



Atualização
DEZEMBRO 2018

Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas

0279_Pla_PROS | E1.R3

SÍNTESE:

O Conselho de Prevenção da Corrupção emitiu diversas recomendações que incidem sobre a necessidade das entidades gestoras de dinheiro, valores e património públicos, adotarem e divulgarem planos de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas (PGRIC), os quais devem identificar de forma exaustiva os riscos de gestão, incluindo os de corrupção, bem como as medidas preventivas a adotar. Neste contexto, e em alinhamento com os seus objetivos estratégicos, o HSMM, elaborou o presente Plano que integra os riscos de gestão mais relevantes, nos quais se incluem os de corrupção e infrações conexas.



Serviço de Auditoria Interna

Barcelos, 25 de janeiro de 2019

FICHA TÉCNICA

TÍTULO

**PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE
CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS**

ENQUADRAMENTO

- Alínea e) do número 2 do artigo 19.º do Decreto-Lei nº 18/2017 de 10/02
- Recomendações do Conselho de Prevenção da Corrupção: n.º 1/2009, de 1 de julho, n.º 1/2010, de 07/04, recomendação de 1 de julho de 2015.

ENTIDADE

Hospital Santa Maria Maior, EPE

ELABORAÇÃO

Serviço de Auditoria Interna

PARTICIPAÇÃO

Diretores/Responsáveis dos serviços do HSMM.

CONTACTO:

auditoriainterna@hbarcelos.min-saude.pt



ÍNDICE

SIGLAS	4
1. Introdução	5
2. Caracterização do Hospital	6
Missão	6
Visão	6
Valores	6
Ética	7
Estrutura Orgânica	8
3. Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas	13
Fatores de Risco	14
Riscos de Corrupção e Infrações Conexas	15
Áreas de Risco	15
Metodologia	15
Identificação dos Potenciais Riscos e Respetivas Medidas Preventivas	16
4. Controlo e Monitorização do Plano	17
5. ANEXO I – Riscos Identificados por Área e Respetivas Medidas Preventivas	19

SIGLAS

CA	Conselho de Administração
CCA	Conselho Coordenador de Avaliação
CPC	Conselho de Prevenção da Corrupção
EPE	Entidade Publica Empresarial
ER	Escala de Risco
GDH	Grupo de Diagnósticos Homogéneos
GGQ	Gabinete Gestão Qualidade
GC	Gravidade da Consequência
GJ	Gabinete Jurídico
HSMM	Hospital Santa Maria Maior
MCDT	Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
NIB	Número de Identificação Bancária
PGRIC	Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas
PO	Probabilidade de Ocorrência
PPCIRA	Programa de Prevenção de Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos
ROC	Revisores Oficiais de Contas
SA	Serviço de Aprovisionamento
SAI	Serviço de Auditoria Interna
SF	Serviços Financeiros
SFARM	Serviços Farmacêuticos
SG	Serviços Gerais
SGD	Serviço de Gestão de Doentes
SGRH	Serviços de Gestão de Recursos Humanos
SGSI	Serviço de Gestão de Sistemas de informação
SIADAP	Sistema Integrado de Avaliação do Desempenho da Administração Pública
SIET	Serviço de Instalações, Equipamentos e Transporte
SROC	Sociedade de Revisores Oficiais de Contas
UFNA	Unidade Funcional de Nutrição e Alimentação



1. INTRODUÇÃO

O Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC), criado pela Lei n.º 54/2008, de 4 de setembro, é, de acordo com o artigo n.º 1, uma entidade administrativa independente, que funciona junto do Tribunal de Contas, e desenvolve uma atividade de âmbito nacional no domínio da prevenção da corrupção e infrações conexas.

Neste contexto, o CPC emanou as Recomendações n.º 1/2009, de 1 de julho, n.º 1/2010, de 7 de abril e a recomendação de 1 de julho de 2015 as quais incidem sobre a necessidade das entidades gestoras de dinheiro, valores e património públicos, adotarem e divulgarem planos de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas (PGRIC), os quais devem identificar de forma exaustiva os riscos de gestão, incluindo os de corrupção, bem como as medidas preventivas a adotar.

Em alinhamento com os seus objetivos estratégicos, o HSMM, elaborou o presente Plano que integra os riscos de gestão mais relevantes, nos quais se incluem os de corrupção e infrações conexas, acolhendo as diversas recomendações emanadas pelo CPC no domínio da prevenção da corrupção e infrações conexas.

Desde a elaboração da última versão do PGRIC, em janeiro de 2016, ocorreram diversas alterações no HSMM, provocadas por alterações legais ou alterações na própria organização (estrutura, novas competências/funções), que justificam a realização de ajustamentos ao Plano, quer na identificação dos riscos, quer nas medidas de prevenção e controlo a implementar nas diferentes áreas de risco da instituição.

Pretende-se assim, com este plano, identificar as principais situações potenciadoras de risco, elencar as medidas preventivas e corretivas que possibilitem a sua mitigação, bem como definir a metodologia de monitorização e de implementação dessas medidas.

De referir que várias das medidas preconizadas estão já implementadas, constituindo a sua inclusão no Plano uma formalização das mesmas e um reforço da sua divulgação, interiorização e monitorização.

A estratégia de prevenção da corrupção não se esgota na elaboração do presente instrumento de gestão, mas requer um esforço e compromisso de todos aqueles que integram a organização.

O presente Plano aplica-se a todos os colaboradores do HSMM que nela prestem efetivamente serviço, de forma temporária ou por tempo indeterminado.

2. CARATERIZAÇÃO DO HOSPITAL

O Hospital Santa Maria Maior (HSMM) foi constituído como Entidade Pública Empresarial (EPE) pelo Decreto-Lei n.º 93/2005 de 7 de junho, regendo-se pelos Estatutos dos Hospitais EPE, constantes no anexo II do Decreto-Lei n.º 18/2017 de 10 de fevereiro. O HSMM rege-se igualmente pelo Regime Jurídico do Setor Empresarial do Estado, Decreto-Lei n.º 133/2013 de 3 de outubro, e por outras normas especiais decorrentes do seu objeto social.

O HSMM está integrado na rede hospitalar do Serviço Nacional de Saúde, é uma pessoa coletiva de direito público de natureza empresarial, dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, constituída por tempo indeterminado.

MISSÃO

O HSMM, tem por **missão** prestar cuidados com qualidade à população da sua área de influência, promovendo e assegurando, em simultâneo, o desenvolvimento dos seus profissionais, num quadro de eficiência e de eficácia, respeitando sempre o princípio da humanização e promovendo uma cultura de espírito de grupo com forte sentido de orgulho e pertença à instituição.

VISÃO

A **visão** do HSMM é ser uma organização de referência, reconhecida pelos melhores indicadores na área de prestação de cuidados de saúde, pela sua sustentabilidade e comprometimento de todos os seus profissionais, incrementando o seu nível de diferenciação.

VALORES

No desenvolvimento da sua atividade o HSMM e os seus colaboradores regem-se pelos seguintes **valores**:

- a) Respeito pela dignidade humana;
- b) Qualidade, assegurando os melhores níveis de resultados e de serviços;
- c) Atitude centrada no primado do doente;
- d) Cultura de excelência técnica e do cuidar;



- e) Cultura de valorização profissional, assente na qualificação, inovação e responsabilização.

Na sua atuação, o Hospital pautar-se-á pela prossecução dos seguintes **objetivos**:

- a) Tratar com zelo e equidade todos os utentes a quem presta serviços de saúde;
- b) Cumprimento das metas negociadas com a tutela;
- c) Eficácia técnica, eficiência e melhoria contínua, num quadro de desenvolvimento económico e financeiro sustentável;
- d) Desenvolvimento profissional dos colaboradores, promovendo níveis de motivação e comprometimento com a instituição.

O cumprimento dos objetivos assumidos pelo HSMM, nomeadamente através de contratos programa e dos planos de ação, serão objeto de avaliação interna e externa, no sentido de assegurar a concretização das metas estabelecidas pelo Ministério da Saúde e o sucesso do Hospital enquanto organização.

ÉTICA

O HSMM dispõe de um Código de Ética homologado pelo Conselho de Administração em 27.09.2018. O Código de Ética pretende consagrar as regras e princípios do HSMM no exercício da sua missão, ou seja, na prestação de cuidados de saúde de qualidade à população da sua área de influência, assegurando, em simultâneo, o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores, num quadro de eficiência e de eficácia e está disponível para consulta em <http://www.hbarcelos.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/11/2017/12/codetica.pdf>.

No desenvolvimento da sua atividade o HSMM e os seus colaboradores têm como base os seguintes valores essenciais:

- RESPEITO pela dignidade humana;
- QUALIDADE, assegurando os melhores níveis de resultados e de serviço;
- Atitude centrada no DOENTE e na promoção da saúde na comunidade;
- Cultura de EXCELÊNCIA técnica e do cuidar;
- Cultura de VALORIZAÇÃO profissional assente na QUALIFICAÇÃO, INOVAÇÃO E RESPONSABILIZAÇÃO.

A ética requer a implementação de um processo reflexivo acerca dos princípios, valores, direitos e deveres que regem as práticas dos profissionais de saúde, inserindo-se assim os

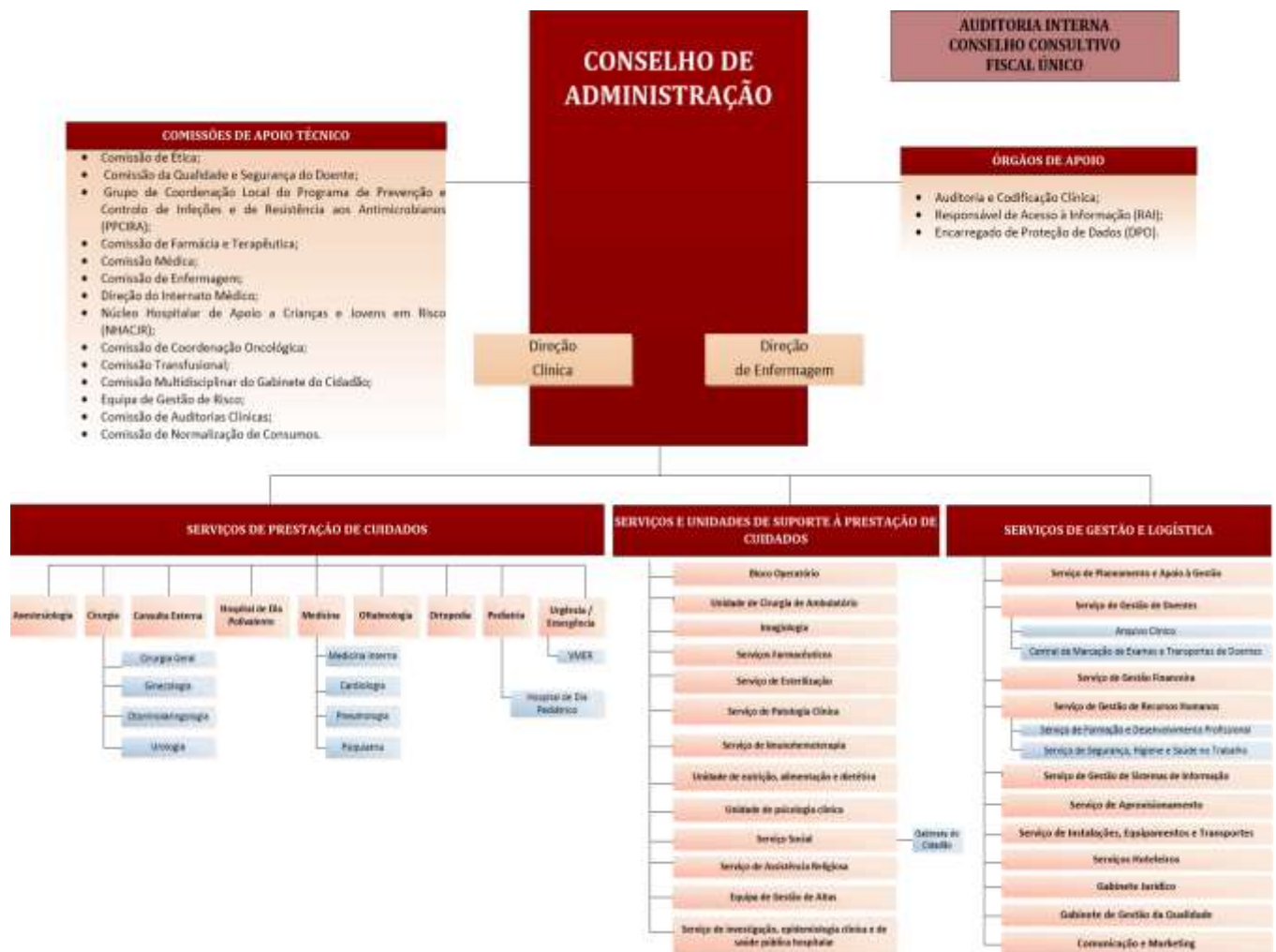
conceitos de cuidado humanizado e de uma ética personalista, que considera a pessoa humana como o primeiro e o mais elevado de todos os valores.

