

# Plano de Gestão do Risco de Corrupção e Infrações Conexas

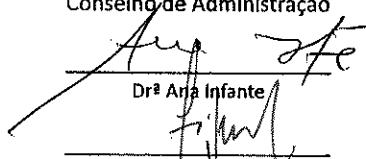
2020

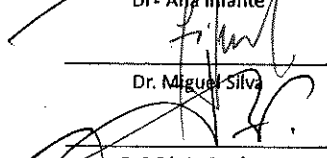
APROVADO

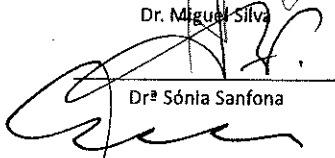
13. 8. 2020

H.D.S.

Conselho de Administração

  
Dr.ª Ana Infante

  
Dr. Miguel Silva

  
Dr.ª Sónia Sanfona

  
Dr. Paulo Sotoca





**Plano de Gestão do Risco  
de Corrupção e Infrações  
Conexas 2020-2021**



## Índice

CONSIDERAÇÕES PRÉVIAS.....	7
SUMÁRIO EXECUTIVO.....	9
<i>PARTE I</i> .....	11
PLANO DETALHADO.....	11
1. O HOSPITAL DE SANTARÉM.....	12
2. GESTÃO DO RISCO DE FRAUDE.....	15
3. GESTÃO DE CONFLITOS DE INTERESSES .....	17
4. SISTEMA DE COMUNICAÇÃO DE IRREGULARIDADES .....	17
5. SISTEMA DE CONTROLO INTERNO.....	18
6. CONCLUSÃO .....	26



## Considerações prévias

**N**o âmbito do n.º 20 do anexo II ao Decreto-Lei N.º 18/2017, cabe ao Serviço de Auditoria Interna a elaboração do Plano de Gestão do Risco de Corrupção e Infrações Conexas.

O presente documento responde às recomendações do Conselho de Prevenção da Corrupção de 7 de novembro de 2012, de 7 de janeiro de 2015 sobre contratação pública, de 1 de julho de 2015 sobre os planos de prevenção e combate à corrupção.





## Sumário executivo

**E**ste é um documento de continuidade em relação ao passado recente por partir da revisão do plano de 2019. Reúne as contribuições do ROC pela avaliação do Sistema de Controlo Interno.

Dado o avanço do ano de 2020 propomos o desenvolvimento do presente plano para o restante ano de 2020 e a estabilização para o ano de 2021.



## *Parte I*

# Plano detalhado

Caracterização do hospital, Gestão de conflitos de interesses, Sistema de comunicação de irregularidades, Sistema de controlo interno e Plano de Gestão do Risco de Corrupção e Infrações Conexas para 2020-2021.

## 1. O Hospital de Santarém

O Hospital Distrital de Santarém é um hospital do setor empresarial do estado, com capital estatutário de € 107.131.750, desde 2005 por transformação pelo Decreto-Lei 233/2005.

Inserido na ARSLVT, assegura as necessidades de saúde de uma população de cerca de 200 mil habitantes, a que corresponde a área territorial de 3.500 Km<sup>2</sup> da ilustração n.º 1.

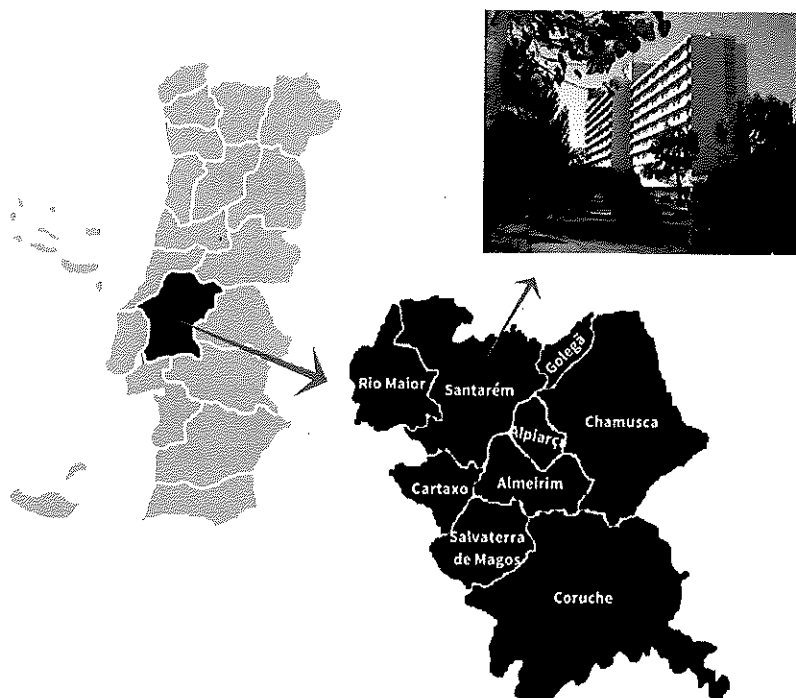


Ilustração 1 – Localização e área de referência do Hospital de Santarém

Para as especialidades de Cirurgia Vasculuar, Dermatologia, Infeciologia, Psiquiatria e Radioterapia Oncológica, a área de influência abrange ainda outros concelhos.

O internamento tem uma lotação de 419 camas (incluindo o Berçário). Para as consultas externas conta com 65 gabinetes e 3 salas de pequena cirurgia. Na valência de Hospital de Dia dispõe de 28 cadeirões e 7 camas. Para a atividade cirúrgica há uma unidade de bloco operatório central com 1 sala – cirurgia urgente e com quatro salas – cirurgia convencional e, há ainda três salas de bloco em regime ambulatorio. O bloco de partos tem duas salas apoiadas por xxx três xxx salas de dilatação.

