

Relatório Anual de Execução do Plano de Gestão de Riscos de Gestão, Corrupção e Infrações Conexas 2020

29/04/2021

Arizmendi
Conselho de Administração da Unidade Local
de Saúde do Litoral Alentejano, E.P.E.

Catarina Arizmendi Filipe
Presidente

Pedro Ruas
Vogal

Cecília Gil
Diretora Clínica CSP

Sousa e Costa
Diretor Clínico Hospitalar

Alphore
José Manuel Chor,
Entregueiro Direção

Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, E.P.E.

Monte do Gilbardino 7540-230 SANTIAGO DO CACÉM

Relatório Anual de Execução do Plano de Gestão de Riscos de Gestão, Corrupção e Infrações Conexas
2020

ÍNDICE

I.	- INTRODUÇÃO	4
1.	Enquadramento	4
2.	Missão, Visão e Valores da ULSLA.....	5
2.1	Missão	5
2.2	Visão.....	5
2.3	Valores	5
II.	- RESULTADOS DA AVALIAÇÃO	6
1.	Crítérios	6
2.	Quadro de Avaliação.....	6
III.	GESTÃO DE CONFLITOS DE INTERESSES.....	8
IV.	- COMUNICAÇÃO DE IRREGULARIDADES	9
1.	Irregularidades.....	9
2.	Reclamações	9
V.	- RECOMENDAÇÕES & PERSPECTIVAS PARA 2021	10
1.	Revisão do PPRIC - 1º Semestre 2021	10
2.	Revisão das Matrizes de Risco – 1º Semestre 2021.....	10
3.	Grupo de Trabalho do PPRG	10
4.	Comunicação e Divulgação	10
5.	Medidas Preventivas	10
VI.	- STATUS DAS MEDIDAS DE PREVENÇÃO	13
1.	Quadro Resumo.....	13
2.	Gestão de Doentes	14
3.	Recursos Humanos	16
4.	Área de Ação Médica.....	18
5.	Serviço de Aprovisionamento e Logística.....	23
6.	Farmácia.....	25
7.	Serviços Financeiros e Gestão Patrimonial.....	27
8.	Serviços de Sistemas e Tecnologias de Informação (SSTI)	33

Relatório Anual de Execução do Plano de Gestão de Riscos de Gestão, Corrupção e Infrações Conexas
2020

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Avaliação do Plano por Áreas (Quantitativa e Qualitativa).....	6
Tabela 2 – Classificação Qualitativa das medidas associadas a cada risco identificado.....	7
Tabela 3 – Reclamações por Ano por nível de cuidados	9
Tabela 4 – Reclamações 2020 por trimestre por nível de cuidados.....	9
Tabela 5 – Evolução 2019 Vs 2020 Riscos e Medidas de Prevenção.....	13

Relatório Anual de Execução do Plano de Gestão de Riscos de Gestão, Corrupção e Infrações Conexas 2020

I. - INTRODUÇÃO

1. Enquadramento

Na sequência da Recomendação do Conselho de Prevenção da Corrupção de 1 de Julho de 2009, publicada na 2.ª Série do Diário da República, n.º 140, de 22 de Julho de 2009, deve ser elaborado um relatório anual sobre a execução do Plano de Prevenção de Riscos de Gestão, incluindo os de Corrupção e Infrações Conexas (PPRGIC).

Por outro lado, o Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro, que aprova os Estatutos dos Hospitais EPE, no seu Artigo 19º do Anexo II estabelece que o plano de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas e os respetivos relatórios anuais de execução são aprovados e submetidos pelo Conselho de Administração ao Conselho de Prevenção da Corrupção e aos Membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde.

Assim, e seguindo as orientações do Conselho de Prevenção da Corrupção, procede-se, neste relatório, a uma análise da respetiva implementação, avaliando não só as medidas de prevenção propostas, mas também apreciando o próprio Plano, para que se possa proceder aos ajustamentos necessários e à apresentação de propostas de melhoria, tendo em conta a experiência entretanto adquirida e procurando identificar novas situações potenciadoras de riscos e mencionar o grau de execução das medidas propostas para mitigar esses riscos

O presente Relatório Anual está estruturado em seis capítulos. A seguir à introdução, o segundo capítulo sintetiza a avaliação em resultado do estado da implementação das medidas preventivas dos riscos por áreas. O terceiro e quarto capítulo sintetizam o resultado e medidas da decorrer relacionadas com Conflitos de Interesses e Irregularidades. O quinto capítulo descreve as ações a desenvolver durante o ano de 2020, pelo CA, pelo Grupo de Trabalho e pelos Serviços. O último capítulo faz ponto de situação por cada medida preventiva definida associada ao risco a prevenir ou reduzir.

O presente relatório foi elaborado pelo auditor interno, com base num questionário de autoavaliação respondido pelos responsáveis dos serviços, cujas áreas foram objeto de avaliação e informações adicionais ou mediante indagações aos responsáveis.

Alertamos para os seguintes factos:

- Foi nomeado novo Conselho de Administração em junho 2020;
- Desde o último relatório PPRCIC, o Serviço de Gestão de Recursos Humanos passou a ser coordenado pelo Sr. Rui Ventura.

2. Missão, Visão e Valores da ULSLA

2.1 Missão

A ULSLA tem por missão promover e prestar cuidados de saúde primários, diferenciados e continuados, desenvolver atividades de saúde pública, investigação, formação e ensino, de qualidade, assegurando o acesso da população, garantindo a sustentabilidade económico-financeira, de acordo com a estratégia nacional e regional de forma a obter ganhos em saúde.

2.2 Visão

Constituir-se como uma unidade de referência, com credibilidade, competência, eficácia e compromisso na promoção da saúde, prevenção da doença e prestação de cuidados, melhorando o estado de saúde da população através da ação conjugada de utentes, profissionais e comunidade, contribuindo para o desenvolvimento integrado da Região.

2.3 Valores

No desenvolvimento da sua atividade a ULSLA rege-se pelos seguintes valores:

- Dignidade Humana, através do reconhecimento do carácter único de cada pessoa;
- Respeito pela vida, pelos direitos e pela vontade esclarecida dos utentes;
- Ética na prestação de cuidados, assente em princípios deontológicos e de conduta moral dos profissionais (Código de Ética);
- Compromisso com a legalidade, a causa pública e a defesa do bem comum;
- Confidencialidade, através da garantia do sigilo profissional e respeito pela privacidade do doente;
- Colaboração, traduzida no espírito de organização em equipa, gestão participada e solidária entre os profissionais, numa cultura interna de interdisciplinaridade, e bom relacionamento no trabalho;
- Responsabilidade, assente na integridade, transparência, equidade, encaminhamento assistencial e responsabilidade social;
- Acolhimento, através da cortesia e urbanidade no atendimento do utente;
- Promoção da satisfação dos profissionais através de condições de trabalho estimulantes, valorizando a diferenciação técnica e a melhoria contínua;
- Promoção da satisfação dos utentes mediante o envolvimento e participação dos doentes, família e comunidade. No domínio do conhecimento, foi

Relatório Anual de Execução do Plano de Gestão de Riscos de Gestão, Corrupção e Infrações Conexas
2020

II. - RESULTADOS DA AVALIAÇÃO

1. Critérios

A avaliação de cada Risco identificado foi efetuado, tendo em conta os seguintes critérios:

1. Todas as medidas foram consideradas com a mesma ponderação;
2. Foram atribuídos os seguintes pontos às medidas avaliadas como:
 - a. Cumpre → 5 pontos;
 - b. Cumpre parcial → 2,5 pontos;
 - c. Não cumpre → 0 pontos.
3. Cada conjunto de medidas associadas a um risco com pontuação média de:
 - a. Acima ou igual a 4,5 foi avaliada como “Excelente”;
 - b. Entre 3,5 e 4,5 foi avaliada como “Bom”;
 - c. Entre 2,5 e 3,5 foi avaliada como “Suficiente”;
 - d. Entre 0,5 e 2,5 foi avaliada como “Insuficiente”;
 - e. Abaixo 0,5 foi avaliada como “Nula”.

