



Deliberação do Conselho de Administração

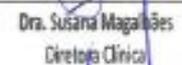
Relatório de Execução do

Ata Nº 127/2021


Prof. Doutor Manuel Teixeira Marinho
Presidente do Conselho de Administração

Plano de Gestão de Riscos de


Dra. Ana Riquel Santos
Voga do Conselho de Administração


Dra. Susana Magalhães
Diretora Clínica

Corrupção e Infrações Conexas


Fernando Miguel Cruz
Enfermeiro-Diretor



ANO 2020

Aprovado em Conselho de Administração no dia ____ abril de 2021

Índice

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

INTRODUÇÃO

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

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

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

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

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

No entanto, a **Recomendação do CPC, de 7 de novembro de 2012**, sobre "Gestão de Conflitos de interesses no Sector Público" citava no ponto 1. "*As entidades de natureza pública, ainda que constituídas ou regidas pelo direito privado, devem dispor de mecanismos de acompanhamento e de gestão de conflitos de interesses, devidamente publicitados, que incluam também o período que sucede*

ao exercício de funções públicas, com indicação das consequências legais;" e o ponto 3. "Todas as entidades destinatárias da presente Recomendação devem incluir nos seus relatórios sobre a execução dos planos de prevenção de riscos uma referência sobre a gestão de conflitos de interesses."

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

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

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

1. "**A todas as entidades que celebrem contratos públicos**

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

h) Assegurar que os gestores dos contratos são possuidores dos conhecimentos técnico que os capacitem para o acompanhamento permanente da execução dos contratos e para o cabal cumprimento das demais obrigações decorrentes da lei.

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

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

Não obstante, o Relatório de Execução do Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PGRCC) para 2020 exposto neste documento evidencia os resultados obtidos, de acordo com as medidas preventivas adotadas para os riscos identificados por atividades, nos vários serviços do HDFE, EPE, nomeadamente:

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

I. Metodologia

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

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

A metodologia adotada para a realização do Relatório de Execução de 2020 decorreu em três fases:

1. Divulgação, por correio eletrónico, a todos os responsáveis pelos serviços identificados no Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PGRCIC) para 2019/2020, a necessidade de efetuar o Relatório de Execução de 2020. Assim, cada Serviço/Gabinete deveria referir os resultados obtidos em 2020 relativamente às medidas a adaptadas, nos respetivos riscos identificados;
2. Os Serviços mencionados no Plano enviaram os resultados obtidos do ano de 2020, 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 2020, 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 2020.

a) *Comissão da Qualidade e Segurança do Doente e Gabinete da Qualidade e Gestão de Risco*

Riscos identificados no Serviço 2020	Probabilidade de Ocorrência 2020	Impacto no Serviço e/ou HDFF 2020	Avaliação do Risco 2019/2020	Ações (medidas preventivas) a adotar para cada risco identificado	Resultados obtidos em 2020 das medidas preventivas adotadas
1. Possível falência do equipamento eletrónico em uso.	Alta 4	Grande 4	Risco Crítico 16	Fazer cópias de segurança dos documentos em uso nas diversas pastas com acesso (Qualidade; Acreditação; Intranet-Acreditação).	Feito.
2. Problemas estruturais: 2.1 - Contentor sem isolamento e onde chove em maior quantidade;	Muito Alta 5	Catastrófico 5	Risco Crítico 25	2.1 - Posicionar o equipamento mobiliário longe dos locais onde chove;	Sempre que possível.
				2.1 - Desligar os equipamentos ligados às tomadas localizadas nas paredes que dão para o exterior, no final do dia de trabalho;	Feito.
				2.1 - Pedir regularmente a limpeza das caleiras existentes e a colocação de panos absorventes para conter a água.	Feito pedido ao SIE, encontra-se em avaliação.
2.2 - Instabilidade do contentor por obras do BO-estaleiro; diminuição da luz natural nos contentores.				2.1 - Monitorizar manutenção do extintor 006964, n.º 14 (medidas de auto-proteção).	Manutenção em junho de 2020.
				2.1 - Reforçar, junto do CA, a realização de obras planeadas para este espaço ou transferência para outro espaço.	Feito.
				2.2 - Aceitabilidade do risco, por impossibilidade da obra de outra forma. Maior monitorização das alterações da estrutura, com informação ao CA, se aplicável.	-
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...).	Feito.
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 antivírus sempre que utilize uma pen ou disco externo; Escolher <i>passwords</i> fortes; Evitar aceder a <i>sites</i> desnecessários.	Feito.
5. Alteração do contexto interno - pandemia COVID-19	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	Reorganização de processos; AI em situações excecionais (PT.GQGR. 40); AE por via remota; Acompanhamento dos Serviços, maioritariamente por via remota; Planeamento de formação por via digital.	Feito com exceção do planeamento que ainda se encontra em curso.

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

SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA (SAI)

b) Conselho de Administração

Riscos identificados no Serviço	Medidas preventivas a adotar para cada risco identificado 2019/2020	Probabilidade de Ocorrência (2020)	Impacto no Serviço e/ou HDFF (2020)	Avaliação do Risco 2020	Resultados obtidos em 2020 das medidas preventivas adotadas
1. Acumulação de funções públicas/privadas: Exercício de atividades acumuladas não autorizadas. Comprometimento da isenção e da imparcialidade exigidas no exercício de funções públicas. Inexistência de declaração de conflito de interesse ou não cessação imediata das funções em caso superveniente deste.	Obrigatoriedade de apresentação de um pedido de autorização de acumulação de funções, nos termos do artigo 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).	Baixa 2	Pequeno 2	Risco Moderado 4	Em 2020, por parte de alguns Membros do Conselho de Administração existiram pedidos de acumulação de funções legalmente autorizadas, conforme Resolução do Conselho de Ministros n.º 123/2018, de 27 de setembro.
2. Conflito de interesses: Tratamento privilegiado de pessoa ou pessoas; Favorecimento de concorrente a procedimento, no qual o dirigente, 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.	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.	Baixa 2	Pequeno 2	Risco Moderado 4	Os Gestores Públicos, em 2020, 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).
3. Ofertas: Influência junto do órgão máximo, da chefia ou de funcionários da instituição para concessão de tratamento de favor ou ignorar disposições regulamentares. Suspeitas de decisões serem tomadas de forma parcial, influenciadas pelo recebimento de ofertas, contrapartidas ou favores.	Existência de mecanismos legais para prevenção e repressão em caso de incumprimento. Existir uma política de sanções, em caso de violação dos normativos legais. Definir procedimentos a serem observados no caso de recebimento de ofertas de valor simbólico e/ou sentimental e de custo muito reduzido.	Baixa 2	Pequeno 2	Risco Moderado 4	Durante o ano de 2020, não existiram riscos associados a ofertas ou suspeitas de favorecimento, por parte de algum Membro do Conselho de Administração a trabalhadores, visto os procedimentos inerentes a este tipo de situações encontrarem-se previstos no Código de Conduta Ética do HDFF, E.P.E (atualizado em 15/07/2019 e aprovado em Conselho de Administração, a 16/07/2019 - Ata n.º 28).
4. Dever de sigilo: Divulgação, de informação interna e/ou confidencial que não deve ser tomada do conhecimento público, a ex-funcionários do HDFF, EPE ou a profissionais que a não tenham direito de acesso. Fornecimento de informação não autorizada a terceiros com o objetivo de obtenção de vantagens pessoais. Divulgação nos meios de comunicação social de informação suscetível de criar perturbação interna ou externa, colocando em causa a imagem e o bom nome do HDFF, EPE. Utilização de dados dos sistemas de informação para fins privados ou outros.	Sujeição de todos os trabalhadores e colaboradores ao dever legal de sigilo. Existir uma política de sanções, em caso de violação dos normativos legais. Acesso à informação constante das bases de dados informáticas, dependente de um processo de autenticação. Avaliar e implementar os níveis de segurança e controlo de acesso aos arquivos. Cumprir o Código de Ética do HDFF, EPE que se encontra em vigor.	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	Em 2020, 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). No HDFF, EPE existe uma sensibilização contínua para a necessidade de um comportamento ético e deontológico. Existe 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, ainda, 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.
5. Favorecimento: Violação dos princípios da igualdade e da proporcionalidade.	Criação de níveis de serviço que garantam que situações iguais devem ter tratamento igual.	Baixa 2	Pequeno 2	Risco Moderado 4	Durante o ano 2020 foram cumpridos os princípios de igualdade e proporcionalidade.
6. Avaliação de desempenho: As avaliações de desempenho irregulares favorecendo ou prejudicando trabalhadores.	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.	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	Em 2020 foi efetuada avaliação por ponderação curricular, de alguns trabalhadores.
7. Assédio moral ou discriminação O assédio moral ou discriminação contra os trabalhadores, por razões pessoais, sexuais, religiosas, ideológicas ou outras.	Existência de um Regulamento Interno de Comunicação de Irregularidades.	Baixa 2	Pequeno 2	Risco Moderado 4	Durante o ano 2020, não existiu nenhuma ocorrência, no âmbito da Comunicação de Irregularidades para ser avaliada. O HDFF, EPE possui um e-mail para este tipo de eventualidades.

SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA (SAI)

c) Gabinete de Formação Contínua e Biblioteca

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

Dr.^a Ana Rita Pereira - Responsável

SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA (SAI)

d) Gabinete de Gestão de Sistemas de Informação

Riscos identificados no Serviço	Medidas preventivas a adotar para cada risco identificado 2019/2020	Probabilidade de Ocorrência (2020)	Impacto no Serviço e/ou HDFE (2020)	Avaliação do Risco 2020	Resultados obtidos em 2020 das medidas preventivas adotadas
1. Sistemas de informação (<i>software</i>) desatualizados e/ou inoperacionais.	Assegurar a permanente atualização, gestão operacional e rentabilização dos sistemas de informação.	Baixa 2	Grande 4	Risco Alto 8	A taxa de disponibilidade dos sistemas/equipamentos conseguiu manter-se ou aumentou na maioria dos tipos de equipamento/sistemas, apesar das condicionantes externas.
2. Equipamentos (<i>hardware</i>) desatualizados e/ou inoperacionais.	Assegurar a permanente atualização, gestão operacional e rentabilização dos sistemas de informação.	Baixa 2	Grande 4	Risco Alto 8	Foi garantido um resultado positivo face à diminuição da idade média do equipamento por aquisição no mercado de novas unidades terminais e da entrada em produção de nova infraestrutura de servidores.
3. Acesso indevido a determinada aplicação ou informação.	Adequar o GCSI de Recursos Humanos necessários.	Alta 4	Moderado 3	Risco Alto 12	Foram criados mecanismos de avaliação e decisão sobre o acesso e cedência de dados, interna e externamente.
4. Cedência a entidades alheias ao HDFE, EPE de dados confidenciais relevantes, relativos a doentes/utentes e colaboradores.	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.	Alta 4	Moderado 3	Risco Alto 12	Foram estabelecidos os princípios e os métodos para criação e gestão de identidades e perfis de forma a não ser comprometida e excedida a necessidade de acesso a 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.	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 às funções.	Alta 4	Moderado 3	Risco Alto 12	Foi adquirido equipamento que torna possível a gestão criteriosa de fluxos de informação entre o HDFE e o exterior. O acesso de dados clínicos a partir do exterior ficou também sancionado pela utilização de meios de controlo e segurança da tutela pelos SPMS
8. Desconhecimento legal e falta de sensibilidade dos profissionais do HDFE, EPE, para a postura e tratamento de informação reservada.	Formação sistemática e criativa sobre o Código Deontológico, ética e regulamentos.	Possível 3	Grande 4	Risco Alto 12	O Hospital iniciou alguns dos processos necessários para debelar esta falha.
9. Incapacidade de prevenção e resposta a incidentes.	Aumentar o quadro de Recursos Humanos do gabinete.	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	A situação manteve-se durante este ano. O GCSI foi informado que será aberto concurso para recrutamento de Técnico Superior de Informática, no início de 2021.

Eng. Francisco Leitão - Responsável

e) *Gabinete de Planeamento e Controlo de Gestão*

Riscos identificados no Serviço	Medidas preventivas a adotar para cada risco identificado 2019/2020	Probabilidade de Ocorrência (2020)	Impacto no Serviço e/ou HDF (2020)	Avaliação do Risco 2020	Resultados obtidos em 2020 das medidas preventivas adotadas
1. Incumprimento dos deveres de informação a prestar à ACSS, DGTf e à DGO.	<ul style="list-style-type: none"> Responsabilizar um colaborador pela execução das tarefas, dando-lhe conhecimento prévio das funções atribuídas e dos prazos a cumprir. Assegurar que, atempadamente, os serviços responsáveis pelos registos em que assentam os reportes procedem em conformidade. Colaborar com o Serviço de Gestão Financeira na realização das tarefas de encerramento mensal das contas, designadamente na especialização de custos e proveitos e no processo de conferência. O responsável do serviço deve-se assegurar do cumprimento da prestação da informação. Após a receção de email por incumprimento dos prazos, o responsável do serviço assegura que a informação é imediatamente reportada. 	Baixa 2	Grande 4	Risco Alto 8	<ul style="list-style-type: none"> A empresa Advancing To preenche automaticamente os dados de produção no SICA, com exceção dos dados do DPN, Hepatite C, medicamentos, rastreios do cólon e reto, produtos de apoio e templates da Hospitalização Domiciliária. O GPCG procede às validações dos dados carregados pela empresa e identifica, por um lado, as possíveis omissões por falta de registos, reportando de imediato esta situação ao Serviço de Gestão de Doentes, e por outro, omissões e erros no preenchimento, solicitando à Advancing To a sua correção. No ano de 2020, o HDF, EPE cumpriu os prazos estabelecidos pela ACSS para o reporte mensal do SICA. Apesar do Serviço de Gestão Financeira ter simplificado os lançamentos de encerramento mensal de contas com a criação de ficheiros CSV, nem sempre foi possível encerrar 1 dia útil antes do prazo, para evitar o recurso a trabalho suplementar para cumprimento dos prazos de submissão do RADEF. No ano de 2020, foi dado cumprimento a todos os deveres de informação a prestar à DGTf e DGO. Apenas não foram cumpridos os prazos de reporte dos relatórios de execução orçamental trimestrais dos 4TRIM2019 e 1TRIM2020, por atraso no encerramento de contas 2019 decorrente de acréscimo de tarefas relacionadas com o COVID19. Relativamente aos pedidos pontuais solicitados pela Tutela, o serviço zelou sempre pelo cumprimento do dever de informação, dentro dos prazos estabelecidos.
2. Não proceder atempadamente à elaboração e submissão dos documentos de prestação de contas.	<ul style="list-style-type: none"> Deverá ser promovida uma reunião envolvendo todos os serviços com responsabilidades no processo de encerramento de contas, onde deverão ser estipulados prazos para a conclusão das tarefas necessárias. Deverão ser identificados os serviços/colaboradores responsáveis pela elaboração dos documentos ou parte dos documentos de prestação de contas exigidos por lei, estando o GPCG responsável pelo envio ao Conselho de Administração para aprovação. 	Possível 3	Grande 4	Risco Alto 12	<ul style="list-style-type: none"> A COVID 19 obrigou à implementação de modelos de monitorização permanentes que condicionaram o processo de encerramento de contas de 2019, motivo pelo qual o Relatório de Gestão e Contas de 2019 só foi submetido no SIRIEF para aprovação pelos membros das Finanças e da Saúde a 30/06/2020. Apesar do serviço ter promovido reuniões de preparação de fecho de contas, alertando os serviços intervenientes para o fecho dos processos o mais rapidamente possível, tem-se verificado que os prazos se prorrogam para além do que é estabelecido nas reuniões. A prestação de contas foi enviada ao Tribunal de Contas em 30/06/2020, dentro do prazo que foi previamente e devidamente autorizado para o efeito, tendo em consideração os factos atrás expostos.
3. Não proceder à elaboração dos instrumentos previsionais de gestão, dentro dos prazos estabelecidos.	<ul style="list-style-type: none"> Solicitar antecipadamente ou logo após a receção das orientações da Tutela, a informação necessária para a elaboração dos instrumentos previsionais de gestão. Responsabilizar os serviços intervenientes pela execução atempada das tarefas que lhe estão atribuídas, enviando lembretes via email para reforçar o pedido. 	Possível 3	Grande 4	Risco Alto 12	<ul style="list-style-type: none"> Em virtude da situação conjuntural decorrente do estado de emergência pela pandemia por COVID-19, não foi possível concluir o processo de contratualização para 2020 com a Tutela, nos termos inicialmente previsto, apesar do documento ter sido atempadamente elaborado por este Gabinete. Dando cumprimento ao Despacho n.º 398/2020-SET, de 28 de julho, bem como o Despacho do Senhor Secretário de Estado do Tesouro e da Senhora Secretária de Estado Adjunta e da Saúde, de 4 de setembro de 2020, o Plano e Atividades e Orçamento de 2020 foi revisto e submetido no SIRIEF a 28/09/2020.
4. Ausência de acompanhamento permanente da contratualização interna e externa pode comprometer a execução do Contrato-Programa.	<ul style="list-style-type: none"> Automatizar alguns processos, quer no GPCG quer no SGF, de forma a libertar tempo aos colaboradores para efetuar um acompanhamento regular da atividade dos serviços; Reforçar o n.º de colaboradores do SGF para retirar funções da gestão financeira aos colaboradores do GPCG. 	Alta 4	Grande 4	Risco Crítico 16	<ul style="list-style-type: none"> Apesar da equipa do SGF ter sido reforçada com mais 1 elemento em setembro de 2019, foram atribuídas novas tarefas ao GPCG que condicionam a execução das tarefas de acompanhamento/monitorização permanente das contratualizações existentes, para além das que decorreram da monitorização da atividade relacionada com a COVID19. O GPCG continuou envolvido no desenvolvimento da plataforma TB e nas suas validações, para que seja garantida a disponibilidade permanente de reportes de acompanhamento da contratualização interna ainda que a resposta por parte da empresa não tenha sido a desejável, tendo portanto sido difícil o acompanhamento regular da atividade. No entanto, em julho de 2020 foram realizadas reuniões com as direções de serviço para avaliação da atividade realizada e revisão das metas contratualizadas para 2020, já que a pandemia condicionou substancialmente a atividade hospitalar.
5. Incapacidade do serviço em realizar auditorias sistemáticas aos registos administrativos da produção.	<ul style="list-style-type: none"> Automatizar alguns processos, quer no GPCG quer no SGF, de forma a libertar tempo aos colaboradores para efetuar as auditorias necessárias; Solicitar aos colaboradores que 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. 	Alta 4	Moderado 3	Risco Alto 12	<ul style="list-style-type: none"> O ano de 2020 foi extremamente afetado pela pandemia, não tendo sido realizadas as auditorias desejáveis; Foram realizadas apenas as que o GPCG considera críticas para o desempenho do HDF, designadamente as relacionadas com os registos administrativos do Serviço de Gestão de Doentes, Gestão Financeira, Aproveitamento e Farmácia. Foram ainda realizadas auditorias a codificação em GDH, para identificação de possíveis erros com penalização para o Hospital.

