

[

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



ANO 2018

Aprovado em Conselho de Administração no dia ____ setembro de 2019

Índice

INTRODUÇÃO	3
I. Metodologia	4
II. Grau de Colaboração.....	4
III. Resultados obtidos e evidências	5
a) <i>Conselho de Administração</i>	6
b) <i>Gabinete de Formação Contínua e Biblioteca</i>	7
c) <i>Gabinete de Gestão de Sistemas de Informação</i>	8
f) <i>Serviço de Gestão de Doentes</i>	11
g) <i>Serviço de Gestão de Recursos Humanos</i>	12
h) <i>Serviço de Gestão Financeira</i>	13
j) <i>Serviços Farmacêuticos</i>	15
k) <i>Serviços Gerais</i>	16
CONCLUSÃO	17

INTRODUÇÃO

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

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

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

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

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

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

Não obstante, o Relatório de Execução do Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PGRCIC) para 2018 é exposto neste documento evidenciando os resultados obtidos, de acordo com as medidas preventivas adotadas para os riscos identificados por atividades, nos vários serviços do HDFE, EPE, nomeadamente:

- o Conselho de Administração;
- o Gabinete de Formação Contínua e Biblioteca ;
- o Gabinete de Gestão de Sistemas de Informação;
- o Gabinete de Planeamento e Controlo de Gestão;
- o Serviço de Aprovisionamento;
- o Serviço de Gestão de Doentes;
- o Serviço de Gestão de Recursos Humanos;
- o Serviço de Gestão Financeira;
- o Serviço de Instalações e Equipamentos;
- os Serviços Farmacêuticos;
- os Serviços Gerais.

I. Metodologia

O PGRCIC para 2017/2018 foi efetuado com a participação dos serviços e respetivos Responsáveis em funções à data da sua elaboração, que identificaram os riscos que possivelmente ocorreram. De acordo, com a identificação dos riscos identificados em cada Serviço/Gabinete foram definidas medidas a adotar para colmatar esses riscos.

A metodologia adotada para a realização do Relatório de Execução de 2018 decorreu em três fases:

1. Divulgação, por correio eletrónico, a todos os responsáveis pelos serviços identificados no Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PGRCIC) para 2017/2018, a necessidade de efetuar o Relatório de Execução de 2018. Assim, cada Serviço/Gabinete deveria referir os resultados obtidos em 2018 relativamente às medidas a adotar, nos respetivos riscos identificados;
2. Os Serviços mencionados no Plano enviaram os resultados obtidos do ano de 2018, uns Serviços enviaram via correio eletrónico, outros preferiram a realização de breves reuniões de trabalho para explicação dos requisitos de preenchimento do presente relatório;
3. Compilação e organização de toda a informação disponibilizada e elaboração do relatório de execução.

II. Grau de Colaboração

Os responsáveis dos Serviços/Gabinetes responderam na sua totalidade, aos resultados obtidos no ano 2018, tendo-se verificado, novamente, alguns atrasados nas respostas, quando da parte do Serviço de Auditoria Interna (SAI) foi estipulado um prazo de envio.

III. Resultados obtidos e evidências

Neste ponto do Relatório são apresentadas as tabelas de monitorização do HDFF, EPE com a indicação dos riscos, as medidas a adotar e os resultados obtidos durante o ano 2018.

SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA (SAI)

a) Conselho de Administração

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Riscos identificados no Serviço	Probabilidade de Ocorrência	Impacto no Serviço e/ou HDFF	Avaliação do Risco	Medidas preventivas a adotar para cada risco identificado	Resultados obtidos em 2018
1. Delegação de competências: Abuso de autoridade delegada. Exercício indevido de autoridade delegada.	Baixa	Baixo	Muito baixo	Publicação em DR de todas as delegações e subdelegações de competências. Identificação e datação das decisões tomadas sob delegação e subdelegação de competências nos documentos onde seja emitido despacho ao abrigo dessa qualidade. Existência de política de sanções em caso de violação dos normativos legais. Disponibilização na Intranet das delegações e subdelegações de competências.	O Conselho de Administração cujo mandato iniciou funções a 14 de setembro de 2018 não delegou competências, além de não identificar este ponto 1 como risco.
2. 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.	Média	Médio	Médio	Obrigatoriedade de apresentação de um pedido de autorização de acumulação de funções, nos termos do artigo 29.º da Lei n.º12-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 n.º133/2013, de 3 de outubro (RJSPE) e do DL n.º18/2017, de 10 de fevereiro (Estatutos dos CH e EPE's).	Revê-se anualmente, caso existam a acumulação de funções público-privadas. Em 2018 existe acumulação de funções legalmente autorizadas, conforme Resolução do Conselho de Ministros n.º 123/2018, de 27 de setembro.
3. Conflito de interesses: Tratamento privilegiado de pessoa ou pessoas; Favorecimento de concorrente a procedimento, no qual o dirigente, chefe ou trabalhador, seu familiar ou amigo tenha algum interesse na adjudicação, execução do contrato, na tramitação do processo ou na tomada da decisão. Prejuízo de uma pessoa na tramitação de processos, na tomada de decisão ou na execução do contrato.	Baixa	Baixo	Muito baixo	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 n.º 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 n.º 133/2013, de 3 de outubro - RJSPE) e estas enviadas para a DGTF.	Os Gestores Públicos solicitaram ao IGF, senhas de acesso para preenchimento integral do formulário sobre deveres de comunicação e informação por parte destes, de modo a existir uma Declaração que evidencie ou não quaisquer participações patrimoniais que detenham na entidade, assim como quaisquer relações que mantenham com os seus fornecedores, clientes, instituições financeiras ou quaisquer parceiros de negócio, suscetíveis de gerar conflitos de interesse (artigo 52.º do RJSPE).
4. 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	Baixo	Muito baixo	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.	Os procedimentos encontram-se previstos no Código de Conduta Ética do HDFF, E.P.E.
5. Dever de sigilo: Divulgação, de informação interna e/ou confidencial que não deve ser tomada do conhecimento público, a ex-funcionários do HDFF, EPE ou a profissionais que a não tenham direito de acesso. Fornecimento de informação não autorizada a terceiros com o objetivo de obtenção de vantagens pessoais. Divulgação nos meios de comunicação social de informação suscetível de criar perturbação interna ou externa, colocando em causa a imagem e o bom nome do HDFF, EPE. Utilização de dados dos sistemas de informação para fins privados ou outros.	Baixo	Baixo	Muito baixo	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 Conduta Ética do HDFF, EPE que se encontra em vigor.	Em 2018, não existiu qualquer informação relativa ao incumprimento do dever legal de sigilo, resultado do HDFF, EPE possuir um mecanismo preventivo deste dever (Código de Conduta Ética). Na nossa entidade existe uma sensibilização contínua para a necessidade de um comportamento ético e deontológico. Existir uma política geral que recai no Código do Procedimento Disciplinar. Nas várias áreas existe um nível de acesso à informação constante nas bases de dados. No HDFF existe um procedimento de autenticação. Qualquer aplicação informática requer autorização pessoal e intransmissível, ficando registado o respetivo acesso e/ou tentativa. Portanto, no HDFF, EPE, periodicamente existe um controlo de quem acedeu à informação arquivada.
6. Favorecimento: Violação dos princípios da igualdade e da proporcionalidade.	Baixo	Baixo	Muito baixo	Criação de níveis de serviço que garantam que situações iguais devem ter tratamento igual.	Durante o ano 2018 foram cumpridos os princípios de igualdade e proporcionalidade.