ESTRUTURA ORGÂNICA

ORGANOGRAMA

Os hospitais E. P. E. organizam-se de acordo com as normas e critérios genéricos definidos pela tutela em função das suas atribuições e áreas de atuação específicas, devendo os respetivos regulamentos internos prever a estrutura orgânica com base em serviços agregados em departamentos e englobando unidades funcionais.

Assim, de acordo com o seu Regulamento Interno, o HSMM tem a seguinte organização:



CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

CARGO	NOME
Presidente Conselho Administração	Joaquim Barbosa
Vogal Executiva	Maria José Simões
Diretor Clínico	Rui Guimarães
Enfermeiro Diretor	Manuel Joaquim Passos

O Conselho de Administração do HSMM, para o triénio 2016-2018, é composto por um presidente e três vogais, nomeados por Resolução de Conselhos de Ministros n.º 9/2016, publicada no Diário da República n.º 61/2016, Série II, de 29 de março

O mandato tem a duração de três anos renovável uma única vez, permanecendo estes no exercício das suas funções até à designação dos novos titulares, sem prejuízo da renúncia a que houver lugar.

O Conselho de Administração tem como competência garantir o cumprimento dos objetivos básicos, bem como o exercício de todos os poderes de gestão que não estejam reservados a outros órgãos e, em especial, as competências que lhe são reservadas no artigo 7º do Anexo II, do Decreto-Lei n.º 18/2017 de 10 de fevereiro.

Sem prejuízo das competências específicas do presidente do conselho de administração, do diretor clínico e do enfermeiro diretor, a cada membro do conselho de administração poderá ser atribuída a responsabilidade de pelouros próprios.

FISCAL ÚNICO

CARGO	NOME
Fiscal Único Efetivo	CRC – Colaço, Rosa, Coelho & Associado, SROC, Lda.
Fiscal Único Suplente	Luís Manuel da Silva Rosa, ROC n.º 628

O Fiscal Único e Fiscal Único Suplemente foram designados, por Despacho Conjunto Finanças e Saúde, de 12.07.2018, para o mandato 2018-2020.

Ao Fiscal Único compete o controlo da legalidade, da regularidade e da boa gestão financeira e patrimonial do HSMM e, em especial, as competências atribuídas no artigo 17º do Anexo II, do Decreto-Lei n.º 18/2017 de 10 de fevereiro.

CONSELHO CONSULTIVO

O Presidente do Conselho Consultivo aguarda nomeação por parte da tutela.

As competências do Conselho Consultivo estão definidas no artigo 22º do Anexo II, do Decreto-Lei n.º 18/2017 de 10 de fevereiro.

SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA

O HSMM possui auditor interno desde 2006 a quem compete a avaliação dos processos de controlo interno e de gestão de riscos, nos domínios contabilístico, financeiro, operacional, informático e de recursos humanos, contribuindo para o seu aperfeiçoamento contínuo.

CARGO	NOME
Auditora Interna (Diretora de Serviço)	Cristina Pereira
Técnica de Auditoria	Adriana Cunha

Ao serviço de auditoria interna compete, em especial, o definido no artigo 19º do Anexo II, do Decreto-Lei n.º 18/2017 de 10 de fevereiro.

COMISSÕES

Com o objetivo apoiarem a estrutura do HSMM, na concretização da sua missão com elevados níveis de eficiência e qualidade, o hospital dispõe de comissões de apoio técnico.

As comissões de apoio técnico são órgãos de carácter consultivo que têm por função colaborar com o Conselho de Administração, por sua iniciativa ou a pedido daquele, nas matérias da sua competência.

O HSMM dispõe, tal como preconizado no art.º 24 dos estatutos, dos seguintes órgãos de apoio técnico:

COMISSÃO/ÓRGÃO DE APOIO	RESPONSÁVEL/COORDENADOR
Comissão de Ética	Horácio Barra
Comissão de Qualidade e Segurança do Doente	Joaquim Barbosa
Grupo de Coordenação Local do PPCIRA	Aura Gonçalves
Comissão de Farmácia e Terapêutica	Carlos Oliveira
Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco	Ivone Teixeira
Comissão de Coordenação Oncológica	Marta Gomes
Comissão Médica	Rui Guimarães
Direção Internato Médico	Márcia Ribeiro
Direção de Enfermagem	Joaquim Passos
Equipa para a Prevenção da Violência em Adultos (EPVA)	Ivone Teixeira
Conselho Coordenador de Avaliação SIADAP 3 (CCA)	Joaquim Barbosa
Unidade Hospitalar de Gestão de Inscritos para Cirurgia (UHGIC)	Elsa Amorim
Conselho de Coordenação da Avaliação do SIADAP Médico	Rui Guimarães
Conselho Coordenador de Avaliação (carreira de enfermagem)	Joaquim Passos
Equipa Gestão de Risco	Ana Ogando
Comissão de Informatização Clínica	Sara Sena Esteves
Equipa Auditorias Internas Triage de Manchester	Rui Gonçalves
Comissão de Auditorias Clínicas	Ana Martins

O funcionamento e competências estão definidos em regulamento próprio.

De acordo com o previsto no Regulamento Interno, o HSMM encontra-se organizado em três áreas distintas:

- Serviços de Prestação de Cuidados;
- Serviços de Suporte à Prestação de Cuidados;
- Serviços de gestão e logística.

SERVIÇOS DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

SERVIÇOS DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS	DIRETOR/RESPONSÁVEL
Anestesiologia	Isabel Santos
Oftalmologia	Natacha Moreno
Cirurgia Geral	Pratas Balhau
Ginecologia	Esmeralda Feliciano
Otorrinolaringologia	Sara Sena Esteves
Urologia	André Quinta
Consulta Externa	Miguel Costa
Hospital de Dia Polivalente	Marta Gomes
Medicina Interna	Carlos Oliveira
Cardiologia	Alexandra Sousa
Pneumologia	Nuno Pires
Ortopedia	Luís Miguel Silva
Pediatria (incluindo Hospital de Dia Pediátrico)	Goreti Lobarinhas
Urgência/Emergência	Ana Sofia Barroso
VMER	Rui Pinto (coordenador)

Aos diretores de serviço compete, com salvaguarda das competências técnicas e científicas atribuídas a outros profissionais, planear e dirigir com autonomia toda a atividade do serviço, sendo responsável pela correção e prontidão dos cuidados de saúde a prestar aos utentes, bem como pela utilização e eficiente aproveitamento dos recursos colocados à sua disposição. Compete ainda, em especial, ao diretor de serviço, o definido no artigo 39º do regulamento interno do HSMM.

SERVIÇOS DE SUPORTE À PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

SERVIÇO	DIRETOR/RESPONSÁVEL
Bloco Operatório	Isabel Santos
Unidade de Cirurgia de Ambulatório	Alberto Magalhães
Imagiologia	Manuela Senra
Serviços Farmacêuticos	Maria João Peixoto
Serviço de Esterilização	Rui Gomes
Imunohemoterapia	
Patologia Clínica	António Tadeu
Unidade de Psicologia Clínica	Daniela Simões
Unidade Nutrição, Alimentação e Dietética	Isabel Fernandes

SERVIÇO	DIRETOR/RESPONSÁVEL
Serviço Social (incluindo Gabinete Cidadão)	Júlia Pogeira
Equipa Gestão de Altas	Paula Machado
Serviço de Assistência Religiosa	Hermano Rodrigues

Aos diretores dos serviços de suporte à prestação de cuidados aplica-se, com as necessárias adaptações, as competências e princípios gerais de direção definidas no Regulamento Interno do HSMM e respetivos regulamentos dos serviços.

SERVIÇOS DE GESTÃO E LOGÍSTICA

SERVIÇO	DIRETOR/RESPONSÁVEL
Serviço de Planeamento e Apoio à Gestão	José Barbosa
Serviço Gestão de Doentes ^{a)}	Luís Arantes
Serviço de Gestão Financeira	Carlos Magalhães
Serviço de Gestão de Recursos Humanos ^{b)}	La Salete Monteiro
Serviço de Gestão de Sistemas de Informação	José Carlos Matos
Serviço de Aprovisionamento	Fernanda Lima
Serviço de Instalação, Equipamentos e Transporte	José Castro
Serviços Hoteleiros ^{c)}	Luciana Alves
Gabinete Jurídico	Ana Santos
Gabinete de Gestão da Qualidade	Ana Sofia Silva
Comunicação e Marketing	

^{a)} inclui o arquivo clínico e a central de marcação de exames e transportes de doentes.

^{b)} inclui o serviço de formação e desenvolvimento profissional e serviço de segurança, higiene e saúde no trabalho.

^{c)} inclui vigilância e segurança, tratamento de roupa, alimentação, limpeza e desinfeção, central de tratamento de resíduos, casa mortuária, central telefónica, relações públicas e jardinagem.

Os diretores/responsáveis de serviço reportam ao membro do Conselho de Administração, em função das atribuições individualmente definidas nos termos da delegação de competências. As competências dos serviços de gestão e logística estão definidas no regulamento interno do HSMM e regulamentos dos serviços.

3. GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

De acordo com a definição da *ERM-Enterprise Risk Management do Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission (COSO)*, a gestão do risco é definida como "*um processo desenvolvido pela administração, diretores e demais colaboradores de uma organização, aplicado na definição de uma estratégia transversal a toda empresa, concebido para identificar eventos potenciais que possam afetar a organização, e gerir o risco, dentro do nível de risco que a organização está disposta a aceitar, de forma a assegurar um nível de confiança razoável dentro do cumprimento dos objetivos da organização.*"

Com base na definição da missão ou visão da instituição são estabelecidos objetivos estratégicos e formulada uma estratégia para atingir os objetivos definidos.

O Conselho de Administração é responsável pela elaboração dos planos de atividades anuais e plurianuais e respetivos orçamentos, bem como os demais instrumentos de gestão previsional legalmente previstos, e assegurar a respetiva execução. É responsável pela celebração de contratos-programa externos e internos, por definir as linhas de orientação a que devem obedecer a organização e o funcionamento do hospital, nas áreas clínicas e não clínicas, de novos serviços, sua extinção ou modificação. É ainda responsável pela elaboração de regulamentos e instruções que julgar convenientes.

O **risco** é a possibilidade de ocorrência de um evento¹ que afete negativamente a concretização de objetivos.

