

Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas



5.ª Versão - 2019/2020

Aprovado em Conselho de Administração no dia 8 outubro de 2019

Aprovado
Deliberação do Conselho de Administração

Ata N.º 38 de 2019

[Assinatura]
Prof. Doutor Manuel Teófilo Fernandes
Presidente do Conselho de Administração

[Assinatura]
Dra. Ana Riquel Santos
Vogal do Conselho de Administração

[Assinatura]
Dra. Susana Magalhães
Diretora Clínica

[Assinatura]
Enfermeiro Rui Miguel Cruz
Enfermeiro-Diretor

Índice

INTRODUÇÃO	3
PARTE I – Caracterização do Hospital Distrital da Figueira da Foz	5
1. MISSÃO DO HOSPITAL	5
2. VALORES E PRINCÍPIOS	5
3. ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO	5
4. ORGANOGRAMA	10
5. RECURSOS HUMANOS	11
6. RECURSOS FINANCEIROS	12
PARTE II – Identificação dos riscos de corrupção e infrações conexas	13
A. Conselho de Administração (CA)	17
B. Serviço de auditoria interna (SAI)	18
C. Comissão da qualidade e segurança do doente (CQSD)	19
D. Gabinete de formação contínua e biblioteca (GFCB)	20
E. Serviços farmacêuticos (SF)	21
F. Unidade de nutrição e dietética (UND)	22
G. Serviço social	23
H. Serviço de gestão de doentes (SGD)	24
I. Serviço segurança, higiene e saúde no trabalho (SSHST)	25
J. Serviço de gestão financeira (SGF)	26
K. Serviço de aprovisionamento (SA)	27
L. Serviço de gestão de recursos humanos (SGRH)	28
M. Serviços gerais (SG)	30
N. Serviço de instalações e equipamentos (SIE)	31
O. Gabinete de gestão de sistemas de informação (GGSI)	32
P. Gabinete jurídico e contencioso (GJC)	33
Q. Gabinete de planeamento e controlo de gestão (GPCG)	34
PARTE IV – Glossário	36
PARTE IV – Dez princípios éticos da administração pública	37

INTRODUÇÃO

O Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC), constituído pela Lei nº54/2008, de 4 de setembro, no âmbito das suas atribuições e competências emitiu um questionário a todas as entidades da Administração Pública, cujo objetivo foi orientar a avaliação dos riscos de corrupção nas áreas da contratação pública e da concessão de benefícios públicos.

Com base nas respostas obtidas, o CPC aprovou a Recomendação nº 1/2009 de 1 de julho, na qual requeria a todas as entidades públicas a elaboração de “Planos de Prevenção de Risco de Corrupção e Infrações Conexas”.

A referida Recomendação determina que os órgãos máximos das entidades gestoras de dinheiros, valores ou patrimónios públicos, seja qual for a sua natureza, elaborem o Plano, assim como procedam à avaliação da execução dos respetivos Planos.

Assim, o Conselho de Prevenção da Corrupção, em reunião de 1 de julho de 2015, aprovou a seguinte Recomendação:

1. *“Os Planos de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas, objeto das Recomendações nºs 1/2009, de 1 de julho, e 1/2010, de 7 de Abril, em resultados de um processo de análise reflexão interna das entidades respetivas, devem identificar de modo exaustivo os riscos de gestão, incluindo os de corrupção, bem como as correspondentes medidas preventivas;”*
2. *“Os riscos devem ser identificados relativamente às funções, acções e procedimentos realizados por todas as unidades da estrutura orgânica das entidades, incluindo os gabinetes, as funções e os cargos de direcção de topo, mesmo quando decorram de processos eletivos;”*
3. *“Os Planos devem designar responsáveis sectoriais e um responsável geral pela sua execução e monitorização, bem como pela elaboração dos correspondentes relatórios anuais, os quais poderão constituir um capítulo próprio dos relatórios de actividade das entidades a que respeitam;”*
4. *“As entidades devem realizar ações de formação, de divulgação, reflexão e esclarecimentos dos seus Planos junto dos trabalhadores e que contribuam para o seu envolvimento numa cultura de prevenção de riscos;”*
5. *“Os Planos devem ser publicados nos sítios da internet das entidades a que respeitam, excetuando as matérias e as vertentes que apresentem uma natureza reservada, de modo a consolidar a promoção de uma política de transparência na gestão pública;”*
6. *“O Conselho de Prevenção da Corrupção reitera o pedido de colaboração ao Tribunal de Contas e a todos os organismos de controlo interno do Setor Público, para que, nas suas ações, verifiquem se as entidades sob o seu controlo dispõem e aplicam de modo efetivo os*

seus Planos de Prevenção de Riscos, incluindo a verificação sobre a elaboração dos correspondentes relatórios anuais de execução.”

Na sequência desta Recomendação do Conselho de Prevenção da Corrupção, em reunião de 1 de julho de 2015, sobre “Planos de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas”, vem o Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E. apresentar a 4ª versão do seu plano para o período de 2017 e 2018.

Aquando da elaboração desta 5ª versão do Plano de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas do HDFF, EPE, foi publicado em Diário da República, os Estatutos do Hospitais, Centros Hospitalares e Institutos Portugueses de Oncologia, E.P.E. através do Decreto – Lei nº18/2017, de 10 de fevereiro, referindo na Secção III – Serviço de auditoria interna, no nº13, do artigo 19.º que *“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.”*

O Plano elaborado seguiu as indicações fornecidas por normas e processos internacionalmente aceites sobre gestão de risco, nomeadamente a Norma de Gestão de Riscos (2003) da FERMA, o COSO (2004) e a ISO 31000:2009.

Com a maior brevidade, pretende-se que a implementação e divulgação deste plano seja colocada ao dispor em todo o HDFF, E.P.E. para cumprimento da recomendação do Conselho de Prevenção da Corrupção.

Assim, a elaboração da 5ª versão do nosso Plano teve novamente, as orientações do guião apresentado pelo CPC, estando assim dividida em três partes:

- I. Atribuições da entidade, organograma e identificação dos responsáveis;
- II. Identificação dos riscos de corrupção e infrações conexas e respetivas atividades de controlo;
- III. Monitorização do Plano de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas;
- IV. Glossário;
- V. Dez princípios éticos da Administração Pública.

PARTE I – Caracterização do Hospital Distrital da Figueira da Foz

1. MISSÃO DO HOSPITAL

O Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E., mais adiante designado HDFE, E.P.E. tem por missão “a prestação de cuidados de saúde diferenciados, de qualidade, em articulação com os cuidados de saúde primários e demais hospitais integrados na rede do Serviço Nacional de Saúde, utilizando adequadamente os seus recursos humanos e materiais de acordo com os princípios de eficácia e eficiência, procurando a melhoria contínua dos cuidados tendo em conta as necessidades e as expectativas dos utentes”, de acordo com o artigo 2.º do Regulamento Interno (RI), aprovado a 19 de fevereiro de 2013, atualmente em processo de revisão.

2. VALORES E PRINCÍPIOS

“No cumprimento da sua missão”, quer o HDFE, EPE quer os seus profissionais adotam “os seguintes valores e princípios:

- Respeito pela dignidade humana, diversidade cultural e pelos direitos dos utentes;
- Universalidade no acesso a cuidados de saúde e equidade no tratamento;
- Primazia à pessoa do utente;
- Honestidade, sinceridade e franqueza no relacionamento com os utentes, seus familiares e entre profissionais;
- Elevados padrões de humanização, qualidade e competência técnica e científica dos serviços prestados;
- Espírito de equipa, integridade, confidencialidade, privacidade e cordialidade;
- A mudança como motor do desenvolvimento, focada nos seus profissionais;
- Eficácia e eficiência na utilização de todos os recursos ao seu dispor;
- Respeito pela tradição histórica e cultural do HDFE, EPE assumindo cada profissional o dever de contribuir positivamente para o seu engrandecimento;
- Responsabilidade social;
- Respeito pelo ambiente”, de acordo com o artigo 2.º do Regulamento Interno (RI), aprovado a 19 de fevereiro de 2013, atualmente em processo de revisão.

3. ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO

A estrutura orgânica do HDFE, EPE assenta nas disposições constantes no Decreto-Lei nº 18/2017, de 10 de fevereiro que aprovou os novos Estatutos das Entidades Públicas Empresariais (EPE's).

O HDFE, EPE é constituído por um Conselho de Administração, composto da seguinte maneira:

- **Presidente:** Professor Doutor Manuel Teixeira Marques Veríssimo;

- **Vogal Executivo:** Dr.^a Ana Raquel Farias Correia dos Santos Andrade;
- **Diretor Clínico:** Dr.^a Maria Susana Ferreira Magalhães;
- **Enfermeiro Diretor:** Dr. Rui Miguel Dias da Cruz.

Ainda pertencendo aos órgãos sociais do HDFE, EPE são nomeadamente:

- O **Fiscal Único:** CFA – Cravo, Fortes, Antão & Associados, S.R.O.C., Ld.^a (n.º 87) representada pelo Dr. Avelino Azevedo Antão (ROC n.º 589).
- O **Conselho Consultivo:**
 - **Presidente:** Prof. Doutor José Manuel Borges do Nascimento Costa;

De acordo, com o Regulamento Interno do HDFE, EPE ainda em vigor (atualmente encontra-se para homologação na ARSC, IP) foi determinado a organização interna do hospital, da seguinte maneira:

- **Órgãos da dependência direta do Conselho de Administração**
 - **Auditoria Interna** – Dr.^a Ana Mafalda Correia Cunha e Costa;
 - **Encarregado da Proteção de Dados** – Dr.^a Maura Liliana Ferreira Azevedo;
- **Apoio Técnico:**
 - **Comissão de ética** – Dr. Amândio José Correia Martins Couceiro; Dr. Agostinho Silva Fernandes; Dra. Ana Margarida Pinto Cunha; Dra. Maria Teresa Simões Pereira; Enf.º Manuel Costa Ferreira; Dra. Maria da Conceição Casal Toscano; Dr. Rui Araújo e Dra. Vânia Pereira;
 - **Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos** – Dr.^a Helena Maria Simões Vaz Santos; Dr.^a Célia Maria Silva Morais; Dr. Daniel Augusto Carvalho Silva Peixoto; Dr.^a Isabel Maria Nobre Brito; Dr.^a Lilian Carla Nunes Campos, Dr.^a Maria Isabel Anjos Pereira Rodrigues Mateus, Dr.^a Raquel Maria Pereira Pinto Oliveira Dias; Dr. Rui Manuel Cruz Simões, Dr. Rui Miguel Silvestre Ferreira; Dr.^a Susana Margarida Afonso Costa Carvalho, Dr.^a Vânia Sofia Sousa Pereira e Enf.^a Susana Maria Filipe Gonçalves;
 - **Comissão de farmácia e terapêutica** - Dr.^a Maria Susana Ferreira Magalhães, Dr. Fernando Ferraz e Sousa, Dr. Nuno Aurélio Azenha, Dr.^a Maria Teresa Simões Pereira, Dr.^a Maria Angelina Esteves Martins e Dr.^a Vânia Sofia Sousa Pereira;
 - **Comissão de coordenação oncológica** – ainda em constituição;

- **Gabinete de codificação e auditoria clínica** – Prof.^a Doutora Maria Amélia Fonseca Pereira;
- **Comissão de informatização clínica** – Constituído pelos seguintes elementos: Dr. Vasco José Teixeira Oliveira, Eng.^o Francisco José Tarrinha Leitão, Enf.^o Joaquim Manuel Ferreira Pedrosa, Eng.^o Mário João Domingues Antunes;
- **Direção do internato médico** – Dr.^a Maria da Conceição Jacinto Martins;
- **Comissão de qualidade e segurança do doente** – Enf.^a Anabela Martins Moreira Salgado Serra; Dr.^a Ana Mafalda Correia Cunha e Costa, Dr.^a Ana Paula de Oliveira Melo Santos, Dr.^a Helena Maria Simões Vaz Santos e Dr.^a Sandra Maria dos Santos Jasmins.