Membros do Conselho de Administração em funções

SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA (SAI)

b) Gabinete de Formação Contínua e Biblioteca

Riscos identificados no Serviço	Probabilidade de Ocorrência	Impacto no Serviço e/ou HDF	Avaliação do Risco	Medidas preventivas a adotar para cada risco identificado	Resultados obtidos em 2018
1. Processo de gestão da formação.	Baixa	Baixo	Baixo	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).	Durante o ano de 2018 efetuou-se a análise/ verificação dos indicadores de formação não se tendo verificado nenhum risco.
2. Ausência de equidade dos profissionais nas iniciativas de formação interna.	Baixa	Baixo	Baixo	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. (SIC - rotatividade de formandos e formadores respeitando objetivos e público-alvo).	Durante o ano de 2018 efetuou-se ao envio de informação aos Responsáveis de Serviços, garantindo-se assim a rotatividade de formandos respeitando os objetivos .

Dr.ª Ana Rita Pereira - Responsável

c) *Gabinete de Gestão de Sistemas de Informação*

GABINETE DE GESTÃO DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

Riscos identificados no Serviço	Probabilidade de Ocorrência	Impacto no Serviço e/ou HDFE	Avaliação do Risco	Medidas preventivas a adotar para cada risco identificado	Resultados Obtidos em 2018
1. Sistemas de informação (<i>software</i>) desatualizados e/ou inoperacionais.	Baixo	Médio	Baixo	Limitados pelo orçamento definido para o efeito, assegurar a permanente atualização, gestão operacional e rentabilização dos sistemas de informação.	Implementado.
2. Equipamentos (<i>hardware</i>) desatualizados e/ou inoperacionais.	Baixo	Médio	Baixo	Limitados pelo orçamento definido para o efeito, assegurar a instalação e manutenção de equipamentos necessários ao funcionamento do HDFE, EPE.	Implementado.
3. Acesso indevido a determinada aplicação ou informação.	Baixo	Médio	Baixo	Revisões periódicas dos perfis de acesso, de acordo com as funções atuais e a segregação de funções.	Implementado.
4. Cedência a entidades alheias ao HDFE, EPE de dados confidenciais relevantes, relativos a doentes/utentes e colaboradores.	Baixa	Alto	Médio	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.	A reavaliação sistemática é feita. A monitorização de cedência de informação é de difícil realização por falta de recursos técnicos e humanos. Acreditamos os SPMS assegurem a garantia externa dos acessos.
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.	Médio	Alto	Alto	Atribuição de perfis de utilização e responsabilização dos colaboradores com acesso a informação clínica; Elaboração de procedimentos com funções e responsabilidades dos profissionais do HDFE; Monitorizar o cumprimento dos princípios e normas éticas inerentes as funções.	A atribuição de perfis é cumprida. A elaboração de procedimentos está a decorrer. Em estudo uma forma de elaborar uma monitorização com os recursos existentes no Gabinete.
6. Falhas na faturação e nos outros circuitos administrativos, resultantes de falta de equivalência na codificação entre as aplicações informáticas.	Baixa	Médio	Baixo	Revisão anual da máscara de códigos entre aplicações. Diligenciar um circuito de comunicação sistemática ao GGSI, de não conformidades no registo de procedimentos, quer ao nível de gestão da produção quer da faturação de procedimentos, para este gabinete proceder em conformidade com a maior brevidade possível.	Implementado.
7. As aplicações existentes são morosas.	Médio	Médio	Médio	Monitorização semestral das aplicações informáticas existentes na entidade hospitalar, quer nos serviços de produção quer nos serviços administrativos.	Implementado.
8. Desconhecimento legal e falta de sensibilidade dos profissionais do HDFE, EPE, para a postura e tratamento de informação reservada.	Médio	Alto	Alto	Formação sistemática sobre o Código deontológico e ético	Elaboração de um plano de formação anual e contínuo sobre este tema. Sensibilização formal e informal aos trabalhadores do HDFE, EPE.