Como recursos humanos: conta com cerca de 1.648 colaboradores nas diferentes modalidades de contratação.

O Orçamento de despesa previsto para 2020 é de € 83.736.496.

A atividade assistencial, em 2019 foi a seguinte:

- Internamento: 14.329 doentes saídos, a que corresponde uma taxa de ocupação de 82,4% para as 403 camas (s/ berçário) e demora média de 8,5 dias;
- Consulta Externa: 141.392 consultas médicas efetivadas;
- Hospital de Dia: 28.921 sessões a 4.015 doentes;
- Urgência: 132.646 admissões;
- Blocos Cirúrgicos: 9.906 intervenções cirúrgicas com 7.512 doentes operados;
- Partos: 1.089 a que correspondem 1.106 nados vivos.

#### Missão:

Prestar serviços e cuidados de saúde de elevada qualidade para satisfação dos utentes e das entidades responsáveis financeiramente pelos cuidados prestados, promovendo a realização pessoal e profissional dos seus colaboradores, tendo sempre presente a justa noção da eficiência da sua ação.

#### Visão:

Ser um hospital de referência pela sua capacidade de resposta às necessidades dos utentes, pela qualidade técnica e humana dos seus profissionais, que aqui terão um lugar atrativo para se realizarem e desenvolverem.

#### O Hospital assume os seguintes valores:

##### Orientação ao doente

Ter uma orientação clara para o doente, respondendo às suas necessidades, de acordo com as melhores práticas disponíveis.

##### Inovação

Ter um compromisso com a inovação, criando soluções flexíveis que permitam assegurar a prestação de melhores cuidados de saúde.

##### Ética nas Relações Pessoais, Profissionais e Institucionais.

Defender e aplicar princípios de ética nas relações pessoais, profissionais e institucionais.

### **Qualidade**

Salvaguardar e privilegiar a implementação permanente de normas de qualidade.

### **Responsabilidade Social e Ambiental**

Assumir todos os dias a sua responsabilidade social e ambiental, comprometendo-se com a manutenção do equilíbrio necessário da sua envolvente interna e externa, nas vertentes de Gestão Ambiental, da Segurança e Saúde no Trabalho.

### **Realização dos Colaboradores**

Ser uma organização hospitalar onde os seus colaboradores encontram espaço para a sua realização pessoal e profissional.

### **Criação de Valor Económico e Social**

Ter sempre presente a necessidade de criação de valor económico e social, quer para a comunidade da sua zona de referência, quer para o país.

### **Conselho de Administração:**

O Conselho de Administração foi nomeado pela Resolução do Conselho de Ministro. N.º 100/2018. Publicado no Diário da República n.º 139/2018, Série I de 2018-07-20.

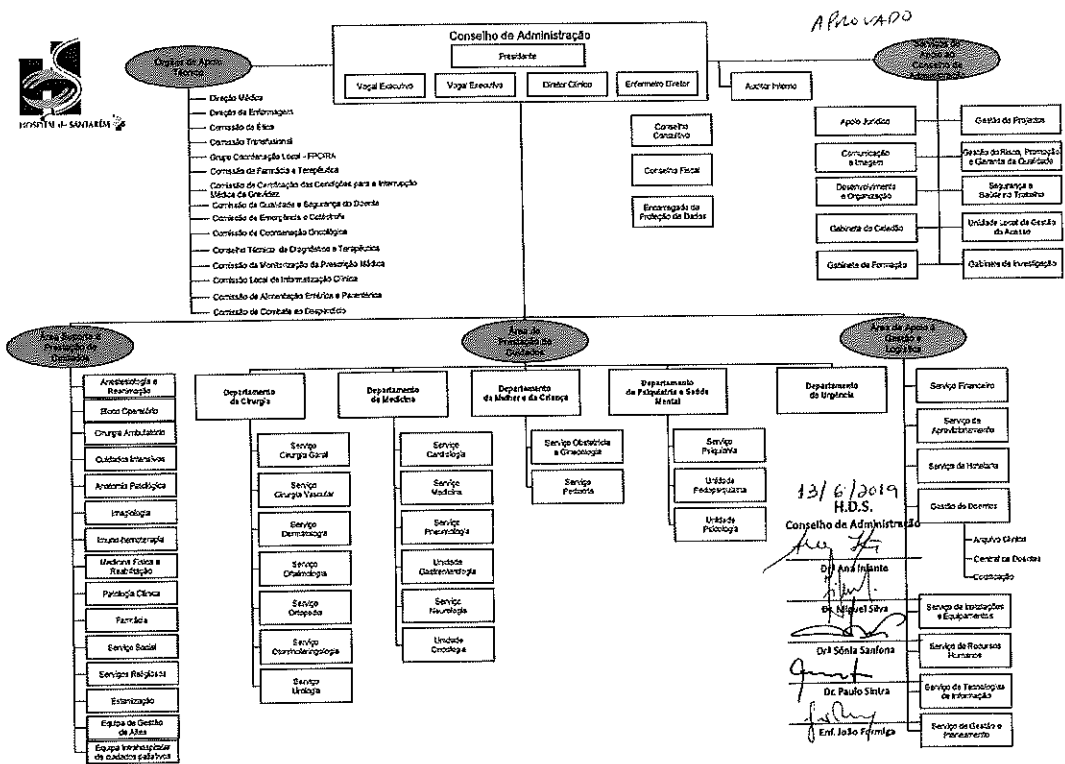
O Conselho de Administração é composto por:

- Presidente: Dra. Ana Marília Barata Infante;
- Vogal Executivo: Dra. Sónia Isabel Fernandes Sanfona Cruz Mendes;
- Vogal Executivo: Dr. Miguel Ângelo Carmo da Silva;
- Diretor Clínico: Dr. Paulo José Sintra de Jesus Silva;
- Diretor de Enfermagem: Enf. João Luís da Graça Formiga.

