

Deliberação do Conselho de Administração

SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA

Ata Nº 22 9/6/17

Dr. Pedro Beja Afonso

Presidente do Conselho de Administração

Dr. José Albino Silva

Vogal do Conselho de Administração

Dr. José Grilo Gonçalves

Diretor Clínico

Mestre Anabela Salgado Serra

Enfermeira-Diretora

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



ANO 2016

SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA

Índice

INTRODUÇÃO	3
I. Metodologia	4
II. Grau de Colaboração.....	4
III. Resultados obtidos e evidências	4
a) Conselho de Administração (CA)	5
b) Serviços Farmacêuticos (SF)	9
c) Serviço de Gestão de Doentes (SGD)	11
d) Serviço de Aprovisionamento (SA).....	13
e) Serviço de Gestão de Recursos Humanos (SGRH)	16
f) Serviço de Gestão Financeira (SGF)	18
g) Gabinete de Gestão de Sistemas de Informação (GGSI).....	19
h) Serviço de Instalações e Equipamentos (SIE)	20
CONCLUSÃO	21

SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA

INTRODUÇÃO

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

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 nº 1 e nº 2 do artigo 46.º do referido diploma, menciona a elaboração anual de um relatório identificativo das ocorrências ou riscos de ocorrências, que não é mais que o Relatório de Execução do Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas.

Não obstante, o Relatório de Execução do Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas para 2016 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 HDFE, 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);

SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA

- o Serviço de gestão financeira (SGF);
- o Gabinete de gestão de sistemas de informação (GCSI);
- o Serviço de instalações e equipamentos (SIE).

I. Metodologia

O Plano de Prevenção de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PPGRCIC) para 2015/2016 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 2016 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 2015/2016, a necessidade de efetuar o Relatório de Execução de 2016. Assim, cada serviço/gabinete deveria referir os resultados obtidos em 2016 relativamente às medidas a adotar, nos respetivos riscos identificados;
2. Os Serviços mencionados no Plano enviaram os resultados obtidos no ano de 2016, 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 2016, tendo-se verificado, pela primeira vez alguns atrasados nas respostas, quando da parte do Serviço de Auditoria Interna (SAI) foi estipulado um prazo de envio. Pela primeira vez, houve um serviço que só ao envio do terceiro email por parte do SAI, a solicitar a referida informação, é que respondeu de imediato ao solicitado.

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 2016.



SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA

a) Conselho de Administração (CA)

Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE						
Responsável pelas medidas preventivas: Conselho de Administração						
Principais Atividades	Riscos Identificados	Grau de Probabilidade da Ocorrência	Impacto	Avaliação do Risco	Medidas de Prevenção a adotar	Resultados Obtidos em 2016
Delegação de competências	Abuso de autoridade delegada;	Baixo			Identificação das decisões tomadas sob delegação e subdelegação de competências nos documentos corporativos;	Existe delegação de competência, mas na prática o Conselho de Administração decide colegialmente.
	Exercício indevido de autoridade delegada	Médio - Baixo	Médio - Baixo	MÉDIO - BAIXO	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.	Sím. A distribuição de responsabilidades e atribuições pelos membros do CA são publicadas em DR e em Circular Informativa Interna.
Acumulação de funções público-privadas	Utilização de recursos públicos no exercício da atividade privada;	Médio - Baixo		MÉDIO - BAIXO	Rever anualmente todas as aprovações de acumulações de funções privadas;	
	Exercício de atividades não autorizadas;	Baixo		MÉDIO - BAIXO		
	Exercício da atividade privada durante o horário de trabalho;	Baixo		MÉDIO - BAIXO	Obrigatoriedade das acumulações já autorizadas para o exercício de funções de ensino serem confirmadas no início de cada ano letivo;	Revê-se anualmente, caso existam a acumulação de funções público-privadas. Em 2015, não existiram acumulações de funções por parte dos membros do CA.
	Comprometimentos da isenção e a imparcialidade exigidas no exercício de funções públicas;	Baixo	Médio - Baixo	MÉDIO - BAIXO		
	Não declaração de conflitos de interesse	Médio		MÉDIO		
	Tratamento privilegiado de familiar, amigo, concorrente, fornecedor ou alguém interessado na decisão.	Médio - Baixo		MÉDIO - BAIXO	Controlar regularmente e aleatoriamente os pedidos autorizados de acumulação com funções privadas, no sentido de verificar a sua atualidade e abrangência.	

Continua na página seguinte.



SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA

Principais Atividades	Riscos Identificados	Grau de Probabilidade da Ocorrência	Impacto	Avaliação do Risco	Medidas de Prevenção a adotar	Resultados Obtidos em 2016
Relações de hierarquia	Avaliações de desempenho irregulares favorecendo ou prejudicando trabalhadores;	Médio - Baixo	Médio - Baixo	MÉDIO - BAIXO	Realizar ações de formação de dirigentes, chefias e trabalhadores sobre os riscos de corrupção e as formas como os gerir;	Não existem Fomecedores com relações familiares aos dirigentes, chefias e trabalhadores do HDFF, EPE. Duas vezes por ano, no âmbito de um protocolo com a Pfizer existem formações para os Diretores de Serviço.
	Assédio moral ou discriminação contra os trabalhadores, por razões pessoais, sexuais, religiosas, ideológicas ou outras;	Baixo	Baixo	BAIXO	Criar um sistema de denúncia de casos ou situações de corrupção ou de má administração interna;	Relativamente, a um sistema de denúncia no HDFF, EPE existe um Código de Ética e um Regulamento de comunicação de Irregularidades, com email.
	Tomada de medidas lesivas contra os trabalhadores que reportem atos de corrupção, de má conduta ou violação dos deveres profissionais;	Baixo	Baixo	BAIXO	Realizar auditorias regulares de trabalhos realizados sem supervisão ou expostos a maiores riscos de corrupção.	Em 2015, o HDFF, EPE teve três auditorias externas, do M.Pereira Associados, SROC, Lda para cumprimento do nº5 da cláusula quarta do "Contrato para aquisição de serviços de auditoria financeira completas a entidades do ministério da saúde", do Tribunal de Contas, a "Auditoria orientada aos procedimentos de aquisição de bens e serviços por Unidade Hospitalar do Setor Empresarial do Estado" e da IGAS, à "Farmácia Hospitalar".
	Dissimulação ou não deteção de conduta corrupta de trabalhadores.	Médio - Baixo	Médio - Baixo	MÉDIO - BAIXO		
Conflito de Interesses	Tratamento privilegiado de pessoa ou pessoas;	Médio	Médio	MÉDIO		
	Favorecimento de concorrente a procedimento, no qual o dirigente, chefia ou trabalhador, seu familiar ou amigo tenha algum interesse na adjudicação;	Baixo	Baixo	BAIXO		
	Favorecimento de um fornecedor, no qual o dirigente, chefia ou trabalhador, seu familiar ou amigo tenha algum interesse na execução do contrato;	Baixo	Baixo	BAIXO	Promover o registo informático dos conflitos de interesses declarados pelos dirigentes, chefias e trabalhadores.	Referir as declarações de inexistência de incompatibilidades subscritas pelos membros de algumas comissões técnicas publicadas anualmente, bem como pelos membros dos júris dos procedimentos de compras efetuados, cuja declaração de interesses fica em cada processo.
	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;	Baixo	Baixo	BAIXO		
	Prejuízo de uma pessoa na tramitação de processos, na tomada de decisão ou na execução do contrato.	Baixo	Baixo	BAIXO		

Continua na página seguinte.



SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA

Principais Atividades	Riscos Identificados	Grau de Probabilidade da Ocorrência	Impacto	Avaliação do Risco	Medidas de Prevenção a adotar	Resultados Obtidos em 2016
Ofertas	Influência junto do dirigente, chefia ou do trabalhador para concederem um tratamento de favor ou ignorarem as disposições regulamentares;	Médio - Baixo	Médio - Baixo	MÉDIO - BAIXO	Proibição dos dirigentes, chefias e trabalhadores do HDFF, EPE pedir ou aceitar dádivas e outros benefícios;	Não existem registo destas situações. O HDFF, EPE possui um Código de ética e um Procedimento Disciplinar, para este tipo de situações.
	Perceção 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;	Baixo	Baixo	BAIXO	Definir procedimentos a serem observados, no caso de recebimento de presentes; Existir mecanismos legais para a prevenção e repressão em caso de incumprimento;	
	Suspeita de decisões, tomadas de forma imparcial, terem sido influenciadas pelo recebimento de presentes.	Baixo	Baixo	BAIXO	Divulgar ao público a política do HDFF, EPE, no que diz respeito ao recebimento de presentes.	
Referir que é cumprida a legislação genérica e específica que regulamenta a atribuição (ou proibição) de prémios, ofertas e outros benefícios, tais como a Lei Geral de Emprego Público (Direitos e deveres gerais do trabalhador e empregador público - exercício disciplinar), Código de Ética e Deontológico, Despacho n.º 1542/2017, de 15/02, Estatuto do Gestor Público e Código Penal.						

Continua na página seguinte.



SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA

Principais Atividades	Riscos Identificados	Grau de Probabilidade da Ocorrência	Impacto	Avaliação do Risco	Medidas de Prevenção a adotar	Resultados Obtidos em 2016
Dever de sigilo	Divulgação, resultado de relações interpessoais privilegiadas, de informações a ex-trabalhadores;	Baixo	Baixo	BAIXO	Sujeição de todos os dirigentes, chefias e trabalhadores do HDFF, EPE ao dever legal de sigilo;	Em 2015, não existiu qualquer informação relativa ao incumprimento do dever legal de sigilo, resultado do HDFF, EPE possuir um mecanismo preventivo deste dever. Na nossa entidade existe uma sensibilização contínua para a necessidade de um comportamento ético e deontológico.
	Fornecimento de informação não autorizado a terceiros com o objetivo de obtenção de vantagens pessoais;	Baixo	Baixo	BAIXO	Existência de uma política de sanções em caso de violação dos regulamentos legais;	Existe uma política geral que recai no Código do Procedimento Disciplinar.
	Divulgação aos meios de comunicação social de informação suscetível de criar perturbação interna ou externa;	Baixo	Baixo	BAIXO	Acesso à informação constante das bases de dados informáticas dependente de um processo de autenticação;	Nas várias áreas existe um nível de acesso.
	Utilização de dados dos sistemas de informação para fins privados.	Baixo	Baixo	BAIXO	Avaliar e implementar os níveis de segurança e controlo de acesso aos arquivos;	Sim, existe um procedimento de autenticação. Qualquer aplicação informática requer a autorização pessoal e intransmissível, ficando registado o respetivo acesso e/ou tentativa. Portanto, no HDFF, EPE, periodicamente existe um controlo de quem acedeu à informação arquivada.
Favorecimento	Violação dos princípios da Igualdade e da proporcionalidade.	Baixo	Baixo	BAIXO	Criação de níveis de serviço que garantam que situações iguais têm tratamentos iguais.	O HDFF, EPE tem a igualdade e a proporcionalidade como regra básica. Princípio orientador e fundamental da gestão da qual é prosseguido.

FONTE: Elaboração própria do Serviço de Auditoria Interna com colaboração do Conselho de Administração.



SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA

b) Serviços Farmacêuticos (SF)

UNIDADE ORGÂNICA: Serviço Farmacêutico (SF)						
Responsável pelas medidas preventivas: Dra. Teresa Pereira						
Principais Atividades	Riscos Identificados	Grau de Probabilidade da Ocorrência	Impacto	Avaliação do Risco	Medidas de Prevenção a adotar	Resultados Obtidos em 2016
Gestão dos produtos farmacêuticos	Acesso indevido às instalações e desvio de produtos farmacêuticos.	Baixa	Baixo	Baixa	O Serviço Farmacêuticos já restringe o acesso ao serviço. Auditoria periódica à quantidade de estupefacientes e psicotrópicos armazenados nos Serviços Farmacêuticos, nos Serviços de Internamento e Consultas Externas, com a colaboração existente entre Enfermeiros Chefes e uma Farmacêutica do MDFF, EPE. No inventário anual, a Auditoria interna do hospital assiste à contagem.	A medida preventiva foi cumprida. Foram feitas as auditorias aos estupefacientes e psicotrópicos, nos Serviços Clínicos, por uma farmacêutica. No inventário anual não foi possível a presença da Auditoria Interna a assistir às contagens.
Compras de produtos farmacêuticos	A aplicação informática (GHAF) que suporta a contratação, as compras, o desempenho e gestão dos fornecedores é desadequada e deficiente.	Baixa	Baixo	Baixa	Implementação de atualizações à aplicação informática (GHAF).	Verificaram-se algumas atualizações do GHAF. Trata-se de um processo contínuo.
	Favoritismo por determinados fornecedores.	Baixa	Baixo	Baixa	Utiliza-se a plataforma eletrónica (Gatemit) apesar de ser uma aplicação com muitas limitações para os seus utilizadores quer seja o Hospital quer sejam os fornecedores.	A Instituição adquire os medicamentos através da plataforma eletrónica, a Vortal (o Hospital, após cessação do contrato com a Gatemit, decidiu adjudicar os serviços àquela plataforma). Para além disso passou a fazer as aquisições centralizadas à SPMS, conforme as orientações da Tutela.
Normalmente o júri dos concursos é composto por duas Farmacêuticas e o Vogal Executivo.					Foi cumprido.	

Continua na página seguinte.



SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA

Principais Atividades	Riscos Identificados	Grau de Probabilidade da Ocorrência	Impacto	Avaliação do Risco	Medidas de Prevenção a adotar	Resultados Obtidos em 2016
Gestão de pedidos de autorização de introdução no HDFF, EPE	Existir conflitos de interesses na avaliação dos processos de introdução de medicamentos.	Baixa	Baixo	Baixa	Elaboração e atualização contínua (pelo menos anual) das declarações de interesse e sua divulgação; Considerar conflitos de interesse na atribuição de processos e na discussão dos pareceres emitidos.	Foram feitas as declarações de interesse pelos elementos da CFT e sua divulgação no site do Hospital.
Gestão de pedidos de alteração e renovação de introdução no HDFF, EPE	Monitorização de medicamentos de uso humano: a) divulgação, eliminação, sonegação, manipulação ou uso indevido de informação confidencial; b) ausência deliberada de rigor, isenção e objetividade na análise de ocorrências e deteção de sinal;	Baixa	Baixo	Baixa	Existe um sistema de controlo interno eficaz: 1) Existem sistemas de alerta de temperatura e humidade nos frigoríficos para evitar perda de desperdício, bem como risco de perda; 2) Efetuadas reuniões periódicas no Serviço Farmacêutico, assim como formação interna das normas elaboradas pelo serviço, incluindo a segurança do medicamento; 3) Existe parametrização de algumas interações major de medicamentos, como alertas para o médico; 4) Já há algum tempo existe uma sinalização no serviço proibindo a entrada a pessoas estranhas, assim como as portas de acesso ao Serviço estarem trancadas; 5) Existe uma norma de recolha e devolução de medicamentos com entidades externas, o qual são acionados todos os procedimentos.	Foi cumprido, à exceção formação interna das normas elaboradas pelo serviço, incluindo a segurança do medicamento.
Gestão de relatórios periódicos de segurança do medicamento.						
Gestão de Sistemas de alertas.						
Divulgação de informação de segurança.						
Suspensão e/ou revogação de autorizações de introdução dos medicamentos por motivos de segurança.	Implementação de medidas de minimização do risco: a) divulgação, eliminação, sonegação, manipulação ou uso indevido de informação confidencial; b) ausência deliberada de rigor, isenção e objetividade na gestão de informação e implementação de medidas de	Médio - Alto	Baixo	Médio		
Gestão de medidas urgentes de segurança.		Baixa	Baixo	Baixa		

FONTE: Elaboração própria do Serviço de Auditoria Interna com colaboração da Responsável do SE



SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA

c) Serviço de Gestão de Doentes (SGD)

UNIDADE ORGÂNICA: Serviço de Gestão de Doentes (SGD)					
Responsável pelas medidas preventivas: Dra. Ana Margarida Cunha					
Principais Atividades	Riscos Identificados	Grau de Probabilidade da Ocorrência	Impacto	Avaliação de Riscos	Medidas de Prevenção a adotar
Faturação	Admissão de doentes com informação incorreta (isenções e moradas).	Alto - médio	Alto	Alto	Análise comparativa mensal da cobrança de taxas moderadoras por funcionário e/ou o nº de episódios de consulta por funcionário (solicitar listagem ao GGSJ).
	Efetuar registos que permitam que se gerem GDH's economicamente mais vantajosos.	Alto	Alto	Alto	Definição de limites nas verbas para remuneração da atividade adicional por serviço (contratualização interna); Realização de auditorias clínicas.
	Anulação indevida de recibo.	Alto - médio	Alto	Alto	Todos os recibos anulados devem ser entregues, com registo do motivo da anulação e devem constar da listagem diária extraída da aplicação SONHO enviada aos Serviços de Gestão Financeira.
	Cobrança indevida de taxas moderadoras (por ex.: há cobrança de taxa com emissão de 2ª via).	Médio	Médio	Médio	Limitar o acesso a 2ªs. vias por parte dos secretários clínicos das consultas e urgências. Cobrança indevida de taxas moderadoras (por ex.: cobrança de episódio dispensados/isento de pagamento).
Atos 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.	Médio	Médio	Médio	Monitorização semanal dos atos não registados e/ou em períodos incorretos.
					Em implementação
					Em 2016 realizaram-se com os serviços, contratualizações internas no que respeita à atividade adicional.
					O HDFF, EPE realiza auditorias clínicas mensais.
					Implementado. O controlo é realizado pelos Serviços de Gestão Financeira.
					Em implementação.
					O HDFF, EPE avalia diariamente e semanalmente a execução dos registos relativos a atos clínicos.

Continua na página seguinte.

SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA

UNIDADE ORGÂNICA: Serviço de Gestão de Doentes (SGD)					
Responsável pelas medidas preventivas: Dra. Ana Margarida Cunha					
Principais Atividades	Riscos Identificados	Grau de Probabilidade da Ocorrência	Impacto	Avaliação de Riscos	Medidas de Prevenção a adotar
Requisição de MCDT's	Recurso excessivo a MCDT's ao exterior.	Médio - Baixo	Médio - Baixo	Médio - Baixo	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;
					Privilegiar o recurso a entidades públicas para execução dos MCDT's;
					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;
					Monitorização mensal, pelos centros de responsabilidade, dos MCDT's realizados no HDFP, EPE e no exterior.
					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.
Listas de espera para cirurgias	Aceitação de valores (pecuniários ou outros) em troca de favorecimento na gestão de listas de espera.	Baixo	Baixo	Baixo	Existência de processo de monitorização interna e externa de listas de espera para consulta externa e cirurgia.
					Implementado. Inexistência de histórico de incumprimento.
					Implementado. Controlo efetuado através dos sistemas de informação CTH consulta externa, SIGLIC lista de espera cirúrgica.