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

SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA (SAI)

d) Gabinete de Planeamento e Controlo de Gestão

Riscos identificados no Serviço	Probabilidade de Ocorrência	Impacto no Serviço e/ou HDF	Avaliação do Risco	Medidas preventivas a adotar para cada risco identificado	Resultados obtidos em 2018
1. Incumprimento dos prazos para envio do reporte mensal SICA	Baixa	Alto	Médio	<ul style="list-style-type: none"> Após o terminus do mês, solicitar de imediato ao Serviço de Gestão de Doentes que procedam aos registos em falta ou às correções necessárias. Após o terminus do período, solicitar aos respetivos serviços a informação necessária para o preenchimento dos quadros disponibilizados com periodicidade trimestral ou semestral. Em caso de inoperacionalidade ou incapacidade de resposta do SICA, dar conhecimento atempado através de email à ARS-Centro. 	<ul style="list-style-type: none"> A partir do mês de julho de 2018, a empresa Advancing To para a preencher automaticamente os dados no SICA, com exceção dos dados da lista de espera para consultas, consultas não realizadas, DPN, Doentes Hepatite C, medicamentos, PIIC e produtos de apoio. O GPCG procede às validações dos dados totais carregados pela empresa e identifica possíveis omissões por falta de registos, reportando de imediato esta situação ao Serviço de Gestão de Doentes. No ano de 2018, o HDF, EPE cumpriu os prazos estabelecidos para o reporte mensal do SICA.
2. Reporte mensal SICA com dados incoerentes	Média	Alto	Alto	<ul style="list-style-type: none"> Validar os registos efetuados no sistema de informação e identificar possíveis incoerências ou ausências de registos. Confirmar junto do Serviço de Gestão de Doentes se estão efetuados todos os registos. Proceder à análise do mapa de erros disponibilizado pelo SICA após carregamento da informação e antes da sua submissão. 	<ul style="list-style-type: none"> Foram identificadas algumas incoerências no mapa de erros relacionados com registos de episódios de internamento "testes" no SONHO e no tipo de cirurgia, que foram corrigidos após os reportes mensais no SICA. Nos meses seguintes procedemos à correção imediata dos mapas do SICA, analisando antes da submissão o mapas de "Erros", pelo que não se verificaram novas incoerências de dados. O risco de ocorrência de novas situações será mínimo.
3. Incumprimento dos prazos para submissão no SIEF do Relatório Analítico do Desempenho Económico e Financeiro (RADEF)	Baixa	Alto	Médio	<ul style="list-style-type: none"> Assegurar que atempadamente o Serviço de Gestão Financeira procede ao encerramento mensal das contas. 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. 	<ul style="list-style-type: none"> Foi proposto ao Serviço de Gestão Financeira, a criação de ficheiros 'CSV que agilizassem os lançamentos de encerramento mensal de contas, reduzindo assim o risco de não cumprimento de prazos. Em 2018, não existiram ocorrências relacionadas com o incumprimento desta tarefa.
4. Incumprimento dos deveres de informação a prestar à DGTF e à DGO	Baixa	Alto	Médio	<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. 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 reportada. 	<ul style="list-style-type: none"> No ano de 2018, foi dado cumprimento a todos os deveres de informação a prestar à DGTF e DGO.
5. Não proceder atempadamente à elaboração dos documentos de prestação de contas	Média	Alto	Alto	<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 par o fecho de contas do HDF. 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. 	<ul style="list-style-type: none"> O Relatório de Gestão e Contas de 2017 foi submetido a aprovação pelos membros das Finanças e da Saúde a 30/04/2018, não tendo sido possível remeter o documento até 31/03/2018. O serviço tem promovido reuniões de preparação de fecho de contas, alertando os serviços intervenientes para o fecho dos processos o mais rapidamente possível, evitando assim novas situações de incumprimento. As prestação de contas foi enviada ao Tribunal de Contas em 30/04/2017, dentro do prazo que se encontra estabelecido.
6. Não proceder à elaboração dos instrumentos previsionais de gestão e dentro dos prazos estabelecidos	Média	Alto	Alto	<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. 	<ul style="list-style-type: none"> O Plano e Atividades e Orçamento de 2018 foi submetido no SIRIEF a 29/01/2018, considerando que os Termos de Referencia para a Contratualização dos Cuidados de Saúde no SNS surgiram apenas em 20/11/2017 e que o processo de contratualização com o Ministério da Saúde ficou concluído apenas no final do mês de dezembro de 2017.

Dr.ª Marta Trindade - Responsável

SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA (SAI)

e) Serviço de Aprovisionamento

Riscos identificados no Serviço	Probabilidade de Ocorrência	Impacto no Serviço e/ou HDFE	Avaliação do Risco	Medidas preventivas a adotar para cada risco identificado	Resultados obtidos em 2018
1. Na aquisição de bens e serviços eventuais incumprimentos dos princípios básicos da contratação pública.	Baixa	Alto	Médio	A existência do Manual de procedimentos das Compras e sua atualização de 3 em 3 anos. Assim como, a existência de lista de tarefas para todos os tipos de procedimentos inerentes a aquisição de bens/serviços.	O Manual de Procedimentos foi revisto e aprovado em CA a 27/07/2018 tendo também sido criado o Manual de Boas Práticas.
2. 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	Alto	Médio		
3. 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).	Média	Alto	Alto	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 com a elaboração de listagem mensal dos contratos suscetíveis de renovação, para que a avaliação da mesma se processe com uma antecedência mínima prevista para denúncia.	Alargamento dos contratos registados tendo sido elaborado um ficheiro de controlo com antecipação de abertura de procedimentos e contratos de modo a permitir antever as caducidades e necessidades procedimentais.
4. 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 documentalente no período até à sua eliminação física, proposta indevida de envio de bens para abate).	Alta	Alto	Muito alto	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; Remoção física dos serviços utilizadores, dos equipamentos dados como inoperacionais/inutilizados que aguardam a formalização do abate e da remoção do HDFE.	Todos os bens abatidos foram alvo de parecer técnico prévio pelos responsáveis das áreas ou pelos técnicos de manutenção que procederam à verificação. Durante o ano de 2018 todos os bens abatidos foram autorizados superiormente pelo Presidente do Conselho de Administração ou pelo Conselho de Administração.
5. Cedência de equipamento (cedência de equipamento por pessoa/serviço sem competência, gerando utilização indevida de bens).	Alta	Alto	Muito alto	Elaboração de um Regulamento de Gestão do Património do HDFE, EPE; Atualização de 3 em 3 anos do Manual de Procedimentos Administrativos e Contabilísticos dos Ativos Tangíveis e Intangíveis; Controlo de equipamentos afetos a cada centro de custo, através da responsabilização dos serviços pelos equipamentos à sua guarda; Elaboração de documento devidamente justificado e fundamentado sobre as causas de avaria do equipamento; Elaboração e 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.	O ponto de situação de 2017 manteve-se em 2018 não obstante é expectável em 2019 ser adquirido um módulo informático para comunicações internas também no âmbito da transferência de bens.
6. 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	Alto	Muito alto		
7. Acesso indevido às instalações e desvio de existências nos Serviços que possuam armazéns avançados.	Média	Alto	Alto	Restrição de acesso físico aos armazéns avançados, há exceção do pessoal de saúde que necessita de material para a prestação diária de cuidados, mas estando este identificados. Contagens periódicas e inventário de final do ano ao armazéns avançados no final do ano. Promoção de segregação de funções.	O acesso interno é condicionado apenas aos elementos do Serviço estando tendo sido ativado um sistema de encerramento da porta exterior durante o ano de 2018.
8. Risco de extravio dos documentos ou a sua inutilização, por ação humana ou causas naturais.	Média	Alto	Alto	Incrementar o circuito eletrónico dos documentos. Existir um protocolo de entrega e de saída de documentos entre o SA e ou demais serviços do HDFE, EPE.	Não obstante a movimentação de documentos ser registada em protocolo eletrónico com aposição de data de entrada, saída e destino, sendo expectável em 2019 ser adquirido um módulo informático para comunicações internas existindo um registo permanente de comunicações sem papel.