### **Conselho Fiscal:**

Nos termos do nº 1 do art.º 15.º dos Estatutos dos Hospitais EPE, publicados pelo Dec.- Lei nº 18/2017, de 10 de fevereiro, foi nomeado o Conselho Fiscal para o mandato de 2018-2020, por despacho conjunto dos Secretários de Estado do Tesouro e da Saúde, com entrada em funções à data da assinatura do referido documento, ou seja em 29 de janeiro de 2018.

Organograma:



2. Gestão do Risco de Fraude

Para a construção do presente documento foram consideradas as seguintes ferramentas:

Matriz de Risco

		Severidade da Ocorrência		
		Baixa	Média	Alta
Probabilidade de Ocorrência	Alta	Moderado	Elevado	Elevado
	Média	Fraco	Moderado	Elevado
	Baixa	Fraco	Fraco	Moderado

### Gradação do risco:

Para o Sistema de Controlo Interno do Hospital de Santarém, o risco é avaliado em três variáveis: Probabilidade, Severidade Potencial e Detetabilidade.

Para cada uma das variáveis é organizada em três categorias: Baixa, média e elevada.

Ptos	Probabilidade de ocorrência	Descrição
1	Baixa	Possível mas extremamente improvável de ocorrer, até duas vezes durante um ano.
3	Média	Esperado ocorrer mais do que três vezes e menos de cinco ao longo de um ano.
5	Alta	Esperado ocorrer seis ou mais vezes ao longo do ano.

Ptos	Severidade	Descrição
1	Baixa	Dano na otimização do desempenho organizacional, exigindo a recalendarização das atividades ou projetos.
3	Média	Perda na gestão das operações requerendo a redistribuição de recursos em tempo e em custos.
5	Alta	Prejuízo na imagem e reputação de integridade institucional, bem como na eficácia e desempenho da sua missão.

### Áreas de risco consideradas:

Nesta revisão são mantidas as áreas identificadas na versão anterior.

- Serviços Financeiros;
- Serviço Aprovisionamento e Logística;
- Serviços Hoteleiros;
- Serviço de Instalações e Equipamentos;
- Serviço de Gestão de Recursos Humanos;
- Gestão de Doentes;
- Serviço de Gestão de Tecnologias de Informação;
- Conflitos de interesses;
- Serviços de Prestação de Cuidados.



**Contexto interno:**

- Manual de Procedimentos de Compras;
- Manual de Procedimentos de Contabilidade Geral (POC-MS);
- Manual de Procedimentos de Gestão de Contas a Pagar (POC-MS);
- Manual de Procedimentos de Gestão de Contas a Receber (POC-MS);
- Manual de Procedimentos de Gestão de Tesouraria (POC-MS);
- Manual de Procedimentos de Gestão de Imobilizado;
- Manual de Procedimentos de Logística;
- Manual de Procedimentos de Compras;
- Manual de Procedimentos de Produção;
- Manual de Procedimentos de Recursos Humanos;
- Outros manuais de procedimentos de setores e serviços específicos.

**3. Gestão de conflitos de interesses**

No âmbito dos processos de compras, compete em especial ao presidente do júri garantir que a “Declaração de Inexistência de Incompatibilidades”, anexo ao Despacho n.º 2156-B/2014, de 10 de fevereiro do Sr. Ministro da Saúde, é emitida por todos os membros (efetivos e não efetivos).

Nos processos de recrutamento os elementos do júri estão obrigados a declarar conflitos de interesses em relação aos candidatos a concurso.

Os colaboradores médicos estão obrigados a declarar ofertas de valor superior a € 60.

**4. Sistema de comunicação de irregularidades**

O Hospital constituiu em 2013 um sistema de comunicação de irregularidades, em conformidade com o Decreto-Lei 233/2005 de 29 de dezembro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei 244/2012 de 9 de novembro e pelo Decreto-Lei n.º 18/2017.

Ao longo de 2019 não foram recolhidas comunicações.

Conforme é prática instituída, foi feita comunicação interna por correio eletrónico a todos os colaboradores da existência deste instrumento de controlo e do respetivo regulamento, disponível para consulta na intranet.

## 5. Sistema de controlo interno

De acordo com a metodologia que temos seguido, solicitamos aos responsáveis pelos departamentos e serviços que elaborassem uma autoavaliação da implementação do plano de 2019. Foi também recolhida a colaboração da SROC na apreciação do Sistema de Controlo Interno.

As tabelas que se seguem transcrevem o resultado da avaliação de 2019 e da respetiva revisão.

### 5.1. Serviços financeiros;

SERVIÇOS	RISCO POTENCIAL/ATIVIDADES	RISCOS ASSOCIADOS	P	GC	GR	MEDIDAS PREVENTIVAS	MONITORIZAÇÃO	Evidências / Observações	Resp.
Serviços Financeiros	Gestão de Tesouraria	a) Desvio de Fundos	B	A	M	Cumprimento do Manual de Procedimentos	Conferência de caixa em dia aleatório e sempre que o tesoureiro se ausenta	Folha de registo da conferência	SF
		b) Utilização indevida	B	A	M	Incentivar a utilização do pagamento automático	Conferência trimestral de caixa em data aleatória	Registo de conferência	
		c) Cobranças não liquidadas	B	B		Cumprimento do Manual de Procedimentos	Verificações dos fundos de manolo com periodicidade mensal	Registo da auditoria realizada	
		d) Depósitos não efetuados	B	A	M	conferência diária da fila da tesouraria	Assinatura do comprovativo do depósito	Comprovativo do depósito assinado	
		e) Falta de controlo dos movimentos bancários	A	A		Reconciliação bancária mensal	Conferência mensal pelo responsável do serviço e trimestral pelo ROC	Folha de cálculo de reconciliação	
	Faturação (Receita)	a) Falta de rigor	B	B		Cumprimento do Manual de Procedimentos	Circularização de saldos de Clientes	Registo de circularização.	SF
		b) Contas de Clientes	M	M	M	Formalização do procedimento	Análise periódica aos lançamentos e processamento de documentos de receita	Procedimento de trabalho e respetivos registos	
		c) Atrasos Indevidos	B	A	M	Cumprimento do Manual de Procedimentos	Análise periódica aos lançamentos e processamento de documentos de receita	Registo dos lançamentos arrolhados.	

