



Aprovado em
Reunião de Conselho de Administração



Relatório de Acompanhamento do Plano de Prevenção de Riscos de Gestão, incluindo os Riscos de Corrupção e de Infrações Conexas

Grupo de trabalho para o acompanhamento
do Plano de Prevenção de Riscos

DS
JV
M

Índice

1.	<i>Introdução</i>	3
2.	<i>Caraterização do Hospital</i>	3
3.	<i>Atividades desenvolvidas</i>	4
4.	<i>Avaliação das medidas de prevenção de risco</i>	4
5.	<i>Conclusões e Recomendações</i>	13

EF
FV
R

1. Introdução

Em 2023, foi aprovada, pelo Conselho de Administração, a quarta revisão do Plano de Prevenção de Riscos de Gestão, incluindo os Riscos de Corrupção e de Infrações Conexas, do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE (HFF), considerando o Decreto-Lei nº 109-E/2021, de 9 de dezembro – cria o Mecanismo Nacional Anticorrupção e estabelece o regime geral de prevenção da corrupção. Este documento identifica, através de matrizes elaboradas pelas unidades orgânicas do HFF, os riscos de gestão, incluindo os riscos de corrupção e de infrações conexas, as medidas para reduzir a probabilidade de ocorrência e os níveis de risco.

Para a elaboração deste relatório, foi realizada a monitorização dos riscos na sua totalidade, com o objetivo de analisar e avaliar em que medida o preconizado está a ser implementado e aferir da necessidade de revisão dos riscos e controlos anteriormente identificados, bem como perceber se algum risco teve ocorrências no decorrer do ano de 2023.

Este relatório dá cumprimento ao determinado pela alínea b) do n.º4 do Artigo 6º do Anexo do Decreto-Lei n.º109-E/2021, de 9 de dezembro (Regime Geral da Prevenção da Corrupção) que define *“Elaboração, no mês de abril do ano seguinte a que respeita a execução, de relatório de avaliação anual, contendo nomeadamente a quantificação do grau de implementação das medidas preventivas e corretivas identificadas, bem como a previsão da sua plena implementação”*.

2. Caracterização do Hospital

O HFF é uma pessoa coletiva de direito público de natureza empresarial, criada pelo Decreto-Lei n.º 203/2008, de 10 de outubro, com autonomia administrativa, financeira e patrimonial, nos termos do regime jurídico do setor empresarial do Estado e das empresas públicas e pelos Estatutos (Decreto-Lei n.º52/2022, de 4 de agosto).

O HFF foi inaugurado em 1995 e foi o primeiro hospital público com gestão privada, tendo regressado à esfera pública a 01 de janeiro de 2009.

É a unidade hospitalar que serve os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) de Amadora e Sintra. De acordo com o sistema de Livre Acesso e Circulação de Utentes no SNS (LAC), aprovado pelo Despacho nº 5911-B/2016, o HFF recebe ainda todos os utentes que, em conjunto com o médico de família responsável pela referenciação, optem por uma consulta de especialidade disponível neste Hospital.

Este Hospital desenvolve além da atividade assistencial, ainda atividade de investigação, ensino e formação pré e pós-graduada.

O HFF conta ainda com dois centros de referência na área de Oncologia de Adultos, Cancro Hepatobiliar Pancreático e Cancro do Reto, certificados pelo modelo ACSA da DGS, desde 2019.

Atente-se que, com efeitos a 1 de janeiro de 2024, e por força do Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, procedeu-se à reestruturação do HFF, com integração dos Agrupamentos de Centros de Saúde da Amadora e de Sintra, passando a denominar -se Unidade Local de Saúde de Amadora/Sintra, E. P. E.

São órgãos do Hospital, o Conselho de Administração, o Conselho Fiscal, o Revisor Oficial de Contas e o Conselho Consultivo.

3. Atividades desenvolvidas

As atividades realizadas no decorrer do ano de 2023, pelo Grupo de Acompanhamento do Plano, foram as seguintes:

- Com periodicidade mensal, foram feitas apresentações, do Plano de Prevenção de Riscos de Gestão, incluindo os Riscos de Corrupção e de Infrações Conexas, nas ações de acolhimento e integração aos novos colaboradores;
- Disponibilização de módulo para formação online para todos os trabalhadores, sobre o Plano de Prevenção de Riscos de Gestão, incluindo os Riscos de Corrupção e de Infrações Conexas;
- Avaliação por parte do grupo de trabalho da execução das medidas de prevenção dos riscos elevados, que os responsáveis setoriais apresentaram, bem como ocorrência dos riscos, tendo por base o Plano do Plano de Prevenção de Riscos de Gestão, incluindo os Riscos de Corrupção e de Infrações Conexas do ano de 2023.