O processo de gestão do risco compreende todos os processos, atividades, funções, tarefas e operações, que possam pôr em risco a prossecução da missão e dos objetivos do HSMM, decorrentes da legislação e de outros requisitos externos que possam ter qualquer outro impacto negativo relevante.

Compete ao Conselho de Administração do HSMM assegurar a implementação e manutenção de um sistema de controlo interno e de comunicação de irregularidades e ao auditor interno a responsabilidade da sua avaliação.

Compete aos diretores/responsáveis de serviço a identificação dos riscos, e consequentemente a implementação o processo de gestão de risco nos seus serviços.

¹ Um evento é um incidente ou ocorrência com origem externa ou interna que afeta a implementação da estratégia ou a concretização de objetivos. Os eventos com um impacto negativo representam riscos.



FATORES DE RISCO

Os riscos podem ter origem em fatores internos ou externos à instituição. São vários os fatores potenciadores de situações que levam a que o desenvolvimento de uma atividade comporte um maior ou menor risco de gestão e de corrupção ou outras infrações conexas.

Como fatores internos que possam afetar a implementação da estratégia e a concretização de objetivos salientam-se:

- Infraestrutura (ex. instalações antigas e desadequadas);
- Pessoal (ex. acidentes de trabalho, ausência de motivação dos trabalhadores, escassez de recursos humanos para o desempenho das tarefas);
- Tecnológicos (ex. falhas de segurança, potenciais paragens dos sistemas de informação);
- Qualidade da gestão (ex. idoneidade dos gestores e decisores);
- A desadequação do sistema de controlo interno.

Acresce que o contexto externo à organização é passível de agravar determinados riscos e exige o desenvolvimento da capacidade de adaptação e do direcionamento da utilização de recursos progressivamente escassos, sem prejuízo da qualidade dos serviços prestados.

Através da análise PESTAL², podemos identificar alguns dos principais fatores externos:

- Políticos (ex. sujeição a políticas restritivas que impeçam a contratação de recursos humanos necessários);
- Económicos (ex. restrições orçamentais);
- Sociais (ex. atitudes perante o trabalho, carreira, reforma);
- Tecnológicos (ex. ataques informáticos, rápida desatualização dos hardwares e softwares);
- Ambientais (ex. catástrofes);
- Legais (ex. alterações na legislação: novo código de contratos públicos, novo regulamento de proteção de dados).

² Acrónimo de análise Político-Legal, Económica, Social, Tecnológica e Ambiental, consiste num enquadramento de fatores macro-ambientais usados como uma ferramenta na gestão estratégica.

RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

Entende-se por prática de **corrupção** qualquer ato, ou a sua omissão, lícito ou ilícito, em troca do recebimento ou de qualquer outra compensação que não seja devida, para o próprio ou para terceiro, sujeita a sanção:

- Corrupção passiva para ato ilícito (artigo 372º do Código Penal);
- Corrupção passiva para ato lícito (artigo 373º do Código Penal);
- Corrupção ativa (artigo 374º do Código Penal).

As **infrações conexas** à corrupção consistem em comportamentos igualmente prejudiciais na relação entre o agente público e o bom funcionamento das instituições públicas e que tem como objetivo a obtenção de vantagem ou compensação ilícitas:

- Tráfico de influências (artigo 335º do Código Penal);
- Peculato (artigo 375º do Código Penal);
- Peculato de uso (artigo 376º do Código Penal);
- Participação económica em negócio (artigo 377º do Código Penal);
- Abuso de autoridade (artigos 378 a 382º do Código Penal);
- Violação de segredo (artigos 383º e 384º do Código Penal);

ÁREAS DE RISCO

Numa análise abrangente e transversal da instituição procurou-se avaliar as áreas de atividade que, pela sua natureza, apresentam fragilidades que podem constituir risco de gestão e de corrupção ou de infrações conexas.

Cada área foi desagregada em subáreas de risco, para as quais foram identificadas situações de risco, bem como as medidas de mitigação da probabilidade da sua ocorrência (Ponto 5. anexo I).

METODOLOGIA

A avaliação do risco permite considerar o grau pelo qual os eventos potenciais terão impacto na realização dos objetivos.

Os riscos são classificados segundo uma escala: **elevado**, **moderado** e **fraco**, em função **probabilidade de ocorrência**³ e **gravidade da consequência/impacto**⁴.

Escala da Probabilidade de Ocorrência (PO)		
Escala	Probabilidade	Descrição da probabilidade
1	Fraca (F)	Rara. De forma inesperada ou casual, o evento poderá ocorrer, pois as circunstâncias pouco indicam essa possibilidade.
2	Moderada (M)	Provável. De alguma forma, o evento poderá ocorrer, pois as circunstâncias indicam moderadamente essa possibilidade.
3	Elevada (E)	Praticamente certa. De forma inequívoca, o evento ocorrerá, as circunstâncias indicam claramente essa possibilidade.

Escala da Gravidade da Consequência (GC)		
Escala	Gravidade	Gravidade da consequência
1	Fraca (F)	Afeta os procedimentos sem impacto significativo no desempenho da entidade.
2	Moderada (M)	Afeta o desempenho da entidade obrigando a reorganização de processos e procedimentos.
3	Elevada (E)	Afeta significativamente o desempenho, a imagem e reputação da organização.

Do cruzamento das variáveis PO e GC resulta a seguinte matriz de risco, que irá ser aplicada a cada um dos riscos potenciais identificados para a instituição.

Graduação do Risco (GR)		Gravidade da Consequência (GC)		
		Fraca	Moderada	Elevada
PROBABILIDADE DE OCORRÊNCIA (PO)	Fraca	Fraca	Fraca	Moderada
	Moderada	Fraca	Moderada	Elevada
	Elevada	Moderada	Elevada	Elevada

IDENTIFICAÇÃO DOS POTENCIAIS RISCOS E RESPETIVAS MEDIDAS PREVENTIVAS

O risco pode ser reduzido, para tal são tomadas **medidas** para reduzir a probabilidade de ocorrência ou a gravidade da consequência (impacto) do risco, ou ambos.

No anexo I são apresentados os planos de prevenção de riscos por serviço.

³ A probabilidade de ocorrência representa a possibilidade de um evento se verificar.

⁴ A gravidade da consequência (impacto) representa o efeito do evento ocorrer o qual deverá ser medido.



4. CONTROLO E MONITORIZAÇÃO DO PLANO

A gestão de risco tem de ser monitorizada pois os objetivos da entidade poderão mudar, as respostas ao risco que eram efetivas poderão tornar-se irrelevantes e as atividades de controlo poderão tornar-se menos efetivas ou deixarem de ser efetuadas. Tal pode ser motivado por admissão de novo pessoal, alterações na estrutura orgânica ou na sua gestão, novos processos, eficácia da formação e supervisão ou constrangimentos de tempo e recursos.

A monitorização envolve a avaliação periódica da conceção e operação dos controlos e a execução das medidas necessárias e pode ser efetuada através de atividades contínuas ou avaliações periódicas.

A periodicidade para a revisão e atualização do Plano é, em regra, trienal (3 em 3 anos), garantindo desta forma o tempo mínimo para implementação e estabilização das medidas previstas.

Contudo, tendo em consideração que o PGRIC é um instrumento de gestão dinâmico, o mesmo deve ser atualizado sempre que se identifiquem novos fatores de risco ou ocorram alterações significativas nos processos ou procedimentos.

Compete aos diretores/responsáveis de serviço a responsabilidade de implementar o processo de gestão de risco nos seus serviços. Semestralmente deverão avaliar o grau de execução das medidas previstas no Plano, através da aplicação da ficha de controlo. Deverão ainda, periodicamente, realizar uma avaliação dos seus resultados em face de novos eventos de que, entretanto, tomem conhecimento, bem como assegurar que atividades de controlo instituídas estão a ser efetuadas.

É da competência do Serviço de Auditoria Interna a elaboração do plano de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas e os respetivos relatórios anuais de execução, para tal, os responsáveis dos serviços envolvidos deverão comunicar ao Serviço de Auditoria Interna, a seguinte informação:

- Medidas implementadas;
- Identificação dos motivos de não implementação;
- Análise do efeito obtido com as medidas implementadas, medindo a alteração provocada na probabilidade de ocorrência e no impacto esperado;
- Identificação e classificação de novos fatores de risco surgidos após a elaboração do plano;

- Definição de medidas a adotar para prevenir e minimizar esses novos riscos.

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.

O Plano e o Relatório serão ainda objeto de divulgação no portal interno e *site* do HSMM, fomentando desta forma uma cultura de transparência, de compromisso e de responsabilização de todos os seus colaboradores.

Edições / Revisões do Manual

Edição	Revisão	Elaborado / Revisto	Aprovado	Data	Homologado	Data
1	0	SAI Cristina Pereira	PCA – Joaquim Barbosa	01.02.2019	CA – Joaquim Barbosa	01.02.2019
Próxima Revisão		31/12/2021				



5. ANEXO I – RISCOS IDENTIFICADOS POR ÁREA E RESPECTIVAS MEDIDAS PREVENTIVAS

ÁREA/SERVIÇO: **TRANSVERSAL À INSTITUIÇÃO**

ÁREA DE RISCO	RISCOS IDENTIFICADOS	PO	GC	GR	MEDIDAS PREVENTIVAS	RESPONSÁVEL PELA IMPLEMENTAÇÃO
TRANSVERSAL À INSTITUIÇÃO	1. Exercício indevido de competência	M	E	E	1.1. Publicação em Diário da República e divulgação na intranet das delegações e subdelegações de competências vigentes. 1.2. Criação de um repositório no Portal Interno com todas as delegações e subdelegações, vigentes, revogadas e caducadas.	CA CA/GGQ
	2. Não observância da legislação e regulamentação em vigor relativas à prevenção da corrupção	M	M	M	2.1. Cumprimento do art.º 46º do Decreto-Lei nº133/2013 de 03 de outubro: 2.1.1. Garantir a existência e execução de um Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PGRCIC) alinhado com os objetivos estratégicos do HSMM. 2.1.2. Garantir a elaboração anual do Relatório de Execução do PGRCIC. 2.1.3. Divulgação e sensibilização dos colaboradores para os riscos de corrupção e infrações conexas. 2.1.4. Assegurar a implementação e manutenção sistema de controlo interno e de comunicação de irregularidades.	CA/SAI CA/SAI CA/SAI CA/SAI
	3. Permeabilidade à influência de entidades externas com vantagens para estas/ Parcialidade na emissão de deliberações	M	M	M	3. Emissão de <i>Declarações de Interesses</i> pelos membros do CA.	CA
	4. Não cumprimento da legislação em vigor relativa área da contratação pública	M	M	M	4. Garantir o Cumprimento do Despacho n.º 851-A/2017 (pontos 30.1, 31.1 a 31.3 e 39.1 a 39.7)	CA/SA
	5. Interferência nas decisões técnicas dos Serviços	M	F	F	5. Reuniões periódicas para avaliação do cumprimento dos Planos de atividades/protocolos/contratualizações internas.	CA/SERVIÇOS
	6. Desenvolvimento de atividades a qualquer título, incluindo consultadoria ou atividades a título gracioso, que colidam com as funções que desempenham no HSMM ou ponham em causa a isenção e o rigor que deve pautar a sua ação	M	M	M	6.1. Obrigatoriedade de pedido de autorização para a acumulação de funções. 6.2. Declaração obrigatória atualizada de inexistência de incompatibilidades. 6.3. Divulgação no <i>site</i> institucional e portal interno do Código de Ética do HSMM.	SGRH CA/SA/SGRH CA
	7. Estrutura organizacional desadequada ou desatualizada	M	F	F	7.1. Existência de Regulamentos Internos de cada serviço adequados à estrutura orgânica. 7.2. Verificar a aprovação, homologação e publicação.	CA/SERVIÇOS CA
	8. Quebra de valores éticos e valores funcionais	M	M	M	8.1. Promover a existência e divulgação de um Código de Ética.	CA