SERVIÇOS	RISCO POTENCIAL/ATIVIDADE	RISCOS ASSOCIADOS	P	GC	GR	MEDIDAS PREVENTIVAS	MONITORIZAÇÃO	Evidências / Observações	Resp.
Serviços Financeiros	Faturação (Despesa)	a) Incumprimento do Manual de Procedimentos	B	M		Cumprimento do Manual de Procedimentos	Conferência de faturas	Registo da conferência de faturas	SF
		b) Alterações relativas a Fornecedores	B	M		Cumprimento do Manual de Procedimentos	Auditoria ao cumprimento do Manual de Procedimentos	Registo da auditoria realizada	
		c) Violação de conferência de faturas	B	A	M	Cumprimento do Manual de Procedimentos	Circularização de fornecedores anual e aleatoriamente	Registo da circularização entidade e respostas	
	Gestão do Contencioso	a) Prescrição de dívidas	M	A		Elaboração de Procedimento de Trabalho	Revisão de prazos	Registo dos prazos apurados	SF e Gab Jurídico
		b) Violação do dever de sigilo	B	M			Incidentes críticos	Registo de incidentes críticos	
	Conferência do Imobilizado	a) Diferenças entre o valor registado contabilisticamente e o valor registado na Gestão do Património	M	A		Conferência trimestral entre serviços	Auditoria pelo ROC	Registo da conferência	SF e SIE
Prestação de informação à tutela	a) Fornecer informação financeira inadequada	A	A		Quando omissão, questionar os serviços e pedir justificação para os valores apresentados	Os valores recebidos estão fundamentados	Existência de racional para os valores apresentados	SF	
					Os valores fornecidos pelos serviços estão fundamentados em racional comprovado	Verificar a solidez da informação fornecida			

## 5.2. Serviço de Aprovisionamento e Logística

SERVIÇOS	RISCO POTENCIAL/ATIVIDADE	RISCOS ASSOCIADOS	P	GC	GR	MEDIDAS PREVENTIVAS	MONITORIZAÇÃO	Evidências / Observações	Resp.
Serviços de Aprovisionamento e de Logística	Transparência nos concursos de aquisição de bens e serviços	a) Ineficiência no processo de aquisição	A	M		Desenvolvimento de plano de atividades por serviço	Existência de plano de atividades por serviço	Os planos de atividades dos serviços	SAL e CA
		b) Violação do Princípio da Concorrência	M	A		Redução do recurso ao procedimento por ajuste direto ao estritamente necessário	Acompanhamento do tipo de concurso desenvolvido	Número de processos de AD em N-1 e em N	SAL e CA
		c) Violação do Princípio da Transparência	M	A		Revisão do Manual de Procedimentos	Auditoria ao cumprimento do Manual de Procedimentos	Os contratos outorgados para as maiores despesas	SAL
		d) Violação do Princípio da Igualdade	M	A		Celebração de contratos anuais para fornecimentos que representem maior peso na despesa	Contactos prévios com Fornecedores	Registo de incidentes críticos	SAL e CA
		e) Problemas no desenvolvimento do concurso por desempenho do júri	M	A		Cumprimento do guia para os membros do júri	Registo de incidentes no cumprimento atempado dos deveres do júri	Registo de incidentes críticos	SAL
	Procedimentos Pré-Contratuais	a) Introdução de consulta preliminar	M	A	M	Revisão do procedimento de cálculo de preços	Revisão do modelo de cálculo de preços	Registo dos contactos	SAL
						Antes da abertura do procedimento, a entidade adjudicante deverá fazer consultas informais ao mercado para preparar procedimento	Manutenção dos contactos feitos	Registo dos contactos	SAL
		b) Aperfeiçoamento dos cadernos de encargos	M	A		Rigor administrativo na elaboração do processo	Lista de verificação para o processo	Lista preenchida	SAL
						Aperfeiçoamento dos Cadernos de Encargos com vista à ponderação exata dos custos designadamente na compra de equipamento e execução de obras públicas	Rigor administrativo na elaboração do processo	Cálculos e racional	SAL
		c) Constituição dos júris dos procedimentos	M	A		Obrigatoriedade de os membros do júri declararem inexistência de conflitos de interesses	Antes abertura procedimento entidade adjudicante deverá fazer consultas informais ao mercado a fim preparar procedimento	Modelo preenchido e assinado pelos membros do júri	SAL
		d) Rigor de processos	M	A		Envolvimento de todos os elementos dos júris	Manutenção de atas	Atas das reuniões do júri	SAL

