

Aprovação:

Data:

15/01/2016

[Signature]
Dr. Pedro Beja Afonso
Presidente do Conselho de Administração

[Signature]
Dr. José Albino Silva
Vogal do Conselho de Administração

[Signature]
Dr. José Grilo Gonçalves
Diretor Clínico

[Signature]
Mestre Anabela Salgado Serra
Enfermeira-Diretora

RELATÓRIO de EXECUÇÃO do PLANO de GESTÃO de RISCOS de CORRUPÇÃO e INFRAÇÕES CONEXAS



ÍNDICE

INTRODUÇÃO	3
I. Metodologia	5
II. Grau de Colaboração.....	5
III. Resultados obtidos e evidências.....	5
a) Conselho de Administração (CA).....	6
b) Serviços Farmacêuticos (SF).....	7
c) Serviço de Gestão de Doentes (GD)	8
d) Serviço de Aprovisionamento (APR).....	9
e) Serviço de Gestão de Recursos Humanos (GRH)	10
f) Serviço de Gestão Financeira (GF)	11
g) Gabinete de Gestão de Sistemas de Informação (GGSI)	12
h) Serviço de Instalações e Equipamentos (SIE).....	13
CONCLUSÃO	14

INTRODUÇÃO

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

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

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

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

O Decreto-Lei nº133/2013 de 3 de outubro passa a integrar os princípios de bom governo aplicáveis às empresas públicas estaduais, e no que diz respeito à prevenção da corrupção, o nº1 e nº2 do artigo 46.º do mesmo diploma, menciona a elaboração anual de um relatório identificativo das ocorrências ou riscos de ocorrências, que não é mais que o Relatório de Execução do Plano de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas.

Não obstante, o Relatório de Execução do Plano para 2014 é exposto neste documento evidenciando os resultados obtidos, de acordo com as medidas preventivas adotadas para os riscos identificados por atividades, nos vários serviços do HDFF, EPE, nomeadamente:

- o Conselho de administração (CA);

- os Serviços farmacêuticos (SF);
- o Serviço de gestão de doentes (SGD);
- o Serviço de aprovisionamento (SA);
- o Serviço de gestão de recursos humanos (SGRH);
- o Serviço de gestão financeira (SGF);
- o Gabinete de gestão de sistemas de informação (GGSI);
- o Serviço de instalações e equipamentos (SIE).

I. Metodologia

O Plano de Prevenção de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PPGRCIC) para 2013/2014 foi efetuado com a participação dos serviços e respetivos Responsáveis em funções à data da sua elaboração, que identificaram os riscos, através de um questionário elaborado e enviado para os serviços.

De acordo, com as respostas aos questionários foram definidas medidas a adotar para colmatar os riscos identificados por cada serviço/gabinete.

A metodologia adotada para a realização do Relatório de Execução de 2014 decorreu em três fases:

1. Divulgação, por correio electrónico, a todos os responsáveis pelos serviços identificados no Plano de Prevenção de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PPGRCIC) para 2013/2014, a necessidade de efetuar o Relatório de Execução de 2014. Assim, cada serviço/gabinete deveria referir os resultados obtidos em 2014 relativamente às medidas a adoptar, nos respetivos riscos identificados;
2. Os Serviços mencionados no Plano enviaram os resultados obtidos em 2014, uns serviços enviaram via correio eletrónico, outros preferiram a realização de breves reuniões de trabalho para explicação dos requisitos de preenchimento do relatório;
3. Compilação e organização de toda a informação disponibilizada e elaboração do relatório de execução.

II. Grau de Colaboração

Os responsáveis dos serviços/gabinetes responderam na sua totalidade, aos resultados obtidos no ano 2014.

III. Resultados obtidos e evidências

Neste ponto do Relatório são apresentadas as tabelas de monitorização do HDFF, EPE com a indicação dos riscos, as medidas a adotar e os resultados obtidos durante o ano 2014.

a) Conselho de Administração (CA)

Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE (Conselho de Administração)					
Principais Atividades	Riscos Identificados	Grau de Probabilidade da Ocorrência	Escala de Risco	Medidas de Prevenção a adotar	Resultados Obtidos 2014
Delegação de competências	Abuso de autoridade delegada; Exercício indevido de autoridade delegada.	Moderado	Moderado	Identificação das decisões tomadas sob delegação e subdelegação de competências nos documentos corporativos; Disponibilização na intranet as delegações e subdelegações de competências; Criação de uma base de dados contendo todas as delegações e subdelegações vigentes, revogadas e caducadas.	A delegação de competências foi utilizada em situações esporádicas e justificadas, tendo sido verificado a eficácia das competências delegadas.
Acumulação de funções público-privadas	Utilização de recursos públicos no exercício da atividade privada; Exercício de atividades não autorizadas; Exercício da atividade privada durante o horário de trabalho; Comprometimentos da isenção e a imparcialidade exigidas no exercício de funções públicas; Não declaração de conflitos de interesses; Tratamento privilegiado de familiar, amigo, concorrente, fornecedor ou alguém interessado na decisão.	Elevado	Elevado	Rever anualmente todas as aprovações de acumulações de funções privadas; Obrigatoriedade das acumulações já autorizadas para o exercício de funções de ensino serem confirmadas no início de cada ano letivo; Controlar regularmente e aleatoriamente os pedidos autorizados de acumulação com funções privadas, no sentido de verificar a sua atualidade e abrangência.	No corrente ano não se verificaram acumulação de funções por qualquer membro do Conselho de Administração. Alguns membros colaboraram com entidades pertencentes à tutela.
Relações de hierarquia	Avaliações de desempenho irregulares favorecendo ou prejudicando trabalhadores;	Elevado	Elevado	Realizar ações de formação de dirigentes, chefias e trabalhadores sobre os riscos de corrupção e as formas como os gerir;	Foi criado um mecanismo para assegurar a maior transparência contra a corrupção no sentido de divulgar anonimamente qualquer situação ilícita. Contudo, foram observados todos os deveres funcionais de cuidado relativos à gestão de um bom governo.
	Assédio moral ou discriminação contra os trabalhadores, por razões pessoais, sexuais, religiosas, ideológicas ou outras;	Moderado	Moderado	Criar um sistema de denúncia de casos ou situações de corrupção ou de má administração interna;	
	Tomada de medidas lesivas contra os trabalhadores que reportem atos de corrupção, de má conduta ou violação dos deveres profissionais;	Elevado	Elevado	Realizar auditorias regulares de trabalhos realizados sem supervisão ou expostos a maiores riscos de corrupção.	
	Dissimulação ou não deteção de conduta corrupta de trabalhadores.	Elevado	Elevado		
Conflito de interesses	Tratamento privilegiado de pessoa ou pessoas;	Moderado	Moderado	Promover o registo informático dos conflitos de interesses declarados pelos dirigentes, chefias e trabalhadores.	
	Favorecimento de concorrente a procedimento, no qual o dirigente, chefia ou trabalhador, seu familiar ou amigo tenha algum interesse na adjudicação;	Moderado	Moderado		
	Favorecimento de um fornecedor, no qual o dirigente, chefia ou trabalhador, seu familiar ou amigo tenha algum interesse na execução do contrato;	Moderado	Moderado		
	Favorecimento de um particular, no qual o dirigente, chefia ou trabalhador, ou seu familiar e/ou amigo tenha algum interesse particular na tramitação do processo ou na tomada da decisão;	Moderado	Moderado		
	Prejuízo de uma pessoa na tramitação de processos, na tomada de decisão ou na execução do contrato.	Moderado	Moderado		
Ofertas	Influência junto do dirigente, chefia ou do trabalhador para concederem um tratamento de favor ou ignorarem as disposições regulamentares;	Moderado	Moderado	Proibição dos dirigentes, chefias e trabalhadores do HDFF, EPE pedir ou aceitar dádivas e outros benefícios;	Os resultados das auditorias externas realizadas no corrente ano, não evidenciaram alguma situação anómala.
	Percorção da opinião pública de que os dirigentes, chefias e trabalhadores do HDFF, EPE estão abertos à influência ou que a eficácia e eficiência no tratamento de processos está dependente de ofertas;	Fraco	Fraco	Definir procedimentos a serem observados, no caso de recebimento de presentes;	
	Suspeita de decisões, tomadas de forma imparcial, terem sido influenciadas pelo recebimento de presentes.	Fraco	Fraco	Existir mecanismos legais para a prevenção e repressão em caso de incumprimento; Divulgar ao público a política do HDFF, EPE, no que diz respeito ao recebimento de presentes.	
Dever de sigilo	Divulgação, resultado de relações interpersonais privilegiadas, de informações a ex-trabalhadores;	Moderado	Moderado	Sujeição de todos os dirigentes, chefias e trabalhadores do HDFF, EPE ao dever legal de sigilo;	Existe um conhecimento geral dos deveres e regras de enquadramento que são cumpridas e feitas cumprir.
	Fornecimento de informação não autorizado a terceiros com o objetivo de obtenção de vantagens pessoais;	Elevado	Elevado	Existência de uma política de sanções em caso de violação dos regulamentos legais;	
	Divulgação aos meios de comunicação social de informação suscetível de criar perturbação interna ou externa;	Moderado	Moderado	Acesso à informação constante das bases de dados informáticas dependente de um processo de autenticação;	
	Utilização de dados dos sistemas de informação para fins privados.	Elevado	Elevado	Avaliar e implementar os níveis de segurança e controlo de acesso aos arquivos;	
Favorecimento	Violação dos princípios da igualdade e da proporcionalidade.	Moderado	Moderado	Criação de níveis de serviço que garantam que situações iguais têm tratamentos iguais.	O HDFF, EPE promove a igualdade de todos os trabalhadores.

