço de Gestão de Recursos Humanos;
- Serviço de Gestão Financeira;
- Serviço de Higiene e Segurança no Trabalho;
- Serviço de Instalações e Equipamentos;
- Serviço Social;
- Serviços Farmacêuticos;
- Serviços Gerais;
- Unidade de Nutrição e Dietética.

I. Metodologia

O PGRCIC para 2019/2020 foi efetuado com a participação dos serviços e respetivos Responsáveis em funções à data da sua elaboração, que identificaram os riscos que possivelmente ocorreram.

De acordo, com a identificação dos riscos identificados em cada Serviço/Gabinete foram definidas medidas a adotar para colmatar esses riscos.

A metodologia adotada para a realização do Relatório de Execução de 2019 decorreu em três fases:

1. Divulgação, por correio eletrónico, a todos os responsáveis pelos serviços identificados no Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PGRCIC) para 2019/2020, a necessidade de efetuar o Relatório de Execução de 2019. Assim, cada Serviço/Gabinete deveria referir os resultados obtidos em 2019 relativamente às medidas a adotadas, nos respetivos riscos identificados;
2. Os Serviços mencionados no Plano enviaram os resultados obtidos do ano de 2019, uns Serviços enviaram via correio eletrónico, outros preferiram a realização de breves reuniões de trabalho para explicação dos requisitos de preenchimento do presente relatório;
3. Compilação e organização de toda a informação disponibilizada e elaboração do relatório de execução.

II. Grau de Colaboração

Os responsáveis dos Serviços/Gabinetes responderam na sua totalidade, aos resultados obtidos no ano 2019, tendo-se verificado, novamente, alguns atrasados nas respostas, quando da parte do Serviço de Auditoria Interna (SAI) foi estipulado um prazo de envio.

III. Resultados obtidos e evidências

Neste ponto do Relatório são apresentadas as tabelas de monitorização do HDFE, EPE com a indicação dos riscos, as medidas a adotar e os resultados obtidos durante o ano 2019.

SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA (SAI)

a) Comissão da Qualidade e Segurança do Doente

Riscos identificados no Serviço	Medidas preventivas a adotar para cada risco identificado 2019/2020	Probabilidade de Ocorrência (2019)	Impacto no Serviço e/ou HDFF (2019)	Avaliação do Risco 2019	Resultados obtidos em 2019 das medidas preventivas adotadas
1. Possível falência do equipamento eletrónico em uso.	Fazer cópias de segurança dos documentos em uso nas diversas pastas com acesso (Qualidade; Acreditação; Intranet-Acreditação).	Possível 3	Grande 4	Risco Alto 12	Substituição de um computador; Cópias sistemáticas para disco externo.
2. Problemas estruturais (contentor sem isolamento e onde chove).	Posicionar o equipamento mobiliário longe dos locais onde chove; Desligar os equipamentos ligados às tomadas localizadas nas paredes que dão para o exterior, no final do dia de trabalho; Pedir regularmente a limpeza das caleiras existentes e a colocação de panos absorventes para conter a água.	Muito Alta 5	Grande 4	Risco Crítico 20	Grau de humidade muito elevado e água debaixo dos móveis. Feito. Limpeza a 5nov2019.
3. Problemas de efetividade por falta de recursos humanos.	Planear o n.º de ações e medidas de melhoria de acordo com os recursos existentes; Sensibilizar o CA e a gestão intermédia para a necessidade e importância de disponibilizarem tempo aos auditores internos para a execução do PAAI e restantes atividades decorrentes da implementação do SGQ aprovado (Revisão e Planeamento, elaboração/revisão de documentação, abertura e tratamento de ACP...).	Alta 4	Grande 4	Risco Crítico 16	Tx eficácia realização AI: 2019 - 85% (-4%) Ordem de trabalho das várias reuniões da CQSD/GQGR com o Enf. Diretor (ED); Reunião do ED com a equipa de auditores no dia 11 de dezembro de 2019.
4. Possibilidade de ataque informático.	Alterar periodicamente as passwords das aplicações; Evitar escrever as passwords em suporte de papel; Proteger com código de acesso os ficheiros onde tenha as passwords das aplicações; Correr o antivirus sempre que utilize uma pen ou disco Escolher passwords fortes; Evitar aceder a sites desnecessários.	Possível 3	Grande 4	Risco Alto 12	Medidas preventivas realizadas de forma sistemática.

Enf.ª Anabela Salgado Serra - Presidente da CQSD
Dr.ª Ana Paula Melo - Coordenadora do GQGR

SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA (SAI)

b) Conselho de Administração

Riscos identificados no Serviço	Medidas preventivas a adotar para cada risco identificado 2019/2020	Probabilidade de Ocorrência (2019)	Impacto no Serviço e/ou HDFF (2019)	Avaliação do Risco 2019	Resultados obtidos em 2019 das medidas preventivas adotadas
1. Acumulação de funções públicas/privadas: Exercício de atividades acumuladas não autorizadas. Comprometimento da isenção e da imparcialidade exigidas no exercício de funções públicas. Inexistência de declaração de conflito de interesse ou não cessação imediata das funções em caso superveniente deste.	Obrigatoriedade de apresentação de um pedido de autorização de acumulação de funções, nos termos do artigo 20.º da Lei nº113-A/2008, de 27 de fevereiro, por exemplo a obrigatoriedade de apresentação/renovação anual (em outubro ou dezembro de cada ano) de pedido de acumulação de funções. Assim como, controlar regularmente os pedidos autorizados de acumulação de funções, no sentido de verificar a sua validade e abrangência. Existência de política de sanções em caso de violação dos normativos legais. O cumprimento do DL nº133/2013, de 3 de outubro (RUSPE) e do DL nº13/2017, de 10 de fevereiro (Estatutos dos IPO's, H, CH, EPE's).	Possível 3	Pequeno 2	Risco Moderado 6	Revi-se anualmente, caso existam a acumulação de funções público-privadas. Em 2019 existiram acumulação de funções legalmente autorizadas, conforme Resolução do Conselho de Ministros n.º 123/2018, de 27 de setembro.
2. Conflito de interesses: Tratamento privilegiado de pessoa ou pessoas; Favorecimento de concorrente a procedimento, no qual o dirigente, chefe ou trabalhador, seu familiar ou amigo tenha algum interesse na adjudicação, execução do contrato, na tramitação do processo ou na tomada da decisão. Prejuízo de uma pessoa na tramitação de processos, na tomada de decisão ou na execução do contrato.	Existir uma política de sanções, em caso de violação dos normativos legais, assim como existir uma estrutura hierarquizada com nível de decisão. Anualmente, serem assinadas as Declarações de Independência, de acordo com o artigo 51.º do DL nº 133/2013, de 3 de outubro (RUSPE), assim como as declarações referentes à não detenção de participações e interesses patrimoniais, direta e indiretamente, na empresa/entidade, em que o CA exerce funções (de acordo, com o artigo 52.º do DL nº 133/2013, de 3 de outubro - RUSPE) e estas enviadas para a DGTf.	Baixa 2	Pequeno 2	Risco Moderado 4	Os Gestores Públicos solicitaram ao IGF, senhas de acesso para preenchimento integral do formulário sobre deveres de comunicação e informação por parte destes, de modo a existir uma Declaração que evidencie ou não qualquer participação patrimonial que detenham na entidade, assim como quaisquer relações que mantenham com os seus fornecedores, clientes, instituições financeiras ou quaisquer parceiros de negócio, suscetíveis de gerar conflitos de interesse (artigo 52.º do RUSPE).
3. Ofertas: Influência junto do órgão máximo, da chefia ou de funcionários da instituição para concessão de tratamento de favor ou ignorar disposições regulamentares. Suspeitas de decisões serem tomadas de forma parcial, influenciadas pelo recebimento de ofertas, contrapartidas ou favores.	Existência de mecanismos legais para prevenção e repressão em caso de incumprimento. Existir uma política de sanções, em caso de violação dos normativos legais. Definir procedimentos a serem observados no caso de recebimento de ofertas de valor simbólico e/ou sentimental e de custo muito reduzido.	Muito Baixa 1	Insignificante 1	Risco Pequeno 1	Os procedimentos encontram-se previstos no Código de Conduta Ética do HDFF, E.P.E. atualizado em 15/07/2019 e aprovado em Conselho de Administração, a 16/07/2019 (Ata n.º 28).
4. Dever de sigilo: Divulgação de informação interna e/ou confidencial que não deve ser tomada do conhecimento público, a ex-funcionários do HDFF, EPE ou a profissionais que a não tenham direito de acesso. Fornecimento de informação não autorizada a terceiros com o objetivo de obtenção de vantagens pessoais. Divulgação nos meios de comunicação social de informação suscetível de criar perturbação interna ou externa, colocando em causa a imagem e o bom nome do HDFF, EPE. Utilização de dados dos sistemas de informação para fins privados ou outros.	Sujeição de todos os trabalhadores e colaboradores ao dever legal de sigilo. Existir uma política de sanções, em caso de violação dos normativos legais. Acesso à informação constante das bases de dados informáticas, dependente de um processo de autenticação. Avaliar e implementar os níveis de segurança e controlo de acesso aos arquivos. Cumprir o Código de Ética do HDFF, EPE que se encontra em vigor.	Muito Baixa 1	Insignificante 1	Risco Pequeno 1	Em 2019, não existiu qualquer informação relativa ao incumprimento do dever legal de sigilo, resultado do HDFF, EPE possui um mecanismo preventivo deste dever (Código de Conduta Ética). Na nossa entidade existe uma sensibilização contínua para a necessidade de um comportamento ético e deontológico. Existente uma política geral que recai no Código do Procedimento Disciplinar. Nas várias áreas existe um nível de acesso à informação constante nas bases de dados. No HDFF existe um procedimento de autenticação. Qualquer aplicação informática requer autorização pessoal e intransmissível, ficando registado o respetivo acesso e/ou tentativa. Portanto, no HDFF, EPE, periodicamente existe um controlo de quem acede à informação arquivada.
5. Favorecimento: Violação dos princípios da igualdade e da proporcionalidade.	Criação de níveis de serviço que garantam que situações iguais devem ter tratamento igual. Existência de uma estrutura hierarquizada. Definição legal das responsabilidades de Dirigentes e Chefias. No âmbito do SIADAP, a existência de um Conselho Coordenador da Avaliação onde são validadas as avaliações, assim como a existência de uma Comissão Paritária, onde se encontram representados os vários grupos profissionais.	Muito Baixa 1	Insignificante 1	Risco Pequeno 1	Durante o ano 2019 foram cumpridos os princípios de igualdade e proporcionalidade.
6. Avaliação de desempenho: As avaliações de desempenho irregulares favorecendo ou prejudicando trabalhadores.	Existência de um Regulamento Interno de Comunicação de Irregularidades.	Baixa 2	Pequeno 2	Risco Moderado 4	Em 2019 foi efetuada avaliação por ponderação curricular, de alguns trabalhadores.
7. Assédio moral ou discriminação O assédio moral ou discriminação contra os trabalhadores, por razões pessoais, sexuais, religiosas, ideológicas ou outras.	Existência de um Regulamento Interno de Comunicação de Irregularidades.	Muito Baixa 1	Insignificante 1	Risco Pequeno 1	Em 2019 não existiu nenhuma ocorrência, no âmbito da Comunicação de Irregularidades para ser avaliada. O HDFF, EPE possui um e-mail