Dr. Nuno Azevedo Neves - Responsável do Serviço de Aprovisionamento

SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA (SAI)

f) Serviço de Gestão de Doentes

Riscos identificados no Serviço	Probabilidade de Ocorrência	Impacto no Serviço e/ou HDFF	Avaliação do Risco	Medidas preventivas a adotar para cada risco identificado	Resultados obtidos no Ano 2018
1. Favorecimento de doentes na ordem da LIC	Baixa	Médio	Baixo	Manual de Procedimentos e Boas práticas. (SCI - Monitorização de todos os serviços cirúrgicos, alertando para as desconformidades - ordem de prioridade + ordem cronológica)	Em 2018, efetuou-se a 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.	Média	Médio	Médio	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.)	Em 2018, deu-se continuidade à atualização de alguns procedimentos e encontra-se em fase de atualização o Manual de Boas práticas.
3. Informação ao doente não estar completa/esclarecedora.	Alta	Médio	Alto	Manual de Procedimentos e Boas práticas. (SCI - Formação; manuais de boas práticas; interação com os serviços cirúrgicos.)	O Manual de Procedimentos ainda se encontra em fase de atualização.
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.	Média	Médio	Médio	Monitorização semanal dos atos não registados e/ou em períodos incorretos.	Em 2018, ainda não foi implementada a monitorização semanal dos atos não registados e/ou em períodos incorretos.
5. Admissão de doentes com informação incorreta (isenções e moradas).	Média	Alto	Alto	Análise comparativa mensal da cobrança de taxas moderadoras por funcionário e/ou o nº de episódios de consulta por funcionário (solicitar listagem ao GCSI).	Em 2018 não foi feita análise mensal.
6. Efetuar registos que permitam que se gerem GDH's economicamente mais vantajosos.	Alta	Alta	Muito alto	Definição de limites nas verbas para remuneração da atividade adicional por serviço (contratualização interna); Realização de auditorias clínicas.	As verbas para a remuneração da atividade adicional por serviço (contratualização interna) é definida pelo CA. A realização de auditorias clínicas mantém-se.
7. Recebimento de taxas moderadoras: risco de entrega de valores incorretos ao Serviço de Gestão Financeira.	Média	Baixo	Baixo	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.)	
8. Anulação indevida de recibo.	Média	Alto	Alto	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.	Está implementado. Será necessário o Serviço de Gestão Financeira reforçar a quando da entrega dos recibos anulados, a necessidade de justificar o motivo da sua anulação.
9. Cobrança indevida de taxas moderadoras (por ex.: há cobrança de taxa com emissão de 2ª via).	Média	Médio	Médio	Limitar o acesso a 2ªs. vias por parte dos secretariados clínicos das consultas e urgências.	
9. Extravio de bens pertencentes aos utentes e à guarda do HDFF, EPE.	Baixa	Baixo	Muito baixo	Elaboração de procedimentos escritos para a salvaguarda de espólio de utentes; Divulgação formal junto dos profissionais envolvidos nos procedimentos escritos existentes sobre cada tarefa.	Existe um Regulamento de Espólios, que é cumprido.
10. Inadequação do perfil técnico e comportamental ao exercício de funções.	Alta	Média	Alto	Formação contínua; partilha de conhecimentos, experiências e informação técnica; acompanhamento personalizado pela Responsável do SGD.	Em curso.

Dr.ª Margarida Cunha - Responsável

SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA (SAI)

