

Ao Conselho de
Administração para
embasamento e análise
na próxima reunião.

2022-05-02

Joaquim Barbosa
Presidente do
Conselho de Administração

2021

Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas

RELATÓRIO ANUAL DE EXECUÇÃO



HOSPITAL SANTA MARIA MAIOR, EPE
Reunião do Conselho de Administração

Data: 12/05/2022 Ata nº 19

Deliberação:

Aprova-se o presente relatório.
Deve ainda ser dada seguimento à
implementação das medidas identificadas
no PGR CIC em vigor para o ano 2022
a cargo do Serviço de Auditoria Interna.
Deve ainda ser enviado ao Conselho
de Administração do Conselho
aos órgãos do superior tendência, tutela e controlo, bem como publicação no
site do hospital.



REPÚBLICA
PORTUGUESA

SAÚDE



SNS
SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



Hospital
Santa Maria Maior, EPE

Joaquim Barbosa
Presidente do
Conselho de Administração

Hospital Santa Maria Maior, EPE
Administração

Registo de entrada nº 1287

Data: 28/04/2022

Destinatário: Pres. Cons. Adm.

SECRETARIA DE ESTADO DE EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE ESTADO DE CULTURA
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SECRETARIA DE ESTADO DE DESENVOLVIMENTO
SECRETARIA DE ESTADO DE ECONOMIA
SECRETARIA DE ESTADO DE FOMENTO
SECRETARIA DE ESTADO DE GOVERNANÇA
SECRETARIA DE ESTADO DE INFRAESTRUTURA
SECRETARIA DE ESTADO DE MEIO AMBIENTE
SECRETARIA DE ESTADO DE PLANEJAMENTO
SECRETARIA DE ESTADO DE PROTEÇÃO E DEFESA
SECRETARIA DE ESTADO DE RECURSOS HUMANOS
SECRETARIA DE ESTADO DE TRIBUTOS
SECRETARIA DE ESTADO DE TRANSPORTES
SECRETARIA DE ESTADO DE VIGILÂNCIA
SECRETARIA DE ESTADO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
SECRETARIA DE ESTADO DE VIGILÂNCIA SANEAMENTO

Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas

RELATÓRIO ANUAL DE EXECUÇÃO

2021

Ficha Técnica

FICHA TÉCNICA

Título	Relatório Anual de Execução do Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas
Entidade	Hospital Santa Maria Maior, EPE (HSMM)
Ano de Reporte	Ano de 2021
Âmbito	A elaboração do relatório de execução do Plano de Prevenção de Riscos de Gestão, incluindo os riscos de corrupção e infrações conexas, encontra-se prevista no Plano Anual de Auditoria Interna de 2022 e decorre das recomendações do Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC) e do Decreto-Lei n.º 18/2017, de fevereiro.
Áreas Funcionais Envolvidas	Responsáveis dos serviços/áreas de risco identificadas no PGRIC do HSMM
Responsável pela Elaboração	Serviço de Auditoria Interna
Contactos	auditoriainterna@hbarcelos.min-saude.pt
Aprovação	

Índice

Ficha Técnica	5
Índice	7
Índice de Quadros	9
Índice de Gráficos	11
Abreviaturas, Siglas e Acrónimos	13
Considerações prévias	15
Sumário executivo	17
Principais resultados	18
1. Resultados apresentados pelos serviços	18
2. Resultados após testes de conformidade	19
Parte I. Estrutura orgânica e controlo interno	23
1. Estrutura orgânica	25
2. Controlo interno	27
Parte II. Execução do Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas	29
1. Metodologia	30
2. Condicionantes	30
3. Monitorização	30
4. Conclusões/recomendações	30
Anexos	33
Anexo 1. Monitorização da implementação das medidas preventivas	34

Índice de Quadros

Quadro 1. Execução das medidas preconizadas no PGR CIC – resposta dos serviços	18
Quadro 2. Testes de conformidade às medidas implementadas no PGR CIC	19
Quadro 3. Execução das medidas preconizadas no PGR CIC – após testes de conformidade.....	20
Quadro 4. Responsáveis/Diretores de Serviço	26

Índice de Gráficos

Gráfico 1. Percentagem de medidas implementadas por serviço	20
---	----

Abreviaturas, Siglas e Acrónimos

ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
CA	Conselho de Administração
CPC	Conselho de Prevenção da Corrupção
GJ	Gabinete Jurídico
HSMM	Hospital Santa Maria Maior, EPE
PGRIC	Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas
SA	Serviço de Aprovisionamento
SAI	Serviço de Auditoria Interna
SFDP	Serviço de Formação e Desenvolvimento Profissional
SGD	Serviço de Gestão de Doentes
SGF	Serviço de Gestão Financeira
SGQ	Serviço de Gestão da Qualidade
SGRH	Serviço de Gestão de Recursos Humanos
SGSI	Serviço de Gestão dos Sistemas de Informação
SIET	Serviço de Instalações, Equipamentos e Transportes
SPAG	Serviço de Planeamento e Apoio à Gestão

Considerações prévias

De acordo com a recomendação do Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC), de 1 de julho de 2009, devem os órgãos dirigentes máximos das entidades gestoras de dinheiros, valores ou património públicos, seja qual for a sua natureza, elaborar Planos de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PGRCIC).

A recomendação sobre a elaboração do PGRCIC define que:

- a. Sejam identificados, relativamente a cada área ou departamento, os riscos de corrupção e infrações conexas;
- b. Com base na identificação dos riscos, indicação das medidas adotadas que previnam a sua ocorrência;
- c. Definição e identificação dos vários responsáveis envolvidos na gestão do Plano;

O PGRCIC do HSMM foi elaborado nos termos das orientações do CPC e revisto em dezembro de 2018 e encontra-se publicado no *site* do HSMM.

Ainda nos termos da Recomendação nº1/2009, deve o HSMM elaborar um relatório anual sobre a execução do PGRCIC que identifique as situações potenciadoras de risco e aferir sobre o grau de execução das medidas propostas para combater a sua ocorrência e o seu envio ao CPC, bem como aos órgãos de superintendência e controlo.

Com a publicação do Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro, o Serviço de Auditoria Interna passou a ser responsável pela elaboração do PGRCIC e os respetivos relatórios anuais de execução.

Neste seguimento e tendo por base o PGRCIC do HSMM, em vigor em 2021, foram realizados os trabalhos de monitorização através da utilização de um questionário, remetido por correio eletrónico aos diversos responsáveis pelas áreas de risco identificadas no referido plano. Posteriormente, para validação da informação remetida pelos serviços, através do referido questionário, o SAI solicitou evidências (por amostragem) das medidas indicadas como implementadas.

Assim, o presente relatório consubstancia a avaliação das medidas de prevenção implementadas, em resultado das respostas obtidas das diversas áreas os serviços.

Sumário executivo

Dando cumprimento ao preconizado na recomendação emitida em 1 de julho de 2009 do CPC, através do presente relatório de execução, procede-se à monitorização anual de execução do PGRClC.

Este processo de monitorização teve em consideração o PGRClC revisto e aprovado pelo Conselho de Administração, em 18 de março de 2021.

O presente relatório de execução e monitorização das medidas preconizadas face aos riscos identificadas, consubstancia a súmula das atividades desenvolvidas pelos serviços durante o ano de 2021.

O relatório foi elaborado pelo Serviço de Auditoria Interna (SAI), em articulação com os responsáveis de cada área de risco.

Com o objetivo de garantir a comparabilidade e a continuidade da avaliação, para verificação da execução das medidas e elaboração do presente Relatório de Execução do PGRClC, relativo ao ano de 2021, foi utilizada a metodologia adotada no ano anterior.

A informação presente neste relatório foi obtida a partir da informação de monitorização, remetida pelos responsáveis de cada área de risco, ao Serviço de Auditoria Interna, pelo que a mesma beneficia da presunção de verdade, com exceção da informação para a qual foi remetida ao SAI evidência (vide Quadro 2).

Para o efeito, solicitou-se aos responsáveis das áreas de risco que identificassem, de acordo com o definido no PGRClC em vigor, as medidas que foram implementadas para mitigação/eliminação dos riscos, assim como, para cada medida não implementada fosse identificado o motivo da não implementação e o prazo para execução da mesma. Posteriormente, como já anteriormente referido, foram realizados, por amostragem, testes de conformidade.

De um modo geral, verificou-se que, das **434 medidas** preventivas previstas em função dos riscos identificados e discriminados no Anexo I deste relatório, foram implementadas 347, até 31 de dezembro de 2021, o que representa uma **taxa de execução de 80%**.

Principais resultados

1. Resultados apresentados pelos serviços

No Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas foram identificados **245 riscos** e **434 medidas** destinadas a mitigar esses riscos, distribuídas sumariamente pelas áreas apresentadas no **Quadro 1**.

Quadro 1. Execução das medidas preconizadas no PGRIC – resposta dos serviços

Áreas sectoriais de risco (serviços/unidades funcionais)	Riscos identificados	Medidas previstas	Medidas 2021				
			Implementadas	%	NA	Não implementadas	%
Transversal à Instituição	21	43	38	88%	0	5	12%
Gestão de Doentes	21	42	34	81%	0	8	19%
Aprovisionamento	27	52	44	85%	0	8	15%
Farmácia	11	20	17	85%	1	2	10%
Gabinete Jurídico	9	15	14	93%	0	1	7%
Gestão Financeira	36	49	43	88%	2	4	8%
Instalações, Equipamentos e Transportes	17	37	31	84%	0	6	16%
Gestão de Recursos Humanos	42	65	54	83%	0	11	17%
Gestão de Sistemas de Informação	15	29	24	83%	0	5	17%
Planeamento e Apoio à Gestão	6	10	4	40%	0	6	60%
Auditoria Interna	8	15	14	93%	0	1	7%
Gestão da Qualidade	8	11	7	64%	0	4	36%
Comunicação e Marketing	6	8	4	50%	0	4	50%
Gestão Hoteleira	18	38	27	71%	0	11	29%
TOTAL	245	434	355	82%	3	76	18%

Fonte: Serviço de Auditoria Interna

Conforme se pode constatar através do **Quadro 1**, das **434 medidas** preventivas previstas no Plano, foram alegadamente implementadas pelos serviços 355 medidas, o que representa uma **taxa global de execução** de 82%.

Importa salientar que, para o Serviço de Gestão Hoteleira, nomeadamente para as medidas na qual se encontravam como responsável pela implementação, a Unidade Funcional de Nutrição (UFN), não foi obtida resposta, uma vez que a responsável da Unidade estava ausente por baixa médica. Nesta situação foi considerada a informação já reportada no relatório anterior (ano 2020).

Da monitorização realizada ao ano 2020, tinha-se verificado uma taxa execução de 81% das medidas propostas no Plano que se encontrava em vigor nessa data. Contudo, não é possível realizar uma comparação da evolução das medidas implementadas em 2020 face a 2021, uma vez que o Plano foi revisto em 2021 e sofreu alterações, aumentando as áreas de risco e medidas preventivas.

A revisão do PGRIC resultou numa profunda alteração ao documento, tornando-o mais abrangente, tendo sido identificadas novas áreas e riscos bem como as respetivas medidas preventivas, passando de 297 no ano de 2020 para 434 medidas previstas em 2021.

No ponto seguinte são apresentados os resultados após validação do Serviço de Auditoria Interna (SAI).

2. Resultados após testes de conformidade

Com o objetivo de validar a informação enviada pelos serviços, identificada no ponto anterior, foram realizados aleatoriamente pelo SAI alguns testes de conformidade.

Para o efeito foi solicitado aos serviços, com exceção da UFN, evidências da implementação de algumas medidas dadas pelos mesmos como implementadas.

Os **testes de conformidade**, apresentados no **Quadro 2**, foram realizados a 24 medidas consideradas pelos serviços como implementadas no ano de 2021.

Quadro 2. Testes de conformidade às medidas implementadas no PGRIC

Áreas	Nº testes conformidade realizados	Análise SAI: medidas implementadas	% medidas implementadas
Gabinete Jurídico/ Acesso à Informação	2	2	100%
Gestão de Doentes/ULGA	2	1	50%
Aprovisionamento	3	3	100%
Gestão de Recursos Humanos	2	2	100%
Formação e Desenvolvimento dos Profissionais	2	1	50%
Gestão Financeira	2	0	0%
Gestão dos Sistemas de Informação	2	0	0%
Instalações, Equipamentos e Transportes	2	0	0%
Planeamento e Apoio à Gestão	1	1	100%
Gestão da Qualidade	1	1	100%
Farmácia	2	2	100%
Comunicação e Marketing	1	1	100%
Gestão Hoteleira	2	2	100%
	24	16	67%

Fonte: Serviço de Auditoria Interna

Da análise ao quadro anterior, verifica-se que nem todos os serviços apresentaram evidência de algumas das medidas consideradas como implementadas. O serviço de Gestão Financeira (SGF) e o Serviço de Instalações, Equipamentos e Transportes (SIET) não apresentaram evidência para as medidas implementadas, selecionadas nos testes de conformidade, e o SGSI não respondeu ao pedido de evidências formulado pelo SAI. Quer o SGF, quer SIET, referiram que as medidas, para as quais não foi apresentada evidência, encontram-se em “elaboração/ implementação”. Na base destas desconformidades estão, sobretudo, a ausência de procedimentos/regras escritas que definam circuitos, funções e responsabilidades das operações.

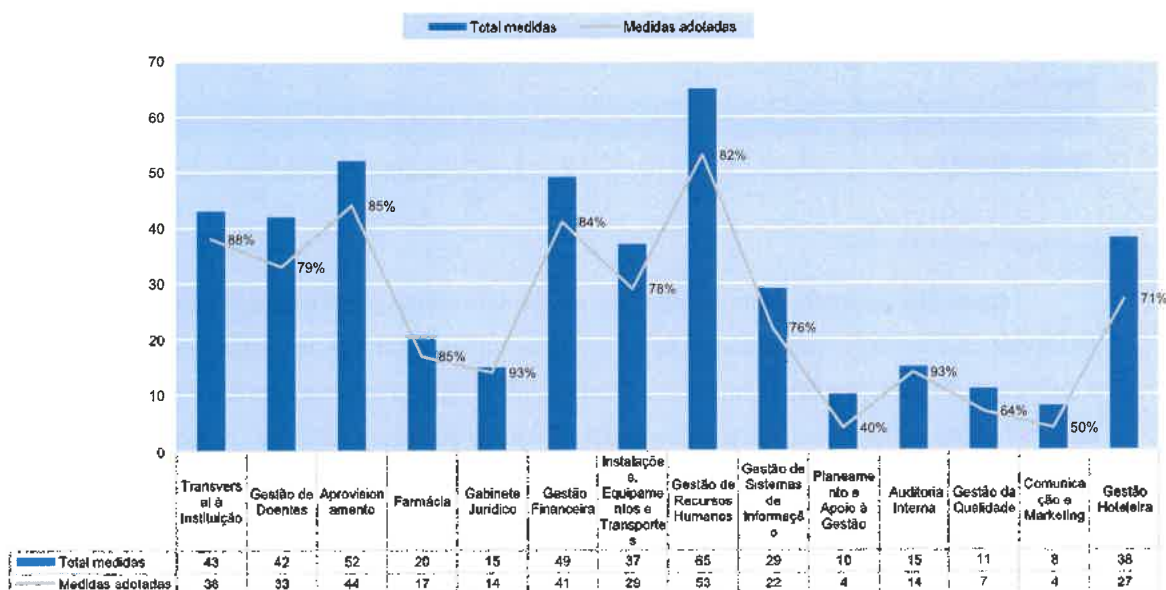
Neste seguimento, tendo em consideração o resultado dos testes de conformidade realizados pelo SAI, apresenta-se no quadro seguinte o **resultado final do grau de implementação das medidas**, por serviço, no ano de 2021.

Quadro 3. Execução das medidas preconizadas no PGRCIC – após testes de conformidade

Áreas sectoriais de risco (serviços/unidades funcionais)	Riscos identificados	Medidas previstas	Medidas 2021				
			Implementadas	%	NA	Não implementadas	%
Transversal à Instituição	21	43	38	88%	0	5	12%
Gestão de Doentes	21	42	33	79%	0	9	21%
Aprovisionamento	27	52	44	85%	0	8	15%
Farmácia	11	20	17	85%	1	3	15%
Gabinete Jurídico	9	15	14	93%	0	1	7%
Gestão Financeira	36	49	41	84%	2	8	16%
Instalações, Equipamentos e Transportes	17	37	29	78%	0	8	22%
Gestão de Recursos Humanos	42	65	53	82%	0	12	18%
Gestão de Sistemas de Informação	15	29	22	76%	0	7	24%
Planeamento e Apoio à Gestão	6	10	4	40%	0	6	60%
Auditoria Interna	8	15	14	93%	0	1	7%
Gestão da Qualidade	8	11	7	64%	0	4	36%
Comunicação e Marketing	6	8	4	50%	0	4	50%
Gestão Hoteleira	18	38	27	71%	0	11	29%
TOTAL	245	434	347	80%	3	87	20%

Conforme se pode constatar, através do **Quadro 3**, das **434 medidas** preventivas previstas no Plano, foram implementadas pelos serviços 347 medidas, o que representa uma **taxa global de execução de 80%**.

Gráfico 1. Percentagem de medidas implementadas por serviço



Fonte: Serviço de Auditoria Interna

Da análise ao **Gráfico 1** verifica-se que o **Gabinete Jurídico e o Serviço de Auditoria Interna** foram os serviços que apresentaram **uma maior percentagem do número de medidas implementadas, 93%**. Em contraponto, o Serviço de Planeamento e Apoio à Gestão e o Gabinete de Comunicação e Marketing são os serviços com menos medidas implementadas, apresentando uma taxa de execução de 40% e 50%, respetivamente. A baixa taxa de implementação das medidas associadas a estes serviços está relacionada, sobretudo, pelas alterações de chefia ocorridas em 2021.