SERVIÇOS	RISCO POTENCIAL/ATIVIDADE	RISCOS ASSOCIADOS	P	GC	GR	MEDIDAS PREVENTIVAS	MONITORIZAÇÃO	Evidências / Observações	Resp.
Serviços de Aproveitamento e de Logística	Fundo de Maneto	a) Utilização indevida	M	M	M	Obrigatoriedade da prévia autorização da despesa pelo CA	Reconciliação periódica aleatória	Ordem de encomenda assinada / Ajuste Direto Simplificado	SAL
		b) Desconformidade documental e numérico	B	M	M	Conferência mensal dos documentos de suporte da despesa	Utilização indevida do Fundo de Maneto	Registo assinado da reforma do Fundo de Maneto	SAL
	Recepção de Materiais	a) Desvio à recepção	B	M	M	Recepção e conferência por dois funcionários	Reconciliação aleatória quantitativa e qualitativa	Registo da conferência	SAL
		b) Recepção não controlada	B	M	M	Segregação de funções de recepção e conferência de material	Auditoria ao cumprimento do Manual de Procedimentos	Registo de entrada com a verificação por dois colaboradores	SAL
		c) Desconformidade na recepção - Atrasos na conferência	B	M	M	Registo de entrada	Verificação de registos de entrada perante incidentes críticos	Registo da verificação	SAL
	Gestão de Stocks	a) Movimentos não efetuados - erros de identificação de bens	B	M	M	Informatização da requisição e saídas de material	Verificação de disparidades entre registos informáticos e existências	Registo da conferência	SAL
		b) Desvio de bens	B	M	M	Acesso condicionado aos Armazéns	Movimentos não registados		SAL
							Desvios de bens (conferência aleatória)	SAL	
		c) Rutura sem aviso prévio	M	M	M	Garantia de stock mínimo e de segurança	Contagens e auditorias aos saldos	Registos das contagens	SAL
		d) Atraso nas entregas	M	M	M	Acompanhamento da execução do contrato	Registos da execução: contratado, fornecimentos e consumos.	Os registos de acompanhamento	Gestor do Contrato e SAL
		e) Elevado consumo sazonal sem aviso nem fundamentação	M	M	M	Continuação das contagens e auditorias aos stocks	Existência de plano de atividades por serviço consumidor	Os planos de atividades dos serviços consumidores	SAL e CA

### 5.3. Serviços Hoteleiros

SERVIÇOS	RISCO POTENCIAL/ATIVIDADE	RISCOS ASSOCIADOS	P	GC	GR	MEDIDAS PREVENTIVAS	MONITORIZAÇÃO	Evidências / Observações	Resp.
Serviços Hoteleiros	serviço de Lavandaria e Tratamento de Roupas	Faturação indevida no âmbito do contrato de fornecimento, lavagem e tratamento da roupa do doente	M	M	M	Pesagem da roupa à entrada (roupa limpa) e à saída (roupa suja), na origem e no destino, com registo e assinatura por três funcionários. Adoção de balança com registo de pesagem em papel	Verificação mensal da faturação com registo e guias	Registo mensal	Serviços Hoteleiros
		Incumprimento do contrato de fornecimento, lavagem e tratamento da roupa do doente	M	M	M	Registo e devolução da roupa mal lavada ou inadequada Cláusulas penais para incumprimento contratual	Verificação da dedução dos custos na faturação	Registo / Mapa de controlo	Serviços Hoteleiros
		Desvio de fardamento do hospital	M	M	M	Registo da entrada e saída do fardamento associado a cada funcionário Assinatura de Termo de Responsabilidade pelo funcionário no momento de entrega do fardamento	Verificação no momento do pedido: fornecimento após controlo através do registo informático de entregas	Registo / Mapa de controlo	Serviços Hoteleiros
		Aumento da utilização de roupa descartável no BO e UCA por falta de roupa	M	M	M	Controlo do circuito da roupa verde entre roupa e a esterilização mediante protocolo de entrega	Controlo do consumo de roupa descartável. Fornecimento adequado às necessidades da esterilização		Serviços Hoteleiros
		Falta e desvio de roupa	B	M	M	Implementação de sistema de contabilização e reposição por níveis Guia de entrega da roupa com designação de tipologia e quantidades entregues	Monitorização e revisão periódica de níveis	Guia de entrega preenchida e assinada	Serviços Hoteleiros e Serviços Utilizadores
								Evidência de avaliação e alteração dos níveis,	

Serviços Hotelários	Serviço de Alimentação e Dietética	Faturação indevida no âmbito do contrato de fornecimento de alimentação	M	M	M	Prescrição eletrónica da alimentação e fornecimento associado ao doente	Contabilização diária das refeições enviadas aos serviços e conferência a posteriori com a faturação mensal Dedução das dietas zero, dietas de água e chá e reforços alimentares	Mapa de resumo mensal	Serviços Hotelários
		Incumprimento do contrato de fornecimento de alimentação	M	M	M	Controlo diário de ementas e n.º de pessoas ao serviço de acordo com o Caderno de Encargos	Acompanhamento diário pelo nutricionista e dietista do HDS nas diversas fases do processo	Mapa de resumo mensal	Serviços Hotelários
			M	M	M	Cláusulas penais para incumprimento contratual			
			M	M	M	Empresa fornecedora tem que ter certificação de qualidade	Controlo de qualidade, por elementos da empresa e do HDS, em todo o processo do Serviço	Registo do controlo de qualidade	Serviços Hotelários
	Desvio e desperdício de alimentação	M	M	M	Contratualização e registo de reforços	Controlo diário dos reforços consumidos e fornecidos aos diversos serviços	Mapa de registo diário	Serviços Hotelários e Serviços Consumidores	
		M	M	M	Atualização do desperdício alimentar	Relatório de avaliação elaborado pelo Nutricionista e dietista do HDS	Relatório / registo dos profissionais		
	Serviço de Higiene e Limpeza	Incumprimento do contrato de fornecimento de serviços de higiene e limpeza	M	M	M	Controlo do plano diário de limpezas	Relatório de atividades diário efetuado pelas encarregadas	Mapas / relatórios	Serviços Hotelários
			M	M	M	Controlo do n.º de pessoas ao serviço e do n.º de horas realizadas	Auditoria semanal: contabilização das horas realizadas com base nas folhas de assiduidade	Mapas de registo	
			M	M	M	Controlo e planeamento de limpezas periódicas	Verificação pela encarregada da empresa e pela encarregada do hospital	Registos de verificação	
	Serviço de Informação e Relações Públicas	Entrada não controlada de DIM	M	M	M	Controlo de entrada e saída do DIM com e sem marcação	Envio semanal de Informação à Diretora Clínica	Informação enviada	Serviços Hotelários
			M	M	M	Controlo de acessos fora do horário de visitas, existindo um controlo especial para acompanhante entre as 12h e as 20h	Incidentes relacionados com acessos não controlados	Registo / Informação de incidentes	
		Desvio/Perda de Cadeiras de Rodas (destinadas a utilização dentro das instalações)	M	M	M	Numeração das cadeiras do serviço	Conferência diária das cadeiras disponíveis no final do período	Registos de conferência	
M	M		M	Registo de empréstimo		Registo de			