- **Outros órgãos:**
 - **Gabinete de formação contínua e biblioteca** – Dr.^a Ana Rita Figueiredo Pereira e Dr.^a Marta Catarina da Silva Trindade;
 - **Gabinete de comunicação e imagem** - Dr.^a Ana Rita Figueiredo Pereira.

- **Serviços prestadores de cuidados:**
 - **Anestesiologia** – Dr.^a Maria da Conceição Jacinto Martins;
 - **Cirurgia Geral** – Dr.^a Maria Lucília Machado da Conceição;
 - **Consultas Externas** – Dr.^a Maria Isabel Anjos Pereira Rodrigues Mateus;
 - **Especialidades Cirúrgicas** cujo Diretor de Serviço - Dr. Joaquim José Branco da Rocha e cujos **Responsáveis de Valência:**
 - **Dermatologia** – Dr.^a Rosa Cristina Correia Mascarenhas;
 - **Oftalmologia** – Dr.^a Emília Maria Rodrigues Cardoso;
 - **Otorrinolaringologia** – Dr. Rui Adérito Santos Cortesão;
 - **Urologia** - Dr.^a Lilian Carla Nunes Campos.
 - **Especialidades Médicas** cuja Diretora do Serviço - Dra. Maria da Conceição Machado Veloso Gomes Morais e cujos **Responsáveis de Valência:**
 - **Pneumologia** - Dra. Maria Manuela Lourenço Lopes;
 - **Neurologia** - Dra. Maria da Conceição Machado Veloso Gomes Morais;
 - **Cardiologia** - Dr. Luís Filipe Loureiro Santarém Semedo;
 - **Gastroenterologia** - Dr.^a Ana Gabriela Cupido Duque Silva Pena;
 - **Medicina Física e Reabilitação** – Dr. Jorge Manuel Pimentel Almeida;
 - **Medicina Interna** – Prof.^a Doutora. Maria Amélia Fonseca Pereira;

- **Ortopedia** – Dr. Carlos Alberto Marques Pereira;
- **Pediatria** – Dr. Agostinho Silva Fernandes;
- **Urgência médica – cirúrgica** – Dr.^a Raquel Maria Pereira Pinto Oliveira Dias.

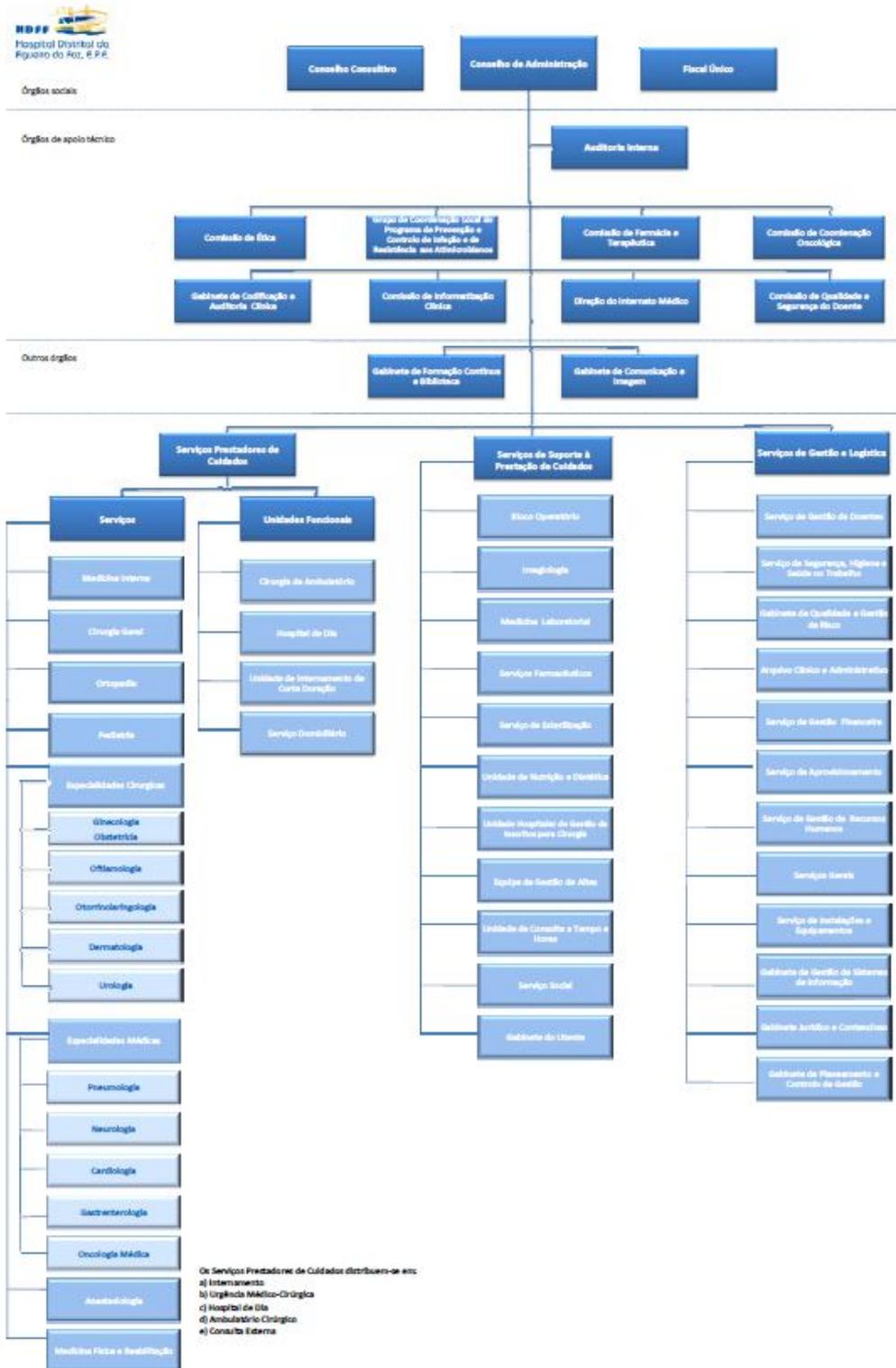
- **Unidades funcionais:**
 - **Unidade de Internamento de Curta Duração** – Prof.^a Dra. Maria Amélia Fonseca Pereira;
 - **Cirurgia de ambulatório** - Dr. Nuno Fernando Aurélio Azenha;
 - **Hospital de dia** – Dr.^a Maria de Fátima Loureiro Faria Saraiva Guedes;
 - **Serviço domiciliário** – Dr.^a Sónia Raquel Senra Campelo Monteiro Pereira.

- **Serviços de suporte à prestação de cuidados:**
 - **Bloco operatório** – Dr. Nuno Fernando Aurélio Azenha;
 - **Equipa de gestão de altas** – Dr.^a Teresa Catarina Torres Costa;
 - **Gabinete do utente** – Dr.^a Sandra Maria dos Santos Jasmins;
 - **Imagiologia** – Dr. José Miguel Bento Dias Ferreira;
 - **Medicina laboratorial** – Dr.^a Ana Paula Castanheira Silva Moutinho Vasco;
 - **Serviço de esterilização** – Enf.^o Carlos Manuel Lopes;
 - **Serviço social** – Dr.^a Sandra Maria dos Santos Jasmins;
 - **Serviços farmacêuticos** - Dr.^a Maria Teresa Simões Pereira;
 - **Unidade de consulta a tempo e horas** - Dr.^a Maria Isabel Anjos Pereira Rodrigues Mateus;
 - **Unidade de nutrição e dietética** – Dr. Paulo Jorge Domingues Mendes;
 - **Unidade hospitalar de gestão de inscritos para cirurgia** – Dr. Carlos Alberto Marques Pereira; Dra. Ana Margarida Cunha; D. Zélia Pedrosa; D. Maria de Fátima Rodrigues; D. Ana Paula Carvalho e D. Rossana Gomes.

- **Serviços de gestão e logística:**
 - **Arquivo clínico e administrativo** - Dr.^a Ana Margarida Pinto Cunha;
 - **Gabinete da qualidade e gestão de risco** – Dr.^a Ana Paula de Oliveira Melo Santos;
 - **Gabinete de gestão de sistemas de informação** – Eng.^o Francisco José Tarrinha Leitão;
 - **Gabinete de planeamento e controlo de gestão** – Dr.^a Marta Catarina da Silva Trindade.

- **Gabinete jurídico e contencioso** – Dr.^a Maura Liliana Ferreira Azevedo;
- **Serviço de aprovisionamento** – Dr. Nuno Filipe Militão Azevedo Neves;
- **Serviço de gestão de doentes** – Dr.^a Ana Margarida Pinto Cunha;
- **Serviço de gestão de recursos humanos** – Dr.^a Olinda Bela Azevedo Rocha;
- **Serviço de gestão financeira** – Dr.^a Maria Eduarda Custódia Rola;
- **Serviço de instalações e equipamentos** – Eng.^o Victor José Lapa Ribeiro;
- **Serviço de segurança, higiene e saúde no trabalho** – Dr.^a Célia Maria da Silva Morais;
- **Serviços gerais** – Dr.^a Célia Maria da Silva Morais.

4. ORGANOGRAMA



De acordo com o Regulamento Interno do HDFS, EPE aprovado em 05 de fevereiro de 2013 e deliberações do Conselho de Administração.