No que concerne à implementação das medidas não implementadas, a maior parte dos serviços apontou o dezembro de 2022 como prazo limite de implementação.

Parte I

Estrutura orgânica e controlo interno

Quadro 4. Responsáveis/Diretores de Serviço

PRESTAÇÃO DE CUIDADOS	
Cirurgia Geral	Dr. Mário Reis ²
Ginecologia	Dra. Esmeralda Feliciano
Oftalmologia	Dra. Natacha Moreno
Otorrinolaringologia	Dra. Sara Sena Esteves
Urologia	Dr. André Quinta
Consulta Externa	Dra. Cláudia Reis
Hospital de Dia Polivalente	Dra. Marta Gomes
Urgência/Emergência	Dra. Helena Martins Pires
VMER	Dr. Rui Pinto
Medicina Interna	Dr. Carlos Oliveira
Cardiologia	Dra. Alexandra Sousa
Pneumologia	Dr. Nuno Pires
Anestesiologia	Dra. Isabel Santos
Ortopedia	Dr. Luís Miguel Silva
Pediatria (incluindo hospital de dia pediátrico)	Dra. Goreti Lobarinhas
SUPORTE À PRESTAÇÃO DE CUIDADOS	
Bloco Operatório	Dra. Isabel Santos
Unidade de Cirurgia de Ambulatório	Dr. Sérgio Monteiro
Imagiologia	Dr. José Campos Trailla/ Téc. Marco Rodrigues ³
Imuno-hemoterapia	Sem nomeação
Patologia Clínica	Dr. André Carvalho ⁴
Unidade de Psicologia Clínica	Dra. Daniela Simões
Unidade de Nutrição e Dietética	Dra. Isabel Fernandes
Serviços Farmacêuticos	Dra. Maria João Peixoto
Serviço de Esterilização	Enf. Rui Gomes
Equipa de Gestão de Altas	Enf. ^a Paula Machado
Serviço Social (incluindo o gabinete do cidadão)	Dra. Júlia Pogeira
Serviço de Investigação, epidemiologia clínica e de saúde pública hospitalar	Dra. Alexandra Sousa ⁵
GESTÃO E LOGÍSTICA	
Serviço de Planeamento e Apoio à Gestão	Dra. Helena Gouveia ⁶
Serviço de Gestão de Doentes	Dr. Luís Arantes ⁷
Serviço de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho	Eng. ^o Vítor Batista
Serviço de Gestão Financeira	Dra. Rosa Barroso
Serviço de Gestão de Recursos Humanos	Dra. La Salete Monteiro
Serviço de Gestão de Sistemas de Informação	Dr. Jorge Amorim
Serviço de Aprovisionamento	Dra. Fernanda Lima
Serviço de Instalações, Equipamentos e Transportes	Eng. ^o Vítor Baptista
Serviços Hoteleiros	D ^a Luciana Alves
Serviço de Formação e Desenvolvimento Profissional	Enf. ^a Maria Carreiras
Gabinete Jurídico	Dra. Ana Santos
Gabinete de Gestão da Qualidade	Dra. Helena Gouveia ⁸ /Enf. Fernando Silva ⁹
Comunicação e Marketing	Dra. Helena Gouveia ¹⁰ /Dra. Mariana Martins ¹¹

² Início de funções a 22/02/2021.

³ Nomeado em reunião de CA a 24/06/2021.

⁴ Nomeado em reunião de CA a 28/01/2021.

⁵ Nomeada em reunião de CA a 25/02/2021.

⁶ Nomeada em reunião de CA a 01/07/2021.

⁷ Nomeado em reunião de CA a 29/07/2021.

⁸ Nomeada em reunião de CA a 06/05/2021.

⁹ Nomeado em reunião de CA a 01/07/2021.

¹⁰ Nomeada em reunião de CA a 19/04/2021, com efeitos a 05/04/2021.

¹¹ Nomeada em reunião de CA a 25/11/2021, com efeitos a 01/12/2021.

2. Controlo interno

De acordo com os princípios do bom governo, referidos na Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2007, o HSMM tem implementadas estruturas de administração e fiscalização ajustadas à sua dimensão e complexidade.

O modelo adotado no HSMM tem por objetivo assegurar uma efetiva segregação de funções de administração executiva e de fiscalização. Neste sentido, cabe ao Conselho de Administração criar e manter um sistema de controlo interno adequado à dimensão e complexidade do HSMM. Ao Fiscal Único, como órgão de fiscalização, compete o controlo da legalidade, da regularidade e da boa gestão financeira e patrimonial do HSMM. Paralelamente, o Serviço de Auditoria Interna avalia os processos de controlo interno e de gestão de riscos, fornecendo ao Conselho de Administração análises e recomendações sobre as atividades revistas para melhoria do funcionamento dos serviços.

Outra vertente de controlo interno do HSMM é a sua estrutura organizativa, consubstanciada no organograma que identifica os vários serviços e unidades de apoio, a quem são atribuídas as respetivas missões e responsabilidades.

A par, os serviços são apoiados por um conjunto de normas, procedimentos e deliberações do Conselho de Administração que permitem estabelecer medidas de controlo interno e níveis de responsabilização.

No que concerne à matéria de conflito de interesses, o CPC, através da Recomendação n.º 5/2012, de 7 de novembro, recomendou a elaboração de mecanismos de acompanhamento e de gestão de conflito de interesses integrados nos planos de prevenção de riscos.

Relativamente a esta questão, para além do PGRIC definir mecanismos que regulem e evitem essas situações, o Código de Ética do HSMM prevê diversas medidas tendo em vista a prevenção de eventuais conflitos de interesses.

Por outro lado, os membros do Conselho de Administração têm pleno conhecimento dos deveres de abstenção de participar na discussão e deliberação de determinados assuntos e respeitam as correspondentes normas no exercício das suas funções, tendo feito a declaração prevista no artigo 22º n.º 9, do estatuto do gestor público.

Parte II

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

1. Metodologia

Em conformidade com o estabelecido no PGRCIC, a metodologia adotada para a sua monitorização incluiu a utilização de um questionário, remetido pelo Serviço de Auditoria Interna, por correio eletrónico, aos diretores/responsáveis de serviço das áreas de risco identificadas no PGRCIC. O questionário para monitorização do PGRCIC, em vigor, contemplava a seguinte informação:

- i. Identificar medidas implementadas;
- ii. Identificar, para cada medida não implementada, o motivo da não implementação e o prazo para execução da mesma.

Assim, a análise apresentada neste relatório teve por base uma autoavaliação realizada pelos responsáveis dos serviços/áreas, sobre a implementação das medidas, previstas no PGRCIC, até dezembro de 2021.

Foram ainda realizados pelo SAI, testes de conformidade a algumas das medidas preventivas indicadas pelos serviços como implementadas durante o ano de 2021.

2. Condicionantes

Os diretores/responsáveis de serviço responderam à generalidade das solicitações do SAI. Porém, registaram-se demoras na disponibilização de alguma informação, por parte de alguns serviços.

De referir que alguma informação presente no relatório foi obtida a partir dos mapas de monitorização preenchidos pelos

responsáveis de cada área de risco, pelo que beneficia da presunção de veracidade.

3. Monitorização

O plano foi objeto de monitorização por parte dos responsáveis, os quais relataram, relativamente a cada área de risco e de acordo com o PGRCIC em vigor, as medidas de controlo implementadas, as quais poderão ser analisadas com maior detalhe em anexo ao presente relatório – anexos I.

4. Conclusões/recomendações

Conclusões

O PGRCIC é um instrumento fulcral para a gestão de risco, sendo um utensílio de qualidade e integridade do sistema de controlo interno do HSMM. Como tal, deve ser entendido como um instrumento de gestão dinâmico permanente que se encontra sujeito a um aperfeiçoamento contínuo.

No entanto, o presente relatório apresenta um balanço do nível de aplicação e monitorização do PGRCIC do HSMM, em vigor no ano de 2021.

Considera-se fundamental durante o corrente ano de 2022, continuar a apostar no envolvimento dos diversos responsáveis pelas áreas identificadas com vista a que os responsáveis reconheçam o plano como um elemento importante para identificarem e mitigarem os riscos inerentes às suas atividades.

implementadas ou ainda não
implementadas junto dos
responsáveis de serviço das áreas de
risco identificadas.

Após aprovação do presente relatório deverá
o CA providenciar a sua publicação no *site* do
HSMM.

Ainda, e de acordo com a Recomendação do
CPC, de 1 de julho de 2009, o presente
relatório de execução deverá ser remetido ao
Conselho de Prevenção da Corrupção, bem
como aos órgãos de superintendência, tutela e
controlo.

Barcelos, 27 de abril de 2022

Cristina Pereira

Diretora do Serviço de Auditoria Interna

Assim, numa análise mais pormenorizada efetuada aos reportes provenientes das diferentes áreas de risco resultam as seguintes conclusões:

- a. O grau de execução/implementação do PGRIC no período analisado foi de 80%.
- b. Verificou-se, através da informação recolhida, que o grau de implementação das medidas de controlo interno apresenta variações significativas por área. Realçando-se, de forma positiva o Serviço Jurídico e o Serviço de Auditoria Interna, com uma taxa de execução de 93% e de forma negativa, o Serviço de Planeamento e Apoio à Gestão e o Gabinete de Comunicação e Marketing, por serem os serviços que apresentaram maior debilidade no que concerne ao grau de implementação das medidas identificadas no plano.
- c. Relativamente à matéria de conflito de interesses, salienta-se a preocupação da gestão quanto a esta questão, tendo sido adotadas medidas no sentido de reduzir tais situações.
- d. No que concerne aos testes de conformidade realizados aleatoriamente pelo Serviço de Auditoria Interna às medidas

reportadas pelos serviços como implementadas, verificou-se um grau de conformidade de 67%. De salientar que, na base destas desconformidades estão, sobretudo, a falta de procedimentos/regras escritas que definam circuitos, funções e responsabilidades das operações.

Podemos concluir que, de um modo geral, se tem verificado uma maior consciencialização em relação à importância da identificação de riscos e da implementação de mecanismos que ajudem a prevenir e/ou mitigar esses mesmos riscos, refletindo-se na identificação novas áreas e riscos, bem como as respetivas medidas preventivas inerentes.

Recomendações

No seguimento da análise sobre a implementação do PGRIC, mantêm-se como recomendações:

- a. Os responsáveis das diversas áreas deem continuidade à implementação das medidas identificadas no PGRIC em vigor para o ano 2022¹².
- b. Sensibilização/ consciencialização dos colaboradores, das diferentes áreas de risco, para a necessidade de participação em ações de formação com o intuito do reforço das suas competências.
- c. Que se proceda ao acompanhamento das medidas parcialmente

¹² Homologado pelo CA em 18 de março de 2021.

Anexos

Anexo 1. Monitorização da implementação das medidas preventivas

ÁREA/SUBÁREA DE RISCO	RISCOS IDENTIFICADOS	PO	CC	GR	MEDIDAS PREVENTIVAS	SERVICO RESPONSÁVEL	Implementada (SIM)	Se respondeu SIM, identifique a medida implementada. Se respondeu não, identifique o motivo da não implementação.	Identifique o prazo de implementação para a MEDIDA NÃO IMPLEMENTADA (se aplicável)
Estrutura Organizacional	1 Estrutura organizacional desadequada ou desatualizada	F	M	F	1 Garantir a existência de Regulamento Institucional, obedecendo à lei e de acordo com a organização interna da entidade.	CA; GJ	Sim	GJ: existe regulamento dos diversos serviços centralizados no GJ	
	2 Comportamentos inadequados, quebra de valores éticos e valores funcionais	F	M	F	2 Garantir a existência de Regulamentos Internos de todos os serviços/unidades orgânicas.	CA; SERVIÇOS	Não	Existem serviços que não possuem regulamento interno.	
	3 Divulgação aos meios de comunicação social de informação suscetível de criar perturbações internas ou externas	F	M	F	3 Verificar a aprovação, homologação, publicação e revisões dos regulamentos internos.	CA; GGQ	Não	GGQ: Existem regulamentos desatualizados resultante do impacto COVID19 e de alterações no gabinete da qualidade.	15/02/2022
	4 Assédio moral ou discriminação contra os trabalhadores, por razões pessoais, religiosas, ideológicas ou outras.	F	M	F	4 Promover a existência e divulgar o código de ética e de conduta do HSM/M.	CA; Comissão Ética	Sim	Revisão periódica do código e divulgação aos profissionais.	
Ética e deontologia	5 Divulgação aos meios de comunicação social de informação suscetível de criar perturbações internas ou externas	F	M	F	5 Subjeção de todos os trabalhadores, chefias, diretores do HSM/M ao dever legal de sigilo.	CA; Comissão Ética	Sim	Cláusula contratual e critério na seleção de pessoal no procedimento de recrutamento	
	6 Assédio moral ou discriminação contra os trabalhadores, por razões pessoais, religiosas, ideológicas ou outras.	F	M	F	6 Promover debate ou formação aos profissionais sobre a temática "ética e deontologia".	CA; Comissão Ética; CFDP	Não		
	7 Divulgação aos meios de comunicação social de informação suscetível de criar perturbações internas ou externas	F	M	F	7 Existência de política de sanções em caso de violação dos normativos legais.	CA; GJ	Sim	GJ: existe regulamento disciplinar e sempre que comunicado são abertas averiguações em sede diversa, por despacho de CA. Nas restantes situações que são extensas e são integradas nos termos da lei respetiva	
	8 Assédio moral ou discriminação contra os trabalhadores, por razões pessoais, religiosas, ideológicas ou outras.	F	M	F	8 Existência de um regulamento interno e sistema de comunicação de irregularidades.	CA; SAI	Sim		
	9 Assédio moral ou discriminação contra os trabalhadores, por razões pessoais, religiosas, ideológicas ou outras.	F	M	F	9 Existência de ponto focal de acordo com o Despacho 1/2020 do Secretário de Estado da Saúde de 30 de janeiro e Despacho 2102/2020 da Administração Interna da Saúde, de 13 de fevereiro	CA	Sim	Identificado o ponto focal no procedimento interno nº 0426: Modelo de Governação Institucional no âmbito do PAPVSS	
	10 Assédio moral ou discriminação contra os trabalhadores, por razões pessoais, religiosas, ideológicas ou outras.	F	M	F	10 Implementar o Plano PAPVSS.	CA; Ponto focal PVSS	Sim	Foi implementado modelo de governação, existem impressos, e fluxograma de circuito, e têm sido elaborados os relatórios requeridos e assistidas as reuniões da ARS	
	11 Assédio moral ou discriminação contra os trabalhadores, por razões pessoais, religiosas, ideológicas ou outras.	F	M	F	11 Monitorizar a implementação do Plano PAPVSS a nível institucional.	Ponto focal PVSS	Sim	Foi implementado modelo de governação, existem impressos, e fluxograma de circuito, e têm sido elaborados os relatórios requeridos e assistidas as reuniões da ARS	

ANEXO: APROVISIONAMENTO

5	Comprometimento da isenção e a imparcialidade exigidas no exercício de funções públicas	F	M	F	12	Definir procedimentos e medidas apropriadas.	Ponto focal PVSS	Sim	Foi implementado modelo de governação, existem impressos, e fluxograma de circuito, e têm sido elaborados os relatórios requeridos e assistidas as reuniões da ARS	
	Tratamento privilegiado de familiar, amigo, concorrente, fornecedor ou alguém interessado na decisão	F	M	F	13	Elaborar anualmente plano de ação e relatório de atividades institucional (PVSS).	Ponto focal PVSS	Sim	O Plano é elaborado em formato solicitado nas reuniões de acompanhamento da ARS indo de encontro a circular Despacho nº 1/2022; Despacho nº 2/2022	
		F	M	F	14	Existência de Declaração escrita dos membros do Conselho de Administração em como não existem quaisquer relações suscetíveis de gerar conflito de interesses com fornecedores, clientes, instituições financeiras ou quaisquer outros parceiros de negócios, nos termos do artigo 52º do DL 133/2013.	CA	Sim	As declarações são assinadas no início de cada ano civil.	
		F	M	F	15	Existência de Declaração escrita dos membros do CA em como não intervir nas decisões que envolvam os seus próprios interesses, designadamente na aprovação de despesas por si realizadas, conforme determinado no artigo 51.º do Decreto-Lei n.º 133/2013 ou em outra legislação aplicável.	CA	Sim	As declarações são assinadas no início do mandato do Conselho de Administração.	
		F	M	F	16	Obtenção de declaração de interesses privados dos elementos constituintes dos júris e comissões técnicas de análise.	SA	Sim	Preenchimento da Declaração de Inexistência de Conflito de Interesses, Anexo III do CCP, transversal a todos os procedimentos e também da Declaração de Inexistência de Incompatibilidades, do DL nº 14/2014, esta apenas aplicável aos procedimentos de medicamentos e de DMI.	
Conflito de Interesses	Existência de conflito de interesses que ponham em causa a transparência dos procedimentos dos concursos	F	M	F	17	Proibição dos dirigentes, chefes e trabalhadores do HSMH pedir ou aceitar ofertas e outros benefícios, excecionando a aceitação de ofertas ou hospitalidade de reduzido valor, de acordo com a lei vigente.	CA; SA; SFARM; SIET; SGSI; SGD	Sim	SGSI; Não é conhecido quaisquer ofertas ou tentativas de oferta mas é relembrado em reunião de serviço a todos elementos do SGSI o conceito da Lei vigente: SIET; Declaração (SA)	
	Aceitação de cargos em entidades privadas após cessação de funções no HSMH - situações de conflitos de interesses que envolvam trabalhadores que, por via do exercício de funções no HSMH:	F	M	F	18	Emissão de parecer, pelo Gabinete Jurídico, sobre aceitação de donativos e ofertas.	GJ	Sim	Existem pareceres casuísticos face a diversos cariz de donativos e natureza diversa da entidade	
	- teriam participado, direta ou indiretamente, em decisões que abrangem a entidade privada;	F	M	F	19	Inclusão nos contratos de trabalho de cláusula específica sobre conflito de interesses e pacto de não concorrência em contratos cessantes e durante a vigência nos limites da lei.	CA; SGRH; GJ	Sim	SGRH: Cláusula contratual; GJ: existe clausula de não concorrência, e conflito de interesses nos últimos contratos a que o GJ teve acesso, contudo a matéria está na alçada da jurista e direção do SGRH	
					20	Promover a existência e divulgar o código de ética e de conduta do HSMH.	CA; Comissão Ética; GGQ	Sim	GGQ: Publicação da revisão do Código de Ética e Conduta do HSMH	31/01/2022

