

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

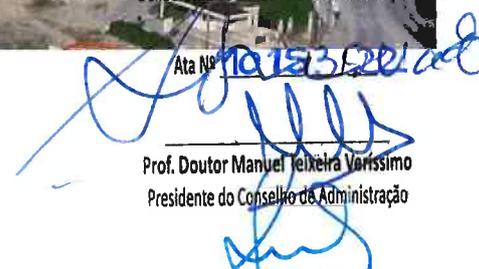


**2021**

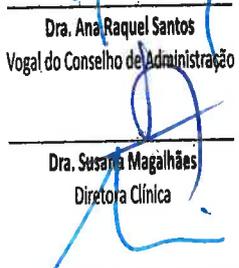
Aprovado em Conselho de Administração no dia 15 março de 2022

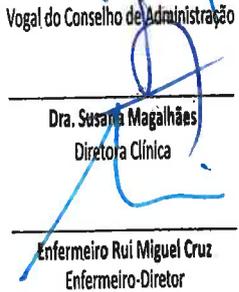
Deliberação do Conselho de Administração

Ata Nº 10/15/2022

  
Prof. Doutor Manuel Teixeira Varissimo  
Presidente do Conselho de Administração

  
Dra. Ana Raquel Santos  
Vogal do Conselho de Administração

  
Dra. Susana Magalhães  
Diretora Clínica

  
Enfermeiro Rui Miguel Cruz  
Enfermeiro-Diretor

## Índice

INTRODUÇÃO.....	3
I. Metodologia .....	6
II. Grau de Colaboração .....	6
III. Resultados obtidos e evidências.....	6
a) Conselho de Administração .....	7
b) Serviço de Auditoria Interna .....	8
c) Comissão da Qualidade e Segurança do Doente / Gabinete da Qualidade e Gestão de Risco ...	9
d) Gabinete de Formação Contínua e Biblioteca .....	10
e) Gabinete de Comunicação e Imagem .....	11
f) Serviço de Ortopedia.....	12
g) Especialidades Médicas .....	14
j) Anestesiologia.....	16
k) Unidade Funcional: Cirurgia do Ambulatório .....	18
l) Unidade Funcional: Hospital de Dia.....	20
m) Bloco Operatório.....	22
h) Serviços Farmacêuticos.....	24
i) Unidade de Nutrição e Dietética.....	25
j) Serviço Social e Gabinete do Cidadão .....	26
k) Serviço de Gestão de Doentes.....	27
l) Serviço de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho.....	28
m) Serviço de Gestão Financeira .....	29
n) Serviço de Aprovisionamento .....	30
o) Serviço de Gestão de Recursos Humanos .....	31
p) Serviços Gerais .....	33
r) Serviços de Instalações e Equipamentos.....	34
s) Gabinete de Gestão de Sistemas de Informação .....	35
t) Gabinete Jurídico e Contencioso .....	36
u) Gabinete de Planeamento e Controlo de Gestão.....	37
CONCLUSÃO.....	39

## **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 Direção-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 órgãos dirigentes máximos das entidades gestoras de dinheiros, valores ou património públicos, seja qual for a sua natureza, administrativa ou empresarial, de direito público ou de direito privado, devem publicitar no sítio da respetiva entidade na INTERNET o PLANO DE PREVENÇÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS.*" E o ponto II. Mencionava que "*as entidades que estão em atraso na elaboração dos planos respectivos devem, no prazo de 30 dias a contar da publicação desta Recomendação no Diário da República, indicar ao Conselho de Prevenção da Corrupção a data da sua previsível aprovação ou, se for caso disso, justificar as razões do seu não acolhimento.*"

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Não obstante, o Relatório de Execução do Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PGRIC) para 2021 exposto neste documento, evidência os resultados obtidos, de acordo com as medidas preventivas adotadas, para os riscos identificados por atividades, nos vários serviços do HDFP, EPE, nomeadamente:

- Conselho de Administração;
- Serviço de Auditoria Interna;
- Comissão da Qualidade e Gestão do Doente/Gabinete da Qualidade e Gestão de Risco;
- Gabinete de Formação Contínua e Biblioteca;
- Gabinete de Comunicação e Imagem;
- Serviço de Ortopedia;
- Especialidades Médicas;
- Serviço de Anestesiologia;
- Unidade funcional: Cirurgia de Ambulatório;
- Unidade funcional: Hospital de Dia;
- Consulta Externa;
- Bloco Operatório;
- Serviços Farmacêuticos;
- Unidade de Nutrição e Dietética;
- Serviço Social e Gabinete do Utente;
- Serviço de Gestão de Doentes;
- Serviço de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho;
- Serviço de Gestão Financeira;
- Serviço de Aprovisionamento;
- Serviço de Gestão de Recursos Humanos;
- Serviços Gerais;
- Serviço de Instalações e Equipamentos;
- Gabinete de Gestão de Sistemas de Informação;
- Gabinete Jurídico e Contencioso;

- Gabinete de Planeamento e Controlo de Gestão.

## **I. Metodologia**

O PGRIC para 2021/2022 foi efetuado com a participação dos serviços e respetivos Diretores e 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/Unidade Funcional/Gabinete foram definidas medidas a adotar para colmatar esses riscos.

A metodologia adotada para a realização do Relatório de Execução de 2021 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 (PGRIC) para 2021/2022, a necessidade de efetuar o Relatório de Execução de 2021. Assim, cada Serviço/Unidade Funcional/Gabinete deveria referir os resultados obtidos em 2021 relativamente às medidas adaptadas, nos respetivos riscos identificados;
2. Os Serviços mencionados no Plano enviaram os resultados obtidos do ano de 2021, 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/Unidade Funcional/Gabinetes responderam na sua totalidade, aos resultados obtidos no ano 2021, 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 2021.

SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA (SAI)

a) Conselho de Administração

Riscos Identificados no CA 2021-2022	Probabilidade de Ocorrência 2021-2022	Impacto no Serviço e/ou HDF	Avaliação do Risco 2021/2022	Ações (medidas preventivas) a adotar para cada risco identificado	Resultados Obtidos em 2021 das medidas preventivas adotadas
<p>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 interesses ou não cessação imediata das funções em caso superveniente deste.</p>	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	<p>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 sargões em caso de violação dos normativos legais. O cumprimento do DL nº133/2013, de 3 de outubro (RISPE) e do DL nº18/2017, de 10 de fevereiro [Estatutos dos JPO's, H, CH, EPE's].</p>	<p>Em 2021, 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.</p>
<p>2. Conflito de interesses: Tratamento privilegiado de pessoa ou pessoas; Favorecimento de concorrente a procedimento, no qual o dirigente, chefe ou trabalhador, seu familiar ou amigo tenha algum interesse na adjudicação, execução do contrato, na tramitação do processo ou na tomada de decisão. Prejuízo de uma pessoa na tramitação de processos, na tomada de decisão ou na execução do contrato.</p>	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	<p>Existir uma política de sargões, 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 (RISPE), 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 - RISPE) e estas enviadas para a DGTI.</p>	<p>Os Gestores Públicos, em 2021, solidaram ao IGF, senhas de acesso para preenchimento integral do formulário sobre deveres de comunicação e informação por parte destes, de modo a existir uma declaração que evidencie ou não qualquer 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 e 40 RISPE).</p>
<p>3. Omissões: 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.</p>	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	<p>Existência de mecanismos legais para prevenção e repressão em caso de incumprimento. Existir uma política de sargões, 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.</p>	<p>Durante o ano de 2021, não existiram fisco associadas 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 HDF, E.P.E (atualizado em 23/09/2020 e aprovado em Conselho de Administração, a 23/09/2020 - Ata n.º 38).</p>
<p>4. Dever de sigilo: Divulgação, de informação interna e/ou confidencial que não deve ser tomada do conhecimento público, a ex-funcionários do HDF, 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 HDF, EPE. Utilização de dados dos sistemas de informação para fins privados ou outros.</p>	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	<p>Sujeição de todos os trabalhadores e colaboradores ao dever legal de sigilo. Existir uma política de sargões, 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 HDF, EPE que se encontra em vigor.</p>	<p>Em 2021, não existiu qualquer informação relativa ao incumprimento do dever legal de sigilo, resultado do HDF, EPE possuir um mecanismo preventivo deste dever (Código de Conduta Ética). No HDF, EPE existe uma sensibilização contínua para a necessidade de um comportamento ético e deontológico. Existente uma política geral que recai no Código do Procedimento Disciplinar. Nas várias áreas existe um nível de acesso à informação constante nas bases de dados. No HDF existe, ainda, um procedimento de autenticação. Qualquer aplicação informática requer autorização pessoal e instrumensiva, ficando registado o respetivo acesso e/ou tentativa. Portanto, no HDF, EPE, perfeitamente existe um controlo de quem acedeu à informação arquivada.</p>
<p>5. Favorecimento: Violação dos princípios de igualdade e da proporcionalidade.</p>	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	<p>Criação de níveis de serviço que garantam que situações iguais devem ter tratamento igual. A existência de uma estrutura hierarquizada. Definição legal das responsabilidades de Dirigentes e Chefias.</p>	<p>Durante o ano 2021 foram cumpridos os princípios de igualdade e proporcionalidade.</p>
<p>6. Avaliação de desempenho: As avaliações de desempenho irregulares favorecendo ou prejudicando trabalhadores.</p>	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	<p>No âmbito do SIDAPE, 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.</p>	<p>Em 2021 foi efetuada avaliação por ponderação curricular, de alguns trabalhadores.</p>
<p>7. Assédio moral ou discriminação O assédio moral ou discriminação contra os trabalhadores, por razões pessoais, sexuais, religiosas, ideológicas ou outras.</p>	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	<p>Existência de um Regulamento Interno de Comunicação de Irregularidades.</p>	<p>Durante o ano 2021, não existiu nenhuma ocorrência, no âmbito da Comunicação de Irregularidades para ser avaliada. O HDF, EPE possui um e-mail para este tipo de eventualidades.  Membros do Conselho de Administração em funções</p>

Legenda:  
Probabilidade: Muito Alta / Alta / Possível / Baixa / Muito baixa  
Impacto: Catastrófico / Grande / Moderado / Pequeno / Insignificante

**SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA (SAI)**

**b) Serviço de Auditoria Interna**

Riscos identificados no Serviço	Probabilidade de Ocorrência 2021/2022	Impacto no Serviço e/ou HDF 2021/2022	Avaliação do Risco 2021/2022	Medidas preventivas a adotar para cada risco identificado 2021/2022	Resultados obtidos em 2021 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.	Muito Alta 5	Grande 4	<b>Risco Crítico</b> 20	Assegurar que o Plano Anual de Auditoria Interna (incluindo pelo menos 4 auditorias internas previstas por ano), o Relatório Anual de Auditoria, o Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PGRCIC) e respetivos relatórios anuais, sejam cumpridos e enviados para a ACSS, IP, DGTf, IGAS e IGF.	O ano 2021 continuou a ser um ano atípico devido à pandemia que surgiu com o Vírus COVID-19, originou que a Auditoria Interna ficasse novamente, em teletrabalho, aumentando o n.º de horas de trabalho e a produtividade nesses meses. Das 6 auditorias internas previstas no PAA 2021 só se realizaram 2.
2. Colaborar na elaboração integral do Relatório do Governo Societário que são da competência do Gabinete de Planeamento e Controlo de Gestão e do Serviço de Gestão Financeira, acumulativamente ao Plano de Auditoria Interna previsto pelo SAI e aprovado pelo CA.	Muito Alta 5	Grande 4	<b>Risco Crítico</b> 20	Certificar que esta colaboração com o GPCCG 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.	Novamente, em 2021, o SAI colaborou com o GPCCG e com o SGF na elaboração do Relatório do Governo Societário de 2020.
3. Informação não atempada quando solicitada aos Serviços para cumprir com os prazos legais.	Alta 4	Grande 4	<b>Risco Crítico</b> 16	Reenvio por e-mail a relembrar da solicitação da informação necessária, conjuntamente com contacto pessoal ou telefónico para os Serviços.	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 continuam a existir serviços que não enviam a informação atempadamente, mesmo estabelecendo um data limite. Desde 2009, que um serviço de gestão e logística toma sempre a mesma posição.
4. Ao nível do Controlo Interno falta de acompanhamento periódico dos Serviços, por parte do SAI.	Alta 4	Grande 4	<b>Risco Crítico</b> 16	Atualização de procedimentos internos (e.g. procedimentos técnicos, manual de procedimentos) e sua implementação de 3 em 3 anos.	Durante o ano de 2021, a Auditoria Interna não se deslocou para serviço algum existente no HDF, EPE devido à pandemia. No entanto, o que se pôde elaborar foi via e-mail.
5. Não existência periódica de auditorias internas de seguimento (follow-ups).	Alta 4	Grande 4	<b>Risco Crítico</b> 16	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.	Em 2021, 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.