ÁREA/SERVIÇO: **PRODUÇÃO E GESTÃO DE UTENTES**

ÁREA DE RISCO	RISCOS IDENTIFICADOS	PO	GC	GR	MEDIDAS PREVENTIVAS	RESPONSÁVEL PELA IMPLEMENTAÇÃO
PRODUÇÃO E GESTÃO DE DOENTES	Admissão doentes/ Faturação/ alta administrativa	F	M	F	9.1. Elaboração de normativos e procedimentos de controlo interno para a área.	SGD
					9.2. Ligação da atividade de admissão à de cobrança, aferindo se a causa da não cobrança está na deficiente recolha/ atualização dos dados dos utentes.	
					9.3. Responsabilidade das operações.	
					10.1. Elaboração de procedimentos que garantam o estabelecimento e cumprimento de prazos para registo de atividade/produção.	SGD
					11.1. Elaboração de procedimentos que garantam o estabelecimento e cumprimento de prazos para registo de atividade/produção.	
	10. Produção não registada, incorretamente registada (ex. sem a realização do respetivo ato), ou não registada na totalidade	F	M	F	12.1. Sensibilização dos colaboradores para procedimentos administrativos de alta.	SGD
					13.1. Elaboração de procedimentos escritos para a salvaguarda de espólio de utentes.	SF
	11. Produção não registada em tempo útil	F	F	F	13.2. Divulgação formal junto dos profissionais envolvidos dos procedimentos escritos existentes sobre cada tarefa.	
Taxas moderadoras	12. Ausência ou alta administrativa incorreta	F	F	F	14.1. Elaboração de procedimentos escritos com referência à identificação de locais de cobrança; identificação do circuito; e identificação dos intervenientes e das tarefas a desempenhar.	SGD
	13. Extravio de bens não pertencentes aos utentes e à guarda do Hospital	F	M	F	14.2. Implementação de normas que garantam maior celeridade na cobrança coerciva de taxas moderadoras;	
	14. Desvio de verbas de montantes cobrados em taxas moderadoras e não entregues na tesouraria	F	M	F	14.3. Segregação de funções entre quem recebe, quem entrega e confere no Serviço de Gestão Financeira (Tesouraria).	
	15. Falhas na cobrança de taxas moderadoras: Favorecimento indevido (atribuição de isenção/redução de taxas moderadoras e inexistência de registos de episódios/atos)	F	M	F	14.4. Rotatividade de pessoal responsável pela entrega e conferência dos valores das taxas moderadoras.	SGD
					15.1. Divulgação formal junto dos profissionais envolvidos dos procedimentos escritos existentes sobre cada tarefa.	
					15.2. Monitorização das atribuições de isenção/redução de taxas moderadoras.	SGD
					15.3. Segregação de funções, rotatividade de pessoal em postos de cobrança de taxas moderadoras.	
					15.4. Formação periódica aos assistentes técnicos relativamente às taxas moderadoras.	



ÁREA DE RISCO		RISCOS IDENTIFICADOS	PO	GC	GR	MEDIDAS PREVENTIVAS	RESPONSÁVEL PELA IMPLEMENTAÇÃO
PRODUÇÃO E GESTÃO DE DOENTES	Prescrição de MCT e Transportes de doentes	16. Recurso excessivo ou injustificado a MCDT	F	M	F	16.1. Elaboração de normativos e procedimentos para requisição de exames ao exterior que obriguem ao cumprimento de um conjunto de validações/autorizações. 16.2. Segregação de funções e responsabilidade das operações. 16.3. Estabelecer protocolos de MCDT por especialidades. 16.4. Controlo das requisições de MCDT.	SGD
		17. Existência de conflito de interesses na prescrição de MCDT realizados no exterior e Transporte de Doentes	F	M	F	17.1. Elaboração de normativos e procedimentos de controlo interno para a área. 17.2. Segregação de funções e responsabilidade das operações. 17.3. Estabelecer que os diretores de serviço deverão proceder à revisão e aprovação dos pedidos de serviços externos. 17.4. Estabelecer protocolos de MCDT por especialidades (comissão). 17.5. Controlo das requisições de MCDT e transporte de doentes.	SGD
	UHGIC/ ULGA	18. Favorecimento na Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia	F	M	F	18.1. Avaliação/monitorização permanente dos doentes inscritos em Lista de Espera (LIC), das intervenções em tempo normal de trabalho, das disponibilidades de pessoal e BO.	SGD
		19. Alteração das prioridades cirúrgicas por um Assistente Técnico	F	M	F	19.1. Efetuar avaliação periódica das alterações de prioridade clínica na LIC.	SGD
		20. Transferência de doentes cirúrgicos para outras instituições de saúde.	F	E	M	20.1. Verificar mensalmente, via aplicações informáticas, a identificação do médico-cirurgião proponente e o do médico-cirurgião executante.	SGD
		21. Captação de doentes de outras instituições de saúde sem que se verifiquem as condições determinadas para o efeito	F	F	F	21.1. Cumprimento das disposições legais.	SGD
		22. Incumprimento dos TMRG da LEC e LIC	M	E	E	22.1. Monitorização do cumprimento dos TMRG.	SGD
	Arquivo Clínico	23. Utilização indevida de informação clínica	F	M	F	23.1. Estabelecer procedimentos, orientações e regras por forma a definir o circuito e responsabilidades para acesso, transporte e arquivo do processo clínico. 23.2. Cumprimento da Regulamentação em vigor sobre a Proteção de Dados.	SGD
		24. Processos mal arquivados e duplicados	F	F	F	24.1. Definir procedimento a seguir para o preenchimento dos dados no processo clínico e atribuição do número do processo clínico. 24.2. Realizar revisões periódicas aos registos clínicos para evitar duplicações.	SGD
		25. Facilidade no acesso ao arquivo clínico	F	F	F	25.1. Limitação do acesso ao arquivo clínico.	SGD

ÁREA/SERVIÇO: **APROVISIONAMENTO E LOGÍSTICA**

ÁREA DE RISCO		RISCOS IDENTIFICADOS			MEDIDAS PREVENTIVAS		RESPONSÁVEL PELA IMPLEMENTAÇÃO
APROVISIONAMENTO E LOGÍSTICA	Gestão Existências	26. Existências nos serviços não controlados	M	M	M	26.1. Implementação de armazéns avançados em todos os serviços e realizar contagens cíclicas das existências ao longo do exercício, com informação ao CA. 26.2. Restrição do acesso físico aos armazéns dos serviços.	SA/SC SA/SC
		27. Desvio de existências por colaboradores ou terceiros	F	M	F	27.1. Segregação de funções e responsabilidades das operações 27.2. Restrição de acesso físico aos armazéns. 27.3. Monitorização periódica dos consumíveis por serviço.	SA SA SPAG
		28. Movimentos de existências não registados e/ou contabilizados incorretamente	F	M	F	28.1. Verificar que a informação constante dos movimentos de existências (receção, requisição interna, expedição) foi corretamente registada no sistema de gestão de existências (armazém, código de material, quantidade, prazo de validade e valor). 28.2. Realização periódica de inventários nos armazéns.	SA SA
		29. Receção não controlada física e qualitativamente	F	M	F	29.1. Rececionar apenas os materiais/ medicamentos constantes em notas de encomenda, que estejam em bom estado físico e pelas quantidades encomendadas.	SA
	Compras	30. Deficiente planeamento e avaliação das necessidades de aquisição	M	M	M	30.1. Formalizar o plano anual de compras (alínea f) do nº 1 do Despacho nº 851-A/2017). 30.2. Definir e monitorizar o indicador "Percentagem de aquisições fora do plano anual de compras".	SA SA
		31. Existência de conflito de interesses que ponham em causa a transparência dos procedimentos	F	E	M	31.1. Elaboração de normativos e procedimentos de controlo interno para a área de compras. 31.2. Segregação de funções. 31.3. Obtenção de declaração de interesses privados dos elementos constituintes dos júris e comissões técnicas de análise.	SA
		32. Existência de situações de conluio entre concorrentes e de eventual corrupção dos funcionários	F	E	M	32.1. Não designação dos mesmos elementos, de forma reiterada, para os júris.	SA
		33. Inexistência de cabimentação prévia da despesa	F	M	F	33.1. Aprovação da despesa apenas com informação de cabimentação prévia por parte dos Serviços Financeiros.	SA
		34. Excesso de compras de stock que se poderão tornar inutilizáveis ou obsoletos	F	M	F	34.1. Medidas de controlo de prazos de validade. 34.2. Analisar, anualmente, os produtos com fraca rotatividade (sem movimento há mais de 1 ano) e questionar os possíveis serviços consumidores sobre a utilização esperada desses materiais.	SA
		35. Cadernos de encargos pouco claros, incompletos ou discriminatórios	M	M	M	35.1. Subscrição da plataforma eletrónica de compras públicas, que garantirá acesso a um alargado número de fornecedores. 35.2. Validação pela comissão técnica de análise das cláusulas técnicas e de cadernos de encargos (sempre que existam comissões designadas).	SA SA



ÁREA DE RISCO		RISCOS IDENTIFICADOS			PO GC GR			MEDIDAS PREVENTIVAS	RESPONSÁVEL PELA IMPLEMENTAÇÃO
APROVISIONAMENTO E LOGÍSTICA	Compras	36. Dificuldades no acompanhamento dos prazos de garantias das empreitadas e equipamentos e na execução de penalidades nos contratos de prestação de serviços e empreitadas	M	M	M			36.1. Validação pelo Gabinete Jurídico da adequação da minuta pré definida ao procedimento em questão.	SA/GJ
		37. Inexistência de avaliação do fornecedor (qualidade, prazos de entrega,...)	F	F	F			37.1. Avaliação periódica dos fornecedores em termos de qualidade, satisfação dos prazos de entrega e quantidades encomendadas.	SA
		38. Favorecimento ilícito de fornecedores	F	E	M			38.1. Reduzir a utilização do procedimento por Ajuste Direto ou equivalente e aumentar o número de procedimentos que promovam a concorrência. 38.2. Especial fundamentação aquando do recurso ao ajuste direto, nos termos previstos na alínea c) do nº1 do artº115 do CCP. 38.3. Implementação de controlo de montantes totais adjudicados em ajustes diretos. 38.4. Segregação de funções entre quem executa os procedimentos aquisitivos e quem verifica os documentos de habilitação.	SA
		39. Incumprimento do Despacho nº 851-A/2017	M	M	M			39.1. Promover a centralização de aquisição de bens e serviços e empreitadas. 39.2. Garantir que os ajustes diretos ou procedimentos ao abrigo dos Acordos-Quadro sejam tramitados em plataformas eletrónicas de contratação pública. 39.3. Assegurar formação para os profissionais envolvidos nos processos de contratação pública. 39.4. Garantir segregação de funções entre a conferência e o lançamento de faturas. 39.5. Garantir a imparcialidade dos trabalhadores que procedem à avaliação dos procedimentos de contratação, de modo a colmatar situações de conflito de interesses, impedimentos e incompatibilidades. 39.6. Elaborar manual de procedimentos de boas práticas para a área da contratação pública. 39.7. Existência de parecer jurídico sobre a conformidade legal e administrativa de cada processo de contratação pública.	SA SA/SF SA SA/GJ
		40. Inadequada gestão dos contratos	M	M	M			40.1. Nomeação de gestor do contrato nos termos do art. 209º-A do CCP em todos os contratos públicos. 40.2. O gestor do contrato comunica ao CA os desvios, defeitos ou outras anomalias na execução do contrato de modo a ser possível acionar as devidas penalizações.	SA SA/Gestor Contrato