FONTE: Elaboração própria do Serviço de Auditoria Interna com colaboração do CA

b) Serviços Farmacêuticos (SF)

UNIDADE ORGÂNICA: Serviço Farmacêutico (SF)					
Principais Atividades	Riscos Identificados	Grau de Probabilidade da Ocorrência	Escala de Risco	Medidas de Prevenção a adotar	Resultados Obtidos 2014
Gestão dos produtos farmacêuticos	Acesso indevido às instalações e desvio de produtos farmacêuticos.	Moderado	Moderado	Restrição do acesso ao Serviço Farmacêutico a pessoal autorizado;	Mantém-se a medida preventiva
				Auditoria periódica à quantidade de estupefacientes e psicotrópicos armazenados nos Serviços Farmacêuticos, nos Serviços de Internamento e Consultas Externas, com a colaboração de elementos exteriores aos Serviços Farmacêuticos.	É feita uma avaliação pela Auditoria Interna, Dr ^a Mafalda, na altura do Inventário anual. Em relação aos serviços de internamento as auditorias periódicas continuam a ser realizadas pelos Serviços Farmacêuticos. Estão previstas para 2015 auditorias conjuntas com o Gabinete de Gestão de Risco e Q?
Compras/Logística	A aplicação informática que suporta a contratação, as compras, o desempenho e gestão dos fornecedores é desadequada e deficiente.	Fraco	Fraco	Implementação de atualizações à aplicação informática.	Não houve atualizações na aplicação GHAF.
	Favortismo por determinados fornecedores.	Fraco	Fraco	Utilizar a plataforma eletrónica;	Mantém-se a mesma plataforma Gatewit com as mesmas dificuldades.
				Não existir trabalhadores do serviço Farmacêutico nos júris;	Não aplicável
				Quando não for necessário júri, o produto farmacêutico é analisado por funcionário especializado com o devido parecer de conformidade.	Mantém-se o procedimento

FONTE: Elaboração própria do Serviço de Auditoria Interna com a responsável do SF

c) Serviço de Gestão de Doentes (GD)