g) Serviço de Gestão de Recursos Humanos

Riscos identificados no Serviço	Probabilidade de Ocorrência	Impacto no Serviço e/ou HDFF	Avaliação dos Riscos	Medidas preventivas a adotar para cada risco identificado	Resultados Obtidos em 2018
1. Falsa informação de dados do pessoal existente e contratado.	Média	Alto	Alto	Verificação individual sistemática dos documentos comprovativos da habilitação profissional e da sua validade efetuados de forma cíclica de acordo com o grupo profissional.	Das auditorias internas efetuadas não se tem verificado irregularidades - 0%.
2. Não apresentação de documentos de habilitação profissional e/ou apresentação de documentos de habilitação falsos e/ou fora de prazo.				Amostragem.	
3. Risco de registo incorreto de informação de assiduidade (por exemp. processamento de faltas como justificadas indevidamente).	Baixa	Alto	Médio	Obrigatoriedade de registo biométrico. O processamento é efetuado com base nas ausências declaradas (justificadas); O controlo é sempre à posteriori aquando do processamento das remunerações que valida a assiduidade; Sempre que ocorra não conformidades o sistema alerta.	Face à aplicação de assiduidade "Gestão de Horários", implementada no Hospital, tem se verificado um maior controlo da assiduidade , até porque a obrigatoriedade de elaboração de escala de serviço com a respetiva publicação, vai abrangendo mais serviços e por sua vez mais profissionais.
4. Controlo indevido do trabalho extraordinário e respetivos descansos semanais, trabalho em dias de descanso semanal, complementar e feriados	Baixa	Médio	Baixo	O trab. extra/suplementar é previamente autorizado pelo CA, posteriormente a verificação do n.º de horas trabalhadas e gozo de folgas daí adquiridas, é conferido e validado pelos RH dentro do aplicativo de "Gestão d'horários" implementado;	O processamento continua a não demonstrar irregularidades - 0%, dada a autorização superior validar todo o trabalho suplementar realizado..
5. Controlo inadequado das escalas (turnos).	Média	Médio	Médio	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 aplicação RHV veio reforçar esse controlo, através da interação com o controlo do registo biométrico.	A aplicação de assiduidade "Gestão de Horários", nos termos do acima referido, veio reforçar e controlar o registo de assiduidade.
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	Médio	Baixo	Todas as informações sobre faltas, férias e licenças tem fundamentação legal. O controlo é efetuado pelo RH, aquando da distribuição do mapa de férias aos Serviços, na sua receção para envio ao CA para aprovação, e aquando do fecho dos horários mensalmente.	Mais uma vez o aplicativo "Gestão d'horários" veio tornar mais eficaz o controlo direto das férias atribuídas, gozadas e a gozar atribuídas pelos Chefes/Responsáveis, não permitindo desconformidade legal. Não tem verificado irregularidades - 0%.
7. Risco de acumulação de funções sem autorização/conhecimento.	Média	Médio	Médio	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.	Continua a verificar-se que muitos trabalhadores procedem conforme Circular(es) do CA, outros não o fazem, com eventual prejuízo para o exercício de funções no Serviço de origem - HDFF.
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.	Média	Alto	Alto	Procedimentos concursais realizados nos termos do "Manual de Procedimentos Administrativos e Contabilísticos" em vigor, assentando o recrutamento na adequação dos profissionais às funções a desenvolver e assegurando os princípios da igualdade de oportunidade, da imparcialidade, da boa fé, da não discriminação e da publicidade; Promover a rotatividade dos elementos que compõem os júris.	Dos procedimentos concursais realizados não se têm verificado inconformidades , até porque a maioria das carreiras profissionais existentes do âmbito do Ministério da Saúde, já se encontram devidamente regulamentadas por <i>Instrumentos de Regulamentação Coletiva de Trabalho (IRCT's)</i> , nas suas diversas matérias, entre outras, as referentes ao procedimentos concursais.
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).	Baixa	Alto	Médio	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; Controlo final do processo a realizar pelo Conselho de Administração e pelo CCA; Em termos finais, igualmente as reclamações dos trabalhadores visados.	O SIADAP encontra-se em fase de implementação para todas as carreiras no biénio 2019/2020. Irá ser realizado <i>on line</i> , por via da aplicação GeADAP.
10. Processamentos indevidos e sem fundamentação legal: - Remunerações; - Abonos, Ajudas de Custo, subsídios, etc.	Baixa	Alto	Médio	Todos os processamentos de valores devem conter fundamentação legal e autorização dos respetivos Responsáveis e, em termos finais do Conselho de Administração; Os descontos CGA, ADSE, SS, IRS e outros, encontram-se parametrizados centralmente pela SPMS, no âmbito da aplicação RHV, a que acresce o controlo efetuado pelo RH aquando do processamento, e em termos finais pelos Serviços Financeiros no pagamento final das remunerações.	Por amostragem aleatória, em auditoria interna - 0% de taxa de erros. O processamento é efetuado centralmente pela Tutela/ACSS e SPMS. Acresce que a preparação do mesmo processamento realizada pelos RH, é a posteriori validado pelos Serviços Financeiros do Hospital.
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	Alto	Médio	O controlo da fundamentação, nos termos da legislação aplicável, deve ser validada pelo Conselho de Administração com apoio jurídico superior. As reclamações e não concordância dos destinatários requerentes balizará eventuais não conformidades.	O HDFF continua a apresentar alguma % de reclamações, no âmbito de pedidos de "flexibilidade de horário" - Parentalidade. A razão prende-se mais pela necessidade de recursos humanos nos Serviços que laboram 24 sobre 24 horas. Dificuldade de compatibilizar direitos.

Observação da Coordenadora do Serviço de GRH: As probabilidades de ocorrência bem como o impacto no Serviço/Hospital, são aferidos pela taxa de reclamações não procedentes e verificação/consulta periódica por amostragem.

Dr.ª Olinda Rocha - Coordenadora

SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA (SAI)

h) Serviço de Gestão Financeira

Riscos identificados no Serviço	Probabilidade de Ocorrência	Impacto no Serviço e/ou HDFF	Avaliação de Riscos	Medidas preventivas a adotar para cada risco identificado	Resultados obtidos em 2018
1. Prescrição da faturação, p.ex: com as companhias de seguros, a cobrança prescreve ao fim de 3 anos.	Médio	Médio	Médio	Verificação dos episódios que prescrevam no prazo de 6 meses e insistir novamente na cobrança.	Em 2018 continuou a existir a verificação dos episódios que prescrevem no prazo de 6 meses.
2. Emissão de faturação fora do prazo.	Baixo	Médio	Baixo	Análise periódica dos episódios por faturar e o tratamento da informação atempadamente.	Em 2018 continuou a analisar-se periodicamente os episódio por faturar e o tratamento da informação atempadamente.
3. Desvio de fundos podendo assumir duas formas: a) o NIB não corresponder à instituição/empresa correta; b) transferência/pagamento do valor diferente do autorizado.	Baixo	Baixo	Muito baixo	Minimizar valor das disponibilidades em caixa; Controlo periódico do caixa; Utilização de "senhas" para acesso aos sistemas informáticos, incluindo homebanking.	Em 2018 permanece o controlo diário de caixa e a Utilização de "senhas" para acesso aos sistemas informáticos, incluindo homebanking.
4. Apropriação indevida de valores em numerário.	Baixo	Baixo	Muito baixo	Segregação de funções; reconciliação bancária; cruzamento da informação entre quem recebe e quem emite a guia de receita.	Existe segregação de funções e o cruzamento da informação entre quem recebe e quem emite a guia de receita.
5. Despesa não cabimentada.	Baixo	Médio	Baixo	Validar a existência prévia de cabimentação da despesa.	Continuação da análise da cabimentação da despesa.
6. Faturas por cobrar há muito tempo fora do SNS.	Médio	Médio	Médio	Entregar as faturas por cobrar ao Gabinete Jurídico, de modo a atuar judicialmente antes da sua prescrição e provisionar quaisquer valores incobráveis.	Continua a interligação entre os Serviços Financeiros e Jurídico para atuar judicialmente antes da dívida prescrever.
7. Faturas (de fornecedores) que se encontrem pendentes de validação noutros serviços.	Médio	Médio	Médio	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.	Em 2018 foi elaborado pelos Serviços de Aprovisionamento de Gestão Financeira, e aprovado pelo Conselho de Administração em 28/06/2018, um Procedimento (PT) para validação de faturas dirigido aos responsáveis dos serviços validadores. Este PT teve como objetivo definir o circuito, prazos e procedimentos evitando atrasos na contabilização das faturas.