ÁREA DE RISCO	RISCOS IDENTIFICADOS	PO	GC	GR	MEDIDAS PREVENTIVAS	RESPONSÁVEL PELA IMPLEMENTAÇÃO
APROVISIONAMENTO E LOGÍSTICA	Gestão do Imobilizado				41.1. Elaboração de normativos e procedimentos de controlo interno para a área de imobilizado.	
		F	M	F	41.2. Assegurar que as encomendas são rececionadas pelos serviços com competência para tal, e conferidos em quantidade e qualidade de acordo com os procedimentos estabelecidos.	SA
					41.3. Realização de testes de conformidade quanto ao cumprimento dos procedimentos internos estabelecidos.	SA
		M	E	E	42.1. Reforço das medidas de controlo interno.	SA
					42.2. Responsabilização dos serviços pelos equipamentos que têm à sua guarda.	SA
					42.3. Verificação física, de 2 em 2 anos, do inventário global.	SA
		F	M	F	43.1. Aprovação pelo CA das doações/ofertas.	SA
					43.2. Elaboração e implementação de procedimento interno para aceitação de doações/ofertas.	SA
	Fundo de Maneio	F	E	M	44.1. Os abates devem ser solicitados pelo responsável da respetiva área, de acordo com o manual de procedimentos, e aprovados pelo CA.	SA
					44.2. Verificar que a informação constante dos documentos de abate foi corretamente registada no cadastro de imobilizado.	SA
		F	F	F	45.1. Solicitar, anualmente, confirmação de bens à carga de cada serviço e verificar diferenças reportadas.	SA
		F	M	F	46.1. Calcular e contabilizar mensalmente as amortizações de bens de imobilizado.	SA
		F	E	M	47.1. Fundos de maneo em sistemas de fundo fixo e contagens periódicas de caixa.	SA/SF
					47.2. Elaboração do Manual de procedimentos.	SA/SF

ÁREA/SERVIÇO: **FARMÁCIA HOSPITALAR**

ÁREA DE RISCO	RISCOS IDENTIFICADOS	PO	GC	GR	MEDIDAS PREVENTIVAS	RESPONSÁVEL PELA IMPLEMENTAÇÃO
FARMÁCIA HOSPITALAR	48. Favorecimento de um fornecedor	F	M	F	48. Verificar os procedimentos de aquisição de bens e serviços, registo de não conformidades na aquisição.	SFARM
	49. Prazo de entrega dos produtos farmacêuticos - avaliação dos fornecedores	M	M	M	49. Verificar as não conformidades na entrega dos fornecedores.	SFARM
	50. Conferência qualitativa e quantitativa dos produtos farmacêuticos (PF)	F	M	F	50. Elaboração de procedimento de receção de encomendas	SFARM
	51. Excesso de stock levando a risco de inutilização por expiração do prazo de validade.	M	F	F	51. Atualização semestralmente do ponto de encomenda.	SFARM
	52. Aquisição de produtos em quantidades desadequadas ou desnecessárias	M	F	F	52. Validação do ponto de encomenda pela Direção do Serviço de Farmácia.	SFARM
	53. Existências nos serviços não controladas	F	M	F	53.1. Implementação dos armazéns avançados (AA)	SFARM
					53.2. Implementação de um dispensador automático de medicamentos, ligado à prescrição médica, no Serviço de Urgência.	SFARM/CA
					53.3. Restrição de acesso físico dos serviços.	SFARM CA/SC
	54. Desvio de existências por colaboradores ou terceiros e /ou movimentação de existências não registadas e/ou contabilizadas incorretamente	M	M	M	54.1. Segregação de funções e responsabilidades das operações.	SFARM
					54.2. Contagens periódicas, 3 vezes ao ano, dos produtos farmacêuticos e elaboração de relatório de não conformidades. 54.3. Verificar que a informação constante dos movimentos de existências (receção, requisição interna, expedição) foi corretamente registada no sistema de gestão de existências (armazém, código de material, quantidade, prazo de validade e valor).	SFARM/SC
	55. Armazenamento pouco eficiente, local errado	M	M	M	55. Identificação dos produtos farmacêuticos com código de barras, por local de armazenamento, denominação comum internacional, ordem alfabética e FEFO.	SFARM/SC
	56. Existência nos serviços Clínicos de medicamentos que não pertencem ao AA	M	F	F	56.1. Devolver toda a medicação que não é administrada ao doente aos Serviços Farmacêuticos.	SC
	57. Falta de registo de ocorrências relacionadas com o circuito seguro do medicamento, em todo o processo, desde a aquisição até à administração.	E	M	E	57.1 Notificar todos os incidentes verificados/relacionados com o medicamento à farmácia e através da plataforma "Notifica".	SFARM/EGR

ÁREA/SERVIÇO: **GABINETE JURÍDICO**

ÁREA DE RISCO		RISCOS IDENTIFICADOS			MEDIDAS PREVENTIVAS		RESPONSÁVEL PELA IMPLEMENTAÇÃO
GABINETE JURÍDICO	Compras	58. Não cumprimento da legislação em vigor relativa área da contratação pública	M	M	M	58.1. Cumprimento do Despacho n.º 851-A/2017, nomeadamente, elaboração de pareceres sobre a conformidade legal e administrativa sobre cada processo de contratação pública.	GJ
		59. Contratos claros e de acordo com o procedimento que espelha a necessidade	F	E	M	59.1. Colaboração na elaboração de minuta contratos, em fase anterior à adjudicação, e em momento posterior à adjudicação verificação de adequação e preenchimento de elementos respeitantes à adjudicação concreta.	GJ
		60. Dificuldades na celeridade para notificação de prazos de garantias das empreitadas e equipamentos e na execução de penalidades nos contratos de prestação de serviços e empreitadas	M	F	F	60.1. Gestor de Contrato ou Serviço de Aprovisionamento, que recebe a comunicação e incumprimento por parte do serviço de origem comunica ao Gabinete Jurídico incumprimento e respetiva atualização. 60.2 Validação da minuta contratual onde se prevê a cláusula sancionatória.	GJ
	Gestão de Contas a Receber	61. Créditos por cobrar	M	M	M	61.1. Criar mecanismos/procedimentos, em parceria com o Serviço de Gestão Financeira, de modo a atuar na verificação de existência de pressupostos de viabilidade de cobrança, e emissão de respetiva fatura com prazo bastante para a não prescrição do crédito.	GJ/SF
	Tratamento da Informação de âmbito Jurídico	62. Resposta atempada na elaboração de Pareceres	E	M	E	62.1. Criar mecanismos de controlo para que as entidades internas, que necessitem de pareceres, comuniquem estas necessidades de forma escrita e atempada (momento anterior à tomada de decisão, obedecendo a prazo bastante para a sua elaboração).	GJ
		63. Incumprimento dos prazos judiciais, designadamente de apresentação de Contestação, alegações e/ou contra alegações, em defesa dos interesses do HSMM	F	E	M	63.1. Criar mecanismos/procedimentos de articulação atempada entre o Gabinete Jurídico e entrega de notificações via SECA.	GJ

ÁREA/SERVIÇO: **GESTÃO FINANCEIRA**

ÁREA DE RISCO	RISCOS IDENTIFICADOS	PO	GC	GR	MEDIDAS PREVENTIVAS	RESPONSÁVEL PELA IMPLEMENTAÇÃO
GESTÃO FINANCEIRA	Geral	M	F	F	64.1. Elaboração de procedimentos ou regras escritas aprovadas, incluindo a tesouraria, e validar o seu cumprimento por todos os trabalhadores da área. Os documentos devem, designadamente, definir circuitos documentais e assegurar a efetiva segregação de funções entre registos, recebimentos, pagamentos e controlo.	SF
		F	F	F	65.1. Efetuar, com regularidade, o cruzamento de informação proveniente das diferentes aplicações que se interligam, de modo a validar a coerência dos dados, e analisar relatórios de erros de interfaces entre aplicações, quando estes existam.	SF
	Gestão de Contas a Pagar	M	F	F	66.1. Segregação de funções e responsabilidades das operações.	SF
		F	F	F	66.2. Circularização periódica de saldos terceiros.	SF
		F	F	F	67.1. Validar a existência prévia de cabimentação da despesa.	SF
		F	F	F	68.1. Realizar circularizações periódicas dos saldos de fornecedores e proceder à reconciliação dos mesmos com a conta corrente e ajustamento das diferenças existentes, após aprovação das mesmas.	SF
		E	E	E	69.1. Elaboração e implementação de procedimento/regra/política para pagamento a fornecedores.	SF
		E	E	E	69.2. Plano de pagamento mensal, devidamente autorizado, salvaguardando tratamento igual para as várias categorias de fornecedores.	
		E	E	E	69.3. Deverá ser feito reporte à gestão, sempre que se preveja incumprimento dos prazos de pagamento previamente contratualizados, para que sejam tomadas as medidas necessárias à redução destes prazos, de modo a cumprir a lei dos compromissos e pagamentos em atraso (LCPA).	SF
		F	F	F	70.1. Os pagamentos a fornecedores devem ser precedidos da verificação da regularização da situação fiscal e contributiva.	
		F	F	F	70.2. Verificar se existem evidências nos processos do cumprimento deste procedimento obrigatório.	SF



ÁREA DE RISCO		RISCOS IDENTIFICADOS	PO	GC	GR	MEDIDAS PREVENTIVAS	RESPONSÁVEL PELA IMPLEMENTAÇÃO
GESTÃO FINANCEIRA	Gestão de Contas a Pagar	71. Pagamentos autorizados por pessoas sem competência para o efeito	M	F	F	71.1. Garantir que existem responsáveis definidos para a autorização de despesas e qual o montante a autorizar, e que a segregação entre as operações é devidamente acautelada e que existem regras que previnam a existência de pagamentos não autorizados por entidade responsável.	SF
		72. Débito de juros de mora por atraso nos pagamentos	F	F	F	72.1. Análise da antiguidade de saldos a fornecedores. 72.2. Averiguar, quando há lugar ao pagamento de juros de mora, as causas do atraso nos pagamentos e se foram tomadas todas as medidas necessárias para prevenir esse custo. 72.3. Verificar se os registos contabilísticos de juros, são efetuados em conta adequada e se é feita a sua especialização.	SF
		73. Processos de pagamentos não devidamente organizados, não contendo todos os documentos necessários ou os mesmos não estarem devidamente conferidos/validados	M	F	F	73.1. O processo para pagamento a fornecedores deverá estar devidamente organizado e todas as faturas e notas de crédito deverão ser previamente conferidas/validadas. 73.2. Avaliar a necessidade de criar uma <i>checklist</i> para organização/validação de cada processo.	SF
	Gestão de Contas a Receber	74. Atos clínicos não faturados, faturados incorretamente (informação insuficiente ou incorreta sobre o utente ou cliente) ou não faturados oportunamente	F	F	F	74.1. Verificar mensalmente que todos os atos clínicos registados no período foram faturados. 74.2. Verificar que todos os atos clínicos foram corretamente faturados em termos de GDH.	SF/SPAG
		75. Emissão de faturação fora de prazo	F	F	F	75.1. Proceder à faturação nos prazos estabelecidos legalmente.	SF
		76. Cobranças não registadas nas contas dos respetivos clientes e contabilizadas oportunamente	F	F	F	76.1. Proceder à verificação que a informação constante das cobranças foi corretamente registada (código de cliente e valor).	SF
		77. Saldos de clientes incorretos	F	F	F	77.1. Proceder ao envio regular de extratos aos clientes com saldos mais significativos solicitando reparo aos mesmos e à análise e ajustamento das diferenças existentes, após aprovação das mesmas.	SF
		78. Faturas por cobrar há muito tempo	M	M	M	78.1. Entregar as faturas por cobrar ao contencioso de modo a atuar-se judicialmente antes da sua prescrição e provisionar quaisquer valores incobráveis.	SF
		79. Imparidades/provisões não registadas	M	M	M	79.1. Definir e implementar critérios de identificação e cálculo de imparidades na ótica económica e não na ótica fiscal.	SF
		80. Anulações de créditos não devidamente fundamentadas e autorizadas	F	F	F	80.1. Proceder à elaboração de procedimento para anulações de créditos, incluindo registos a efetuar, controlo de recibos, respetivas justificações e autorizações por pessoa competente.	SF
		81. Inexistência de segregação de funções entre faturação, contas de clientes e recebimentos	F	F	F	81.1. Segregação de funções e responsabilidades das operações.	SF