ANEXO: APROVISIONAMENTO

Delegação de competências	10	- tenham tido acesso a informação privilegiada na qual a entidade privada tenha interesse; - possam ter influência no HSMM através de trabalhadores.	F	M	F	21	Promover debate ou formação aos profissionais sobre a temática "conflito de interesses".	CA; Comissão Ética; GJ; CFDP	Não	GJ: As formações são dadas em função das necessidades levantadas pelos profissionais e entidade e o tema não é suficientemente abrangente, mas considero a ideia para o próximo mapa formativo	
						22	Publicação em Diário da República e divulgação na intranet e relatório do governo societário das delegações, subdelegações de competências/pelouros atribuídos.	CA; GGQ; SPAG	Sim	GGQ: Estão publicados na Intranet e nas Circulares Informativas	
Acumulação de funções	11	Abuso de autoridade delegada/exercício indevido de competências	F	M	F	23	Criação de um repositório no Portal Interno com todas as delegações e subdelegações, vigentes, revogadas e caducadas.	CA; GGQ	Não	GGQ: Desconhecia esta recomendação e não foi solicitado pelo CA. A sua divulgação no portal, penso que será responsabilidade do Gabinete de Comunicação e Marketing (GCM)	A avaliar com o CA
						24	Existência de política de sanções em caso de violação dos normativos legais.	CA; GJ	Sim	GJ: Está incluída no alçada do poder disciplinar está elaborado regulamento em vigor na matéria, a política é matéria de gestão, e obedece à tramitação legal vigente e prevista na Lei	
Prevenção da corrupção	12	Exercício de atividades não autorizadas.	M	M	M	25	Obrigatoriedade de apresentação de um pedido de autorização de acumulação de funções nos termos definidos no artigo 23º da Lei nº 12-A/2008, de 27 de fevereiro, assim como no Estatuto do Gestor Público.	CA; SGRH	Sim	SGRH: Circular Informativa Interna	
						26	Existência de política de sanções em caso de violação dos normativos legais.	CA; GJ; SGRH	Sim	SGRH: Instauração de procedimento disciplinar nos termos legais (ação disciplinar através do exercício do poder disciplinar por parte da entidade empregadora); GJ: está incluída no alçada do poder disciplinar está elaborado regulamento em vigor na matéria, a política é matéria de gestão, e obedece à tramitação legal vigente e prevista na Lei. O GJ atua mediante despacho do CA, não tem funções inspetivas acometidas ao SGRH, dotado de jurista.	
	13	Exercício da atividade privada durante o horário de trabalho.	F	E	M	27	Registo biométrico de assiduidade, transversal a todos os grupos profissionais.	SGRH	Sim	Instauração de procedimento disciplinar nos termos legais (eventual ação disciplinar através do exercício do poder disciplinar por parte da entidade empregadora)	
						28	Garantir a existência e execução de um Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PGRCIC) alinhado com os objetivos estratégicos do HSMM.	SAI	Sim	SAI: Atualização trienal ou sempre que se identifiquem novos fatores de risco ou ocorram alterações significativas nos processos ou procedimentos.	

ANEXO: APROVISIONAMENTO

15	relativas à prevenção da corrupção	M	M	29	Garantir a elaboração anual do Relatório de Execução do PGRJIC.	SAI	Sim	SAI: Elaboração anual.	
				30	Divulgação e sensibilização dos trabalhadores para os riscos de corrupção e infrações conexas.	CA; SAI; GGQ	Sim	SAI: Divulgação do Plano e Relatórios. GGQ: NA	NA
					Assegurar a implementação e manutenção sistema de controle interno e de comunicação de irregularidades.	CA; SAI	Sim	SAI: Revisão periódica do regulamento e divulgação aos profissionais.	
16	Retaliação ou ação disciplinar a trabalhadores que reportem atos de corrupção, de má conduta ou violação dos deveres profissionais	F	M	32	Existência de um regulamento interno de comunicação de irregularidades.	SAI	Sim		
				33	Existência de sanções em caso de violação do dever de obediência e lealdade.	CA; GJ	Sim	GJ: existem processos disciplinares levantados por indicação de superiores hierárquicos	
					No âmbito do SIADAP, existência de um Conselho Coordenador da Avaliação onde são validadas as avaliações.	CA	Sim		
17	Avaliações de desempenho irregulares, favorecendo ou prejudicando trabalhadores	F	M	35	Existência de uma Comissão Paritária onde se encontram representados os vários grupos profissionais.	CA	Sim	Existem comissões paritárias para os vários grupos profissionais.	
				36	Existência de um Responsável de Acesso à Informação.	CA; RAI	Sim	RAI: existe está nomeada a Dra Ana Santos desde 2016	
				37	Promover a existência de normativos interno no âmbito do acesso à informação, controlando a legitimidade jurídica de acesso.	RAI	Sim	Existe regulamento e formulário, RAI atua ao abrigo da Lei 26/2016 na sua última versão.	
18	Fornecimento/acesso de informação não autorizada a terceiros	M	M	38	Promover a existência de normativos interno no âmbito do acesso à informação, controlando a base legal para cedência de dados nominativos.	EPD	Sim	A matéria é da alçada do RAI, veja-se a lei 26/2016 que controla a legitimidade de acesso e o caráter de dados pessoais não se coloca perante o primeiro impeto e consentimento ou representação legal, etc	
				39	Existência de um Encarregado de Proteção de Dados.	CA; EPD	Sim	Está nomeado desde 2018.	
				40	Assegurar a implementação e o cumprimento do RGPD.	CA; EPD	Sim	Esta assegurada comparares de acesso, etc, fluxo de dados, e com a constituição do grupo de apoio que acompanha o processo de implementação	
20	Não cumprimento do Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD)	M	M	41	Promover formação no âmbito da proteção de dados.	EPD; CFDP	Sim	EPD: já foram neste biênio último	
21	Transfêrencia de Know-how e segredos de empresa (transfêrencia de dados nominativos em registos organizados de clientes/clientes)	F	M	42	Avaliação de Impacto na Proteção de Dados (AIPD), investigação, estudos, contrariantes e subcontratos.	EPD; SA	Sim	EPD: são preenchidas com cada "acesso". SA: SA: Os CE contém cláusulas no âmbito do RGPD, elaboradas pela encarregada de PD do HSMH. Nos contratos publicitados no Base Gov, os dados pessoais têm sido expurgados.	

ANEXO: APROVISIONAMENTO

				43	Elaboração de contratos com previsão de medida preventiva em sede de CCP pelo Gabinete Jurídico.	EPD; SA; GJ	Sim	GJ: passam todos por GJ; SA: SA: As minutas dos contratos são elaboradas pelo GJ
Organização do Serviço	22	Organização de função indefinida	F	F	Promover a existência de regulamento interno do serviço.	SGD	Sim	Existe regulamento do SGD aprovado
	23	Quadro de pessoal inadequado, insuficiente ou pouco qualificado	F	F	Definir as atribuições e responsabilidades de todas as funções existentes no SGD, as quais deverão contemplar uma adequada segregação de funções.	SGD	Sim	Existe Manual de funções do SGD aprovado
	24	Falha na interligação entre aplicações	F	F	Analisar periodicamente o quadro de pessoal, tendo em conta a capacidade instalada, a atividade desenvolvida e o recurso a trabalho extraordinário/suplementar.	SGD	Não	
			F	F	Organizar e incentivar a participação em ações de formação para melhorar o desempenho dos profissionais.	SGD; CFDP	Sim	SGD: É um dos objetivos do SIADAP
			F	F	Efetuar, com regularidade, o cruzamento de informação proveniente das diferentes aplicações que se interligam, de modo a validar a coerência dos dados, e analisar relatórios de erros de interfaces entre aplicações, quando estes existam.	SGD	Sim	Por exemplo, são confrontados dados do SONHO com SIGLIC com SIMH
Produção e Gestão de Doentes	25	Admissão de doentes com informação insuficiente ou incorreta, impossibilitando a sua faturação	F	F	Elaboração de normativos e procedimentos de controlo interno para a área de admissão de doentes.	SGD	Sim	Existe Manual de funções do SGD aprovado
	26	Produção não registada, incorretamente registada (ex. sem a realização do respetivo ato), ou não registada na totalidade	F	F	Ligação da atividade de admissão à de cobrança, aferindo se a causa da não cobrança está na deficiente recolha/atualização dos dados dos utentes.	SGD; SGF; SPAG	Sim	SGD: Sim. SGF: O SGF dispõe de aplicativos de apuramento aos episódios não faturados e tem informação da atividade
	27	Produção não registada em tempo útil	F	F	Responsabilidade das operações.	SGD	Sim	Definidas no manual de funções
	28	Ausência ou alta administrativa incorreta	F	F	Elaboração de procedimentos que garantam o estabelecimento e cumprimento de prazos para registo de atividade/produção.	SGD	Sim	
	29	Extravio de bens pertencentes aos utentes e a guarda do Hospital	F	F	Elaboração de procedimentos e medidas que assegurem faturação dos atos médicos solicitados por entidades externas de acordo com a portaria n.º 175/2011, de 28 de abril.	SGD; RAJ; SGF	Sim	RAJ: na medida em que as juntas médicas são comunicadas ao RAJ
			F	F	Sensibilização dos trabalhadores para procedimentos administrativos de alta.	SGD	Sim	Feita presencialmente e /ou email
			F	F	Elaboração e/ou revisão de procedimentos escritos para a salvaguarda de espólio de utentes.	SGF; Serviços Clínicos; GJ	Sim	GJ: foi elaborado e está em validade um regulamento, embora se trate de alçada dos serviços hoteleiros se forem roupas; Serv.Finan.se forem valores e ambos os tipos de espólio são registados por profissionais de saúde
			F	F	Informatizar todo o registo de espólios, permitindo identificar, os espólios ativos, datas de receção e de entrega e todos os intervenientes.	SGF	Sim	Registo folha de Excel
			F	F	Divulgação formal junto dos profissionais envolvidos dos procedimentos escritos existentes sobre cada tarefa.	SGF; GGQ	Sim	SGF: Plano de atividades do Serviço; GGQ: Regulamento de Espólio

ANEXO: APROVISIONAMENTO

30	Desvio de verbas de montantes cobrados em taxas moderadoras e não entregues na tesouraria	F	M	F	58	Elaboração de procedimentos escritos com referência à identificação de locais de cobrança; identificação do circuito; e identificação dos intervenientes e das tarefas a desempenhar.	SGD; Existe procedimento de cobrança de taxas moderadoras; SGF: Manual Taxas moderadoras	Sim	SGD; Existe procedimento de cobrança de taxas moderadoras
		F	M	F	59	Divulgação formal, junto dos profissionais envolvidos, dos procedimentos escritos sobre as taxas moderadoras.	SGD	Sim	Existe procedimento de cobrança de taxas moderadoras
31	Falhas na cobrança de taxas moderadoras; Favorecimento indevido (atribuição de isenção/redução de taxas moderadoras e inexistência de registos de episódios/atos)	F	M	F	60	Segregação de funções entre quem recebe, quem entrega e confere na tesouraria.	SGD; SGF	Sim	SGF: Sim, profissionais distintos
		F	M	F	61	Rotatividade de pessoal responsável pela entrega e conferência dos valores das taxas moderadoras.	SGD	Não	
32	Falta de cobrança de taxas moderadoras no momento da efetivação do ato médico, por falta de eficiente tentativa junto do utente	F	M	F	62	Monitorização das atribuições de isenção/redução de taxas moderadoras.	SGD	Sim	É feita automaticamente pelo SONHO/RNU
		F	M	F	63	Segregação de funções, rotatividade de pessoal em postos de cobrança de taxas moderadoras.	SGD	Não	
33	Recurso excessivo ou injustificado a MCDT	F	M	F	64	Formação periódica aos assistentes técnicos relativamente às taxas moderadoras.	SGD; CFDP	Sim	SGD: No local de cobrança em tempo real
		F	M	F	65	Implementação de normas que garantam maior celeridade e segurança na obtenção da receita proveniente de taxas moderadoras.	SGD	Sim	Existe procedimento de cobrança de taxas moderadoras
34	Existência de conflito de interesses na prescrição de MCDT realizados no exterior e Transporte de Doentes	F	M	F	66	Elaboração e/ou revisão de normativos e procedimentos para requisição de exames ao exterior que obriguem ao cumprimento de um conjunto de validações/autorizações.	SGD; Direção Clínica	Sim	Este circuito é fechado passando a validação dos pedidos pelo Diretor do Serviço requisitante
		F	M	F	67	Segregação de funções e responsabilidade das operações.	SGD	Sim	A requisição é médica, a associação da entidade é feita administrativamente com base nas convenções/contratos e a validação dos pedidos é feita pelo DS requisitante
Prescrição de MCT e Transportes de doentes		F	M	F	68	Estabelecer protocolos de MCDT por especialidades.	SGD	Não	
		F	M	F	69	Controlo das requisições de MCDT.	SGD; Direção Clínica	Sim	Este circuito é fechado passando a validação dos pedidos pelo Diretor do Serviço requisitante
		F	M	F	70	Garantir o acompanhamento na execução do controlo de transporte de doentes.	SGD	Sim	Não existe contrato, será aberto concurso brevemente, mas existe monitorização dos serviços requisitados às entidades transportadoras
		F	M	F	71	Implementação da Aplicação de Gestão Integrada de Transportes (Despacho n.º 7299/2018 de 01/08 e Circular Informativa Conjunta N.º 05/2016/ACSS/SPMS)	SGD; SGSI	Sim	SGSI: Foi implementado à Gestão do Dr. Luis Arantes; SGD: Foi implementado o SGTD no ano de 2021
		F	M	F	72	Elaboração de normativos e procedimentos de controlo interno para a área de transporte de doentes.	SGD	Não	São seguidas as normas constantes na legislação relativa ao transporte de doentes não urgentes

ANEXO: APROVISIONAMENTO

Gestão de Inscritos para Cirurgia	35	Favorecimento na Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia	F	M	F	73	Segregação de funções e responsabilidade das operações.	SGD	Sim	Os pedidos são realizados por clínicos, validados administrativamente e posteriormente são validados pelos DS requisitante
	36	Atribuição/alteração indevida das prioridades cirúrgicas	F	M	F	74	Estabelecer que os diretores de serviço deverão proceder à revisão e aprovação dos pedidos de serviços externos.	SGD; Direção Clínica	Sim	Os pedidos são validados em última instância pelos DS requisitante
	37	Transferência de doentes cirúrgicos para outras instituições de saúde.	F	E	M	75	Controlo das requisições de transporte de doentes.	SGD	Sim	O controlo é feito pelo SGTD e pela conferência de faturas
	38	Captção de doentes de outras instituições de saúde sem que se verifiquem as condições determinadas para o efeito	F	F	F	76	Avaliação/monitorização permanente dos doentes inscritos em Lista de Espera (LIE), das intervenções em tempo normal de trabalho, das disponibilidades de pessoal e bloco operatório.	SGD; ULGA	Sim	Extração das Lic's diárias do SIGLIC e após monitorização das mesmas são enviadas quinzenalmente e semanalmente para os diretores de serviço, secretarias de unidade, com as observações ao cumprimento das regras
	39	Incumprimento dos TMRG da LEC e LIC	M	E	E	77	Efetuar avaliação periódica das alterações de prioridade clínica na LIC.	SGD; ULGA	Sim	A avaliação é feita através da extração semanal da LIC
Arquivo Clínico	40	Utilização indevida de informação clínica	F	M	F	78	Verificar mensalmente, via aplicações informáticas, a identificação do médico cirurgião proponente e o do médico cirurgião executante.	SGD; ULGA	Não	Esta ação deixou de ser realizada por nós(ULGA), passou a ser realizada pela Enfª Chefe do Bloco Operatório e pela Diretora do Bloco Operatório
	41	Processos mal arquivados e duplicados	F	F	F	79	Cumprimento das disposições legais.	SGD; ULGA	Sim	São seguidas as normas do SIGLIC
						80	Monitorização do cumprimento dos TMRG.	SGD; ULGA	Sim	Semanalmente é enviada uma Lic dos doentes Prioritários e Muito Prioritários/Neoplasias para as Secretárias de Unidade com datas de limite para AG e OP para evitar o incumprimento dos TMRG
						81	Estabelecer procedimentos, orientações e regras por forma a definir o circuito e responsabilidades para acesso, transporte e arquivo do processo clínico.	EPD; SGD	Não	SGD; Sim; EPD: o EPD já fez o levantamento da questão e oportunamente formação aos profissionais, recomenda-se que conjuntamente com o gabinete jurídico se faça um procedimento,
						82	Cumprimento da Regulamentação em vigor sobre a Proteção de Dados.	EPD; SGD	Sim	EPD: Sim; SGD: Sim
						83	Definir procedimento a seguir para o preenchimento dos dados no processo clínico e atribuição do número do processo clínico.	SGD	Sim	Existe procedimento definido pelo SGSJ
						84	Realizar revisões periódicas aos registos clínicos para evitar duplicações.	SGD	Não	No entanto, sempre que um AT deteta um possível duplicado informa o serviço Arquivo Clínico para junção das identificações