Dr.ª Eduarda Rola - Responsável

SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA (SAI)

i) Serviço de Instalações e Equipamentos

Riscos identificados no Serviço	Probabilidade de Ocorrência	Impacto no Serviço e/ou HDFF	Avaliação do Risco	Medidas preventivas a adotar para cada risco identificado	Resultados obtidos do Ano 2018
1. Avaliação de projetos técnicos elaborados por especialistas externos.	Médio	Alto	Alto	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; (SCI - 1º Verificação se os concorrentes a um determinado projeto, não têm, ou tiveram, qualquer ligação direta ou indireta ao HDFF, EPE; 2º Verificação de que as cláusulas técnicas definidas no caderno de encargos não reportam a qualquer marca ou denominação comercial.)	Em desenvolvimento.
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	Baixa	Médio	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.	Em projeto de implementação.
3. Acompanhamento e monitorização de prestação de serviços.	Média	Médio	Médio	Assegurar a qualidade e quantidade dos serviços prestados. (SCI - Verificação e avaliação mensal das diversas prestações de serviços.)	Existe verificação e avaliação mensal das diversas prestações de serviços.
4. Adequação dos materiais e equipamentos a adquirir.	Média	Médio	Médio	Rubrica do coordenador em todos os pedidos do SIE; Na escolha dos equipamentos estará sempre envolvido os SIE. (SCI - Pedidos verificados pela chefia)	Em desenvolvimento.
5. Contribuir para que o equipamento existente coincida com o equipamento registado no Imobilizado (Ativos fixos).	Baixo	Baixo	Muito baixo	Verificação se na aplicação informática (GHAF), o equipamento existente no HDFF tem nº de imobilizado; Sempre que um equipamento vai para reparar, verificar o nº de imobilizado; Verificar se o serviço que solicita uma reparação é o detentor do equipamento; Avisar o património de todas as discrepâncias encontradas para regularização. (SCI - Potencializar a aplicação existente)	Em desenvolvimento.
7. Não atualização dos cadastros dos equipamentos.	Alta	Baixo	Médio	Continuamente analisar e atualizar o cadastro dos equipamentos.	Existe uma interligação entre o SIE's e o Serv. Aprovisionamento, através de um módulo existente na aplicação GHAF.
8. Não registar os quilómetros, as manutenções, o combustível consumido dos veículos afetos ao HDFF, EPE.	Alta	Baixo	Médio	Registar de quanto em quantos quilómetros se abastesse de combustível, quem conduz os veículos do HDFF, EPE e quantos quilómetros são percorridos, por fim as datas das manutenções e seus gastos.	Em 2018 foi efetuado o registo, de quanto em quantos quilómetros se abastesse de combustível, quem conduz os veículos do HDFF, EPE e quantos quilómetros são percorridos, por fim as datas das manutenções e seus gastos. Futuramente, encontra-se previsto uma aplicação de gestão da frota automóvel.

Eng. Vítor Ribeiro - Responsável do Serviço de Instalações e Equipamentos

SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA (SAI)