**Diretora - Mestre Ana Mafalda Costa**

**Legenda:**

Probabilidade: Muito Alta/ Alta / Possível / Baixa / Muito baixa

Impacto: Catastrófico / Grande / Moderado / Pequeno / Insignificante

SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA (SAI)

c) Comissão da Qualidade e Segurança do Doente / Gabinete da Qualidade e Gestão de Risco

Riscos identificados no Serviço 2021/2022	Probabilidade de Ocorrência 2021-22	Impacto no Serviço e/ou HOF 2021-22	Avaliação do Risco 2021/2022	Ações (medidas preventivas) a adotar para cada risco identificado	Resultados obtidos em 2021 das medidas preventivas adotadas
1. Possível falência do equipamento eletrónico em uso.	Alta 4	Grande 4	Risco Crítico 16	<p>Fazer cópias de segurança dos documentos em uso nas diversas pastas com acesso (Qualidade; Acreditação; Intranet; Acreditação).</p> <p>2.1 - Posicionar o equipamento mobiliário longe dos locais onde chove;</p> <p>2.1 - Desligar os equipamentos ligados às tomadas localizadas nas paredes que dão para o exterior, no final do dia de trabalho;</p> <p>2.1 - Pedir regularmente a limpeza das calceiras existentes e a colocação de panos absorventes para conter a água.</p> <p>2.1 - Monitorizar manutenção do extintor 006964, n.º 14 (medidas de auto-proteção).</p> <p>2.1 - Reforçar, junto do CA, a realização de obras planeadas para este espaço ou transferência para outro espaço.</p> <p>2.2 - Aceitabilidade do risco, por impossibilidade da obra de outra forma. Maior monitorização das alterações da estrutura, com informação ao CA, se aplicável.</p>	<p>Executadas cópias de segurança.</p> <p>Mantêm-se as condições de temperatura e humidade e continua a chover em mais locais que anteriormente.</p> <p>Realizado.</p> <p>Sem necessidade.</p>
2. Problemas estruturais: 2.1 - Contentor sem isolamento e onde chove em maior quantidade;	Muito Alta 5	Catastrófico 5	Risco Crítico 25	<p>2.1 - Reforçar, junto do CA, a realização de obras planeadas para este espaço ou transferência para outro espaço.</p> <p>2.2 - Aceitabilidade do risco, por impossibilidade da obra de outra forma. Maior monitorização das alterações da estrutura, com informação ao CA, se aplicável.</p>	<p>Estas ações foram resolvidas.</p>
2.2 - Instabilidade do contentor por obras do BO - estaleiro; diminuição da luz natural nos contentores.				<p>Planear o n.º de ações e medidas de melhoria de acordo com os recursos existentes;</p>	<p>IX eficácia realização AI: 2021 - 83% (44%)</p> <p>Foi elaborada Lista de Auditores Internos (Audi), com os que mantinham interesse e vontade de colaborar com o GQGR na realização de Auditorias Internas. Apenas 8 Audi colaboraram na realização das mesmas.</p> <p>Todas as outras foram realizadas pela Presidente da COSD e Coordenadora do GQGR.</p>
3. Problemas de efetividade por falta de recursos humanos.	Alta 4	Grande 4	Risco Crítico 16	<p>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 SQD aprovado (Revisão e Planeamento, elaboração/ revisão de documentação, abertura e tratamento de ACP ...).</p>	
4. Possibilidade de ataque informático.	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	<p>Alterar periodicamente as <i>passwords</i> das aplicações;</p> <p>Evitar escrever as <i>passwords</i> em suporte de papel;</p> <p>Proteger com código de acesso os ficheiros onde tenha as <i>passwords</i> das aplicações;</p> <p>Correr o antivírus sempre que utilize uma pen ou disco externo;</p> <p>Escolher <i>passwords</i> fortes;</p> <p>Evitar aceder a sites desnecessários.</p>	<p>Mantivemos a estratégia planeada.</p>
5. Alteração do contexto interno - pandemia COVID-19	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	<p>Reorganização de processos:</p> <p>AI em situações excecionais (PT, GQGR 40);</p> <p>AE por via remota;</p> <p>Acompanhamento dos Serviços, maioritariamente por via remota;</p> <p>Planeamento de formação por via digital.</p>	

Legenda:

Probabilidade: Muito Alta/ Alta / Possível / Baixa / Muito baixa

Impacto: Catastrófico / Grande / Moderado / Pequeno / Insignificante

SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA (SAI)

d) Gabinete de Formação Contínua e Biblioteca

Riscos identificados no Serviço 2021-2022	Probabilidade de Ocorrência 2021-2022	Impacto no Serviço e/ou HDFF	Avaliação do Risco 2021/2022	Ações (medidas preventivas) a adotar para cada risco identificado	Resultados obtidos em 2021 das medidas preventivas adotadas
1. Processo de gestão da formação.	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	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);	Efetua-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, por força das restrições provocadas pela COVID-19.
2. Ausência de equidade dos profissionais nas iniciativas de formação interna.	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	Envio de informação aos Diretores/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).	Durante o ano de 2021 efetuou-se o envio de informação aos Responsáveis de Serviços, garantindo-se assim a rotatividade de formandos e respeitando os objetivos de transparência e de equidade, na oportunidade de frequência das ações e de equidade, na oportunidade de frequência das ações validadas pelos Responsáveis dos Serviços, na atenção a uma ponderada gestão de recursos e para que exista uma equidade na oportunidade de participação de todos os colaboradores nas ações.

Responsável - Dr.ª Ana Rita Pereira

Legenda:

Probabilidade: Muito Alta/ Alta / Possível / Baixa / Muito baixa

Impacto: Catastrófico / Grande / Moderado / Pequeno / Insignificante

**SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA (SAI)**

*e) Gabinete de Comunicação e Imagem*

Riscos identificados no Serviço 2021-2022	Probabilidade de Ocorrência 2021-2022	Impacto no Serviço e/ou HDFF	Avaliação do Risco 2021/2022	Ações (medidas preventivas) a adotar para cada risco identificado	Resultados obtidos em 2021 das medidas preventivas adotadas
1. Ausência de publicação de conteúdos obrigatórios no site.	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	Realizar trimestralmente uma monitorização ao site para constatar se falta algo que deva estar publicado.	Em 2021 foi possível garantir a monitorização e garantir que no site estavam todos os documentos obrigatórios.
2. Erros na produção gráfica.	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	Solicitar ao Conselho de Administração a validação dos textos antes da produção na gráfica.	Em 2021 foi possível garantir a validação de todos os textos pelo Conselho de Administração, por e-mail, existindo assim as respetivas evidências dessa validação.

Responsável - Dr.ª Ana Rita Pereira

**Legenda:**

**Probabilidade:** Muito Alta/ Alta / Possível / Baixa / Muito baixa

**Impacto:** Catastrófico / Grande / Moderado / Pequeno / Insignificante

**SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA (SAI)**

**f) Serviço de Ortopedia**

Riscos Identificados no Serviço 2021-2022	Probabilidade de Ocorrência 2021-2022	Impacto no Serviço e/ou HDPF	Avaliação do Risco 2021/2022	Ações (medidas preventivas) a adotar para cada risco identificado	Resultados obtidos em 2021 das medidas preventivas adotadas
1. Orientação dos familiares de utentes falecidos para determinadas agência funerárias.	Baixa 2	Insignificante 1	Risco Pequeno 2	<p>1- Formação e sensibilização dos colaboradores;</p> <p>2- Disponibilização de Informação aos utentes;</p> <p>3- Realização de auditorias internas.</p>	<p>1- Sensibilização frequente aos colaboradores no sentido de não darem qualquer indicação.</p> <p>2- Não existe nenhuma investigação do Hospital com agentes/agências funerária(s). O serviço não se encontra na posse de qualquer informação pelo que não se pode disponibilizar.</p> <p>3- Não se realizam.</p>
2. Acesso indevido à informação clínica.	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	<p>1- Definição de níveis de acesso ao processo clínico eletrónico;</p> <p>2- Acesso a aplicações feita através de perfis de utilizador;</p> <p>3- Sensibilização dos funcionários para o cumprimento do sigilo profissional;</p> <p>4- Restrição no acesso aos Serviços Clínicos;</p> <p>5- Definição de procedimentos no âmbito do cumprimento do Regulamento Geral de Proteção de Dados.</p>	<p>1- Definições estabelecidas pelo Serviço de Sistemas de Informação;</p> <p>2- Acesso efetuado por perfis de utilizador;</p> <p>3- Atribuição de <i>logins</i> e <i>passwords</i> individuais e com indicação de intransmissibilidade e sensibilização dos funcionários para o cumprimento do dever de sigilo e não transmissão de informações;</p> <p>4- Regras de acesso estabelecidas superiormente;</p> <p>5- A definição de procedimentos que cumpram o RGPD já se encontram estabelecidos. No entanto, existe uma EPD no Hospital cumprido com o artigo 12.º da Lei n.º 58/2019, de 08/08, cujas funções encontram-se definidas no artigo 11.º da mesma lei.</p>
3. Favorecimento de utentes não respetando lista de inscritos.	Possível 3	Pequeno 2	Risco Moderado 6	<p>1- Monitorização das Listas de Espera para Consulta e para Cirurgia, com níveis de prioridade estabelecidos;</p> <p>2- Controlo da LLC e LEC pela Unidade Hospitalar de Gestão de Inscritos para Cirurgia e pela Unidade de Consulta a Tempo e Horas;</p> <p>3- Realização de auditoria interna às lista de espera.</p>	<p>1 e 2- Monitorização da LEC e da LLC por entidades externas ao Hospital (Unidade Central e URGA) e internamente pela ULGA, GPCG e pelo próprio serviço. Reuniões periódicas com o CA e os serviços.</p>
4. Encaminhamento de utentes para o setor privado.	Baixa 2	Insignificante 1	Risco Pequeno 2	<p>1- Monitorização das transferências dos utentes e da emissão de vales cirúrgicos;</p> <p>2- Realização de auditorias.</p>	<p>1- Monitorização efetuada interna e externamente.</p> <p>2- Auditorias e transferências (para o público e privado) efetuadas pela Unidade Central de Gestão das Listas de espera.</p>
5. Apropriação indevida de material hospitalar.	Possível 3	Pequeno 2	Risco Moderado 6	<p>1- Sistema e-kanban nas enfermarias com registo dos consumos de material clínico e farmacêutico;</p> <p>2- Solicitação de medicamentos ao Serviço Farmacêutico mediante prescrição;</p> <p>3- Monitorização dos consumos versus atividade do Hospital;</p> <p>4- Verificação dos bens de imobilizado existentes por Serviço.</p>	<p>1- O Circuito para a emissão de Termo de Responsabilidade (TR) encontra-se definido em Circular Interna emitida pelo CA. Os MCDT solicitados, depois de validados tecnicamente pela Direção de Serviço, são autorizados pela Direção Clínica e enviados para os respetivos secretariados, para registo na plataforma de produção e envio à entidade externa previamente selecionada.</p> <p>2- O Hospital dispõe de plataforma eletrónica que permite controlar o nº de pedidos por tipologia de MCDT.</p> <p>3- É efetuado relatório trimestral pelo Monitor da prescrição médica.</p> <p>4- O serviço não efetua auditorias.</p>
6. Externalização de MCDT sem processo transparente de escolha do prestador.	Baixa 2	Pequeno 2	Risco Moderado 4	<p>1- Existência de circuito para a emissão de termo de responsabilidade com vários níveis de autorizações (Direção de Serviço, Conselho de Administração);</p> <p>2- Para exames que são solicitados que representam grande volume financeiro, são feitos processos de compras;</p> <p>3- Realização de relatórios com indicação dos MCDT que foram mais vezes realizados no exterior e clínicas onde foram realizados;</p> <p>4- Auditorias ao agendamento de MCDT.</p>	

SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA (SAI)

Ortopedia

Riscos identificados no Serviço 2021-2022	Probabilidade de Ocorrência 2021-2022	Impacto no Serviço e/ou HDFS	Avaliação do Risco 2021/2022	Ações (medidas preventivas) a adotar para cada risco identificado	Resultados obtidos em 2021 das medidas preventivas adotadas
7. Externalização de atos clínicos que podiam ser realizados pelo Hospital.	Baixa 2	Pequeno 2	Risco Moderado 4	1- Controlo dos exames realizados por médico executante; 2- Análise da capacidade instalada e tempos de espera por exame; 3- Análise da taxa de utilização dos equipamentos; 4- Promover a realização de processos de aquisição ao abrigo da lei para responder às necessidades do HDFS.	O serviço efetua um número muito restrito de MCDI no exterior, resumindo-se quase a RMN e eletromiografias ( MCDI's não existentes no HDFS).
8. Manuais de procedimentos desatualizados.	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	1- Atualização dos manuais de procedimentos ou de procedimentos que se encontram implementados nos diversos Serviços.	O serviço adotou normas e procedimentos do PPQIRA e outros setores de referência. O contexto COVID não permitiu efetuar as atualizações inicialmente previstas.
9. Produção registada sem execução do respetivo ato.	Baixa 2	Pequeno 2	Risco Moderado 4	1- Auditorias, de forma a aferir os registos em sistema informático com os registos no processo clínico do utente e as diversas aplicações informáticas; 2- Auditorias para cruzar os atos registados como "sem presença do utente" com a existência de consentimento informado assinado pelo utente.	1- Auditorias do sistema de qualidade do Hospital e outras auditorias internas;
10. Relação com a indústria farmacêutica (favorecimento de empresas na prescrição de fármacos e dispositivos médicos).	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	1- Financiamentos para congressos são devidamente registados junto do Infarmed; 2- Relatório com os maiores prescritores de medicamentos e quais; 3- A entrada de novos medicamentos é avaliada pela CFT.	1- Os eventuais financiamentos são comunicados ao CA. 2- Sim, remetido ao CA trimestralmente pela ACSS. 3- Sim, existe procedimento interno para o efeito.
11. Inadequada codificação dos atos clínicos.	Baixa 2	Pequeno 2	Risco Moderado 4	1- Auditorias internas realizadas à codificação dos atos; 2- Sensibilização para o correto e total registo dos atos realizados de forma a ser feita uma, conforme codificação; 3- Análise dos desvios ocorridos entre a produção registada e a organizada.	1- Auditorias efetuadas pelos auditores internos à codificação; 2. Sensibilização efetuada pelos codificadores e Direção do Serviço; 3. Análise da produção efetuada pelo serviço e periodicamente com o CA.
12. Dependência excessiva em determinados funcionários (falta de gestão de conhecimento).	Baixa 2	Pequeno 2	Risco Moderado 4	1- Adequação da dotação de Recursos Humanos com pedido à Tutela; 2- Ações de formação; 3- Promover a partilha de conhecimento.	1- Foi efetuado pedido de abertura de vagas para Ortopedistas, Enfermeiros e AOs. 2- Foram efetuadas ações de formação conforme o plano, sempre que os condicionais da pandemia o permitiram. 3- Reuniões semanais de serviço.