Membros do Conselho de Administração em funções (2019/2020)

SERVÍÇO DE AUDITORIA INTERNA (SAI)

c) Gabinete de Formação Contínua e Biblioteca

Riscos identificados no Serviço	Medidas preventivas a adotar para cada risco identificado 2019/2020	Probabilidade de Ocorrência (2019)	Impacto no Serviço e/ou HDF (2019)	Avaliação do Risco 2019	Resultados obtidos em 2019 das medidas preventivas adotadas
1. Processo de gestão da formação.	Promoção de atividade de formação, no âmbito das necessidades, que reduzam possíveis assimetrias (SCI - análise/verificação anual dos indicadores de formação (N.º de formandos/grupo profissional/Taxa de participação);	Possível 3	Pequeno 2	Risco Moderado 6	Durante o ano de 2019 efetuou-se a análise/verificação dos indicadores de formação, não se tendo verificado nenhum risco.
2. Ausência de equidade dos profissionais nas iniciativas de formação interna.	Envio de informação aos Responsáveis dos Serviços, sempre que se realiza uma formação, com a informação dos profissionais desse Serviço que já frequentaram a mesma. (SCI - rotatividade de formandos e formadores respeitando objetivos e público-alvo).	Possível 3	Pequeno 2	Risco Moderado 6	Durante o ano de 2019 efetuou-se o envio de informação aos Responsáveis de Serviços, garantindo-se assim a rotatividade de formandos respeitando os objetivos.

Dr.ª Ana Rita Pereira - Responsável

SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA (SAI)

d) Gabinete de Gestão de Sistemas de Informação

Riscos Identificados no Serviço	Medidas preventivas a adotar para cada risco identificado 2019/2020	Probabilidade de Ocorrência (2019)	Impacto no Serviço e/ou HDFF (2019)	Avaliação do Risco 2019	Resultados obtidos em 2019 das medidas preventivas adotadas
1. Sistemas de informação (software) desatualizados e/ou inoperacionais.	Assegurar a permanente atualização, gestão operacional e rentabilização dos sistemas de informação.	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	Em 2019 existiram várias atualizações no software existente no HDFF, EPE.
2. Equipamentos (hardware) desatualizados e/ou inoperacionais.	Assegurar a permanente atualização, gestão operacional e rentabilização dos sistemas de informação.	Muito Baixa 1	Moderado 3	Risco Pequeno 3	Em abril de 2019 existiu uma atualização da farm dos servidores e da storage.
3. Acesso indevido a determinada aplicação ou informação.	Reavaliação sistemática dos perfis e diminuição do número de profissionais com acesso ao universo elevado de perfis;	Alta 4	Pequeno 2	Risco Alto 8	Em 2019 iniciou-se a aglutinação de perfis, tendo sido efetuados protocolos com os RH para validação da efetiva presença de profissionais, bem como os seus contratos e respetivas funções.
4. Cedência a entidades alheias ao HDFF, EPE de dados confidenciais relevantes, relativos a doentes/utentes e colaboradores.	Redefinir e monitorizar o circuito de cedência de informação necessária ao exterior. Acompanhar as iniciativas da SPMS do controlo da partilha de informação.	Possível 3	Insignificante 1	Risco Pequeno 3	Durante o ano de 2019 manteve-se o acompanhamento.
5. Divulgação e exposição de informação clínica e/ou reservada dos doentes/utentes a entidades externas ao SNS e, interna que sejam alheias a esse circuito de informação.	Atribuição de perfis de utilização e responsabilização dos colaboradores com acesso a informação clínica; Elaboração de procedimentos com funções e responsabilidades dos profissionais do HDFF; Monitorizar o cumprimento dos princípios e normas éticas inerentes às funções.	Alta 4	Pequeno 2	Risco Alto 8	Em 2019, por necessidade operacional existiu um aumento do número de profissionais com acesso à informação clínica, dando origem à implementação de uma série de práticas que se enquadram no RGPD.
6. Desconhecimento legal e falta de sensibilidade dos profissionais do HDFF, EPE, para a postura e tratamento de informação reservada.	Formação sistemática e criativa sobre o Código Deontológico, ética e regulamentos.	Possível 3	Grande 4	Risco Alto 12	Formação sistemática e criativa sobre o Código Deontológico, ética e regulamentos.
7. Incapacidade de prevenção e resposta a incidentes.	Aumentar o quadro de Recursos Humanos do gabinete.	Possível 3	Insignificante 1	Risco Pequeno 3	Em setembro de 2019, o GCSI teve mais 1 elemento no helpdesk, para receção de pedidos de incidentes.