2. Quadro de Avaliação

A execução/implementação, em 2015 vs 2019 vs 2020, das medidas propostas do PGRIC versão “setembro de 2015” podem avaliar-se, em termos globais e por área/serviço, como segue:

Tabela 1 – Avaliação do Plano por Áreas (Quantitativa e Qualitativa)

Avaliação do Plano por Serviços/áreas	Excelente	Bom	Suficiente	Insuficiente	Nula	Quantitativa 2015 (0 a 5)	Quantitativa 2019 (0 a 5)	Quantitativa 2020 (0 a 5)
Serviços de gestão de doentes		X				3,39	4,09	2,43
Serviços de Recursos Humanos		X				3,45	4,63	4,48
Serviços de Aprovisionamento e Logística		X				2,63	3,93	3,79
Serviço da Farmácia			X			2,86	2,63	3,20
Serviços Financeiros e Gestão Patrimonial		X				3,16	3,70	3,49
Serviços de Sistemas e Tecnologias de Informação (SSTI)		X				3,36	4,16	3,75
Área de ação médica			X			2,31	3,00	2,40
Avaliação Global		x → X				3,02	3,73	3,40

Relatório Anual de Execução do Plano de Gestão de Riscos de Gestão, Corrupção e Infrações Conexas 2020

O quadro abaixo mostra o n.º de riscos identificados no Plano e a avaliação da execução do conjunto das medidas associadas para mitigar cada um desses riscos:

Tabela 2 – Classificação Qualitativa das medidas associadas a cada risco identificado

	Excelente	Bom	Suficiente	Insuficiente	Nulo	Total
Serviço de Gestão de Doentes	-	-	2	1	-	3
Serviço de Recursos Humanos	5	2	1	-	-	8
Serviço de Aprovisionamento e Logística	3	2	2	-	-	7
Serviço de Farmácia	1	1	1	2	-	5
Serviços Financeiros e Gestão Patrimonial	4	4	6	1	-	15
Serviços de Sistemas e Tecnologias de Informação (SSTI)	1	-	2	-	-	3
Área de ação médica	1	1	5	3	-	10
TOTAIS	15	10	19	7	0	51

O plano contempla 51 riscos e 174 medidas preventivas. Em termos médios para mitigar cada risco estão previstas 3,4 medidas preventivas.

Avaliamos cerca de 174 medidas, 91 delas estão a ser cumpridas de forma integral (56% das situações), 50 estão em cumprimento parcial (30% das situações) e 23 não estão a ser cumpridas (14% das situações).

O quadro abaixo mostra a síntese do n.º de medidas avaliadas por serviço/área e a sua avaliação em termos de “cumpre”, “cumpre parcial” e “não cumpre”.

	Cumpre	Cumpre Parcial	Não cumpre	N/A	Total
Serviço de gestão de doentes	3	4	3	3	13
Serviço de recursos humanos	17	3	0	3	23
Serviço de aprovisionamento e logística	20	3	5	0	28
Serviço de farmácia	9	5	5	0	19
Serviços financeiros e gestão patrimonial	29	21	4	1	55
Serviço de Sistemas e Tecnologias de Informação	7	4	0	0	11
Área de ação médica	6	10	6	3	25
TOTAIS	91	50	23	10	174
% cumprimento 2020	56%	30%	14%	-	-
% cumprimento 2019	65%	20%	15%	-	-

No ano de 2020, o cumprimento integral das medidas para mitigarem e diminuírem o risco não foram cumpridas na sua totalidade, apesar de o não cumprimento integral ter diminuído face a 2019. As situações com evolução negativa e a necessitarem ação corretiva estão descritas no ponto 5 do capítulo V.

III. GESTÃO DE CONFLITOS DE INTERESSES

O Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC) aprovou, em reunião de 7 de Novembro de 2012, a Recomendação n.º 5/2012, que prevê, nomeadamente, que “As Entidades de natureza pública, ainda que constituídas ou regidas pelo direito privado, devem dispor de mecanismos de acompanhamento e de gestão de conflitos de interesses, devidamente publicitados, que incluam também o período que sucede ao exercício de funções públicas, com indicação das consequências legais.”

Neste sentido, encontra-se neste momento aprovado um novo código de Ética e Boa Conduta assim como está em curso revisão do Plano de Gestão de Riscos, que permita dar cumprimento à referida recomendação, assegurando que são recolhidos e incorporados todos os contributos adequados, tendo sido revisto no sentido de incorporar a globalidade dos princípios orientadores previstos no Despacho n.º 9456-C/2014 que regula o Código de Conduta Ética dos Serviços e Organismos do Ministério da Saúde.

IV. - COMUNICAÇÃO DE IRREGULARIDADES

1. Irregularidades

No ano de 2020, à semelhança do ano de 2019, não foi recebida qualquer comunicação de irregularidade diretamente no Serviço de Auditoria Interna.

2. Reclamações

Este ponto foi elaborado pelo Gabinete do Cidadão com base no relatório de atividades elaborado pelo mesmo à CQSD.

A quantidade de reclamações por nível de cuidados foi a constante na Tabela 3:

Tabela 3 – Reclamações por Ano por nível de cuidados

RECLAMAÇÕES	HLA	CUID. SAÚDE PRIMÁRIOS	TOTAL
2019	391	133	524
2020	228	134	362

Da Tabela 3 verificamos uma redução acentuada das reclamações. Uma das razões para a diminuição das reclamações é a diminuição da atividade em resultado da pandemia Covid19 em curso e que teve o seu início em março 2020.

Na Tabela 4, podemos observar a evolução das reclamações ao longo do ano, tanto no HLA como nos CSP, sendo mais uma vez visível o 2º trimestre, o do confinamento mais pronunciado e a consequente diminuição da afluência por parte dos doentes. No anexo II consta informação adicional sobre as reclamações.

Tabela 4 – Reclamações 2020 por trimestre por nível de cuidados

RECLAMAÇÕES	HLA	CSP	TOTAL
1º Trimestre	76	47	123
2º Trimestre	40	19	59
3º Trimestre	61	30	91
4º Trimestre	51	38	89
TOTAL	228	134	362

V. - RECOMENDAÇÕES & PERSPECTIVAS PARA 2021

Tendo em conta que o atual plano tem mais de 5 anos e que vários responsáveis de departamento mudaram desde a sua elaboração, foi necessário iniciar a revisão ao Plano de Prevenção dos Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PPRCIC), que mudará para Plano de Prevenção dos Riscos de Gestão, adaptando para as novas necessidades.

1. Revisão do PPRIC - 1º Semestre 2021

- Foi elaborada uma proposta de Manual de Gestão dos Riscos com base na metodologia COSO e ISO 31000, que está em análise no grupo de trabalho de prevenção dos riscos;
- Incluir a recomendação 1 de julho de 2015 do Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC) exige que os riscos relacionados com os cargos de direção de topo (Conselho de Administração) devem ser incorporados no Plano;
- Mudança de nome para Plano de Prevenção de Riscos de Gestão (PPRG).