Facilidade no acesso ao arquivo clínico		42	F	F	F	85	Limitação do acesso ao arquivo clínico.	SGD	Sim	Acesso ao serviço
Organização do Serviço	43	Organização da função indefinida	F	M	F	86	Promover a existência de regulamento interno do serviço.	SA	Sim	Existência de um documento com o conteúdo funcional por colaborador, que é do conhecimento de todos os funcionários.
	44	Quadro de pessoal inadequado, insuficiente ou pouco qualificado	F	M	F	88	Analisar periodicamente o quadro de pessoal, tendo em conta o volume de atividade efetuadas e o recurso a trabalho extraordinário/suplementar.	SA	Sim	Quando se verifica a escassez de RH, é efetuado um reporte ao CA, no sentido de informar e sinalizar essa escassez e tentar colmatar a mesma.
	45	Falha na interligação entre aplicações	F	F	F	89	Organizar e incentivar a participação em ações de formação para melhorar o desempenho dos profissionais efetuar, com regularidade, o cruzamento de informação proveniente das diferentes aplicações que se interligam, de modo a validar a coerência dos dados, e analisar relatórios de erros de interfaces entre aplicações, quando estes existam.	SA; CFDP	Sim	SA: Propor ao CA a frequência em ações de formação de interesse para o serviço
	46	Existências nos serviços não controladas	M	M	M	90	Implementar armazéns avançados em todos os serviços clínicos e realizar contagens cíclicas das existências ao longo do exercício, com informação ao CA.	SA	Sim	As diferentes aplicações não se interliguem
	47	Desvio de existências por trabalhadores ou terceiros	F	M	F	91	Rastrear o acesso físico aos armazéns.	SA	Sim	Implementação de AA em todos os SC, exceto no BO e na Urgência, nestes a implementar em 2022.
Gestão Existências	48	Movimentos de existências não registados e/ou contabilizados incorretamente	F	M	F	92	Segregar funções e responsabilidades das operações.	SA	Sim	Amazéns em local/armário fechado à chave
	49	Receção não controlada física e qualitativamente	F	M	F	93	Monitorizar periódica os consumíveis por serviço.	SA; SPAG	Sim	Conteúdo funcional
	50	Excesso de stock que se poderá tornar inutilizável ou obsoleto	F	M	F	94	Realizar periodicamente inventários nos armazéns centrais.	SA	Sim	SPAG: Reporte mensal a DS do CA; SA: Mensalmente, e enviada a informação de consumos ao membro do CA responsável pela área
			F	M	F	95	Verificar que a informação constante dos movimentos de existências (receção, requisição interna, expedição) é corretamente registada no sistema de gestão de existências (armazém, código de material, quantidade, prazo de validade e valor).	SA	Sim	Cumprimento do procedimento de inventário em vigor
			F	M	F	96	Rececionar apenas os materiais/medicamentos/equipamentos constantes em notas de encomenda, que estejam em bom estado físico e pelas quantidades encomendadas.	SA	Sim	Verificação da conformidade da documentação com o registo no SI de Gestão de existências.
			F	M	F	97	Implementar medidas de controlo de prazos de validade.	SA	Sim	Devolução ao fornecedor das quantidades não encomendadas e artigos que não estejam em bom estado físico
			F	M	F	98		SA	Sim	Verificação dos prazos de validade e sensibilizar atempadamente os serviços para o consumo dos artigos cujo PV se aproxima do fim.

ANEXO: APROVISIONAMENTO

		F	M	F	99	Analisar, anualmente, os produtos com fraca rotatividade (sem movimento há mais de 1 ano) e questionar os possíveis serviços consumidores sobre a utilização esperada desses materiais.	SA	Sim	Anualmente, procede-se à verificação de materiais sem movimento há mais de um ano, e quando aplicável, questiona-se os possíveis serviços consumidores sobre a utilização esperada desses materiais.
Compras	51	M	M	M	100	Formalizar o plano anual de compras (alínea f) do nº 1 do Despacho nº 851-A/2017).	SA; SGF	Sim	SGF: O SGF elabora o orçamento económico, não tem qualquer papel na escolha dos procedimentos; SA: Elaborado o plano anual de compras
					101	Definir e monitorizar o indicador "Porcentagem de aquisições fora do plano anual de compras".	SA	Não	
					102	Elaborar normativos e procedimentos de controlo interno para a área de compras.	SA	Sim	Criada uma lista de verificação em procedimentos pré-contratuais
					103	Elaborar manual de procedimentos de boas práticas para a área da contratação pública.	SA	Sim	Existe manual de procedimentos de boas práticas para a área da contratação pública.
	52	F	E	M	104	Segregar funções e responsabilidades das operações.	SA	Sim	Conteúdo funcional
					105	Obter declaração de interesses privados dos elementos constituintes dos júris e comissões técnicas de análise.	SA	Sim	Idem ao ponto 16
					106	Não designar os mesmos elementos, de forma reiterada, para os júris dos concursos.	SA; CA	Sim	SA: Sempre que possível tenta-se designar elementos diferentes para o júri dos concursos.
					107	Implementação de controlo de montantes totais adjudicados em ajustes diretos.	SA	Sim	Verificação nos termos do art. 113 do CCP.
	54	F	E	M	108	Realizar especial fundamentação aquando do recurso ao ajuste direto, nos termos previstos na alínea c) do nº1 do artº115 do CCP e garantir que os ajustes diretos ou procedimentos ao abrigo dos Acordes-Quadro sejam tramitados em plataformas eletrónicas de contratação pública.	SA	Sim	Preferencialmente, e quando possível, os procedimentos são tramitados através da plataforma eletrónica de contratação pública "Vortal".
					109	Promover a centralização de aquisição de bens e serviços e empreitadas.	SA; CA	Sim	SA: As compras encontram-se centralizadas no SA
					110	Aprovar apenas despesas com informação de cabimentação prévia por parte do SGF.	SA; SGF; CA	Sim	SGF: Sim, informaticamente
					111	Subscrição da plataforma eletrónica de compras públicas, que garantirá acesso a um alargado número de fornecedores.	SA	Sim	As compras são efetuadas na sua grande maioria através da plataforma Eletrónica de Contratação Pública, quando tal não sucede são efetuadas consultas de preço a um mínimo de três fornecedores, sempre que adequado.
	56	M	M	M	112	Validação pela comissão técnica de análise das cláusulas técnicas e de cadernos de encargos (sempre que existam comissões designadas).	SA	Sim	O Hospital não tem comissão técnica para este efeito, extrema dificuldade de implementação. As cláusulas técnicas e os cadernos de encargos são validados pelo júri do procedimento e aprovados pelo CA.

ANEXO: APROVISIONAMENTO

					Existência de parecer jurídicos sobre a conformidade legal e administrativa de cada processo de contratação pública.	SA; GJ	Sim	GJ: preenchimento de designado "mapa III" feito casuisticamente para cada procedimento contratual; SA: O GJ emite um parecer sobre a conformidade legal de cada processo	
					Avaliação periódica dos fornecedores em termos de qualidade, satisfação dos prazos de entrega e quantidades encomendadas.	SA; FARM	Não	SA: Falta elaborar ficha de avaliação de fornecedores e submetê-la ao membro do CA responsável pela área para aprovação	31/12/2022
57	Inexistência de avaliação do fornecedor (qualidade, prazos de entrega,...)	F	F	F	Nomeação de gestor do contrato nos termos do art. 209º-A do CCP em todos os contratos públicos.	SA	Sim	Para cada contrato é nomeado um gestor do contrato, nos termos do art. 290º_A do CCP	
58	Inadequada gestão dos contratos	M	M	M	Assegurar que o gestor do contrato é possuidor de conhecimentos técnicos que o capacitem para o acompanhamento permanente da execução do contrato.	SA; CA	Sim	SA: Para a nomeação do gestor do contrato, são tidas em conta as funções e competências técnicas do profissional, em função do objeto do contrato.	
					O gestor do contrato comunica ao CA os desvios, defeitos ou outras anomalias na execução do contrato de modo a ser possível acionar as devidas penalizações.	SA; Gestor contrato	Sim	SA: O contrato contempla as competências do gestor do contrato, previstas no artigo 290º_A.	
					Assegurar formação para os profissionais envolvidos nos processos de contratação pública.	SA	Sim	Idem ao ponto 89	
59	EOP não contemplada no plano de investimentos da Instituição	F	M	F	Todos os investimentos devem estar previstos no plano de investimentos da Instituição e os mesmos serão autorizados pelo Conselho Administração.	SA; SIET; SGF; CA	Sim	SIET: Plano de Investimentos 2021, aprovado pelo CA; SGF: Caso contrário, com cabimento e autorização superior; SA: Todos os investimentos são autorizados pelo CA.	
60	Incumprimento da Lei, o designadamente, o Despacho do MS N.º 851-A/2017 e código contratos públicos	M	M	M	Cumprimento do Despacho n.º 851-A/2017 e todos as outras medidas a implementar relativamente às compras, nomeadamente o cumprimento do instituído no código dos contratos públicos, evitando o recurso sucessivo a ajustes diretos e incumprimento de prazos.	SA	Não	Por falta de RH não foi possível, em 100%, implementar esta medida	31/12/2022
61	Inadequada organização da função	F	M	F	Definir organização da função: dependência hierárquica, atribuições e responsabilidades as quais deverão contemplar uma adequada segregação de funções.	SA	Sim	Conteúdo funcional	
					Elaboração de normativos e procedimentos de controlo interno para a área de imobilizado (aquisição, etiquetagem, abate, transferência, amortizações, reavaliações, inventariação), de modo a permitir que os colaboradores conheçam os procedimentos instituídos.	SA; SIET; SGSI	Sim	SGSI: Em curso e em vias de implementação com a nova solução de imobilizado que está em fase de aquisição - por enquanto os registos existem de forma manual; SIET: (do SA); SA: Existe manual de procedimentos, mas carece de atualização.	
62	Bens não inventariados	F	M	F	Assegurar que as encomendas são rececionadas pelos serviços com competência para tal, e conferidos em quantidade e qualidade de acordo com os procedimentos estabelecidos.	SA	Sim	Apurando da receção do material o SA procede à conferência quantitativa, posteriormente, o serviço com competências para o efeito valida a conferência quantitativa e procede à conferência qualitativa.	

SERVIÇOS	Fundo de Maneio	63	Ativos desviados por trabalhadores ou terceiros				124	Assegurar que todos os bens rececionados são registados no sistema de informação de imobilizado e a respetiva ficha de "cadastro" é corretamente preenchida e mantida atualizada.	SA	Sim	Por insuficiência de RH não foram efetuados testes de conformidade	31/12/2022
							125	Realização de testes de conformidade quanto ao cumprimento dos procedimentos internos estabelecidos.	SA	Não	Por insuficiência de RH não foram efetuados testes de conformidade	31/12/2022
					M		126	Reforço das medidas de controlo interno dos bens de imobilizado.	SA	Não	Por insuficiência de RH não foram efetuados testes de conformidade	31/12/2022
					M		127	Responsabilização dos serviços pelos equipamentos que têm à sua guarda.	SA	Não	Por insuficiência de RH não foi efetuada a verificação física	31/12/2022
							128	Verificação física, de 2 em 2 anos, do inventário global.	SA	Não	Por insuficiência de RH não foi efetuada a verificação física	31/12/2022
							129	Aprovação pelo CA das doações/ofertas.	SA	Sim	Todas as ofertas são aprovadas pelo CA	
					F	F	130	Elaboração e implementação de procedimento interno para atribuição de doações/ofertas.	SA	Sim	Existe manual de procedimentos.	
							131	Os abates devem ser solicitados pelo responsável da respetiva área, de acordo com o manual de procedimentos, e aprovados pelo CA.	SA	Sim	Manual de procedimentos	
					F	E	132	Verificar que a informação constante dos documentos de abate foi corretamente registada no cadastro de imobilizado e na contabilidade.	SA; SGF	Sim	SGF: Registos confrontados e validados entre os Serviços, pelos respetivos mapas.	
					F	F	133	Solicitar, anualmente, confirmação de bens à carga de cada serviço e verificar diferenças reportadas.	SA	Não	Medida não implementada insuficiência de RH	31/12/2022
					M	M	134	Gerir a carteira de seguros do HSMM no que respeita à adequada cobertura de riscos.	SA	Sim	Contrato de seguro de multiriscos	
					F	F	135	Calcular e contabilizar mensalmente as amortizações de bens de imobilizado.	SA; SGF	Sim	SGF: Processados pelo SA e registados na contabilidade; SA: Mensalmente, é efetuado o cálculo das amortizações e enviado o ficheiro para a contabilidade através de e-mail.	
				Fundo de Maneio	69	47. Desvio de fundos				136	Fundos de maneio em sistemas de fundo fixo e contagens periódicas de caixa.	SA; SGF
	F	E	137				Existência de Manual de procedimentos.	SA; SGF	Sim	SGF: Manual Fundo de Maneio; SA: Existe manual de procedimentos		
Organização do Serviço	70	Organização da função indefinida				138	Promover a existência de regulamento interno do serviço.	SFARM	sim	Revisão até ao final do ano 2022		
				F	M	139	Definir as atribuições e responsabilidades de todas as funções existentes no SFARM, as quais deverão contemplar uma adequada segregação de funções.	SFARM	Não	Elaborar até Nov 2022		

ANEXO: APROVISIONAMENTO

Gestão Existências	71	Quadro de pessoal inadequado, insuficiente ou pouco qualificado	F	M	F	140	Analisar periodicamente o quadro de pessoal, tendo em conta a capacidade instalada, a atividade desenvolvida e o recurso a trabalho extraordinário/suplementar.	SFARM	Sim	Pedido de pessoal ao SA	
	72	Existências nos serviços não controlados	M	M	M	141	Organizar e incentivar a participação em ações de formação para melhorar o desempenho dos profissionais.	SFARM; CFDP	Sim	C - lean	
						142	Implementar armazéns avançados em todos os serviços clínicos e realizar contagens cíclicas das existências ao longo do exercício, com informação ao CA.	SFARM	Não	Falla H/Domiciliária e Urgência	Implementar até 6/2022 em HD. Na Urgência não se aplica
						143	Restringir o acesso físico aos armazéns.	SFARM	Sim		
						144	Segregar funções e responsabilidades das operações.	SFARM	Sim		
	73	Desvio de existências por trabalhadores ou terceiros	F	M	F	145	Monitorizar periódica os consumíveis por serviço.	SPAG; SFARM	Sim	SPAG: Reporte mensal a DS os do CA. SFARM: Sim	
	74	Movimentos de existências não registados e/ou contabilizados incorretamente	F	M	F	146	Realizar periodicamente inventários nos armazéns centrais.	SFARM	Sim		
						147	Verificar que a informação constante dos movimentos de existências (recepção, requisição interna, expedição) é corretamente registada no sistema de gestão de existências (armazém, código de material, quantidade, prazo de validade e valor).	SFARM	Sim	Sistema informático	
	75	Recepção não controlada física e qualitativamente	F	M	F	148	Rececionar apenas os medicamentos/produtos farmacêuticos constantes em notas de encomenda, que estejam em bom estado físico e pelas quantidades encomendadas.	SFARM	Sim		
	76	Excesso de stock que se poderá tornar inutilizável ou obsoleto	F	M	F	149	Existência de procedimento de receção de encomendas.	SFARM	Sim	Ver com o aprovisionamento - REVER	
						150	Implementar medidas de controlo de prazos de validade.	SFARM	Sim	Procedimento	
						151	Analisar, anualmente, os produtos com fraca rotatividade (sem movimento há mais de 1 ano) e questionar os possíveis serviços consumidores sobre a utilização esperada desses produtos.	SFARM	Sim		
						152	Atualização semestralmente do ponto de encomenda.	SFARM	Sim		
77		Conservação inadequada dos medicamentos/produtos	F	M	F	153	Monitorização contínua da temperatura e humidade em todas as salas/refrigeradores de armazenamento de medicamentos/produtos farmacêuticos.	SFARM	Sim		