Eng. Francisco Leitão - Responsável

SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA (SAI)

e) Gabinete de Planeamento e Controlo de Gestão

Riscos Identificados no Serviço	Medidas preventivas a adotar para cada risco identificado 2019/2020	Probabilidade de Ocorrência (2019)	Impacto no Serviço e/ou HDFP (2019)	Avaliação do Risco 2019	Resultados obtidos em 2019 das medidas preventivas adotadas
1. Incumprimento dos deveres de informação a prestar à ACSS, DGT e à DGO.	<ul style="list-style-type: none"> Responsabilizar um colaborador pela execução das tarefas, dando-lhe conhecimento prévio das funções atribuídas e dos prazos a cumprir. Assegurar que, atempadamente, os serviços responsáveis pelos registos em que assentam os reportes procedem em conformidade. Colaborar com o Serviço de Gestão Financeira na realização das tarefas de encerramento mensal das contas, designadamente na especialização de custos e proveitos e no processo de conferência. O responsável do serviço deve-se assegurar do cumprimento da prestação da informação. Após a receção de email por incumprimento dos prazos, o responsável do serviço assegura que a informação é imediatamente reportada. 	Baixa 2	Grande 4	Risco Alto 8	<ul style="list-style-type: none"> A empresa Advancing To preenche automaticamente os dados de produção no SICA, com exceção dos dados do DPN, Hepatite C, medicamentos, rastreios do cólon e reto e produtos de apoio. O GPCG procede às validações dos dados totais carregados pela empresa e identifica possíveis, por um lado, as omissões por falta de registos, reportando de imediato esta situação ao Serviço de Gestão de Doentes, e por outro, omissões e erros no preenchimento, solicitando à Advancing To a sua correção. No ano de 2019, o HDFP, EPE cumpriu os prazos estabelecidos pela ACSS para o reporte mensal do SICA. Apesar do Serviço de Gestão Financeira ter simplificado os lançamentos de encerramento mensal de contas com a criação de ficheiros CSV, não foi possível encerrar 1 dia útil antes do prazo, para evitar o recurso a trabalho suplementar para cumprimento dos prazos de submissão do RADEF. No ano de 2019, foi dado cumprimento a todos os deveres de informação a prestar à DGT e DGO. Relativamente aos pedidos pontuais solicitados pela Tutela, o serviço zelou sempre pelo cumprimento do dever de informação, dentro dos prazos estabelecidos.
2. Não proceder atempadamente à elaboração e submissão dos documentos de prestação de contas.	<ul style="list-style-type: none"> Deverá ser promovida uma reunião envolvendo todos os serviços com responsabilidades no processo de encerramento de contas, onde deverão ser estipulados prazos para a conclusão das tarefas necessárias. Deverão ser identificados os serviços/colaboradores responsáveis pela elaboração dos documentos ou parte dos documentos de prestação de contas exigidos por lei, estando o GPCG responsável pelo envio ao Conselho de Administração para aprovação. 	Possível 3	Grande 4	Risco Alto 12	<ul style="list-style-type: none"> Considerando a mudança de referencial contabilístico para SNC-AP no exercício de 2018 e das alterações processuais que daí decorreram, o Relatório de Gestão e Contas de 2018 só foi submetido no SIRIEF para aprovação pelos membros das Finanças e da Saúde a 17/06/2019. Apesar do serviço ter promovido reuniões de preparação de fecho de contas, alertando os serviços intervenientes para o fecho dos processos o mais rapidamente possível, tem-se verificado que prazos se prorrogaram para além do que foi estabelecido nas reuniões. As prestação de contas foi enviada ao Tribunal de Contas em 17/06/2019, dentro do prazo que foi previamente e devidamente autorizado para o efeito, tendo em consideração os factos atrás expostos.
3. Não proceder à elaboração dos instrumentos previsionais de gestão, dentro dos prazos estabelecidos.	<ul style="list-style-type: none"> Solicitar antecipadamente ou logo após a receção das orientações da Tutela, a informação necessária para a elaboração dos instrumentos previsionais de gestão. Responsabilizar os serviços intervenientes pela execução atempada das tarefas que lhe estão atribuídas, enviando lembretes via email para reforçar o pedido. 	Possível 3	Grande 4	Risco Alto 12	<ul style="list-style-type: none"> O Plano e Atividades e Orçamento de 2019 foi submetido no SIRIEF a 11/01/2019, considerando que os Termos de Referência para a Contratação dos Cuidados de Saúde no SNS surgiram apenas em 27/11/2018, o ofício circular n.º 5487 da DGT, data de 21 de novembro de 2018 e que a reunião de contratualização com a ARS-Centro foi a 17/12/2018.
4. Ausência de acompanhamento permanente da contratualização interna e externa pode comprometer a execução do Contrato-Programa.	<ul style="list-style-type: none"> Automatizar alguns processos, quer no GPCG quer no SGF, de forma a libertar tempo aos colaboradores para efetuar um acompanhamento regular da atividade dos serviços; Reforçar o n.º de colaboradores do SGF para retirar funções da gestão financeira aos colaboradores do GPCG. 	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 12	<ul style="list-style-type: none"> A equipa do SGF foi reforçada com mais 1 elemento em setembro de 2019, não tendo sido possível ainda durante o ano de 2019 de libertar o GPCG de funções da área financeira. O GPCG esteve envolvido no desenvolvimento da plataforma TB e nas suas validações, para que seja garantida a disponibilidade permanente de reportes de acompanhamento da contratualização interna bem como no acompanhamento e gestão das listas de espera para cirurgia e primeira consulta, tendo sido difícil o acompanhamento regular da atividade. No entanto, foram elaborados relatórios de acompanhamento das contratualizações internas a agosto de 2019 e realizadas reuniões com as direções de serviço.
5. Incapacidade do serviço em realizar auditorias sistemáticas aos registos administrativos da produção.	<ul style="list-style-type: none"> Automatizar alguns processos, quer no GPCG quer no SGF, de forma a libertar tempo aos colaboradores para efetuar as auditorias necessárias; Solicitar aos colaboradores que procedem aos registos indevidos que procedam às correções necessárias, para evitar novas situações futuras; Reforçar o n.º de colaboradores do SGF para retribuir funções da gestão financeira aos colaboradores do GPCG. 	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	<ul style="list-style-type: none"> Apesar de terem sido automatizados alguns processos, quer no GPCG quer no SGF, e reforçada a equipa do SGF não foram realizadas as auditorias desejáveis; Foram realizadas apenas as que o GPCG considera críticas para o desempenho do HDFP, designadamente as relacionadas com os registos administrativos do Serviço de Gestão de Doentes, Gestão Financeira, Aproveitamento e Farmácia. Foi ainda realizada uma auditoria à codificação das cirurgias de ambulatório.

Dr.ª Marta Trindade - Coordenadora

SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA (SAI)

f) Gabinete Jurídico e Contencioso

Riscos identificados no Serviço	Medidas preventivas a adotar para cada risco identificado 2019/2020	Probabilidade de Ocorrência (2019)	Impacto no Serviço e/ou HDFP (2019)	Avaliação do Risco 2019	Resultados obtidos em 2019 das medidas preventivas adotadas
1. Conformidade - Incumprimento da legislação processual no âmbito dos processos em contencioso.	Mecanismos de controlo de tratamento dos processos.	Possível 2	Grande 4	Risco Alto 8	O controlo processual continua a ser executado de idêntica forma através da contabilização, duplo agendamento e gestão de agenda enquanto tarefa prioritária, bem como mediante o usual planeamento e execução organizacional.
2. Manuais de procedimentos, boas práticas e código de conduta não atualizados e/ou inexistentes.	Desenvolvimento e atualização Manuais de Procedimentos, Boas Práticas e Código de Conduta, atualizados e ajustados à realidade do Gabinete.	Baixo 1	Pequeno 2	Risco Pequeno 2	A medida justificou também a solicitação de um colaborador, atendendo a que o exercício funcional da única colaboradora afeta, não permite o desenvolvimento adequado e atempado da medida proposta.
3. Gestão de recursos - Inexistência de colaboradores.	Solicitação de novos elementos para substituição nas ausências do único elemento do serviço bem como para existência de segregação de funções.	Muito Alta 5	Catastrófico 5	Risco Crítico 25	Apenas no corrente ano foi solicitada a afetação de colaborador ao Gabinete, aguardando-se decisão do CA.

SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA (SAI)

g) Serviço de Aprovisionamento

Riscos identificados no Serviço	Medidas preventivas a adotar para cada risco identificado 2019/2020	Probabilidade de Ocorrência (2019)	Impacto no Serviço e/ou HDFF (2019)	Avaliação do Risco 2019	Resultados obtidos em 2019 das medidas preventivas adotadas
1. Abates (bem abatido continuar nos serviços, abates sem autorização do órgão competente, bens dados como consumidos e continuarem no serviço abastecedor, utilização indevida para fins privados de bens abatidos documentalmente no período até à sua eliminação física, proposta indevida de envio de bens para abate).	Existência de parecer técnico relativo à inoperacionalidade ou obsolescência do bem; Estabelecimento e divulgação de orientações quanto ao modo de se proceder ao abate de bens; Autorização pelo CA do respetivo abate; Comunicação e remoção física dos serviços utilizadores, dos equipamentos dados como inoperacionais/inutilizados que aguardam a formalização do abate e da remoção do HDFF.	Possível 3	Grande 4	Risco Alto 12	Foram ressensibilizadas as chefias para o modo de procedimento dos abates encontrando-se disponível um novo módulo na aplicação de gestão de modo a permitir a comunicação e registo permanente online. Criação de uma área própria de bens a aguardar abate físico de modo a não ser permitida a sua reutilização ou desvio externo.
2. Transferências de bens (transferências de bens sem comunicação, apropriação indevida de bens, desaparecimento de bens, desatualização das fichas dos bens, peculato, peculato de uso, abuso de poder).	Controlo de equipamentos afetos a cada centro de custo, através da responsabilização dos serviços pelos equipamentos à sua guarda; Preenchimento de documento devidamente justificado e fundamentado sobre as causas de avaria do equipamento; Promoção de ações de monitorização para averiguação e acompanhamento dos bens móveis e imóveis inventariados; Divulgação da utilização do software de suporte interno para comunicação e registo de abates ou movimentações de bens.	Alta 4	Grande 4	Risco Crítico 16	Em face da implementação do novo módulo na aplicação de gestão é possível correlacionar o pedido com o bem em concreto de modo a existir um registo permanente, encontrando-se ainda em 2019 em período de sensibilização.
3. Cedência de equipamento (cedência de equipamento por pessoa/serviço sem competência, gerando utilização indevida de bens).	Controlo de equipamentos afetos a cada centro de custo, através da responsabilização dos serviços pelos equipamentos à sua guarda; Documento eletrónico devidamente justificado e fundamentado sobre as causas de avaria do equipamento; Promoção da divulgação de procedimento interno de transferência de equipamentos entre serviços; Promoção de ações de monitorização para averiguação e acompanhamento dos bens móveis e imóveis inventariados.	Possível 3	Grande 4	Risco Alto 12	Está definido para 2020 a calendarização para se proceder à verificação <i>in loco</i> dos bens, assim como o registo conexo em suporte informático dos bens que são alvo de intervenção.
4. Acesso indevido às instalações e desvio de existências nos Serviços que possuam armazéns avançados.	Restrição de acesso físico aos armazéns avançados apenas aos utilizadores autorizados que necessitem de material para a prestação de cuidados, com registo e identificação dos mesmos. Contagens periódicas e inventário de final do ano aos armazéns avançados. Promoção de segregação de funções.	Alta 4	Grande 4	Risco Crítico 16	A restrição de acesso físico e controlado ainda não foi possível durante o ano de 2019.
5. Possibilidade de extravio dos documentos ou a sua inutilização, por ação humana ou causas naturais.	Maior implementação das ferramentas eletrónicas disponíveis.	Grande 4	Grande 4	Risco Crítico 16	Aquisição de módulo informático de modo a garantir uma política <i>paper-free</i> e maior utilização de meios digitais.
6. Renovação de contratos (ou seja, falha no sistema de alerta do termo dos contratos, provocando a sua renovação automática, sem possibilidade de avaliação da necessidade de renovação).	Elaboração e atualização de uma listagem informatizada dos contratos suscetíveis de renovação; Criação de um sistema de alerta informático; Verificação através da aplicação informática da base de dados de contratos e respetiva calendarização, para que a avaliação da mesma se processe com uma antecedência mínima prevista para denúncia.	Possível 3	Grande 4	Risco Alto 12	A listagem de contratos suscetíveis de renovação e todos os que são elaborados estão a ser disponibilizados na aplicação GHAF de modo a ser possível uma monitorização permanente.
7. Aquisição de bens e serviços por ajuste direto (incluindo aquisições diversas ao mesmo fornecedor e/ou para favorecimento de fornecedores e violação dos princípios gerais de contratação).	Recurso ao ajuste direto apenas em casos de fundamentação material ou excludente, incremento de concursos públicos em detrimento consultas prévias.	Baixa 2	Grande 4	Risco Alto 8	Além de uma maior limitação ao recurso ao ajuste direto foi aumentado o número de concursos públicos.
8. Na aquisição de bens e serviços eventuais incumprimentos dos princípios básicos da contratação pública.	Aumento de formação na área da contratação pública e segregação de funções conforme manual de procedimentos do Serviço. Auditorias internas do Serviço e <i>cross-check</i> de processos aquisitivos.	Baixa 2	Grande 4	Risco Alto 8	Foram realizadas ações de formação na área da contratação pública, no entanto é desejável o seu aumento de disseminação por todos os intervenientes no Serviço de Aprovisionamento.

Dr. Nuno Azevedo Neves - Responsável

SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA (SAI)

h) Serviço de Auditoria Interna

Riscos Identificados no Serviço	Medidas preventivas a adotar para cada risco identificado 2019/2020	Probabilidade de Ocorrência (2019)	Impacto no Serviço e/ou HDFP (2019)	Avaliação do Risco 2019	Resultados obtidos em 2019 das medidas preventivas adotadas
1. Falta de recursos humanos (só existe um elemento no Serviço de Auditoria Interna, que é Responsável e Técnico Superior) para cumprir com as funções referidas no n.º 1, 2 e 13, do artigo 19.º do Decreto-Lei n.º 18/2017 de 10/02.	Assegurar que o Plano Anual de Auditoria Interna (incluindo pelo menos 4 auditorias internas previstas por ano), o Relatório Anual de Auditoria, o Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PGRCC) e respetivos relatórios anuais, sejam cumpridos e enviados para a ACSS, IP, DGTF, IGAS e IGF.	Alta 4	Grande 4	Risco Crítico 16	Em 2019, o SAI continuou com um elemento. Do Plano Anual de Auditoria (PAA) para 2019, o Serviço só conseguiu realizar duas das cinco auditorias internas planeadas e aprovadas em CA. Cumpriu com a entrega e envio atempado do Relatório Anual de Auditoria de 2018, entregue até 15/03/2019. Elaborou o Relatório de Execução do PGRCC de 2018, bem como o PGRCC de 2019/2020.
2. Colaborar na elaboração integral do Relatório do Governo Societário que são da competência do Gabinete de Planeamento e Controlo de Gestão e do Serviço de Gestão Financeira, acumulativamente ao Plano de Auditoria Interna previsto pelo SAI e aprovado pelo CA.	Certificar que esta colaboração com o GPCG e o SGF não afete o cumprimento do Plano de Auditoria Interna aprovado todos os anos pelo Conselho de Administração e enviado para a ACSS, IP, DGTF, IGAS e IGF.	Alta 4	Grande 4	Risco Crítico 16	Em 2019, o SAI elaborou o Relatório do Governo Societário de 2018, de modo a auxiliar o Gabinete de Planeamento e Controlo de Gestão e o Serviço Financeiro.
3. Informação não atempada quando solicitada aos Serviços para cumprir com os prazos legais.	Reenvio por e-mail a relembrar da solicitação da informação necessária, conjuntamente com contacto pessoal ou telefónico para os Serviços.	Possível 3	Moderada 3	Risco Alto 9	Todos os anos existem serviços que não entregam informação atempada relativamente aos resultados que obtiveram das medidas preventivas associadas aos riscos identificados nesses serviços, que recai no âmbito do PGRCC.
4. Ao nível do Controlo Interno falta de acompanhamento periódico dos Serviços, por parte do SAI.	Atualização de procedimentos internos (e.g. procedimentos técnicos, manual de procedimentos) e sua implementação de 3 em 3 anos.	Alta 4	Grande 4	Risco Crítico 16	Em 2019, não existiu nenhuma atualização de procedimentos internos dos Serviços da qual o SAI tivesse conhecimento. Nem tão pouco, possuiu tempo para auxiliar alguns Serviços que continuam a não possuir procedimentos técnicos e/ou manuais de procedimentos, por atualizar há anos.
5. Não existência periódica de auditorias internas de seguimento (follow-ups).	Assegurar que no Plano Anual de Auditoria Interna sejam previstas auditorias de seguimento, a processos realizados em anos passados, para verificar a eficácia da implementação das medidas e/ou recomendações efetuadas pelo SAI, aos Serviços auditados.	Possível 3	Grande 4	Risco Alto 12	Em 2019 não se realizaram auditorias internas de seguimento (follow-ups). O que se realizou foi o controlo interno ao Fundo de Maneio de 2019, não tendo havido nenhuma inconformidade a salientar.