Dr.ª Marta Trindade - Coordenadora

SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA (SAI)

f) Gabinete Jurídico e Contencioso

Riscos identificados no Serviço	Medidas preventivas a adotar para cada risco identificado 2019/2020	Probabilidade de Ocorrência (2020)	Impacto no Serviço e/ou HDFF (2020)	Avaliação do Risco 2020	Resultados obtidos em 2020 das medidas preventivas adotadas
1. Conformidade - Incumprimento da legislação processual no âmbito dos processos em contencioso.	Mecanismos de controlo de tratamento dos processos.	Muito Baixa 1	Pequeno 2	Risco Pequeno 2	Reforço do controlo das pendências processuais no GJC.
2. Manuais de procedimentos, boas práticas e código de conduta não atualizados e/ou inexistentes.	Desenvolvimento e atualização Manuais de Procedimentos, Boas Práticas e Código de Conduta, atualizados e ajustados à realidade do Gabinete.	Muito Alta 5	Grande 4	Risco Crítico 20	Não se tornou possível a adoção da medida preventiva, em virtude da não implementação da medida prevista no identificado risco 3.
3. Gestão de recursos - Inexistência de colaboradores.	Solicitação de novos elementos para substituição nas ausências do único elemento do serviço bem como para existência de segregação de funções.	Muito Alta 5	Catastrófico 5	Risco Crítico 25	Apesar da solicitação por parte do GJC, a medida proposta não foi implementada.

Dr.ª Maura Azevedo - Responsável

SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA (SAI)

g) Serviço de Aprovisionamento

Riscos identificados no Serviço	Medidas preventivas a adotar para cada risco identificado 2019/2020	Probabilidade de Ocorrência (2020)	Impacto no Serviço e/ou HDFF (2020)	Avaliação do Risco 2020	Resultados obtidos em 2020 das medidas preventivas adotadas
1. Abates (bem abatido continuar nos serviços, abates sem autorização do órgão competente, bens dados como consumidos e continuarem no serviço abastecedor, utilização indevida para fins privados de bens abatidos documentalmente no período até à sua eliminação física, proposta indevida de envio de bens para abate).	Existência de parecer técnico relativo à inoperacionalidade ou obsolescência do bem; Estabelecimento e divulgação de orientações quanto ao modo de se proceder ao abate de bens; Autorização pelo CA do respetivo abate; Comunicação e remoção física dos serviços utilizados, dos equipamentos dados como inoperacionais/inutilizados que aguardam a formalização do abate e da remoção do HDFF.	Possível 3	Grande 4	Risco Alto 12	Foram ressensibilizadas as chefias para o modo de procedimento dos abates encontrando-se disponível um novo módulo na aplicação de gestão de modo a permitir a comunicação e registo permanente online. Criação de uma área própria de bens a aguardar abate físico de modo a não ser permitida a sua reutilização ou desvio externo.
2. Transferências de bens (transferências de bens sem comunicação, apropriação indevida de bens, desaparecimento de bens, desatualização das fichas dos bens, peculato, peculato de uso, abuso de poder).	Controlo de equipamentos afetos a cada centro de custo, através da responsabilização dos serviços pelos equipamentos à sua guarda; Preenchimento de documento devidamente justificado e fundamentado sobre as causas de avaria do equipamento; Promoção de ações de monitorização para averiguação e acompanhamento dos bens móveis e imóveis inventariados; Divulgação da utilização do <i>software</i> de suporte interno para comunicação e registo de abates ou movimentações de bens.	Alta 4	Grande 4	Risco Crítico 16	Em face da implementação do novo módulo na aplicação de gestão é possível correlacionar o pedido com o bem em concreto de modo a existir um registo permanente, encontrando-se ainda em 2020 em período de sensibilização.
3. Cedência de equipamento (cedência de equipamento por pessoa/serviço sem competência, gerando utilização indevida de bens).	Controlo de equipamentos afetos a cada centro de custo, através da responsabilização dos serviços pelos equipamentos à sua guarda; Documento eletrónico devidamente justificado e fundamentado sobre as causas de avaria do equipamento; Promoção da divulgação de procedimento interno de transferência de equipamentos entre serviços; Promoção de ações de monitorização para averiguação e acompanhamento dos bens móveis e imóveis inventariados.	Possível 3	Grande 4	Risco Alto 12	Apesar de ter sido definida em 2020 a calendarização para se proceder à verificação <i>in loco</i> dos bens, por motivos relacionados com a pandemia COVID-19 a mesma não foi possível aguardando-se a todo o momento o retomar dos trabalhos confirmando os dados disponíveis.
4. Acesso indevido às instalações e desvio de existências nos Serviços que possuam armazéns avançados.	Restrição de acesso físico aos armazéns avançados apenas aos utilizadores autorizados que necessitem de material para a prestação 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.	Alta 4	Grande 4	Risco Crítico 16	A restrição de acesso físico e controlado ainda não foi possível durante o ano de 2020.
5. Possibilidade de extravio dos documentos ou a sua inutilização, por ação humana ou causas naturais.	Maior implementação das ferramentas eletrónicas disponíveis.	Grande 4	Grande 4	Risco Crítico 16	Aquisição de módulo informático de modo a garantir uma política <i>paper-free</i> e maior utilização de meios digitais.
6. Renovação de contratos (ou seja, falha no sistema de alerta do termo dos contratos, provocando a sua renovação automática, sem possibilidade de avaliação da necessidade de renovação).	Elaboração e atualização de uma listagem informatizada dos contratos suscetíveis de renovação; Criação de um sistema de alerta informático; Verificação através da aplicação informática da base de dados de contratos e respetiva calendarização, para que a avaliação da mesma se processe com uma antecedência mínima prevista para denúncia.	Possível 3	Grande 4	Risco Alto 12	A listagem de contratos suscetíveis de renovação e todos os que são elaborados estão a ser disponibilizados na aplicação GHAF de modo a ser possível uma monitorização permanente.
7. Aquisição de bens e serviços por ajuste direto (incluindo aquisições diversas ao mesmo fornecedor e/ou para favorecimento de fornecedores e violação dos princípios gerais de contratação).	Recurso ao ajuste direto apenas em casos de fundamentação material ou exclusividade, incremento de concursos públicos em detrimento consultas prévias.	Baixa 2	Grande 4	Risco Alto 8	Além de uma maior limitação ao recurso ao ajuste direto foi aumentado o número de concursos públicos. A abertura de procedimentos é sempre justificada.
8. Na aquisição de bens e serviços eventuais incumprimentos dos princípios básicos da contratação pública.	Aumento de formação na área da contratação pública e segregação de funções conforme manual de procedimentos do Serviço. Auditorias internas do Serviço e <i>cross-check</i> de processos aquisitivos.	Baixa 2	Grande 4	Risco Alto 8	Foram realizadas ações de formação na área da contratação pública, no entanto é desejável o seu aumento de disseminação por todos os intervenientes no Serviço de Aprovisionamento em 2020 tal não foi possível prevendo-se reagendar brevemente.