UNIDADE ORGÂNICA: Serviço de Gestão de Doentes (GD)					
Principais Atividades	Riscos Identificados	Grau de Probabilidade da Ocorrência	Escala de Risco	Medidas de Prevenção a adotar	Resultados Obtidos 2014
Faturação	Admissão de doentes com informação incorreta (isenções e moradas).	Elevado	Elevado	Análise comparativa mensal da cobrança de taxas moderadoras por colaborador.	Está em curso.
	Efetuar registos que permitam que se gerem GDH's economicamente mais vantajosos.	Fraco	Fraco	Definição de limites nas verbas para remuneração da atividade adicional por serviço (contratualização interna);	Faz-se mas s/ atribuição de remuneração.
	A codificação de GDH's é morosa.	Elevado	Elevado	Realização de auditorias clínicas.	Está implementado.
				Prazos estabelecidos para entrega dos GDH's.	Está implementado.
Altos clínicos	Existência de atos clínicos não registados, nomeadamente a execução do ato sem reflexo administrativo e/ou registo informático, bem como atos registados incorretamente e/ou em períodos incorretos.	Moderado	Moderado	Monitorização semanal dos atos não registados e/ou em períodos incorretos.	Até ao dia 5 de cada mês está td registado.
Requisição de MCDT's	Recurso excessivo a MCDT's ao exterior.	Moderado	Moderado	Validação, por parte dos diretores de serviço, e autorização casuística pela Direção Clínica, dos pedidos de MCDT's particularmente dos que são enviados para o exterior, segundo a necessidade clínica dos doentes, respeitando as normas de orientação e protocolos clínicos existentes na área em causa;	Implementado
				Privilegiar o recurso a entidades públicas para execução dos MCDT's;	Implementado
				Requisitar MCDT's ao exterior (fora da rede de referência hospitalar) em conformidade com o(s) contrato(s) de prestação de serviços de MCDT's;	Sp em conformidade.
				Monitorização mensal, pelos centros de responsabilidade, dos MCDT's realizados no HDFF, EPE e no exterior.	Implementado
Listas de espera para cirurgias	Aceitação de valores (pecuniários ou outros) em troca de favorecimento na gestão de listas de espera.	Moderado	Moderado	Sensibilizar todos os profissionais para que este procedimento não é admissível e resultará em violação dos deveres gerais ou especiais inerentes à função que exerce, daí resultando processo disciplinar;	Implementado
				Existência de processo de monitorização interna e externa de listas de espera para consulta externa e cirurgia.	Implementado

FONTE: Elaboração própria do Serviço de Auditoria Interna com a responsável do SGD

d) Serviço de Aprovisionamento (APR)

UNIDADE ORGÂNICA: Serviço de Aprovisionamento (APR)					
Principais Atividades	Riscos Identificados	Grau de Probabilidade da Ocorrência	Escala de Risco	Medidas de Prevenção a adotar	Resultados Obtidos 2014
Compras/Logística	A aplicação informática que suporta a contratação, as compras, o desempenho e gestão dos fornecedores é desadequada e deficiente.	Fraco	Fraco	Implementação de atualizações à aplicação informática.	A aplicação foi sendo atualizada.
	Favoritismo por determinados fornecedores.	Fraco	Fraco	Utilizar a plataforma eletrónica;	Em certos procedimentos foi necessária a participação de um elemento do Serviço de Aprovisionamento dada a especificidade dos bens a adquirir.
				Não existir trabalhadores do serviço de aprovisionamento nos júris; Quando não for necessário júri, o material é analisado por funcionário especializado em equipamentos com o devido parecer de conformidade.	Relativamente à dispensa de júri em alguns procedimentos, nestes casos foi obtido parecer técnico a funcionários das áreas respetivas.