j) Serviços Farmacêuticos

Riscos identificados no Serviço	Probabilidade de Ocorrência	Impacto no Serviço e/ou HDFE	Avaliação do Risco	Medidas preventivas a adotar para cada risco identificado	Resultados Obtidos em 2018
1. Acesso indevido às instalações e desvio de produtos farmacêuticos.	Baixa	Baixo	Baixo	1. Nos Serviços Farmacêuticos o acesso está restringido a pessoas autorizadas; 2. São feitas auditorias periódicas à quantidade de estupefacientes e psicotrópicos armazenados nos Serviços Farmacêuticos, nos Serviços de Internamento e Consultas Externas, com a colaboração existente entre Enfermeiros Chefes e uma Farmacêutica do HDFE, EPE; 3. No inventário anual dos SF, a Auditora Interna do hospital ou outro auditor externo assistem à contagem.	1. O SF tem acesso restrito com o fecho das portas à chave. Foi no entanto solicitado um sistema digital de fácil abertura, para as 2 portas das salas de distribuição, a fim de agilizar a grande mobilidade dos colaboradores, principalmente com os carros da DU e outros medicamentos; 2. Medida cumprida; 3. Para além da Dr. ^a Mafalda, o Auditor Externo João Maltês também esteve presente, durante um período de tempo, nas contagens do Inventário dos SF.
2. A aplicação informática (GHAF) que suporta a contratação, as compras, o desempenho e gestão dos fornecedores é desadequada e deficiente.	Baixa	Baixo	Baixo	A aplicação informática (GHAF) é atualizada sempre que necessário.	A aplicação informática (GHAF) continua a ser atualizada de acordo com as necessidades
3. Favoritismo por determinados fornecedores.	Baixa	Baixo	Baixo	1. Sempre que possível é utilizada a plataforma eletrónica (Vortal), apesar de ser uma aplicação ainda com algumas limitações; 2. O júri dos concursos é composto por duas Farmacêuticas e o Vogal Executivo do CA.	1. Todos os concursos foram todos realizados na plataforma Vortal à exceção das Compras Centralizadas, do concurso das AUEs e alguns Ajustes Diretos simplificados, cujos fornecedores não responderam na plataforma. 2. Medida cumprida.
4. Existir conflitos de interesses na avaliação dos processos de introdução de medicamentos.	Baixa	Baixo	Baixo	1. Elaboração e atualização contínua (pelo menos anual) das declarações de interesse e sua divulgação; 2. Considerar conflitos de interesse na atribuição de processos e na discussão dos pareceres emitidos.	Em todos os procedimentos com Júri é emitida e assinada uma declaração de inexistência de conflito de interesses por cada elemento do Júri.
5. Monitorização de medicamentos de uso humano: a) divulgação, eliminação, sonegação, manipulação ou uso indevido de informação confidencial; b) ausência deliberada de rigor, isenção e objetividade na análise de ocorrências e deteção de sinal.	Baixa	Baixo	Baixo	Existe um sistema de controlo interno eficaz: 1) Existem sistemas de alerta de temperatura e humidade nas salas e nos frigoríficos para evitar desperdício; 2) São efetuadas reuniões periódicas no Serviço Farmacêutico, assim como formação interna das normas elaboradas pelo serviço, incluindo as de segurança do medicamento; 3) Existe parametrização de algumas interações major de medicamentos, como alertas para o médico; 4) Existe sinalização no serviço proibindo a entrada a pessoas estranhas e as portas de acesso ao Serviço encontram-se fechadas; 5) Existe uma norma de recolha e devolução de medicamentos com entidades externas; 6) Sempre que se entende necessário a CFT ou os Serviços Farmacêuticos divulgam informação relacionada com o medicamento.	Medidas cumpridas. Foi feita formação de 2 normas dos SF: - <i>Receção, Identificação, Conferência e Armazenamento de Medicamentos</i> ; - <i>Distribuição de Medicamentos</i> .
6. Implementação de medidas de minimização do risco: a) divulgação, eliminação, sonegação, manipulação ou uso indevido de informação confidencial; b) ausência deliberada de rigor, isenção e objetividade na gestão de informação e implementação de medidas de minimização de risco.	Baixa	Baixo	Baixo		Foram ainda distribuídas pelos Serviços Clínicos as listas atualizadas dos medicamentos LASA e de ALERTA MÁXIMO.

Dr.^a Teresa Pereira - Diretora Serviço

SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA (SAI)