2. Revisão das Matrizes de Risco – 1º Semestre 2021

- Revisão dos riscos definidos na anterior elaboração;
- Revisão das medidas definidas, as implementadas e as por implementar;
- Identificação de novos riscos e medidas de prevenção;
- Adaptação das matrizes às escalas de avaliação de risco que venham a ser definidas no âmbito da implementação do HER+;

3. Grupo de Trabalho do PPRG

- Realização de reuniões trimestrais;
- Follow-up mensal das medidas em implementação e por implementar;

4. Comunicação e Divulgação

- Divulgação do Plano Gestão Riscos Corrupção e Infrações Conexas em vigor e do que lhe suceder na intranet da ULSLA;
- Divulgação dos Relatórios de Execução do Plano de Gestão dos Riscos de Corrupção e infrações Conexas na intranet da ULSLA;
- Divulgação do PPRCIC e do relatório de execução do PPRCIC no site externo da ULSLA.

5. Medidas Preventivas

Face às observações obtidas durante a realização deste relatório e outras informações foi possível constatar a seguinte informação face às recomendações de relatórios anteriores ainda em curso:

Relatório Anual de Execução do Plano de Gestão de Riscos de Gestão, Corrupção e Infrações Conexas 2020

Recomendação 2 – “Atualização do Plano de Prevenção da Corrupção” – em elaboração de proposta de Manual de Gestão de Riscos que incorporará todas as recomendações da CPC, estando previsto a sua primeira versão durante o 1º semestre 2021;

Recomendação 3 – “Formação e Divulgação do Plano” – será retomada após aprovação deste relatório e respetiva divulgação, assim como após aprovação do Manual de Gestão de Riscos;

Recomendação 5 – “Algumas medidas que não foram executadas em 2016”

- No Serviço de Recursos Humanos:
 - 4.2.3) “Periodicamente e aleatoriamente, os serviços de recursos humanos/auditor interno, irão verificar se os registos presenciais são efetuados”- CUMPRE PARCIAL
- Nos Serviços Farmacêuticos:
 - 4.4.1) “Restrição do acesso aos armazéns ao pessoal autorizado. É vedado o acesso a fornecedores e profissionais alheios ao serviço” – CUMPRE PARCIAL E EM IMPLEMENTAÇÃO
 - 4.4.1) “Implementação de uma política de controlo geral de acessos”- POR IMPLEMENTAR
- Nos Serviços de Sistemas e Tecnologias de Informação:
 - 4.6.2) “Anualmente todos os colaboradores (internos e externos) têm de assinar um documento de compromisso de confidencialidade / sigilo da informação clínica dos utentes. Esse documento é arquivado no processo individual dos colaboradores” – CUMPRE PARCIAL
- 6) Na área de ação Médica:
 - 4.7.12) “Criação de mecanismos de controlo que permitam seguir os itinerários desde a aquisição à utilização de dispositivos médicos (p.e.: armazéns avançados com afetação ao doente)” – CUMPRE PARCIAL

Face às observações obtidas durante a realização deste relatório e outras informações adicionais propõe-se ao Conselho de Administração as seguintes recomendações:

Recomendação 1 – “Pessoas a nomear”

O Plano prevê a nomeação, ainda não concretizada, de diversas pessoas para funções individuais ou coletivas. Recomendamos a regularização da situação, assim que for possível:

- Comissão de Avaliação Técnica (CAT) → (4.3.1); (4.3.2);

Recomendação 2 – Serviços avaliados positivamente mas com avaliações insuficientes:

Após a atualização do plano, os responsáveis pela execução das medidas previstas, nos serviços avaliados de forma positiva, devem ser claramente identificados. Esses responsáveis deverão ser incentivados a implementar o conjunto de medidas associadas a cada risco que avaliadas como execução “insuficiente”:

- Serviço de Gestão de Doentes:
 - 4.1.3 – Isenção indevida das taxas moderadoras
- Serviço de Farmácia:
 - 4.4.1 – Acesso indevido às instalações e desvio de medicamentos;
 - 4.4.4 – Ocorrência de desvios/roubo/furto de medicamentos.
- Serviços Financeiros e Gestão Patrimonial:
 - 4.5.9 – Falta de acuidade na inventariação e gestão de Imobilizado;
 - 4.5.10 – Ocorrência de desvios/roubo/furto de equipamento;

Relatório Anual de Execução do Plano de Gestão de Riscos de Gestão, Corrupção e Infrações Conexas
2020

- 4.5.14 – Conluio entre empresa de fiscalização e empreiteiro;
- Área de Ação Médica:
 - 4.7.10 – Incumprimento na aplicação das Normas clínicas e organizacionais (NOL) emitidas pela DGS;
 - 4.7.13 – Prescrição Médica Excessiva ou Indevida;


António Meirim
(Auditor Interno)



VI. - STATUS DAS MEDIDAS DE PREVENÇÃO

1. Quadro Resumo

Tabela 5 – Evolução 2019 Vs 2020 Riscos e Medidas de Prevenção

Evolução do Desempenho face ao ano anterior	Riscos	Medidas de Prevenção
↑ - Melhoria no desempenho	12	16
= - Desempenho equivalente	29	121
↓ - Diminuição no desempenho	12	22
 - Necessitam revisão	-	15

2. Gestão de Doentes

<i>Identificação dos riscos</i>	<i>Escala Risco 2020 Vs 2019</i>	<i>Medidas de prevenção</i>	<i>Implementação da Medidas /Monitorização</i>	<i>2020 Vs 2019</i>
Admissão de doentes com informação incorreta ou insuficiente (isenções, identificação, morada e NIF) - SNS	Baixo ↓	O programa PROadmin informa imediatamente qualquer falha de informação (identificação, morada e NIF). Essa informação é analisada numa base diária e, se possível, corrigida;	O ProAdmin necessita de uma revisão. Uma ferramenta útil está a disparar falsos positivos, o que provoca que os colaboradores ignorem os alertas.	↓
		Envio mensal, por correio, de notas de débito aos utentes com taxas moderadoras em dívida no HLA. Se a morada estiver errada a carta é devolvida e enviada nova carta com base na informação mais recente do RNU;	O envio não deve ser mensal mas o processo continua manual. Foram solicitadas algumas alterações à SPMS mas ainda não foram efetuadas. Estamos, diariamente, a emitir notas de débitos de dívida e a responder a reclamações, com análise, informação, despacho e resposta.	=
		A NP 2/2015 obriga que não se pode identificar um doente sem um documento. Nestes casos, é registado provisoriamente, como masculino ou feminino não identificado;	Os dados de identificação do utente têm como fonte obrigatória o RNU. Medida a descontinuar	void
		É obrigatória a comparação e atualização entre a informação no Sonho e RNU de todos os utentes admitidos;	Atualmente, salvo se o mecanismo parar, grande parte da informação do SONHO é automaticamente "esmagada" pelo RNU, quando entramos na identificação do utente (há um alerta quando ocorrem atualizações). Medida a descontinuar.	void
		Os dados do RNU são os considerados corretos até que o utente comprove o contrário. Existe um modelo próprio para o utente preencher em todos os balcões, se pretender pedir a correção.	Os dados do RNU estão ligados ao cartão do cidadão que não é gerida pela ULSLA. Medida a descontinuar.	void




Relatório Anual de Execução do Plano de Gestão de Riscos de Gestão, Corrupção e Infrações Conexas
2020