ÁREA DE RISCO	RISCOS IDENTIFICADOS	PO	GC	GR	MEDIDAS PREVENTIVAS	RESPONSÁVEL PELA IMPLEMENTAÇÃO
GESTÃO FINANCEIRA	82. Não elaboração de planos ou orçamentos de tesouraria anuais devidamente aprovados	E	M	E	82.1. Elaboração de planos de tesouraria, de modo a controlar a gestão de tesouraria e saber sempre que necessário, o ponto de situação em termos de pagamentos e recebimentos.	SF
	83. Informação sobre recebimentos, pagamentos e saldos de tesouraria não identificados	M	M	M	83.1. Apurar se toda a documentação produzida identifica devidamente os seus intervenientes, se os processos de pagamentos, liquidação e cobrança de receitas se encontram organizados e os registos e conferências de saldos de tesouraria estão suportados em adequada documentação, se a execução destas tarefas respeita o princípio da segregação de funções e se dos processos constam as autorizações por pessoa com competência para o efeito.	SF
	84. Reconciliação entre valores cobrados ou pagos, constantes das folhas de caixa, e respetivo suporte documental, é efetuada por pessoa que pode ter também funções de caixa	E	M	E	84.1. Designar pessoa responsável pela conferência, controlo das operações de cobrança ou pagamentos, com os registos nas respetivas folhas de caixa ou documentação de suporte. A reconciliação bancária deve ser efetuada por um trabalhador que não exerça funções de caixa.	SF
	85. Colaboradores que registam contas de clientes terem acesso à tesouraria (e a valores recebidos)	F	F	F	85.1. Assegurar a efetiva segregação de funções e regulamentar o acesso dos trabalhadores à tesouraria, de modo a clarificar diferenças que devem existir entre as funções relativas ao setor responsável pelos clientes e o setor da tesouraria.	SF
	Gestão de Tesouraria 86. Inexistência de regras relativas à substituição do tesoureiro	E	M	E	86.1. Propor a elaboração de um regulamento de tesouraria, de onde constem as regras relativas à substituição do tesoureiro.	SF
	87. Acesso indevido a cofre de valores	F	F	F	87.1. Certificar a existência de regras aplicáveis nesta matéria, que contemplem o acesso ao cofre, a atribuição de obrigações e os procedimentos a observar, por forma a garantir a segurança dos valores e as responsabilidades em caso de extravio de valores.	SF
	88. Sistema de suporte à gestão de tesouraria inexistente ou desadequado	F	F	F	88.1. Proceder à implementação de aplicação informática de gestão de tesouraria, a qual deverá permitir efetuar e registar os movimentos e gerir as disponibilidades.	SF
	89. Desvio de fundos	F	M	F	89.1. Fundos de maneo em sistemas de fundo fixo e contagens periódicas de caixa.	SF
					89.2. Elaboração de manuais de procedimentos adequadamente aprovados.	SF
					89.3. Caso se detetem desvios de fundos, as ocorrências deverão ser reportadas superiormente a fim de serem abertos procedimentos de averiguações e tomadas medidas consideradas necessárias para a boa organização e funcionamento dos serviços.	SF
					89.4. Controlo dos registos correspondentes a pagamentos e recebimentos, no que se refere a anulações e sua justificação, por trabalhador não afeto a manuseamento de valores.	SF



ÁREA DE RISCO	RISCOS IDENTIFICADOS	PO	GC	GR	MEDIDAS PREVENTIVAS	RESPONSÁVEL PELA IMPLEMENTAÇÃO
GESTÃO FINANCEIRA	90. Despesas efetuadas por fundo de maneiço não especificadas e procedimentos de conferência e autorização não adequados	F	F	F	90.1. Verificar se todas as despesas efetuadas por fundo de maneiço estão devidamente justificadas e documentadas.	SF/SA
					90.2. Conferência dos documentos das despesas efetuadas através do fundo de maneiço, nomeadamente: a) Justificação das despesas e se as mesmas reúnem os requisitos (se são urgentes, de pequeno montante, dentro dos limites do fundo e rubrica orçamental); b) Se os documentos pagos têm apostado o carimbo/menção de "pago", assinatura e data; c) Validação da folha de maneiço pelo superior hierárquico do serviço; d) Verificar se a reconstituição do fundo de maneiço é efetuada periodicamente e obedece aos requisitos legais.	SF/SA
	91. Desvio de verbas de montantes cobrados em taxas moderadoras e não entregues na tesouraria;	F	M	F	91.1. Elaboração de procedimentos escritos com referência a: a) Identificação de locais de cobrança; b) Identificação do circuito; c) Identificação dos intervenientes e das tarefas a desempenhar.	SF/SGD
					91.2. Implementação de normas que garantam maior celeridade na cobrança coerciva de taxas moderadoras.	SF/SGD
	92. Falhas de caixa ou perdas de cheques	F	F	F	92.1. Averiguar a eficácia dos mecanismos de controlo implementados que minimizem ou impeçam falhas de valores em caixa ou extravio de cheques.	SF
					92.2. Verificar se os registos contabilísticos são efetuados em contas adequadas e atempadamente.	SF
	93. Movimentos realizados por recurso a contas abertas na banca comercial/disponibilidades fora do IGCP	F	F	F	93.1. Verificar movimentos efetuados através de contas fora do IGCP, apurar as justificações, validar a existência de autorização da Tutela Financeira/DGTF/IGCP para situações de exceção.	SF
					93.2. Validar se para contas inativas na banca comercial foi proposto o seu encerramento.	SF
	94. Cobranças não depositadas integralmente e diariamente	F	M	f	94.1. Verificar os procedimentos de controlo existentes, incluindo cruzamento de informação e verificação documental, permitindo aferir se todas as cobranças realizadas são depositadas, realização de conciliações bancárias.	SF
					94.2. Verificar se são depositadas diariamente ou justificações para que isso não aconteça.	SF

ÁREA/SERVIÇO: **INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTOS E TRANSPORTES**

ÁREA DE RISCO		RISCOS IDENTIFICADOS	PO	GC	GR	MEDIDAS PREVENTIVAS	RESPONSÁVEL PELA IMPLEMENTAÇÃO
INSTALAÇÕES, EQUIPAMENTOS E TRANSPORTES	Gestão do Imobilizado	95. Não existir planos de manutenção das instalações, aprovados, que garantam as condições adequadas para o normal funcionamento das atividades dos serviços	M	E	E	95.1. Elaboração de procedimentos, atribuição de funções e responsabilidades para o controlo das instalações. 95.2. Elaboração e execução de planos de manutenção das instalações. 95.3. Elaboração de informação periódica sobre o estado das instalações e apresentação de planos de intervenção.	SIET SIET SIET
		96. Inexistência de procedimentos que garantam uma adequada gestão dos equipamentos (acompanhamento do seu estado funcional e de segurança, na gestão das ocorrências e na formação e informação associadas à sua utilização correta e segura)	M	M	M	96.1. Elaboração de procedimentos, atribuição de funções e responsabilidades para o controlo dos equipamentos.	SIET
						96.2. Elaboração de planos de manutenção e calibrações por equipamento, por serviço e por fornecedor.	SIET
						96.3. Garantir a existência de procedimento de gestão de ocorrências em relação aos equipamentos, existentes nos serviços, que permitam a rastreabilidade de todas as intervenções corretivas efetuadas.	SIET
						96.4. Garantir aos utilizadores informação relevante sobre os equipamentos, como manuais do operador, certificados, especificações técnicas, etc.	SIET
						96.5. Exigir aos fornecedores os requisitos necessários para assegurar a eficiência e segurança do equipamento (vida útil, informação dos profissionais, serviços técnicos e de manutenção).	SIET
	Instalações	97. Inexistência de instalações técnicas especiais adequadas à complexidade das atividades realizadas (sistema de aquecimento, ventilação e ar condicionado - AVAC, instalações elétricas, ...)	M	E	E	97.1. Definir e aplicar procedimentos necessários para garantir que a instituição dispõe de condições adequadas à realização da sua atividade, em condições de segurança, dotando-se para o efeito de documentação técnico-legal justificativa, avaliações, autorizações ou pareceres por entidades competentes.	SIET
		98. Inexistência de controlo do consumo de eletricidade, água e fluídos.	F	M	F	98.1. Verificar, mensalmente, os consumos de eletricidade, da água e dos fluídos, para prevenir exaustivos que possam ocorrer devido a fugas.	SIET
	Frota Automóvel	99. Inexistência de procedimentos que garantam uma adequada gestão da frota automóvel	F	M	F	99.1. Definir regras/procedimentos que garantam uma adequada gestão da frota automóvel.	SIET
		100. Não registar os quilómetros, as manutenções, o combustível consumido, as inspeções obrigatórias dos veículos afetos ao HSMM.	F	M	F	100.1. Registar quem é que conduz os veículos, quantos quilómetros são percorridos, as datas de manutenção e os seus gastos e por último, as datas de inspeção obrigatórias.	SIET

ÁREA/SERVIÇO: **GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS**

ÁREA DE RISCO	RISCOS IDENTIFICADOS	PO	GC	GR	MEDIDAS PREVENTIVAS	RESPONSÁVEL PELA IMPLEMENTAÇÃO
GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS	Contratação					
	101. Critérios de recrutamento que permitam que o recrutamento do pessoal seja levado a cabo dentro dos princípios de equidade e com a utilização de critérios objetivos	F	M	F	101.1. Definir uma política de gestão de recursos humanos.	SGRH
	102. Ausência de mecanismos que obriguem à rotatividade dos elementos integrantes de júris	F	M	F	102.1. Criação de regras gerais de rotatividade dos elementos que compõem os júris de concurso, de forma a assegurar que as propostas de decisão não fiquem, por regra, concentradas nas mesmas pessoas.	SGRH
	103. Não declaração de conflito de interesses por parte dos membros do júri relativamente a candidatos	F	M	F	103.1. Exigência de entrega de declaração de inexistência de conflito de interesses dos membros do júri, sob a forma escrita, e apensa ao procedimento em causa.	SGRH
	104. Falta de acompanhamento a contratos de prestação de serviços médicos	F	M	F	104.1. Centralização no SGRH do controlo e acompanhamento às prestações de serviços individuais, cuja base de aferição seja o número de horas realizadas. 104.2. Elaboração procedimento de contratação médicos prestadores de serviços.	SGRH
	105. Não cumprimento de prazos na celebração, renovação e rescisão de contratos.	F	M	F	105.1. Implementação de mecanismos de alerta de prazos de término de contratos a termo e/ou prestação de serviços. 105.2. Definir funções por colaborador dezembro 2019	SGRH
	106. Início de funções do profissional sem contrato assinado	F	M	F	106.1. Aquando do início de funções, os profissionais deverão ter o contrato assinado por ambas as partes e a devida autorização ministerial.	SGRH
	107. Seguro obrigatório dos profissionais sem data válida.	F	M	F	107.1. Monitorização das validades das apólices de seguro obrigatório dos profissionais prestadores de serviços.	SGRH
	Recursos Humanos					
	108. Informação (dados mestre) sobre pessoal incorreta ou desatualizada	F	M	F	108.1. Segregação de funções e responsabilidades das operações. 108.2. Conferência das atualizações de informação realizadas. 108.3. Digitalização dos processos individuais.	SGRH SGRH SGRH
	109. Prestação incorreta de informação ao trabalhador	M	M	M	109.1. A informação imprecisa prestada ao trabalhador poderá prejudicar ou beneficiar os seus direitos e deveres.	SGRH
	110. Rotatividade adequada do pessoal	M	M	M	110.1. Política de gestão de recursos humanos com incidência na rotação periódica de pessoal afeto a ações de controlo.	SGRH
	111. Incorreta elaboração de contratos de trabalho. Incorreta integração jurídico funcional do trabalhador na instituição	F	E	M	111.1. Introdução de um procedimento/guia na elaboração de contratos e acolhimento ao trabalhador.	SGRH
	112. Oscilações nos níveis de motivação - a desmotivação dos colaboradores afeta o respetivo desempenho.	M	M	M	112.1. Realização de inquérito de satisfação com periodicidade bianual, permitindo identificar oportunidades de melhoria.	SGRH/GGQ