Património	A aplicação informática que suporta a gestão de imobilizado é desadequada e deficiente.	Fraco	Fraco	Implementação de atualizações à aplicação informática.	A aplicação encontra-se atual e operacional.
	Inexistência de manual de procedimentos de gestão de imobilizado.	Fraco	Fraco	Atualizações periódicas de 3 em 3 anos do manual de procedimentos.	O manual de procedimentos encontra-se em aprovação.
	Abates (bem abatido continuar nos serviços, abates sem autorização do órgão competente, bens dados como consumidos e continuarem no serviço abastecedor, utilização indevida para fins privados de bens abatidos documentalmente no período até à sua eliminação física, proposta indevida de envio de bens para abate).	Moderado	Moderado	Realização de testes de conformidade quanto ao cumprimento do Manual de Procedimentos de Controlo Interno, numa perspetiva de prevenção da corrupção e infrações conexas (tais como, conferências físicas periódicas, a realizar por um conjunto de três pessoas, o responsável pelo SA, pela TOC e pela Auditoria Interna, de modo a verificar se os bens abatidos ainda se encontram no local; se a autorização de abate foi proferida pelo órgão com competências para o efeito; se os bens a abater foram isolados, em local de acesso restrito e controlado e se a justificação do abate foi efetuada por técnico interno ou verificação externa).	Os abates são confirmados e justificados.
	Cedência de equipamento (cedência de equipamento por pessoa/serviço sem competência, gerando utilização indevida de bens). Transferências de bens (transferências de bens sem comunicação, apropriação indevida de bens, desaparecimento de bens, desatualização das fichas dos bens, peculato, peculato de uso, abuso de poder).	Moderado	Moderado	Reforço das medidas de controlo interno numa perspetiva de prevenção da corrupção e infrações conexas (realização de conferências físicas periódicas e aleatórias, a realizar pelo conjunto de três pessoas, o responsável pelo SA, pela TOC e pela Auditoria Interna).	Quanto à cedência de equipamento e transferências de bens, é necessário criar uma política/plataforma interna de comunicação e sensibilização para as cedências e transferências de imobilizado.
Gestão de Existências	Acesso indevido às instalações e desvio de existências.	Moderado	Moderado	Restrição do acesso aos armazéns a pessoal autorizado;	Ainda não se encontra instalado qualquer sistema de restrição de acessos.
				Implementação de uma política de controlo geral de acesso;	
				Realização de contagens físicas periódicas, aos materiais de grande volume financeiro;	
				Implementação de sistema informático que permita a visualização das quantidades existentes no momento das contagens físicas;	O sistema informático é mantido o mais atual possível de modo a permitir a visualização das quantidades existentes em tempo real.
				Auditoria periódica à quantidade de bens em armazém, com a colaboração de elementos exteriores ao SA e aos serviços que possuam reposição automática;	Foi efetuada uma auditoria à quantidade de bens durante o ano.
				Cruzamento dos indicadores de gestão periódicos com os indicadores e registos de gestão da produção.	Efetuada pelo Gabinete de Planeamento e Controlo de Gestão.
Guarda e conservação dos documentos ou a sua inutilização, por ação humana ou causas naturais	Risco de extravio dos documentos ou a sua inutilização, por ação humana ou causas naturais.	Moderado	Moderado	Ações periódicas de verificação do cumprimento das regras de utilização/manuseamento dos documentos.	Guarda e conservação dos documentos ou a sua inutilização, por ação humana ou causas naturais: O arquivo está organizado e atual em zonas que permitem a sua conservação.