<i>Identificação dos riscos</i>	<i>Escala Risco 2020 Vs 2019</i>	<i>Medidas de prevenção</i>	<i>Implementação da Medidas / Monitorização</i>	<i>2020 Vs 2019</i>
Admissão de doentes com informação incorreta ou insuficiente (matrículas, causas, n.º da apólice, identificação das empresas e seguradoras, CESD, acordos internacionais, morada, NIF e inquéritos específicos relativos às causas). Essa informação é analisada numa base diária e monitorizada;	Médio ↓	O programa PROadmin informa imediatamente qualquer falha ou insuficiência (matrículas, causas, n.º da apólice, identificação das empresas e seguradoras, CESD, acordos internacionais, morada, NIF e inquéritos específicos relativos às causas). Essa informação é analisada numa base diária e monitorizada;	Devido a termos vários falsos positivos, os alertas gerados pelo ProAdmin são ignorados pelos colaboradores.	↓
		Envio mensal por correio, pela gestão de doentes, de novo inquérito ou pedido de dados em falta. Na ausência de resposta, numa fase seguinte, esse pedido de informações é efetuado pelos serviços financeiros;	Este procedimento carece de análise e revisão, pois há falta de definição entre procedimentos: internos da gestão de doentes e dos serviços financeiros.	=
		A NP 2/2015 obriga que não se pode identificar um doente sem um documento. Nestes casos, é registado provisoriamente, como masculino ou feminino não identificado;	Os dados de identificação do utente têm como fonte obrigatória o RNU. Medida a descontinuar	void
		É obrigatória a comparação e atualização entre a informação no Sonho e RNU de todos os utentes admitidos;	Atualmente, salvo se o mecanismo parar, grande parte da informação do SONHO é automaticamente "esmagada" pelo RNU, quando entramos na identificação do utente (há um alerta quando ocorrem atualizações). Medida a descontinuar.	void
		Os dados do RNU são os considerados corretos até que o utente comprove o contrário. Existe um modelo próprio para o utente preencher em todos os balcões, se pretender pedir a correção.	Os dados do RNU estão linkados ao cartão do cidadão que não é gerida pela ULSLA. Medida a descontinuar.	void
Isenção indevida das taxas moderadoras	Médio ↓	Quando um utente se identifica (p.e.: como isento) o assistente técnico é obrigado a confirmar a informação com o que consta no RNU;	A isenção é RNU e somente os Centros de Saúde as podem registar. Além disso, o SONHO deveria absorver, automaticamente, essa informação, o que nem sempre ocorre.	↓



Relatório Anual de Execução do Plano de Gestão de Riscos de Gestão, Corrupção e Infrações Conexas
2020

<i>Identificação dos riscos</i>	<i>Escala Risco 2020 Vs 2019</i>	<i>Medidas de prevenção</i>	<i>Implementação da Medidas /Monitorização</i>	<i>2020 Vs 2019</i>
Isenção indevida das taxas moderadoras	Médio ↓	Formação anual aos assistentes técnicos relativamente a taxas moderadoras (legislação, taxas, procedimentos de cobrança, ...);	Não há formação. Tem havido esclarecimentos e instruções de trabalho, por email, telefone ou on job	↓
		Monitorização da aplicação das taxas moderadoras e publicitação prévia desse controlo.	Em revisão	=

3. Recursos Humanos

<i>Identificação dos riscos</i>	<i>Escala Risco 2020 Vs 2019</i>	<i>Medidas de prevenção</i>	<i>Implementação da Medidas /Monitorização</i>	<i>2020 Vs 2019</i>
Não declaração de um conflito de interesse por parte de um membro de um júri relativamente a um candidato.	Baixo =	Exigência de entrega de uma declaração de não impedimento sob a forma escrita e apensa ao procedimento em causa	Participação de um elemento do Serviço de Recursos Humanos nos Procedimentos em que é possível legalmente.	=
Processamento de abonos e descontos não autorizados ou não enquadrados na lei	Médio =	Segregação de funções e responsabilidade das operações;	Validações do processamento por elementos (sempre que possível) diferentes do que fez o registo.	=
		Publicitação da remuneração no aviso de oferta de emprego;	Na Intranet sempre. Jornais/DR quando exigível.	=
		Análise mensal da razoabilidade dos abonos processados;	Análise comparativa do mês atual vs anterior. Não é realizado mensalmente por disponibilidade de tempo.	=
		Submissão de todos os abonos extraordinários a aprovação conforme circular interna e legislação em vigor;	Submissão de todos os abonos extraordinários a aprovação conforme circular interna.	=
		Análise mensal CA e Unid. Gestão Intern. da remuneração extraordinária;	Em Revisão	


Relatório Anual de Execução do Plano de Gestão de Riscos de Gestão, Corrupção e Infrações Conexas
2020

<i>Identificação dos riscos</i>	<i>Escala Risco 2020 Vs 2019</i>	<i>Medidas de prevenção</i>	<i>Implementação da Medidas Monitorização</i>	<i>2020 Vs 2019</i>
Registo de tempo de trabalho e controlo de assiduidade inadequado	Médio =	Existência do sistema de registo manual;	Em Revisão	
		Análise mensal pelo CA e Unidade de Gestão Intermédia da remuneração extraordinária;	Em Revisão	
		Controlar que o registo de ponto é efetuado diariamente, aprovado pela direção do serviço ou em quem delegar e suportado por justificação de ausência e autorização prévia de trabalho extraordinário;	Implementac o	=
		As entradas e saídas são controladas por sistema de registo biométrico;	Implementac o	=
		Periodicamente e aleatoriamente, os serviços de recursos humanos/auditor interno, irão verificar se os registos presenciais são efetuados.	Foram desenvolvidas em parceria com a RISI algumas queries de análise e ponto	=
Informação (dados mestre) sobre pessoal incorreta ou desatualizada	Baixo =	Segregação de funções;	Implementac o	=
Falsas declarações/documentos dos trabalhadores (na contratação ou posteriormente)	Baixo =	Conferência das atualizações de informação realizadas.	Implementac o	=
Haver processamento de remunerações de funcionários que não se apresentam ao serviço ou que já não estão ao serviço	Baixo =	Os funcionários devem apresentar os documentos originais, e no caso de ser suficiente uma fotocópia devem ser os serviços a tirar essa fotocópia do documento original. O funcionário que tira a fotocópia coloca o seu n.º mecanográfico e rubrica essa fotocópia.	Implementac o	=
		Trimestralmente, confrontar os elementos constantes no SIOE com os dados mestres do RHV;	Implementac o	=
		As folhas de ponto/RBA são controladas e validadas pelo superior hierárquico;	Automatismo obrigatório no GH	=
		Segregação de funções.	Implementac o	=

Relatório Anual de Execução do Plano de Gestão de Riscos de Gestão, Corrupção e Infrações Conexas 2020

<i>Identificação dos riscos</i>	<i>Escala Risco 2020 Vs 2019</i>	<i>Medidas de prevenção</i>	<i>Implementação da Medidas 'Monitorização</i>	<i>2020 Vs 2019</i>
Acumulação de funções não autorizadas ou não permitidas ou com sobreposição de horários.	Alto =	A acumulação de funções só é permitida após pedido de autorização e com autorização do Conselho de Administração;	Implementado quando o SRH tem conhecimento das mesmas	=
		O controlo das entradas e saídas do pessoal processa-se pelo sistema biométrico e folha de ponto;	Implementado	=
		Periodicamente e aleatoriamente, os serviços de recursos humanos/auditor interno, irão verificar se os registos presenciais são efetuados.	Implementado parcialmente	=
Atribuição de férias em excesso a determinados funcionários	Baixo =	Segregação de funções;	Implementado	=
		O mapa de férias de cada serviço é publicado nesse serviço;	Implementado	=
		As férias são autorizadas pelo superior hierárquico e Conselho de Administração.	Não é possível de outra maneira o GH não o permite.	=