**Director do Serviço - Dr. Carlos Pereira**

**Legenda:**

**Probabilidade:** Muito Alta/ Alta / Possível / Baixa / Muito baixa

**Impacto:** Catastrófico / Grande / Moderado / Pequeno / Insignificante

SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA (SAI)

g) Especialidades Médicas

Riscos identificados no Serviço 2021-2022	Probabilidade de Ocorrência 2021-2022	Impacto no Serviço e/ou HDFF	Avaliação do Risco 2021/2022	Ações (medidas preventivas) a adotar para cada risco identificado	Resultados de 2021
1. Orientação dos familiares de utentes falecidos para determinadas agência funerárias.	multo baixa 1	Grande 4	Risco Moderado 4	<ol style="list-style-type: none"> <li>1- Formação e sensibilização dos colaboradores;</li> <li>2- Disponibilização de informação aos utentes;</li> <li>3- Realização de auditorias internas.</li> </ol>	Não há contacto entre os profissionais do Serviço e as Agências Funerárias. Os profissionais do Serviço não transmitem qualquer informação sobre as agências funerárias disponíveis.
2. Acesso indevido à informação clínica.	Baixa 2	Grande 4	Risco Alto 8	<ol style="list-style-type: none"> <li>1- Definição de níveis de acesso ao processo clínico eletrónico;</li> <li>2- Acesso a aplicações feita através de perfis de utilizador;</li> <li>3- Sensibilização dos funcionários para o cumprimento do sigilo profissional;</li> <li>4- Restrição no acesso aos Serviços Clínicos;</li> <li>5- Definição de procedimentos no âmbito do cumprimento do Regulamento Geral de Proteção de Dados.</li> </ol>	O nível de acesso ao processo clínico eletrónico está definido pelo próprio Clínico e demais programas informáticos em utilização no Serviço. Os profissionais do Serviço participam regularmente nas ações de formação do HDFF e outras entidades formativas sobre estas matérias.
3. Favorecimento de utentes não respeitando lista de inscritos.	multo baixa 1	Grande 4	Risco Moderado 4	<ol style="list-style-type: none"> <li>1- Monitorização das Listas de Espera para Consulta e para Cirurgia, com níveis de prioridade estabelecidos;</li> <li>2- Controlo da UIC e LEC pela Unidade Hospitalar de Gestão de Inscritos para Cirurgia e pela Unidade de Consulta a Tempo e Horas;</li> <li>3- Realização de auditoria interna às lista de espera.</li> </ol>	São cumpridas as regras estabelecidas para a acessibilidade (sem violação das mesmas).
4. Encaminhamento de utentes para o setor privado.	multo baixa 1	Catastrófico 5	Risco Moderado 5	<ol style="list-style-type: none"> <li>1- Monitorização das transferências dos utentes e da emissão de vales cirúrgicos;</li> <li>2- Realização de auditorias.</li> </ol>	Não aplicável.
5. Apropriação indevida de material hospitalar.	Baixa 2	Grande 4	Risco Alto 8	<ol style="list-style-type: none"> <li>1- Sistema e-kanban nas enfermarias com registo dos consumos de material clínico e farmacêutico;</li> <li>2- Solicitação de medicamentos ao Serviço Farmacêutico mediante prescrição;</li> <li>3- Monitorização dos consumos versus atividade do Hospital;</li> <li>4- Verificação dos bens de imobilizado existentes por Serviço.</li> </ol>	O Serviço utiliza o sistema informático da instituição que assegura o cumprimento dos itens referidos. A Enfermeira-Chefe verifica regularmente o imobilizado existente no Serviço. É feita regularmente a monitorização da prescrição médica e demais consumos (material de consumo clínico e outros).
6. Externalização de MCDT sem processo transparente de escolha do prestador.	multo baixa 1	Catastrófico 5	Risco Moderado 5	<ol style="list-style-type: none"> <li>1- Existência de circuito para a emissão de termo de responsabilidade com vários níveis de autorizações (Direção de Serviço, Conselho de Administração);</li> <li>2- Para exames que são solicitados que representem grande volume financeiro, são feitos processos de compras;</li> <li>3- Realização de relatórios com indicação dos MCDT que foram mais vezes realizados no exterior e clínicas onde foram realizados;</li> <li>4- Auditorias ao agendamento de MCDT.</li> </ol>	Todos os MCDT efetuados no exterior são autorizados pelas chefias intermédias e pela Direção Clínica /CA.

**SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA (SAI)**

**Especialidades Médicas**

Riscos identificados no Serviço 2021-2022	Probabilidade de Ocorrência 2021-2022	Impacto no Serviço e/ou HDFF	Avaliação do Risco 2021/2022	Ações (medidas preventivas) a adotar para cada risco identificado	Resultados de 2021
7. Externalização de atos clínicos que podiam ser realizados pelo Hospital.	Muito baixa 1	Catastrófico 5	Risco Moderado 5	<ol style="list-style-type: none"> <li>1- Controlo dos exames realizados por médico executante;</li> <li>2- Análise da capacidade instalada e tempos de espera por exame;</li> <li>3- Análise da taxa de utilização dos equipamentos;</li> <li>4- Promover a realização de processos de aquisição ao abrigo da lei para responder às necessidades do HDFF.</li> </ol>	Todos os exames que possam ser realizados no HDFF, não são solicitados ao exterior.
8. Manuais de procedimentos desatualizados.	Possível 3	Grande 4	Risco Alto 12	<ol style="list-style-type: none"> <li>1- Atualização dos manuais de procedimentos ou de procedimentos que se encontram implementados nos diversos Serviços.</li> </ol>	O Serviço de Especialidades Médicas está certificado e cumpre regularmente as suas obrigações para manter a Certificação.
9. Produção registada sem execução do respetivo ato.	Baixa 2	Grande 4	Risco Alto 8	<ol style="list-style-type: none"> <li>1- Auditorias, de forma a aferir os registos em sistema informático com os registos no processo clínico do utente e as diversas aplicações informáticas;</li> <li>2- Auditorias para cruzar os atos registados como "sem presença do utente" com a existência de consentimento informado assinado pelo utente.</li> </ol>	O Serviço cumpre as regras definidas em matéria registo de procedimentos no Processo Clínico e é solicitado ao utente o Consentimento Informado sempre que necessário.
10. Relação com a indústria farmacêutica (favorecimento de empresas na prescrição de fármacos e dispositivos médicos).	Muito baixa 1	Catastrófico 5	Risco Moderado 5	<ol style="list-style-type: none"> <li>1- Financiamentos para congressos são devidamente registados junto do Infarmed;</li> <li>2- Relatório com os maiores prescritores de medicamentos e quais;</li> <li>3- A entrada de novos medicamentos é avaliada pela CFT.</li> </ol>	A introdução de novos medicamentos é sempre previamente autorizada pela CFT. Todas as participações em congressos são devidamente registadas e autorizadas. São analisados regularmente os relatórios de monitorização da prescrição médica.
11. Inadequada codificação dos atos clínicos.	Baixa 2	Grande 4	Risco Alto 8	<ol style="list-style-type: none"> <li>1- Auditorias internas realizadas à codificação dos atos;</li> <li>2- Sensibilização para o correto e total registo dos atos realizados de forma a ser feita uma, conforme codificação;</li> <li>3- Análise dos desvios ocorridos entre a produção registada e a organizada.</li> </ol>	São cumpridas as auditorias à codificação dos atos. É regularmente reforçada a sensibilização junto dos profissionais para o correto registo dos atos realizados.
12. Dependência excessiva em determinados funcionários (falta de gestão de conhecimento).	Baixa 2	Grande 4	Risco Alto 8	<ol style="list-style-type: none"> <li>1- Adequação da dotação de Recursos Humanos com pedido à Tutela;</li> <li>2- Ações de formação;</li> <li>3- Promover a partilha de conhecimento.</li> </ol>	Existe um elevado grau de dependência em algumas especialidades/valências (Cardiologia, Hematologia, entre outras). Os profissionais participam em ações de formação interna e externa. É efectuada a partilha de conhecimento nas reuniões regulares de cada serviço/valência.

**Diretor do Serviço: Dr. Fernando Ferraz**

**Legenda:**

**Probabilidade:** Muito Alta/ Alta / Possível / Baixa / Muito baixa

**Impacto:** Catastrófico / Grande / Moderado / Pequeno / Insignificante

SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA (SAI)

j) Anestesiologia

Riscos identificados no Serviço 2021-2022	Probabilidade de Ocorrência 2021-2022	Impacto no Serviço e/ou H.D.F.F.	Avaliação do Risco 2021/2022	Ações (medidas preventivas) a adotar para cada risco identificado	Resultados obtidos em 2021 das medidas preventivas adotadas
1. Orientação dos familiares de utentes falecidos para determinadas agências funerárias.	1 muito baixa	2 Pequeno	Risco Pequeno 2	1- Formação e sensibilização dos colaboradores; 2- Disponibilização de informação aos utentes; 3- Realização de auditorias internas. Não existem	Não se aplica.
2. Acesso indevido à informação clínica.	1 muito baixa	2 Pequeno	Risco Pequeno 2	1- Definição de níveis de acesso ao processo clínico eletrónico; 2- Acesso a aplicações feita através de perfis de utilizador; 3- Sensibilização dos funcionários para o cumprimento do sigilo profissional; 4- Restrição no acesso aos Serviços Clínicos; 5- Definição de procedimentos no âmbito do cumprimento do Regulamento Geral de Proteção de Dados.	1- Definições estabelecidas pelo Serviço de Sistemas de Informação; 2- Acesso efetuado por perfis de utilizador; 3- Atribuição de <i>logins</i> e <i>passwords</i> individuais e com indicação de intransmissibilidade e sensibilização dos funcionários para o cumprimento do dever de sigilo e não transmissão de informações; 4- Regras de acesso estabelecidas superiormente; 5- A definição de procedimentos que cumpram o RGPD já se encontram estabelecidos. No entanto, existe uma EPD no Hospital cumprindo com o artigo 12.º da Lei n.º 58/2019, de 08/08, cujas funções encontram-se definidas no artigo 11.º da mesma lei.
3. Favorecimento de utentes não respetando lista de inscritos.	2 Baixa	2 Pequeno	Risco Moderado 4	1- Monitorização das Listas de Espera para Consulta e para Cirurgia, com níveis de prioridade estabelecidos; 2- Controlo da LIC e LEC pela Unidade Hospitalar de Gestão de Inscritos para Cirurgia e pela Unidade de Consulta a Tempo e Horas; 3- Realização de auditoria interna às listas de espera.	Não se aplica.
4. Encaminhamento de utentes para o setor privado.	1 muito baixa	2 Pequeno	Risco Pequeno 2	1- Monitorização das transferências dos utentes e da emissão de valores cirúrgicos; 2- Realização de auditorias.	Não se aplica.
5. Apropriação indevida de material hospitalar.	1 muito baixa	2 Pequeno	Risco Pequeno 2	1- Sistema e-kanban nas enfermarias com registo dos consumos de material clínico e farmacêutico; 2- Solicitação de medicamentos ao Serviço Farmacêutico mediante prescrição; 3- Monitorização dos consumos <i>versus</i> atividade do Hospital; 4- Verificação dos bens de imobilizado existentes por Serviço.	1- Sistema de reposição automática de stocks com leitura ótica de consumos; 2- As prescrições são efetuadas eletronicamente; 3- Monitorização periódica efetuada com o CA; 4- O serviço de Anestesiologia tem muito poucos bens atribuídos e estão todos registados na base de dados do Hospital.
6. Externalização de MCDT sem processo transparente de escolha do prestador.	1 muito baixa	2 Pequeno	Risco Pequeno 2	1- Existência de circuito para a emissão de termo de responsabilidade com vários níveis de autorizações (Direção de Serviço, Conselho de Administração); 2- Para exames que são solicitados que representem grande volume financeiro, são feitos processos de compras; 3- Realização de relatórios com indicação dos MCDT que foram mais vezes realizados no exterior e clínicas onde foram realizados; 4- Auditorias ao agendamento de MCDT.	1- O Circuito para a emissão de Termo de Responsabilidade (TR) encontra-se definido em Circular interna emitida pelo CA. Os MCDT solicitados, depois de validados tecnicamente pela Direção de Serviço, são autorizados pela Direção Clínica e enviados para os respetivos secretariados, para registo na plataforma da produção e envio à entidade externa previamente selecionada. 2- O Hospital dispõe de plataforma eletrónica que permite controlar o nº de pedidos por tipologia de MCDT. 3- É efetuado relatório trimestral pelo Monitor da prescrição médica. 4- O serviço não efetua auditorias.

SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA (SAI)

Anestesiologia

Riscos Identificados no Serviço 2021-2022	Probabilidade de Ocorrência 2021-2022	Impacto no Serviço e/ou HDF	Avaliação do Risco 2021/2022	Ações (medidas preventivas) a adotar para cada risco identificado	Resultados obtidos em 2021 das medidas preventivas adotadas
7. Externalização de atos clínicos que podiam ser realizados pelo Hospital.	Muito baixa 1	Pequeno 2	Risco Pequeno 2	1- Controlo dos exames realizados por médico executante; 2- Análise da capacidade instalada e tempos de espera por exame; 3- Análise da taxa de utilização dos equipamentos; 4- Promover a realização de processos de aquisição ao abrigo da lei para responder às necessidades do HDF.	O serviço efetua um número muito restrito de MCDT no exterior. Os outros MCDT's que necessitam são executadas no HDF.
8. Manuais de procedimentos desatualizados.	Baixa 2	Pequeno 2	Risco Moderado 4	1- Atualização dos manuais de procedimentos ou de procedimentos que se encontram implementados nos diversos Serviços. 1- Auditorias, de forma a aferir os registos em sistema informático com os registos no processo clínico do utente e as diversas aplicações informáticas; 2- Auditorias para cruzar os atos registados como "sem presença do utente" com a existência de consentimento informado assinado pelo utente.	O serviço adotou normas e procedimentos do PPCIRA e outros setores de referência. O contexto COVID não permitiu efetuar as atualizações inicialmente previstas.
9. Produção registada sem execução do respetivo ato.	Muito baixa 1	Pequeno 2	Risco Pequeno 2	1- Financiamentos para congressos são devidamente registados junto do Infarmed; 2- Relatório com os maiores prescritores de medicamentos e quais; 3- A entrada de novos medicamentos é avaliada pela CFT.	1- Não ocorreu nenhum financiamento; 2- Sim, pelo serviço responsável; 3- Sim, existe procedimento interno para o efeito.
10. Relação com a indústria farmacêutica (favorecimento de empresas na prescrição de fármacos e dispositivos médicos).	Muito baixa 1	Pequeno 2	Risco Pequeno 2	1- Auditorias internas realizadas à codificação dos atos; 2- Sensibilização para o correto e total registo dos atos realizados de forma a ser feita uma, conforme codificação; 3- Análise dos desvios ocorridos entre a produção registada e a organizada.	1- Auditorias efetuadas pelos auditores internos à codificação; 2- Sensibilização efetuada pelos codificadores e Direção do Serviço; 3- Análise da produção efetuada pelo serviço e periodicamente com o CA.
11. Inadequada codificação dos atos clínicos.	Muito baixa 1	Pequeno 2	Risco Pequeno 2	1- Adequação da dotação de Recursos Humanos com pedido à Tutelar; 2- Ações de formação; 3- Promover a partilha de conhecimento.	1- Foi efetuado pedido de abertura de vagas para Anestesiologistas, apesar de não ter sido preenchida; 2- Além das ações de formação e reuniões de serviço efetuadas no Hospital também houve frequência em cursos e congressos externos; 3- Reuniões semanais de serviço.
12. Dependência excessiva em determinados funcionários (falha de gestão de conhecimento).	Baixa 2	Pequeno 2	Risco Moderado 4		

Diretora - Dr.ª Conceição Martins

Legenda:  
**Probabilidade:** Muito Alta/ Alta / Possível / Baixa / Muito baixa  
**Impacto:** Catastrófico / Grande / Moderado / Pequeno / Insignificante

**SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA (SAI)**

**k) Unidade Funcional: Cirurgia do Ambulatório**

Riscos Identificados no Serviço 2021-2022	Probabilidade de Ocorrência 2021-2022	Impacto no Serviço e/ou HDFF	Avaliação do Risco 2021/2022	Ações (medidas preventivas) a adotar para cada risco Identificado	Resultados obtidos em 2021 das medidas preventivas adotadas
1. Orientação dos familiares de utentes falecidos para determinadas agências funerárias.	Muito baixa 1	Insignificante 1	Risco Pequeno 1	1- Formação e sensibilização dos colaboradores; 2- Disponibilização de informação aos utentes; 3- Realização de auditorias internas.	Não se aplica.
2. Acesso indevido à informação clínica.	Possível 3	Insignificante 1	Risco Pequeno 3	1- Definição de níveis de acesso ao processo clínico eletrónico; 2- Acesso a aplicações feitas através de perfis de utilizador; 3- Sensibilização dos funcionários para o cumprimento do sigilo profissional; 4- Restrição no acesso aos Serviços Clínicos; 5- Definição de procedimentos no âmbito do cumprimento do Regulamento Geral de Proteção de Dados.	1- Definições estabelecidas pelo Serviço de Sistemas de Informação; 2- Acesso efetuado por perfis de utilizador; 3- Atribuição de <i>logins</i> e <i>passwords</i> individuais e com indicação de intransmissibilidade e sensibilização dos funcionários para o cumprimento do dever de sigilo e não transmissão de informações; 4- Regras de acesso estabelecidas superiormente; 5- A definição de procedimentos que cumpram o RGD já se encontram estabelecidos. No entanto, existe uma EPD no Hospital cumprido com o artigo 12.º da Lei n.º 58/2019, de 08/08, cujas funções encontram-se definidas no artigo 11.º da mesma lei.
3. Favorecimento de utentes não respetando lista de inscritos.	Baixa 2	Pequeno 2	Risco Moderado 4	1- Monitorização das Listas de Espera para Consulta e para Cirurgia, com níveis de prioridade estabelecidos; 2- Controlo da LIC e LEC pela Unidade Hospitalar de Gestão de Inscritos para Cirurgia e pela Unidade de Consulta a Tempo e Horas; 3- Realização de auditoria interna às lista de espera.	Não se aplica.
4. Encaminhamento de utentes para o setor privado.	Muito baixa 1	Insignificante 1	Risco Pequeno 1	1- Monitorização das transferências dos utentes e da emissão de vales cirúrgicos; 2- Realização de auditorias.	Não se aplica.
5. Apropriação indevida de material hospitalar.	Baixa 2	Pequeno 2	Risco Moderado 4	1- Sistema e-kanban nas enfermarias com registo dos consumos de material clínico e farmacêutico; 2- Solicitação de medicamentos ao Serviço Farmacêutico mediante prescrição; 3- Monitorização dos consumos versus atividade do Hospital; 4- Verificação dos bens de imobilizado existentes por Serviço.	1. sistema de reposição automática de stocks com leitura ótica de consumos 2. As prescrições ainda são efetuadas eletronicamente no que se refere a drogas anestésicas 3. Monitorização periódica efetuada com o CA 4. Efetuado aos principais equipamentos do serviço e inventário anual.
6. Externalização de MCDT sem processo transparente de escolha do prestador.	Muito baixa 1	Insignificante 1	Risco Pequeno 1	1- Existência de circuito para a emissão de termo de responsabilidade com vários níveis de autorizações (Direção de Serviço, Conselho de Administração); 2- Para exames que são solicitados que representem grande volume financeiro, são feitos processos de compras; 3- Realização de relatórios com indicação dos MCDT que foram mais vezes realizados no exterior e clínicas onde foram realizados; 4- Auditorias ao agendamento de MCDT.	Não se aplica.

**SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA (SAI)**

**Unidade de Cirurgia de Ambulatório**

Riscos identificados no Serviço 2021-2022	Probabilidade de Ocorrência 2021-2022	Impacto no Serviço e/ou HDFF	Avaliação do Risco 2021/2022	Ações (medidas preventivas) a adotar para cada risco identificado	Resultados obtidos em 2021 das medidas preventivas adotadas
7. Externalização de atos clínicos que podiam ser realizados pelo Hospital.	Muito baixa 1	Insignificante 1	Risco Pequeno 1	1- Controlo dos exames realizados por médico executor; 2- Análise da capacidade instalada e tempos de espera por exame; 3- Análise da taxa de utilização dos equipamentos; 4- Promover a realização de processos de aquisição ao abrigo da lei para responder às necessidades do HDFF.	Não se aplica.
8. Manuais de procedimentos desatualizados.	Possível 3	Pequeno 2	Risco Moderado 6	1- Atualização dos manuais de procedimentos ou de procedimentos que se encontram implementados nos diversos Serviços.	O serviço adotou normas e procedimentos do PPCIRA e outros setores de referência. O contexto COVID não permitiu concluir todas as atualizações inicialmente previstas. Foram atualizados e criados novos PT's (procedimentos técnicos, nomeadamente na área de ação de enfermagem).
9. Produção registada sem execução do respetivo ato.	Muito baixa 1	Insignificante 1	Risco Pequeno 1	1- Auditorias, de forma a aferir os registos em sistema informático com os registos no processo clínico do utente e as diversas aplicações Informáticas; 2- Auditorias para cruzar os atos registados como "sem presença do utente" com a existência de consentimento informado assinado pelo utente.	Não se aplica.
10. Relação com a indústria farmacêutica (favorecimento de empresas na prescrição de fármacos e dispositivos médicos).	Baixa 2	Pequeno 2	Risco Moderado 4	1- Financiamentos para congressos são devidamente registados junto do Infarmed; 2- Relatório com os maiores prescritores de medicamentos e quais; 3- A entrada de novos medicamentos é avaliada pela CFT.	1- Os eventuais financiamentos são comunicados ao CA e depois registados na plataforma do INFARMED; 2- Sim, remetido ao CA trimestralmente pela ACSS; 3- Sim, existe procedimento interno para o efeito.
11. Inadequada codificação dos atos clínicos.	Possível 3	Pequeno 2	Risco Moderado 6	1- Auditorias internas realizadas à codificação dos atos; 2- Sensibilização para o correto e total registo dos atos realizados de forma a ser feita uma, conforme codificação; 3- Análise dos desvios ocorridos entre a produção registada e a organizada.	Não se aplica.
12. Dependência excessiva em determinados funcionários (falta de gestão de conhecimento).	Muito baixa 1	Insignificante 1	Risco Pequeno 1	1- Adequação da dotação de Recursos Humanos com pedido à Tuleia; 2- Ações de formação; 3- Promover a partilha de conhecimento.	1- A equipa foi reforçada conforme solicitação para adequação das tarefas; 2- Foram efetuadas ações de formação conforme o plano sempre que os condicionais da pandemia o permitiram; 3- Reuniões de serviço e divulgação de informações pertinentes.

**Diretor - Dr. Nuno Azenha**

**Legenda:**

**Probabilidade:** Muito Alta / Alta / Possível / Baixa / Muito baixa

**Impacto:** Catastrófico / Grande / Moderado / Pequeno / Insignificante

SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA (SAI)

1) Unidade Funcional: Hospital de Dia

Riscos identificados no Serviço 2021-2022	Probabilidade de Ocorrência 2021-2022	Impacto no Serviço e/ou HDFFF	Avaliação do Risco 2021/2022	Ações (medidas preventivas) a adotar para cada risco identificado	Resultados de 2021
1. Orientação dos familiares de utentes falecidos para determinadas agência funerárias.	Muito baixa 1	Pequeno 2	Risco Pequeno 2	<ol style="list-style-type: none"> <li>Formação e sensibilização dos colaboradores;</li> <li>Disponibilização de informação aos utentes;</li> <li>Realização de auditorias internas.</li> </ol>	Não aplicável
2. Acesso indevido à informação clínica.	Muito baixa 1	Pequeno 2	Risco Pequeno 2	<ol style="list-style-type: none"> <li>Definição de níveis de acesso ao processo clínico eletrónico;</li> <li>Acesso a aplicações feita através de perfis de utilizador;</li> <li>Sensibilização dos funcionários para o cumprimento do sigilo profissional;</li> <li>Restrição no acesso aos Serviços Clínicos;</li> <li>Definição de procedimentos no âmbito do cumprimento do Regulamento Geral de Proteção de Dados.</li> </ol>	O acesso ao processo clínico é feito apenas pela equipa Médica e de Enfermagem do Serviço. O acesso é realizado informaticamente, cumprindo as regras dos programas informáticos "SClinico", "GHAF" e "CliniData Net".
3. Favorecimento de utentes não respeitando lista de inscritos.	Muito baixa 1	Pequeno 2	Risco Pequeno 2	<ol style="list-style-type: none"> <li>Monitorização das Listas de Espera para Consulta e para Cirurgia, com níveis de prioridade estabelecidos;</li> <li>Controlo da LIC e LEC pela Unidade Hospitalar de Gestão de Inscritos para Cirurgia e pela Unidade de Consulta a Tempo e Horas;</li> <li>Realização de auditoria interna às lista de espera.</li> </ol>	Não aplicável
4. Encaminhamento de utentes para o setor privado.	Muito baixa 1	Pequeno 2	Risco Pequeno 2	<ol style="list-style-type: none"> <li>Monitorização das transferências dos utentes e da emissão de vales cirúrgicos;</li> <li>Realização de auditorias.</li> </ol>	Não aplicável
5. Apropriação indevida de material hospitalar.	Baixa 2	Pequeno 2	Risco Moderado 4	<ol style="list-style-type: none"> <li>Sistema e-kanban nas enfermarias com registo dos consumos de material clínico e farmacêutico;</li> <li>Solicitação de medicamentos ao Serviço Farmacêutico mediante prescrição;</li> <li>Monitorização dos consumos versus atividade do Hospital;</li> <li>Verificação dos bens de imobilizado existentes por Serviço.</li> </ol>	A solicitação de medicamentos ao Serviço Farmacêutico é sempre feito após prescrição Médica no programa "GHAF". A monitorização dos consumos é realizada consoante regras da Instituição, não podendo o serviço comprometer-se na ausência absoluta de risco de apropriação indevida. Os bens de imobilizados são confirmados de forma regular mas não explícita.
6. Externalização de MCDT sem processo transparente de escolha do prestador.	Muito baixa 1	Pequeno 2	Risco Pequeno 2	<ol style="list-style-type: none"> <li>Existência de circuito para a emissão de termo de responsabilidade com vários níveis de autorizações (Direção de Serviço, Conselho de Administração);</li> <li>Para exames que são solicitados que representam grande volume financeiro, são feitos processos de compras;</li> <li>Realização de relatórios com indicação dos MCDT que foram mais vezes realizados no exterior e clínicas onde foram realizados;</li> <li>Auditorias ao agendamento de MCDT.</li> </ol>	Os Termos de Responsabilidade cumprem circuito de autorização definido pelo Hospital. O processo de compras não é da responsabilidade do Serviço. Os exames solicitados pelo Serviço que são realizados no exterior cumprem regras de referência definidas pelo Hospital, nomeadamente exames anatomo-patológicos como biópsias sólidas e citologias.

SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA (SAI)

Hospital de Dia

Riscos Identificados no Serviço 2021-2022	Probabilidade de Ocorrência 2021-2022	Impacto no Serviço e/ou HDFDF	Avaliação do Risco 2021/2022	Ações (medidas preventivas) a adotar para cada risco Identificando	Resultados de 2021
7. Externalização de atos clínicos que podiam ser realizados pelo Hospital.	Muito baixa 1	Pequeno 2	Risco Pequeno 2	1- Controlo dos exames realizados por médico executante; 2- Análise da capacidade instalada e tempos de espera por exame; 3- Análise da taxa de utilização dos equipamentos; 4- Promover a realização de processos de aquisição ao abrigo da lei para responder às necessidades do HDFDF.	Não aplicável
8. Manuais de procedimentos desatualizados.	Baixa 2	Pequeno 2	Risco Moderado 4	1- Atualização dos manuais de procedimentos ou de procedimentos que se encontram implementados nos diversos Serviços.	Existem documentos em revisão, nomeadamente o "Manual de Qualidade da Unidade Funcional Hospital de Dia". É pretensão do Serviço que o Manual seja atualizado em 2022.
9. Produção registada sem execução do respetivo ato.	Muito baixa 1	Pequeno 2	Risco Pequeno 2	1- Auditorias, de forma a aferir os registos em sistema informático com os registos no processo clínico do utente e as diversas aplicações informáticas; 2- Auditorias para cruzar os atos registados como "sem presença do utente" com a existência de consentimento informado assinado pelo utente.	Mantém risco pequeno. São cumpridas as auditorias requeridas pela Comissão para a Qualidade e Segurança do Doente. Em 2021 não foram realizados atos "sem a presença do utente".
10. Relação com a indústria farmacêutica (favorecimento de empresas na prescrição de fármacos e dispositivos médicos).	Baixa 2	Pequeno 2	Risco Moderado 4	1- Financiamentos para congressos são devidamente registados junto do Infarmed; 2- Relatório com os maiores prescritores de medicamentos e quais; 3- A entrada de novos medicamentos é avaliada pela CFT.	Todas as ações financiadas pela Indústria Farmacêutica são registadas junto do Infarmed. Não é realizado pelo serviço relatório de maiores prescritores de medicamentos ou de quais. A prescrição de novos medicamentos é sempre sujeita a avaliação da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) do Hospital. São cumpridas as auditorias requeridas pela Comissão para a Qualidade e Segurança do Doente. Alguns atos de enfermagem carecem de local informático para o seu registo no SClínico que é possível, nomeadamente, o acesso aos dados para tratamento estatístico. Este ponto foi abordado na última Auditoria sendo um fator de melhoria. Não ocorreram desvios significativos entre a produção registada e a organizada.
11. Inadequada codificação dos atos clínicos.	Muito baixa 1	Pequeno 2	Risco Pequeno 2	1- Auditorias internas realizadas à codificação dos atos; 2- Sensibilização para o correto e total registo dos atos realizados de forma a ser feita uma, conforme codificação; 3- Análise dos desvios ocorridos entre a produção registada e a organizada.	Após alocação de mais um elemento da equipa de Enfermagem ao Serviço durante o ano de 2021 e a fixação da restante equipa no Serviço (final de mobilidade em contexto de pandemia COVID-19), considera-se que os recursos estão mais adequados às necessidades.
12. Dependência excessiva em determinados funcionários (falha de gestão de conhecimento).	Muito baixa 1	Pequeno 2	Risco Pequeno 2	1- Adequação da dotação de Recursos Humanos com pedido à Tutela; 2- Ações de formação; 3- Promover a partilha de conhecimento.	Devido a pandemia COVID-19 houve necessidade de proteger algumas, mas não todas, das ações de formação previstas. Mantida a partilha de conhecimentos pelos elementos do Serviço.