Ilustração 1 – Fonte: Site do HDFS

5. RECURSOS HUMANOS

Os recursos humanos afetos até 31 de dezembro de 2018 constam do seguinte quadro:

GRUPO SÓCIO PROFISSIONAL	LUGARES MAPA		Mobilidade e Externa/ Cedência Interesse Público-CTFP	NOMEAÇÃO PÚBLICA	RCTFP TERMO RESOL. INC.	CIT S/TERMO	Mobilidade Interna/ Cedência Ocasional - CIT	CIT C/TERMO	TOTAL	TRAB. INDEP.	EMPRESAS	PROTOCOLOS			
	Nº DE LUGARES	PROVIDOS													
Órgãos Sociais	4			5	a)				5						
Pessoal Dirigente	0	0							0						
Administrador Hospitalar de 2.ª classe	1	1							1						
Administrador Hospitalar de 3.ª classe	1	1				1			2						
Pessoal Médico Hospitalar	39	39			45	b)	47	2	133	9	c)	7	e)	1	g)
Pessoal Médico MGF / Out. Especialidades	1	1					1		2	33	h)				
Pessoal Téc. Superior Saúde	1	1					1		2						
Pessoal Farmacêutico	2	2	1				0		3						
Pessoal Téc. Superior Outro/ Serv. Social	3	3	1				16	1	21						
Pessoal de Informática	2	2					1		3						
Pessoal de Enfermagem	125	124	a)	1			77	4	207						
Pessoal Téc. Sup. Diag. Terapêutica	33	32		2			21	1	56	2	d)	1	f)		
Assistente Técnico	34	34		1			24	2	61						
Assistente Operacional	46	44					92	1	137						
Total:	292	284		6	5		45	281	7	5		633	44	8	1

Legenda:

- a) O Enfermeiro Diretor pertence ao mapa deste Hospital. Os órgãos Sociais incluem o **fiscal único**.
- b) Internato Médico
- c) 1 - Medicina do Trabalho; 1 - Imunohemoterapia; 3 - VMER; 1 - Anestesia; 1-Oftalmologia; 1 Gastroenterologia; 1 ORL
- d) 1 - TDT - 4h/sem. (Podologista); 1 TDT Ortótica
- e) 7 Entidades Coletivas: **Natrium** (Urologia); **Alves Guerreiro** (Radiologia de Interv.); **Sanfil** (Neurorradiologia); **Alexandrina/Stetho** (VMER); **Rui Leonardo Ldª.** (Med. Interna (SU) - 13h/sem.); **MS-MJ - Serviços Médicos, Lda.**(Radiologia)
- f) 1 TDT - ORL (Audiologia)
- g) 1 - Dermatologia (Protocolo CHUC - 8h/sem.) - Prof. Óscar Tellecheia
- h) Serviço urgência geral e especialidades - 33 Médicos em regime de prestação de serviços em nome individual (362,01/ horas/sem.)

Notas:

- Urologia:** Empresa Natrium tem 2 médicos prestadores. Contabiliza-se 2,41 ETC/96,40h;
- Radiologia de Intervenção** - 1 Médico/6h/semana;
- Neurorradiologia** - Empresa Sanfil tem 1 médico, contabiliza-se apenas 0,25ETC/10h - Trata -se de uma concessão de serviços médicos
- VMER** - Contabilizam-se 5 médicos prestadores (2 entidades coletivas e 3 individuais)
- Área de Psicologia:** Protocolo APPACDM tem 2 Técnicos Superiores - 3,5h/semana

SGRH, 10/01/2019

Ilustração 2 - Fonte: Mapa de Pessoal de dezembro de 2018, do Serviço de Gestão de Recursos Humanos

6. RECURSOS FINANCEIROS

RENDIMENTOS e GASTOS	A 31 DEZEMBRO 2018
Impostos, contribuições e taxas	951.866,51 €
Prestação de serviços e concessões	25.251.893,15 €
Transferências e Subsídios correntes obtidos	1.760.923,26 €
Custo das mercadorias vendidas e das matérias consumidas	-5.431.930,19 €
Fornecimentos e serviços externos	-4.300.879,42 €
Gastos com o pessoal	-20.072.191,50 €
Imparidade de dívidas a receber (perdas/reversões)	-198.140,00 €
Provisões (aumentos/reduções)	99.000,01 €
Outros rendimentos e ganhos	731.573,07 €
Outros gastos e perdas	-271.106,69 €
Resultado antes de depreciações e gastos de financiamento	-1.478.991,80 €
Gastos / reversões de depreciação e de amortização	-709.244,32 €
Resultado antes de depreciações e gastos de financiamento	-2.188.236,12 €
Juros e gastos similares suportados	-29.996,32 €
Resultado antes de impostos	-2.218.232,44 €
Imposto sobre o rendimento	-7.465,77 €
Resultado Líquido do Período	-2.225.698,21 €

Ilustração 3 - Fonte: Demonstração de Resultados, do Relatório e Contas 2018, adaptado pelo Serviço de Auditoria Interna

PARTE II – Identificação dos riscos de corrupção e infrações conexas

Diariamente, a entidade hospitalar está exposta a vários riscos sejam eles clínicos, não clínicos e financeiros. Neste plano serão refletidos os riscos financeiros evidenciados nas áreas/serviços, onde maior será a sua probabilidade de ocorrência.

O risco é uma medida da probabilidade e do impacto de determinada ameaça se concretizar, e uma ameaça é definida como sendo qualquer ocorrência potencialmente adversa ou evento não desejado, suscetível de colocar em causa o objetivo a atingir por parte da entidade.

Ora, as ameaças existentes numa entidade são de quatro tipos: os desastres naturais, as avarias, os erros/enganos e os crimes/fraudes. Neste âmbito, as ameaças possíveis de ocorrer são as avarias (e.g.: equipamentos), os erros/enganos (e.g.: erros humanos e administrativos) e os crimes/fraudes provocadas por pessoas de forma intencional, do qual uma entidade tem de estar prevenida para combater e diminuir esse potencial risco. Portanto, a entidade terá que ter controlos, considerados como medidas levadas a efeito para reduzir o risco de exposição a uma determinada ameaça, de forma a que a entidade atinja os seus objetivos.

De acordo com as Práticas Profissionais de Auditoria Interna da responsabilidade do IIA¹, traduzidas pelo IPAI², a “Norma 2120 (...) estabelece que a auditoria interna deverá apoiar a organização no estabelecimento de controlo efectivos, através da avaliação da sua eficiência e eficácia, visando um aperfeiçoamento contínuo: ou seja, controlo eficaz é o que se tem quando a Administração/Gestão dirige os sistemas de modo a assegurar que os objectivos e metas estabelecidos para a empresa sejam cumpridos.”

Pinheiro, J.L. cita que “a Auditoria Interna deverá avaliar adequação e eficácia dos controlos, que a empresa tem implementados, que passa por:

- Confiança e integridade da informação aos diversos níveis dos sistemas de informação;
- Eficiência e Eficácia das operações;
- Salvaguarda dos activos;
- Observância das leis e regulamentos em vigor.”

O mesmo autor, refere que “o sistema de controlo interno (SCI) envolve cinco passos essenciais:

- Dirigir;
- Autorizar;
- Fiscalizar;

¹ IIA – The Institute of Internal Auditors

² IPAI – Instituto Português de Auditoria Interna

- Comparar;
- Documentar.”

Numa entidade, como um hospital podem existir quatro tipos de controlos: controlos preventivos, controlos detetivos, controlos corretivos e controlos compensatórios. Sendo caracterizados da seguinte maneira:

- **Controlos preventivos** – destinam-se a prevenir a ocorrência de erros e/ou fraude. Trata-se de controlos *à priori*, que entrariam de imediato em funcionamento e impediriam que determinadas transações se processassem;
- **Controlos detetivos** – destinam-se a detetar erros e/ou fraude após a sua ocorrência;
- **Controlos corretivos** – estes retificam os problemas identificados;
- **Controlos compensatórios** – destinam-se a compensar eventuais fraquezas de controlo em outras áreas da entidade.

Porém, o conjunto dos controlos e a forma como estão implementados numa entidade designa-se por Sistema de controlo interno (SCI), sistema este regulamentado nos diplomas dos Estatutos dos EPE's.

O controlo interno é um processo desenvolvido pelo conselho de administração, diretores e restantes colaboradores, desenhado para permitir uma garantia razoável sobre o atingir de objetivos da entidade hospitalar. Sendo, a responsabilização da avaliação do SCI e das irregularidades existentes da entidade, do Auditor interno, como previsto no diploma legal. Assim, e de acordo, com as normas internacionais de auditoria interna, a atividade do Auditor interno deve ajudar a entidade hospitalar a identificar e a avaliar as exposições significativas ao risco e, contribuir para melhorar a gestão de risco e os sistemas de controlo.

Para avaliar os riscos identificados em cada Serviço aqui referido neste Plano, o Serviço de Auditoria Interna utiliza uma das ferramentas mais conhecidas, a Matriz de Risco. Esta ferramenta possui algumas qualidades, entre as quais o seu grande poder de comunicação visual (o sistema do tipo verde/amarelo/vermelho). A Matriz de Risco considera dois critérios:

- a **probabilidade** de acontecer e,
- o **impacto** que terá para o serviço e também entidade, no seu todo.

Ao avaliar um risco, que é considerado uma ameaça, determina-se o nível de probabilidade e o impacto que esta ameaça tem para o Serviço e por sua vez, para a entidade como um todo. No PGRCIC 2019/2020 utiliza-se uma Matriz de Risco quantitativa, como evidenciado pela figura seguinte:

MATRIZ DE RISCO

	Y						
Catastrófico	I M P A C T O	5	10	18	20	25	
Grande		4	8	12	16	20	
Moderado		3	6	9	12	15	
Pequeno		2	4	6	8	10	
Insignificante		1	2	3	4	5	
			PROBABILIDADE				
			1	2	3	4	5
			Muito baixa	Baixa	Possível	Alta	Muito alta
							X

Eixo Y - IMPACTO	Peso 5	Catastrófico	O impacto ocasiona colapso às ações de gestão e a viabilidade estratégica pode ser comprometida.
	Peso 4	Grande	O impacto compromete acentuadamente as ações de gestão, os objetivos estratégicos podem ser fortemente comprometidos.
	Peso 3	Moderado	O impacto é significativo no alcance das ações de gestão.
	Peso 2	Pequeno	O impacto é pouco relevante ao alcance das ações de gestão.
	Peso 1	Insignificante	O impacto é mínimo no alcance das ações de gestão.
Eixo X - PROBABILIDADE	Peso 5	Muito alta	O evento é esperado na maioria das circunstâncias.
	Peso 4	Alta	O evento provavelmente ocorre na maioria das circunstâncias.
	Peso 3	Possível	O evento deve ocorrer em algum momento.
	Peso 2	Baixa	O evento pode ocorrer em algum momento.
	Peso 1	Muito baixa	O evento pode ocorrer apenas em circunstâncias excecionais.