ANEXO: APROVISIONAMENTO

GABINETE JURÍDICO	Assessoria Jurídica e elaboração de estudos, pareceres e informações	Organização do Serviço	farmacêuticos resultantes de alterações da temperatura e/ou humidade				154	Estabelecer/definir procedimento de controlo e registo de temperatura e humidade.	SFARM	Sim	
			78 Prazo de entrega dos produtos farmacêuticos - avaliação dos fornecedores	M	M	M	155	Verificar e registar as não conformidades na entrega dos fornecedores.	SFARM	NA	Aprovisionamento
			79 Armazenamento pouco eficiente, local errado	M	M	M	156	Identificação dos produtos farmacêuticos com código de barras, por local de armazenamento, denominação comum internacional, ordem alfabética e FEFO.	SFARM	Sim	
			80 Falta de registo de ocorrências relacionadas com o circuito seguro do medicamento, em todo o processo, desde a aquisição até à administração	E	M	E	157	Notificar todos os incidentes verificados/relacionados com o medicamento à farmácia e através da plataforma "Notifica".	SFARM	Sim	
			81 Organização da função indefinida	F	M	F	158	Promover a existência de regulamento interno do serviço.	GJ	Sim	Existe e está em prazo de validade de revisão
			82 Quadro de pessoal inadequado, insuficiente ou pouco qualificado	F	M	F	159	Definir as atribuições e responsabilidades de todas as funções existentes no G.J, as quais deverão contemplar uma adequada segregação de funções.	GJ	Sim	Gabinete jurídico só tem em termos efetivos um único elemento com formação jurídica que exerce com isenção as funções para as quais foi nomeado e que perante a letra da LEI não estão em incompatibilidade estrita
			83 Redução da qualidade e fiabilidade dos estudos e pareceres, decorrentes de designadamente, investigação deficiente, insuficiência das fontes de informação disponíveis, erros técnicos	F	M	F	160	Analisar periodicamente o quadro de pessoal, tendo em conta o volume de atividade efetuadas e o recurso a trabalho extraordinário/suplementar.	GJ	Não	O GJ não tem acesso a informação de recursos humanos, esta análise é feita pelo SGRH, e suplenente.
			84 Pareceres não realizados em tempo oportuno.	F	M	F	161	Organizar e incentivar a participação em ações de formação para melhorar o desempenho dos profissionais.	GJ: CFDP	Sim	GJ: O Gabinete Jurídico apenas elabora formações não suas áreas que são entregues para calendarização pelo CDFP, incluído no SGRH e não no GJ
			85 Incumprimento dos prazos judiciais, designadamente de apresentação de contestação, alegações	F	E	M	162	Acesso a pesquisa de informação científica atualizada.	GJ: CA	Sim	GJ: O GJ mantém-se informado em termos de matérias jurídicas com que trabalha.
							163	Estrutura hierarquizada de decisão com a consequente análise das matérias em diferentes níveis.	GJ	Sim	O GJ não profere decisões apenas as propõe em sede hierárquica
				164	Monitorização atenta e periódica das alterações regulamentares.	GJ	Sim	O GJ mantém-se informado em termos de matérias jurídicas com que trabalha			
				165	Crear mecanismos de controlo para que as entidades internas que necessitem de pareceres comuniquem estas necessidade de forma escrita e atempada(momento anterior à tomada de decisão, obedecendo a prazo bastante para a sua elaboração).	GJ	Sim	Os serviços designadamente SGRH e SA indicam os prazos necessários			
				166	Crear mecanismos/procedimentos de articulação atempada entre o Gabinete Jurídico e entrega de notificações via SECA e outros serviços (controlo interno).	GJ	Sim	O GJ através dos manuais de procedimentos dos seus serviços publicados, estabeleceu circuitos de controlo			

ANEXO: APROVISIONAMENTO

					167	Major acompanhamento dos processos mais complexos ou que envolvam montantes mais elevados.	GJ	Sim	Todos os processos são monitorizados.	
86	Não cumprimento da legislação em vigor relativa à área da contratação pública	M	M	M	168	Cumprimento do Despacho n.º 851-A/2017, nomeadamente, elaboração de pareceres sobre a conformidade legal e administrativa sobre cada processo de contratação pública.	GJ, SA, SGF	Sim	GJ: Elaborado modelo de parecer para cada procedimento, modelo em vigor, "mapa III"; SA: Idem ao ponto 113	
87	Contratos pouco claros e/ou não conformes com o procedimento que espelha a necessidade	F	E	M	169	Colaboração na elaboração de minuta contratos, em fase anterior à adjudicação, e em momento posterior à adjudicação, verificação de adequação e preenchimento de elementos respeitantes à adjudicação concreta.	GJ, SA	Sim	GJ: Elaborado modelo de parecer para cada procedimento, modelo em vigor, "mapa III"; SA: Idem aos pontos 43 e 113	
88	Dificuldades na celeridade para notificação de prazos de garantias das empreitadas e na execução de penalidades nos contratos de prestação de serviços e empreitadas	M	F	F	170	O Gestor de Contrato supervisiona a execução do contrato e articula com serviço de provisionamento e com o CA sempre que verifica ou recebe uma comunicação de incumprimento por parte do serviço de origem. O CA poderá solicitar a intervenção do Gabinete Jurídico para tomada de decisão.	GJ, Gestor Contrato; SA	Sim	GJ: O processo está estabelecido, mas o GJ ainda não recebeu informações de gestor instruídas com mapa de incumprimentos; SA: Idem ao ponto 117	
89	Créditos emergentes da responsabilidade de terceiros, faturados, por cobrar	M	M	M	171	Validação da minuta contratual onde se prevê a cláusula sancionatória.	GJ, SA, SIET	Sim	GJ: sanções penalidades e incumprimento constam de todas as minutas e cadernos de encargos; SA: Idem ao ponto 113	
90	Organização da função indefinida	F	M	F	172	Criar mecanismos/procedimentos, em parceria com o Serviço de Gestão Financeira, de modo a atualizar na verificação de existência de pressupostos de viabilidade de cobrança, e emissão de respetiva fatura com prazo bastante para a não prescrição do crédito ou propor incobabilidade	GJ, SGF	Sim	GJ: existe comunicação periódica de faturas não cobradas e mesmo de simulações de faturas e pré faturas	
91	Quadro de pessoal inadequado, insuficiente ou pouco qualificado	F	M	F	173	Promover a existência de regulamento interno do serviço.	SGF	Não	Objetivo SIADAP	
92	Inexistência de procedimentos ou regras escritas	M	F	F	174	Definir as atribuições e responsabilidades de todas as funções existentes no SGF, as quais deverão contemplar uma adequada segregação de funções.	SGF	Não	Plano de atividades do Serviço	
93	Falha na investigação entre aplicações	F	F	F	175	Analisar periodicamente o quadro de pessoal, tendo em conta o volume de atividade efetuadas e o recurso a trabalho extraordinário/suplementar.	SGF	Sim	Constata-se diariamente, mas sem poder de contratação	
					176	Organizar e incentivar a participação em ações de formação para melhorar o desempenho dos profissionais	SGF, CFDP	Sim	SGF: ultimamente os profissionais têm assistido a formações online, mas sem certificados	
					177	Promover a existência de procedimentos ou regras escritas aprovadas, incluindo a tesouraria, e validar o seu cumprimento por todos os trabalhadores da área. Os documentos devem, designadamente, definir circuitos documentais e assegurar a efetiva segregação de funções entre registos, recebimentos, pagamentos e controlo.	SGF	Sim	Os manuais da ACSS definem todos os circuitos de todas as funções no SGF, a atualizar logo que possível.	
					178	Efetuar, com regularidade, o cruzamento de informação proveniente das diferentes aplicações que se interligam, de modo a validar a coerência dos dados, e analisar	SGF	Sim	Tarefa permanente	

SERVIÇO DE GESTÃO FINANCEIRA

Organização do Serviço

ANEXO: APROVISIONAMENTO

					relatórios de erros de interfaces entre aplicações, quando estes existam.							
Gestão de Contas a Pagar	94	Alteração indevida de dados relevantes dos fornecedores (ex. NIB)	M	F	F	179	Segregação de funções e responsabilidades das operações.	SGF	Sim	Sim, conforme tarefas atribuídas		
	95	Despesa não cabimentada	F	F	F	180	Validar a existência prévia de cabimentação da despesa.	SGF	Sim	Informaticamente		
	96	Ausência de circularização periódica de fornecedores	F	F	F	181	Realizar circularizações periódicas dos saldos de fornecedores e proceder à reconciliação dos mesmos com a conta corrente e ajustamento das diferenças existentes, após aprovação das mesmas.	SGF	Sim	Permanente		
	97	Não cumprimento da política de pagamentos definida (pagamento preferencial (mais célere) a alguns fornecedores)	M	M	M	182	Elaboração e implementação de procedimento/regra/política para pagamento a fornecedores.	SGF	Não	Por antiguidade		
	98	Pagamento a fornecedores sem a situação tributária regularizada (ie, dívidas à AT e/ou Segurança Social)	F	F	F	183	Plano de pagamento mensal, devidamente autorizado, salvaguardando tratamento igual para as várias categorias de fornecedores.	SGF	Sim	Autorizado pelo CA		
Gestão de Contas a Receber	99	Pagamentos autorizados por pessoas sem competência para o efeito	F	M	F	184	Reporte à gestão, sempre que se preveja incumprimento dos prazos de pagamento previamente contratualizados, para que sejam tomadas as medidas necessárias à redução destes prazos, de modo a cumprir a lei dos compromissos e pagamentos em atraso (LCPA).	SGF	Sim	Mensalmente		
	100	Processos de pagamentos não devidamente organizados, não contendo todos os documentos necessários ou os mesmos não estarem devidamente conferidos/validados	F	M	F	185	Verificar a regularização situação fiscal e contributiva dos fornecedores, antes de realizar pagamento, ou existência no processo do cumprimento deste procedimento obrigatório.	SGF	Sim	Sempre		
	101	Débito de juros de mora por atraso nos pagamentos	M	F	F	186	Garantir que existem responsáveis definidos para a autorização de despesas e qual o montante a autorizar, e que a segregação entre as operações é devidamente acautelada e que existem regras que previnam a existência de pagamentos não autorizados por entidade responsável.	SGF	Sim	A despesa é autorizada pelo CA, efetuada pelo SA, registada e paga pelo SGF		
						187	O processo para pagamento a fornecedores deverá estar devidamente organizado e todas as faturas e notas de crédito deverão ser previamente conferidas/validadas.	SGF	Sim	A conferência é efetuada após o registo		
						188	Averiguar, quando há lugar ao pagamento de juros de mora, as causas do atraso nos pagamentos e se foram tomadas todas as medidas necessárias para prevenir esse custo.	SGF	Sim	De acordo com decisão do CA		
Gestão de Contas a Receber						189	Verificar se os registos contabilísticos de juros, são efetuados em conta adequada e se é feita a sua especialização.	SGF	Sim	De acordo com SNC-AP		

Gestão de Contas a Receber	102	Atos clínicos não faturados, faturados incorretamente (informação insuficiente ou incorreta sobre o utente ou cliente) ou não faturados oportunamente	F	F	F	190	Verificar mensalmente que todos os atos clínicos registados no período foram faturados.	SGF, SPAG	Sim	SGF: por aplicações disponibilizadas	informáticas
	103	Emissão de faturação fora de prazo	F	F	F	191	Verificar que todos os atos clínicos foram corretamente faturados em termos de GDH.	SGF, SPAG	Sim	SGF: por aplicações disponibilizadas	informáticas
	104	Cobranças não registadas nas contas dos respetivos clientes e contabilizadas oportunamente	F	F	F	192	Proceder à faturação nos prazos estabelecidos legalmente.	SGF	Sim	Tarefas diárias/mensais	
	105	Saldos incorretos de clientes	F	F	F	193	Proceder à verificação que a informação constante das cobranças foi corretamente registada (código de cliente e valor).	SGF	Sim	Tarefas diárias/mensais	
	106	Créditos/Faturas por cobrar cujo prazo de cobrança tenha prescrito ou caducado	M	M	M	194	Proceder ao envio regular de extratos aos clientes com saldos mais significativos solicitando reparo aos mesmos e à análise e ajustamento das diferenças existentes, após aprovação das mesmas.	SGF	Sim	Tarefas diárias/mensais	
	107	Impendentes/provisões não registadas	M	M	M	195	Entregar listagem documental das faturas por cobrar ao Gabinete Jurídico, atempadamente, permitindo averiguação de cobrança de modo a aliar-se judicialmente antes da sua prescrição ou caducidade de forma a permitir reversão e promoção de incobrabilidade.	SGF, GJ	Sim	GJ: são entregues via email as incobratilidades, dispensando-se listagem. E elaborada base de dados no GJ	
	108	Anulações de créditos não devidamente fundamentadas e autorizadas	F	F	F	196	Definir e implementar critérios de identificação e cálculo de impenidades na ótica económica e não na ótica fiscal.	SGF	Sim	Validadas pela SROC	
	109	Inexistência de segregação de funções entre faturação, contas de clientes e recebimentos	F	F	F	197	Proceder à elaboração de procedimento para anulações de créditos, incluindo registos a efetuar, controlo de recibos, respetivas justificações e autorizações por pessoa competente.	SGF	Sim	Validadas pela SROC	
	110	Não elaboração de planos ou orçamentos anuais devidamente aprovados	M	F	F	198	Segregação de funções e responsabilidades das operações.	SGF	Sim	Sim, conforme tarefas atribuídas	
	111	Informação sobre recebimentos, pagamentos e saldos de tesouraria não identificados	M	M	M	199	Elaboração de planos de tesouraria, de modo a controlar a gestão de tesouraria e saber sempre que necessário, o ponto de situação em termos de pagamentos e recebimentos.	SGF	Sim	Elaborado mensalmente	
Gestão de Tesouraria	200					200	Apurar se toda a documentação produzida identifica devidamente os seus intervenientes, se os processos de pagamentos, liquidação e cobrança de receitas se encontram organizados e os registos e conferências de saldos de tesouraria estão suportados em adequada documentação, se a execução destas tarefas respeita o princípio da segregação de funções e se dos processos constam as autorizações por pessoa com competência para o efeito.	SGF	Sim	Conforme elaboração pela Tesoureira e validação pela Cobrança	

ANEXO: APROVISIONAMENTO

Reconciliação entre valores cobrados ou pagos, constantes das folhas de caixa, e respectivo suporte documental ser efetuada por pessoa que tem também funções de caixa	M	M	M	201	Designar pessoa responsável pela conferência, controle das operações de cobrança ou pagamentos, com os registros nas respectivas folhas de caixa ou documentação de suporte. A reconciliação bancária deve ser efetuada por um trabalhador que não exerça funções de caixa.	SGF	Sim	Pela Cobrança	
Trabalhadores que registam contas de clientes terem acesso à tesouraria (e a valores recebidos)	F	F	F	202	Assegurar a efetiva segregação de funções e regulamentar o acesso dos trabalhadores à tesouraria, de modo a clarificar diferenças que devem existir entre as funções relativas ao setor responsável pelos clientes e o setor da tesouraria.	SGF	Sim	Conforme atribuição de funções	
Inexistência de regras relativas à substituição do tesoureiro	M	M	M	203	Existência de um regulamento de tesouraria onde constem as regras relativas à substituição do tesoureiro (nas ausências).	SGF	Sim	Existe Manual, falta o substituto	
Acesso indevido a cofre de valores	F	F	F	204	Promover a existência de regras que contemplem o acesso ao cofre, a atribuição de obrigações e os procedimentos a observar, por forma a garantir a segurança dos valores e as responsabilidades em caso de extravio de valores.	SGF	Sim	Tarefas da Tesoureira no manual	
Sistema de suporte à gestão de tesouraria inexistente ou desadequado	F	F	F	205	Proceder à implementação de aplicação informática de gestão de tesouraria, a qual deverá permitir efetuar e registar os movimentos e gerir as disponibilidades.	SGF	Não		
117 Desvio de fundos	F	M	F	206	Fundos de maneiolo em sistemas de fundo fixo e contingents periódicas de caixa.	SGF	Sim	Manual de FM	
	F	M	F	207	Caso se detetem desvios de fundos, as ocorrências deverão ser reportadas supenmente a fim de serem abertos procedimentos de averiguações e tomadas medidas consideras necessárias para a boa organização e funcionamento dos serviços.	SGF	Sim	Nunca aconteceu	
				208	Controlo dos registos correspondentes a pagamentos e recebimentos, no que se refere a anulações e sua justificação, por trabalhador não ateto a manuseamento de valores.	SGF	Sim	Anulações não são efetuadas pela tesoureira	
				209	Verificar se todas as despesas efetuadas por fundo de maneiolo estão devidamente justificadas e documentadas.	SGF, SA	Sim	SGF: Aquando da reposição; SA: Idem ao ponto 89	
118 Despesas efetuadas por fundo de maneiolo não especificadas e procedimentos de conferência e autorização não adequados	F	M	F	210	Conferência dos documentos das despesas efetuadas através do fundo de maneiolo, nomeadamente: a) justificação das despesas e se as mesmas reúnem os requisitos (se são urgentes, de pequeno montante, dentro dos limites do fundo e rubrica orçamental); b) se os documentos pagos têm aposte o carimbo/mentção de "pago", assinatura e data; c) validação da folha de maneiolo pelo superior hierárquico do serviço; d) verificar se a reconstituição do fundo de maneiolo é efetuada periodicamente e obedece aos requisitos legais.	SGF, SA	Sim	SGF: Aquando da reposição; SA: Sim	