EDITE: Elaborado por: Serviço de Auditoria Interna com colaboração da Coordenadora do SGD



SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA

d) Serviço de Aprovisionamento (SA)

UNIDADE ORGÂNICA: Serviço de Aprovisionamento (SA)						
Responsável pelas medidas preventivas: Dr. Nuno Azevedo Neves						
Principais Atividades	Riscos Identificados	Grau de Probabilidade da Ocorrência	Impacto	Avaliação do Risco	Medidas de Prevenção a adotar	Resultados Obtidos em 2016
Compras/Logística	Aquisição de bens e serviços cujo procedimento concursal não respeite o CCP, nomeadamente, a violação das regras gerais de autorização de despesa, violação dos princípios gerais de contratação, participação económica em negócio, repetição de procedimentos de aquisição do mesmo bem/serviço ao longo do ano, fracionamento da despesa).	Baixa	Alto	MÉDIO	A atualização devida do Manual de Procedimentos Administrativos e Contabilísticos da Gestão de Compras, do qual se pretende que este vá mais além do que o "processo administrativo" de aquisição. Estes procedimentos apenas podem ser afastados em casos devidamente justificados e fundamentados. Aumento da competitividade, aumentando o leque de fornecedores consultados.	Concretizado
	Aquisição de bens e serviços por ajuste direto (incluindo aquisições diversas ao mesmo fornecedor e/ou para favorecimento de fornecedores e violação dos princípios gerais de contratação).	Alta	Médio - Alto	ALTO	Utilizar a plataforma eletrónica. Em caso de evidente necessidade de celeridade do processo, um funcionário da área em causa poderá analisar o artigo/serviço emitindo o necessário parecer de conformidade.	Concretizado
	Renovação de contratos (ou seja, falha no sistema de alerta do termo dos contratos, provocando a sua renovação automática, sem possibilidade de avaliação da necessidade de renovação).	Baixa	Alto	MÉDIO	Verificação, pelo Serviço de Aprovisionamento, da base de dados de contratos e respetiva calendarização, com elaboração de listagem mensal dos contratos suscetíveis de renovação, para que a avaliação da mesma se processe com uma antecedência mínima de 60 dias em relação à data de denúncia; Criação/implementação de um sistema de alertas informático.	Concretizado

Continua na página seguinte.



SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA

Principais Atividades	Riscos Identificados	Grau de Probabilidade da Ocorrência	Impacto	Avaliação do Risco	Medidas de Prevenção a adotar	Resultados Obtidos em 2016
Património	A aplicação informática que suporta a gestão de imobilizado é desadequada e deficiente.	Baixa	Alto	MÉDIO	Implementação de atualizações à aplicação informática.	Concretizado
	Inexistência de manual de procedimentos de gestão de imobilizado.	Baixa	Alto	MÉDIO	Atualizações periódicas de 3 em 3 anos do manual de procedimentos.	Concretizado
	Abates (bem abatido continuar nos serviços, abates sem autorização do órgão competente, bens dados como consumidos e continuarem no serviço abastecedor, utilização indevida para fins privados de bens abatidos documentalmente no período até à sua eliminação física, proposta indevida de envio de bens para abate).	Alta	Médio	ALTO - MÉDIO	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).	Não realizado
	Cedência de equipamento (cedência de equipamento por pessoa/serviço sem competência, gerando utilização indevida de bens).	Alta	Alto	ALTO	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).	Não realizado
	Transferências de bens (transferências de bens sem comunicação, apropriação indevida de bens, desaparecimento de bens, desatualização das fichas dos bens, peculato de uso, abuso de poder).	Alta	Alto	ALTO		Não realizado

Continua na página seguinte.



SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA

Principais Atividades	Riscos Identificados	Grau de Probabilidade da Ocorrência	Impacto	Avaliação do Risco	Medidas de Prevenção a adotar	Resultados Obtidos em 2016
Gestão de Inventários	Acesso indevido às instalações e desvio de materiais.	Alta	Alto	ALTO	Restrição do acesso aos armazéns a pessoal autorizado;	Concretizado
					Implementação de uma política de controlo geral de acesso;	Em realização
					Realização de contagens físicas periódicas, aos materiais de grande volume financeiro;	Não realizado
					Implementação de sistema informático que permita a visualização das quantidades existentes no momento das contagens físicas;	Concretizado
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.	Média	Alto	ALTO - MÉDIO	Auditoria periódica à quantidade de bens em armazém, com a colaboração de elementos exteriores ao SA e aos serviços que possuam reposição automática;	Não realizado
					Cruzamento dos indicadores de gestão periódicos com os indicadores e registos de gestão da produção.	Concretizado
					Ações periódicas de verificação do cumprimento das regras de utilização/manuseamento dos documentos.	Concretizado



SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA

e) Serviço de Gestão de Recursos Humanos (SGRH)