Diretora do Serviço - Dr.ª Fátima Guedes

Legenda:

Probabilidade: Muito Alta/ Alta / Possível / Baixa / Muito baixa

Impacto: Catastrófico / Grande / Moderado / Pequeno / Insignificante

SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA (SAI)

m) Bloco Operatório

Riscos identificados no Serviço de Ocorrência 2021-2022	Probabilidade de Ocorrência 2021-2022	Impacto no Serviço e/ou HDFF	Avaliação do Risco 2021/2022	Ações (medidas preventivas) a adotar para cada risco identificado	Resultados obtidos em 2021 das medidas preventivas adotadas
1. Orientação dos familiares de utentes falecidos para determinadas agências funerárias.	Muito baixa 1	Insignificante 1	Risco Pequeno 1	1- Formação e sensibilização dos colaboradores; 2- Disponibilização de informação aos utentes; 3- Realização de auditorias internas.	Não se aplica.
2. Acesso indevido à informação clínica.	Possível 3	Insignificante 1	Risco Pequeno 3	1- Definição de níveis de acesso ao processo clínico eletrónico; 2- Acesso a aplicações feita através de perfis de utilizador; 3- Sensibilização dos funcionários para o cumprimento do sigilo profissional; 4- Restrição no acesso aos Serviços Clínicos; 5- Definição de procedimentos no âmbito do cumprimento do Regulamento Geral de Proteção de Dados.	1- Definições estabelecidas pelo Serviço de Sistemas de Informação; 2- Acesso efetuado por perfis de utilizador; 3- Atribuição de <i>logins</i> e <i>passwords</i> individuais e com indicação de intransmissibilidade e sensibilização dos funcionários para o cumprimento do dever de sigilo e não transmissão de informações; 4- Regras de acesso estabelecidas superformente; 5- A definição de procedimentos que cumpram o RGPD já se encontram estabelecidos. No entanto, existe uma EPD no Hospital cumprindo com o artigo 12.º da Lei n.º 58/2019, de 08/08, cujas funções encontram-se definidas no artigo 11.º da mesma lei.
3. Favorecimento de utentes não respeitando lista de inscritos.	Baixa 2	Pequeno 2	Risco Moderado 4	1- Monitorização das Listas de Espera para Consulta e para Cirurgia, com níveis de prioridade estabelecidos; 2- Controlo da LIC e LEC pela Unidade Hospitalar de Gestão de Inscritos para Cirurgia e pela Unidade de Consulta a Tempo e Horas; 3- Realização de auditoria interna às lista de espera.	Não se aplica.
4. Encaminhamento de utentes para o setor privado.	Muito baixa 1	Insignificante 1	Risco Pequeno 1	1- Monitorização das transferências dos utentes e da emissão de vales cirúrgicos; 2- Realização de auditorias.	Não se aplica.
5. Apropriação indevida de material hospitalar.	Baixa 2	Pequeno 2	Risco Moderado 4	1- Sistema e-kanban nas enfermarias com registo dos consumos de material clínico e farmacêutico; 2- Solicitação de medicamentos ao Serviço Farmacêutico mediante prescrição; 3- Monitorização dos consumos <i>versus</i> atividade do Hospital; 4- Verificação dos bens de imobilizado existentes por Serviço.	1- Sistema de reposição automática de <i>stocks</i> com leitura ótica de consumos; 2- As prescrições ainda são efetuadas eletronicamente no que se refere a drogas anestésicas; 3- Monitorização periódica efetuada com o CA; 4- Efetuado aos principais equipamentos do serviço e inventário anual.
6. Externalização de MCDT sem processo transparente de escolha do prestador.	Muito baixa 1	Insignificante 1	Risco Pequeno 1	1- Existência de circuito para a emissão de termo de responsabilidade com vários níveis de autorizações (Direção de Serviço, Conselho de Administração); 2- Para exames que são solicitados que representam grande volume financeiro, são feitos processos de compras; 3- Realização de relatórios com indicação dos MCDT que foram mais vezes realizados no exterior e clínicas onde foram realizados; 4- Auditorias ao agendamento de MCDT.	Não se aplica.

**SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA (SAI)**

**Bloco Operatório**

Riscos identificados no Serviço 2021-2022	Probabilidade de Ocorrência 2021-2022	Impacto no Serviço e/ou HD-F	Avaliação do Risco 2021/2022	Ações (medidas preventivas) a adotar para cada risco identificado	Resultados obtidos em 2021 das medidas preventivas adotadas
7. Externalização de atos clínicos que podiam ser realizados pelo Hospital.	Muito baixa 1	Insignificante 1	Risco Pequeno 1	<ol style="list-style-type: none"> <li>1- Controlo dos exames realizados por médico executante;</li> <li>2- Análise da capacidade instalada e tempos de espera por exame;</li> <li>3- Análise da taxa de utilização dos equipamentos;</li> <li>4- Promover a realização de processos de aquisição ao abrigo da lei para responder às necessidades do HDFF.</li> </ol>	não se aplica
8. Manuais de procedimentos desatualizados.	Possível 3	Pequeno 2	Risco Moderado 6	<ol style="list-style-type: none"> <li>1- Atualização dos manuais de procedimentos ou de procedimentos que se encontram implementados nos diversos Serviços.</li> </ol>	O serviço adotou normas e procedimentos do PPCIPA e outros setores de referência. O contexto COVID não permitiu concluir todas as atualizações inicialmente previstas. Foram atualizados e criados novos PT's (procedimentos técnicos, nomeadamente na área de ação de enfermagem).
9. Produção registada sem execução do respetivo ato.	Muito baixa 1	Insignificante 1	Risco Pequeno 1	<ol style="list-style-type: none"> <li>1- Auditorias, de forma a aferir os registos em sistema informático com os registos no processo clínico do utente e as diversas aplicações informáticas;</li> <li>2- Auditorias para cruzar os atos registados como "sem presença do utente" com a existência de consentimento informado assinado pelo utente.</li> </ol>	Não se aplica.
10. Relação com a indústria farmacêutica (favorecimento de empresas na prescrição de fármacos e dispositivos médicos).	Baixa 2	Pequeno 2	Risco Moderado 4	<ol style="list-style-type: none"> <li>1- Financiamentos para congressos são devidamente registados junto do Infarmed;</li> <li>2- Relatório com os maiores prescritores de medicamentos e quais;</li> <li>3- A entrada de novos medicamentos é avaliada pela CFT.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1- Os eventuais financiamentos são comunicados ao CA e depois registados na plataforma do INFARMED;</li> <li>2- Sim, remetido ao CA trimestralmente pela ACSS;</li> <li>3- Sim, existe procedimento interno para o efeito.</li> </ol>
11. Inadequada codificação dos atos clínicos.	Possível 3	Pequeno 2	Risco Moderado 6	<ol style="list-style-type: none"> <li>1- Auditorias internas realizadas à codificação dos atos;</li> <li>2- Sensibilização para o correto e total registo dos atos realizados de forma a ser feita uma, conforme codificação;</li> <li>3- Análise dos desvios ocorridos entre a produção registada e a organizada.</li> </ol>	Não se aplica.
12. Dependência excessiva em determinados funcionários (falta de gestão de conhecimento).	Muito baixa 1	Insignificante 1	Risco Pequeno 1	<ol style="list-style-type: none"> <li>1- Adequação da dotação de Recursos Humanos com pedido à Tutela;</li> <li>2- Ações de formação;</li> <li>3- Promover a partilha de conhecimento.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1- A equipa foi reforçada conforme solicitação para adequação das tarefas;</li> <li>2- Foram efetuadas ações de formação, conforme o plano e sempre que os condicionais da pandemia o permitiram;</li> <li>3- Reuniões de serviço e divulgação de informações pertinentes.</li> </ol>

**Diretor - Dr. Nuno Azenha**

**Legenda:**

Probabilidade: Muito Alta/ Alta / Possível / Baixa / Muito baixa

Impacto: Catastrófico/ Grande / Moderado / Pequeno / Insignificante

SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA (SAI)

h) Serviços Farmacêuticos

Riscos identificados no Serviço 2021-2022	Probabilidade de Ocorrência 2021-2022	Impacto no Serviço e/ou HDF	Avaliação do Risco 2021/2022	Ações (medidas preventivas) a adotar para cada risco identificado	Resultados obtidos em 2021 das medidas preventivas adotadas
1. Acesso indevido às instalações e devir o de produtos farmacêuticos.	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 5	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 HDF, EPE; No inventário anual dos SF, a Auditoria Interna do hospital ou outro auditor externo assistem à contagem.	Em 2021, 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. No inventário anual o Auditor Externo/fiscal Único não esteve presente porque cessou funções a 30/06/2021, não tendo sido nomeado novo fiscal Único pela tutela. A Auditoria 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.	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 5	A aplicação informática (GHAF) é atualizada periodicamente de acordo com as necessidades.	Foram feitas várias atualizações pontuais no GHAF 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.	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 5	Assinatura anual de declarações de incompatibilidades, nos termos do artigo nº 4 do decreto Lei nº 14/2014 de 22 de Janeiro.	Em Janeiro de 2021 foram preenchidas as declarações de incompatibilidade de incompatibilidades, das Farmacêuticas envolvidas nos procedimentos de aquisição de medicamentos e publicadas no site do HDF, 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) 2016/151, de 2 de outubro de 2015 e Circular do Infarmed N.º 020/CD/100.20.200 Data: 28/01/2019).	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	4. a) Avaliação e gestão dos prazos de validade, através de listagens retiradas do GHAF, com 3 meses de antecedência.	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 repete-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. Em 2021 as medidas cumpridas. Com o módulo <i>Quimtoprocess</i> da aplicação GHAF no Hospital Dia- Quimioterapia qualquer erro na introdução do lote é detetada obrigando a correção imediata o que se traduz numa medida de segurança, o mesmo acontece com os Derivados do Plasma Humano e Gases Medicinais. Aquando do inventário também se pode detetar eventual engano e efetuar a respetiva correção.
5. Erro na introdução do lote e prazo de validade no sistema Informático.	Baixa 2	Pequeno 2	Risco Moderado 4	Atualização/conferência da informação aquando do inventário anual das existências em armazém e/ou sempre que detetado aquando do registo de saídas.	
6. Desatualização do registo dos dispositivos médicos conforme a legislação em vigor (falta de CDM/NPDM).	Baixa 2	Pequeno 2	Risco Moderado 4	Atualização da informação aquando da realização dos procedimentos de aquisição dos produtos.	Sempre que haja a introdução de um novo Dispositivo Médico no Formulário do Hospital introduz-se de imediato os CDM/NPDM do produto.

Legenda:

Probabilidade: Muito Alta/ Alta / Possível / Baixa / Muito baixa

Impacto: Catastrófico / Grande / Moderado / Pequeno / Insignificante

SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA (SAI)

i) Unidade de Nutrição e Dietética

Riscos identificados no Serviço 2021-2022	Probabilidade de Ocorrência 2021-2022	Impacto no Serviço e/ou HDF	Avaliação do Risco 2021/2022	Ações (medidas preventivas) a adotar para cada risco identificado	Resultados obtidos em 2021 das medidas preventivas adotadas
1. Requisições fraudulentas de refeições e suplementos alimentares.	Possível 3	Pequeno 2	Risco Moderado 6	Realização de auditorias internas ao processo de requisição de refeições e suplementos alimentares.	Não foram detectadas ocorrências de requisições fraudulentas nas auditorias internas efetuadas ao processo de requisição de refeições e suplementos alimentares. Foram efetuadas 24 análises de rastreio microbiológico no decorso de 2021, com frequência mensal. Resultados:
2. Consurcação/adulteração intencional de gêneros alimentares.	Baixa 2	Grande 4	Risco Alto 8	Realização de análises de rastreio microbiológico de forma preventiva, com periodicidade mensal; Análise microbiológica de amostras testemunha sempre que se evidencie a necessidade.	- 12 amostras de alimentos: 11 resultados Conformes; 1 resultado Não Conforme; - 5 amostras colhidas de superfícies e utensílios: 3 resultados Conformes; 2 resultados Não Conformes; - 7 amostras colhidas de manipuladores: 6 resultados Conformes; 1 resultado Não Conforme.

Nutricionista e Responsável - Dr. Paulo Mendes

Legenda:

Probabilidade: Muito Alta/ Alta / Possível / Baixa / Muito baixa

Impacto: Catastrófico / Grande / Moderado / Pequeno / Insignificante

**SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA (SAI)**

**j) Serviço Social e Gabinete do Cidadão**

Riscos identificados no Serviço 2021-2022	Probabilidade de Ocorrência 2021-2022	Impacto no Serviço e/ou HDF	Avaliação do Risco 2021/2022	Ações (medidas preventivas) a adotar para cada risco identificado	Resultados obtidos em 2021 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.	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	Quando existir algum utente ou familiar que seja mais conflituoso, solicitar a presença de outro elemento do Serviço Social para estar presente nas reuniões.	Solicitou-se a presença de um elemento do Serviço de Vigilância ao Gabinete do Cidadão.
2. Informação do utente necessária para elaboração de diagnóstico/relatório social, não ser entregue ou enviado atempadamente pelo profissional de saúde.	Baixa 2	Pequeno 2	Risco Moderado 4	Alertar com alguma antecedência para a importância da informação por parte do profissional de saúde.	Foi cumprido.
3. Incumprimento de prazos legais relativos a não possuir relatórios sociais completos e finalizado.	Baixa 2	Pequeno 2	Risco Moderado 4	Alertas com o <i>terminus</i> dos prazos a cumprir.	Os prazos foram cumpridos.
4. Incumprimento de prazos de entrega de respostas das audições internas (reclamações/exposições) dirigidas aos profissionais do HDF, EPE e outras entidades.	Muito baixa 1	Pequeno 2	Risco Pequeno 2	A entrega em mão da audição interna a responder ao profissional do HDF, EPE e a outras entidades e, posteriormente a insistência relativamente ao prazo de entrega da resposta.	Existiram algumas situações de necessidade de insistência relativamente ao prazo de entrega em mão das audições internas.