		F	M	F		211	Elaboração de procedimentos escritos com referência a: a) Identificação de locais de cobrança de taxas moderadoras; b) Identificação do circuito; c) Identificação dos intervenientes e das tarefas a desempenhar.	SGF; SGD	Sim	SGD: Existe procedimento de cobrança de taxas moderadoras; SGF: Manual Taxas moderadoras
	Débito de verbas de montantes cobrados em taxas moderadoras e não entregues na tesouraria	F	M	F		212	Implementação de normas que garantam maior celeridade na cobrança coerciva de taxas moderadoras.	SGF; SGD	Sim	SGD: Existe procedimento de cobrança de taxas moderadoras; SITAM; SGF: Manual Taxas moderadoras
	Falhas de caixa ou perdas de cheques	F	M	F		213	Averiguar a eficácia dos mecanismos de controlo implementados que minimizam ou impeçam falhas de valores em caixa ou extravió de cheques.	SGF	Sim	Contagens diárias
	Movimentos realizados por recurso a contas abertas na banca comercial/disponibilidades fora do IGCPCP	F	F	F		214	Verificar se os registos contabilísticos são efetuados em contas adequadas e atempadamente.	SGF	Sim	Mensalmente
	Cobranças não depositadas integralmente e diariamente	F	M	F		215	Verificar movimentos efetuados através de contas fora do IGCPCP, apurar as justificações, validar a existência de autorização da Tulela Financeira/DGTF/GCPCP para situações de exceção.	SGF	NA	Não existe conta fora
						216	Validar se para contas inativas na banca comercial foi proposto o seu encerramento.	SGF	NA	Não existe conta fora
						217	Verificar os procedimentos de controlo existentes, incluindo cruzamento de informação e verificação documental, permitindo aferir se todas as cobranças realizadas são depositadas, realização de conciliações bancárias.	SGF	Sim	Os valores são conciliados mensalmente
						218	Verificar se são depositadas diariamente ou justificações para que isso não aconteça.	SGF	Sim	Depósitos diários
Gestão Imobilizado	Aquisições, abates e/ou venda de imobilizado não registadas ou registadas por valores errados	F	M	F		219	Conciliar mensalmente o total de imobilizado registado no sistema de informação de imobilizado, com os saldos das respetivas contas da contabilidade registados no SICCC, analisar e ajustar diferenças (verificar registos de aquisição e abatidos do imobilizado).	SGF; SA	Sim	SGF: mensalmente fecho do mês; SA: Mensalmente, o SA envia a lista de bens inventariados aos SF para validação.
	Amortizações não registadas e contabilizadas oportunamente	M	F	F		220	Calcular e registar mensalmente as amortizações de bens de imobilizado.	SGF; SA	Sim	SGF: mensalmente fecho do mês; SA: Idem ao ponto 135
	Empreitada de obras públicas não controladas	M	M	F		221	Controlar o progresso físico e financeiro das obras.	SGF; SA; SIET	Sim	SGF: NA; SA: O SA confere a conformidade da faturação com o valor do contrato,
Organização do Serviço	Organização da função indefinida	F	M	F		222	Promover a existência de regulamento interno do serviço.	SIET	Não	Em elaboração
	Quadro de pessoal inadequado, insuficiente ou pouco qualificado	F	M	F		223	Definir as atribuições e responsabilidades de todas as funções existentes no SIET, as quais deverão contemplar uma adequada segregação de funções.	SIET	Não	As atribuições de responsabilidades devem ser agrupadas num documento único.
						224	Analisar periodicamente o quadro de pessoal, tendo em conta o volume de atividade efetuadas e o recurso a trabalho extraordinário/suplementar.	SIET	Sim	Recurso ao GIH-CPC e ao GH

ANEXO: APROVISIONAMENTO

Manutenção das Instalações e Equipamentos	128	Falha na interligação entre aplicações	F	F	225	Avellar a necessidade de reforçar ou capacitar a equipe de profissionais do SIET, mediante uma avaliação custo-benefício.	SIET	Sim	Comunicações internas ao CA	
					226	Organizar e incentivar a participação em ações de formação para melhorar o desempenho dos profissionais	SIET	Sim	Em articulação com o Centro de Formação de Desenvolvimento Profissional do HSMMA.	
			F	F	227	Efetuar, com regularidade, o cruzamento de informação proveniente das diferentes aplicações que se interligam, de modo a validar a coerência dos dados, e analisar relatórios de erros de interfaces entre aplicações, quando estes existam.	SIET	Sim	GIH-CPC; Pedidos de material ao Exterior; Pedidos de Reparções e Faturação (Excel);	
					228	Elaborar procedimentos, atribuir funções e responsabilidades para o controlo das instalações.	SIET	Sim	Em vários procedimentos e comunicações internas implementadas.	
	129	Não existir planos de manutenção das instalações, aprovados, que garantam as condições adequadas para o normal funcionamento das atividades dos serviços	M	M	229	Elaborar e executar planos de manutenção das instalações.	SIET	Sim	Existem vários Planos de Manutenção em vigor no SIET.	
					230	Elaborar informação periódica sobre o estado das instalações e apresentar planos de intervenção.	SIET	Sim	Várias comunicações internas; Plano de investimentos (2021) e Relatórios Técnicos.	
					231	Elaborar procedimentos, atribuir funções e responsabilidades para o controlo dos equipamentos.	SIET	Sim	Procedimentos e comunicações internas do SIET	
					232	Elaborar planos de manutenção e calibrações por equipamento, por serviço e por fornecedor.	SIET	Sim	Em 2021, contratos e AVAC (CP 18-16/2018) e instalações técnicas (CP 18-17/2018), entre outros.	
	130	Inexistência de procedimentos que garantam uma adequada gestão dos equipamentos (acompanhamento do seu estado funcional e de segurança, na gestão das ocorrências e na formação e informação associadas à sua utilização correta e segura)	M	M	233	Garantir a existência de procedimento de gestão de ocorrências em relação aos equipamentos, existentes nos serviços, que permita a rastreabilidade de todas as intervenções corretivas efetuadas.	SIET	Sim	Em 2021, contratos, equipamentos e instalações técnicas (CP 18-17/2018), e CPC (gintti). Contudo aguarda novo programa de "Gestão de Reparções".	
					234	Garantir aos utilizadores informação relevante sobre os equipamentos, como manuais do operador, certificados, especificações técnicas, etc.	SIET	Sim	Previsto nos respetivos Cadernos de Encargos	
					235	Exigir aos fornecedores os requisitos necessários para assegurar a eficiência e segurança do equipamento (vida útil, informação dos profissionais, serviços técnicos e de manutenção).	SIET	Sim	Previsto nos respetivos Cadernos de Encargos	
	131	Inexistência de instalações técnicas especiais adequadas à complexidade das atividades realizadas (sistema de aquecimento, ventilação e ar condicionado - AVAC, instalações elétricas, ...)	M	M	236	Definir e aplicar procedimentos necessários para garantir que a instituição dispõe de condições adequadas à realização da sua atividade, em condições de segurança, dotando-se para o efeito de documentação técnico-legal justificativa, avaliações, autorizações ou pareceres por entidades competentes.	SIET	Sim	Em 2021, contratos e AVAC (CP 18-16/2018) e instalações técnicas (CP 18-17/2018)	
	132	Inexistência de controlo do consumo de eletricidade, água e fluidos.	F	F	237	Verificar, mensalmente, os consumos de eletricidade, da água e dos fluidos, para prevenir exaustos que possam ocorrer devido a fugas.	SIET	Sim	Existem vários procedimentos internos de controlo de consumos. Como exemplo, o registo diário de consumo de eletricidade, fugas de gases medicinais, etc.	

ANEXO: APROVISIONAMENTO

133	Quebra de segurança elétrica e física	M	M	M	238	Existência de 2 geradores de emergência.	SIET	Não	Revisão em 2021	NA
					239	Revisão do Plano de Emergência e Catástrofe.	SSST	Sim	2 Eletricistas em regime de chamada 24h/dia.	
					240	Asssegurar apoio técnico.	SIET	Sim	Existência de Registo e arquivo de Folhas de obra.	
					241	Controlo interno através do qual se criem mecanismos de verificação/ execução.	SIET	Sim	Registo e arquivo das Folhas de Serviço/Intervenção	
					242	Elaborar mapa mensal de registos das visitas efetuadas pelas empresas.	SIET	Não	Não é solicitada a assistência ao exterior sem a avaliação prévia do Responsável do SIET.	
134	Ausência do cumprimento dos contratos de assistência técnica.	M	M	M	243	Implementar mecanismos de controlo que garantam o cumprimento dos limites para a subcontratação de trabalhos a terceiros	SIET	Sim		
					244	Controlo interno através de ficheiro de registo de requisições ao armazém.	SIET	Sim	Da aplicação GIH-CPC	
					245	Listagem atualizada de material em Stock acondicionado nas Oficinas.	SIET	Sim	De 6 em 6 meses	
136	Obras desnecessárias ou de baixa qualidade ou investimentos sem viabilidade económica	F	M	F	246	Elaborar procedimento específicos para o controlo da execução das Empreitadas de Obras Públicas.	SIET; SA	Não	SIET: Não; SA: O SA não tem competência técnica em matéria de empreitadas e obras	
					247	Elaborar memória descritiva com identificação dos objetivos, análise custo-benefício	SIET; SA	Sim	SIET: Todas as obras a submeter ao CA. Contém um custo estimado.; SA: O SA não tem competência técnica em matéria de empreitadas e obras	
					248	Fiscalização concomitante de todos os contratos adicionais elaborados no âmbito de um contrato de empreitadas	SIET	Sim	(Não se verificaram em 2021)	
137	Falhas na fiscalização, nomeadamente: erros e omissões aquando do desenvolvimento da obra e/ou execução deficiente na obra, p.ex. prazo, materiais aplicados, atividades executadas	M	M	M	249	Garantir medidas de controlo que evitem divergências entre autos de medição e a execução real de empreitadas.	SIET	Sim	Registo minucioso dos autos de medição de obra, com descrição dos trabalhos a mais e a menos (quando aplicável), sendo estes comunicados ao longo da execução da Obra ao CA. De forma a garantir controlo de divergências.	
					250	Elaboração de documentos (atas, relatórios) de acompanhamento das empreitadas de obras públicas.	SIET	Sim	Conforme registos	
					251	Validação pelo Gabinete Jurídico da adequação da minuta contratual.	SIET; SA; GJ	Sim	GJ: minuta elaborada no GJ; SA: Idem ao ponto 43	
138	Execução de trabalhos a mais	F	M	F	252	Necessidade de fundamentar todos os trabalhos adicionais e o correto enquadramento dos trabalhos a mais, quando estejam em causa melhorias e alterações ao projeto inicial decorrentes da vontade do dono de obra.	SIET; SA	Sim	SIET: Fundamentados nas CI dirigidas ao CA.	
					253	Nomeação de gestor de contrato que comunica ao CA os desvios, defeitos ou outras anomalias na execução do contrato de modo a ser possível acionar as devidas penalizações.	SIET; SA; CA	Sim	SIET: Registo e acompanhamento da execução dos contratos (SIET); SA: O SA não tem competência técnica em matéria de empreitadas e obras	

ANEXO: APROVISIONAMENTO

SERVIÇO DE GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS										
Frota Automóvel	equipamentos e na execução de penalidades nos contratos de prestação de serviços e empregadas			254	O CA comunica o incumprimento ao Gabinete Jurídico para execução de penalidades previstas no contrato.	SIET; GJ; CA	Sim	GJ: tal é efetuado com articulação com os Serviços Financeiros; SA: Idem ao ponto 115		
	140 Inexistência de procedimentos que garantam uma adequada gestão da frota automóvel	F	M	F	255 Definir regras/procedimentos que garantam uma adequada gestão da frota automóvel.	SIET	Sim	Regulamento de uso de Veículos do HSMM		
	141 Inexistência de registos de informação relativa aos veículos (quilómetros, manutenções, consumos de combustível, custos da manutenção da frota, entre outros)	F	M	F	256 Implementar e gerir a Plataforma de Gestão Partilhada de Frota do Ministério da Saúde (Despacho nº 5965/2017 de 04/07)	SIET	Não	Não se verificou possível o uso desta aplicação.		
	142 Inexistência de registo de ocorrências no âmbito da utilização dos veículos	F	M	F	257 Manter registo centralizado e permanentemente atualizado com informação diária e individual de cada veículo (identificação do condutor, quilómetros percorridos, datas e custos de manutenção, consumos de combustível, portagens, datas de inspeção obrigatórias, entre outros), de modo a fornecer indicadores para uma melhor gestão, controlo e planeamento.	SIET	Sim	Existência de registos internos do SIET		
	143 Organização da função indefinida	F	M	F	258 Manter um registo de ocorrências no âmbito da utilização dos veículos (sinistros, infrações associadas à utilização, ou outros incidentes).	SIET	Sim	Existência de registos internos do SIET		
Organização do Serviço	144 Quadro de pessoal inadequado, insuficiente ou pouco qualificado	F	M	F	259 Promover a existência de regulamento interno do serviço.	SGRH	Sim	Regulamento SGRH		
	145 Inexistência de procedimentos ou regras escritas	M	F	F	260 Definir as atribuições e responsabilidades de todas as funções existentes no SGRH, as quais deverão contemplar uma adequada segregação de funções.	SGRH	Sim	Manual de procedimentos		
	146 Falha na interligação entre aplicações	F	F	F	261 Analisar periodicamente o quadro de pessoal, tendo em conta o volume de atividade efetuada e o recurso a trabalho extraordinário/suplementar.	SGRH	Sim	Comunicação Interna remetida a CA aferição mensal de excedente		
	147 Prestação de informação incompleta ao CA. A informação imprecisa ao CA poderá gerar uma	F	F	F	262 Organizar e incentivar a participação em ações de formação para melhorar o desempenho dos profissionais	SGRH	Sim	Inscrição dos profissionais nas ações de sensibilização apresentadas pela tutela online (ex SPMS; IGAS; INA entre outros)		
					263 Promover a existência de procedimentos ou regras escritas aprovadas e validar o seu cumprimento por todos os trabalhadores da área. Os documentos devem, designadamente, definir circuitos documentais e assegurar a efetiva segregação de funções.	SGRH	Não	Necessária colaboração do Gabinete de Qualidade (GQC)		
				264 Efetuar, com regularidade, o cruzamento de informação proveniente das diferentes aplicações que se integram, de modo a validar a coerência dos dados, e analisar relatórios de erros de interfaces entre aplicações, quando estes existam.	SGRH	Sim	Envio por email de informação/listagens periódica ao SGRH sobre os colaboradores			
				265 Realização de reuniões no serviço com frequência com vista ao esclarecimento de dúvidas e aplicação de legislação atualizada.	SGRH	Sim	Convocatória e realização de reuniões quinzenais com os colaboradores do SGRH			

ANEXO: APROVISIONAMENTO

158	Início de funções do profissional sem contrato assinado	F	M	F	277	Garantir a existência de autorização ministerial e contrato assinado, por ambas as partes, no início de funções de novos profissionais.	SGRH	Sim	Deliberação de CA e despacho Tutelar em cumprimento com os diversos normativos legais de recrutamento
159	Incorreta elaboração de contratos de trabalho ou interpretação de outras comunicações emergentes do mesmo	F	M	F	278	Promover a existência de procedimento/guia de apoio na elaboração de contratos.	SGRH; GJ	Não	SGRH: os documentos técnicos de indole contratual seguem as normas da legislação do direito laboral publico e do direito laboral privado sendo redigidos pela responsável do SGRH (com formação jurídica para o efeito em colaboração com o GJ) e aprovação do CA através da minuta; GJ: SGRH tem jurista na direção de serviço, pode no entanto solicitar a colaboração do GJ. Além do que a Lei 9/2007 e lei 34/2015 indicam claramente quais os elementos constituintes de contrato sem os quais este não são válidos: a saber, tipo do contrato , parte identificação e qualidade, categoria e funções do contraente não entidade, objeto, horário, valor remuneratório, obrigações e deveres, vigência, prazos de não concorrência, e outras cláusulas como adicionais que integram as respetivas funções.
160	Incorreta integração jurídica do trabalhador na instituição	F	M	F	279	Solicitar apoio jurídico para elaboração de contratos.	SGRH; GJ	Sim	SGRH: Idem resposta 277; GJ: É feito perante especialidades casuísticas e perante rescisões de cariz contencioso
161	Não cumprimento de prazos na celebração, renovação e rescisão de contratos.	F	M	F	280	Promover a existência de um guia de acolhimento a novos profissionais.	SGRH	Sim	Guia de acolhimento divulgado no Portal Interno do HSMH
162	Falta de acompanhamento a contratos de prestação de serviços (médicos ou outros profissionais)	F	M	F	281	Implementação de mecanismos de alerta de prazos de término de contratos a termo e/ou prestação de serviços.	SGRH	Sim	Ficheiro Excel e RHV
163	Inexistência de seguro dos profissionais ou sem data válida	F	M	F	282	Centralização no SGRH do controlo e acompanhamento às prestações de serviços individuais, cuja base de atenção seja o número de horas realizadas.	SGRH	Sim	Envio de informação mensal ao CA e tutela sobre a prestação de horas realizadas/validação anual pelo CA
164	Oscilações nos níveis de motivação - a desmotivação dos trabalhadores afeta o respetivo desempenho.	F	M	F	283	Elaboração procedimento de contratação de prestadores de serviços.	SGRH	Não	
165	Assiduidade	F	M	F	284	Monitorização da existência e das validades das apólices de seguro obrigatório dos profissionais.	SGRH	Sim	Envio de email notificador periódico
		F	M	F	285	Realização de inquérito de satisfação com periodicidade bianual, permitindo identificar oportunidades de melhoria.	SGRH; GGQ	Não	SGRH: necessária colaboração do Gabinete de Qualidade (GGQ); GGQ: Não existe procedimento de realização de inquérito de satisfação aos profissionais. Nos últimos 12 meses não houve.
		F	M	F	286	Existência de um sistema eletrónico de gestão da assiduidade (Sistema de Registo Biométrico).	SGRH	Sim	RISI