Figura 1 – Matriz de risco quantitativa, adaptado pelo Serviço de Auditoria Interna

Probabilidade/Orientações para atribuição de pesos

Este quadro demonstra as possíveis frequências observadas/esperadas e a respetivas orientações

PROBABILIDADE		
Escala	Frequência Observada/Esperada	Descritivo da Escala
5 - Muito alta	> = 90%	Evento esperado que ocorra na maioria das circunstâncias.
4 - Alta	> = 50 % < 90%	Evento provavelmente ocorra na maioria das circunstâncias.
3 - Possível	> = 30 % < 50%	Evento deve ocorrer em algum momento.
2 - Baixa	> = 10 % < 30%	Evento deve ocorrer em algum momento.
1- Muito baixa	< 10%	Evento pode ocorrer apenas em circunstâncias excecionais.

As faixas de frequência foram definidas considerando as boas práticas existentes.

Figura 2 – Descritivo da escala existente na Matriz de Risco, adaptado pelo Serviço de Auditoria Interna

Relativamente à interpretação da Matriz de Risco, cada entidade pode definir um procedimento interno com o nível de prioridade que quer dar aos riscos identificados. Existem entidades que possuem estratégias para os riscos que têm criticidade moderada, por exemplo, os que possam enquadrar-se na faixa amarela da matriz, mas isto depende muito do contexto de cada entidade, do que pode ser definido no procedimento e o que pode fazer sentido tratar ou não. Ao visualizarmos a matriz identificada na Figura 1, pode-se interpretar da seguinte maneira:

- **Verde** – se a avaliação do risco recair nesta cor, pode-se fazer a análise periódica e gerir o risco, através de procedimentos internos. No caso, de o impacto for baixo, nada há a preocupar-se, mas se o impacto for alto é melhor atuar sobre ele;
- **Amarelo** – se avaliação dos riscos incidirem nesta cor, há que dar atenção e é necessário criar uma monitorização;
- **Cor de laranja** – a avaliação do risco que possua esta cor, goza de riscos críticos, que têm que implementar medidas para colmatar os riscos identificados;
- **Vermelho** – estes riscos são extremamente críticos e deve-se, imediatamente, implementar ações. A avaliação do risco que recaia nesta cor deve planear medidas e posteriormente, ações para que se tornem oportunidades.

Vários autores consideram a Matriz de Risco como uma das várias ferramentas que lidam com o risco e esta matriz trata-se somente de um meio para chegar a um fim, que será a prevenção.

Neste contexto, a gestão empresarial do risco (*enterprise risk management*) é também um processo, realizado pela administração, diretores e demais colaboradores de uma entidade, aplicado na definição da estratégia transversal a toda a entidade empresarial, concebido para identificar eventos potenciais que possam afetar a entidade e, gerir o risco dentro da apetência para o risco da entidade, de forma a assegurar um nível de confiança razoável relativa ao cumprimento dos objetivos estabelecidos pela entidade.

Portanto, “a Gestão de riscos é considerada tão ou mais importante que tratar não conformidades, possui uma função maior no seu sistema de melhoria e tem por objetivo tornar seus processos muito melhores, no caso da Gestão de risco não estar a desempenhar esta função será melhor reavaliar o seu processo ou mesmo a ferramenta que se está a utilizar, pois algo poderá estar errado.”

Durante ao ano de 2019 foi solicitado ao Conselho de Administração e aos Responsáveis de Serviços para identificarem os possíveis riscos nas suas principais atividades, sendo de seguida evidenciados neste documento.

A. Conselho de Administração (CA)

Tendo em conta, os artigos 8.º e 9.º do Regulamento interno do HDFFF, EPE, ao CA “compete 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, as competências que lhe são reservadas no artigo 6.º do Anexo II, do Decreto-lei nº 18/2017, de 10 de fevereiro”. Logo, foram identificados os seguintes riscos:

Riscos identificados no Serviço	Probabilidade de Ocorrência	Impacto no Serviço e/ou HDFFF	Avaliação do Risco	Medidas preventivas a adotar para cada risco identificado
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.	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	Obrigatoriedade de apresentação de um pedido de autorização de acumulação de funções, nos termos do artigo 29.º da Lei nº12-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 atualidade e abrangência. Existência de política de sanções em caso de violação dos normativos legais. O cumprimento do DL nº133/2013, de 3 de outubro (RJSPE) e do DL nº18/2017, de 10 de fevereiro (Estatutos dos IPO's, H, CH, EPE's).
2. Conflito de interesses: Tratamento privilegiado de pessoa ou pessoas; Favorecimento de concorrente a procedimento, no qual o dirigente, chefia 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.	Baixa 2	Pequeno 2	Risco Moderado 4	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 (RJSPE), assim como as declarações referentes à não detenção de participações e interesses patrimoniais, direta e indiretamente, na empresa/entidade, em que o CA exerça funções (de acordo, com o artigo 52.º do DL nº 133/2013, de 3 de outubro - RJSPE) e estas enviadas para a DGTF.
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.	Baixa 2	Pequeno 2	Risco Moderado 4	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.
4. Dever de sigilo: Divulgação, de informação interna e/ou confidencial que não deve ser tomada do conhecimento público, a ex-funcionários do HDFFF, 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 HDFFF, EPE. Utilização de dados dos sistemas de informação para fins privados ou outros.	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	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 HDFFF, EPE que se encontra em vigor.
5. Favorecimento: Violação dos princípios da igualdade e da proporcionalidade.	Baixa 2	Pequeno 2	Risco Moderado 4	Criação de níveis de serviço que garantam que situações iguais devem ter tratamento igual.
6. Avaliação de desempenho: As avaliações de desempenho irregulares favorecendo ou prejudicando trabalhadores.	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	A 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.
7. Assédio moral ou discriminação O assédio moral ou discriminação contra os trabalhadores, por razões pessoais, sexuais, religiosas, ideológicas ou outras.	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	Existência de um Regulamento Interno de Comunicação de Irregularidades.

Membros do Conselho de Administração em funções (2018/2020)

Ilustração 4 – Matriz de riscos do Conselho de Administração (adaptação efetuada pelo SAI)

B. Serviço de auditoria interna (SAI)

O Serviço de auditoria interna, nos termos previstos do artigo 15.º do Regulamento Interno é “contratado pelo conselho de administração de acordo com os requisitos legalmente definidos compete proceder à avaliação dos processos de controlo interno e de gestão de risco, nos domínios contabilísticos, financeiro, operacional, informático e de recursos humanos, contribuindo para o seu aperfeiçoamento contínuo.” Atualmente as competências estão descritas no artigo 19.º e 20.º do Decreto- Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro. “A designação, mandato e competências do auditor interno constam da legislação própria.” “O serviço de auditoria interna depende, em termos orgânicos, diretamente do Presidente do Conselho de Administração.”

Riscos identificados no Serviço	Probabilidade de Ocorrência	Impacto no Serviço e/ou HDFF	Avaliação dos Riscos	Medidas preventivas a adotar para cada risco identificado
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.	Muito Alta 5	Grande 4	Risco Crítico 20	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 (PGRCIC) e respetivos relatórios anuais, sejam cumpridos e enviados para a ACSS, IP, DGTF, IGAS e IGF.
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.	Muito Alta 5	Grande 4	Risco Crítico 20	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.
3. Informação não atempada quando solicitada aos Serviços para cumprir com os prazos legais.	Possível 3	Grande 4	Risco Alto 12	Reenvio por e-mail a relembrar da solicitação da informação necessária, conjuntamente com contacto pessoal ou telefónico para os Serviços.
4. Ao nível do Controlo Interno falta de acompanhamento periódico dos Serviços, por parte do SAI.	Alta 4	Grande 4	Risco Crítico 16	Atualização de procedimentos internos (e.g. procedimentos técnicos, manual de procedimentos) e sua implementação de 3 em 3 anos.
5. Não existência periódica de auditorias internas de seguimento (<i>follow-ups</i>).	Possível 3	Grande 4	Risco Alto 12	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.

Dr.ª Ana Mafalda Costa - Coordenadora do Serviço de Auditoria Interna

Ilustração 5 - Matriz de riscos do Serviço de Auditoria Interna (adaptação efetuada pelo SAI)

C. Comissão da qualidade e segurança do doente (CQSD)

No Regulamento interno do HDFFF, EPE, esta Comissão encontra-se no artigo 25.º, à qual “cabe a promoção e o desenvolvimento da qualidade e da segurança que possa satisfazer os objetivos estratégicos do HDFFF, EPE, e lhe confira o reconhecimento de excelência, utilizando uma abordagem alicerçada no desenvolvimento de uma cultura de qualidade e segurança do doente e dos serviços.” No entanto, esta Comissão atualizou o respetivo Regulamento (REG.CQSD.2) a 2 de novembro de 2018, o qual se encontra no site do HDFFF através do link: http://www.hdfigueira.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/12/2018/12/Regulamento-REG.CQSD_.2.pdf

Riscos identificados no Serviço	Probabilidade de Ocorrência	Impacto no Serviço e/ou HDFFF	Avaliação dos Riscos	Medidas preventivas a adotar para cada risco identificado
1. Possível falência do equipamento eletrónico em uso.	Possível 3	Grande 4	Risco Alto 12	Fazer cópias de segurança dos documentos em uso nas diversas pastas com acesso (Qualidade; Acreditação; Intranet-Acreditação).
2. Problemas estruturais (contentor sem isolamento e onde chove).	Alta 4	Grande 4	Risco Crítico 16	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.
3. Problemas de efetividade por falta de recursos humanos.	Alta 4	Grande 4	Risco Crítico 16	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...).
4. Possibilidade de ataque informático.	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	Alterar periodicamente as <i>passwords</i> das aplicações; Evitar escrever as <i>passwords</i> em suporte de papel; Proteger com código de acesso os ficheiros onde tenha as <i>passwords</i> das aplicações; Correr o <i>antivirus</i> sempre que utilize uma pen ou disco externo; Escolher <i>passwords</i> fortes; Evitar aceder a sites desnecessários.

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

Ilustração 6 - Matriz de riscos da Comissão da Qualidade e Segurança do Doentes (adaptação efetuada pelo SAI)

D. Gabinete de formação contínua e biblioteca (GFCB)

O Gabinete de formação contínua e biblioteca, de acordo com o artigo 26.º do Regulamento interno “é constituído por um máximo de três elementos nomeados pelo conselho de administração, um dos quais coordenador.”