Responsável - Dr.ª Sandra Jasmims

**Legenda:**

**Probabilidade:** Muito Alta/ Alta / Possível / Baixa / Muito baixa

**Impacto:** Catastrófico / Grande / Moderado / Pequeno / Insignificante

SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA (SAI)

k) Serviço de Gestão de Doentes

Riscos Identificados no Serviço 2021-2022	Probabilidade de Ocorrência 2021-2022	Impacto no Serviço e/ou HDFF	Avaliação do Risco 2021/2022	Ações (medidas preventivas) a adotar para cada risco identificado	Resultados obtidos em 2021 das medidas preventivas adotadas
1. Favorecimento de doentes na ordem da UIC.	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	Manual de Procedimentos e Boas práticas.	Em 2021 cumpriram-se as regras referidas no Manual de Procedimentos e Boas Práticas.
2. Tráfego de influência/pressão que influencia a resolução cirúrgica de um doente face a outros.	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	Manual de Procedimentos e Boas práticas.	Em 2021 cumpriram-se as regras referidas no Manual de Procedimentos e Boas Práticas.
3. Existência de atos clínicos não registados, nomeadamente a execução do ato sem reflexo administrativo e/ou registo informático, bem como atos registados incorretamente e/ou em períodos incorretos.	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	Monitorização semanal dos atos não registados e/ou em períodos incorretos.	Inexistência de atos não registados ou mal registados durante o ano 2021.
4. Admissão de doentes com informação incorreta (isenções e moradas).	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	Análise comparativa mensal da cobrança de taxas moderadoras por fundonário e/ou o nº de episódios de consulta por fundonário (solicitar listagem ao GGSU). 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.)	Tem existido uma garantia de atualização da informação devido à integração de dados, nomeadamente pelo RNLU.
5. Recebimento de taxas moderadoras: risco de entrega de valores incorretos ao Serviço de Gestão Financeira (SGF).	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	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.	Durante o ano 2021, todos os recibos anulados foram entregues, não tendo havido nenhum reporte pelo SGF relativamente a anomalias com os recibos anulados.
6. Anulação indevida de recibo.	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	Limitar o acesso a 25s. vias por parte dos secretariados clínicos das consultas e urgências.	Em 2021, não foram reportadas cobranças indevidas.
7. Cobrança indevida de taxas moderadoras.	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	Elaboração de procedimentos escritos para a salvaguarda de espólio de utentes; Divulgação formal dos profissionais envolvidos nos procedimentos escritos existentes sobre cada tarefa.	Em 2021, não foram reportadas extravio de bens pertencentes a utentes.
8. Extravio de bens pertencentes aos utentes e à guarda do HDFF, EPE.	Baixa 2	Pequeno 2	Risco Moderado 4	Formação contínua; partilha de conhecimentos, experiências e informação técnica; acompanhamento personalizado pela Responsável do SGD.	Diminuição de queixas dos doentes e profissionais, durante o ano 2021.
9. Inadequação do perfil técnico e comportamental ao exercício de funções.	Alta 4	Grande 4	Risco Crítico 16	Declaração, assinada pelos Assistentes Técnicos, de leitura dos Direitos e Deveres previstos na Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas (Lei n.º35/2014, de 20 de Junho) ou na Lei Geral do Trabalho (Lei n.º7/2009, 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."	Em 2021, os funcionários cumpriram com os seus deveres de sigilo, bem como com outros deveres e valores funcionais.
10. Quebra do dever de sigilo e de outros deveres funcionais e valores, tais como a integridade, responsabilidade, imparcialidade e prossecução do interesse público.	Alta 4	Grande 4	Risco Crítico 16		

Legenda:

Probabilidade: Muito Alta/ Alta / Possível / Baixa / Muito baixa  
Impacto: Catastrófico / Grande / Moderado / Pequeno / Insignificante

Responsável: Dr.ª Margarida Cunha

SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA (SAI)

1) Serviço de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho

Riscos identificados no Serviço 2021-2022	Probabilidade de Ocorrência 2021-2022	Impacto no Serviço e/ou HDFF	Avaliação do Risco 2021/2022	Ações (medidas preventivas) a adotar para cada risco identificado	Resultados obtidos em 2021 das medidas preventivas adotadas
1. Recursos Humanos.	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	Disponibilidade dos recursos humanos do grupo para cumprimento efetivo dos objetivos do Serviço. Criação de mecanismos de diferenciação e motivação de profissionais.	Foram feitas reuniões com o CA, foram esclarecidos as falhas e propostas soluções.
2. Organização Interna.	Alta 4	Grande 4	Risco Crítico 16	Criação de mecanismos que promovam o respeito pela hierarquia, competências e responsabilidades e capacitação dos gestores para a tomada de decisão.	Foram feitas reuniões com o CA, foram esclarecidos as falhas e propostas soluções.

Responsável - Dr.ª Célia Morais

Legenda:

Probabilidade: Muito Alta/ Alta / Possível / Baixa / Muito baixa

Impacto: Catastrófico / Grande / Moderado / Pequeno / Insignificante

SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA (SAI)

m) Serviço de Gestão Financeira

Riscos Identificados no Serviço 2021-2022		Probabilidade de Ocorrência 2021-2022	Impacto no Serviço e/ou HDFFF	Avaliação do Risco 2021/2022	Ações (medidas preventivas) a adotar para cada risco identificado	Resultados obtidos em 2021, das medidas preventivas adotadas
1. Prescrição da faturação, p.ex: com as companhias de seguros, a cobrança prescreve ao fim de 3 anos.	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	Verificação dos episódios que prescrevam no prazo de 6 meses e insistir novamente na cobrança.	No ano de 2021, 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 (há mais de 365 dias).	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	Análise periódica dos episódios por faturar e o tratamento/correção, atempadamente, da informação registada na aplicação SONHO, que depende da resposta do serviço de informática da SPMS e do GSI do HDFFF.	Em 2021, continuam a existir episódios por faturar fora do prazo, embora o montante não seja materialmente relevante, nomeadamente a faturação de migrantes.	
3. Desvio de fundos podendo assumir duas formas: a) o NIB não corresponder à instituição/empresa correta; b) transferência/pagamento do valor diferente do autorizado.	Baixa 2	Pequeno 2	Risco Moderado 4	Minimizar valor das disponibilidades em caixa; Controlo periódico do caixa; Utilização de "senhas" para acesso aos sistemas informáticos, incluindo <i>homebanking</i> .	Em 2021, 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.	Baixa 2	Pequeno 2	Risco Moderado 4	Segregação de funções; reconciliação bancária; cruzamento da informação entre quem recebe e quem emite a guia de receita; o caixa é conferido diariamente.	Durante 2021, não existiu apropriação indevida de valores em numerário.	
5. Faturas por cobrar há muito tempo fora do SNS.	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	Entregar as faturas por cobrar ao Gabinete Jurídico, de modo a atuar judicialmente antes da sua prescrição e provisionar quaisquer valores incobráveis.	No ano 2021 existiram faturas por cobrar há muito tempo fora do SNS, nomeadamente as situações de utentes sem n.º de SNS que não foram regularizadas as suas dívidas, no ato de admissão à urgência. Posteriormente, quando o HDFFF, 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 encontram pendentes de validação noutros serviços.	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	Atempadamente deverá ser efetuada a validação das faturas pelos serviços responsáveis. Caso não seja possível a validação atempada deverá ser enviada aos SGF o valor das mesma, para que seja efetuada a estimativa, dentro do mês a que se refere.	Durante o ano 2021, o Procedimento Técnico (PT) que definiu as conferências e os prazos para entrega no Serviço de Aproveitamento (APR) foi eficaz, tendo sido mínimo o n.º de documentos que não chegam atempadamente ao APR.	
7. Incumprimento da Lei dos Compromissos e Pagamento em Atraso.	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	Garantir que toda a despesa tenha compromisso associado; Garantir a existência de Fundos Disponíveis para os compromissos assumidos.	Em 2021, ainda devido à pandemia, continuou a verificar-se a aquisição de EPI's num valor elevado. Ainda no mesmo ano, devido aos projetos em curso, nomeadamente a construção do novo Bloco Operatório, originou um aumento dos investimentos a serem	

Responsável - Dr.ª Eduarda Rolão

Legenda:

Probabilidade: Muito Alta/ Alta / Possível / Baixa / Muito baixa

Impacto: Catastrófico / Grande / Moderado / Pequeno / Insignificante

SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA (SAI)

n) Serviço de Aproveitamento

Riscos Identificados no Serviço 2021-2022	Probabilidade de Ocorrência 2021-2022	Impacto no Serviço e/ou HDPF	Avaliação do Risco 2021/2022	Ações (medidas preventivas) a adotar para cada risco identificado	Resultados obtidos em 2021, 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).	Alta 4	Grande 4	Risco Crítico 16	Existência de parecer técnico relativo à inoperacionalidade ou obsolescência do bem; Estabelecimento e divulgação de orientações quanto ao modo de se proceder ao abate de bens; Autorização pelo CA do respetivo abate; Comunicação e remoção física dos serviços utilizadores, dos equipamentos dados como inoperacionais/inutilizados que aguardam a formalização do abate e da remoção do HDPF.	A utilização assídua do módulo de manutenção da aplicação de gestão permitiu um maior controlo e registo de todas as comunicações relativas a abates, quer por obsolescência quer por inoperacionalidade, firmando um melhor canal de transmissão de informação e registo.
2. Transferências de bens (transferências de bens sem comunicação, apropriação indevida de bens, desaparecimento de bens, desatualização das fichas dos bens, pedulato, pedulato de uso, abuso de poder).	Alta 4	Catastrófico 5	Risco Crítico 20	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.	É possível correlacionar o pedido com o bem em concreto de modo a existir um registo permanente e a manutenção de que é alvo.
3. Cedência de equipamento (cedência de equipamento por pessoa/serviço sem competência, gerando utilização indevida de bens).	Possível 3	Grande 4	Risco Alto 12	Controlo de equipamentos afetos a cada centro de custo, através da responsabilização dos serviços pelos equipamentos à sua guarda; Documento eletrónico devidamente justificado e fundamentado sobre as causas de avaria do equipamento; Promoção de 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.	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.	Possível 3	Grande 4	Risco Alto 12	Restrição de acesso físico aos armazéns avançados apenas aos utilizadores autorizados que necessitem de material para a prestação diária de cuidados, com registo e identificação dos mesmos. Contagens periódicas e inventário de final de ano aos armazéns avançados. Promoção de segregação de funções.	A restrição de acesso físico e controlado ainda não foi possível durante o ano de 2021.
5. Possibilidade de extravio dos documentos ou a sua inutilização, por ação humana ou causas naturais.	Possível 3	Catastrófico 5	Risco Crítico 15	Maior implementação das ferramentas eletrónicas disponíveis.	A implementação de uma aplicação de arquivo eletrónico tem permitindo firmar uma política <i>paper-free</i> com maior utilização de meios digitais e respetivo acesso a documentos.
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).	Alta 4	Grande 4	Risco Crítico 16	Elaboração e atualização de uma <i>listagem</i> informatizada dos contratos suscetíveis de renovação; Criação de um sistema de alerta informativo; Verificação através da aplicação informática da base de dados de contratos e respetiva calendarização, para que a avaliação da mesma se processasse com uma antecedência mínima prevista para denúncia.	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, tendo já sido solidificadas algumas parametrizações relativas a alertas e renovações.
7. Aquisição de bens e serviços por ajuste direto (incluindo aquisições diversas ao mesmo fornecedor e/ou para favorecimento de fornecedores e violação dos princípios gerais de contratação).	Baixa 2	Catastrófico 5	Risco Alto 10	Recurso ao ajuste direto apenas em casos de fundamentação material ou exclusividade, incremento de concursos públicos em detrimento consultas prévias.	Apesar do aumento de ajustes diretos verifica-se que visa reforçar a transparência e a legalidade de todas as aquisições independentemente do valor, tendo por seu turno 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.	Baixa 2	Catastrófico 5	Risco Alto 10	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.	Estão previstas formações especializadas e propostas formações genéricas não só para elementos do Serviço de Aproveitamento como também para os restantes colaboradores.

Legenda:

Probabilidade: Muito Alta / Alta / Possível / Baixa / Muito baixa  
Impacto: Catastrófico / Grande / Moderado / Pequeno / Insignificante

SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA (SAI)