Dr.ª Ana Mafalda Costa - Responsável

Serviço de Auditoria Interna (SAI)

i) Serviço de Gestão de Doentes

Riscos identificados no Serviço	Medidas preventivas a adotar para cada risco identificado 2019/2020	Probabilidade de Ocorrência (2019)	Impacto no Serviço e/ou HDFF (2019)	Avaliação do Risco 2019	Resultados obtidos em 2019 das medidas preventivas adotadas
1. Favorecimento de doentes na ordem da UC	Manual de Procedimentos e Boas práticas (SGI - Monitorização de todos os serviços clínicos, ajustando para as desconformidades - ordem de prioridade - e ordem cronológica)	Muito Baixa 1	Pequeno 2	Risco Pequeno 3	Em 2019 cumpriram-se as regras referidas no Manual de Procedimentos e Boas Práticas.
2. Tráfego de influência/prestado que influencia a resolução oncológica de um doente face a outro.	Manual de Procedimentos e Boas práticas (SGI - Formação: procedimentos, manual de boas práticas. A influência que se exerce é sempre no sentido de proteger os doentes e a instituição de penalizações.)	Muito Baixa 1	Pequeno 2	Risco Pequeno 3	Em 2019 cumpriram-se as regras referidas no Manual de Procedimentos e Boas Práticas.
3. Informação ao doente não estar completa/esclarecedora.	Manual de Procedimentos e Boas práticas (SGI - Formação: manual de boas práticas; interação com os serviços oncológicos.)	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 6	Existe uma atualização de dados resultante da integração da informação via RNLI.
4. Exatidão de atos clínicos não registados, nomeadamente a execução do ato sem reflexo administrativo e/ou registo informático, bem como atos registados incorretamente e/ou em períodos incorretos.	Monitorização semanal dos atos não registados e/ou em períodos incorretos.	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 6	Durante o ano 2019, monitorizaram-se os atos não registados.
5. Admissão de doentes com informação incorreta (tempo e moradas).	Auditoria comparativa mensal do subgrupo de taxas moderadoras por funcionário e/ou o nº de episódios de consulta por funcionário (solicitar integração ao GDS).	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 6	Tem existido uma garantia de atualização da informação devido à integração de dados, nomeadamente pelo RNLI.
6. Recebimento de taxas moderadoras: risco de entrega de valores incorretos ao Serviço de Gestão Financeira (SGF).	As entregas das taxas moderadoras (numérico e MB) são diárias (SGI - Envelopes guardados em local fechado. Dupla conferência dos valores pelo SGF (Secretarias clínicas) e pelo SGF (Tesouraria), o qual não recebe se o valor não coincide com a folha da aplicação SONHO. Pelas medidas e procedimentos aprovados, todos os funcionários foram alertados que a diferença de valores é assumida por cada um.)	Baixa 2	Pequeno 2	Risco Moderado 4	Em 2019, as entregas de numérico e o ATM têm sido corretamente validadas, não obstante de algum requerimento de fecho do ATM.
7. Anulação indevida de recibo.	Todos os recibos anulados devem ser entregues, com registo do motivo da anulação e devem constar da listagem diária extraída da aplicação SONHO e enviada aos Serviços de Gestão Financeira (SGF), existindo de procedimento técnico em fase de aprovação.	Baixa 2	Pequeno 2	Risco Moderado 4	Durante o ano 2019, todos os recibos anulados foram entregues, não tendo havido nenhum reporte pelo SGF relativamente a anomalias com os recibos anulados.
8. Cobrança indevida de taxas moderadoras (por ex., na cobrança de taxa com emissão de 2ª via).	Conflitar e abusar a 2ª via por parte dos secretários clínicos das consultas e urgências.	Muito Baixa 1	Insignificante 1	Risco Pequeno 1	Em 2019, não foram reportadas cobranças indevidas.
9. Extravio de bens pertencentes aos utentes e à guarda do HDFF, EPE.	Elaboração de procedimentos escritos para a salvaguarda de espaço de utentes; Divulgação formal junto dos profissionais envolvidos nos procedimentos escritos existentes sobre cada tarefa.	Muito Baixa 1	Insignificante 1	Risco Pequeno 1	Em 2019, não foram reportadas extravio de bens pertencentes a utentes.
10. Inadequação do perfil técnico e comportamental ao exercício de funções.	Formação contínua; partilha de conhecimentos, experiências e informação técnica; acompanhamento personalizado pela Responsável do SGF.	Baixa 2	Pequeno 2	Risco Moderado 4	Existe uma monitorização personalizada no desempenho comportamental/funcional do serviço, por parte da Responsável.
11. Quebra do dever de sigilo e de outros deveres funcionais e valores, tais como a integridade, responsabilidade, imparcialidade e prossecução do interesse público.	Declaração, assinada pelos Assistentes Técnicos, de leitura dos Direitos e Deveres previstos na Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas (Lei n.º 75/2014, de 20 de junho) ou na Lei Geral do Trabalho (Lei n.º 7/2009, de 12 de fevereiro, com as devidas atualizações); Promoção do rigoroso cumprimento dos princípios e normas éticas inerentes às funções; Formação em serviço sobre "Direitos e Deveres dos Assistentes Técnicos."	Baixa 2	Pequeno 2	Risco Moderado 4	Em 2019, os funcionários cumpriram com os seus deveres de sigilo, bem como com outros deveres e valores funcionais.