Dr. Nuno Azevedo Neves - Responsável

SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA (SAI)

h) Serviço de Auditoria Interna

Riscos identificados no Serviço	Medidas preventivas a adotar para cada risco identificado 2019/2020	Probabilidade de Ocorrência (2020)	Impacto no Serviço e/ou HDFE (2020)	Avaliação do Risco 2020	Resultados obtidos em 2020 das medidas preventivas adotadas
1. Falta de recursos humanos (só existe um elemento no Serviço de Auditoria Interna, que é Responsável e Técnico Superior) para cumprir com as funções referidas no n.º 1, 2 e 13, do artigo 19.º do Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10/02.	Assegurar que o Plano Anual de Auditoria Interna (incluindo pelo menos 4 auditorias internas previstas por ano), o Relatório Anual de Auditoria, o Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PGRCIC) e respetivos relatórios anuais, sejam cumpridos e enviados para a ACSS, IP, DGTF, IGAS e IGF.	Muito Alta 5	Grande 4	Risco Crítico 20	O ano 2020 tendo sido um atípico devido à pandemia que surgiu com o Virus COVID - 19, originou que a Auditoria Interna ficasse em teletrabalho, aumentando o n.º de horas de trabalho e a produtividade.
2. Colaborar na elaboração integral do Relatório do Governo Societário que são da competência do Gabinete de Planeamento e Controlo de Gestão e do Serviço de Gestão Financeira, acumulativamente ao Plano de Auditoria Interna previsto pelo SAI e aprovado pelo CA.	Certificar que esta colaboração com o GPCG e o SGF não afete o cumprimento do Plano de Auditoria Interna aprovado todos os anos pelo Conselho de Administração e enviado para a ACSS, IP, DGTF, IGAS e IGF.	Muito Alta 5	Grande 4	Risco Crítico 20	Novamente, em 2020, o SAI colaborou com o GPCG e com o SGF na elaboração do Relatório do Governo Societário de 2019.
3. Informação não atempada quando solicitada aos Serviços para cumprir com os prazos legais.	Reenvio por e-mail a relembrar da solicitação da informação necessária, conjuntamente com contacto pessoal ou telefónico para os Serviços.	Alta 4	Grande 4	Risco Crítico 16	Relativamente, à informação do Relatório de Execução do PGRCIC, previsto no n.º 13 do artigo 19.º do DL n.º 18/2017, de 10/02 existem sempre serviços que não enviam a informação atempadamente, mesmo estabelecendo um data limite.
4. Ao nível do Controlo Interno falta de acompanhamento periódico dos Serviços, por parte do SAI.	Atualização de procedimentos internos (e.g. procedimentos técnicos, manual de procedimentos) e sua implementação de 3 em 3 anos.	Muito Alta 5	Grande 4	Risco Crítico 20	Durante o ano de 2020, a Auditoria Interna não se deslocou para Serviço algum existente no HDFE, EPE devido à pandemia. No entanto, o que se pôde elaborar foi via e-mail.
5. Não existência periódica de auditorias internas de seguimento (<i>follow-ups</i>).	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.	Alta 4	Grande 4	Risco Crítico 16	Em 2020, o SAI continuou com um só elemento, sendo humanamente impossível conseguir realizar auditorias internas de seguimento, cumulativamente com novas auditorias planeadas, com os relatórios legalmente exigidos e ainda colaborando com outros Serviços.

Mestre Ana Mafalda Costa - Responsável

i) *Serviço de Gestão de Doentes*

Riscos identificados no Serviço	Medidas preventivas a adotar para cada risco identificado 2019/2020	Probabilidade de Ocorrência (2020)	Impacto no Serviço e/ou HDFF (2020)	Avaliação do Risco 2020	Resultados obtidos em 2020 das medidas preventivas adotadas
1. Favorecimento de doentes na ordem da LIC.	Manual de Procedimentos e Boas práticas. (SCI - Monitorização de todos os serviços cirúrgicos, alertando para as desconformidades - ordem de prioridade + ordem cronológica)	Baixa 2	Pequeno 2	Risco Moderado 4	O ano 2020, considerado um ano atípico, devido à pandemia originada pelo vírus SARS-CoV 2, recebeu da Tutela, orientações para a suspensão de toda a atividade não urgente hospitalar. Assim, não existem factos que permitam uma análise fidedigna destes quatros riscos, durante este ano.
2. Tráfego de influência/pressão que influencia a resolução cirúrgica de um doente face a outros.	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.)	Baixa 2	Pequeno 2	Risco Moderado 4	
3. Informação ao doente não estar completa/esclarecedora.	Manual de Procedimentos e Boas práticas. (SCI - Formação; manuais de boas práticas; interação com os serviços cirúrgicos.)	Baixa 2	Pequeno 2	Risco Moderado 4	
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.	Monitorização semanal dos atos não registados e/ou em períodos incorretos.	Baixa 2	Pequeno 2	Risco Moderado 4	
5. Admissão de doentes com informação incorreta (isenções e moradas).	Análise comparativa mensal da cobrança de taxas moderadoras por funcionário e/ou o nº de episódios de consulta por fundonário (solicitar listagem ao GGS).	Baixa 2	Pequeno 2	Risco Moderado 4	
6. Recebimento de taxas moderadoras: risco de entrega de valores incorretos ao Serviço de Gestão Financeira (SGF).	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.)	Baixa 2	Pequeno 2	Risco Moderado 4	No decorrer do ano 2020, ocorreram diversos confinamentos, o que originou uma quebra acentuada nos valores das taxas moderadoras, quer em consultas externas quer em urgências não COVID.
7. Anulação indevida de recibo.	Todos os recibos anulados devem ser entregues, com registo do motivo da anulação e devem constar da listagem diária extraída da aplicação SONHO enviada aos Serviços de Gestão Financeira (SGF), existência de procedimento técnico em fase de aprovação.	Baixa 2	Pequeno 2	Risco Moderado 4	
8. Cobrança indevida de taxas moderadoras (por ex.: há cobrança de taxa com emissão de 2ª via).	Limitar o acesso a 2ªs. vias por parte dos secretariados clínicos das consultas e urgências.	Baixa 2	Pequeno 2	Risco Moderado	
9. Extravio de bens pertencentes aos utentes e à guarda do HDFF, EPE.	Elaboração de procedimentos escritos para a salvaguarda de espólio de utentes; Divulgação formal junto dos profissionais envolvidos nos procedimentos escritos existentes sobre cada tarefa.	Baixa 2	Pequeno 2	Risco Moderado 4	Durante o ano 2020, não foram reportadas extravio de bens pertencentes a utentes.
10. Inadequação do perfil técnico e comportamental ao exercício de funções.	Formação contínua; partilha de conhecimentos, experiências e informação técnica; acompanhamento personalizado pela Responsável do SGD.	Baixa 2	Pequeno 2	Risco Moderado 4	Com o declarar da pandemia, algumas atividades foram suspensas, nomeadamente as formações contínuas.
11. Quebra do dever de sigilo e de outros deveres funcionais e valores, tais como a integridade, responsabilidade, imparcialidade e prossecução do interesse público.	Declaração, assinada pelos Assistentes Técnicos, de leitura dos Direitos e Deveres previstos na Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas (Lei 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."	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	Em 2020, apesar da situação pandémica, todos os funcionários afetos ao SGD cumpriram com os seus deveres de sigilo, bem como outros deveres e valores funcionais.