UNIDADE ORGÂNICA: Serviço de Gestão de Recursos Humanos (SGRH)						
Responsável pelas medidas preventivas: Dra. Olinda Rocha						
Principais Atividades	Riscos Identificados	Grau de Probabilidade da Ocorrência	Impacto	Avaliação de Riscos	Medidas de Prevenção a adotar	Observações
Gestão de pessoal (gestão de cadastro)	Falsa informação de dados do pessoal existente e contratado.	Baixo	Alto	MÉDIO	Definição de um procedimento transversal a todo o NDFF, EPE com medidas anuais de controlo. Sensibilizar os intervenientes decisores no âmbito dos procedimentos de recrutamento e seleção, de avaliação ou de outros de gestão de pessoal, para a necessidade de fundamentação das suas decisões.	A eventual inconformidade dos dados do pessoal, nomeadamente de natureza técnica (qualificações académicas e profissionais) é validada perante a apresentação dos documentos originais; A consulta periódica por amostragem, em auditoria interna, não tem demonstrado irregularidades - 0%.
	Apresentação de documentos de habilitação falsos e/ou fora de prazo.	Baixo	Alto	MÉDIO		O procedimento transversal no NDFF, com controlo direto do CA, passa pela realização de procedimento concursal (bolsa de recrutamento), autorizado pela Tutela (SES) para qualquer recrutamento a efetuar;
	Favorecimento na contratação de pessoal.	Baixo	Alto	MÉDIO		Rotatividade dos membros do júri com convite a membros externos, fundamentação bastante das decisões, entre outros - 0% de redempções procedentes.
	Acumulação de funções sem prévia autorização	Alto - médio	Alto - médio	ALTO - MÉDIO	O SGRH deve exigir, por escrito, a formalização de acumulação de funções para ser aprovado em CA, de acordo com diploma legal em vigor: F7/G19/F47/G18/F7/G20/F7/G18/F7/G16/F7/G14/F7/G16/F7/G18	Mediante formulário próprio do SGRH, o trabalhador formaliza o pedido de acumulação de funções e deve juntar doc. da entidade onde pretende acumular com o n.º de horas, valor/hora e outros dados, para o CA aprovar.
	Processo de avaliação de desempenho, nomeadamente no que respeita à ausência ou deficiente fundamentação dos resultados das decisões de avaliação.	Alto - médio	Alto - médio	ALTO - MÉDIO	Verificação anual por amostragem baseada nas avaliações que se situam fora da média.	A verificar-se, designadamente nas propostas de avaliação com menção de desempenho de "relevante" a sua não fundamentação, o CCA aprovou como orientação a todos os avaliadores, que em fase de "harmonização" a sua eventual não validação como desempenho de "relevante".

Continua na página seguinte.



SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA

UNIDADE ORGÂNICA: Serviço de Gestão de Recursos Humanos (SGRH)						
Responsável pelas medidas preventivas: Dra. Olinda Rocha						
Principais Atividades	Riscos Identificados	Grau de Probabilidade da Ocorrência	Impacto	Avaliação de Riscos	Medidas de Prevenção a adotar	Observações
Gestão de processamento de remunerações	Processamentos incorretos de: - Remunerações; - Abonos, Ajudas de Custo, subsídios, etc.; - Trabalho extraordinário, trabalho em dias de descanso semanal, complementar e feriadiz;- Descontos CGA, ADSE, SS, IRS, etc.; - Despesas comparticipadas para a ADSE.	Baixo Baixo Baixo O controlo é efetuado pela ADSE.	Alto Alto Alto	MÉDIO MÉDIO MÉDIO N/A	Verificação anual num período a teor do cumprimento do programa específico para esta área, no âmbito do sistema de controlo interno existente (por ex: conferência de folha de processamento dos 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 - SS, IRS e, de outros abonos recebidos).	Na amostragem a teor da, em auditoria interna - 0% de taxa de erros. Relativamente às ajudas de custo, são as mesmas atribuídas e processadas nos termos da lei, em formulário próprio, validado e autorizado pelo CA. Considerando nula a taxa de erros nas remunerações e outros abonos, os descontos por sua vez a para medir pelo RHV serão corretos - 0% de redempções procedentes.
	Controlo inadequado das escalas (turnos).	Baixo	Alto	MÉDIO	Verificação semestral por amostragem baseada nos salários dos trabalhadores do sistema de registo biométrico.	● A verificação mensal pelo registo biométrico dos trabalhadores com horário fixo, não tem demonstrado irregularidades; ● As escalas, horários de trabalho mensal mente são verificados/validados; quer para aferir do pagamento de suplementos por horas incomodativas, trabalho suplementar/extra, descansos compensatórios por trabalho noturno, descansos semanais (folgas) por trabalho em dia de descanso complementar e/ou obrigatório.
	Controlo indevido da assiduidade (processamento de faltas como justificadas (indevidamente)).	Baixo	Alto	MÉDIO		● Os mapas de férias são distribuídos aos Serviços em fevereiro de cada ano com o n.º de dias de férias apurado e verificado; após preenchimento voltam SHH novamente para validação e posteriormente são enviados ao CA para aprovação; ● Relativamente às ausências prolongadas/ suspensão de contrato (por ex: por doença) comportam estas, diminuição de dias de férias, quando a ausência é superior a 30 dias e ocorre na transição de um ano para o outro, ou seja, a 01 de janeiro o trabalhador não se encontra em efetividade de funções, não vencendo o dia a férias à semelhança dos anos anteriores; Esse ano é tratado como fosse o ano de contratação, (2 dias de férias por cada mês de trabalho, até ao limite de 20 dias); A aplicação deste regime vem como a própria aplicação do RHV, obedece em termos da lei.
	Atribuição de dias de férias em número superior ao que o trabalhador tem direito, aquando da elaboração do Mapa de férias.	Baixo	Alto	MÉDIO	Verificação anual por amostragem baseada em ausências prolongadas ou com padrões repetitivos.	● Igual mente tem merecido atenção a marcação de férias aos trabalhadores titulares de contrato de trabalho a tempo parcial e/ou horário semanal reduzido. Nestes casos, a marcação de férias não pode contornar os dias de não trabalho, caso contrário, terão ser atribuídos os dias de férias na proporção dos dias semanais de trabalho.
Favorecimento a trabalhador enquanto da aplicação das regras da Mobilidade Interna, Cedência de Interesse público e Comissão de serviço.		Inexistente	Alto	N/A		Atual mente a mobilidade interna de profissionais na AP é diminuída, de uma forma geral, diz respeito ao SNS, sendo aí controlada pela respetiva ABS Regional, posteriormente pela ACS e Secretaria de Estado da Saúde. Não implica acréscimo de custos sendo formalizada dentro do SNS.