k) Serviços Gerais

Riscos identificados no Serviço	Probabilidade de Ocorrência	Impacto no Serviço e/ou HDFF	Avaliação do Risco	Medidas preventivas a adotar para cada risco identificado	Resultados do Ano 2018
1. Incumprimento dos horários de entrega da roupa limpa	Alta	Alto	Muito alto		1. Em 2018, a Empresa prestadora de Serviços de Gestão de Roupa Hospitalar teve uma avaliação de 40% (Impresso I.SG.22).
2. Incumprimento dos horários de recolha da roupa suja.	Média	Alto	Alto		2. Tivemos 10 reclamações relacionadas com a falta de roupa hospitalar e fardamento e com a qualidade do seu processo de tratamento na Lavandaria. Comunicou-se ao Conselho de Administração estas e outras falhas existentes na Prestação de Serviços de Gestão de Roupa Hospitalar.
3. Deficiente tratamento da roupa hospitalar.	Média	Alto	Alto		3. Propôs-se ao Conselho de Administração a abertura de Procedimento Concursal neste âmbito e reformulou-se as cláusulas técnicas do Caderno de Encargos.
4. Erros nas pesagens da roupa suja.	Média	Médio	Médio	Realização de inquéritos de satisfação. Realização de vistorias/visitas à lavandaria de forma aleatória. Sensibilização para o uso sustentado da roupa hospitalar pelos serviços (comunicações internas aos serviços).	4. Relativamente à roupa cedida temporariamente aos doentes está implementado o preenchimento do Impresso I.SG.13 pelos Serviços, dando cumprimento ao Regulamento para a Utilização e Tratamento da Roupa Hospitalar (REG.ROUPEARD.1). Posteriormente, esta roupa é devolvida ao Hospital.
5. Diminuição do tempo de vida útil da roupa hospitalar por inutilização precoce.	Média	Médio	Médio	Elaborar lista de entidades receptoras de doentes transferidos em articulação com o Serviço Social, contactá-las trimestralmente para recuperação de roupa do HDFF que indevidamente aí tenha ficado retida.	5. Foi realizado um levantamento do fardamento, propriedade do Hospital, que se encontrava inutilizado, para encaminharmos para um destino final adequado (com emissão de auto de destruição), de forma a proteger a identidade da Instituição (fardamento com logotipo bordado).
6. Furtos/desaparecimento de roupa.	Alta	Alto	Muito alto		6. Foi solicitada, à empresa prestadora de serviços, a realização de um inventário à roupa hospitalar em regime de alocação mas que acabou por não ser concretizado. Contamos no início de 2019 realizada-lo.
7. Incumprimento dos horários previstos.	Média	Alto	Alto		7. No que diz respeito ao inquérito de satisfação aos Serviços de suporte à prestação de cuidados, de gestão e logística 2018, promovido pelo Conselho de Administração, o "Índice de Desempenho Global" do Serviço teve uma evolução positiva relativamente a 2017 (de 4,08 para 4,26 pontos).
8. Incumprimento do quadro de pessoal previsto em Caderno de Encargos.	Média	Alto	Alto		1. Em 2018, a Empresa prestadora de Serviços de Higiene e Limpeza teve uma avaliação de 60% (Impresso I.SG.22).
9. Não fornecimento dos consumíveis em quantidade e qualidade.	Alta	Alto	Muito alto	Realização de auditorias internas. Faturar a cada serviço a parte do Caderno de Encargos que lhe diz respeito.	2. Em 2018, decorreu um novo procedimento concursal neste âmbito, do qual resultou a continuidade da prestação de serviços da Empresa S4 Lúmpa. Neste novo contrato, com início em Maio de 2018, o Conselho de Administração decidiu não incluir o fornecimento de consumíveis. Ficando a sua aquisição a ser realizada diretamente pelo Serviço de Aprovisionamento.
10. Metodologias de limpeza previstas em Caderno de Encargos.	Média	Médio	Médio	Análise dos resultados do inquérito de satisfação dos Serviços Gerais relacionados com a Higiene e Limpeza.	3. No que diz respeito ao inquérito de satisfação aos Serviços de suporte à prestação de cuidados, de gestão e logística 2018, promovido pelo Conselho de Administração, o "Índice de Desempenho Global" do Serviço teve uma evolução positiva relativamente a 2017 (de 4,08 para 4,26 pontos).
11. Obrigatoriedade de uso da sinalética, de alerta de perigo - piso molhado, nas áreas em processo de higienização.	Média	Alto	Alto		
12. Incumprimento da periodicidade de recolha de resíduos prevista no Caderno de Encargos.	Alta	Alto	Muito alto		1. Em 2018, a Empresa prestadora de Serviços de Gestão de Resíduos Hospitalares teve uma avaliação de 70% (Impresso I.SG.22).
13. Não fornecimento dos recipientes de recolha e transporte em quantidade e condições de higiene.	Alta	Alto	Muito alto	Realização de auditorias internas. Formação aos colaboradores do HDFF sobre gestão de resíduos hospitalares. Registo de incidentes (por más práticas, contentores mal higienizados e mal fechados) e respetiva resolução.	2. Durante o ano de 2018, enviamos 3 reclamações a Empresa Prestadora de Serviços relacionadas com o estado de higienização dos contentores. Comunicámos também o estado de degradação frequente das borrachas dos contentores, o que inviabiliza o seu fecho hermético.
14. Erros nas pesagens dos resíduos, por grupo.	Média	Médio	Médio		3. Foi cumprida na íntegra a periodicidade das recolhas, definida no contrato de prestação de serviços neste âmbito.
15. Incumprimento do plano de intervenções preventivas de desinfestação, de acordo com o definido no Caderno de Encargos.	Baixo	Alto	Médio		4. Relativamente às pesagens de resíduos, é feita a sua confirmação em cada recolha e emitida a respetiva Guia Eletrónica de Acompanhamento de Resíduos, regulada pela Portaria n.º 145/2017, de 26/04, alterada pela Portaria n.º 28/2019, de 28/01. Também mensalmente, e antes de ser emitida a faturação, é realizada a confirmação das quantidades totais, em articulação com a SUCH.
16. Uso de produtos químicos não sujeitos à autorização por entidade competente (Direção Geral de Saúde - DGS, European Chemicals Agency - ECHA).	Baixo	Alto	Médio	Realização de auditorias internas. Controlo do tempo de resposta da empresa prestadora de serviços face uma ocorrência imprevisível.	5. No que diz respeito às ações de formação, durante o ano de 2018, foram realizadas ações de formação em articulação com o Gabinete de Formação Contínua e Biblioteca. As ações de formação interna sobre Gestão de Resíduos Hospitalares, destinadas a todos os profissionais, abordam e reforçam a importância de uma correta triagem de resíduos e a adoção de práticas de recolha seletiva de resíduos recicláveis. Nestas são comunicados os resultados da produção de resíduos e as metas de triagem a cumprir para cada Grupo dos resíduos hospitalares (Plano Estratégico dos Resíduos Hospitalares).
17. Incumprimento do tempo de resposta às intervenções curativas de desinfestação (período até 12h).	Baixo	Alto	Médio	Controlo periódico das autorizações de venda dos produtos químicos, no âmbito da prestação de serviços.	1. Em 2018, a Empresa prestadora de Serviços de Gestão de Desinfestação teve uma avaliação de 90% (Impresso I.SG.22).
18. Incumprimento do envio diário de relatórios decorrentes da atividade de vigilância e segurança humana.	Baixo	Alto	Médio		2. Todos os produtos químicos usados têm autorização pelas Entidades Competentes. Na plataforma digital da Empresa é disponibilizada esta e outras informações, de forma atualizada, nomeadamente Fichas de dados de segurança dos Produtos Químicos, Autorizações de Venda, Plantas do Hospital com a localização dos iscos e Planeamento de Intervenções Preventivas.
19. Incumprimento do número de rondas efetuadas no HDFF, de acordo com o estipulado no caderno de encargos.	Baixo	Alto	Médio	Realização de auditorias internas. Verificação dos registos de rondas realizadas sempre que se justifique. Análise dos relatórios diários.	3. O plano de intervenções preventivas foi cumprido na íntegra.
20. Incumprimento do quadro de pessoal previsto em Caderno de Encargos, no âmbito da vigilância e segurança humana.	Baixo	Alto	Médio	Controlo do pessoal afeto à prestação de serviços. Controlo do cumprimento das manutenções ao SADI, e dos respetivos relatórios.	4. O tempo de resposta, em caso de solicitação de intervenções curativas é inferior a 24h. No ano de 2018, houve necessidade de solicitar 14 intervenções curativas neste âmbito.
21. Incumprimento das manutenções ao sistema automático de deteção de incêndio existente no HDFF, de acordo com o definido no caderno de encargos.	Média	Alto	Alto		1. Em 2018, a Empresa prestadora de Serviços de Vigilância e Segurança Humana teve uma avaliação de 100% (Impresso I.SG.22).

Dr.ª Joana Santos - Responsável

CONCLUSÃO

O Relatório de Execução do ano 2018 tem como intento aferir a avaliação e os resultados obtidos das medidas a adotar do Plano de Prevenção de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas, do biénio 2017/2018, aprovado pelo Conselho de Administração a 9 de junho de 2017.

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

O presente relatório pretende aferir o cumprimento das medidas a adotar, apresentadas no ano 2018, bem como refletir acerca do grau de eficácia e adequação na entidade hospitalar, e assim, ainda se pretende alargar e também adequar a mais Serviços/Gabinetes pertencentes à estrutura orgânica do HDFF, EPE.

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

Figueira da Foz, 27 de setembro de 2019]