FONTE: Elaboração própria do Serviço de Auditoria Interna com o responsável do SA

e) Serviço de Gestão de Recursos Humanos (GRH)

UNIDADE ORGÂNICA: Serviço de Gestão de Recursos Humanos (GRH)					
Principais Atividades	Riscos Identificados	Grau de Probabilidade da Ocorrência	Escala de Risco	Medidas de Prevenção a adotar	Resultados Obtidos 2014
Gestão de pessoal (gestão de cadastro)	Falta informação de dados do pessoal existente e contratado.	Moderado	Moderado		Nova/2014: Elaboração de procedimento no âmbito do Sistema de Gestão da Qualidade, para definir a estrutura, organização e composição dos processos individuais; A conformidade dos dados do pessoal nomeadamente de natureza técnica (qualificações académicas e profissionais) e autenticada perante a apresentação dos documentos originais (cédulas profissionais); Consulta periódica por amostragem.
	Apresentação de documentos de habilitação falsos e/ou fora de prazo.	Moderado	Moderado		1.ª Verificação efetuada na fase de recrutamento; Informação geral periódica a todos os trabalhadores de que devem atualizar os documentos de habilitação e de cadastro do processo. Verificação por amostragem – 0% em 2014.
	Favorecimento na contratação de pessoal.	Moderado	Moderado		Procedimentos concursais realizados nos termos do "Manual de Procedimentos e da lei aplicável ...", assentando o recrutamento na adequação dos profissionais às funções a desenvolver, assegurando o cumprimento dos princípios da igualdade de oportunidades, da imparcialidade, da boa fé, da não discriminação e da publicidade; Verificação: Taxa de reclamações/impugnações não procedentes – 0% em 2014.
	Acumulação de funções sem prévia autorização	Moderado	Moderado		É do conhecimento de todos os trabalhadores (Circulares do CA, nomeadamente em 2014) que devem requer autorização superior para os pedidos de acumulação de funções. O controlo é contínuo, sendo feito pelo RH, nos termos permitidos por lei, com a exigência de declaração emitida pela(s) entidade(s) onde o trabalhador presta funções em regime de acumulação; ACSS e IGAS em Circular, determinam eventual processo disciplinar para os profissionais de saúde que não peçam autorização para acumulação de funções;
Gestão de processamento de remunerações	Processamentos indevidos de: - Remunerações; - Abonos, Ajudas de Custo, subsídios, etc; - Trabalho extraordinário, trabalho em dias de descanso semanal, complementar e feriados; - Descontos CGA, ADSE, SS, IRS, etc; - Despesas comparticipadas para a ADSE.	Fraco	Fraco	Verificação periódica de cumprimento dos procedimentos instituídos; Verificação anual a promover pelo Serviço de Auditoria Interna e o Serviço de Gestão de RH, num período aleatório, do cumprimento do programa específico para esta atividade, no âmbito do sistema de controlo interno existente (e.g. conferência da folha de processamento de vencimentos e de ajudas de custo, numa base de amostragem, em meses sorteados, no sentido de confirmar a adequação das remunerações processadas e dos descontos efetuados ao trabalhador e de outros abonos recebidos); Segregação de funções e rotatividade dos trabalhadores; Realização de auditorias periódicas e aleatórias, a um número mínimo de processos, a promover pela responsável do Serviço de Gestão de RH.	Atualmente o processamento das remunerações e outros abonos é efetuado e fechado a nível central pelo Ministério da Saúde, via SPMS, EPE; Controlo anual por registo de erros ocorridos como as não conformidades sendo implementadas ACP'S, se necessário; A taxa de erros no processamento remuneratório mensal verificada em 2014 não atinge 1% em 600 remunerações mensais e implicaram apenas 1 ação preventiva; Ao processamento de abonos, ajudas de custo e outros, aplicam-se as considerações acima descritas para as remunerações. Taxa de reclamações não procedentes – 0% em 2014.
	Controlo inadequado das escalas (turnos).	Moderado	Moderado		O trab. extra/suplementar e a atribuição e gozo de folgas é previamente autorizado pelo CA, posteriormente (1.ª) conferido e (2.ª) validado; Taxa de reclamações não procedentes – 0% em 2014.
	Controlo indevido da assiduidade (processamento de faltas como justificadas indevidamente).	Moderado	Moderado		Os descontos CGA, ADSE, SS, IRS e outros, encontram-se parametrizados pela aplicação RHV, apesar da inserção das taxas e posterior controlo efetuado pelo RH, nos termos da lei; Taxa de reclamações não procedentes – 0% em 2014.
	Atribuição de dias de férias em número superior ao que o trabalhador tem direito, aquando da elaboração do Mapa de férias.	Fraco	Fraco		Atualmente as despesas a comparticipar pela ADSE são da total responsabilidade da ADSE; O contacto da entidade ADSE é direto com o trabalhador.
	Favorecimento a trabalhadores aquando da aplicação das regras da Mobilidade Interna, Cedência de Interesse público e Comensão de serviço.	Fraco	Fraco		As escalas são previamente aprovadas pelos Responsáveis, publicadas no Web Calendar por cada Serviço, posteriormente controladas pelo RH através do Registo Biométrico; Obs: Existência de alguns Serviços Clínicos sem publicação de escalas (controlo escala do SU em suporte de papel + registo biométrico).
					O processamento é efetuado com base nas ausências declaradas (justificadas) não através das presenças; Controlo posterior aquando do processamento das remunerações.

FONTE: Elaboração própria do Serviço de Auditoria Interna com a responsável do SGRH

f) Serviço de Gestão Financeira (GF)