ANEXO: APROVISIONAMENTO

	Registro de tempos trabalhados e controle de assiduidade inadequados		287	Segregação de funções.	SGRH	Sim	Manual de funções dos colaboradores por unidade funcional
166	Registro, como horas trabalhadas, de tempo de trabalho relativo a ausências de pessoal	M	288	Promover a existência de regulamento de gestão da assiduidade e horário de trabalho.	SGRH	Sim	Regulamento publicado no portal interno do HSMH
		M	289	Rotatividade dos trabalhadores que fazem a gestão dos sistemas informáticos no SGRH.	SGRH	Sim	Manual de funções dos colaboradores por unidade funcional
167	Pagamento de horas não trabalhadas	M	290	Verificação semestral por amostragem baseada nos saldos dos trabalhadores do Sistema de Registro Biométrico.	SGRH	Sim	Conforme artigo 7.º e 11.º do regulamento de horário de trabalho e assiduidade HSMH
		M	291	Responsabilização dos responsáveis/diretores de serviço, quer na validação de anomalias, quer na definição de escalas.	SGRH	Sim	Parametrização hierarquias RISI
168	Autorizações indevidas ou sem fundamento legal	F	292	Todas as informações sobre faltas, férias e licenças devem conter fundamentação legal.	SGRH	Sim	Validação pelo SGRH através das aplicações de gestão de assiduidade
		F	293	Garantir a não atribuição de dias de férias em número superior ao que o funcionário tem direito.	SGRH	Sim	Parametrização na aplicação RISI e RHV
169	Incumprimento do regime de chamada/prevenção	F	294	Garantir que o gozo de férias é autorizado pelo CA sob proposta do Diretores/responsáveis de serviço.	SGRH	Sim	Idem resposta 292
		F	295	Promover a existência de um regulamento dos regimes de prevenção e chamada.	SGRH; GJ	Sim	SGRH: publicado no portal interno do HSMH; GJ: existe regulamento e está em preparação a sua revisão
170	Processamento de abonos e descontos não autorizados		296	Revisão anual dos regimes de prevenção e chamada em vigor.	SGRH; CA	Não	Encontra-se em fase de elaboração devido a ausência de alguns colaboradores envolvidos
			297	Submissão de todos os abonos extraordinários a aprovação prévia do CA, de acordo com a delegação de competências instituídas.	SGRH	Sim	Comunicação Interna remetida a CA mensal
171	Vencimentos, contribuições e impostos calculados em erro e/ou não verificados e contabilizados oportunamente	E	298	Submeter todos os descontos (não oficiais) a aprovação dos profissionais.	SGRH	Sim	Através email institucional
		E	299	Análise mensal da razoabilidade dos abonos e descontos processados.	SGRH	Sim	Envio de ficheiros mensais ao CA SPAG e SGF
171		F	300	Autorização mensal individualizada para prestação de trabalho que implique o pagamento de remuneração além de 1/3 da remuneração principal (n.º 7 do artigo 7.º do Decreto-Lei n.º 62/79, de 30.03).	SGRH	Sim	Comunicação Interna para CA
		F	301	Conferir que o total de remunerações base processadas corresponde à massa salarial aprovada.	SGRH	Sim	Ficheiro/mapa extraído do RHV antes do fecho do mês
171		E	302	Controlar a correção do cálculo do valor das contribuições para os sistemas e subsistemas de solidariedade e segurança social e do imposto sobre o rendimento.	SGRH	Sim	Idem resposta 300
		E	303	Efetuar o registo de custos com pessoal no período a que respeitam.	SGRH	Sim	Idem resposta 300

ANEXO: APROVISIONAMENTO

Pagamento de remunerações pelo valor indevido	172	F	E	M	304	Controlar que o total de remunerações pagas corresponde ao total das remunerações processadas.	SGRH	Sim	Idem resposta 300	
					305	Instituir mecanismos de controlo entre as escalas aprovadas, os registos de assiduidade e os pagamentos efetuados.	SGRH	Sim	GH RISI (através das escalas parametrizadas planeamento realização validação processamento fechados)	
					306	Implementação de mecanismos de controlo interno que passem pela segregação de funções e rotatividade do pessoal nas diferentes tarefas.	SGRH	Sim	Manual de funções dos colaboradores por unidade funcional	
Acumulação de funções	173	M	M	M	307	Existência de procedimento para acumulação de funções privadas e públicas para contratos de trabalho e contratos de prestação de serviços.	SGRH	Sim	Circular informativa anual	
	174	M	M	M	308	Existência de declarações de acumulação de funções a todos os trabalhadores.	SGRH	Sim	Validação de autorização no RHV	
	175	F	M	F	309	Análise cuidada à prestação efetiva da acumulação e eventuais riscos para o HSMH e para a qualidade da prestação (n.º de horas de trabalho diário/semanal).	SGRH	Sim	Validação/informação legal pelo SGRH do pedido submetido pelo profissional no WebRHV antes do envio a CA	
	176	F	M	F	310	Exigir aos colaboradores em exclusividade de funções a entrega de cópia de declaração de rendimentos.	SGRH	Sim	É firmado o valor no requerimento no ponto 3, remuneração a auferir no entanto não se aplica aos profissionais em regime de exclusividade	
Avaliação de Desempenho	177	F	M	F	311	Rever anualmente todas as aprovações de acumulação de funções.	SGRH	Sim	Notificação colaboradores circular informativa	
	178	F	M	F	312	Garantir o cumprimento das normas instituídas para aplicação do SIADAP.	CCA; SGRH	Sim	SGRH: Regulamento SIADAP	
	179	F	M	F	313	Validação prévia pelo CCA de todos os objetivos fixados.	CCA; SGRH	Sim	SGRH: Comunicação interna divulgada aos avaliadores	
		F	M	F	314	Verificação anual por amostragem baseada nas avaliações que se situam fora da média.	SGRH	Sim	Envio ao CCA das listagens de avaliados com as avaliações que excedem as quotas legalmente aplicáveis	
		M	F	F	315	Promover a existência de um regulamento de funcionamento do Conselho Coordenador da Avaliação (CCA)	CCA; SGRH	Sim	Regulamento SIADAP	
Formação e desenvolvimento dos profissionais	180	M	M	M	316	Realizar reuniões periódicas dos diversos CCA (carreira geral, médica e enfermagem) por forma a acompanhar o processo avaliação de desempenho e fazer cumprir com o legalmente definido.	CCA; SGRH	Sim	Atas devidamente assinadas	
	181	F	M	F	317	Definição da política institucional de formação e desenvolvimento profissional.	CFDP	Sim	Publicado Portal Interno	
		M	M	M	318	Existência de procedimento institucional para identificação de necessidades de formação dos trabalhadores.	CFDP	Sim	Publicado Portal Interno	
		F	M	F	319	Diagnóstico de necessidades de formação alinhado com o plano estratégico institucional.	CFDP	Não	Plano de formação institucional	

ANEXO: APROVISIONAMENTO

		320				Reunião anual com as chefias intermediárias para definição de objetivos estratégicos de formação.	CFDP	Não	Só cumprida parcialmente	2022
Organização do Serviço	182	F	M	F	321	Seleção de formadores internos/externos sustentada em critérios de competência científica, técnica e pedagógica.	CFDP	Sim	CV dos Formadores	
	183	M	M	M	322	Corresponsabilização das chefias intermediárias na frequência da formação.	CFDP	Sim	Fichas de inscrição validadas pela chefia direta	
	184	F	M	F	323	Corresponsabilização das chefias intermediárias na avaliação do impacto da formação.	CFDP	Não	Trabalho em curso, mas a melhorar	2022
	185	F	M	F	324	Promover a existência de regulamento interno do serviço.	SGSI	Sim	Homologado em 01/Fev/2019	
	186	F	M	F	325	Definir as atribuições e responsabilidades de todas as funções existentes no SGSI, as quais deverão contemplar uma adequada segregação de funções.	SGSI	Sim	Conforme Regulamento interno	
Gestão do Imobilizado	187	F	M	F	326	Analisar periodicamente o quadro de pessoal, tendo em conta o volume de atividade efetuadas e o recurso a trabalho extraordinário/suplementar.	SGSI	Sim	É feita a análise regularmente	
	188	F	M	F	327	Avaliar a necessidade de reforçar ou capacitar a equipa de profissionais do SGSI, mediante uma avaliação custo-benefício.	SGSI	Sim	É feita a avaliação regular - não há evidência	
	189	F	M	F	328	Organizar e incentivar a participação em ações de formação para melhorar o desempenho dos profissionais.	SGSI	Sim	É feita a análise regularmente	
Gestão dos Sistemas de Informação	190	F	M	F	329	Efetuar, com regularidade, o cruzamento de informação proveniente das diferentes aplicações que se integram, de modo a validar a coerência dos dados, e analisar relatórios de erros de interfaces entre aplicações, quando estes existam.	SGSI	Sim	Quando aplicável	
	191	F	M	F	330	Inventariação anual do parque informático com informação acerca das características dos equipamentos por posto de trabalho.	SGSI; SA	Não	SGSI: Há um documento físico e gráfico dos equipamentos existentes; SA: Todos os equipamentos rececionados são registados no SI de Imobilizado	
	192	F	M	F	331	Elaboração de plano anual de necessidades de acordo com orçamento definido.	SGSI; SA; SGF	Sim	SGSI: Em conjunto com CA; SA: Plano de Investimento	
Gestão dos Recursos Humanos	193	M	M	M	332	Assegurar a permanente atualização dos registos das características dos postos de trabalho do HSM de modo garantir a gestão operacional e rentabilização dos sistemas de informação através da atualização da base de dados de todos os postos de trabalho com os respetivos softwares existentes, datas de atualizações, etc.	SGSI	Sim	É realizado sempre que possível	
	194	F	E	M	333	Todas as aquisições devem ter um parecer do serviço de informático.	SGSI; SA; SIET; CA	Sim	SGSI: Sempre que solicitado; SA: Todas as aquisições têm parecer prévio do SGSI	

SERVIÇO DE GESTÃO DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

ANEXO: APROVISIONAMENTO

equipamentos na instituição e os sistemas informáticos	334	Existência de uma comissão de sistemas de informação e processo clínico eletrônico (Comissão Local de Informatização Clínica - CLIC)	SGSI; CA	Sim	SGSI; Está publicado em CI	
191 Acesso indevido a determinada aplicação ou informação					SGSI: Os acessos são dados em função da apresentação de um formulário próprio, assinado pelo Responsável do Serviço, ao qual se junta um documento emitido pelo SGRH, comprovando que o colaborador em questão exerce funções no HSMH. Sempre que um colaborador cesse funções, tal facto é comunicado pelos RH por email, e os acessos são cancelados.; SGRH: Acesso dos sistemas informação através dos Procedimentos 0266 e 0257 publicados no portal interno, envio de email com listagens periódicas e/ou portuais dos colaboradores que iniciam e cessam funções	
			SGSI; SGRH	Sim		
192 Partilha de senhas entre os utilizadores			SGSI; Direcções de Serviço	Sim	SGSI: Alguns serviços praticam, outros não informam	
			SGSI	Sim	Quando aplicável e exequível as credenciais são individuais	
			SGSI	Não		Se possível durante o ano de 2022
193 Tratamento preferencial ou inadequado no suporte interno (clientes, utentes etc.)						
			SGSI	Sim	Esta em produção solução de tt por mail e irá ser implementado em 2022 por aplicação Web	
194 Roubo ou acesso indevido a informação			SGSI	Sim	Sempre que possível e adequado	
			SGSI	Sim	Existe procedimento	
			SGSI	Não	Plataforma DataCenter	
195 Falhas na protecção contra softwares maliciosos						
			SGSI	Sim	Firewall layer7 instalada em Abril_2021.	
			SGSI	Sim	Sempre que aplicável	
196 Falhas nos backups			SGSI	Sim	Sempre que aplicável	
			SGSI	Sim		

ANEXO: APROVISIONAMENTO

197	Falência dos Sistemas de Informação, risco de interrupção de serviço contínuo, perda ou adulteração da informação				346	Obter evidência de realização periódica de backups de segurança e se os mesmos são guardados em local distinto.	SGSI	Não	Não há ambiente de teste para simulação de recuperação de sistemas	
					347	Elaborar e monitorizar o plano de contingência que permite responder a interrupções de serviço, garantindo a continuidade de operação dos processos críticos.	SGSI; CA	Sim	Sim apenas para os SI	
		M	M	M	348	Promover e evidenciar inspeções/manutenções regulares aos sistemas de alimentação ininterrupta, refrigeração e de extinção de incêndios pelo SIET.	SIET	Sim	Existência de contrato de manutenção (CP 18-16/2018) e manutenção SIET.	
					349	Restrição de acesso físico, a pessoal não autorizado, à sala técnica de servidores e promover mecanismos de controlo de acessos.	SGSI; SIET	Sim	SGSI: Implementado controlo de acessos por acesso a área restrita	
		E	E	E	350	Cumprimento do normativo nº 7/2018/SPMS de 20 de outubro.	SGSI	Sim	Sim mas não na totalidade	
199	Não cumprimento da legislação em vigor relativa às medidas de reforço da cibersegurança				351	Adoção de um Programa de Gestão para avaliação e introdução de medidas para a implementação do novo Regulamento Geral de Proteção de Dados.	SGSI; EPD	Não	SGSI: Aquisição de Solução de Rastreabilidade e Audit-Trail (CONCURSO PÚBLICO Nº 17-09/2020); EPD: está em curso uma tabela de faseamento de implementações e existe a concursos um programa que o permite nos termos indicados na medida	
					352	Formação contínua (reciclagem) adequada sobre Proteção de Dados.	SGSI; EPD	Sim	SGSI: Em conjunto com EPD; EPD: formação permanente lançada e assíncrona, 2 vezes por ano	
		F	M	F	353	Promover a existência de regulamento interno do serviço.	SPAG	Sim	Existe um Manual do Serviço	
					354	Definir as atribuições e responsabilidades de todas as funções existentes no SPAG.	SPAG	Não		2022
		M	M	M	355	Avaliar a necessidade de reforçar ou capacitar a equipa de profissionais do SPAG tendo em conta o volume de atividade.	SPAG	Não		2022
200	Organização do Serviço				356	Participar em ações de formação para melhorar o desempenho profissional.	SPAG	Não		2022
					357	Efetuar, com regularidade, o cruzamento de informação proveniente das diferentes aplicações que se interligam, de modo a validar a coerência dos dados, e analisar relatórios de erros de interfaces entre aplicações, quando estes existam.	SPAG	Não	Depende do suporte prestado pelo SI Informática	
		F	F	F	358	Solicitar validação, sempre que possível, por parte do Serviço envolvido.	SPAG	Sim	Surcede já presentemente com os SFarma, SFIn, HospDom e outros, cf. aplicável	
					359	Criar um procedimento de dupla verificação (um 2º elemento valida a informação elaborada).	SPAG	Não	Carece de investimento no serviço (a médio prazo), viabilizando a retenção de profissionais e visando o alargamento da equipa	
		M	F	F						

SERVIÇO DE PLANEAMENTO E APOIO À GESTÃO

ANEXO: APROVISIONAMENTO

SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA									
Divulgação de informação a terceiros ou externos à Instituição).	204	Divulgação indevida de informação a terceiros ou externos à Instituição).	205	Incumprimento de prazos nas tarefas periódicas	206	Organização da função indefinida	207	Quadro de pessoal inadequado, insuficiente ou pouco qualificado	208
Organização do Serviço	209	Não acompanhamento das recomendações emitidas pelo SAI aprovadas pelo CA	210	Falta de qualidade nos relatórios de Auditoria Interna	211	Ausência de rigor, isenção e objetividade na recolha de evidências.	212	O Serviço de Auditoria Interna é composto por dois elementos.	213
Plano de Auditoria	214	Ausência ou não cumprimento do Plano Interno de Auditoria	215	Ausência ou não cumprimento do Plano de Auditoria	216	Ausência ou não cumprimento do Plano de Auditoria	217	SAI: É elaborado anualmente o plano de atividades do Serviço de Auditoria Interna. O PAA contempla ações de auditoria impostas e/ou sistematizadas, e ações de auditoria a áreas consideradas de maior risco.	218
Follow-up das recomendações	219	Durante o ano de 2021 foram realizadas auditorias de follow-up.	220	Todos os relatórios emitidos pelo Serviço de Auditoria Interna, nomeadamente, as situações deletadas, são sustentadas por evidências, as quais se encontram em suporte digital ou físico no SAI.	221	Todas as auditorias e respetivos relatórios emitidos são realizadas com supervisão da Diretora de Serviço.	222	Anualmente, os profissionais do SAI frequentam várias ações de formação.	223
Relatórios de Auditoria	224	Em todos os relatórios das auditorias internas é identificada a equipa da auditoria e responsável pela mesma.	225	Em todos os relatórios das auditorias internas é identificada a equipa da auditoria e responsável pela mesma.	226	Em todos os relatórios das auditorias internas é identificada a equipa da auditoria e responsável pela mesma.	227	SAI: É elaborado anualmente o plano de atividades do Serviço de Auditoria Interna. O PAA contempla ações de auditoria impostas e/ou sistematizadas, e ações de auditoria a áreas consideradas de maior risco.	228
Existência de um procedimento interno com as regras de divulgação de informação.	360	Autorização prévia, pelo Conselho de Administração, de relatórios e mapas para divulgação geral.	361	Elaboração de mapas com prazos para as atividades periódicas.	362	Promover a existência de regulamento interno do serviço.	363	Definir as atribuições e responsabilidades de todas as funções existentes no SAI.	364
Dotar o Serviço de Auditoria Interna com recursos humanos suficientes, não inferior a 2 (dois) elementos, com habilitação e competência profissional específica ao exercício das funções de controlo interno, enquadrável no nº 1 do artigo 19º do DL 18/2017, de 10 de fevereiro.	365	Participar em ações de formação para melhorar o desempenho profissional.	366	Elaboração anual de plano de atividades consistente com os objetivos do HSMIM, através do qual sejam definidas ações de avaliação dos processos de controlo interno e de gestão de riscos, nos domínios contabilístico, financeiro, operacional, informático e de recursos humanos, contribuindo para o seu aperfeiçoamento contínuo.	367	Monitorizar semestralmente a execução do Plano de Auditoria.	368	Informar a gestão dos constrangimentos associados ao não cumprimento do plano de auditorias.	369
Realização de auditorias de follow-up.	370	Mecanismos de recolha de documentação de todos os elementos de prova de auditoria e outros elementos de suporte.	371	Acompanhamento e supervisão permanente das diferentes fases dos processos de auditoria.	372	Formação contínua aos profissionais do Serviço de Auditoria Interna.	373	Realização das ações de auditoria em equipa com indicação nominal do responsável.	374
2022	2022	2022	2022	2022	2022	2022	2022	2022	2022