o) Serviço de Gestão de Recursos Humanos

Riscos Identificados no Serviço	Probabilidade de Ocorrência	Impacto no Serviço e/ou HDFF	Avaliação do Risco	Ações (medidas preventivas) a adotar para cada risco identificado	Monitorização	Resultados obtidos, em 2021, das medidas preventivas
2021-2022	2021-2022	HDFF	2021/2022	2021-2022	2021-2022	2021-2022
1. Falsa informação de dados dos trabalhadores que integram o mapa de pessoal e dos trabalhadores a contratar.	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificação individual sistemática dos documentos comprovativos da habilitação profissional e da sua validade efetuados de forma cíclica de acordo com o grupo profissional.</li> <li>Gasto existam dúvidas solicitar a validação dos Ordens Profissionais.</li> <li>Os OI devem solicitar a validação dos OI dos trabalhadores.</li> </ul>	Trimestral Por amostragem	0% Não se tem registado falsas informações quanto aos documentos comprovativos de qualificação.
2. Não apresentação de documentos de habilitação profissional e/ou apresentação de documentos de habilitação falsos e/ou fora de prazo.	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comunicação do GRH atempada ao Serviço de Informática e Serviço de segurança e saúde no trabalho de todas as entradas e saídas de trabalhadores, de forma a que o novo trabalhador tenha a passar o tempo e seja que tenham sido devidamente desativados.</li> </ul>	Trimestral Por amostragem	Da monitorização efetuada verifica-se que nem sempre é comunicada de forma atempada ao Serviço de Sistemas de Informação todas as saídas.
3. Possibilidade de acesso indevido a informação das Profissionais (processos individuais, com credenciais, entre outros), e utilização abusiva de dados sensíveis.	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comunicação atempada por escrito pelo GRH ao Gdz, Gestão de Sistemas de Informação de todas as entradas de forma a que não haja entrada a posteriori a tempo e de forma a serem validadas os tempos de acesso.</li> </ul>	Trimestral Por amostragem N.º de reclamações efetuadas sobre os credenciais	0% Uma preocupação do GRH pedir as credenciais ao Serviço de Informação para que o novo trabalhador (principalmente profissional clínico) não recorra indevidamente à credencial do colega.
4. A eventual não atribuição em tempo das credenciais para aceder (password) às aplicações; Informáticas, por parte de novos trabalhadores;	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	<ul style="list-style-type: none"> <li>Obter credencial legal de registo biométrico, na Misericórdia da Saúde.</li> <li>Verificar se o novo trabalhador possui credenciais declaradas e nas aplicações que constam das escalas previamente validadas e fechadas, na aplicação "Gestão de Horários".</li> <li>O controlo é sempre efetuado pelos Responsáveis e pelo GRH aquando do processamento das remunerações em que a assiduidade é validada no sistema.</li> <li>As escalas, escalas a ocorrência de eventual não conformidade, o sistema entre si.</li> <li>O risco declara do passa por não existir escalas em alguns serviços que refletem os tempos de trabalho, não podendo assim, ser controlado os tempos de trabalho com os registos biométricos, bem como todas as alterações que surjam a posteriori.</li> </ul>	Trimestral Por amostragem N.º de reclamações efetuadas sobre os credenciais	0,10% N.º de reclamações efetuadas sobre os credenciais
5. Possibilidade de registo incorreto, e falta de registo de informação de assiduidade (por exemplo, processamento de faltas como justificadas indevidamente).	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	<ul style="list-style-type: none"> <li>Obter, extra/suplementar e previamente autorizado pelo CA, posteriormente a verificação do n.º de horas trabalhadas e eventual gozo de folgas, para a validação e controlo de validade para os RH, para o controlo de validade.</li> <li>Atualmente o RHV processa e tem acesso/comhecimento da assiduidade dos trabalhadores das Unidades de Saúde.</li> </ul>	Trimestral Por amostragem N.º de reclamações efetuadas sobre os credenciais	0% A questão não pode ter uma apreciação obvia derivada à Pandemia COVID que alterou e aumentou substancialmente o trabalho suplementar a todos os profissionais de saúde designadamente nos Serviços de Urgência (Geral e Respiratória) e Internamentos.
6. Controlo indevido do trabalho suplementar/extra e respetivos descansos semanais, trabalho em dias de descanso semanal, complementar e feriados.	Alta 4	Moderado 3	Risco Alto 12	<ul style="list-style-type: none"> <li>As escalas (turnos) e horários tem obrigatoriedade de serem publicadas mensalmente, aquando da sua elaboração, as alterações ocorridas devem ser registadas.</li> <li>O aplicativo de "Gestão de Horários" implementado, veio reforçar esta medida com a existência da escala planeada e excetada a passar por diversos níveis de validação.</li> <li>Aplicação RHV (validação informática do MS) veio reforçar esse controlo.</li> <li>Atualmente o RHV processa e tem acesso/comhecimento da assiduidade dos trabalhadores das Unidades de Saúde.</li> </ul>	Trimestral Por amostragem N.º de reclamações efetuadas sobre os credenciais	0% Não elaboração de escalas em alguns serviços pode constituir algum risco, que os RHV tenham conhecimento e controlo de validade das escalas suplementares e o registo biométrico das profissionais.
7. Controlo inadequado das escalas (turnos).	Possível 3	Pequeno 2	Risco Alto 6	<ul style="list-style-type: none"> <li>Todas as informações sobre faltas, férias e licenças são tratadas no âmbito do RHV aquando da elaboração do Mapa de Férias, por parte do RHV através um 1.º controlo, posteriormente são distribuídos aos serviços para marcação das férias.</li> <li>Na sua receção para envio ao CA é efetuado um novo controlo antes da aprovação e por último, aquando do fecho dos horários mensalmente pelos RHV.</li> </ul>	Anual Por amostragem	0% Todas as informações sobre faltas, férias e licenças devem conter fundamente legal, pelo RHV, aquando da distribuição do mapa de férias para os serviços (Centrais) e na sua recepção para envio ao CA para aprovação, nos termos da lei.
8. Faltas, férias e licenças em desconformidade legal;	Possível 3	Pequeno 2	Risco Moderado 6	<ul style="list-style-type: none"> <li>Continua a verificação que muitos trabalhadores procedem a substituição, conforme Circular(ões) de CA, apesar de os profissionais de saúde sindicalizados terem apenas a obrigatoriedade de serem substituídos.</li> <li>Os RHV aquando da elaboração do Mapa de Férias, por parte do RHV através um 1.º controlo, posteriormente são distribuídos aos serviços para marcação das férias.</li> <li>Na sua receção para envio ao CA é efetuado um novo controlo antes da aprovação e por último, aquando do fecho dos horários mensalmente pelos RHV.</li> </ul>	Anual Por amostragem	0% Continua a verificação que muitos trabalhadores procedem a substituição, conforme Circular(ões) de CA, apesar de os profissionais de saúde sindicalizados terem apenas a obrigatoriedade de serem substituídos.
9. Possibilidade de existir acumulação de funções sem autorização/comhecimento.	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atualmente o RHV processa e tem acesso/comhecimento da assiduidade dos trabalhadores das Unidades de Saúde.</li> </ul>	Anual Por amostragem	0% Atualmente o RHV processa e tem acesso/comhecimento da assiduidade dos trabalhadores das Unidades de Saúde.

SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA (SAI)

SERVIÇO DE GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS

Riscos Identificados no Serviço 2021-2022	Probabilidade de Ocorrência 2021-2022	Impacto no Serviço e/ou HDFF	Avaliação do Risco 2021/2022	Ações (medidas preventivas) a adotar para cada risco identificado	Monitorização 2021-2022	Resultados obtidos em 2021, das medidas preventivas adotadas
<p>Procedimentos concursais; Reclamações e contratação.</p> <p>10. Ausência de regras gerais que determinem a rotatividade dos elementos que compõem os júris; 10.1. Ausência ou deficiente fundamentação dos atos de seleção e avaliação de pessoal; 10.2. Utilização da contratação a termo, prestação de serviços para satisfação de necessidades permanentes dos Serviços/Hospital.</p>	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	<ul style="list-style-type: none"> <li>Procedimentos concursais realizados nos termos do "Manual de Procedimentos Administrativos e Contabilísticos", IRCT's e demais legislações aplicáveis, assegurando o recrutamento na adequação dos profissionais às funções a desempenhar, assegurando os princípios da igualdade de oportunidade de imparcialidade, da boa fé, da não discriminação e da publicidade, nos termos dos Estatutos dos ERCS;</li> <li>Promover a rotatividade dos elementos que compõem os júris.</li> </ul>	N.º de reclamações/Impugnações	<p>0%</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Dos procedimentos concursais realizados não se têm verificado inconformidades, até porque a maioria das carreiras profissionais existentes no âmbito do setor de saúde, encontram-se já devidamente regulamentadas por instrumentos de Regulamentação Coletiva de Trabalho (IRCT's), nas suas diversas matérias, entre outras, como as dos procedimentos concursais;</li> <li>Todos os grupos profissionais existentes no Hospital, possuem bolsas de Recrutamento que é obrigatório realizar no cumprimento do princípio da legalidade, igualdade e de adequação dos profissionais aos postos de trabalho a preencher/prover.</li> </ul>
<p>Avaliação de desempenho (SIADAP 3)</p> <p>11. No âmbito da avaliação de desempenho, o não cumprimento das orientações emanadas do CCA; 11.1. Não controlo da adequação dos objetivos e competências contratualizados; 11.2. Registo incorreto dos pontos resultantes das avaliações de desempenho (SIADAP 3).</p>	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	<ul style="list-style-type: none"> <li>Monitorização e controlo por parte de uma comissão, da aplicação do SIADAP, designadamente na elaboração dos objetivos e acompanhamento circunscrição do cumprimento ou superação dos mesmos;</li> <li>Definição prévia (tão avaliativo) pelo CCA de mais 60% dos objetivos e competências a utilizar pelos avaliadores e avaliados;</li> <li>Controlo final do processo e realizar pelo Conselho de Administração e pelo CCA;</li> <li>Em termos finais, igualmente as reclamações dos trabalhadores visados.</li> </ul>	N.º de reclamações para os avaliadores, CCA e comissões paritárias	<p>O controlo existente é realizado pelo o CCA, tomando-se mais objetivo na fase de monitorização das avaliações de desempenho atribuídas;</p> <p>O SIADAP para as diversas carreiras no biênio 2019/2020, encontra-se praticamente encerrado.</p> <p>Foi realizado via on line, através da aplicação GeODAP.</p>
<p>Necessidade de fundamentação legal de pedidos, interpretação e aplicação; Emissão de pareceres/RH's.</p> <p>12. Ausência ou deficiente fundamentação de pareceres pedidos; 12.1. Utilização de critérios com excessiva margem de discricionariedade; 12.2. Interpretação discricionária e abusiva da legislação aplicável; 12.3. Ausência de orientações da Tutel a com eficácia jurídica, no âmbito dos poderes de superintendência e de direção no objetivo de uma atuação uniformizada no SNS</p>	Possível 3	Pequeno 2	Risco Moderado 6	<ul style="list-style-type: none"> <li>O controlo da fundamentação, nos termos da legislação aplicável, é validada pelo Conselho de Administração com sustentação legal, boas práticas e apoio jurídico superior.</li> <li>A reclamação e não concordância dos destinatários requerentes balizaram as eventuais não conformidades.</li> </ul>	N.º de reclamações e queixas	<p>Emissão de pareceres devidamente fundamentados quanto à causa de pedir.</p> <p>Fundamentação legal e jurídica de todos os pedidos;</p> <p>Controlo legal e/ou jurídico superior (Conselho de Administração);</p> <p>Atualmente as Assessorias Sindicais fiscalizam e promovem grande dos pedidos e requerimentos.</p>
<p>Gestão do processamento de requerimentos</p> <p>13. Processamentos indevidos e sem fundamentação legal: - Remunerações; - Abonos, Ajudas de Custo, subsídios, etc.</p>	Baixa 2	Pequeno 2	Risco Moderado 4	<ul style="list-style-type: none"> <li>Todos os processamentos de valores devem conter e tem fundamentação legal e autorizada dos respetivos Responsáveis e em termo prévios e finais do Conselho de Administração;</li> <li>Os detentores CGA, ADS, 55, IRS e outros, encontram-se parametrizados centralmente pela SPMS, no âmbito da aplicação RHV, sendo fiscalizados pelos RH aquando do processamento;</li> <li>Por último, acresce o controlo efetuado aquando da transferência dos ficheiros para os Serviços Financeiros para pagamento final das remunerações.</li> </ul>	Por amostragem a labora, em auditoria interna.	<p>0% de taxa de erros.</p> <p>O processamento é efetuado e fechado a nível central pela Tutel a/ACSS e SPMS.</p> <p>Acresce, que a preparação desse processamento realizada pelos RH, é 3 posterior validado pelos Serviços Financeiros do Hospital, aquando da fase de pagamento aos trabalhadores do HDFF.</p>
<p>Atualização do Manual de Procedimentos Administrativo e Contabilístico</p> <p>14. Possibilidade de risco devido à não atualização (Manual) dos procedimentos administrativos e contabilísticos.</p>	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	<p>Revisão e atualização do manual de procedimentos de acordo com os requisitos legais e normas superiores da ACSS, sempre balizado por um SNS e respetivos Hospitais sem papel.</p>	Evolução dos circuitos e workflows dos RH.	<p>A atualização do Manual de procedimentos administrativos e contabilísticos, está a ser levada a cabo, com alguma demora devido ao facto de os RH se encontrarem numa fase de transição digital (desmaterialização dos circuitos e processos e gestão documental) o que veio a alterar todos os circuitos e workflows.</p>
<p>Princípio da Segregação de Funções</p> <p>15. Inexistência de trabalhadores suficientes no RH para tornar efetiva a segregação de funções.</p>	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	<p>Regra de controlo interno para um serviço poder evitar falhas ou fraudes na medida em que descentraliza as funções estabelecendo mais independência;</p> <p>Ninguém deve ter sob sua inteira responsabilidade todas as fases inerentes a uma operação. Cada uma dessas fases deve, preferencialmente, ser executada por pessoas (setores) independentes entre si.</p>		<p>A insuficiência de recursos humanos minimiza uma efetiva segregação de funções e de avaliação por pessoa diferente.</p>

Legenda

Probabilidade: Muito Alta/ Alta / Possível / Baixa / Muito baixa

Impacto: Catastrófico/ Grande / Moderado/ Pequeno / Insignificante

SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA (SAI)

p) Serviços Gerais

Riscos identificados no Serviço 2021-2022	Probabilidade de Ocorrência 2021-2022	Impacto no Serviço e/ou HDFFF	Avaliação do Risco 2021/2022	Ações (medidas preventivas) a adotar para cada risco identificado	Resultados obtidos em 2021 das medidas preventivas adotadas
1. Valores de Compromisso Ético.	Baixa 2	Pequeno 2	Risco Moderado 4	Promover a definição de grupos de trabalho e formação de recursos humanos com respeito pelos princípios éticos instituídos.	Os grupos de trabalho foram criados, infelizmente não foi possível dinamizar ações de formação a propósito das restrições da pandemia.
2. Instrumentos de Gestão.	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	Sensibilização para necessidade de contratação de fornecedores externos, não apenas com recurso ao preço.	Os procedimentos foram desenhados em conformidade.
3. Organização Interna.	Alta 4	Grande 4	Risco Crítico 16	Criação de mecanismos que promovam o respeito pela hierarquia e capacite os gestores para a tomada de decisão.	Foram atribuídos mais recursos, embora por tempo determinado, o que favoreceu a comunicação e a redução de conflitos.
4. Recursos Humanos.	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	Estabilidade dos grupos profissionais para cumprimento efetivo dos objetivos do Serviço; Criação de mecanismos de diferenciação e motivação de profissionais; Estabelecer políticas de desenvolvimento profissional justo a adequado às competências.	Foram atribuídos mais recursos, o sistema de avaliação permitiu validar as competências. Mantém-se a indiferenciação dos profissionais, o que dificulta a criação de estratégias de motivação, embora não se reflita no desempenho do Serviço que foi eficaz.
5. Controlo Interno.	Baixa 2	Pequeno 2	Risco Moderado 4	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.	O leque de fornecedores dos Serviços Gerais está francamente dependente do SUCF, nesta área o mercado não oferece competição, o que mantém limitado o controlo de compromissos. Os programas de monitorização do Serviço têm hoje indicadores mais eficientes.