Compete a este gabinete:

- “Proceder, anualmente, ao levantamento das necessidades de formação inicial e contínua di HDFE, EPE;
- Elaborar e divulgar os planos de actividades e submete-los a aprovação superior;
- Coordenar e orientar as ações necessárias à execução dos planos e programas aprovados;
- Organizar e supervisionar as ações programadas;
- Avaliar os resultados das ações realizadas;
- Elaborar o relatório anual de actividades.”

Riscos identificados no Serviço	Probabilidade de Ocorrência	Impacto no Serviço e/ou HDFE	Avaliação do Risco	Medidas preventivas a adotar para cada risco identificado
1. Processo de gestão da formação.	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	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):
2. Ausência de equidade dos profissionais nas iniciativas de formação interna.	Possível 3	Grande 4	Risco Alto 12	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).
				Dr.ª Ana Rita Pereira - Responsável do Gabinete de Formação Contínua

Ilustração 7 - Matriz de riscos do Gabinete de Formação Contínua e Biblioteca (adaptação efetuada pelo SAI)

E. Serviços farmacêuticos (SF)

Os Serviços farmacêuticos, nos termos previstos do artigo 38.º do Regulamento Interno “têm as seguintes atribuições:

- a) Promover a utilização racional de medicamentos e outros produtos farmacêuticos através da prestação de serviços eficazes, eficientes e seguros;
- b) Desenvolver projetos e programas para a satisfação de necessidades em saúde e prevenção de doenças;
- c) Promover e colaborar no desenvolvimento de ações de ensino de investigação científica e ensaios clínicos;
- d) Promover a farmácia hospitalar como componente da equipa prestadora de cuidados de saúde.”

Riscos identificados no Serviço	Probabilidade de Ocorrência	Impacto no Serviço e/ou HDFE	Avaliação do Risco	Medidas preventivas a adotar para cada risco identificado
1. Acesso indevido às instalações e desvio de produtos farmacêuticos.	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	Nos Serviços Farmacêuticos (SF) o acesso está restringido a pessoas autorizadas; 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 HDFE, EPE; No inventário anual dos SF, a Auditora Interna do hospital ou outro auditor externo assistem à contagem.
2. A aplicação informática (GHAF) que suporta a contratação, as compras, o desempenho e a gestão dos fornecedores é desadequada e deficiente.	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	A aplicação informática (GHAF) é atualizada periodicamente de acordo com as necessidades.
3. Favorecimento de fornecedores por membros de comissões, de grupos de trabalho, de Jüris de procedimento précontratuais, avaliação, emissão de normas e orientações de caráter clínico, elaboração de formulários nas áreas do medicamento.	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	Assinatura de declarações de inexistência de incompatibilidades, nos termos do artigo nº 4 do decreto Lei nº 14/2014 de 22 de janeiro.
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).	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	4. a) Avaliação e gestão dos prazos de validade, através de listagens retiradas do GHAF, com 3 meses de antecedência.
5. Erro na introdução do lote e prazo de validade no sistema informático.	Baixa 2	Pequeno 2	Risco Moderado 4	Atualização/conferência da informação aquando do inventário anual das existências em armazém e/ou sempre que detetado aquando do registo de saídas.
6. Desatualização do registo dos dispositivos médicos conforme a legislação em vigor (falta de CDM/NPDM).	Baixa 2	Pequeno 2	Risco Moderado 4	Atualização da informação aquando da realização dos procedimentos de aquisição dos produtos.

Dr.ª Teresa Pereira - Responsável dos Serviços Farmacêuticos

Ilustração 8 - Matriz de riscos dos Serviços Farmacêuticos (adaptação efetuada pelo SAI)

F. Unidade de nutrição e dietética (UND)

Prevista no artigo 40.º do Regulamento interno do HDFE, EPE, a Unidade “é coordenada por um profissional especializado.” Sendo da competência da Unidade:

- a) Intervir no domínio da terapêutica dietética, implementar o suporte nutricional e participar na respetiva monitorização, incluindo os seus efeitos adversos;
- b) Controlar e supervisionar a qualidade e adequação nutricional e terapêutica das ementas fornecidas aos doentes, utentes e pessoal da instituição, nomeadamente a preparação, confeção e sua distribuição, através de verificações e auditorias sistemáticas;
- c) Exercer a sua atividade em articulação com os serviços hospitalares;
- d) Diagnosticar a desnutrição, identificar doentes em risco, estudar os seus desequilíbrios alimentares e participar na avaliação do respetivo estado nutricional;
- e) Participar nos programas institucionais e ações multidisciplinares desenvolvidas nas áreas de prevenção, promoção da saúde e saúde escolar, assistência, reabilitação e ensino;
- f) Participar na aquisição de serviços de alimentação.

Riscos identificados no Serviço	Probabilidade de Ocorrência	Impacto no Serviço e/ou HDFE	Avaliação dos Riscos	Medidas preventivas a adotar para cada risco identificado
1. Requisições fraudulentas de refeições e suplementos alimentares.	Possível 3	Pequeno 2	Risco Moderado 6	Realização de auditorias internas ao processo de requisição de refeições e suplementos alimentares.
2. Conspuração/adulteração intencional de géneros alimentares.	Baixa 2	Grande 4	Risco Alto 8	Realização de análises de rastreio microbiológico de forma preventiva, com periodicidade mensal; Análise microbiológica de amostras testemunha sempre que se evidencie a necessidade.

Dr. Paulo Mendes - Nutricionista

Ilustração 9 - Matriz de riscos da Unidade de Nutrição e Dietética (adaptação efetuada pelo SAI)

G. Serviço social

O Serviço social, nos termos previstos do artigo 34.º do Regulamento Interno “é coordenado por um profissional, nomeado pelo Conselho de Administração, com formação adequada, tendo em consideração o perfil e as competências técnicas exigidas.” Neste serviço “está integrado o Serviço Social”. A este compete:

- a) “Integrar as equipas de saúde;
- b) Informar e esclarecer o utente e a família sobre os seus deveres, direitos e apoios sociais;
- c) Identificar e analisar os problemas e necessidades de apoio social dos utentes e das respetivas famílias, mediante a prévia elaboração dos planos de intervenção social;
- d) Cooperar com os serviços de internamento e urgência na programação das altas hospitalares e assegurar a continuidade dos cuidados e a reintegração do utente na comunidade;
- e) Promover a articulação com o Diretor Clínico e o Enfermeiro Diretor no planeamento da sua atividade;
- f) Fomentar a humanização do HDFE, EPE;
- g) Participar nas ações de apoio domiciliário e outras iniciativas no âmbito das suas atribuições.

Riscos identificados no Serviço	Probabilidade de Ocorrência	Impacto no Serviço e/ou HDFE	Avaliação dos Riscos	Medidas preventivas a adotar para cada risco identificado
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.	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	Quando existir algum utente ou familiar que seja mais conflituoso, solicitar a presença de outro elemento do Serviço Social para estar presente nas reuniões.
2. Informação do utente necessária para elaboração de diagnóstico/relatório social, não ser entregue ou enviado atempadamente pelo profissional de saúde.	Possível 3	Grande 4	Risco Alto 12	Alertar com alguma antecedência para a importância da informação por parte do profissional de saúde.
3. Incumprimento de prazos legais relativos a não possuir relatórios sociais completos e finalizado.	Muito Baixa 1	Insignificante 1	Risco Pequeno 1	Alertas com o terminus dos prazos a cumprir.
4. Incumprimento de prazos de entrega de respostas das audições internas (reclamações/exposições) dirigidas aos profissionais do HDFE, EPE e outras entidades.	Alta 4	Grande 4	Risco Crítico 16	A entrega em mão da audição interna a responder ao profissional do HDFE, EPE e a outras entidades e, posteriormente a insistência relativamente ao prazo de entrega da resposta.

Dr.ª Sandra Jasmins - Responsável pelo Serviço Social

Ilustração 10 - Matriz de riscos do Serviço Social (adaptação efetuada pelo SAI)

H. Serviço de gestão de doentes (SGD)

Previsto no artigo 47.º do Regulamento interno do HDFFF, EPE, "ao serviço de gestão de doentes compete nomeadamente:

- Garantir a conformidade dos procedimentos administrativos de admissão e encaminhamento dos utentes, de acordo com as regras aplicáveis e em vigor no HDFFF, EPE e no Serviço Nacional de Saúde;
- Assegurar que os circuitos dos utentes estão claramente estabelecidos e respondem com segurança, flexibilidade, racionalidade de meios e iguais padrões de qualidade às diversas situações;
- Garantir que a informação recolhida e transmitida seja a necessária, de forma a garantir a operacionalidade, eficiência e eficácia de todas as fases do processo assistencial;
- Operacionalizar o registo da informação relativa à produção;
- Definir procedimentos uniformes e transversais a todos os serviços que garantam a coerência da informação;
- Monitorizar a qualidade da informação registada pelos serviços com vista à otimização da facturação."

Riscos identificados no Serviço	Probabilidade de Ocorrência	Impacto no Serviço e/ou HDFFF	Avaliação do Risco	Medidas preventivas a adotar para cada risco identificado
1. Favorecimento de doentes na ordem da LIC.	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	Manual de Procedimentos e Boas práticas. (SCI - Monitorização de todos os serviços cirúrgicos, alertando para as desconformidades - ordem de prioridade + ordem cronológica)
2. Tráfego de influência/pressão que influencia a resolução cirúrgica de um doente face a outros.	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	Manual de Procedimentos e Boas práticas. (SCI - Formação; procedimentos manuais de boas práticas. A influência que se exerce é sempre no sentido de proteger os doentes e a instituição de penalizações.)
3. Informação ao doente não estar completa/esclarecedora.	Alta 4	Moderado 3	Risco Alto 12	Manual de Procedimentos e Boas práticas. (SCI - Formação; manuais de boas práticas; interação com os serviços cirúrgicos.)
4. Existência 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.	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	Monitorização semanal dos atos não registados e/ou em períodos incorretos.
5. Admissão de doentes com informação incorreta (isenções e moradas).	Possível 3	Grande 4	Risco Alto 12	Análise comparativa mensal da cobrança de taxas moderadoras por funcionário e/ou o nº de episódios de consulta por funcionário (solicitar listagem ao GCSI).
6. Recebimento de taxas moderadoras: risco de entrega de valores incorretos ao Serviço de Gestão Financeira (SGF).	Possível 3	Pequeno 2	Risco Moderado 6	As entregas das taxas moderadoras (numerário e MB) são diárias. (SCI - Envelopes guardados em local fechado. Dupla conferência dos valores pelo SGD (Secretariado clínico) e pelo SGF (Tesouraria), o qual não recebe se o valor não coincidir com a folha da aplicação SONHO. Pelas medidas e procedimentos aprovados, todos os funcionários foram advertidos que a diferença de valores é assumida por cada um.)
7. Anulação indevida de recibo.	Possível 3	Grande 4	Risco Alto 12	Todos os recibos anulados devem ser entregues, com registo do motivo da anulação e devem constar da listagem diária extraída da aplicação SONHO enviada aos Serviços de Gestão Financeira (SGF), existência de procedimento técnico em fase de aprovação.
8. Cobrança indevida de taxas moderadoras (por ex.: há cobrança de taxa com emissão de 2ª via).	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	Limitar o acesso a 2ª. vias por parte dos secretariados clínicos das consultas e urgências.
9. Extravio de bens pertencentes aos utentes e à guarda do HDFFF, EPE.	Baixa 2	Pequeno 2	Risco Moderado 4	Elaboração de procedimentos escritos para a salvaguarda de espólio de utentes; Divulgação formal junto dos profissionais envolvidos nos procedimentos escritos existentes sobre cada tarefa.
10. Inadequação do perfil técnico e comportamental ao exercício de funções.	Alta 4	Moderado 3	Risco Alto 12	Formação contínua; partilha de conhecimentos, experiências e informação técnica; acompanhamento personalizado pela Responsável do SGD.
11. Quebra do dever de sigilo e de outros deveres funcionais e valores, tais como a integridade, responsabilidade, imparcialidade e prossecução do interesse público.	Alta 4	Moderado 3	Risco Alto 12	Declaração, assinada pelos Assistentes Técnicos, de Leitura dos Direitos e Deveres previstos na Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas (Lei nº35/2014, de 20 de junho) ou na Lei Geral do Trabalho (Lei nº7/2009, 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."