Dr.ª Margarida Cunha - Responsável

j) Serviço de Gestão de Recursos Humanos

Riscos identificados no Serviço	Medidas preventivas a adotar para cada risco identificado 2019/2020	Probabilidade de Ocorrência (2019)	Impacto no Serviço e/ou HDFF (2019)	Avaliação do Risco 2019	Resultados obtidos em 2019 das medidas preventivas adotadas
1. Falsa informação de dados dos trabalhadores que integram o mapa de pessoal e dos trabalhadores a	* Verificação individual sistemática dos documentos comprovativos da habilitação profissional e da sua validade efetuados de forma cíclica de acordo com o grupo profissional.	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	i) Das auditorias internas efetuadas pelo próprio Serviço, não se tem verificado irregularidades - 0%. ii) A não apresentação de documentos de habilitação profissional ou fora de prazo, implica a não continuação do cadastro do novo trabalhador, podendo terminar na sua não contratação; iii) A apresentação de documentos de habilitação falsos ou duvidosos a questão será colocada à respetiva Ordem Profissional, se for o caso.
2. Não apresentação de documentos de habilitação profissional e/ou apresentação de documentos de habilitação falsos e/ou fora de prazo.	* Caso existam dúvidas solicitar a validação das Ordens Profissionais. Os RH Amostragem.				
3. Possibilidade de registo incorreto e falta de registo de informação de assiduidade (por ex. processamento de faltas como justificadas indevidamente).	Obrigatoriedade legal de registo biométrico, no Ministério da Saúde. * O processamento é efetuado com base nas ausências declaradas e nas presenças que constam de escala validada e fechada, na aplicação "Gestão de Horários". * O controlo é sempre pelos responsáveis e pelos RH quando do processamento das remunerações em que é validada a assiduidade; No fecho das escalas caso ocorra uma não conformidade o sistema alerta. * O risco declarado passa por não existir escalas de tempos de trabalho em que não pode ser controlado o tempo de trabalho/assiduidade bem como posteriores alterações necessárias.	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	Com a implementação da aplicação de assiduidade "Gestão de Horários", no Hospital, tem-se verificado um maior controlo da assiduidade, até porque a obrigatoriedade de elaboração (com horário e tempos de trabalho) da escala de serviço e respetiva publicação é um fator que a consumar-se vai abrangendo mais serviços e por sua vez mais profissionais, resultando no maior controlo da assiduidade e dos tempos de trabalho. No entanto, vários Serviços ainda não possuem escala publicada para se poder aferir a eficácia das medidas preventivas.
4. Controlo indevido do trabalho suplementar/extra e respetivos descansos semanais, trabalho em dias de descanso semanal, complementar e feriados.	* O trab. extra/suplementar é previamente autorizado pelo CA, posteriormente a verificação do nº de horas trabalhadas e o eventual gozo de folgas daí adquiridas, é conferido e validado pelos RH dentro do aplicativo de "Gestão d'horários" tendo subjacente a organização descrita no ponto anterior; Amostragem.	Muito baixa 1	Grande 4	Risco Moderado 4	i) O processamento continua a não demonstrar irregularidades - 0%; ii) Existe autorização prévia superior para todo o trabalho suplementar a realizar, à exceção do que surge pontualmente; iii) Atualmente os RH simulam previamente para a Administração, os encargos do trab. suplementar/extra para cada escala mensal da urgência. Resultado de eventuais discrepâncias verifica-se aquando do pagamento da escala.
5. Controlo inadequado das escalas (turnos).	* As escalas (turnos) e horários tem obrigatoriedade de serem publicadas mensalmente, aquando da sua elaboração. As alterações ocorridas devem aí serem registadas. * O aplicativo de "Gestão d'horários" implementado, veio reforçar esta medida com evidência da escala planeada e executada a passar por diversos níveis de validação. * A aplicação RHV (aplicação informática do MS) veio reforçar esse controlo, através da interação com o controlo do registo biométrico. * Atualmente o RHV processa e tem acesso/conhecimento da assiduidade dos trabalhadores das Unidades de Saúde.	Muito baixa 1	Grande 4	Risco Moderado 4	A aplicação de assiduidade "Gestão de Horários", nos termos do acima referido, veio reforçar o controlo do registo de assiduidade, ou seja, os tempos de trabalho devem compatibilizar com o registo biométrico praticado diariamente.
6. Faltas, férias e licenças em desconformidade legal; 6.1. Atribuição de dias de férias em número superior ao que o trabalhador tem direito, aquando da elaboração do Mapa de férias.	* Todas as informações sobre faltas, férias e licenças são tratadas no âmbito da sua fundamentação legal. * Os RH aquando da elaboração do Mapa de Férias, por reporte do RHV efetuam um 1.º controlo, posteriormente são distribuídos aos Serviços para marcação das férias. * Na sua receção para envio ao CA é efetuado um novo controlo antes da aprovação, e por último, aquando do fecho dos horários mensalmente pelos RH.	Baixa 2	Pequeno 2	Risco Moderado 4	Mais uma vez o aplicativo "Gestão d'horários" veio tornar mais eficaz o controlo direto das férias atribuídas, gozadas e a gozar que constam de Plano de férias anual aprovado em Conselho, diminuindo eventuais desconformidades legais. Não tem verificado irregularidades - 0%.
7. Possibilidade de existir acumulação de funções sem autorização/conhecimento.	* Cíclicamente o Conselho de Administração dá conhecer (Circulares do CA) a obrigatoriedade de que os trabalhadores devem requer e possuir autorização/conhecimento superior, para os pedidos de acumulação de funções, que pretendem fazer, designadamente os profissionais de saúde. * Amostragem.	Alta 4	Grande 4	Risco Crítico 16	Continua a verificar-se que muitos trabalhadores procedem conforme Circular(es) do CA, outros não o fazem; No pedido de acumulação consta compromisso de honra de não prejuízo para o exercício de funções no Serviço de origem - HDFF, todavia o Conselho tem sempre a prerrogativa de não autorizar pedidos não conformes.
8. Ausência de regras gerais que determinem a rotatividade dos elementos que compõem os júris: 8.1. Ausência ou deficiente fundamentação dos atos de seleção e avaliação de pessoal; 8.2. Utilização da contratação a termo, prestações de serviços para satisfação de necessidades permanentes dos Serviços/Hospital.	* Procedimentos concursais realizados nos termos da "Manual de Procedimentos Administrativos e Contábilísticos", IRCT's e demais legislação aplicável, assentando o recrutamento na adequação dos profissionais às funções a desenvolver, assegurando os princípios da igualdade de oportunidade, da imparcialidade, da boa fé, da não discriminação e da publicidade, nos termos dos Estatutos do EPE's; * Promover a rotatividade dos elementos que compõem os júris.	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	i) Dos procedimentos concursais realizados não se tem verificado inconformidades, até porque a maioria das carreiras profissionais existentes no âmbito do setor da Saúde, encontram-se já devidamente regulamentadas por Instrumentos de Regulamentação Coletiva de Trabalho (IRCT's), nas suas diversas matérias, entre outras, como as dos procedimentos concursais; ii) Todos os grupos profissionais existentes no Hospital, possuem Bolsas de Recrutamento que é obrigatório realizar nos cumprimentos do princípio da legalidade, igualdade e de adequação dos profissionais aos postos de trabalho a preencher/prover.
9. Incumprimento das orientações emanadas do CCA: 9.1. Não controlo da adequação dos objetivos e competências contratualizados; 9.2. Registo incorreto dos pontos resultantes das avaliações de desempenho (SIADAP 3).	* Monitorização e controlo por parte de uma comissão, da aplicação do SIADAP, designadamente na elaboração dos objetivos e acompanhamento circunstanciado do cumprimento ou superação dos mesmos; * Definição prévia (ciclo avaliativo) pelo CCA de mais 60% dos objetivos e competências a utilizar pelos avaliadores e avaliados; * Controlo final do processo a realizar pelo Conselho de Administração e pelo CCA; * Em termos finais, igualmente as reclamações dos trabalhadores visados.	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	O SIADAP para as diversas carreiras no biénio 2019/2020, foi devidamente implementado, via on line, através da aplicação GeADAP.
10. Processamentos indevidos e sem fundamentação legal: - Remunerações; - Abonos, Ajudas de Custo, subsídios, etc.	* Todos os processamentos de valores devem conter e tem fundamentação legal e autorizatória dos respetivos Responsáveis e, em termos prévios e finais do Conselho de Administração; * Os descontos CGA, ADSE, SS, IRS e outros, encontram-se parametrizados centralmente pela SPMS, no âmbito da aplicação RHV, sendo fiscalizados pelos RH aquando do processamento; * Por último, acresce o controlo efetuado aquando da transferência dos ficheiros para os Serviços Financeiros para pagamento final das remunerações.	Muito baixa 1	Grande 4	Risco Moderado 4	Por amostragem aleatória, em auditoria interna - 0% de taxa de erros. O processamento é efetuado e fechado a nível central pela Tutela/ACSS e SPMS. Acresce, que a preparação desse processamento realizada pelos RH, é a posterior validado pelos Serviços Financeiros do Hospital, aquando da fase de pagamento aos trabalhadores dos HDF.
11. Ausência ou deficiente fundamentação dos pareceres pedidos: 11.1. Utilização de critérios com excessiva margem de discricionariedade; 11.2. Interpretação discricionária e abusiva da legislação aplicável.	* O controlo da fundamentação, nos termos da legislação aplicável, é validada pelo Conselho de Administração com sustentação legal, boas práticas e apoio jurídico superior. * A reclamações e não concordância dos destinatários requerentes balizam as eventuais não conformidades.	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	O HDFF continua a apresentar alguma % de reclamações, no âmbito de pedidos de "flexibilidade de horário" - no âmbito da parentalidade. A razão prende-se designadamente, pela maior necessidade de recursos humanos nos Serviços que laboram 24 sobre 24 horas, considerando o nº elevado de profissionais de saúde que se encontram com este tipo de horário que deverá ser "fixo de 2ª a 6ª feira. Dificuldade de compatibilizar os direitos, de proteção à família.

Dr.ª Olinda Rocha - Coordenadora

SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA (SAI)

k) Serviço de Gestão Financeira

Riscos identificados no Serviço	Medidas preventivas a adotar para cada risco identificado 2019/2020	Probabilidade de Ocorrência (2019)	Impacto no Serviço e/ou HDFF (2019)	Avaliação do Risco 2019	Resultados obtidos em 2019 das medidas preventivas adotadas
1. Prescrição da faturação, p.ex: com as companhias de seguros, a cobrança prescreve ao fim de 3 anos.	Verificação dos episódios que prescrevam no prazo de 6 meses e insistir novamente na cobrança.	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	Em 2019 continuou-se a verificar episódios que prescreveram no prazo de 6 meses.
2. Emissão de faturação fora do prazo (há mais de 365 dias).	Análise periódica dos episódios por faturar e o tratamento/correção, atempadamente, da informação registada na aplicação SONHO.	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	Durante 2019 realizaram-se as análises periódicas aos episódios por faturar, tendo sido efetuados os tratamentos e correções atempadamente.
3. Desvio de fundos podendo assumir duas formas: a) o NIB não corresponder à instituição/empresa correta; b) transferência/pagamento do valor diferente do autorizado.	Minimizar valor das disponibilidades em caixa; Controlo periódico do caixa; Utilização de "senhas" para acesso aos sistemas informáticos, incluindo homebanking.	Baixa 2	Pequeno 2	Risco Moderado 4	Neste ano continua a existir um controlo periódico do valor das disponibilidades.
4. Apropriação indevida de valores em numerário.	Segregação de funções; reconciliação bancária; cruzamento da informação entre quem recebe e quem emite a guia de receita; o caixa é conferido diariamente.	Muito Baixa 1	Insignificante 1	Risco Pequeno 1	Em 2019 a segregação de funções permanece, o caixa é conferido diariamente e continua a existir um cruzamento da informação entre quem recebe e quem emite guia de receita.
5. Faturas por cobrar há muito tempo fora do SNS.	Entregar as faturas por cobrar ao Gabinete Jurídico, de modo a atuar judicialmente antes da sua prescrição e provisionar quaisquer valores incobráveis.	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	No ano de 2019 continuaram a existir faturas por cobrar, que o SGF remeteram ao Gabinete Jurídico.
6. Faturas (de fornecedores) que se encontrem pendentes de validação noutros serviços.	Atempadamente deverá ser efetuada a validação das faturas pelos serviços responsáveis. Caso não seja possível a validação atempada deverá ser enviada aos SGF o valor das mesmas, para que seja efetuada a estimativa, dentro do mês a que se refere.	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	Em 2019, atempadamente foi efetuada a validação das faturas pelos serviços responsáveis. As faturas que não foram possíveis de serem validadas atempada foi enviada uma cópia do valor das mesmas, ao Serv. Aprovisionamento, para solicitar ao fornecedor uma nota de crédito.
7. Incumprimento da Lei dos Compromissos e Pagamento em Atraso.	Garantir que toda a despesa tenha compromisso associado; Garantir a existência de Fundos Disponíveis para os compromissos assumidos.	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	Somente o mês de dezembro de 2019 não foi possível submeter os fundos disponíveis, por estes conterem saldo negativo.