4. Avaliação das medidas de prevenção de risco

O objetivo do acompanhamento do Plano é o de criar mecanismos que diminuam a probabilidade de ocorrência de situações que potenciem os riscos, bem como dotar o HFF de capacidade, por um lado, para atenuar falhas nas áreas mais expostas ao risco, e por outro lado, de dar resposta imediata em caso de ocorrência de situações de corrupção, por via das responsabilidades e funções bem definidas.

Aos responsáveis das matrizes dos Serviços (responsáveis setoriais) cabe a identificação dos riscos e a implementação de sistemas de controlo adequados, identificando medidas que previnam os riscos. Na fase de avaliação devem considerar que sempre que ocorram novos eventos, devem ser revistos os riscos e os respetivos controlos, para serem refletidos numa próxima atualização do Plano.

Os responsáveis setoriais procederam à monitorização e avaliação das medidas de prevenção de risco aplicadas, verificação de possível ocorrência dos riscos identificados e enviaram os resultados para o Grupo de Trabalho. Com base nas respostas recebidas, o Grupo procedeu à análise dos mesmos e à elaboração do presente relatório de avaliação do Plano.

Desta forma, foram recebidas as monitorizações das seguintes áreas:

RS
JV
M

- Conselho de Administração;
- Áreas Clínicas;
- Área de Produção;
- Serviço de Gestão Financeira;
- Serviço de Compras e Logística;
- Serviço de Recursos Humanos;
- Serviço de Farmácia;
- Serviço de Gestão de Doentes;
- Serviço de Planeamento e Controlo de Gestão;
- Serviço de Gestão Hoteleira;
- Serviço de Instalações e Equipamentos;
- Serviço de Sistemas de Informação;
- Serviço de Auditoria Interna;
- Serviço da Qualidade e Segurança;
- Serviço Social;
- Gabinete Jurídico;
- Unidade de Comunicação e Informação.

De seguida apresenta-se o resultado da análise realizada:

- **Conselho de Administração**

O Conselho de Administração identificou 9 riscos (1 de nível elevado, 3 de nível moderado e 5 de nível fraco) e 20 medidas de prevenção desses riscos.

Da monitorização realizada, apurou-se que foram implementadas, no ano de 2023, todas as 20 medidas identificadas, apresentando uma taxa de execução de 100%.

- **Áreas Clínicas**

As Áreas Clínicas identificaram 13 riscos (4 de nível elevado, 7 de nível moderado e 2 de nível fraco) e 40 medidas de prevenção desses riscos.

DF
AZ
K

Handwritten initials and marks in the top right corner.

Das 40 medidas identificadas, apenas não foi implementada 1 medida, no ano de 2023, apresentando uma taxa de execução de 97,5%. A medida que não foi implementada está associada ao risco abaixo identificado:

Identificação de Riscos					Ação e Monitorização	
Risco	Consequências	Impacto	Probabilidade	Nível Risco	Ações para Controlo do Risco	Monitorização
Acesso indevido à informação clínica	Quebra de sigilo e do Código de Ética	2 Médio	3 Alta	Risco Elevado	1- Definição de níveis de acesso ao processo clínico eletrónico; 2- Acesso a aplicações feita através de perfis de utilizador; 3- Sensibilização dos funcionários para o cumprimento do sigilo profissional; 4- Definição de procedimentos no âmbito do cumprimento do Regulamento Geral de Proteção de Dados; 5- Auditoria aos acessos ao processo clínico eletrónico pelo EPD.	Auditoria no âmbito de redações e reporte de um caso na Medicina III - análise pelo Encarregado de proteção de dados e Gabinete Jurídico. Auditoria a processo clínicos aleatórios não realizados.

Sobre o risco “Acesso indevido à informação clínica”, considerando a sensibilidade desta temática, recomenda-se que as auditorias a processos clínicos aleatórios, pelo Encarregado de Proteção de Dados, sejam realizadas, como medida de prevenção e controlo da ocorrência de acessos de terceiros a informação clínica indevidamente.

- **Área de Produção**

A Área de Produção identificou 9 riscos (1 de nível máximo, 2 de nível elevado, 5 de nível moderado e 1 de nível fraco) e 23 medidas de prevenção desses riscos.

Da monitorização realizada, apurou-se que foram implementadas, no ano de 2023, todas as 23 medidas identificadas, apresentando uma taxa de execução de 100%.