UNIDADE ORGÂNICA: Serviço de Gestão Financeira (GF)					
Principais Atividades	Riscos Identificados	Grau de Probabilidade da Ocorrência	Escala de Risco	Medidas de Prevenção a adotar	Resultados Obtidos 2014
Contas a Pagar e a Receber	Conferência de valores e favorecimento indevido de fornecedores (pagamento de faturas).	Fraco	Fraco	Implementação das medidas de controlo interno, numa perspectiva de delegação e prevenção da corrupção e infrações conexas (por ex: conferência diária dos valores recebidos, com folhas de caixa discriminativas, pelo responsável dos serviços ou funcionário designado para tal, que não tenha efetuado recebimentos).	Os pagamentos efetuados a fornecedores têm por base um Plano de Pagamentos Mensal elaborado pelo SGF e aprovado pelo PCA e pelo VE.
	Emissão de recibos (de modo a eliminar a receita ou recebimento de dinheiro, ficando o funcionário com o montante recebido e não recebimento de valor).				Está implementado a segregação de funções, de modo a que no fim do dia, o saldo dos recebimentos e dos pagamentos apurados pela função Tesouraria seja igual ao valor contabilizado pela função Contabilidade.
	Alteração indevida de dados dos fornecedores.	Fraco	Fraco	Segregação de funções com perfis de acesso aos dados; Controlo de contas correntes de clientes e fornecedores; Privilegiar a utilização de pagamentos por transferência bancária. Conferência de contas correntes de fornecedores com respetiva faturação;	Está implementado um sistema de controlo interno eficiente e eficaz, através de procedimentos administrativos e contabilísticos aprovados, que vai mitigar o risco identificado.
Tesouraria	Cobranças não depositadas integralmente.	Fraco	Fraco	Segregação de funções entre quem processa e autoriza; Uso de multibanco e transferência bancária; Reconciliações bancárias mensais; Cruzamento e análise da informação entre os sistemas de gestão existentes; Minimizar valor das disponibilidades em caixa; Controlo periódico do caixa; Utilização de "senhas" para acesso aos sistemas informáticos, incluindo homebanking.	Está tudo implementado integralmente.
	Desvio de fundos podendo assumir duas formas: a) o NIB não corresponder à instituição/empresa correta; b) transferência/pagamento do valor diferente do autorizado.				
Aplicação de fundos	Favorecimento de instituição bancária;	Fraco	Fraco	Toda e qualquer autorização de aplicação de fundos são submetidas ao Conselho de Administração;	O HDFF, EPE está obrigado ao cumprimento do princípio da unidade de tesouraria, apenas pode movimentar a conta do IGCP. Atualmente, mantém conta no "Novo Banco" devido a um Leasing que ainda está a decorrer e para depósitos de vales de CTT, materialmente pouco relevantes, mas que não são aceites pelo IGCP.
	Rendimentos das aplicações não contabilizadas ou incorretamente contabilizados.			Procede-se com frequência, a reconciliação bancárias, por profissional diferente do registo da respetiva aplicação e consequente rendimento.	Atualmente não existem aplicações, logo não existem rendimentos associados a essas aplicações.

FONTE: Elaboração própria do Serviço de Auditoria Interna com a responsável do SGF

g) Gabinete de Gestão de Sistemas de Informação (GGSI)

UNIDADE ORGÂNICA: Gabinete de Gestão de Sistemas de Informação (GGSI)					
Principais Atividades	Riscos Identificados	Grau de Probabilidade da Ocorrência	Escala de Risco	Medidas de Prevenção a adotar	Resultados Obtidos 2014
Alienação de informação	Disponibilização de informação de saúde de particulares a terceiros;	Moderado	Moderado	Desenvolvimento de um conjunto de requisitos de segurança para as aplicações no âmbito de uma arquitetura para o sistema de informação da saúde;	Fornecer-se a informação (dados) conforme os procedimentos definidos pelo Ministério da Saúde.
				Desenvolvimento de um modelo funcional de segurança;	Em curso.
	Disponibilização de informação de saúde geral a terceiros;			Licenciamento de produtos que permitem controlar fortemente o acesso à BD, inclusivamente para administradores de base de dados, para só ver quem deve ver;	Parcial.
				Licenciamento de produtos que permitem mascarar os dados permitindo o seu uso para efeitos de teste das aplicações sem haver possibilidade de identificar ou cruzar dados de utentes.	Implementado dentro do âmbito da Unidade Orgânica.
Gestão da informação interna	As aplicações existentes são morosas.	Moderado	Moderado	Monitorização semestral das aplicações informáticas existentes na entidade hospitalar quer nos serviços de produção quer nos serviços administrativos.	Sistemática.
	Falhas na inativação de permissões de acesso já caducadas.	Moderado	Moderado	Implementação e divulgação de regras de comunicação ao Gabinete de Gestão de Sistemas de Informação da saúde ou mudança de local dos trabalhadores;	Em curso.
				Implementação de modelos de revisão periódica obrigatória das passwords com caducidade.	Automático.
Favorecimento de entidades	Favorecimento de fornecedores de produtos e serviços;	Fraco	Fraco	Melhorar a elaboração dos critérios de avaliação das propostas, de modo a aproveitar e exigir a melhoria de qualidade das cláusulas técnicas;	Sempre foram aplicados os critérios.
	Favorecimento de fabricantes de soluções ou plataformas tecnológicas;			Realizar qualificação de fornecedores, isto é, existir uma avaliação de satisfação sobre a sua prestação de serviços;	Não aplicável.