4. Área de Ação Médica

<i>Identificação dos riscos</i>	<i>Escala Risco 2020 Vs 2019</i>	<i>Medidas de prevenção</i>	<i>Implementação da Medidas 'Monitorização</i>	<i>2020 Vs 2019</i>
Realização de registos que permitam que se gerem GDH economicamente mais desvantajosos para o Estado/ULSLA para beneficiar terceiros (p.e.: Seguradoras)	Baixo =	Realização de auditorias clínicas à codificação;	Implementado	=
		É feita a monitorização IAMETRICS e "benchmarking" a nível da Península Ibérica o que incentiva a melhoria dos registos clínicos;	Foi implementado e cumpriu o objetivo, no entanto, com a mudança para o SIMH deixou de permitir cumprir o objetivo da medida. Medida a ser descontinuada.	



Relatório Anual de Execução do Plano de Gestão de Riscos de Gestão, Corrupção e Infrações Conexas
2020

Identificação dos riscos	Escala Risco 2020 Vs 2019	Medidas de prevenção	Implementação da Medidas Monitorização	2020 Vs 2019
Atrasos da codificação dos GDH's prejudicando, financeiramente, a ULSLA	Baixo =	Após a alta, o Assistente Técnico tem 30 dias para entregar os processos no gabinete de codificação. É emitida nota de desconformidade que será enviada para o Conselho de Administração, se os 30 dias forem ultrapassado; Os codificadores têm 30 dias para codificar os processos após a entrega do Gabinete de Codificação	Houve uma recuperação estronhosa e já estamos a codificar 2021. Realizada auditoria interna. Proposto Regulamento da Codificação com revisão de tempos de resposta	=
Recurso excessivo a meios de diagnósticos exteriores	Baixo ↓	Só se recorre a meios de diagnóstico no exterior se não haver resposta interna, com fundamentação clínica, autorização do Diretor Clínico e, em caso afirmativo, com a aprovação do Conselho de Administração; Em primeiro lugar recorrer-se às redes de referênciação	Estamos a definir um procedimento e a estrutura o processo na gestão documental Nem sempre, pois há um esgotamento dessa resposta. Há também acordos privados.	↓
		Sempre que o valor for diferente da portaria é feita a análise comparativa de custos.	Em implementação.	↓
Prescrição de meios de diagnósticos em duplicado e custo elevado (análises)	Alto =	Foi desenvolvido um interface entre SCLINIC e MODULAB que dá ao médico a informação sobre as análises que foram pedidas (e por realizar) aos utentes e o custo das análises prescritas	Em implementação	=



Relatório Anual de Execução do Plano de Gestão de Riscos de Gestão, Corrupção e Infrações Conexas
2020

<i>Identificação dos riscos</i>	<i>Escala Risco 2020 Vs 2019</i>	<i>Medidas de prevenção</i>	<i>Implementação da Medidas 'Monitorização</i>	<i>2020 Vs 2019</i>
Registo no sistema informático de atos clínicos que não foram realizados [A ULSLA é financiada pelo Estado com base na população residente na sua área de influência, ie, por capitação, logo não haverá vantagens para a instituição de erros na codificação dos GDH's, exceto no acompanhamento dos objetivos institucionais)	Baixo =	Controlo efetuado pelos auditores de codificação no que respeita aos procedimentos cirúrgicos realizados em regime adicional;	Implementação	=
A ULSLA é financiada pelo Estado com base na população residente na sua área de influência, ie, por capitação, logo não haverá vantagens para a instituição de erros na codificação dos GDH's, exceto no acompanhamento dos objetivos institucionais))	Baixo =	A estruturação dos contratos de prestadores de serviços médicos deve incluir medidas que acautelem a indução da procura.	Em revisão	=



Relatório Anual de Execução do Plano de Gestão de Riscos de Gestão, Corrupção e Infrações Conexas
2020

Identificação dos riscos	Escala Risco 2020 Vs 2019	Medidas de prevenção	Implementação da Medidas Monitorização	2020 Vs 2019
Favorecimento de utentes das listas de espera	Alto =	Avaliação/monitorização permanente dos doentes inscritos em lista de espera (LIC), das intervenções em tempo normal de trabalho, das disponibilidades de pessoal e bloco operatório;	Implementado	=
		Sempre que haja alteração na ordem da lista de espera, o médico (Diretor do serviço) deve justificar, clinicamente, a alteração da prioridade e enviá-la ao Diretor Clínico;	Em curso	=
		Mensalmente são analisados dados pelo Conselho de Administração (mensais e acumulados) dos doentes encaminhados para outras entidades (n.º doentes, por médico; por entidade externa);	Não é realizado	↓
		A entidade reguladora, através do SIGLIC, controla e monitoriza as listas de espera de acordo com os critérios da legislação em vigor.	Implementado	=
		Em primeiro lugar recorrer-se às redes de referenciação;	Implementado	=
Encaminhamento de doentes do SNS para outras entidades	Médio =	Sempre que um doente é enviado para outras entidades é emitido um termo de responsabilidade autorizado pelo Conselho de Administração;	Só se emite para o SNS em algumas situações. Em avaliação.	=
		Não é permitido a emissão de termos de responsabilidade para entidades fora do SNS, onde haja médicos e familiares de 1º grau da ULSLA que sejam sócios ou com quem tenham contratos de trabalho ou de prestação de serviços	Existe muita dificuldade na validação do cumprimento da ação planeada. Em avaliação.	void
		Consulta obrigatória ao mercado dos prestadores de serviços de cuidados de serviços	Em revisão	void

Relatório Anual de Execução do Plano de Gestão de Riscos de Gestão, Corrupção e Infrações Conexas
2020

<i>Identificação dos riscos</i>	<i>Escala Risco 2020 Vs 2019</i>	<i>Medidas de prevenção</i>	<i>Implementação da Medida, Monitorização</i>	<i>2020 Vs 2019</i>
Incumprimento na aplicação das Normas clínicas e organizacionais (NOC) emitidas pela DGS	Alto ↓	Recolha e divulgação das NOC da DGS por elemento a designar pelo Conselho de Administração;	Em curso	=
		Monitorização do cumprimento das normas clínicas e organizacionais emitidas pela DGS efetuadas pelo auditor clínico;	Implementado via CQSD mas sem execução de auditorias suficientes	↓
Imputação indevida de dispositivos médicos de valor significativo aos doentes e não inscrição ou inscrição indevida no processo clínico eletrónico	Baixa =	Criação de mecanismos de controlo que permitam seguir o itinerários desde a aquisição à utilização de dispositivos médicos (p.e.: armazéns avançados com afetação ao doente);	Implementado	=
		O aplicador envia a evidência do dispositivo aplicado ao serviço adquirente (SAL) e este deve manter uma lista nominativa do material aplicado;	Implementado	↓
		Monitorização da aplicação dos dispositivos pela Direção Clínica	Em curso	=
Prescrição médica excessiva (ou indevida)	Alto =	Propor à Central de Conferência de Faturas da Maia reporte sobre prescrição por médico e tipo de medicamentos;	Em curso	=
		Monitorização do processo de prescrição médica pelo Monitor da Prescrição Médica;	Em curso	=