No entanto de referir, que em relação ao risco “Manipulação indevida e desaparecimento de espólios e valores dos doentes”, verifica-se que foi reportado a ocorrência de 73 reclamações, sendo necessário identificar medidas adicionais para diminuir a probabilidade do risco ocorrer e aumentar o controlo interno na área dos espólios.

Identificação de Riscos					Ação e Monitorização	
Risco	Consequências	Impacto	Probabilidade	Nível Risco	Ações para Controlo do Risco	Monitorização
Manipulação indevida e desaparecimento de espólios e valores dos doentes	1- Desvio de ativos 2- Danos reputacionais 3- Impacto financeiro via indemnizações litigiosas	2 Médio	3 Alta	Risco Elevado	1- Procedimento validado e registado por 2 profissionais de diferentes áreas; 2- Existência de um cofre específico para espólios de valor com acesso controlado	Relativamente aos bens em falta e após avaliação individual do respectivo processo, são adoptados os seguintes procedimentos: 1- Inspeção da reclamação em SUGIRA e encaminhada ao responsável; 2- 5 tuções mais frequentes; • Bens reclamados por desaparecimento no HFF com comunicação posterior que os mesmos foram localizados no domicílio ou entregues a familiares; • Bens posteriormente localizados no HFF e devolvidos; • Bens reclamados e não localizados, comunicado ao utente sem contra resposta; • Bens reclamados e não localizados, Q/indemnização; 3.1 Na sequência de averiguação interna, com indemnização do HFF; 3.2 Apreciação pelo órgão competente do Portal do Executivo; 4- Em 2023 73 reclamações no Hospital, sendo 37 do SURG e LICD; 4.1 Registo de quatro reclamações com pagamento de indemnização; • 1 na Urgência • 3 no Internamento; 4.2 O valor referente a indemnizações foi o seguinte: 7.655.794. Importa referir que os incidentes verificados a guarda dos bens dos doentes, especialmente dos provenientes do Serviço de Urgência Geral, estiveram associados à Gestão da Pandemia e implementação de procedimentos da segurança dos profissionais e dos utentes, de acordo com as orientações da DGS e PFCORA, e em contexto de emergência de saúde pública, no âmbito da infeção pelo novo Coronavírus SARS-CoV-2, agente causal da COVID-19. Foram entretanto adoptadas medidas que visaram mitigar o risco de incidentes desta natureza, nomeadamente a identificação dos bens à guarda do Hospital, no momento de emissão dos tickets e entrega dos bens, sempre que possível, a familiares e acompanhante.

- **Serviço de Gestão Financeira**

O Serviço de Gestão Financeira identificou 18 riscos (1 de nível máximo, 11 de nível moderado e 6 de nível fraco) e 42 medidas de prevenção desses riscos. Da monitorização realizada as medidas foram todas implementadas, no ano de 2023, apresentando uma taxa de execução de 100%.

BS
JZ
K

- **Serviço de Compras e Logística**

O Serviço de Compras e Logística identificou 18 riscos (2 de nível máximo, 1 de nível elevado, 10 de nível moderado, 3 de nível fraco e 2 de nível mínimo) e 39 medidas de prevenção desses riscos.

Da monitorização realizada, o Serviço referiu que das 39 medidas identificadas, no ano de 2023, não foram implementadas 2, apresentando uma taxa de execução de 94,8%. As medidas que não foram implementadas estão associadas aos riscos abaixo identificados:

Identificação de Riscos					Ação e Monitorização	
Risco	Consequências	Impacto	Probabilidade	Nível Risco	Ações para controlo do Risco	Monitorização
Aquisição de bens - repetição de procedimentos de aquisição do mesmo bem ao longo do ano (fracionamento da despesa)	Corrupção passiva para ato ilícito e tráfico de influência	3 Alto	3 Alta	Risco Máximo	1- Elaboração de plano de compras anual; 2- Comunicação prévia aos Serviços Requisitantes para levantamento de necessidades.	Plano de compras em determinadas áreas de compras, a saber: Produtos Farmacêuticos; Prestações de Serviços e Material de Consumo Clínico com localização em armazém e de uso corrente. O SCL por forma a antecipar as necessidades, questiona os Serviços Requisitantes sobre a manutenção da necessidade para o ano económico seguinte. Apesar de não ter sido efetuado plano para as restantes áreas, a execução do mesmo está pendente da validação/manifestação da necessidade pré-contratual, por parte dos serviços. O SCL aquando da demonstração da necessidade questiona se a necessidade demonstra-se como anual, por forma a proceder a uma compra anual, e alertando o serviço requisitante do risco inerente. Entrou em produtivo a alteração do sistema em 2022, permitindo aos Serviços fazerem requisições. Todos os Requisitantes/Clientes internos do HFF, elaboram requisições de compra as quais estão desagregadas em Requisições Manuais e Requisições Anuais. Mantendo-se o mesmo nível de risco.
Existências com validade fora de prazo	Rutura; Falsas existências; Quebra financeira	3 Alto	1 Baixa	Risco Moderado	1- Avaliação periódica da rotatividade dos stocks, com movimento igual ou superior a 3 meses; 2- Manutenção da Gestão de Stocks através de método <i>first in first out</i> ; 3- Etiquetagem de produtos, como informação de aproximação de fim de prazo de validade; 4- Controlo periódico dos prazos de validade; 5- Implementação de sistemas de alerta e notação visual das situações limite.	Foram implementadas as 4 primeiras ações, não tendo sido implementada a última ação. Mais se acresce não terem verificado ocorrências.