Dr.ª Eduarda Rola - Responsável

SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA (SAI)

I) Serviço de Higiene e Segurança no Trabalho

Riscos identificados no Serviço	Medidas preventivas a adotar para cada risco identificado 2019/2020	Probabilidade de Ocorrência (2019)	Impacto no Serviço e/ou HDFF (2019)	Avaliação do Risco 2019	Resultados obtidos em 2019 das medidas preventivas adotadas
1. Recursos Humanos.	Disponibilidade dos recursos humanos do grupo para cumprimento efetivo dos objetivos do Serviço. Criação de mecanismos de diferenciação e motivação de profissionais.	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	Mantém-se o risco. O HDFF,EPE. não adotou as medidas preventivas propostas.
2. Organização Interna.	Criação de mecanismos que promovam o respeito pela hierarquia, competências e responsabilidades e capacitação dos gestores para a tomada de decisão.	Alta 4	Grande 4	Risco Crítico 16	Mantém-se o risco. O HDFF,EPE. não adotou as medidas preventivas propostas.

Dr.ª Célia Morais - Responsável

SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA (SAI)

m) Serviço de Instalações e Equipamentos

Riscos identificados no Serviço	Medidas preventivas a adotar para cada risco identificado 2019/2020	Probabilidade de Ocorrência (2019)	Impacto no Serviço e/ou HDFF (2019)	Avaliação do Risco 2019	Resultados obtidos em 2019 das medidas preventivas adotadas
1. Avaliação de projetos técnicos elaborados por especialistas externos.	Assegurar que os concorrentes não tenham qualquer tipo de envolvimento, direto ou indireto, na elaboração das peças de um procedimento de uma empreitada de obra pública; Assegurar a transparência das cláusulas técnicas do caderno de encargos de uma empreitada de obra pública.	Alta 4	Grande 4	Risco Crítico 16	Em 2019, o HDFF foi prejudicado na sua estrutura física devido à tempestade Leslie, tendo sido urgente e imperativo e correr a obras na entidade, para retomar a sua atividade assistencial.
2. Dificuldades no acompanhamento dos prazos de garantias das empreitadas e equipamentos, assim como na execução de penalidades nos contratos de prestação de serviços e empreitadas.	Definição de funções específicas em termos de acompanhamento e avaliação de equipamento; Validação pelos Serviços Jurídicos da adequação de uma minuta pré-definida ao procedimento em questão; Assegurar a correta fundamentação de trabalhos de natureza imprevista, "trabalhos a mais", caso existam, justificando que estes não podem ser tecnicamente separáveis do objeto do contrato sem inconvenientes graves para o dono de obra, ou embora separáveis, sejam estritamente necessários à conclusão da obra; Realizar vistoria para efeitos de receção provisória e definitiva em consonância com os pressupostos definidos na legislação atual e em vigor.	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	Em 2019, com as obras realizadas devido à tempestade Leslie, conseguiu-se acompanhar os prazos definidos para as empreitadas e para a entrega de equipamentos.
3. Acompanhamento e monitorização de prestação de serviços.	Assegurar a qualidade e quantidade dos serviços prestados. (SCI - Verificação e avaliação mensal das diversas prestações de serviços.)	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	Em 2019 existiu uma verificação e avaliação mensal.
4. Adequação dos materiais e equipamentos a adquirir.	Rubrica do coordenador em todos os pedidos do SIE; Na escolha dos equipamentos estará sempre envolvido os SIE.	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	Continua a existir aquisição de equipamentos, da qual não há opinião e nem validação por parte do Coordenador do SIE.
5. Contribuir para que o equipamento existente coincida com o equipamento registado no Imobilizado (Ativos fixos).	Verificação se na aplicação informática (GHAF), o equipamento existente no HDFF tem nº de Imobilizado; Sempre que um equipamento vai para reparar, verificar o nº de imobilizado; Verificar se o serviço que solicita uma reparação é o detentor do equipamento; Avisar o património de todas as discrepâncias encontradas para regularização.	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	Durante o ano 2019 foi monitorizado o cruzamento da informação que contém o Imobilizado.
6. Não atualização dos cadastros dos equipamentos.	Periódicamente analisar e atualizar o cadastro dos equipamentos.	Baixa 2	Pequeno 2	Risco Moderado 4	A entrada de novos equipamentos foi registada.

Eng. Vítor Ribeiro - Responsável

SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA (SAI)

n) Serviço Social

Riscos identificados no Serviço	Medidas preventivas a adotar para cada risco identificado 2019/2020	Probabilidade de Ocorrência (2019)	Impacto no Serviço e/ou HDFF (2019)	Avaliação do Risco 2019	Resultados obtidos em 2019 das medidas preventivas adotadas
1. Possibilidade de um elemento do Serviço Social ser vítima de violência física, psicológica/emocional por parte de um utente e/ou familiar deste, consequência da insatisfação com os resultados e/ou negação de alguma situação económico-social.	Quando existir algum utente ou familiar que seja mais conflituoso, solicitar a presença de outro elemento do Serviço Social para estar presente nas reuniões.	Possível 3	Baixa 2	Risco Moderado 6	Solicitou-se a presença de um dos Segurança do HDFF, EPE nas consultas resultantes das decisões judiciais.
2. Informação do utente necessária para elaboração de diagnóstico/relatório social, não ser entregue ou enviado atempadamente pelo profissional de saúde.	Alertar com alguma antecedência para a importância da informação por parte do profissional de saúde.	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	Os profissionais de saúde estiveram mais sensibilizados para entregar atempadamente a informação do utente.
3. Incumprimento de prazos legais relativos a não possuir relatórios sociais completos e finalizado.	Alertas com o terminus dos prazos a cumprir.	Muito Baixa 1	Insignificante 1	Risco Pequeno 1	Os prazos foram cumpridos.
4. Incumprimento de prazos de entrega de respostas das audições internas (reclamações/exposições) dirigidas aos profissionais do HDFF, EPE e outras entidades.	A entrega em mão da audição interna a responder ao profissional do HDFF, EPE e a outras entidades e, posteriormente a insistência relativamente ao prazo de entrega da resposta.	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	Existiram, ainda, algumas situações de insistência relativamente ao prazo de entrega em mão da audição interna.