Relatório Anual de Execução do Plano de Gestão de Riscos de Gestão, Corrupção e Infrações Conexas
2020

5. Serviço de Aprovisionamento e Logística

Identificação dos riscos	Escala Risco 2020 Vs 2019	Medidas de prevenção	Implementação da Medida(s) Monitorização	2020 Vs 2019
Favorecimento de fornecedores de bens de consumo/equipamentos /serviços	Médio ↓	Na generalidade, os processos de compras de bens/serviços são geridos pelo Serviço de Aprovisionamento e Logística (SAL);	Implementada	=
		Utilização da plataforma eletrónica e da sua lista de fornecedores como referência;	Implementada	=
		Integração de todas as apresentações espontâneas de fornecedores em base de dados gerida pelo SAL;	Implementada	↓
		Pesquisa sistemática e pré-homologação de fornecedores para reparações e compras urgentes recorrentes, por marca/tipologia de equipamento;	Implementada	↓
		Exigência de entrega de uma declaração de impedimento, ou não, sob a forma escrita e apensa ao procedimento em causa, dos colaboradores que integram o júri e a Comissão de Avaliação Técnica[3] (CAT)	Implementada	=
		Avaliação periódica dos fornecedores em termos de qualidade, satisfação dos prazos de entrega e quantidades encomendadas;	Ainda por implementar.	=
		Em caso de igualdade das condições apresentadas por 2 ou mais fornecedores, o desempate é efetuado por sorteio;	Sim, recorrendo a bola brancas e bola preta.	=
		Todas as compras efetuadas são autorizadas pela Presidente do Conselho de Administração.	Vogal do CA, por delegação.	=
		Os cadernos de encargos estão normalizados cumprindo o normativo legal do código dos contratos públicos;	Implementada	=
		Validação pela CAT das cláusulas técnicas e caderno de encargos.	Por implementar	=
Caderno de encargos pouco claros, incompletos ou discriminatórios	Baixo =			



Relatório Anual de Execução do Plano de Gestão de Riscos de Gestão, Corrupção e Infrações Conexas
2020

Identificação dos riscos	Escala Risco 2020 Vs 2019	Medidas de prevenção	Implementação da Medidas /Monitorização	2020 Vs 2019
Falta de acuidade na formalização dos contratos com fornecedores e na sua monitorização	Baixo =	Validação pelo Gabinete Jurídico se a minuta pré definida é a adequada ao procedimento em questão; Os contratos estão normalizados cumprindo o normativo legal do código dos contratos públicos.	Implementado	=
Acesso indevido às instalações e desvio de existências	Baixo =	Restrição do acesso aos armazéns ao pessoal autorizado. É vedado o acesso a fornecedores e profissionais alheios ao serviço; Existência de sistema videovigilância.	Implementado	=
Conluio entre fornecedores e colaboradores dos armazéns	Baixo ↓	A generalidade dos bens são entregues/transportados por transportadores independentes e não pelos próprios fornecedores;	Implementado	=
		A receção de encomendas é efetuada pelos colaboradores que estão, no momento, ao serviço.	Implementado	=
		A receção (entrada) e saída é efetuado por "picking";	Por implementar	↓
		Inventário cíclico dos principais artigos e de final de ano à totalidade dos artigos;	Parcialmente implementado	=
		Os colaboradores afetos aos armazéns não colaboram no processo de aquisição e seleção de fornecedores;	Implementado	=
Registo insuficiente das existências requisitadas	Baixo =	Os serviços requisitantes devem confirmar a receção dos bens mediante assinatura/receção. Quem entrega/recebe identificado pelo n.º mecan.;	Implementado	=
		Os serviços requisitantes devem confirmar a receção dos bens mediante assinatura/receção. Quem entrega/recebe identificado pelo n.º mecan.;	Implementado	=
		Todo o processo/registos (requisição até à entrega) é feito informaticamente (SGICM).	Implementado	=

Relatório Anual de Execução do Plano de Gestão de Riscos de Gestão, Corrupção e Infrações Conexas
2020

Identificação dos riscos	Escala Risco 2020 Vs 2019	Medidas de prevenção	Implementação da Medidas, Monitorização	2020 Vs 2019
Ocorrência de desvios/roubo/furto de bens de consumo	Médio ↑	Inventário cíclico dos principais artigos e de final de ano a totalidade;	Parcialmente implementado	=
		O pedido de compra contém informação sobre o perfil de consumos nos últimos dois anos;	Implementado mas recorrendo apenas a um ano	=
		Restrição do acesso aos armazéns a pessoal autorizado. É vedado o acesso a fornecedores e profissionais alheios ao serviço;	Por regra escrita. Fisicamente não existe controlo de acesso.	↑
		Os serviços requisitantes devem confirmar mediante assinatura/receção dos bens. Quem entrega e recebe é identificado;	Implementado	=
		Existência de sistema de videovigilância.	Por implementar	=

6. Farmácia

Identificação dos riscos	Escala Risco 2020 Vs 2019	Medidas de prevenção	Implementação da Medidas, Monitorização	2020 Vs 2019
Acesso indevido às instalações e desvio de medicamentos	Alto ↑	Restrição do acesso aos armazéns a pessoal autorizado. É vedado o acesso a fornecedores e profissionais alheios ao serviço;	A estrutura física do serviço não permite fazer na sua totalidade. Estão a decorrer obras de melhoria.	=
		Reestruturação física dos serviços farmacêuticos;	Obras a decorrer para melhorar o espaço.	=
		Implementação de uma política de controlo geral de acessos;	Com a vacinação Covid restringiu-se os acessos aos Serviços Farmacêuticos.	↑
		Existência de sistema de videovigilância.	Por implementar	=



Relatório Anual de Execução do Plano de Gestão de Riscos de Gestão, Corrupção e Infrações Conexas
2020

Identificação dos riscos	Escala Risco 2020 Vs 2019	Medidas de prevenção	Implementação da Medida / Monitorização	2020 Vs 2019
Conluio entre fornecedores e colaboradores dos armazéns	Baixo ↑	A generalidade dos bens é entregues/transportados por transportadores independentes e não pelos próprios fornecedores;	Implementado	=
		A receção de encomendas é efetuada pelos colaboradores que estão, no momento, ao serviço.	Implementado	=
		A receção (entrada) e saída é efetuado por "picking";	Processo de iniciar o "picking" parado na SPMS	=
		Inventário cíclico dos principais artigos e de final de ano à totalidade dos artigos;	Implementado	=
		Os colaboradores afetos aos armazéns não colaboram no processo de aquisição e seleção de fornecedores;	Implementado	=
		Os serviços requisitantes devem confirmar a receção dos bens mediante assinatura/receção. Quem entrega/recebe é identificado pelo n.º mecan.;	Implementado	↑
Não registo ou registo insuficiente dos medicamentos requisitados	Baixo =	Promoção da rotatividade dos colaboradores afetos à receção de encomendas.	Por implementar	=
		A todo um medicamento saldo corresponde um registo informático.	Implementado	=
Ocorrência de desvios/roubo/ furto de medicamentos	Médio ↑	Inventário cíclico e de final de ano;	Implementado	=
		O pedido de compra contém informação sobre o perfil de consumos nos últimos dois anos. Havendo situações não coerentes o responsável pelo aprovisionamento ou CA questiona o porquê da compra;	Por implementar	=
		Restrição do acesso aos armazéns a pessoal autorizado. É vedado o acesso a fornecedores e profissionais alheios ao serviço;	A estrutura física do serviço não permite fazer na sua totalidade. Estão a decorrer obras de melhoria.	↑
		Existência de sistema de videovigilância.	Por implementar	=