ANEXO: APROVISIONAMENTO

GABINETE DE COMUNICAÇÃO E MARKETING					389	Promover a existência de regulamento interno do serviço.	GCM	Não	Elaboração de Regulamento Interno do Serviço até final de fevereiro do presente ano.	fev/22
Organização do Serviço	222	Organização da função indefinida	F	M	F	390	Definir as atribuições e responsabilidades de todas as funções existentes no serviço.	GCM	Sim	Envio de informação (notícias, ações de formação, dias comemorativos, entre outros) a todos os colaboradores do HSM, EPE, ou categorias de profissionais, se aplicável; Elaboração de Regulamento Interno do serviço; Criação e divulgação de Newsletter;
	223	Quadro de pessoal inadequado, insuficiente ou pouco qualificado	F	M	F	391	Analisar periodicamente o quadro de pessoal, tendo em conta o volume de atividade efetuada e o recurso a trabalho extraordinário/suplementar.	GCM	Sim	Em 2021, por indicação do CA, existiu a nomeação de novo Responsável de Serviço no Gab. de Comunicação e Marketing, até à data assegurado por um alentejo, em regime de funções cumulativo com o SPAG
	224	Prestação de informação inadequada e/ou errada	F	E	M	392	Participar em ações de formação para melhorar o desempenho profissional.	GCM	Sim	Formação de Inglês
	225	Promoção inadequada da imagem da Instituição	F	E	M	393	Definição de níveis de responsabilidade e aperfeiçoar a área de comunicação interna	GCM, CA	Sim	GCM: Definição de ferramentas que permitam a análise no envio da informação a todos os colaboradores do HSM, EPE; Validação de notícias/pedidos de informação solicitados do exterior (meios de comunicação social/outras instituições);
Comunicação e Imagem	226	Conteúdos do site do Hospital desatualizados	F	M	F	394	Definir a informação que pode ser disponibilizada e controlar os conteúdos no site oficial do HSM	GCM, CA	Não	GCM: A promoção da imagem da instituição foi sempre assegurada através de publicação no Site e facebook do HSM, EPE e resposta a pedidos de informação por parte dos meios de comunicação social.
	227	Iniciativas realizadas sem o conhecimento do HSM	F	M	F	395	Definição de níveis de responsabilidade e aperfeiçoar a área de comunicação interna	GCM, CA	Não	GCM: A manutenção dos conteúdos no Site foram sempre assegurados, promovendo a instituição e as iniciativas realizadas.
	228	Organização da função indefinida	F	M	F	396	Informar e esclarecer o público em geral através do Site do Hospital e redes sociais de que todas as iniciativas para poderem serem realizadas deverão ter aprovação do HSM.	GCM, CA	Não	GCM: Não existiram iniciativas realizadas sem o conhecimento do HSM.
	229	Quadro de pessoal inadequado, insuficiente ou pouco qualificado	F	M	F	397	Promover a existência de regulamento interno dos serviços.	GH	Não	Vou articular com todos os serviços para a elaboração de regulamentos internos até dez/22
Gestão Hoteleira	228	Organização da função indefinida	F	M	F	398	Definir as atribuições e responsabilidades de todas as funções existentes nos serviços.	GH	Sim	Em articulação com todos os serviços e responsáveis/chefs dos serviços
	229	Quadro de pessoal inadequado, insuficiente ou pouco qualificado	F	M	F	399	Analisar periodicamente o quadro de pessoal, tendo em conta o volume de atividade efetuada e o recurso a trabalho extraordinário/suplementar.	GH	Sim	Em articulação com todos os serviços e responsáveis/chefs dos serviços

GABINETE DE GESTÃO DA QUALIDADE									
					375	Uniformização de procedimentos, métodos e técnicas com emissão de guíões e checklists	SAI	Sim	
PGRIC	212	Falhas no acompanhamento e no reporte da execução do Plano de Prevenção de Riscos de Gestão incluindo os riscos de corrupção e infrações conexas	M	M	M	376	Promoção do acompanhamento da execução das medidas previstas no Plano, através aplicação da ficha de controlo semestral.	SAI	Não
	213	Inexistência de sistema de comunicação de irregularidades.	F	M	F	377	Avaliação sistema de controlo interno e de comunicação de irregularidades. Receber as comunicações de irregularidades sobre a organização e funcionamento do hospital E. P. E., apresentadas pelos demais órgãos estatutários, trabalhadores, colaboradores, utentes e cidadãos em geral;	SAI; CA	Sim
Organização do Serviço	214	Organização da função indefinida	F	M	F	378	Promover a existência de regulamento interno do serviço.	GGQ	Sim
	215	Quadro de pessoal inadequado, insuficiente ou pouco qualificado	F	M	F	379	Definir as atribuições e responsabilidades de todas as funções existentes no serviço.	GGQ	Sim
	216	Documentação desatualizada	F	M	F	380	Analisar periodicamente o quadro de pessoal, tendo em conta o volume de atividade efetuada e o recurso a trabalho extraordinário/suplementar.	GGQ	Não
	217	Risco de falha de controlo da qualidade dos procedimentos	M	M	M	381	Participar em ações de formação para melhorar o desempenho profissional.	GGQ	Sim
	218	Falta de envolvimento das chefias no processo de acreditação	M	M	M	382	Criação de um template com alertas de revisão para a gestão documental.	GGQ	Sim
Gestão da Qualidade	219	Ausência de uniformização de procedimentos, normas, métodos, técnicas ou atuação da organização	F	F	F	383	Supervisão dos procedimentos elaborados.	GGQ	Sim
	220	Ausência de conhecimento por parte dos Profissionais da Documentação	M	M	M	384	Realização de reuniões periódicas com as chefias no âmbito da acreditação.	GGQ	Não
	221	Portal Interno do Hospital desatualizado e/ou desorganizado	F	M	F	385	Promoção da documentação e comunicação generalizada dos procedimentos, normas, métodos e técnicas a adotar na organização.	GGQ	Sim
						386	Definir/Atualizar o Circuito para a elaboração, aprovação e homologação de documentos.	GGQ	Sim
						387	Organização do Portal Interno por áreas/Serviços, por forma a facilitar a pesquisa dos documentos.	SGSI; GGQ	Não
					388	Organização do Portal Interno por áreas/Serviços, por forma a facilitar a pesquisa dos documentos.	SGSI; GGQ	Não	
					</				

					Participar em ações de formação para melhorar o desempenho profissional.	GH	Sim	Centro de Formação e Desenvolvimento Profissional
					Elaboração de procedimento que define, em todas as fases do processo, funções e responsabilidades dos intervenientes, desde a prescrição, contação e distribuição.	UFNA	Não	Medida ainda não implementada por falta de recursos humanos.
					Acompanhamento efetuado por pessoa qualificada na avaliação das necessidades alimentares dos doentes (rastrear risco nutricional).	UFNA; Equipa multidisciplinar	Sim	Implementado o rastreio do risco nutricional.
					Promover a implementação da identificação das dietas dos doentes, através de etiqueta individual emitida a partir do S Clínico.	UFNA; CA	Não	Implementação não concluída, porque persistem algumas dificuldades técnicas (aquisição de impressora, entre outras), bem como algumas dificuldades ao nível dos recursos humanos na cozinha, pois vai ser necessário efetuar alguma formação e adaptação ao novo sistema de identificação das refeições que não foi possível ponderar, dado um novo aumento do volume de trabalho, consequência do agravamento da pandemia.
					Promover auditorias periódicas, no âmbito da higiene e segurança alimentares, nas copas dos Serviços de internamento.	UFNA	Sim	Auditorias
					Promover auditorias periódicas de HACCP.	UFNA	Não	Sistema ainda não implementado
					Avaliação dos custos previstos para as refeições de um dado período e os custos efetivamente suportados durante o mesmo período.	SPAG; UFNA; GH	Sim	A UFNA, no âmbito das suas funções, tem mantido, desde há longa data, a este nível, os procedimentos que lhe são inerentes: definição de cláusulas técnicas de caderno de encargos; definição, implementação e supervisão de procedimentos e circuitos de toda a cadeia alimentar interna. A avaliação e supervisão ao nível administrativo/gestão, não é da competência desta Unidade.
					Promover medidas para redução dos custos (calibragem regular dos equipamentos de medida e pesagem).	UFNA; SIET	Sim	A UFNA tem solicitado a calibragem dos equipamentos.
					Promover medidas para redução dos custos (controlo regular do desperdício alimentar das refeições servidas aos doentes nos serviços de ação médica).	UFNA	Não	Medida ainda não implementada por falta de recursos humanos.

ANEXO: APROVISIONAMENTO

					409	Promover medidas para redução dos custos (distribuição centralizada das refeições etc.).	UFNA	Sim	Distribuição centralizada de refeições para os serviços "COVID". Fornecimento de refeições e produtos alimentares, apenas se solicitados por requisição eletrónica.	
					410	Controlo das refeições cedidas a profissionais e acompanhantes de doentes (controlo regular do desperdício alimentar/reserva antecipada das refeições)	UFNA	Não	Equipamento ("Kiosks") ainda sem condições técnicas para venda de senhas.	
Bar/cafetaria e Vending machine	233	Inexistência no caderno de encargos das especificações técnicas e legais atualizadas, necessárias para a prestação de serviços de vending.	M	M	411	Definir de forma clara e precisa as cláusulas técnicas e legais nos cadernos de encargos.	SA; UFNA	Sim	SA: São definidas de forma clara as cláusulas técnicas nos CE	
			F	F	412	Submissão prévia, para avaliação técnica, das fichas técnicas dos produtos alimentares.	UFNA	Sim	Avaliação dos produtos, através das fichas técnicas.	
	234	Existência de produtos menos saudáveis nas máquinas de venda automática (MVA) e no bar/cafetaria	F	M	413	Realização regular de auditorias internas para verificação do cumprimento da legislação em vigor.	UFNA	Sim	Auditorias internas regulares.	
		Inexistência no caderno de encargos das especificações técnicas necessárias para a prestação de serviços de lavagem e tratamento de roupa hospitalar	M	M	414	Definir de forma clara e precisa as cláusulas técnicas nos cadernos de encargos.	SA; GH	Sim	GH: Caderno de encargos elaborado na abertura do procedimento concursal. SA: São definidas de forma clara as cláusulas técnicas nos CE	
Rouparia	235	Risco na gestão de stocks (rouparia)	M	M	415	Elaboração de procedimento para distribuição e tratamento de roupa que defina funções e responsabilidades, em todas as fases do processo.	GH	Não	Procedimento em elaboração	abr/22
			M	M	416	Registo informático (Excel) das entradas (peso e quantidade), contendo o acumulado mensal das roupas.	GH	Sim	Registo informático	
			M	M	417	Envio mensal desse registo informático (mapa) para o Serviço de Aprovisionamento (conferência de faturas) e SPAG (elaboração contabilidade analítica).	GH	Não	Nunca foi solicitado	
			M	M	418	Elaboração bienal de inventário de toda a roupa hospitalar.	GH	Sim	Registo informático anual nos SG	
	237	Inexistência de inventário de toda a roupa hospitalar	M	M	419	Evidenciar as diferenças/faltas (que não sejam imputáveis a abates).	GH	Não		
	238	Inexistência no caderno de encargos das especificações técnicas necessárias para a prestação de serviços de higiene e limpeza	M	M	420	Definir de forma clara e precisa as cláusulas técnicas nos cadernos de encargos.	SA; GH	Sim	GH: Caderno de encargos elaborado na abertura do procedimento concursal. SA: São definidas de forma clara as cláusulas técnicas nos CE	
Higiene e Limpeza	239	Diminuição da qualidade de serviço prestado pela empresa contratada	M	M	421	Definir responsáveis pelo controlo e avaliação da qualidade da prestação dos serviços de limpeza (acompanhamento da execução do caderno de encargos).	GH; PPCIRA	Sim	GH: Nomeação pelo CA; PPCIRA: c.inf29.16 Responsáveis pelo Controlo e avaliação da qualidade dos serviços de limpeza	

ANEXO: APROVISIONAMENTO

Resíduos Hospitalares	Inexistência no caderno de encargos das especificações técnicas necessárias para a prestação de serviços de recolha de resíduos hospitalares	240	M	M	M	422	Elaboração de procedimentos internos para facilitar a execução e operacionalização de algumas tarefas.	GH; PPCIRA	Sim	GH: 0303_Pro_RESU_Higienização do Ambiente_E1.R0; 0304_Doc_RESU_Classificação das Áreas Hospitalares de acordo com o Risco de Transmissão de Infecção_E1.R0; 0305_Prt_RESU_Protocolos de higienização do ambiente_E1.R0; 0306_Doc_RESU_Checklist Limpeza terminal da Unidade - Enfermaria - PPCIRA; 0110_PRO_OACP Controlo e Avaliação da Qualidade dos Serviços de Limpeza
						423	Realização de auditorias internas.	PPCIRA; GH	Sim	GH; Anual; PPCIRA: Auditoria realizada em 21/04/2021
						424	Definir de forma clara e precisa as cláusulas técnicas nos cadernos de encargos.	SA; GH	Sim	GH: Caderno de encargos elaborado na abertura do procedimento concursal; SA: São definidas de forma clara as cláusulas técnicas nos CE_Armazenamento de Resíduos Hospitalares
						425	Elaboração de procedimento para a triagem, armazenamento e transporte de resíduos hospitalares, que defina funções e responsabilidades, em todas as fases do processo.	GH; PPCIRA	Sim	GH: 0034_Pro_OACP_Procedimento Triagem de Resíduos Hospitalares_E1.R1; 0069_Pro_OACP_Circuito Resíduos Elevador; 0166_Pro_OACP_Higienização Ecocentro Hospitalar_E1.R0; 0167_Pro_OACP_Mapa de Registo de Atividade Depósitos de Resíduos_E1.R0; PPCIRA: 0034_Pro_OACP_Procedimento Triagem de Resíduos Hospitalares; 0069r1_Pro_OACP_Circuito de Resíduos e Roupa no Elevador Monta-cargas; 0170_Pro_OACP_Depósito Temporário de Resíduos_Armazenamento de Resíduos Hospitalares
						426	Promover formação e informação de todos os profissionais de saúde envolvidos no processo de gestão de resíduos hospitalares.	GH; CFDP	Sim	GH: Registo dos participantes na formação no CFDP
Segurança e Vigilância	Inexistência no caderno de encargos das especificações técnicas necessárias para a prestação de serviços de segurança e vigilância	242	M	M	M	427	Monitorização periódica dos custos associados à recolha de resíduos hospitalares.	SPAG; GH	Sim	GH: Registo informático mensal
						428	Realização de auditorias.	GH; PPCIRA	Sim	GH; Anual; PPCIRA: Auditoria realizada em 03 e 07/12/2021
						429	Definir de forma clara e precisa as cláusulas técnicas nos cadernos de encargos.	SA; GH	Sim	GH: Caderno de encargos elaborado na abertura do procedimento concursal; SA: Aquisição por agregação centralizada desenvolvida pela SPMS

ANEXO: APROVISIONAMENTO

Casa Mortuária	243	Inexistência de avaliação da qualidade dos serviços prestados pela empresa contratada	M	M	M	Definir responsáveis pelo controle e avaliação da qualidade dos serviços prestados pelos trabalhadores da empresa contratada.	GH	Não	Não existe nomeação formal. Informalmente a avaliação da qualidade é realizada pela Responsável dos Serviços Hoteleiros e pela Enr ^o Chefe do SU	
	430									
	431	Fugas de informação de óbitos para funerárias	F	F	F	Avaliação periódica ao cumprimento do caderno de encargos.	GH; Gestor do Contrato	Não	GH: De forma informal	
	244	Oferas dadas pelos agentes funerários e/ou familiares por troca de favores (ex.: vestir cadáveres, informação privilegiada para realizar os serviços)	F	F	F	Segregação de Funções (a informação do óbito é prestada à família pelos profissionais dos serviços onde ocorre). Elaboração de procedimento.	GH; SC	Sim	Regulamento da casa mortuária	
	245		F	F	F	Todo o processo de recolha, preparação e entrega dos cadáveres aos agentes funerários, é executado pelos trabalhadores da Casa Mortuária.	GH	Sim	Assistente operacional afeto à casa mortuária	
	434					Divulgação e cumprimento do Código de Ética do ISMM.	GH; DFDP	Sim	Efetuada formação	

Legenda:

- CA - Conselho de Administração
- GGQ - Gabinete Gestão Qualidade
- SAI - Serviço Auditoria Interna
- SA - Serviço Aproveitamento
- SC - Serviços Clínicos
- SP - Serviços Financeiros
- SGRH - Serviço Gestão Recursos Humanos
- SG - Serviço Gerais
- SGD - Serviço Gestão Doentes
- GJ - Gabinete Jurídico
- GC - Gestor Contrato
- SEARM - Serviços Farmacêuticos
- UFNA - Unidade Funcional Nutrição Alimentação

- PO – Probabilidade de Ocorrência: Fraca (F); Moderada (M); Elevada (E).
- GC – Gravidade da Consequência: Fraca (F); Moderada (M); Elevada (E).
- GR – Graduação do Risco: Fraca (F); Moderada (M); Elevada (E).