Responsável - Dr.ª Célia Morais

Legenda:

Probabilidade: Muito Alta/Alta / Possível / Baixa / Muito baixa

Impacto: Catastrófico / Grande / Moderado / Pequeno / Insignificante

SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA (SAI)

r) Serviços de Instalações e Equipamentos

Riscos Identificados no Serviço 2021-2022	Probabilidade de Ocorrência 2021-2022	Impacto no Serviço e/ou HDFF	Avaliação do Risco 2021/2022	Ações (medidas preventivas) a adotar para cada risco identificado	Resultados obtidos em 2021, das medidas preventivas adotadas
1. Avaliação de projetos técnicos elaborados por especialistas externos.	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	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.	Em 2021, finalizou-se o projeto de eficiência energética, tendo sido concluídas as obras de envolvimento exterior do Serviço de Medicina Interna e o retrofitting da iluminação interior do HDFF e por último, continuou-se com a execução do novo Bloco Operatório, previsto o seu término para 2022.
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.	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	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.	Durante o ano 2021, relativamente à complexidade das empreitadas referidas no ponto 1, a fiscalização continuou a ser prestada por empresas externas.
3. Acompanhamento e monitorização de prestação de serviços.	Alta 4	Moderado 3	Risco Alto 12	Assegurar a qualidade e quantidade dos serviços prestados. (SCI - Verificação e avaliação mensal das diversas prestações de serviços.)	Em 2021, a implementação de uma aplicação informática (GHAF- Módulo Manutenção) permite a monitorização contínua.
4. Adequação dos materiais e equipamentos a adquirir.	Alta 4	Moderado 3	Risco Alto 12	Rubrica do coordenador em todos os pedidos do SIE; Na escolha dos equipamentos estará sempre envolvido os SIE.	Durante o ano 2021, 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).	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	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.	No ano 2021, o Serviço foi dotado de um Técnico Superior com perfil de eletromédica.
6. Não atualização dos cadastros dos equipamentos.	Baixa 2	Pequeno 2	Risco Moderado 4	Periódicamente analisar e atualizar o cadastro dos equipamentos.	Este ponto encontra-se interrelacionado com outros Serviços.

Responsável - Eng. Vítor Ribeiro

Legenda:

Probabilidade: Muito Alta/ Alta / Possível / Baixa / Muito baixa

Impacto: Catastrófico / Grande / Moderado / Pequeno / Insignificante

SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA (SAI)

s) Gabinete de Gestão de Sistemas de Informação

Riscos identificados no Serviço de Ocorrência 2021-2022	Probabilidade de Ocorrência 2021-2022	Impacto no Serviço e/ou HDFF	Avaliação do Risco 2021/2022	Ações (medidas preventivas) a adotar para cada risco identificado	Resultados obtidos em 2021 das medidas preventivas adotadas
1. Sistemas de informação (software) desatualizados e/ou inoperacionais.	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	Assegurar a permanente atualização, gestão operacional e rentabilização dos sistemas de informação.	Mantém-se a necessidade de assegurar o licenciamento e a atualização de software, nomeadamente o software desatualizado que suporta o sistema de informação fonte associado à atividade hospitalar.
2. Equipamentos (hardware) desatualizados e/ou inoperacionais.	Muito baixa 1	Moderado 3	Risco Pequeno 3	Assegurar a permanente atualização, gestão operacional e rentabilização dos sistemas de informação.	Foi cumprido este objetivo quer a nível de sistemas centrais quer a nível de equipamento utilizador. O número de equipamentos adquiridos foi, no período o suficiente para colmatar as necessidades.
3. Acesso indevido a determinada aplicação ou informação.	Alta 4	Moderado 3	Risco Alto 12	Reavaliação sistemática dos perfis e diminuição do número de profissionais com acesso ao universo elevado de perfis;	Objetivo com cumprimento parcial. Dentro do possível e face à mobilidade constante de utilizadores e ao volume de configurações a efetuar, há dificuldades práticas de cumprir em tempo útil este objetivo. Está coordenado com o SGRH o tempo de vida de contas de utilizador.
4. Cedência a entidades alheias ao HDFF, EPE de dados confidenciais relevantes, relativos a doentes/utentes e colaboradores.	Alta 4	Moderado 3	Risco Alto 12	Redefinir e monitorizar o circuito de cedência de informação necessária ao exterior. Acompanhar as iniciativas da SPMS do controlo da partilha de informação.	Houve acompanhamento o controlo com os SPMS, porém torou-se difícil o controlo do acesso à informação face à utilização generalizada de instrumentos de trabalho fora do perímetro físico do Hospital, em razão da pandemia.
5. Divulgação e exposição de informação clínica e/ou reservada dos doentes/utentes a entidades externas ao SNS e, interna que sejam alheias a esse circuito de informação.	Possível 3	Grande 4	Risco Alto 12	Atribuição de perfis de utilização e responsabilização dos colaboradores com acesso a informação clínica; Elaboração de procedimentos com funções e responsabilidades dos profissionais do HDFF; Monitorizar o cumprimento dos princípios e normas éticas inerentes às funções.	Os perfis estão definidos; falta trabalho de sensibilização e projeção das responsabilidades no acesso e na transmissão dessa informação. Faltam ser definidas e realizadas internamente procedimentos e auditorias sobre o cumprimento de boas práticas, normas e regulamentos.
6. Desconhecimento legal e falta de sensibilidade dos profissionais do HDFF, EPE, para a postura e tratamento de informação reservada.	Possível 3	Grande 4	Risco Alto 12	Formação sistemática e criativa sobre o Código Deontológico, ética e regulamentos.	Não foram realizados, em meu conhecimento e formalmente, quaisquer ações associadas a esta problemática.
7. Incapacidade de prevenção e resposta a incidentes.	Possível 3	Grande 4	Risco Alto 12	Aumentar o quadro de Recursos Humanos do gabinete.	Foi cumprida a abertura de procedimento de contratação, neste período, para colmatar esta lacuna.

Responsável - Eng.º Francisco Leitão

Legenda:

Probabilidade: Muito Alta / Alta / Possível / Baixa / Muito baixa

Impacto: Catastrófico / Grande / Moderado / Pequeno / Insignificante

SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA (SAI)

t) Gabinete Jurídico e Contencioso

Riscos identificados no Serviço 2021-2022	Probabilidade de Ocorrência 2021-2022	Impacto no Serviço e/ou HDFF	Avaliação do Risco 2021/2022	Ações (medidas preventivas) a adotar para cada risco identificado	Resultados obtidos em 2021 das medidas preventivas adotadas
1. Contencioso - Incumprimentos processuais.	Baixa 2	Grande 4	Risco Alto 8	Mecanismos de controlo de tratamento dos processos.	Aumento do n.º de processos (em simultâneo). O impacto teria resultado, caso não ocorresse a suspensão de prazos judiciais e a alteração de férias do único elemento existente.
2. Sistema da Gestão da Qualidade - Inexistência de manuais/documentos e deficiente monitorização de procedimentos e riscos.	Alta 4	Moderado 3	Risco Alto 12	Elaboração documental do SGC; solicitação de colaborador (assistente técnico).	Procedeu-se à elaboração de alguns documentos, enquanto esteve temporariamente afeto ao Serviço outro elemento.
3. Incumprimento objetivos - Inexistência de colaboradores e inadequação das atribuições do GJC/recursos humanos disponíveis.	Muito Alta 5	Catastrófico 5	Risco Crítico 25	Solicitação de colaborador (técnico superior) para substituição nas ausências do único elemento do serviço, permitir a segregação de funções, delegação e validação de procedimentos bem como a exequibilidade dos objetivos propostos.	Aumento do n.º de processos (em simultâneo). O impacto resultou do acréscimo de solicitações e da inexistência de outro elemento no Serviço, o que comprometeu o cumprimento dos objetivos.
4. Arquivo/Documentação - Deficiente organização administrativa.	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	Solicitação de colaborador (assistente técnico) para organização arquivística.	Procedeu-se à organização do arquivo, enquanto esteve temporariamente afeto ao Serviço outro elemento.
5. Jurídico - Dilatação das respostas.	Muito Alta 5	Grande 4	Risco Crítico 20	Solicitação de colaborador (técnico superior/assistente técnico).	A ausência de outro elemento afeto ao Serviço, não permitiu dar resposta atempada às solicitações dirigidas ao GJC.

Responsável - Dr.ª Maura Azevedo

Legenda:

Probabilidade: Muito Alta / Alta / Possível / Baixa / Muito baixa

Impacto: Catastrófico / Grande / Moderado / Pequeno / Insignificante

SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA (SAI)

u) Gabinete de Planeamento e Controlo de Gestão

Riscos identificados no Serviço 2021-2022	Probabilidade de Ocorrência 2021-2022	Impacto no Serviço e/ou HDFF	Avaliação do Risco 2021/2022	Acções (medidas preventivas) a adotar para cada risco identificado	Monitorização 2021-2022	Resultados obtidos em 2021 das medidas preventivas adotadas
1. Incumprimento dos deveres de informação a prestar à ACSS, DGTf e à DGO.	Baixa 2	Grande 4	Risco Alto 8	<ul style="list-style-type: none"> <li>Responsabilizar um colaborador pela execução das tarefas, dando-lhe conhecimento prévio das funções atribuídas e dos prazos a cumprir.</li> <li>Assegurar que, atempadamente, os serviços responsáveis pelos registos em que assentam os reportes procedem em conformidade.</li> <li>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.</li> <li>O responsável do serviço deve-se assegurar do cumprimento da prestação da informação.</li> <li>Após a receção de email por incumprimento dos prazos, o responsável do serviço assegura que a informação é imediatamente reportada.</li> </ul>	Mensal	<ul style="list-style-type: none"> <li>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 parte da informação 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.</li> <li>No ano de 2021, o HDFF, EPE cumpriu a 100% os prazos estabelecidos pela ACSS para o reporte mensal do SICa do RADEF.</li> <li>No ano de 2021, foi dado cumprimento a todos os deveres de informação periódica a prestar à DGTf e DGO. Apenas não foram cumpridos os prazos de reporte dos relatórios de execução orgamental trimestrais dos 4TRIM2020 e 1TRIM2021, porque entrega de contas de 2020 só ocorreu a 30/04/2021.</li> <li>Relativamente aos pedidos pontuais solicitados pela Tutela, o serviço zelou sempre pelo cumprimento do dever de informação, dentro dos prazos estabelecidos.</li> </ul>
2. Não proceder atempadamente à elaboração e submissão dos documentos de prestação de contas.	Possível 3	Grande 4	Risco Alto 12	<ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>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.</li> </ul>	Annual	<ul style="list-style-type: none"> <li>A prestação de contas de 2020 foi efetivada a 30/04/2021, dentro dos prazos definidos pelo Tribunal de Contas.</li> </ul>

Continua ...

**SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA (SAI)**

**GABINETE DE PLANEAMENTO E CONTROLO DE GESTÃO**

Riscos identificados no Serviço de Ocorrência 2021-2022	Probabilidade de Ocorrência 2021-2022	Impacto no Serviço e/ou HDFF	Avaliação do Risco 2021/2022	Ações (medidas preventivas) a adotar para cada risco identificado	Monitorização 2021-2022	Resultados obtidos em 2021 das medidas preventivas adotadas
3. Não proceder à elaboração dos instrumentos previsionais de gestão, dentro dos prazos estabelecidos.	Possível 3	Grande 4	Risco Alto 12	<ul style="list-style-type: none"> <li>Solicitar antecipadamente ou logo após a receção das orientações da Turma, a informação necessária para a elaboração dos instrumentos previsionais de gestão.</li> <li>Responsabilizar os serviços intervenientes pela execução atempada das tarefas que lhe estão atribuídas, enviando lembretes via email para reforçar o pedido.</li> </ul>	Anual	<ul style="list-style-type: none"> <li>De acordo com o Despacho Conjunto do SET e SES, de 03/09/2020 e 04/09/2020, respetivamente, o prazo de submissão do PAO de 2021 seria 28/09/2021. No entanto, o mesmo só foi submetido no SIRIEF a 09/10/2020 porque, simultaneamente, foi solicitada a revisão do PAO de 2020. No seguimento da reunião de contratualização com a ARSC, que apenas ocorreu em 11/12/2020, foi necessário proceder à revisão do PAO de 2021, tendo a sua versão final sido submetida 10/02/2021.</li> <li>A aprovação do PAO de 2021 foi obtida por Despacho de S. Exa. o Secretário de Estado da Saúde, de 26 de março de 2021, e pelo Despacho n.º 158/2021 de S. Exa. o Secretário de Estado do Tesouro, de 11 de março.</li> </ul>
4. Ausência de acompanhamento permanente da contratualização interna e externa pode comprometer a execução do Contrato-Programa.	Possível 3	Grande 4	Risco Alto 12	<ul style="list-style-type: none"> <li>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;</li> <li>Reforçar o n.º de colaboradores do SGF para retirar funções da gestão financeira aos colaboradores do GPCG.</li> </ul>	Anual	<ul style="list-style-type: none"> <li>Em março e abril de 2021 foram realizadas reuniões com as direções de serviço para revisão das metas que haviam sido contratualizadas para 2021, já que a pandemia condicionou substancialmente a atividade hospitalar até 15/09/2021.</li> <li>Foram remetidos relatórios mensais ao serviço clínicos com o acompanhamento da contratualização interna (indicadores de produção e de acesso) a partir de agosto/2021.</li> <li>Quanto à contratualização externa, mensalmente no RADEF são apresentados quadros de monitorização da produção e dos indicadores de acesso, desempenho assistencial e eficiência</li> </ul>
5. Incapacidade do serviço em realizar auditorias sistemáticas aos registos administrativos da produção.	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	<ul style="list-style-type: none"> <li>Automatizar alguns processos, quer no GPCG quer no SGF, de forma a libertar tempo aos colaboradores para efetuar as auditorias necessárias;</li> <li>Solicitar aos colaboradores que procedam aos registos indevidos que procedam às correções necessárias, para evitar novas situações futuras;</li> <li>Reforçar o n.º de colaboradores do SGF para retirar funções da gestão financeira aos colaboradores do GPCG.</li> </ul>	Anual	<ul style="list-style-type: none"> <li>A pandemia voltou a marcar o ano de 2021, não tendo sido realizadas as auditorias desejáveis;</li> <li>Foram realizadas apenas as que o GPCG considera críticas para o desempenho do HDFF, designadamente as relacionadas com os registos administrativos do Serviço de Gestão de Doentes, Gestão Financeira, Aprovisionamento e Farmácia.</li> <li>Foram ainda realizadas auditorias aos dados integrados no SONHO do BYME, CTH e SIGUC e à produção realizada em MRA e MRC, dos serviços de Gastro, Oftalmologia e Ortopédia.</li> </ul>

Coordenadora - Dr.ª Marta Trindade

Legenda:

Probabilidade: Muito Alta/ Alta / Possível / Baixa / Muito baixa  
Impacto: Catastrófico / Grande / Moderado / Pequeno / Insignificante

## **CONCLUSÃO**

O Relatório de Execução do ano 2021 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 2021/2022, aprovado pelo Conselho de Administração a 9 de fevereiro de 2021.

Antes de qualquer avaliação, importa realçar que se tratou do sexto 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 2021, 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/Unidades Funcionais/Gabinetes pertencentes à estrutura orgânica do HDFF, EPE, nomeadamente a todos os Serviços 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, 14 de março de 2022 |