Dr.ª Margarida Cunha - Responsável pelo Serviço de Admissão de Doentes

Ilustração 11 - Matriz de riscos do Serviço Gestão de Doentes (adaptação efetuada pelo SAI)

I. Serviço segurança, higiene e saúde no trabalho (SSHST)

No artigo 48.º do Regulamento Interno, “o Serviço segurança, higiene e saúde no trabalho integra profissionais com formação adequada, um médico especialista na área da medicina no trabalho, um técnico superior de higiene e segurança no trabalho e apoio de enfermagem.” Este serviço “é uma estrutura técnica que tem por objetivo garantir o cumprimento das obrigações legais à higiene, segurança e saúde no âmbito das relações laborais.” Contudo “cumpre desenvolver (...) as seguintes atividades:

- a) Planificação e organização da prevenção de riscos profissionais;
- b) Eliminação dos fatores de risco e de acidente;
- c) Avaliação e controlo de riscos profissionais;
- d) Informação, formação, consulta e participação dos trabalhadores e seus representantes;
- e) Promoção e vigilância da saúde dos trabalhadores;
- f) Recolha e organização de elementos estatísticos e outra informação relativa às condições de segurança e saúde no trabalho.”

Riscos identificados no Serviço	Probabilidade de Ocorrência	Impacto no Serviço e/ou HDFF	Avaliação de Riscos	Medidas preventivas a adotar para cada risco identificado
1. Recursos Humanos.	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	Disponibilidade dos recursos humanos do grupo para cumprimento efetivo dos objetivos do Serviço. Criação de mecanismos de diferenciação e motivação de profissionais.
2. Organização Interna.	Alta 4	Grande 4	Risco Crítico 16	Criação de mecanismos que promovam o respeito pela hierarquia, competências e responsabilidades e capacitação dos gestores para a tomada de decisão.

Dr.ª Célia Morais - Responsável pelos Serviço de Higiene e Segurança no Trabalho

Ilustração 12 - Matriz de riscos do Serviço Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho (adaptação efetuada pelo SAI)

J. Serviço de gestão financeira (SGF)

O Serviço de gestão financeira, de acordo com o artigo 51.º do Regulamento interno tem “por função apoiar o conselho de administração na formulação da política de gestão financeira, executar os planos financeiros e de tesouraria executar os planos financeiros e de tesouraria aprovados e produzir, conjuntamente com o gabinete de planeamento e controlo de gestão, a informação de natureza orçamental, financeira e contabilística do HDFP, EPE designadamente os documentos de prestador de contas e demais informação de suporte à elaboração e controlo da execução de orçamentos globais e sectoriais.” No entanto, “compete ao SGF, o seguinte:

- Assegurar o registo contabilístico dos dados patrimoniais e de caixa, de acordo com o plano de contabilidade do ministério da saúde, até que estejam verificadas as condições para a transição para o Sistema de Normalização Contabilística, nos termos a definir pelo despacho dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde;
- Organizar e manter a tesouraria, procedendo a recebimentos e pagamentos e aplicando os saldos disponíveis, nos termos das orientações do órgão de gestão;
- Contribuir para a elaboração do orçamento e acompanhar a sua execução;
- Elaborar a informação económica e financeira para os fins internos e externos, dando cumprimento aos deveres de informação periódica, nos termos da lei;
- Manter atualizada a contabilidade analítica, no âmbito da imputação direta de custos e proveitos;
- Avaliar, através da gestão de imobilizado a inventariação, amortização e reintegração do imobilizado do HDFP, EPE e sua permanente atualização.”

Riscos identificados no Serviço	Probabilidade de Ocorrência	Impacto no Serviço e/ou HDFP	Avaliação do Risco	Medidas preventivas a adotar para cada risco identificado
1. Prescrição da faturação, p.ex: com as companhias de seguros, a cobrança prescreve ao fim de 3 anos.	Possível 3	Moderado 3	Risco Moderado 6	Verificação dos episódios que prescrevam no prazo de 6 meses e insistir novamente na cobrança.
2. Emissão de faturação fora do prazo.	Possível 3	Moderado 3	Risco Moderado 6	Análise periódica dos episódios por faturar e o tratamento/correção, atempadamente, da informação registada na aplicação SONHO.
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.	Baixa 2	Pequeno 2	Risco Moderado 4	Minimizar valor das disponibilidades em caixa; Controlo periódico do caixa; Utilização de "senhas" para acesso aos sistemas informáticos, incluindo <i>homebanking</i> .
4. Apropriação indevida de valores em numerário.	Baixa 2	Pequeno 2	Risco Moderado 4	Segregação de funções; reconciliação bancária; cruzamento da informação entre quem recebe e quem emite a guia de receita; o caixa é conferido diariamente.
5. Faturas por cobrar há muito tempo fora do SNS.	Possível 3	Moderado 3	Risco Moderado 6	Entregar as faturas por cobrar ao Gabinete Jurídico, de modo a atuar judicialmente antes da sua prescrição e provisionar quaisquer valores incobráveis.
6. Faturas (de fornecedores) que se encontrem pendentes de validação noutros serviços.	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	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 mesma, para que seja efetuada a estimativa, dentro do mês a que se refere.
7. Incumprimento da Lei dos Compromissos e Pagamento em Atraso.	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	Garantir que toda a despesa tenha compromisso associado; Garantir a existência de Fundos Disponíveis para os compromissos assumidos.

Dr.ª Eduarda Rola - Responsável do Serviço de Gestão Financeira

Ilustração 13 - Matriz de riscos do Serviço Gestão Financeira (adaptação efetuada pelo SAI)

K. Serviço de aprovisionamento (SA)

O artigo 52.º do Regulamento interno refere que ao Serviço de aprovisionamento “compete, nomeadamente:

- a) Programar as necessidades e adquirir todos os bens e serviços necessários à prossecução dos fins do HDFP, EPE;
- b) Proceder à gestão do património mobiliário e à gestão administrativa, física e económica das existências, bem como ao armazenamento, distribuição e monitorização das mesmas, de forma a garantir a segurança e a eficiência da sua utilização;
- c) Apoiar e integrar, quando necessário, as equipas de negociação do HDFP, EPE.”

Riscos identificados no Serviço	Probabilidade de Ocorrência	Impacto no Serviço e/ou HDFP	Avaliação do Risco	Medidas preventivas a adotar para cada risco identificado
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).	Alta 4	Grande 4	Risco Crítico 16	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 utilizados, dos equipamentos dados como inoperacionais/inutilizados que aguardam a formalização do abate e da remoção do HDFP.
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).	Alta 4	Grande 4	Risco Crítico 16	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 <i>software</i> de suporte interno para comunicação e registo de abates ou movimentações de bens.
3. Cedência de equipamento (cedência de equipamento por pessoa/serviço sem competência, gerando utilização indevida de bens).	Possível 3	Grande 4	Risco Alto 12	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.
4. Acesso indevido às instalações e desvio de existências nos Serviços que possuam armazéns avançados.	Possível 3	Grande 4	Risco Alto 12	Restrição de acesso físico aos armazéns avançados apenas aos utilizadores autorizados que necessitem de material para a prestação diária de cuidados, com registo e identificação dos mesmos. Contagens periódicas e inventário de final do ano aos armazéns avançados. Promoção de segregação de funções.
5. Possibilidade de extravio dos documentos ou a sua inutilização, por ação humana ou causas naturais.	Possível 3	Grande 4	Risco Alto 12	Maior implementação das ferramentas eletrónicas disponíveis.
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).	Possível 3	Grande 4	Risco Alto 12	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.
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).	Baixa 2	Grande 4	Risco Alto 8	Recurso ao ajuste direto apenas em casos de fundamentação material ou exclusividade, incrementação de concursos públicos em detrimento consultas prévias.
8. Na aquisição de bens e serviços eventuais incumprimentos dos princípios básicos da contratação pública.	Baixa 2	Grande 4	Risco Alto 8	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.

Dr. Nuno Azevedo Neves - Responsável do Serviço de Aprovisionamento

Ilustração 14 - Matriz de riscos do Serviço Aprovisionamento (adaptação efetuada pelo SAI)

L. Serviço de gestão de recursos humanos (SGRH)

O Regulamento interno do Hdff, EPE no artigo 53.º menciona, que “ao serviço de gestão de recursos humanos compete o seguinte:

- a) Analisar, interpretar e aplicar a legislação e as orientações referentes a recursos humanos;
- b) Gerir anualmente os recursos em função dos mapas de pessoal aprovados;
- c) Colaborar na elaboração do orçamento anual para recursos humanos e verificar a sua coerência com os princípios estabelecidos e apoiar a sua execução e controlo;
- d) Desenvolver os processos de recrutamento, seleção e contratação de recursos humanos;
- e) Assegurar a elaboração de documentação legal e regulamentar, como o balanço social e o relatório único;
- f) Assegurar a administração do pessoal, designadamente no que respeita à verificação da assiduidade e processamento de remunerações;
- g) Manter e aperfeiçoar o sistema de informação integrado;
- h) Gerir os sistemas de avaliação de desempenho dos trabalhadores.”

Na página seguinte, a **Ilustração 15** evidencia os riscos identificados neste Serviço, a sua avaliação e as respetivas medidas preventivas.