Dr.ª Margarida Cunha - Responsável

j) Serviço de Gestão de Recursos Humanos

Riscos identificados no Serviço	Medidas preventivas a adotar para cada risco identificado 2019/2020	Probabilidade de Ocorrência (2020)	Impacto no Serviço e/ou HDF (2020)	Avaliação do Risco 2020	Resultados obtidos em 2020 das medidas preventivas adotadas
1. Falsa informação de dados dos trabalhadores que integram o mapa de pessoal e dos trabalhadores a contratar.	* Verificação individual sistemática dos documentos comprovativos da habilitação profissional e da sua validade efetuados de forma cíclica de acordo com o grupo profissional. * Caso existam dúvidas solicitar a validação das Ordens Profissionais. Os RH Amostragem.	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	<p>0 Das auditorias internas efetuadas pelo próprio Serviço, não se tem verificado irregularidades - 0%.</p> <p>1) A prévia seleção (a través de bolsa de recrutamento e/ou proced. concursual) que se visa cumprir os princípios legais como (publicidade, legalidade, igualdade, boa-fé...) bem como a fundamentação das decisões de todos os intervenientes, cfr. n.º 1 do art.º 29.º do Decreto-lei n.º 118/2017, de 10.02., fiscaliza ab initio a eventualidade da apresentação por parte dos candidatos de documentos de habilitação profissional e/ou académicos falsos ou duvidosos podendo terminar na sua não admissão/contratação;</p> <p>2) A simples apresentação de documentos de habilitação falsos ou duvidosos será reportada à respetiva Ordem Profissional, se for o caso.</p>
2. Não apresentação de documentos de habilitação profissional e/ou apresentação de documentos de habilitação falsos e/ou fora de prazo.					
3. Possibilidade de registo incorreto e falta de registo de informação de assiduidade (por exemp. processamento de faltas como justificadas indevidamente).	Obrigatoriedade legal de registo biométrico, no Ministério da Saúde. * O processamento é efetuado com base nas ausências declaradas e nas presenças que constam de escala validada e fechada, na aplicação "Gestão de Horários". * O controlo é sempre pelos responsáveis e pelos RH quando do processamento das remunerações em que é validada a assiduidade; No ficheiro das escalas caso ocorra uma não conformidade o sistema alerta. * O risco declarado passa por não existir escalas de tempos de trabalho em que não pode ser controlado o tempo de trabalho/assiduidade bem como posteriores alterações necessárias.	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	<p>0 A aplicação informática da assiduidade "Gestão de Horários", a vigorar no HDF, tem vindo a funcionar como um fator de maior controlo da assiduidade, até porque a obrigatoriedade de colocar em escala a publicar, os horários e respetivos tempos de trabalho a funcionar para todos os serviços resulta, num maior controlo da assiduidade e dos tempos de trabalho.</p> <p>1) No entanto, vários Serviços ainda não possuem escala publicada, para se poder aferir a eficácia destes procedimentos, possibilitando a comparação do registo biométrico com os tempos de trabalho.</p>
4. Controlo indevido do trabalho suplementar/extra e respetivos descansos semanais, trabalho em dias de descanso semanal, complementar e feriados	* O trab. extra/suplementar é previamente autorizado pelo CA, posteriormente a verificação do n.º de horas trabalhadas e 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.	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	<p>0 O processamento e pagamento do trab. suplementar, continua a não demonstrar irregularidades, com exceção do trab. extra não validado previamente - 0%;</p> <p>1) Existe autorização e orçamentação (encargos) prévios para todo o trabalho suplementar a realizar, à exceção do que surge pontualmente;</p>
5. Controlo inadequado das escalas (turnos).	* As escalas (turnos) e horários tem obrigatoriedade de serem publicadas mensalmente, aquando da sua elaboração. As alterações ocorridas devem 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.	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	<p>0 Face à epidemia de SARS -CoV-2 e a evolução da doença COVID-19 os profissionais de saúde foram obrigados a deslocar-se de serviço em serviço, impedindo um normal funcionamento das escalas, considerando que a resposta era necessária ao dia, à semana, ou seja, conatante a adequação às necessidades.</p>
6. Faltas, férias e licenças em desconformidade legal: 6.1. Atribuição de dias de férias em número superior ao que o trabalhador tem direito, aquando da elaboração do Mapa de férias.	* Todas as informações sobre faltas, férias e licenças são tratadas no âmbito da sua fundamentação legal; 1.º Control: Os RH vão iniciar ao processo de férias inserindo o n.º de dias de férias correspondente cada trabalhador; * Os Responsáveis de Serviço abrem Plano de Férias no aplicativo "Gestão de Horários", planeiam e marcam as respetivas férias indo a aprovar ao superior hierárquico no âmbito do CA; 2.º Control: O superior hierárquico remete o Plano de Férias novamente para os RH que validam e remetem novamente para aprovação final pelo CA.	Baixa 2	Pequeno 2	Risco Moderado 4	<p>0 No ano de 2020 devido à Pandemia COVID 19, grande parte dos períodos de férias aprovados foram alterados, suspensos por via legal e em termos finais não gozados;</p> <p>1) Dado os vários estados de emergência pública foi permitido o gozo excecional e acumulado de férias para o(s) ano(s) seguinte(s), não sendo assim, possível implementar qualquer medida preventiva que se justificasse.</p>
7. Possibilidade de existir acumulação de funções que coincidam com os tempos de trabalho do horário do/a trabalhador/a.	* Cíclicamente o Conselho de Administração dá conhecer (Circular de CA) a obrigatoriedade de que os trabalhadores devem requerer e possuir autorização/conhecimento superior, para os pedidos de acumulação de funções, que pretendem fazer (comunicando o n.º de horas, as entidades e honorários). Amostragem.	Possível 3	Grande 4	Risco Alto 12	<p>0 Tem-se registado que grande dos profissionais de saúde, principalmente médicos símca lizados, beneficiam de um regime mais favorável já que apenas têm que entregar uma declaração, sob compromisso de honra, em como não efetuam atividade de privada suscetível de ser considerada incompatível (Cláusula 8.ª do Acordo Coletivo de Trabalho). Este regime "simplificado" apenas se aplica caso a atividade privada seja exercida em regime liberal, se existin não for, as exigências são iguais as que são pedidas ao médico não sindicalizado. 1) Basta a mera apresentação à entidade empregadora pública de compromisso de honra de que por esse motivo não resulta qualquer condição de incompatibilidade"</p>
8. Ausência de regras gerais que determinem a rotatividade dos elementos que compõem os júris: 8.1. Ausência ou deficiente fundamentação dos atos de seleção e avaliação de pessoal; 8.2. Utilização da contratação a termo, prestações de serviços para satisfação de necessidades permanentes dos Serviços/Hospital.	* Procedimentos concursais realizados nos termos do "Manual de Procedimentos Administrativos e Contabilísticos", IRCTs 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.	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	<p>0 Dos procedimentos concursais realizados não se tem verificado inconformidades, até porque a maioria das carreiras profissionais existentes no setor da Saúde, encontram-se já devidamente regulamentadas por instrumentos de Regulamentação Coletiva de Trabalho (RCT's), designadamente os procedimentos concursais;</p> <p>1) Todos os grupos profissionais existentes no Hospital, possuem Bolsas de Recrutamento que é obrigatório promover no cumprimento dos princípios da legalidade, igualdade e de adequação dos profissionais aos postos de trabalho a preencher/prover, cfr. n.º 1 do art.º 29.º do Decreto-lei n.º 118/2017, de 10.02.</p> <p>2) A rotatividade dos membros dos júris é cumprida dentro da oferta de profissionais existente de forma a poder serem assegurados os princípios da legalidade, imparcialidade entre outros.</p>
9. Incumprimento das orientações emanadas do CCA: 9.1. Não controlo da adequação dos objetivos e competências contratualizados; 9.2. Registo incorreto dos pontos resultantes das avaliações de desempenho (SIADAP 3).	* Monitorização e controlo por parte de uma comissão, da aplicação do SIADAP, designadamente na elaboração dos objetivos e acompanhamento circunstanciado do cumprimento ou superação dos mesmos; * Definição prévia (ciclo avaliativo) pelo CCA de mais 60% dos objetivos e competências a utilizar pelos avaliadores e avaliados; * Controlo final do processo a realizar pelo Conselho de Administração e pelo CCA; * Em termos finais, igualmente as reclamações dos trabalhadores visados.	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	<p>0 No biénio 2019/2020, o CCA nas suas orientações dadas a conhecer a todos avaliadores/avaliados para a contratualização dos objetivos e competências, emitiu regras mais apertadas de controlo e monitorização, tais como:</p> <p>1) O SIADAP passou ser efetuado via <i>on line</i>, através da aplicação GeADAP.</p> <p>2) Elaborou um conjunto de objetivos e competências transversais e a contrabuzar pelas diversas carreiras;</p> <p>3) Regras e procedimentos na elaboração dos objetivos e na respetiva fundamentação, designadamente nas avaliações sujeitas a quotas;</p>
10. Processamentos indevidos e sem fundamentação legal: - Remunerações; - Abonos, Ajudas de Custo, subsídios, etc.	* Todos os processamentos de valores devem contar e tem fundamentação legal e autorização dos respetivos Responsáveis e, em termos prévios e finais do Conselho de Administração; * Os descontos CCA, 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.	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	<p>0 Por amostragem aleatória, em regime de auditoria interna - 0% de taxa de erros.</p> <p>1) O processamento é efetuado e fechado a nível central pela Tuteia/ACSS e SPMS, Acresce, que a sua preparação é realizada pelos RH, e a posterior validação pelos Serviços Financeiros do Hospital, aquando da fase de pagamento aos trabalhadores do HDF.</p>
11. Ausência ou deficiente fundamentação dos pareceres pedidos: 11.1. Utilização de critérios com excessiva margem de discricionariedade; 11.2. Interpretação discricionária e abusiva da legislação aplicável.	* O controlo da fundamentação, nos termos da legislação aplicável, é validada pelo Conselho de Administração com sustentação legal, boas práticas e apoio jurídico superior. * A reclamações e não concordância dos destinatários requerentes balizarão as eventuais não conformidades.	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	<p>0 Das eventuais "reclamações" rececionadas não se produziram falta de fundamentação, uso excessivo de discricionariedade e interpretação abusiva da lei.</p>