FONTE: Elaboração própria do Serviço de Auditoria Interna com o responsável do GGSI

h) Serviço de Instalações e Equipamentos (SIE)

UNIDADE ORGÂNICA: Serviço de Instalações e Equipamentos (SIE)					
Principais Atividades	Riscos Identificados	Grau de Probabilidade da Ocorrência	Impacto	Medidas de Prevenção a adotar	Resultados Obtidos 2014
Planeamento, coordenação e acompanhamento de manutenções das instalações e equipamentos existentes no HDDF, EPE	Não existir controlo dos planos de manutenção aprovados quer para instalações quer para equipamentos	Baixa	Médio	Existência de um controlo interno de planos de manutenção por equipamento, por serviço e por fornecedor.	A implementar
	A não fiscalização de todas as instalações e dos equipamentos médico, hotelero e administrativo de modo a garantir a segurança e funcionalidade dos mesmos.	Baixa	Médio	Periodicamente dever ser realizada uma fiscalização a todos os serviços do HDDF, EPE, de modo a prevenir situações desagradáveis (ex: inundações, paredes com bolor, chão levantado devido a infiltrações, etc.). Quanto aos equipamentos médicos, hoteleros e administrativos existir uma manutenção preventiva e ativa.	A implementar
	Aumentos excessivos de electricidade, da água, dos fluidos e dos gases medicinais.	Média	Médio	Mensalmente verificar os consumos da electricidade, da água, dos fluidos e dos gases medicinais, para prevenir exaustões que possam ocorrer devido a fugas.	Implementado (relativamente aos gases medicinais diz o Responsável que não é aplicável)
	Não atualização do cadastro das instalações e equipamentos.	Alto	Baixo	Mensalmente analisar e atualizar o cadastro das instalações e equipamentos.	Não aplicável (mencionou o Responsável "A periodicidade da intervenção é anual, só respeitando os equipamentos médicos. O inventário geral é da Responsabilidade do Serviço de Aproveitamento.")
	Não ter conhecimento nem acompanhar a execução dos contratos de assistência e manutenção celebrados com entidades externas.	Média	Média	Acompanhar, analisar e identificar desvios possíveis na execução dos contratos de assistência e manutenção celebrados com entidades externas.	Implementado
	Não registar os quilómetros, as manutenções, o combustível consumido, as inspeções obrigatórias dos veículos afetos ao HDDF, EPE.	Alto	Baixo	Registar de quanto em quantos quilómetros é colocado combustível, quem é que conduz os veículos do HDDF, EPE e quantos quilómetros são percorridos, as datas das manutenções e seus gastos e por último, as datas das inspeções obrigatórias.	A implementar
Procedimentos pré-contratuais (caderno de encargos/pareceres de escolha)	Não fixação, no caderno de encargos, das especificações técnicas, tendo em conta a natureza das prestações objeto do contrato a celebrar	Alto	Médio	As especificações técnicas fixadas no caderno de encargos se adequam à natureza das prestações objeto do contrato a celebrar;	Mencionou o Responsável ("só respeitante à área de especialização")
				As cláusulas técnicas fixadas no caderno de encargos devem ser claras, completas e não discriminatórias;	Mencionou o Responsável ("só respeitante à área de especialização")
				Que é garantida a prestação atempada dos esclarecimentos, tidos por pertinentes, aos potenciais concorrentes que os solicitem, assegurando-se que tais respostas são atempadamente divulgadas e partilhadas por todos os interessados;	Mencionou o Responsável ("Da responsabilidade do serviço.")

FONTE: Elaboração própria do Serviço de Auditoria Interna com a colaboração do responsável do SIE

CONCLUSÃO

O Relatório de Execução do ano 2014 tem como intento aferir a avaliação e os resultados obtidos das medidas a adotar do Plano de Prevenção de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas do biénio 2013/2014, aprovado pelo Conselho de Administração a 15 de outubro de 2013.

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

O presente relatório pretende aferir o cumprimento das medidas a adotar, apresentadas no ano 2014, bem como refletir acerca do grau de eficácia e adequação na entidade hospitalar, e assim ainda se pretende alargar e também adequar a mais serviços/gabinetes pertencentes à estrutura orgânica do HDFF, EPE.

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

O Presidente do Conselho de Administração,

Dr. Pedro Beja Afonso

]