Riscos identificados no Serviço	Probabilidade de Ocorrência	Impacto no Serviço e/ou HDFP	Avaliação dos Riscos	Medidas preventivas a adotar para cada risco identificado
1. Falsa informação de dados dos trabalhadores que integram o mapa de pessoal e dos trabalhadores a contratar.	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	* Verificação individual sistemática dos documentos comprovativos da habilitação profissional e da sua validade efetuados de forma cíclica de acordo com o grupo profissional.
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 exemp. processamento de faltas como justificadas indevidamente).	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	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 aquando do processamento das remunerações em que é validada a assiduidade; No fecho das escalas caso ocorra uma não conformidade do 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.
4. Controlo indevido do trabalho suplementar/extra e respetivos descansos semanais, trabalho em dias de descanso semanal, complementar e feriados	Muito baixa 1	Grande 4	Risco Moderado 4	* O trab. extra/suplementar é previamente autorizado pelo CA, posteriormente a verificação do n.º 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.
5. Controlo inadequado das escalas (turnos).	Muito baixa 1	Grande 4	Risco Moderado 4	* As escalas (turnos) e horários tem obrigatoriedade de serem publicadas mensalmente, aquando da sua elaboração. As alterações ocorridas devem igualmente ser 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.
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.	Baixa 2	Pequeno 2	Risco Moderado 4	* 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.
7. Possibilidade de existir acumulação de funções sem autorização/conhecimento.	Alta 4	Grande 4	Risco Crítico 16	* Ciclicamente 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. * Amostragem.
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.	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	* Procedimentos concursais realizados nos termos do "Manual de Procedimentos Administrativos e Contabilísticos", 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 dos EPE's; * Promover a rotatividade dos elementos que compõem os júris.
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).	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	* 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.
10. Processamentos indevidos e sem fundamentação legal: - Remunerações; - Abonos, Ajudas de Custo, subsídios, etc.	Muito baixa 1	Grande 4	Risco Moderado 4	* 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.
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.	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	* 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 balizaram as eventuais não conformidades.

Dr.ª Olinda Rocha - Coordenadora do Serviço de Gestão de Recursos Humanos

Ilustração 15 - Matriz de riscos do Serviço Gestão de Recursos Humanos (adaptação efetuada pelo SAI)

M. Serviços gerais (SG)

Os Serviços gerais, de acordo com o artigo 54.º do Regulamento Interno é “dirigido por um profissional com perfil e competências adequadas. Os serviços gerais têm por função garantir o apoio no tratamento e distribuição de roupa hospitalar, na limpeza e desinfeção das instalações do Hdff, EPE de acordo com as regras e procedimentos definidos em estreita colaboração com a comissão de controlo de infeção hospitalar e do serviço de higiene, segurança e saúde no trabalho.”

Riscos identificados no Serviço	Probabilidade de Ocorrência	Impacto no Serviço e/ou Hdff	Avaliação de Riscos	Medidas preventivas a adotar para cada risco identificado
1. Valores de Compromisso Ético.	Baixa 2	Pequeno 2	Risco Moderado 4	Promover a definição de grupos de trabalho e formação de recursos humanos com respeito pelos princípios éticos instituídos.
2. Instrumentos de Gestão.	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	Sensibilização para necessidade de contratação de fornecedores externos, não apenas com recurso ao preço.
3. Organização Interna.	Alta 4	Grande 4	Risco Crítico 16	Criação de mecanismos que promovam o respeito pela hierarquia e capacite os gestores para a tomada de decisão.
4. Recursos Humanos.	Alta 4	Grande 4	Risco Crítico 16	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.
5. Controlo Interno.	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	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.

Dr.ª Célia Morais - Responsável pelos Serviços Gerais

Ilustração 16 - Matriz de riscos dos Serviços Gerais (adaptação efetuada pelo SAI)

N. Serviço de instalações e equipamentos (SIE)

De acordo com o artigo 55.º do Regulamento interno compete ao Serviço de instalações e equipamentos, nomeadamente:

- a) “Elaborar, executar e controlar os planos de manutenção aprovados;
- b) Assegurar a manutenção e fiscalização de todas as instalações, do equipamento médico, hoteleiro e administrativo e proceder à avaliação e garantia da sua segurança e funcionalidade;
- c) Assegurar a gestão da eletricidade, da água, dos fluídos e dos gases medicinais;
- d) Proceder ao planeamento, coordenação e acompanhamento das intervenções nos edifícios do HDFP, EPE;
- e) Proceder à elaboração dos cadernos de encargos e à emissão de pareceres de escolha de equipamentos e de empreitadas de obras;
- f) Ter disponível e atualizado o cadastro das instalações e equipamentos;
- g) Acompanhar a execução dos contratos de assistência e manutenção celebrados com entidades externas;
- h) Gerir a utilização dos veículos do HDFP, EPE.”

Riscos identificados no Serviço	Probabilidade de Ocorrência	Impacto no Serviço e/ou HDFP	Avaliação dos Riscos	Medidas preventivas a adotar para cada risco identificado
1. Avaliação de projetos técnicos elaborados por especialistas externos.	Possível 3	Grande 4	Risco Alto 12	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.
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.	Alta 4	Grande 4	Risco Crítico 16	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.
3. Acompanhamento e monitorização de prestação de serviços.	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	Assegurar a qualidade e quantidade dos serviços prestados. (SCI - Verificação e avaliação mensal das diversas prestações de serviços.)
4. Adequação dos materiais e equipamentos a adquirir.	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	Rubrica do coordenador em todos os pedidos do SIE; Na escolha dos equipamentos estará sempre envolvido os SIE.
5. Contribuir para que o equipamento existente coincida com o equipamento registado no Imobilizado (Ativos fixos).	Baixa 2	Pequeno 2	Risco Moderado 4	Verificação se na aplicação informática (GHAF), o equipamento existente no HDFP 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.
6. Não atualização dos cadastros dos equipamentos.	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	Periódicamente analisar e atualizar o cadastro dos equipamentos.
Eng. Vitor Ribeiro - Responsável pelo Serviço de Instalações e Equipamentos				

Ilustração 17 - Matriz de riscos do Serviço de Instalações e Equipamentos (adaptação efetuada pelo SAI)

O. Gabinete de gestão de sistemas de informação (GGSI)

Este gabinete, previsto no artigo 56.º do Regulamento interno “compete:

- Assegurar o desenvolvimento e a manutenção de um sistema de informação hospitalar, integrando os equipamentos e as infraestruturas de comunicação;
- Prestar assistência às redes informáticas e aos equipamentos instalados;
- Produzir novas aplicações informáticas e promover a sua atualização;
- Colaborar na elaboração dos cadernos de encargos e dar parecer sobre a aquisição de *hardware* e *software*;
- Propor e dinamizar ações de formação, na respetiva área, para os profissionais do HDFP, EPE;
- Auditar o fornecimento de serviços externos na sua área de competências;
- Assegurar a confidencialidade e integridade dos dados pessoais informatizados.”

Riscos identificados no Serviço	Probabilidade de Ocorrência	Impacto no Serviço e/ou HDFP	Avaliação do Risco	Medidas preventivas a adotar para cada risco identificado
1. Sistemas de informação (<i>software</i>) desatualizados e/ou inoperacionais.	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	Assegurar a permanente atualização, gestão operacional e rentabilização dos sistemas de informação.
2. Equipamentos (<i>hardware</i>) desatualizados e/ou inoperacionais.	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	Assegurar a permanente atualização, gestão operacional e rentabilização dos sistemas de informação.
3. Acesso indevido a determinada aplicação ou informação.	Alta 4	Moderado 3	Risco Alto 12	Adequar o GGSI de Recursos Humanos necessários.
4. Cedência a entidades alheias ao HDFP, EPE de dados confidenciais relevantes, relativos a doentes/utentes e colaboradores.	Alta 4	Moderado 3	Risco Alto 12	Reavaliação sistemática dos perfis e diminuição do número de profissionais com acesso ao universo elevado de perfis; Redefinir e monitorizar o circuito de cedência de informação necessária ao exterior. Acompanhar as iniciativas da SPMS do controlo da partilha de informação.
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.	Possível 3	Grande 4	Risco Alto 12	Atribuição de perfis de utilização e responsabilização dos colaboradores com acesso a informação clínica; Elaboração de procedimentos com funções e responsabilidades dos profissionais do HDFP; Monitorizar o cumprimento dos princípios e normas éticas inerentes às funções.
8. Desconhecimento legal e falta de sensibilidade dos profissionais do HDFP, EPE, para a postura e tratamento de informação reservada.	Possível 3	Grande 4	Risco Alto 12	Formação sistemática e criativa sobre o Código Deontológico, ética e regulamentos.
9. Incapacidade de prevenção e resposta a incidentes.	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	Aumentar o quadro de Recursos Humanos do gabinete.

Eng. Francisco Leitão - Responsável pelo Gabinete de Gestão de Sistemas de Informação

Ilustração 18 - Matriz de riscos do Gabinete de Gestão de Sistemas de Informação (adaptação efetuada pelo SAI)

P. Gabinete jurídico e contencioso (GJC)

O artigo 57.º do Regulamento Interno, ainda em vigor, “o gabinete jurídico e contencioso é coordenado por um profissional com formação e perfil adequados. (...) tem por função informar e preparar em termos jurídico-legais a tomada de decisões por parte do Conselho de Administração. São atribuições do gabinete jurídico e contencioso, designadamente:

- a) Emitir pareceres, elaborar informações e proceder a estudos sobre todas as questões jurídicas que lhe forem submetidas pelo Conselho de Administração;
- b) Colaborar na preparação e elaboração de projetos de circulares, protocolos, regulamentos internos, contratos ou quaisquer outros atos que lhe sejam superiormente solicitados;
- c) Apoiar a instrução e instituir processos disciplinares, inquéritos, averiguações e outros processos de que seja incumbido;
- d) Preparar os projetos de resposta nos processos em que o HDFF, EPE, seja parte bem como em outros assuntos em que tal lhe seja solicitado;
- e) Assegurar a representação do HDFF, EPE nos processos em que este seja parte, quando mandatado.

Riscos identificados no Serviço	Probabilidade de Ocorrência	Impacto no Serviço e/ou HDFF	Avaliação dos riscos	Medidas preventivas a adotar para cada risco identificado
1. Conformidade - Incumprimento da legislação processual no âmbito dos processos em contencioso.	Possível 2	Grande 4	Risco Alto 8	Mecanismos de controlo de tratamento dos processos.
2. Manuais de procedimentos, boas práticas e código de conduta não atualizados e/ou inexistentes.	Baixo 1	Pequeno 2	Risco Pequeno 2	Desenvolvimento e atualização Manuais de Procedimentos, Boas Práticas e Código de Conduta, atualizados e ajustados à realidade do Gabinete.
3. Gestão de recursos - Inexistência de colaboradores.	Muito Alta 5	Catastrófico 5	Risco Crítico 25	Solicitação de novos elementos para substituição nas ausências do único elemento do serviço bem como para existência de segregação de funções.