Relatório Anual de Execução do Plano de Gestão de Riscos de Gestão, Corrupção e Infrações Conexas
2020

Identificação dos riscos	Escala Risco 2020 Vs 2019	Medidas de prevenção	Implementação da Medidas 'Monitorização	2020 Vs 2019
Incumprimento nas Normas de Autorização de Utilização Excecionais (AUE) de medicamentos	Baixo =	A utilização destes medicamentos reveste-se de caráter excecional e carece de autorização prévia da INFARMED, IP;	Implementado	=
		Para a utilização destes medicamentos terá de haver um parecer favorável da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) e autorização do Conselho de Administração;	Implementado	=
		Monitorização do cumprimento das normas de autorização a efetuar pelo Auditor Clínico.	Por implementar	=

7. Serviços Financeiros e Gestão Patrimonial

Identificação dos riscos	Escala Risco 2020 Vs 2019	Medidas de prevenção	Implementação da Medidas 'Monitorização	2020 Vs 2019
Desvio de fundos	Baixo ↑	Reconciliação bancária mensal;	Implementado	=
		Recurso prioritário a meios de recebimento via Multibanco (no hospital, nos Centros de Saúde e extensões);	Implementado	=
		Controlo diário do montante recebido por colaborador;	Implementado	=
		Envio, para Direção Financeira, da lista dos colaboradores dos postos de atendimento que não entregaram a cobrança oportunamente;	Implementado mas com dilação de tempo	↑
		Sempre que possível, rotação do pessoal que cobra as taxas moderadoras;	Não depende só do SGF.	
		Circularização periódica dos principais saldos de clientes;	Implementado	=
		Fundos de maneiio e permanentes em sistema de fundo fixo;	Implementado	=
		Segregação de funções.	Com algumas limitações.	=

Relatório Anual de Execução do Plano de Gestão de Riscos de Gestão, Corrupção e Infrações Conexas
2020

Identificação dos riscos	Escala Risco 2020 Vs 2019	Medidas de prevenção	Implementação da Medidas 'Monitorização	2020 Vs 2019
Taxas moderadoras recebidas e não registadas/depositadas	Baixo ↑	Com o recebimento é emitido o recibo que o utente, em último caso, é responsável por o pedir. Nos locais de pagamento está afixado aviso a mencionar que o utente deve solicitar o recibo.	Implementado	=
		Diariamente, no hospital, sai listagem das verbas cobradas do "Sonho" (por funcionário) e é comparada com os valores entregues na tesouraria.	Implementado	=
		Mensalmente, os C. saúde enviam as listagens informáticas (Sinus/Marta /Taxas moderadoras MCDTs) dos val. recebidos que são comparadas com os val. entregues ao longo do mês. Divergências estas são detetadas.	Implementado	=
		Nas cobranças das taxas moderadoras é feita a rotatividade do pessoal, entre os diversos postos de recebimento.	Não é conveniente fazer rotatividade, até porque existe controle.	
Taxas moderadoras indevidas, em dívida e com alguma antiguidade	Médio =	Periodicamente, são emitidas notas de cobrança das taxas em dívida que os utentes pagam ou reclamam.	Implementado	=
A faturação intra-hospitalar errada, em valor, saldo e entidade	Alto =	Anualmente e por amostragem, é efetuado um inquérito aos devedores mais antigos das razões de não pagamento atempado.	A ser cumprido, mas em revisão para nova forma de controlo.	=
		Numa base semestral, os serviços financeiros/Auditor Interno circularizam todos os hospitais com transações e/ou saldos com a ULSLA. As divergências existentes são analisadas e corrigidas;	Implementado	=
		Trimestralmente, os serviços financeiros analisam os desvios do "clearing house".	Implementado	=

Relatório Anual de Execução do Plano de Gestão de Riscos de Gestão, Corrupção e Infrações Conexas
2020

Identificação dos riscos	Escala Risco 2020 Vs 2019	Medidas de prevenção	Implementação da Medidas Monitorização	2020 Vs 2019
Os saldos contabilísticos de fornecedores apresentaram-se errados	Baixo =	No final do ano o Fiscal Único circulariza os fornecedores mais significativos. As respostas são reconciliadas;	Implementado	=
		É procedimento dos Serviços financeiros responderem a todas as circularizações pelos ROC's dos seus fornecedores. Antes do envio da resposta é reconciliado o saldo;	Implementado	=
		Mensalmente, são pagas todas as faturas em dívida até determinada data definida. Não há faturas antigas por pagar.	Com as dificuldades de tesouraria esta prática deixou de ser possível.	=
		Com referência a junho, os serviços financeiros/auditor interno circularizam os saldos mais significativos e outros numa base aleatória. As respostas são reconciliadas.	Por falta de pessoal não se fez em 2020. A retomar em 2021.	=
As faturas erradas	Baixo =	As faturas só são pagas após conferidas e autorizadas, havendo segregações de funções;	Implementado	=
		Existe uma central de conferência de faturas;	Implementado	=
		Determinado tipo de faturas são conferidas por pessoas específicas (p.e.: Imagiologia, CRD, ...)	Implementado	=
Alteração não autorizada do ficheiro mestre de fornecedores	Baixo =	Segregação de funções;	Implementado	=
		Circularização periódica de saldos de fornecedores (serviços financeiros/auditor interno e Fiscal Único);	Implementado	=
		Se alguém alterar informações do ficheiro mestre de fornecedores, a SPMS consegue identificar a pessoa através da análise dos log's.	Implementado	=



Relatório Anual de Execução do Plano de Gestão de Riscos de Gestão, Corrupção e Infrações Conexas
2020

Identificação dos riscos	Escala Risco 2020 Vs 2019	Medidas de prevenção	Implementação da Medidas, Monitorização	2020 Vs 2019
Haver pagamentos indevidos ou em duplicado a fornecedores	Baixo ↓	Circularização periódica de saldos de fornecedores (serviços financeiros/auditor interno e Fiscal Único), com especial incidência sobre os fornecedores com saldos devedores;	Implementado	=
		Análise mensal dos fornecedores com saldo devedor;	Implementado	=
		O Conselho de Administração só efetua pagamentos na presença das faturas originais;	Implementado	↓
		O SICCC não permite o registo, no mesmo fornecedor, de duas faturas com o mesmo número;	Implementado	=
		A generalidade dos pagamentos são efetuados por transferência bancária cujo ficheiro é produzido no SICCC, o qual não permite incluir faturas já consideradas pagas.	Implementado	=
Falta de acuidade na inventariação e gestão de Imobilizado	Baixo ↑	Controlo semestral dos equipamentos/ferramentas afetos a determinados centros de custo selecionados;	Com algumas limitações. A reton ar junto com o auditor interno em 2021.	=
		Responsabilização dos serviços pelos equipamentos à sua guarda;	Implementado	↑
		Verificação física, de 2 em 2 anos, dos bens de valor contabilístico mais significativo;	Implementado	↑
		Conciliação mensal entre o cadastro do imobilizado (SINGAP) e a Contabilidade;	Implementado	=

Relatório Anual de Execução do Plano de Gestão de Riscos de Gestão, Corrupção e Infrações Conexas
2020