#### 5.4. Serviço de Instalações e equipamentos

SERVIÇOS	RISCO POTENCIAL/ATIVIDADE	RISCOS ASSOCIADOS	P	GC	GR	MEDIDAS PREVENTIVAS	MONITORIZAÇÃO	Evidências / Observações	Resp.
Serviços de Instalações e de Equipamentos	Gestão do Imobilizado	a) Desvios por colaboradores ou por terceiros	A	A	1	Elaboração de manual de procedimentos	Responsabilização dos serviços e conferências periódicas dos bens	Manual de procedimentos	SIE
		b) Descaracterização nos registos de património	B	B		Auditoria mensal aleatória ao imobilizado	Manutenção atualizada dos registos	Registo da auditoria realizada	SIE
		c) Gestão da obsolescência e adequação	B	M		Procedimento de trabalho para abates	Confirmação de obsolescência e abates	Procedimento de trabalho e respetivos registos	SIE
	Gestão de Contratos de Manutenção	a) Valores e preços justos	B	B		Cumprimento do CCP	Justificação de valores e preços justos	Consta no processo a justificação do preço	SIE
		b) Número de visitas	B	M		Cumprimento do Manual de Procedimentos	Entrega obrigatória do material retirado	Incidente crítico de não entrega	SIE
		c) Intervenções efetivas e materiais aplicados	B	M		Acompanhamento das visitas/intervenções por funcionários do HDS	Registo de visitas e intervenções efetivas	Registo validado das intervenções realizadas	SIE

SERVIÇOS	RISCO POTENCIAL/ATIVIDADE	RISCOS ASSOCIADOS	P	GC	GR	MEDIDAS PREVENTIVAS	MONITORIZAÇÃO	Evidências / Observações	Resp.
Serviços de Instalações e de Equipamentos	Fiscalização de Obras	a) Materiais aplicados	B	M		Acompanhamento das obras	Registro de desconformidades	Registro das não-conformidades	SIE
		x Quantidades	B	M		Atas de todas as reuniões de obra	Atas de todas as reuniões de obra	Atas das reuniões	SIE
		x Qualidade	B	M		Explicitação clara de materiais aplicados e usados	Explicitação clara de materiais aplicados e usados	Auto/Boletim de Apresentação de materiais	SIE
		x Apropriação	B	M					
	Verificação e conferência de faturas	a) Trabalhos realizados	B	M		Autos de medição	Conferência de autos de medição e da recepção	Auto Validado - Mensal	SIE
		b) Recepção de equipamentos em conformidade	B	M		Autos de recepção	Conformidade com os procedimentos efetuados	Auto Validado - Mensal	SIE

### 5.5. Serviço de Recursos Humanos

SERVIÇOS	RISCO POTENCIAL/ATIVIDADE	RISCOS ASSOCIADOS	P	GC	GR	MEDIDAS PREVENTIVAS	MONITORIZAÇÃO	Evidências / Observações	Resp.	
Recursos Humanos	Inserção de dados do cadastro do trabalhador	a) Erros de identificação	B	B		Revisão periódica de processos individuais	Check-list da verificação	A check-list preenchida	DRH	
		b) Omissão de informação	B	B		Incentivo à atualização do cadastro	E-mail do e-mail	O e-mail	DRH	
		c) Registos e contagem	B	B		Cumprimento do Manual de Procedimentos	Auditoria ao cumprimento do Manual de Procedimentos	Registro da auditoria realizada	DRH	
	Inserção de dados relativos ao processamento de salários	a) Falta de rigor	B	M		Informatização de Processos de registo de assiduidade e processamento de salários	Auditoria ao cumprimento do Manual de Procedimentos	Registro da auditoria realizada	DRH	
		b) Dados viciados	B	M		Cumprimento do Manual de Procedimentos			DRH	
		c) Desconformidade de abonos e/ou descontos		B	M		Realização de conferências	Registro de desconformidades	O Registro	DRH
							Segregação de funções e rotatividade	Registro da Rotação	O Registro da Rotação	DRH
		d) Processamento indevido de trabalho extraordinário		B	B		Utilização da plataforma informática SISQUAL	Informação mensal do n.º de horas extra conferido e assinado pelas chefias de serviço/departamento	O registo da conferência	DRH
							Obrigatoriedade de justificação pelas chefias	Conhecimento e aprovação pelo CA	Registro de justificação	DRH
							Segregação de funções	Níveis de acesso e verificação	Lista de funções e de rotação	DRH
				Autorização do pagamento pelo CA	Registro da Aprovação	DRH				