Dr.ª Maura Azevedo - Responsável pelo Gabinete Jurídico e Contencioso

Ilustração 19 - Matriz de riscos do Gabinete Jurídico e Contencioso (adaptação efetuada pelo SAI)

Q. Gabinete de planeamento e controlo de gestão (GPCG)

De acordo com o artigo 58.º do Regulamento Interno, o Gabinete de Planeamento e Controlo de Gestão “é coordenado por um profissional com perfil e competências adequadas (...) é uma estrutura de apoio técnico ao Conselho de Administração”. Ao gabinete “compete:

- Disponibilizar de forma permanente a atual os dados inerentes à gestão;
- Centralizar e difundir a informação necessária aos diferentes níveis de gestão;
- Construir um sistema de controlo de gestão;
- Proceder à elaboração de estudos, no âmbito da sua atividade;
- Propor a criação de centro de custo ou de resultados, definir os métodos mais adequados e proceder à gestão da estrutura dos centros de custo ou de resultados;
- Elaborar o relatório de gestão anual.”

Acrescentar, “o gabinete elabora e mantém atualizada a contabilidade analítica, bem como a informação económico-financeira para os fins internos e externos, para cumprimento dos deveres de informação periódica nos termos da lei. Contudo, também prepara todos os instrumentos de gestão previsional do HDFE, EPE, de acordo com as opções estratégicas definidas pelo Conselho de Administração.”

Riscos identificados no Serviço	Probabilidade de Ocorrência	Impacto no Serviço e/ou HDFE	Avaliação do Risco	Medidas preventivas a adotar para cada risco identificado
1. Incumprimento dos deveres de informação a prestar à ACSS, DGTF e à DGO.	Baixa 2	Grande 4	Risco Alto 8	<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.
2. Não proceder atempadamente à elaboração e submissão dos documentos de prestação de contas.	Possível 3	Grande 4	Risco Alto 12	<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.
3. Não proceder à elaboração dos instrumentos previsionais de gestão, dentro dos prazos estabelecidos.	Possível 3	Grande 4	Risco Alto 12	<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.
4. Ausência de acompanhamento permanente da contratualização interna e externa pode comprometer a execução do Contrato-Programa.	Possível 3	Grande 4	Risco Alto 12	<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.
5. Incapacidade do serviço em realizar auditorias sistematicas aos registos administrativos da produção.	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	<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 retirar funções da gestão financeira aos colaboradores do GPCG.

Dr.ª Marta Trindade - Coordenadora do Planeamento e Controlo de Gestão

Ilustração 20 - Matriz de riscos do Gabinete de Planeamento e Controlo de Gestão (adaptação efetuada pelo SAI)

PARTE III – Monitorização do Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas

A monitorização do “Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas” fará parte do Plano anual de auditoria interna elaborado pelo SAI do HDFE, EPE, de acordo com a alínea e), nº2 do artigo 19.º do Decreto – Lei nº 18/2017, de 10 de fevereiro. O Serviço de Auditoria Interna deverá dar o apoio necessário na conceção de medidas que mitiguem os riscos de corrupção.

Assim, o processo de elaboração e de monitorização desenvolver-se-á nas seguintes fases:

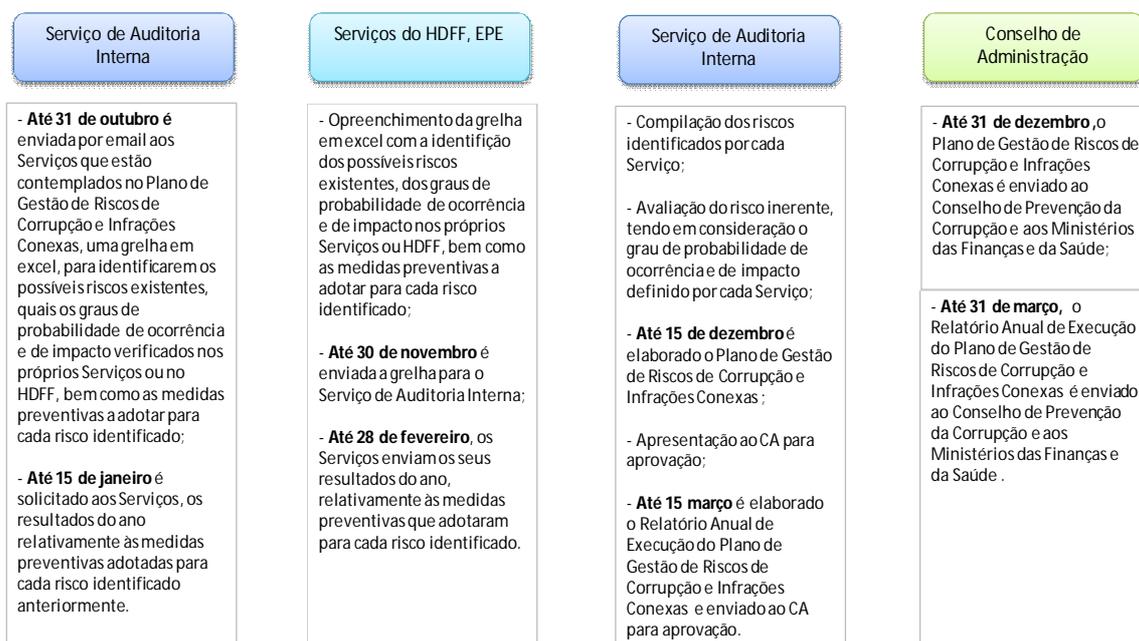


Ilustração 21 – Monitorização realizado pelo Serviço de Auditoria Interna Fonte: SAI (2019)

A revisão e atualização do Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PGRCIC) será elaborada de dois em dois anos, sendo da responsabilidade dos vários serviços do HDFE, EPE a identificação dos vários riscos, do grau de probabilidade de ocorrência, do impacto no Serviço e/ou no Hospital e as medidas de prevenção a adotar por cada um dos riscos identificados nos respetivos serviços que intervêm neste plano. Para além do processo referido, os Responsáveis dos Serviços devem informar o Conselho de Administração sempre que identifiquem os riscos de corrupção e infrações conexas.

PARTE IV – Glossário

Abuso de poder – entende-se pelo comportamento do funcionário que abuse de poderes ou viole deveres inerentes às suas funções, com intenção de obter, para si ou para terceiro, benefício ilegítimo ou causar prejuízo a outra pessoa.

Concussão - a conduta do funcionário que, no exercício das suas funções ou de poderes de facto delas decorrentes, por si ou por interposta pessoa com o seu consentimento ou ratificação, receber, para si, para o Estado ou para terceiro, mediante indução em erro ou aproveitamento de erro da vítima, vantagem patrimonial que lhe não seja devida, ou seja superior à devida, nomeadamente contribuição, taxa, emolumento, multa ou coima.

Corrupção - a vantagem indevida, ou mesmo a mera promessa desta, para a assunção de determinado comportamento, lícito ou ilícito, pela ação ou omissão de determinada prática, a qual é realizada com uma compensação, ou a promessa de uma qualquer compensação para o próprio ou para terceiro.

Infrações conexas - entendem-se outros crimes lesivos do bom funcionamento da Instituição, cuja finalidade comum será a obtenção de uma vantagem indevida, quer para si ou para terceiro, podendo configurar nomeadamente as figuras do abuso de poder, concussão, participação económica em negócio, o suborno, o tráfico de influências e o peculato. A configuração destes crimes e a sua tipificação encontram-se descritos na lei penal em vigor em Portugal.

Participação económica em negócio - pode ser definido como o comportamento do funcionário que, com intenção de obter, para si ou para terceiro, participação económica ilícita, lesar em negócio jurídico os interesses patrimoniais que, no todo ou em parte, lhe cumpre, em razão da sua função, administrar, fiscalizar, defender ou realizar.

Peculato - é a conduta do funcionário que ilegitimamente se apropriar, em proveito próprio ou de outra pessoa, de dinheiro ou qualquer coisa móvel, pública ou particular, que lhe tenha sido entregue, esteja na sua posse ou lhe seja acessível em razão das suas funções.

Suborno - O ato é praticado por quem convencer ou tentar convencer outra pessoa, através de dádiva ou promessa de vantagem patrimonial ou não patrimonial, a prestar falso depoimento ou declaração em processo judicial, ou a prestar falso testemunho, perícia, interpretação ou tradução, sem que estes venham a ser cometidos.

Tráfico de influência - o comportamento de quem, por si ou por interposta pessoa, com o seu consentimento ou ratificação, solicitar ou aceitar, para si ou para terceiro, vantagem patrimonial ou não patrimonial, ou a sua promessa, para abusar da sua influência, real ou suposta, junto de qualquer entidade pública.

PARTE IV – Dez princípios éticos da administração pública

a. Princípio do Serviço Público

Os funcionários encontram-se ao serviço exclusivo da comunidade e dos cidadãos, prevalecendo sempre o interesse público sobre os interesses particulares ou de grupo.

b. Princípio da Integridade

Os funcionários regem-se segundo critérios de honestidade pessoal e de integridade de carácter.

c. Princípio da Justiça e da Imparcialidade

Os funcionários, no exercício da sua atividade, devem tratar de forma justa e imparcial todos os cidadãos, atuando segundo rigorosos princípios de neutralidade.

d. Princípio da Igualdade

Os funcionários não podem beneficiar ou prejudicar qualquer cidadão em função da sua ascendência, sexo, raça, língua, convicções políticas, ideológicas ou religiosas, situação económica ou condição social.

e. Princípio da Proporcionalidade

Os funcionários, no exercício da sua atividade, só podem exigir aos cidadãos o indispensável à realização da atividade administrativa.

f. Princípio da Colaboração e da Boa-fé

Os funcionários, no exercício da sua atividade, devem colaborar com os cidadãos, segundo o princípio da Boa-fé, tendo em vista a realização do interesse da comunidade e fomentar a sua participação na realização da atividade administrativa.

g. Princípio da Informação e da Qualidade

Os funcionários devem prestar informações e/ou esclarecimentos de forma clara, simples, cortês e rápida.

h. Princípio da Lealdade

Os funcionários, no exercício da sua atividade, devem agir de forma leal, solidária e cooperante.

i. Princípio da Integridade

Os funcionários regem-se segundo critérios de honestidade pessoal e de integridade de carácter.

j. Princípio da Competência e Responsabilidade

Os funcionários agem de forma responsável e competente, dedicada e crítica, empenhando-se na valorização profissional.