Dr.ª Olinda Rocha - Coordenadora

SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA (SAI)

k) Serviço de Gestão Financeira

Riscos identificados no Serviço	Medidas preventivas a adotar para cada risco identificado 2019/2020	Probabilidade de Ocorrência (2020)	Impacto no Serviço e/ou HDFE (2020)	Avaliação do Risco 2020	Resultados obtidos em 2020 das medidas preventivas adotadas
1. Prescrição da faturação, p.ex: com as companhias de seguros, a cobrança prescreve ao fim de 3 anos.	Verificação dos episódios que prescrevam no prazo de 6 meses e insistir novamente na cobrança.	Possível 3	Moderado 3	Risco Moderado 6	No ano de 2020, apesar das várias tentativas junto das companhias de seguros a solicitar o pagamento de faturas em atraso, quer através da Plataforma FHS quer através de ofícios enviados, ainda não obtivemos resposta a todos os pedidos efetuados.
2. Emissão de faturação fora do prazo.	Análise periódica dos episódios por faturar e o tratamento/correção, atempadamente, da informação registada na aplicação SONHO.	Possível 3	Moderado 3	Risco Moderado 6	Em 2020 ainda existem episódios por faturar fora do prazo, embora o montante não seja materialmente relevante.
3. Desvio de fundos podendo assumir duas formas: a) o NIB não corresponder à instituição/empresa correta; b) transferência/pagamento do valor diferente do autorizado.	Minimizar valor das disponibilidades em caixa; Controlo periódico do caixa; Utilização de "senhas" para acesso aos sistemas informáticos, incluindo <i>homebanking</i> .	Baixa 2	Pequeno 2	Risco Moderado 4	Em 2020, não se verificou nenhuma situação de desvio de fundos, quer pelo NIB não corresponder à instituição/empresa correta quer por transferência/pagamento do valor diferente do autorizado.
4. Apropriação indevida de valores em numerário.	Segregação de funções; reconciliação bancária; cruzamento da informação entre quem recebe e quem emite a guia de receita; o caixa é conferido diariamente.	Baixa 2	Pequeno 2	Risco Moderado 4	Durante 2020, não existiu apropriação indevida de valores em numerário.
5. Faturas por cobrar há muito tempo fora do SNS.	Entregar as faturas por cobrar ao Gabinete Jurídico, de modo a atuar judicialmente antes da sua prescrição e provisionar quaisquer valores incobráveis.	Baixa 2	Pequeno 2	Risco Moderado 4	No ano 2020, as faturas por cobrar há muito tempo fora do SNS foram apenas as situações de utentes sem n.º de SNS que não regularizaram, no ato de admissão à urgência, as suas cobranças. Posteriormente, quando o HDFE, EPE pretende efetuar a cobrança dos valores devidos, depara-se com moradas não atualizadas ou incompletas, originando a impossibilidade de cobrança.
6. Faturas (de fornecedores) que se encontrem pendentes de validação noutros serviços.	Atempadamente deverá ser efetuada a validação das faturas pelos serviços responsáveis. Caso não seja possível a validação atempada deverá ser enviada aos SGF o valor das mesma, para que seja efetuada a estimativa, dentro do mês a que se refere.	Baixa 2	Pequeno 2	Risco Moderado 4	Durante o ano 2020, o PT que definiu as conferências e os prazos para entrega no Serviço de Aprovisionamento (APR) foi eficaz, tendo sido mínimo o n.º de documentos que não chegaram atempadamente ao APR.
7. Incumprimento da Lei dos Compromissos e Pagamento em Atraso.	Garantir que toda a despesa tenha compromisso associado; Garantir a existência de Fundos Disponíveis para os compromissos assumidos.	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	O ano 2020 foi atípico, devido à pandemia verificada mundialmente. Tal surto originou elevado montante de aquisições de EPI's e investimento realizado, tendo sido impossível garantir a existência de fundos disponíveis para os compromissos assumidos.

Dr.ª Eduarda Rola - Responsável

SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA (SAI)

I) Serviço de Higiene e Segurança no Trabalho

Riscos identificados no Serviço	Probabilidade de Ocorrência 2019/2020	Impacto no Serviço e/ou HDFF 2019/2020	Avaliação do Risco 2019/2020	Medidas preventivas a adotar para cada risco identificado 2019/2020	Probabilidade de Ocorrência (2020)	Impacto no Serviço e/ou HDFF (2020)	Avaliação do Risco 2020	Resultados obtidos em 2020 das medidas preventivas adotadas
1. Recursos Humanos: - Falta de RH para auxiliar no cumprimento dos objetivos estabelecidos para o SHST.	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.	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	Mantém-se o risco. Não foi possível dotar o Srvço de Profissionais em número desejável.
2. Abuso de poder na organização Interna do SHST: - Falta de hierarquia no SHST; - Sobrepoê-se as competências e a responsabilidade do Responsável com a do Técnico Superior do SHST.	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.	Alta 4	Grande 4	Risco Crítico 16	Mantém-se o risco. Não foram promovidas das medidas propostas.