<i>Identificação dos riscos</i>	<i>Escala Risco 2020 Vs 2019</i>	<i>Medidas de prevenção</i>	<i>Implementação da Medidas Monitorização</i>	<i>2020 Vs 2019</i>
Ocorrência de desvios/roubo/furto de equipamento	Médio ↑	Controlo semestral dos equipamentos/ferramentas afetos a determinados centros de custo selecionados;	Implementado	↑
		Responsabilização dos serviços pelos equipamentos à sua guarda;	Implementado	↑
		Verificação física, de 2 em 2 anos, dos bens de valor contabilístico mais significativo;	Implementado	↑
		Implementação de uma política de controlo geral de acessos;	Implementado	↑
		Conciliação mensal entre o cadastro do imobilizado (SINGAP) e a Contabilidade;	Implementado	=
		Existência de sistema de videovigilância no hospital.	Existe um sistema de deteção de movimento de IR nos três acessos aos SF, no entanto este está desligado, devido à entrada e saída de pessoal em regime de prevenção que aciona o alarme. Esta situação poderia ser facilmente corrigida acordando um procedimento prévio à entrada, entre o pessoal da SF e da equipa de segurança.	=
Não inventariação de bens oferecidos com eventual apropriação ou utilização indevida de bens	Baixo =	Todas as ofertas recebidas de bens são aprovadas pelo Conselho de Administração;	Com limitações na avaliação da implementação. Com o Covid só se soube de ofertas quando as entidades solicitaram documento da doação.	↓
		Controlo semestral dos equipamentos/ferramentas afetos a determinados centros de custo selecionados;	Implementado	↑
		Conciliação mensal entre o cadastro do imobilizado (SINGAP) e a Contabilidade;	Implementado	=
		O manual de procedimentos de imobilizado define regras específicas para aceitação e registo de ofertas obtidas.	Implementado	=



Relatório Anual de Execução do Plano de Gestão de Riscos de Gestão, Corrupção e Infrações Conexas
2020

Identificação dos riscos	Escala Risco 2020 Vs 2019	Medidas de prevenção	Implementação da Medida, Monitorização	2020 Vs 2019
Falta de acuidade no abate físico de bens e na sua valorização	Baixo =	Existência de uma comissão de abates que controla e acompanha todos os abates dos ativos tangíveis e inventários;	Implementado	↓
		Quando necessário, existência de um parecer técnico relativo à inoperacionalidade ou obsolescência do bem;	Implementado	↑
		Quando obrigatório, publicitação de anúncios de alienação de equipamento.	Implementado	=
Não conformidade das operações de manutenção contratadas com terceiros	Alto ↑	Controlo da permanência dos prestadores de serviço nas instalações da ULSLA através do Serviço de Segurança;	Implementado	=
		Registo pelo serviço sujeito a manutenção dos atos praticados e que só terão lugar após controlo efetuado pelo serviço de segurança;	Implementado	=
		Definição, pelo SIE, de um plano anual de manutenção preventiva;	Subcontratado ao SUCH.	=
Conluio entre empresa de fiscalização e empreiteiro	Médio ↓	Monitorização das ações de manutenção preventiva.	Durante auditoria urgência validada-se manutenções.	↑
		Obtenção, no início de cada obra, de uma declaração de inexistência de conflito de interesses/impedimento por parte da equipa de fiscalização face ao(s) empreiteiro(s), sob a forma escrita e apensa ao procedimento;	Em re-implementação.	↓
		Controlo, por parte do SIE, das obras com a elaboração de um relatório das visitas feitas, sendo o nº de visitas definido em função da complexidade/valor da obra.	Acompanhamento de obras juntamente com Fiscalização Externa	↓
Utilização indevida de bens/Ativo tangível em proveito próprio	Baixo ↓	A utilização das viaturas está sujeita a autorização prévia do Conselho de Administração e a preenchimento obrigatório de impresso próprio;	Não existe impresso próprio (pelos menos no SRH) para pedido de viatura	↓
		O acesso dos utentes às consultas externas deve ser feita unicamente por referência do Alert P1 ou outra aplicação que o venha a substituir ou referenciadas como previsto legalmente relativamente a prescritores do setor privado.	Cumpr. Em implementação novas situações de controlo.	↓



Relatório Anual de Execução do Plano de Gestão de Riscos de Gestão, Corrupção e Infrações Conexas
2020

8. Serviços de Sistemas e Tecnologias de Informação (SSTI)

Identificação dos riscos	Escala Risco 2020 Vs 2019	Medidas de prevenção	Implementação da Medida / Monitorização	2020 Vs 2019
Acesso indevido a determinada aplicação ou informação	Médio ↓	Revisão periódica das palavras-passe;	Implementado	=
		Definição do perfil de acesso de acordo com as funções e a segregação de funções;	O perfil de acesso está segundo os perfis definidos, contudo se o trabalhador mudar de posto o SSTI não recebe informação.	=
		Criação de perfil de utilização comum nas áreas comuns;	Quando um profissional chega, são associadas pastas dos serviços onde vai trabalhar. O que acontece é que não nos informam quando deixam de prestar serviço naquele serviço e não lhes é retirado o acesso	↓
		Bloqueio automático da sessão ao fim de 15 minutos de inatividade;	Sistemas operativos mais recentes realizam tarefa de forma automática. Com o update do parque informático ficará implementado a 100%	=
		Restrição no acesso ao espaço físico afeto à informação de dados SSTI;	O datacenter principal já se encontra fechado	↓
		Foi recomendado a todos os funcionários que, na sua ausência, devem ter as sessões fechadas.	Implementado	=
Disponibilização de informação clínica a terceiros	Alto ↑	Ao nível do hospital, o acesso ao USB está bloqueado. Excecionalmente, os SSTI podem permitir a utilização de "pen" após pedido e identificação da pessoa;	Implementado	=
		O envio de emails está limitado a 10 MB;	Gerido pela SPMS. Medida a descontinuar.	void
		Anualmente todos os colaboradores (internos e externos) têm de assinar um documento de compromisso de confidencialidade / sigilo da informação clínica dos utentes. Esse documento é arquivado no processo individual dos colaboradores;	Revisão do código de conduta e ética e contratualmente.	↑



Relatório Anual de Execução do Plano de Gestão de Riscos de Gestão, Corrupção e Infrações Conexas
2020

<i>Identificação dos riscos</i>	<i>Escala Risco 2020 Vs 2019</i>	<i>Medidas de prevenção</i>	<i>Implementação da Medidas Monitorização</i>	<i>2020 Vs 2019</i>
Disponibilização de informação clínica a terceiros	Alto ↑	O plano anual de formação da instituição aborda o código de ética da instituição, dando realce à confidencialidade / sigilo da informação clínica dos utentes; Foi recomendado a todos os funcionários que, na sua ausência, devem ter as sessões fechadas.	Implementado	=
Desenvolvimento de aplicações informáticas com o propósito de gerar outputs incorretos que beneficiem os próprios ou terceiros.	Baixo ↑	Após o desenvolvimento do “software” são efetuados testes de qualidade (trabalho em paralelo no software novo e processo anterior) durante um período de tempo até que os profissionais da saúde validem os resultados e funcionamento do “software” e assinam um documento de conformidade.	Implementado, mas não se consegue monitorizar fiavelmente. Não tem existido desenvolvimentos, contudo quando realizado é colocado em funcionamento de acordo com especificações pedidas. Em caso de não retorno de informação “negativa”, assume-se que o software está validado.	= ↑