ÁREA DE RISCO		RISCOS IDENTIFICADOS	PO	GC	GR	MEDIDAS PREVENTIVAS	RESPONSÁVEL PELA IMPLEMENTAÇÃO
GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS	Vencimentos	113. Registos inadequados de assiduidade e horas extra	F	E	M	113.1. Responsabilização dos responsáveis/diretores de serviço, quer na validação de anomalias, quer na definição de escalas. 113.2. Necessidade de aferição e validação pelos responsáveis dos horários mensais realizados, face aos horários/escalas autorizados previamente.	SGRH
		114. Processamento de abonos e descontos não autorizados	F	E	M	114.1. Submissão de todos os abonos extraordinários a aprovação prévia do CA, de acordo com a delegação de competências instituídas. 114.2. Análise mensal da razoabilidade dos abonos e descontos processados.	SGRH
		115. Inserção incorreta de dados de cadastro do trabalhador na aplicação informática RHV, designadamente os dados da conta do banco.	F	E	M	115.1. Elaboração de procedimento para atualização de dados bancários.	SGRH
		116. Incumprimento do regime de chamada/prevenção	F	M	F	116.1. Instituir mecanismos de controlo entre as escalas aprovadas, os registos de assiduidade e os pagamentos efetuados.	SGRH
	Acumulação de funções	117. Falta de controlo nas acumulações de funções privadas	M	M	M	117.1. Exigência de declarações de acumulação de funções a todos os colaboradores. 117.2. Análise cuidada à prestação efetiva da acumulação e eventuais riscos para o HSMM e para a qualidade da prestação (n.º de horas de trabalho diário/semanal). 117.3. Rever anualmente todas as aprovações de acumulação de funções privadas. 117.4. Elaborar procedimento para acumulação de funções privadas e públicas para contratos de trabalho e contratos de prestação de serviços	SGRH SGRH SGRH
	Legislação	118. Prestação de informação incompleta ao CA. A informação imprecisa ao CA poderá gerar uma menos correta tomada de decisão.	F	M	F	118.1. Realização de reuniões no serviço com frequência com vista ao esclarecimento de dúvidas e aplicação de legislação atualizada.	SGRH
	Avaliação de Desempenho	119. Processo de avaliação de desempenho, nomeadamente no que respeita à ausência ou deficiente fundamentação dos resultados das decisões de avaliação	F	M	F	119.1. Validação prévia pelo CCA de todos os objetivos fixados. 119.2. Verificação anual por amostragem baseada nas avaliações que se situam fora da média.	CCA CA/CCA
		120. Ausência de dinamização do processo de avaliação do desempenho dos trabalhadores(as)	F	M	F	120.1. Criar mecanismos que promovam a dinamização do processo de avaliação de desempenho.	CA/CCA
	Conflitos de interesses	121. Aceitação de cargos em entidades privadas após cessação de funções no HSMM - situações de conflitos de interesses que envolvam trabalhadores que, por via do exercício de funções no HSMM: a) tenham participado, direta ou indiretamente, em decisões que abranjam a entidade privada; b) tenham tido acesso a informação privilegiada na qual a entidade privada tenha interesse; c) Possam ter influência no HSMM através de colaboradores.	F	M	F	121.1. Inclusão nos contratos de trabalho de cláusula específica sobre o assunto.	SGRH
	Violação de sigilo	122. Acesso a processos individuais exclusivo a pessoas autorizadas.	F	M	F	122.1. Observar se existem regras para consulta dos processos individuais (incluir regra na política de RH) e se os mesmos não se encontram acessíveis a terceiros não autorizados.	SGRH

ÁREA/SERVIÇO: **GESTÃO DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO**

ÁREA DE RISCO		RISCOS IDENTIFICADOS	PO	GC	GR	MEDIDAS PREVENTIVAS	RESPONSÁVEL PELA IMPLEMENTAÇÃO
GESTÃO DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO	Gestão do Imobilizado	123. Desadequada gestão do parque informático (hardware), quer em número (excedente ou insuficiente) quer em atualização.	F	M	F	123.1. Inventariação anual do parque informático com informação acerca das características dos equipamentos por posto de trabalho. 123.2. Elaboração de plano anual de necessidades de acordo com orçamento definido.	SGSI SGSI
	Sistemas de Informação	124. Sistemas de informação (Software) desatualizados e/ou inoperacionais	M	M	M	124.1. Assegurar a permanente atualização dos registos das características dos postos de trabalho do HSMM de modo garantir a gestão operacional e rentabilização dos sistemas de informação através da atualização da base de dados de todos os postos de trabalho com os respetivos softwares existentes, datas de atualizações, etc.	SGSI
		125. Falta de alinhamento entre os investimentos em equipamentos na instituição e os sistemas informáticos	F	E	M	125.1. Todas as aquisições devem ter um parecer do serviço de informático. 125.2. Criar uma comissão de sistemas de informação e processo clínico eletrónico (Comissão Local de Informatização Clínica - CLIC).	SGSI/SA/SIE/CA CA
		126. Acesso indevido a determinada aplicação ou informação	M	E	E	126.1. Elaborar procedimento para a atribuição/eliminação de acessos aos utilizadores em articulação com o SGRH. 126.2. Obrigatoriedade das direções de serviço comunicar as alterações das funções dos profissionais. Elaboração de procedimento.	SGSI SGSI
		127. Partilha de senhas entre os utilizadores	M	M	M	127.1. Responsabilização dos titulares das senhas de identificação pela sua utilização, elaborando para o efeito um procedimento interno.	SGSI
		128. Tratamento preferencial no suporte interno (clientes, utentes etc.)	F	F	F	128.1. Adoção de um sistema de gestão e monitorização de tickets internos, quer seja por e-mail ou por uma plataforma WEB.	SGSI
		129. Roubo de propriedade intelectual	F	E	M	129.1. Restrições de acesso à informação de acordo com os perfis atribuídos. 129.2. Implementação de um procedimento para controlo de acessos.	SGSI



ÁREA DE RISCO		RISCOS IDENTIFICADOS			PO GC GR			MEDIDAS PREVENTIVAS		RESPONSÁVEL PELA IMPLEMENTAÇÃO
GESTÃO DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO	Sistemas de Informação	130. Falhas na proteção contra softwares maliciosos	E	E	E			130.1. Adequado sistema de <i>firewall</i> que permita implementar uma política de segurança a nível de acessos ao HSMM (VPN's) bem como a nível de segurança (CNPd e Cibersegurança).		SGSI
								130.2. Promover a existência de sistemas redundantes.		SGSI
		131. Falhas nos backups	E	E	E			131.1. Elaborar procedimento para realização de <i>backups</i> em toda a instituição.		SGSI
								131.2. Obter evidência de realização periódica de <i>backups</i> de segurança e se os mesmos são guardados em local distinto.		
		132. Falência dos Sistemas de Informação, risco de interrupção de serviço contínuo, perda ou adulteração da informação	M	M	M			132.1. Elaborar e monitorizar o plano de contingência que permite responder a interrupções de serviço, garantindo a continuidade de operação dos processos críticos.		SGSI
								132.2. Promover e evidenciar inspeções/manutenções regulares aos sistemas de alimentação ininterrupta, refrigeração e de extinção de incêndios pelo SIET.		SIET
								132.3. Restrição de acesso físico, a pessoal não autorizado, à sala técnica de servidores e promover mecanismos de controlo de acessos.		SGSI/SIET
		133. Não cumprimento da legislação em vigor relativa às medidas de reforço da <i>cibersegurança</i>	E	E	E			133.1. Cumprimento do normativo nº 7/2018/SPMS de 20 de outubro.		SGSI
		134. Falta de preparação para a entrada em vigor do Regulamento Geral de Proteção de Dados para 2018.	M	M	M			134.1. Adoção de um Programa de Gestão para avaliação e introdução de medidas para a implementação do novo Regulamento Geral de Proteção de Dados.		SGSI/GJ/SAI
								134.2. Formação contínua (reciclagem) adequada sobre Proteção de Dados.		SGSI/GJ/SAI



ÁREA/SERVIÇO: PLANEAMENTO E APOIO À GESTÃO

ÁREA DE RISCO	RISCOS IDENTIFICADOS	PO	GC	GR	MEDIDAS PREVENTIVAS	RESPONSÁVEL PELA IMPLEMENTAÇÃO
PLANEAMENTO E APOIO À GESTÃO	Apoio à gestão	M	F	F	135.1. Solicitar validação por parte do Serviço envolvido.	SPAG
					135.2. Criar um procedimento de dupla verificação (um 2º elemento valida a informação elaborada).	SPAG
		M	F	F	136.1. Existência de um procedimento interno com as regras de divulgação de informação.	SPAG
					136.2. Autorização prévia, pelo Conselho de Administração, de relatórios e mapas para divulgação geral.	SPAG
	137. Incumprimento de prazos nas tarefas periódicas	F	F	F	137.1. Elaboração de mapas com prazos para as atividades periódicas.	SPAG

ÁREA/SERVIÇO: **FORMAÇÃO E DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL**

ÁREA DE RISCO	RISCOS IDENTIFICADOS	PO	GC	GR	MEDIDAS PREVENTIVAS	RESPONSÁVEL PELA IMPLEMENTAÇÃO
FORMAÇÃO E DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL	Formação e desenvolvimento dos profissionais					
	138. Inadequada identificação das necessidades de formação institucionais.	M	M	M	138.1. Definição da política institucional de formação e desenvolvimento profissional. 138.2. Definição de procedimento institucional para identificação de necessidades de formação dos colaboradores.	CFDP/CA CFDP
	139. Formulação de objetivos de formação inadequados	M	M	M	139.1. Diagnóstico de necessidades de formação alinhado com o plano estratégico institucional. 139.1. Reunião anual com as chefias intermédias para definição de objetivos estratégicos de formação.	CFDP CFDP
	140. Formadores com inadequado perfil pedagógico	F	F	F	140.1. Seleção de formadores internos/externos sustentada em critérios de competência científica, técnica e pedagógica.	CFDP/CA
	141. Baixa adesão dos colaboradores à frequência da formação institucional e baixa eficácia da formação realizada.	M	M	M	141.1. Corresponsabilização das chefias intermédias na frequência da formação.	CFDP
	142. Inadequada avaliação do impacto da formação institucional	M	M	M	142.1. Corresponsabilização das chefias intermédias na avaliação do impacto da formação.	CFDP