Dr.ª Célia Morais - Responsável pelo preenchimento

SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA (SAI)

m) Serviço de Instalações e Equipamentos

Riscos identificados no Serviço	Medidas preventivas a adotar para cada risco identificado 2019/2020	Probabilidade de Ocorrência (2020)	Impacto no Serviço e/ou HDFF (2020)	Avaliação do Risco 2020	Resultados obtidos em 2020 das medidas preventivas adotadas
1. Avaliação de projetos técnicos elaborados por especialistas externos.	Assegurar que os concorrentes não tenham qualquer tipo de envolvimento, direto ou indireto, na elaboração das peças de um procedimento de uma empreitada de obra pública; Assegurar a transparência das cláusulas técnicas do caderno de encargos de uma empreitada de obra pública.	Alta 4	Grande 4	Risco Crítico 16	Em 2020, elaborou-se o projeto da eficiência energética, dando início às obras da envolvente exterior do Serviço de Medicina Interna e <i>retrofitting</i> da iluminação interior do HDFF e por último, a execução do novo Bloco Operatório.
2. Dificuldades no acompanhamento dos prazos de garantias das empreitadas e equipamentos, assim como na execução de penalidades nos contratos de prestação de serviços e empreitadas.	Definição de funções específicas em termos de acompanhamento e avaliação de equipamento; Validação pelos Serviços Jurídicos da adequação de uma minuta pré-definida ao procedimento em questão; Assegurar a correta fundamentação de trabalhos de natureza imprevista, "trabalhos a mais", caso existam, justificando que estes não podem ser tecnicamente separáveis do objeto do contrato sem inconvenientes graves para o dono de obra, ou embora separáveis, sejam estritamente necessários à conclusão da obra; Realizar vistoria para efeitos de receção provisória e definitiva em consonância com os pressupostos definidos na legislação atual e em vigor.	Baixa 2	Pequeno 2	Risco Moderado 4	Durante o ano 2020, relativamente à complexidade das empreitadas referidas no ponto 1, a fiscalização foi adjudicada a empresas externas.
3. Acompanhamento e monitorização de prestação de serviços.	Assegurar a qualidade e quantidade dos serviços prestados. (SCI - Verificação e avaliação mensal das diversas prestações de serviços.)	Baixa 2	Pequeno 2	Risco Moderado 4	Em 2020, a implementação de uma aplicação informática (GHAF - Módulo Manutenção) permite a monitorização contínua.
4. Adequação dos materiais e equipamentos a adquirir.	Rubrica do coordenador em todos os pedidos do SIE; Na escolha dos equipamentos estará sempre envolvido os SIE.	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	Durante o ano 2020, a rubrica do coordenador passou a ser validada, através da aplicação implementada.
5. Contribuir para que o equipamento existente coincida com o equipamento registado no Imobilizado (Ativos fixos).	Verificação se na aplicação informática (GHAF), o equipamento existente no HDFF tem nº de imobilizado; Sempre que um equipamento vai para reparar, verificar o nº de imobilizado; Verificar se o serviço que solicita uma reparação é o detentor do equipamento; Avisar o património de todas as discrepâncias encontradas para regularização.	Baixa 2	Pequeno 2	Risco Moderado 4	No ano 2020, o Serviço foi dotado de um Assistente Técnico com perfil adequado para esta tarefa.
6. Não atualização dos cadastros dos equipamentos.	Periódicamente analisar e atualizar o cadastro dos equipamentos.	Baixa 2	Pequeno 2	Risco Moderado	Este ponto encontra-se interrelacionado com outros Serviços.

Eng. Vitor Ribeiro - Responsável

SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA (SAI)

n) Serviço Social

Riscos identificados no Serviço	Medidas preventivas a adotar para cada risco identificado 2019/2020	Probabilidade de Ocorrência (2020)	Impacto no Serviço e/ou HDFF (2020)	Avaliação do Risco 2020	Resultados obtidos em 2020 das medidas preventivas adotadas
1. Possibilidade de um elemento do Serviço Social ser vítima de violência física, psicológica/emocional por parte de um utente e/ou familiar deste, consequência da insatisfação com os resultados e/ou negação de alguma situação económico-social.	Quando existir algum utente ou familiar que seja mais conflituoso, solicitar a presença de outro elemento do Serviço Social para estar presente nas reuniões.	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	Durante o ano 2020, existiram 3 situações do Profissional do Serviço Social ter sido vítima de violência física, psicológica/emocional por parte de um utente e/ou familiar que originou a presença de outro Profissional do Serviço.
2. Informação do utente necessária para elaboração de diagnóstico/relatório social, não ser entregue ou enviado atempadamente pelo profissional de saúde.	Alertar com alguma antecedência para a importância da informação por parte do profissional de saúde.	Baixa 2	Pequeno 2	Risco Moderado 4	Resultado positivo para o Serviço e para o HDFF.
3. Incumprimento de prazos legais relativos a não possuir relatórios sociais completos e finalizado.	Alertas com o terminus dos prazos a cumprir.	Muito Baixa 1	Insignificante 1	Risco Pequeno 1	Resultado bastante positivo para o Serviço e para o HDFF.
4. Incumprimento de prazos de entrega de respostas das audições internas (reclamações/exposições) dirigidas aos profissionais do HDFF, EPE e outras entidades.	A entrega em mão da audição interna a responder ao profissional do HDFF, EPE e a outras entidades e, posteriormente a insistência relativamente ao prazo de entrega da resposta.	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	Em 2020, existiram 105 audições internas, das quais 10 foram morosas devido ao n.º de intervenientes envolvidos nas audições.

Dr.ª Sandra Jasmíns - Responsável

SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA (SAI)