SERVIÇOS	RISCO POTENCIAL/ATIVIDADE	RISCOS ASSOCIADOS	P	GC	GR	MEDIDAS PREVENTIVAS	MONITORIZAÇÃO	Evidências / Observações	Resp.
Recursos Humanos	Gestão dos dados de assiduidade dos trabalhadores	a) Utilização indevida de dados	B	B	I	Limitação à frequência de registos manuais	Auditoria ao cumprimento do Manual de Procedimentos	Registo da auditoria realizada	DRH
		b) Violação do sistema de pontualidade e assiduidade	B	M	I	Cumprimento do Manual de Procedimentos Registo biométrico	Conferência de registos informáticos e biométricos	Registo da conferência	DRH DRH
	Prestação de Informação para a gestão (CA)	a) Falta de rigor na informação	B	M	I	Conferência de dados com outras fontes	Deteção de desconformidades	Registo de não-conformidades	DRH
		b) Documentação em desconformidades	B	M	I				DRH
		c) Violação de Contratos de Trabalho e de condições de contrato	M	M	M	Proteção de campos pré-definidos nas minutas base	Verificação das minutas	Incidentes críticos	DRH
	Processos administrativos de recrutamento e seleção	a) Princípio da Transparência	M	A	I	Nomeação de júris diferenciados pelos diversos concursos	Lista dos júris seleccionados para garantir diferenciação	O registo da lista	DRH
		b) Princípio da Igualdade	M	A	I	Publicitação de todos os documentos do concurso	Auditoria ao cumprimento do Manual de Procedimentos		DRH
		c) Princípio da liberdade de candidatura	M	A	I	Declaração de isenção dos membros do júri	Recolha do modelo assinado pelo júri	O modelo assinado	DRH
		d) Constituição dos júris	B	A	M	Criação de documento matriz com instruções específicas para todo o processo para os júris e instruções claras e transparentes para os candidatos.	Check-list de verificação	A check-list preenchida	DRH

### 5.6. Gestão de Doentes

SERVIÇOS	RISCO POTENCIAL/ATIVIDADE	RISCOS ASSOCIADOS	P	GC	GR	MEDIDAS PREVENTIVAS	MONITORIZAÇÃO	Evidências / Observações	Resp.
Gestão de Doentes	Registo dos dados identificativos	a) Deficiências/Erros na identificação do utente	A	A	I	Deteção e correção periódica de erros	Mapas de controlo	Mapas de controlo e indentação de correções	Todos os serviços com Admissão de Doentes
		b) Envio de convocatória a utentes com óbito registado	A	A	I	Procedimento de trabalho para desmarcação de consultas MCDT/ em caso de óbito	Auditoria ao cumprimento do Procedimento de trabalho e de normativos	Registo da auditoria realizada	
		c) Da Entidade Responsável	B	M	I	Procedimento de trabalho de identificação de 3ºs responsáveis	Auditoria ao cumprimento do Procedimento de trabalho e de normativos	Mapas de controlo e indentação de correções	
	Arquivo Clínico Organizado e Funcional	a) Utilização indevida de informação clínica	A	A	I	Acompanhamento do percurso do Processo Clínico no HDS	Cumprimento do sigilo profissional	Registo de auditoria realizada	Arquivo Clínico
		b) Processos mal arquivados e duplicados	B	A	M	Limitação do acesso ao arquivo clínico	Qualidade do arquivamento material dos Processos	Registo da auditoria realizada	
		c) Acesso reservado ao Arquivo Clínico e quebra da confidencialidade	B	A	M		Utilização indevida de informação clínica	Registo de incidentes clínicos	
	Acesso a primeira consulta hospitalar (ULGA)	a) Extravio de pedidos internos com aumento do tempo de espera	M	A	I	Acesso por parte do médico triador ao pedido informático sem necessidade de impressão do mesmo	Lista de Espera trimestral	Mapa da lista de espera trimestral	Todos os serviços com Admissão de Doentes
		b) Duplicação de pedidos que se traduz no aumento da lista de espera	M	A	I	Sistema Informático deve impedir a duplicação do pedido			
	Taxas Moderadoras	a) Falta de cobrança	M	M	M	Procedimento de Trabalho de cobrança e isenção de taxas moderadoras	Auditoria ao cumprimento do Procedimento de trabalho e de normativos	Registo da auditoria realizada - Mapa de controlo	Todos os serviços com Admissão de Doentes
		b) Cobrança indevida	M	M	M		Auditoria a erros (violação) das isenções	Registo da auditoria realizada - Mapa de controlo	
c) Erros de taxas cobradas		M	M	M	Conferência dos valores cobrados/fundos de maneto por dois funcionários e registo dos valores em falta ou em excesso para entrega na tesouraria	Prestação diária de contas à Tesouraria	Registo da conferência		

### 5.7. Serviço de Tecnologias de Informação

SERVIÇOS	RISCO POTENCIAL/ATIVIDADE	RISCOS ASSOCIADOS	P	GC	GR	MEDIDAS PREVENTIVAS	MONITORIZAÇÃO	Evidências/ Observações	Resp.
Gabinete de Tecnologias de Informação	Falhas nos Sistemas Instalados	a) Com efeitos no registo das atividades	B	M		Limitação do acesso ao Datacenter por impressão digital	Riscos e Prejuízos para as atividades	Lista de perfis atualizada	GTI
		b) Com efeitos na faturação	B	E	M	Servidores redundantes	Erros com efeito no processo de faturação		GTI
		c) Com compromisso de operacionalidade	B	E	M	Backup diário de toda atividade	Utilizadores com perfil específico para atuações	Existência de backup diário	GTI
	Rigor, Confidencialidade e Segurança	a) Ameaça interna aos sistemas de informação	M	A		Incentivo à utilização de boas práticas	Monitorização do tráfego da rede com periodicidade mensal (gerar relatório)	e-mail de divulgação	
		b) Ameaça externa aos sistemas de informação	B	A	M	Aquisição de equipamento firewall de última geração		Relatórios de tráfego	GTI