Dr.ª Sandra Jasmins - Responsável

Serviço de Auditoria Interna (SAI)

o) Serviços Farmacêuticos

Riscos identificados no Serviço	Medidas preventivas a adotar para cada risco identificado 2019/2020	Probabilidade de Ocorrência (2019)	Impacto no Serviço e/ou NDFF (2019)	Avaliação do Risco 2019	Resultados obtidos em 2019 das medidas preventivas adotadas
1. Acesso indevido às instalações e desvio de produtos farmacêuticos.	1. Nos Serviços Farmacêuticos (SF) o acesso está restringido a pessoas autorizadas; 2. São feitas auditorias periódicas à quantidade de estupefacientes e psicotrópicos armazenados nos Serviços Farmacêuticos, nos Serviços de Internamento e Consultas Externas, com a colaboração existente entre Enfermeiros Chefes e uma Farmacêutica do NDFF, EPE; No inventário anual dos SF, a Auditoria Interna do hospital ou outro auditor externo assiste à contagem.	Muito Baixa 1	Pequeno 2	Risco Pequeno 2	1. O SF tem acesso restrito com o fecho das portas à chave. Apesar de ter sido solicitado um sistema digital de fácil abertura, para as 2 portas das salas de distribuição, a fim de agilizar a grande mobilidade dos colaboradores, ainda não foi possível a sua aquisição; 2. Medida cumprida. Houve colaboração das equipas de Auditoria Interna do QGGR, nas auditorias aos Serviços Clínicos; 3. O Auditor Externo João Maltez esteve presente, durante um período de tempo, nas contagens do Inventário dos SF.
2. A aplicação informática (GHAF) que suporta a contratação, as compras, o desempenho e a gestão dos fornecedores é desadequada e deficiente.	A aplicação informática (GHAF) é atualizada periodicamente de acordo com as necessidades.	Muito Baixa 1	Pequeno 2	Risco Pequeno 2	Foram feitas várias atualizações, entre as quais a dupla autorização informatizada das NE, a possibilidade de abertura de compromisso e cabimento por conta económica e concurso, entre outras de acordo com as necessidades.
3. Favorecimento de fornecedores por membros de comissões, de grupos de trabalho, de Juntas de procedimento précontratuais, avaliação, emissão de normas e orientações de caráter clínico, elaboração de formulários nas áreas do medicamento.	Assinatura de declarações de inexistência de incompatibilidades, nos termos do artigo nº 4 do decreto Lei nº 14/2014 de 22 de janeiro.	Muito Baixa 1	Pequeno 2	Risco Pequeno 2	As declarações de inexistência de incompatibilidades são publicadas anualmente no site do NDFF, EPE.
4. Desperdício de medicamentos por prazo de validade expirado, pela: a) Ineficiência na gestão operacional; b) Implementação dos sistemas de dispositivos de segurança dos medicamentos, prevista para o ano de 2019 (Regulamento Delegado (UE) 2016/161, de 2 de outubro de 2015 e Circular do Infarmed N.º 020/CD/100.20.200 Data: 28/01/2019).	4. a) Avaliação e gestão dos prazos de validade, através de listagens retiradas do GHAF, com 3 meses de antecedência.	Baixa 2	Pequeno 2	Risco Moderado 4	Foram retiradas listagens do GHAF, com 3 meses de antecedência, a fim de se conseguir uma gestão o mais eficiente possível dos prazos de validade. Atualmente nem sempre é possível a obtenção de créditos por PV terminado, como ocorria anteriormente, uma vez que os fornecedores argumentam não ser possível dada a nova legislação dos sistemas de dispositivos de segurança dos medicamentos. Esta situação repercute-se em prejuízo para as instituições.
5. Erro na introdução do lote e prazo de validade no sistema informático.	Atualização/conferência da informação aquando do inventário anual das existências em armazém e/ou sempre que detetado aquando do registo de saídas.	Muito Baixa 1	Pequeno 2	Risco Pequeno 2	Medidas cumpridas. Com a criação do armazém avançado do Hospital Dia-Quimioterapia qualquer erro na introdução do lote é detetado obrigando a correção imediata o que se traduz numa medida de segurança.
6. Desatualização do registo dos dispositivos médicos conforme a legislação em vigor (falta de CDN/NPDM).	Atualização da informação aquando da realização dos procedimentos de aquisição dos produtos.	Muito Baixa 1	Pequeno 2	Risco Pequeno 2	Os registos foram atualizados à medida da realização dos procedimentos de aquisição.

Dr.ª Teresa Pereira - Diretora Serviço

SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA (SAI)

p) Serviços Gerais

Riscos identificados no Serviço	Medidas preventivas a adotar para cada risco identificado 2019/2020	Probabilidade de Ocorrência (2019)	Impacto no Serviço e/ou HDFF (2019)	Avaliação do Risco 2019	Resultados obtidos em 2019 das medidas preventivas adotadas
1. Valores de Compromisso Ético.	Promover a definição de grupos de trabalho e formação de recursos humanos com respeito pelos princípios éticos instituídos.	Baixa 2	Pequeno 2	Risco Moderado 4	As medidas corretivas foram eficazes, não se identificaram problemas associados ao risco.
2. Instrumentos de Gestão.	Sensibilização para necessidade de contratação de fornecedores externos, não apenas com recurso ao preço.	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	Não se registaram alterações de procedimentos nem ocorrências associadas ao risco.
3. Organização Interna.	Criação de mecanismos que promovam o respeito pela hierarquia e capacite os gestores para a tomada de decisão.	Alta 4	Grande 4	Risco Crítico 16	Mantém-se a hierarquia multicéfala, o que promove a divergência na tomada de decisões comprometendo os objetivos do Serviço.
4. Recursos Humanos.	Estabilidade dos grupos profissionais para cumprimento efetivo dos objetivos do Serviço; Criação de mecanismos de diferenciação e motivação de profissionais; Estabelecer políticas de desenvolvimento profissional justo a adequado às competências.	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	O Serviço estabilizou, teve um desempenho adequado aos objetivos definidos. Esse desempenho não foi, contudo, acompanhado de mecanismos adequados de motivação e desenvolvimento profissional dos profissionais.
5. Controlo Interno.	Criação de estratégias de controlo dos compromissos de fornecedores e colaboradores. Adequação dos programas de contratualização à monitorização de e para os resultados do Serviço.	Baixa 2	Pequeno 2	Risco Moderado 4	As estratégias de controlo e validação dos compromissos evidenciaram desempenho adequado. Houve adequação também aos indicadores de contratualização que evidenciarão resultados no futuro.

Dr.ª Célia Morais - Responsável

SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA (SAI)

q) Unidade de Nutrição e Dietética

Riscos identificados no Serviço	Medidas preventivas a adotar para cada risco identificado 2019/2020	Probabilidade de Ocorrência (2019)	Impacto no Serviço e/ou HDFP (2019)	Avaliação do Risco 2019	Resultados obtidos em 2019 das medidas preventivas adotadas
1. Requisições fraudulentas de refeições e suplementos alimentares.	Realização de auditorias internas ao processo de requisição de refeições e suplementos alimentares.	Possível 3	Insignificante 1	Risco Pequeno 3	Não foram detetadas ocorrências de requisições fraudulentas nas auditorias internas efetuadas ao processo de requisição de refeições e suplementos alimentares
2. Conspiração/adulteração intencional de géneros alimentares.	Realização de análises de rastreio microbiológico de forma preventiva, com periodicidade mensal; Análise microbiológica de amostras testemunha sempre que se evidencie a necessidade.	Baixa 2	Pequeno 2	Risco Moderado 4	Foram efetuadas 25 análises de rastreio microbiológico no decurso de 2019, com frequência mensal: - 12 amostras de alimentos: resultados totalmente conformes; - 7 amostras colhidas de superfícies e utensílios: 1 resultado não conforme; - 6 amostras colhidas de manipuladores: 2 resultados não conformes.

Dr. Paulo Mendes - Responsável

CONCLUSÃO

O Relatório de Execução do ano 2019 tem como intento aferir a avaliação e os resultados obtidos das medidas a adotar do Plano de Prevenção de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas, do biénio 2019/2020, aprovado pelo Conselho de Administração a 8 de outubro de 2019.

Antes de qualquer avaliação, importa realçar que se tratou do quinto Plano de Prevenção de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas do HDFF, EPE devendo ser entendido como um instrumento de gestão novo, dinâmico e logo, sujeito a aperfeiçoamento contínuo.

O presente relatório pretende aferir o cumprimento das medidas a adotar, apresentadas no ano 2019, bem como refletir acerca do grau de eficácia e adequação na entidade hospitalar, e assim, ainda se pretende alargar e também, adequar a mais Serviços/Gabinetes pertencentes à estrutura orgânica do HDFF, EPE, nomeadamente aos Serviço Clínicos.

Independentemente do número de medidas adotadas, o Plano de Prevenção de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas do HDFF, EPE teve mérito de promover o debate e a divulgação dos princípios éticos e da boa gestão que deve presidir à gestão hospitalar, bem como alertar para o aumento da necessidade da existência de um sistema de controlo interno eficiente e eficaz em todas as atividades da entidade hospitalar.

Figueira da Foz, 2 de junho de 2020 |