o) Serviços Farmacêuticos

Riscos identificados no Serviço	Medidas preventivas a adotar para cada risco identificado 2019/2020	Probabilidade de Ocorrência (2020)	Impacto no Serviço e/ou HDFF (2020)	Avaliação do Risco 2020	Resultados obtidos em 2020 das medidas preventivas adotadas
1. Acesso indevido às instalações e desvio de produtos farmacêuticos.	1. Nos Serviços Farmacêuticos (SF) o acesso está restringido a pessoas autorizadas; 2. São feitas auditorias periódicas à quantidade de estupefacientes e psicotrópicos armazenados nos Serviços Farmacêuticos, nos Serviços de Internamento e Consultas Externas, com a colaboração existente entre Enfermeiros Chefes e uma Farmacêutica do HDFF, EPE; 3. No inventário anual dos SF, a Auditora Interna do hospital ou outro auditor externo assistem à contagem.	Muito Baixa 1	Pequeno 2	Risco Pequeno 2	Em 2020, apesar das condições verificadas na pandemia, o risco identificado foi mínimo, não se tendo verificado quaisquer ocorrências anómalas. 1. O SF tem acesso restrito com o fecho das portas à chave. Apesar de ter sido solicitado um sistema digital de fácil abertura, para as 2 portas das salas de distribuição, a fim de agilizar a grande mobilidade dos colaboradores, ainda não foi possível a sua aquisição. Refira-se no entanto que no âmbito do Covid os circuitos foram alterados; 2. Medida cumprida em parte devido às condicionantes do Covid. Houve colaboração com as equipas de Auditoria Interna do GQGR, em algumas auditorias aos Serviços Clínicos; 3. O Auditor Externo João Maltês esteve presente, durante um período de tempo, nas contagens do Inventário dos SF. A Auditora Interna esteve ausente dado se encontrar em teletrabalho.
2. A aplicação informática (GHAF) que suporta a contratação, as compras, o desempenho e a gestão dos fornecedores é desadequada e deficiente.	A aplicação informática (GHAF) é atualizada periodicamente de acordo com as necessidades.	Muito Baixa 1	Pequeno 2	Risco Pequeno 2	No início de 2020 a enfermagem iniciou o registo da administração de medicamentos online, na aplicação GHAF. Foram ainda feitas várias atualizações pontuais ao longo do ano para melhoria da aplicação.
3. Favorecimento de fornecedores por membros de comissões, de grupos de trabalho, de Júris de procedimento précontratuais, avaliação, emissão de normas e orientações de caráter clínico, elaboração de formulários nas áreas do medicamento.	Assinatura de declarações de inexistência de incompatibilidades, nos termos do artigo nº 4 do decreto Lei nº 14/2014 de 22 de janeiro.	Muito Baixa 1	Pequeno 2	Risco Pequeno 2	Em 2020 foram preenchidas as declarações de inexistência de incompatibilidades e publicadas no site do HDFF, EPE.
4. Desperdício de medicamentos por prazo de validade expirado, pela: a) ineficiência na gestão operacional; b) implementação dos sistemas de dispositivos de segurança dos medicamentos, prevista para o ano de 2019 (Regulamento Delegado (UE) 2016/161, de 2 de outubro de 2015 e Circular do Infarmed N.º 020/CD/100.20.200 Data: 28/01/2019).	4. a) Avaliação e gestão dos prazos de validade, através de listagens retiradas do GHAF, com 3 meses de antecedência.	Baixa 2	Pequeno 2	Risco Moderado 4	São retiradas listagens do GHAF, com 3 meses de antecedência, a fim de se conseguir uma gestão o mais eficiente possível dos prazos de validade. Atualmente nem sempre é possível a obtenção de créditos por PV terminado, como ocorria anteriormente, uma vez que os fornecedores argumentam não ser possível dada a nova legislação dos sistemas de dispositivos de segurança dos medicamentos. Esta situação repercute-se em prejuízo para as Instituições. Prevê-se no entanto resultados com maior desperdício de medicamentos devido a diplomas legais no âmbito da Covid que impunham um aumento de aquisição de medicamentos como medida de prevenção.
5. Erro na introdução do lote e prazo de validade no sistema informático.	Atualização/conferência da informação aquando do inventário anual das existências em armazém e/ou sempre que detetado aquando do registo de saídas.	Baixa 3	Pequeno 2	Risco Moderado 6	Em 2020 as medidas cumpridas. Com a criação do armazém avançado do Hospital Dia- Quimioterapia qualquer erro na introdução do lote é detetada obrigando a correção imediata o que se traduz numa medida de segurança. Contudo se se detetar um engano no registo existe um controlo corretivo, com elaboração de um novo inventário do artigo em causa.
6. Desatualização do registo dos dispositivos médicos conforme a legislação em vigor (falta de CDM/NPDM).	Atualização da informação aquando da realização dos procedimentos de aquisição dos produtos.	Muito Baixa 1	Pequeno 2	Risco Pequeno 2	Caso haja alguma falha na introdução dos CDM/NPDM será detetada e atualizada no momento da elaboração dos procedimentos de aquisição.

Dr.ª Teresa Pereira - Diretora Serviço

SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA (SAI)

p) Serviços Gerais

Riscos identificados no Serviço	Medidas preventivas a adotar para cada risco identificado 2019/2020	Probabilidade de Ocorrência (2020)	Impacto no Serviço e/ou HDFF (2020)	Avaliação do Risco 2020	Resultados obtidos em 2020 das medidas preventivas adotadas
1. Recusa de cooperação: - Os trabalhadores do SG recusarem cumprir as tarefas não programadas.	Aumentar a rotatividade do pessoal afeto aos SG.	Alta 4	Grande 4	Risco Crítico 16	Em 2020 a situação de recusa de cooperação manteve-se e a previsão no futuro irá continuar igual.
2. Alteração dos Instrumentos de Gestão por: - Falta de critérios de valorização para contratação de fornecedores externos; - Inexistência de avaliação de fornecedores externos, tendo em conta, sempre que possível os critérios ambientais.	Sensibilização para necessidade de contratação de fornecedores externos, não apenas com recurso ao preço. a) Inclusão de critérios de valorização qualidade-preço ou custo benefício; b) Majoração da classificação dos critérios ambientais como forma de desempate e de equilíbrio com os critérios definidos em a).	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	Mantém-se o risco. Apesar de se verificar a inclusão de medidas diferenciadoras para a seleção de fornecedores, por exemplo as previstas na RCM 141/2018, por questões não exclusivas do HDFF,EPE., o preço continua ter um peso na ponderação muito elevado.
3. Usurpação de funções na organização interna do Serviço, por: - Inexistência de circuitos de informação interna; - Não existir funções e responsabilidades descritas.	Criação de mecanismos que promovam o respeito pela hierarquia e capacite os gestores para a tomada de decisão. a) Criação de canais de comunicação claros e inequívocos; b) Garantir a existência de uma descrição de funções e responsabilidades objetiva em todos os níveis hierárquicos.	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	A progressão e desenvolvimento do Serviço criou, por si, respeito interno e externo que permitiu reduzir probabilidade e impacto do risco.
4. Abuso de poder nos recursos humanos, que se traduz nas ordens internas dos outros serviços para com os trabalhadores afetos aos SG, originando a alteração permanente do planeamento semanal dos RH.	Promover o respeito pela hierarquia, para que o SG não tenha que voltar a planear as tarefas diárias dos seus trabalhadores face às exigências externas.	Alta 4	Grande 4	Risco Crítico 16	Em 2020, o risco manteve-se e perdura há anos.
5. Ineficácia do controlo interno do Serviço, que poderá originar suborno, através da tentativa de obtenção de vantagem individual dos colaboradores internos ou externos com determinados grupos.	Criação de estratégias de controlo dos compromissos de fornecedores e colaboradores. Adequação dos programas de contratualização à monitorização de e para os resultados do Serviço.	Baixa 2	Pequeno 2	Risco Moderado 4	Foram estabelecidos canais de comunicação mais eficientes com as empresas externas de forma a otimizar o desempenho e a satisfação de necessidades dos Serviços. O Serviço promoveu a aproximação entre os indicadores de Gestão da Qualidade e os indicadores de Contratualização, uniformizando o discurso no grupo para o alcance dos objetivos internos.

Dr.ª Célia Morais - Responsável

SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA (SAI)

q) Unidade de Nutrição e Dietética

Riscos identificados no Serviço	Medidas preventivas a adotar para cada risco identificado 2019/2020	Probabilidade de Ocorrência (2020)	Impacto no Serviço e/ou HDFE (2020)	Avaliação do Risco 2020	Resultados obtidos em 2020 das medidas preventivas adotadas
1. Requisições fraudulentas de refeições e suplementos alimentares.	Realização de auditorias internas ao processo de requisição de refeições e suplementos alimentares.	Possível 3	Insignificante 1	Risco Pequeno 3	Não foram detetadas ocorrências de requisições fraudulentas nas auditorias internas efetuadas ao processo de requisição de refeições e suplementos alimentares
2. Conspuração/adulteração intencional de géneros alimentares.	Realização de análises de rastreio microbiológico de forma preventiva, com periodicidade mensal; Análise microbiológica de amostras testemunha sempre que se evidencie a necessidade.	Baixa 2	Pequeno 2	Risco Moderado 4	Foram efetuadas 24 análises de rastreio microbiológico no decurso de 2020, com frequência mensal. Resultados: - 12 amostras de alimentos: 10 resultados Conformes; 2 resultados Não conformes; - 6 amostras colhidas de superfícies e utensílios: 5 resultados Conformes; 1 resultado Não conforme; - 6 amostras colhidas de manipuladores: 5 resultados Conformes; 1 resultado Não conforme.

Dr. Paulo Mendes - Nutricionista

CONCLUSÃO

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

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

O presente relatório pretende aferir o cumprimento das medidas a adotar, apresentadas no ano 2020, bem como refletir acerca do grau de eficácia e adequação na entidade hospitalar, e assim, ainda se pretende alargar e também, adequar a mais Serviços/Gabinetes pertencentes à estrutura orgânica do HDFF, EPE, nomeadamente aos Serviço Clínicos.

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

Figueira da Foz, 21 de abril de 2021]