### 5.8. Conflitos de interesses

SERVIÇOS	RISCO POTENCIAL/ATIVIDADE	RISCOS ASSOCIADOS	P	GC	GR	MEDIDAS PREVENTIVAS	MONITORIZAÇÃO	Evidências/ Observações	Resp.
CONFLITOS DE INTERESSES	Acumulação de funções	Desemolimento de atividades a qualquer título, incluindo consultoria ou atividades a título gracioso, que colidam com as funções que desempenham no HDS ou ponham em causa a isenção e o rigor que deve pautar a sua ação	A	M	I	Obrigatoriedade de pedido de autorização para acumulação de funções	Pedido de renovação anual e sensibilização dos profissionais	Comunicação para renovação anual,	SGRH
						Declaração obrigatória atualizada da inexistência de incompatibilidades	Em simultâneo com o pedido de acumulação de funções	Comunicações de acumulação de funções,	SGRH
						Divulgação na Intranet do Código de Ética do HDS		Mall de divulgação interna,	CA
	Assetação de cargos em entidades privadas após cessação de funções no HDS	Situações de conflitos de interesses que envolvam trabalhadores que, por via do exercício de funções no HDS,	A	A	I	Inclusão nos contratos de trabalho de cláusula específica sobre o assunto	Verificação pelo responsável do serviço	Existência de cláusula no contrato	SGRH
	Assetação de ofertas /Patrocínios no exercício de funções	Assetação de ofertas/patrocínios por parte de entidades/pessoas com relações comerciais ou outras com o HDS	A	M	I	Declaração obrigatória das ofertas/patrocínios recebidos com valor superior a 25€		Evidência de informação pelo correio geral e Modelos preenchidos para a comunicação	SGRH
	Participação em procedimentos, comissões técnicas, grupos de trabalho e júris d concursos de aquisições de bens e serviços e de recrutamento de pessoal	Existência de Impedimentos que violem as garantias de imparcialidade no exercício das respetivas funções conforme art.º 4.º, 6ºº do CPA	M	A	I	Subscrição por todos os participantes de declaração de inexistência de conflitos de interesses Em caso de existência de conflitos de interesses, o trabalhador efetua obrigatoriamente pedido de escusa fundamentado	Entrega a todos os membros da declaração de modelo citado no HDS para preenchimento	Evidência de correio interno com o modelo e Exemplos de modelos preenchidos	CA, SGRH, APROV
	Participação em ensaios clínicos	Participação em ensaios clínicos	B	A	M	Submissão a parecer prévio da Comissão de Ética	Autorização condicionada à existência de parecer prévio	Existência de despachos da Comissão de Ética e Gabinete de Investigação para	CA



### 5.9. Serviços de Prestação de Cuidados

SERVIÇOS	RISCO POTENCIAL/ATIVIDADE	RISCOS ASSOCIADOS	P	GC	GR	MEDIDAS PREVENTIVAS	MONITORIZAÇÃO	Evidências/ Observações	Resp.
Atos Clínicos	Mau registo de atos clínicos	Ero médico	A	A	I	Formação novos médicos/enfermeiros nas aplicações Informáticas	Controlo aleatório de parâmetros de qualidade de registo (KPI próprio)	Evidência da avaliação mensal	Adjuntos de Direção Clínica
		Defesa em caso de conflito	A	A	I	Inibição de copy/paste nos registos clínicos	Monitorização periódica por parte do gestor da área (KPI próprio)	Evidência da avaliação mensal	
		Incumprimento de protocolos terapêuticos	A	A	I	Desenvolvimento e aplicação de protocolos			
		Supervisão clínica inadequada	M	M	M	Relatório de atividade de supervisão	Plano de formação afeito mensalmente (KPI próprio)	Evidência da avaliação mensal	
		Supervisão inadequada de médicos/enfermeiros em formação	A	A	I				
		Codificação deficiente	A	A	I	Sensibilização dos diretores de Serviço	Controlo da codificação eficiente (KPI próprio)	Evidência da avaliação mensal	
	Não Imputação de custos por doente	Deauro de material consumível e dispositivos médicos	M	M	M	Reforço da monitorização e maior colaboração por parte do Controlo da Gestão	Monitorização periódica por parte do gestor da área (KPI próprio)	Evidência da avaliação mensal	
		Mau controlo de custos	A	A	I	Reorganização dos Centros de Custos	Informação de despesa por produto por médico (KPI próprio)	Relatório da despesa por produto e por médico.	
		Má negociação em concursos ou aquisição direta	A	A	I	Sensibilização de prescritores			
	Insatisfação dos utentes	Insatisfação dos utentes	E	E	I	Agões de formação para profissionais	Questionário	Relatório do questionário.	
						Correção individual de atitudes desadequadas dos profissionais	Agões de interiorização (participação de utentes na dinâmica do hospital)		
	Recurso excessivo a meios de diagnóstico	Incapacidade de resposta dos sençoes de apoio do hospital	M	M	M	Controlo clínico da prescrição	Monitorização clínica de prescrição (KPI próprio)	Evidência da avaliação mensal	
						Aumento de custos sem repercussão na qualidade	M	M	

## 6. Conclusão

O plano que agora se apresenta é uma revisão do plano anterior com ênfase nas medidas de monitorização e da evidência a recolher em relação às medidas preventivas.

Na execução do plano em 2020 e 2021 espera-se o mesmo desempenho de controlo interno com melhor desempenho na monitorização dessas medidas no último trimestre.

Santarém, 12 de agosto de 2020.



Assinado por: Carlos José de  
Afonso Henriques  
Identificação: 8109519137  
Data: 2020-08-12 às 12:13:52



Assinado por: Sílvia Carina  
Brilhante Almeida  
Identificação: 11580801  
Data: 2020-08-12 às 12:17:16