FONTE: Elaboração própria do Serviço de Auditoria Interna com colaboração da Responsável do SGRH



SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA

f) Serviço de Gestão Financeira (SGF)

UNIDADE ORGÂNICA: Serviço de Gestão Financeira (SGF)						
Responsável pelas medidas preventivas: Dra. Eduarda Rola						
Principais Atividades	Riscos Identificados	Grau de Probabilidade da Ocorrência	Impacto	Avaliação de Riscos	Medidas de Prevenção a adotar	Resultados Obtidos em 2016
Contas a Pagar e a Receber	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).	Médio - Baixo	Médio - Baixo	Médio - Baixo	Implementação das medidas de controlo interno, numa perspetiva de deteção 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 SGF não conseguem controlar o recebimento dos episódios de urgência cobrados a "Independentes" (utentes sem nº SNS). Estas situações são muito pontuais.	Relativamente, aos episódios de urgência cobrados a "Independentes" (utentes sem nº SNS) o SGF controla diariamente esta situação. Atualmente, o SONHO emite uma listagem diária dos valores recebidos relativamente às faturas emitidas a independentes.
	Alteração indevida de dados dos fornecedores.	Baixo	Baixo	Baixo	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;	A nível da aplicação do SICCC não existe uma segregação de funções com perfis de acesso aos dados contabilísticos (ex: não existe perfil só de consulta de dados). As restantes medidas estão implementadas.
Tesouraria	Cobranças não depositadas integralmente.	Baixo	Baixo	Baixo	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;	Estas medidas estão integralmente implementadas.
	Desvio de fundos podendo assumir duas formas: a) o NIB não corresponder à instituição/empresa correta; b) transferência/pagamento do valor diferente do autorizado.	Baixo	Baixo	Baixo	Minimizar valor das disponibilidades em caixa; Controlo periódico do caixa; Utilização de "senhas" para acesso aos sistemas informáticos, incluindo homebanking;	Estas medidas estão integralmente implementadas.
Aplicação de fundos	Favorecimento de instituição bancária;	Baixo	Baixo	Baixo	Toda e qualquer autorização de aplicação de fundos são submetidas ao Conselho de Administração. O princípio da unidade de tesouraria obriga a trabalhar só com o ICGP.	Estas medidas estão integralmente implementadas.
	Rendimentos das aplicações não contabilizadas ou incorretamente contabilizadas.	Baixo	Baixo	Baixo	Procede-se com frequência, a reconciliação bancária, por profissional diferente do registo da respetiva aplicação e consequente rendimento.	Não temos rendimentos das aplicações de fundos.

Fonte: Elaborado no âmbito do Serviço de Auditoria Interna com colaboração da Responsável do SGF



SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA

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

UNIDADE ORGÂNICA: Gabinete de Gestão de Sistemas de Informação (GGSi)						
Responsável pelas medidas preventivas: Eng. Francisco Leitão						
Principais Atividades	Riscos Identificados	Grau de Probabilidade da Ocorrência	Impacto	Avaliação do Risco	Medidas de Prevenção a adotar	Resultados Obtidos em 2016
Alienação de informação	Disponibilização de informação de saúde de particulares a terceiros;	Baixa	Média	Médio-Baixo	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 standard técnicos e de acordo com orientações superiores, nomeadamente a SPMS.
	Disponibilização de informação de saúde geral a terceiros;				Desenvolvimento de um modelo funcional de segurança.	Em finalização.
Gestão da informação interna	As aplicações existentes são morosas.	Média	Média	Médio	Licenciamento de produtos que permitam controlar fortemente o acesso à BD, inclusivamente para administradores de base de dados, para só ver quem deve ver.	Parcial. Dependência dos sistemas externos disponibilizados centralmente pelos SPMS dos quais não informação sobre a matéria.
	Falhas na inativação de permissões de acesso já caducadas.				Monitorização semestral das aplicações informáticas existentes na entidade hospitalar quer nos serviços de produção quer nos serviços administrativos.	sistemática
Favorecimento de entidades	Falhas na inativação de permissões de acesso já caducadas.	Média - Alta	Média - Baixa	Médio	Implementação e divulgação de regras de comunicação ao Gabinete de Gestão de Sistemas de Informação da saída ou mudança de local dos trabalhadores.	Finalizado. E em monitorização.
	Favorecimento de fornecedores de produtos e serviços;				Implementação de modelos de revisão periódica obrigatória das passwords com caducidade.	Automático. Também condicionados pelas aplicações de acesso externo da responsabilidade do MS.
		Baixa	Baixa	Baixa	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.

FONTE: Elaboração própria do Serviço de Auditoria Interna com colaboração do Responsável do GGSi



SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA

h) Serviço de Instalações e Equipamentos (SIE)

UNIDADE ORGÂNICA: Serviço de Instalações e Equipamentos (SIE)						
Responsável pelas medidas preventivas: Eng. Victor Ribeiro						
Principais Atividades	Riscos Identificados	Grau de Probabilidade da Ocorrência	Impacto	Avaliação do Risco	Medidas de Prevenção a adotar	Resultados Obtidos em 2016
Planeamento, coordenação e acompanhamento de manutenções das instalações e equipamentos existentes no HDFF, EPE	Não existir controlo dos planos de manutenção aprovados quer para instalações quer para equipamentos	Baixa	Médio	Médio-Baixo	Existência de um controlo interno de planos de manutenção por equipamento, por serviço e por fornecedor.	Está implementado. Existe um controlo periódico.
	A não fiscalização de todas as instalações e dos equipamentos médico, hoteleiro e administrativo de modo a garantir a segurança e funcionalidade dos mesmos.	Baixa	Médio	Médio-Baixo	Periódicamente dever ser realizada uma fiscalização a todos os serviços do HDFF, EPE, de modo a prevenir situações desagradáveis (ex: inundações, paredes com bolor, chão levantado devido a infiltrações, etc.). Quanto aos equipamentos médicos, hoteleiros e administrativos existir uma manutenção preventiva e ativa.	Está implementado.
	Aumentos excessivos de electricidade, da água e dos fluidos.	Média	Médio	Médio	Mensalmente verificar os consumos da electricidade, da água e dos fluidos, para prevenir exaustos que possam ocorrer devido a fugas.	Está implementado.
	Não atualização do cadastro dos equipamentos.	Alto	Baixo	Médio	Mensalmente analisar e atualizar o cadastro dos equipamentos.	Anualmente ou aquando de aquisições.
	Não ter conhecimento nem acompanhar a execução dos contratos de assistência e manutenção celebrados com entidades externas.	Média	Médio	Médio	Acompanhar, analisar e identificar desvios possíveis na execução dos contratos de assistência e manutenção celebrados com entidades externas.	Está implementado.
Procedimentos pré-contratuais (caderno de encargos/pareceres de escolha)	Não registar os quilómetros, as manutenções, o combustível consumido, as inspeções obrigatórias dos veículos afetos ao HDFF, EPE.	Alto	Baixo	Médio	Registar de quanto em quanto quilómetros é colocado combustível, quem é que conduz os veículos do HDFF, EPE e quantos quilómetros são percorridos, as datas das manutenções e seus gastos e por último, as datas das inspeções obrigatórias.	Está implementado.
	Não fixação, no caderno de encargos, das especificações técnicas, tendo em conta a natureza das prestações objeto do contrato a celebrar.	Alto	Médio	Alto-Médio	As especificações técnicas fixadas no caderno de encargos se adequam à natureza das prestações objeto do contrato a celebrar; As cláusulas técnicas fixadas no caderno de encargos devem ser claras, completas e não discriminatórias; 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;	Pelas boas práticas, quer as especificações quer as cláusulas técnicas são fixadas no caderno de encargos. Existe uma plataforma eletrónica que acutela este tipo de procedimentos.

FONTE: Elaboração própria do Serviço de Auditoria Interna com colaboração da Responsável do SIE

SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA

CONCLUSÃO

O Relatório de Execução do ano 2016 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 2015/2016, aprovado pelo Conselho de Administração a 2 de julho de 2015.

Antes de qualquer avaliação, importa realçar que se tratou do quarto 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 2016, 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.

Figueira da Foz, 06 de junho de 2017