ÁREA/SERVIÇO: **AUDITORIA INTERNA**

ÁREA DE RISCO		RISCOS IDENTIFICADOS	PO	GC	GR	MEDIDAS PREVENTIVAS	RESPONSÁVEL PELA IMPLEMENTAÇÃO
AUDITORIA INTERNA	Plano de Auditoria	143. Ausência ou não cumprimento do Plano Interno de Auditoria	M	M	M	<p>143.1. Elaboração anual de plano de atividades consistente com os objetivos do HSMM, através do qual sejam definidas ações de avaliação dos processos de controlo interno e de gestão de riscos, nos domínios contabilístico, financeiro, operacional, informático e de recursos humanos, contribuindo para o seu aperfeiçoamento contínuo.</p> <p>143.2. Monitorizar semestralmente a execução do Plano de Auditoria.</p> <p>143.3. Informar a gestão dos constrangimentos associados ao não cumprimento do plano de auditorias.</p> <p>143.4. Dotar o Serviço de Auditoria Interna com recursos humanos suficientes, não inferior a 2 (dois) elementos, com habilitação e competência profissional específica ao exercício das funções de controlo interno, enquadrável no nº 1 do artigo 19º do DL 18/2017, de 10 de fevereiro.</p>	SAI/CA
	Follow-up das recomendações	144. Não acompanhamento das recomendações emitidas pelo SAI aprovadas pelo CA	M	E	E	144.1. Realização de auditorias de <i>follow-up</i> .	SAI
	Relatórios de Auditoria	145. Falta de qualidade nos relatórios de Auditoria Interna	F	M	F	<p>145.1. Mecanismos de recolha de documentação de todos os elementos de prova da auditoria e outros elementos de suporte.</p> <p>145.2. Acompanhamento e supervisão permanente das diferentes fases dos processos de auditoria.</p> <p>145.3. Formação contínua aos profissionais do Serviço de Auditoria Interna.</p>	SAI SAI SAI/CA
	PGRIC	146. Falhas no acompanhamento e no reporte da execução do Plano de Prevenção de Riscos de Gestão incluindo os riscos de corrupção e infrações conexas	M	M	M	146.1. Promoção do acompanhamento da execução das medidas previstas no Plano, através aplicação da ficha de controlo semestral.	SAI
	Sistema de Comunicação de Irregularidades	147. Inexistência de sistema de comunicação de irregularidades.	F	M	F	147.1. Avaliação sistema de controlo interno e de comunicação de irregularidades. Receber as comunicações de irregularidades sobre a organização e funcionamento do hospital E. P. E., apresentadas pelos demais órgãos estatutários, trabalhadores, colaboradores, utentes e cidadãos em geral.	SAI/CA

ÁREA/SERVIÇO: **GESTÃO DA QUALIDADE**

ÁREA DE RISCO	RISCOS IDENTIFICADOS	PO	GC	GR	MEDIDAS PREVENTIVAS	RESPONSÁVEL PELA IMPLEMENTAÇÃO
GESTÃO DA QUALIDADE	Gestão Documental					
	148. Documentação desatualizada.	F	M	F	148.1. Criação de um <i>template</i> com alertas de revisão para a gestão documental.	GGQ
	149. Risco de falha de controlo da qualidade dos procedimentos.	M	M	M	149.1. Supervisão dos procedimentos elaborados.	GGQ
	150. Falta de envolvimento das chefias no processo de acreditação	E	F	M	150.1. Realização de reuniões periódicas com as chefias no âmbito da acreditação.	GGQ
	151. Ausência de uniformização de procedimentos, normas, métodos, técnicas ou atuação da organização	F	F	F	151.1. Promoção da documentação e comunicação generalizada dos procedimentos, normas, métodos e técnicas a adotar na organização. 151.2. Definir/Atualizar o Circuito para a elaboração, aprovação e homologação de documentos.	GGQ GGQ
	152. Ausência de conhecimento por parte dos Profissionais da Documentação Divulgada no Portal Interno.	E	M	E	152.1. Organização do Portal Interno por áreas/Serviços, por forma a facilitar a pesquisa dos documentos.	SGSI/GGQ

ÁREA/SERVIÇO: **GESTÃO HOTELEIRA**

ÁREA DE RISCO		RISCOS IDENTIFICADOS	PO	GC	GR	MEDIDAS PREVENTIVAS	RESPONSÁVEL PELA IMPLEMENTAÇÃO
GESTÃO HOTELEIRA	Alimentação	153. Fornecimento de refeições inadequadas aos doentes internados	M	M	M	<p>153.1. Elaboração de procedimento que defina, em todas as fases do processo, funções e responsabilidades dos intervenientes, desde a prescrição, confeção e distribuição.</p> <p>153.2. Acompanhamento efetuado por pessoa qualificada na avaliação das necessidades alimentares dos doentes (rastreamento nutricional).</p> <p>153.3. Promover a implementação da identificação das dietas dos doentes, através de etiqueta individual emitida a partir do S'Clínico.</p> <p>153.4. Promover auditorias periódicas de HACCP.</p> <p>153.5 Promover auditorias periódicas, no âmbito da higiene e segurança alimentares, nas copas dos Serviços de Ação Médica.</p>	<p>UFNA</p> <p>Equipa multidisciplinar</p> <p>UFNA/CA</p> <p>UFNA</p> <p>UFNA</p>
		154. Inexistência de instalações técnicas adequadas à confeção e distribuição de refeições	E	M	E	<p>154.1. Promover auditorias periódicas de HACCP.</p> <p>154.2. Promover auditorias periódicas, no âmbito da higiene e segurança alimentares, nas copas dos Serviços de Ação Médica.</p>	<p>UFNA</p> <p>UFNA</p>
		155. Inexistência de controlo de custos das refeições	M	F	F	<p>155.1. Avaliação dos custos previstos para as refeições de um dado período e os custos efetivamente suportados durante o mesmo período.</p> <p>155.2. Promover medidas para redução dos custos (calibragem regular dos equipamentos de medida e pesagem).</p> <p>155.3. Promover medidas para redução dos custos (controlo regular do desperdício alimentar das refeições servidas aos doentes nos serviços de ação médica).</p> <p>155.4. Promover medidas para redução dos custos (distribuição centralizada das refeições etc.).</p> <p>155.5. Controlo das refeições cedidas a profissionais e acompanhantes de doentes (controlo regular do desperdício alimentar)</p> <p>155.6. Controlo das refeições cedidas a profissionais e acompanhantes de doentes (reserva antecipada das refeições)</p>	<p>SPAG/UFNA/SH</p> <p>SIET</p> <p>UFNA</p> <p>UFNA/CA</p> <p>UFNA</p> <p>UFNA</p>



ÁREA DE RISCO		RISCOS IDENTIFICADOS	PO	GC	GR	MEDIDAS PREVENTIVAS	RESPONSÁVEL PELA IMPLEMENTAÇÃO
GESTÃO HOTELEIRA	Bar/cafeteria e Vending machine	156. Inexistência no caderno de encargos das especificações técnicas e legais atualizadas, necessárias para a prestação de serviços de vending.	E	M	E	156.1. Definir de forma clara e precisa as cláusulas técnicas e legais nos cadernos de encargos.	SA/UFNA
		157. Existência de produtos menos saudáveis nas máquinas de venda automática (MVA) e no bar/cafeteria	F	M	F	157.1 Submissão prévia, para avaliação técnica, das fichas técnicas dos produtos alimentares.	UFNA
						157.2. Realização regular de auditorias internas para verificação do cumprimento da legislação em vigor.	UFNA
	Rouparia	158. Inexistência no caderno de encargos das especificações técnicas necessárias para a prestação de serviços de lavagem e tratamento de roupa hospitalar	M	M	M	158.1. Definir de forma clara e precisa as cláusulas técnicas nos cadernos de encargos.	SA/SH
		159. Risco na gestão de stocks (rouparia)	M	M	M	159.1. Elaboração de procedimento para distribuição e tratamento de roupa que defina funções e responsabilidades, em todas as fases do processo.	SH
						159.2. Registo informático (Excel) das entradas (peso e quantidade), contendo o acumulado mensal das roupas.	SH
						159.3. Envio mensal desse registo informático (mapa) para o Serviço de Aprovisionamento (conferência de faturas) e SPAG (elaboração contabilidade analítica).	SH
		160. Inexistência de inventário de toda a roupa hospitalar	M	M	M	160.1. Elaboração bienal de inventário de toda a roupa hospitalar.	SH
						160.2. Evidenciar as diferenças/faltas (que não sejam imputáveis a abates).	SH
	Higiene e Limpeza	161. Inexistência no caderno de encargos das especificações técnicas necessárias para a prestação de serviços de higiene e limpeza	M	M	M	161.1. Definir de forma clara e precisa as cláusulas técnicas nos cadernos de encargos.	SA/SH
		162. Diminuição da qualidade de serviço prestado pela empresa contratada	M	E	E	162.1. Definir responsáveis pelo controlo e avaliação da qualidade da prestação dos serviços de limpeza (acompanhamento da execução do caderno de encargos).	SH/PPCIRA
						162.2. Elaboração de procedimentos internos para facultar a execução e operacionalização de algumas tarefas.	SH/PPCIRA
						162.3. Realização de auditorias internas.	SAI//PPCIRA/SH



ÁREA DE RISCO		RISCOS IDENTIFICADOS	PO	GC	GR	MEDIDAS PREVENTIVAS	RESPONSÁVEL PELA IMPLEMENTAÇÃO
GESTÃO HOTELEIRA	Resíduos Hospitalares	163. Inexistência no caderno de encargos das especificações técnicas necessárias para a prestação de serviços de recolha de resíduos hospitalares	M	M	M	163.1. Definir de forma clara e precisa as cláusulas técnicas nos cadernos de encargos.	SA/SH
		164. Inexistência de controlo de custos associados à recolha de resíduos hospitalares	E	E	E	164.1. Elaboração de procedimento para a triagem, armazenamento e transporte de resíduos hospitalares, que defina funções e responsabilidades, em todas as fases do processo.	SH//PPCIRA
						164.2. Promover formação e informação de todos os profissionais de saúde envolvidos no processo de gestão de resíduos hospitalares.	SH/CFDP
						164.3. Monitorização periódica dos custos associados à recolha de resíduos hospitalares.	SPAG/SH
						164.4. Realização de auditorias.	SAI/Auditoria Externa
	Segurança e Vigilância	165. Inexistência no caderno de encargos das especificações técnicas necessárias para a prestação de serviços de segurança e vigilância	M	M	M	165.1. Definir de forma clara e precisa as cláusulas técnicas nos cadernos de encargos.	SA/SH
		166. Inexistência de avaliação da qualidade dos serviços prestados pela empresa contratada	M	M	M	166.1. Definir responsáveis pelo controlo e avaliação da qualidade dos serviços prestados pelos colaboradores da empresa contratada.	SH
						166.2. Avaliação periódica ao cumprimento do caderno de encargos.	SH
	Casa Mortuária	167. Fugas de informação de óbitos para funerárias	F	F	F	167.1. Segregação de Funções (a informação do óbito é prestada à família pelos profissionais dos serviços onde ocorre). Elaboração de procedimento.	SH/SC
		168. Ofertas dadas pelos agentes funerários e/ou familiares por troca de favores (ex.: vestir cadáveres, informação privilegiada para realizar os serviços)	F	F	F	168.1. Todo o processo de recolha, preparação e entrega dos cadáveres aos agentes funerários, é executado pelos colaboradores da Casa Mortuária. 168.2. Divulgação e cumprimento do Código de Ética do HSMM.	SH SH/CA/DEP