A medida "Elaboração de plano de compras anuais", associada ao risco "Aquisição de bens - repetição de procedimentos de aquisição do mesmo bem ao longo do ano (fracionamento da despesa)" foi implementada apenas de forma parcial, uma vez que apenas foi feito plano de compras para Produtos Farmacêuticos, Prestações de Serviços e Material de Consumo Clínico com localização em armazém e de uso corrente. Em relação ao risco "Existências com validade fora de prazo", não foi implementada a medida "Implementação de sistemas de alerta e notação visual das situações limite", devendo para ambas as medidas serem encetados esforços no sentido de as mesmas serem implementadas.

- **Serviço de Gestão de Recursos Humanos**

O Serviço de Gestão de Recursos Humanos identificou 12 riscos (1 de nível elevado, 3 de nível moderado, 6 de nível fraco e 2 de nível mínimo) e 38 medidas de prevenção desses riscos. Da monitorização realizada as medidas foram todas implementadas, no ano de 2023, apresentando uma taxa de execução de 100%.

RS
ZV
KL

No entanto, de referir, no risco “Incumprimento dos deveres de assiduidade, designadamente com o registo biométrico”, a monitorização refere que o dever de registo biométrico não está a ser cumprido por todos os grupos profissionais, recomendando-se que a probabilidade de ocorrência deste risco subir para alto, bem como serem identificadas medidas mais direcionadas para este grupo profissional, por forma a conseguir que estas situações residuais deixem de acontecer.

Identificação de Riscos					Ação e Monitorização	
Risco	Consequências	Impacto	Probabilidade	Nível Risco	Ações para Controlo do Risco	Monitorização
Incumprimento dos deveres de assiduidade, designadamente com o registo biométrico	Favorecimento de terceiros	3 Alto	2 Média	Risco Elevado	1- Regulamentação sobre o dever de promover o registo biométrico, com a aplicação das correspondentes ações sancionatórias; 2- Verificação mensal de processamentos, imediatamente antes e após o fecho; 3- Verificação mensal de registos na ferramenta de gestão de horários do HFF; 4- Verificações aleatórias pela coordenação da UARH.	1- O dever do registo biométrico (RB) é cumprido por todos os grupos profissionais, exceto no grupo profissional médico, em que existem situações residuais de incumprimento total do RB. Foi enviado email sobre a obrigatoriedade do cumprimento do RB a todos os/as diretores/as de serviço no dia 27/09/2023. 2, 3 e 4- Executado mensalmente, não tendo sido detetadas irregularidades, com exceção do mencionado grupo profissional médico

• Serviço de Farmácia

O Serviço de Farmácia identificou 17 riscos (1 de nível máximo, 2 de nível elevado, 10 de nível moderado, 3 de nível fraco e 1 de nível mínimo) e 56 medidas de prevenção desses riscos.

Da monitorização realizada, o Serviço referiu que das 56 medidas identificadas, no ano de 2023, não foram implementadas 5, apresentando uma taxa de execução de 91%. As medidas que não foram implementadas estão associadas aos riscos abaixo identificados:

Identificação de Riscos					Ação e Monitorização	
Risco	Consequências	Impacto	Probabilidade	Nível Risco	Ações para Controlo do Risco	Monitorização
Falha no circuito de medicamentos de uso restrito	Atraso na dispensa de medicação ao doente Implicações legais	3 Alto	2 Média	Risco Elevado	1- Verificação e validação das prescrições, em tempo útil; 2- Revisão do circuito de aprovação; 3- Garantia de existência de stock mínimo.	1- As justificações nem sempre são disponibilizadas completas e/ou aprovada pelo serviço em tempo útil; 2- O circuito de autorizações em GHAF em geral agiliza o processo mas em algumas situações o funcionamento não é o adequado (situação reportada à ST-1); 3- Não estão definidos stocks mínimos para medicamentos de uso esporádico.
Desvio na utilização dos produtos farmacêuticos armazenados na Farmácia	Desvio de ativos Erros de inventário	3 Alto	2 Médio	Risco Elevado	1- Circuito controlado de pessoas externas ao serviço de Farmácia; 2- Câmaras de vigilância no acesso à Farmácia; 3- Medicamentos de ambulatório e oncologia com armazenamento segregado e de acesso restrito; 4- Contagens parciais as áreas de maior valor financeiro.	1- O acesso de pessoas externas à Farmácia é controlado, no entanto, nem todas as portas têm acesso controlado através de cartão de identificação; 2- Foi revista a lista de acessos; 3- Os medicamentos mais dispendiosos têm acesso restrito e maior monitorização; 4- Foram efetuadas contagens aleatórias de acordo com o planeado; 5- O Serviço de Farmácia não detetou possíveis situações de desvio de medicamentos; 6- Existem câmaras de vigilância no acesso à Farmácia; 7- O armazém dos medicamentos de Ambulatório está segregado e o acesso ao seu interior na porta principal, é efetuado através de cartão; 8- Identifica-se a fragilidade de nem todas as portas de acesso ao interior do SF e FA terem acesso controlado por cartão de identificação; 9- Identifica-se a fragilidade do armazém central não ter capacidade para todos os produtos, encontrando-se alguns em corredores, fora do armazém central.
Desvio de medicação durante o transporte	Desvio de ativos Erros de inventário	3 Alto	3 Alta	Risco Máximo	1- A Dose Unitária é transportada pelos AAM da Farmácia; 2- A medicação de reposição de stock é transportada em caixas seladas; 3- Os estupefacientes são distribuídos em sacos fechados cuja violação será visível a quem os receciona.	1- O sistema de encerramento de alguns módulos está avariado, o que limita o cumprimento das ações previstas, no entanto não se verificaram reclamações por parte dos serviços que indiciem desvio de medicamentos. 2- A reposição de stocks é transportada em caixas fechadas. 3- Os estupefacientes são distribuídos em sacos selados.

Da monitorização realizada as 3 medidas identificadas para o risco “Falha no circuito de medicamentos de uso restrito” foram implementadas de forma parcial, uma vez que nem todas as validações são realizadas em tempo útil, por falta de receção de justificações atempadamente, o circuito de aprovação ainda não está corretamente

Handwritten initials and marks in the top right corner.

implementado em todas as situações e não estão definidos *stocks* mínimos para os medicamentos de uso esporádico. A medida “Circuito controlado de pessoas externas ao serviço de Farmácia” do risco “Desvio na utilização dos produtos farmacêuticos armazenados na Farmácia” foi implementada apenas de forma parcial, uma vez que o acesso de pessoas externas à Farmácia é controlado, no entanto, nem todas as portas têm acesso controlado através de cartão de identificação, as restantes medidas identificadas para este risco, encontram-se implementadas. Em relação ao risco “Desvio de medicação durante o transporte”, o sistema de encerramento de alguns módulos está avariado, o que limita o cumprimento das ações previstas, no entanto não se verificaram reclamações por parte dos serviços que indiciem desvio de medicamentos, devendo assim manter-se a graduação deste risco como máximo.

- **Serviço de Gestão de Doentes**

O Serviço de Gestão de Doentes identificou 12 riscos (1 de nível elevado, 5 de nível moderado, 5 de nível fraco e 1 de nível mínimo) e 38 medidas de prevenção desses riscos.

Da monitorização realizada, o Serviço referiu que das 38 medidas identificadas, no ano de 2023, não foi implementada 1, apresentando uma taxa de execução de 97,3%. A medida que não foi implementada está associada ao risco abaixo identificado:

Identificação de Riscos					Ação e Monitorização	
Risco	Consequências	Impacto	Probabilidade	Nível Risco	Ações para Controlo do Risco	Monitorização
Dados de utentes desatualizados e/ou incorretos	Má identificação do doente e consequente impossibilidade de faturação com impacto em proveitos	3 Alto	1 Baixa	Risco Moderado	1- Implementação de procedimento relativo às EFR; 2- Realização de auditoria aos dados administrativos, em Hosix; 3- Correção das anomalias identificadas; 4- Ligação de validação de dados Hosix RNU; 5- Correções massivas de dados administrativos com a participação da SPMS.	1- Promovido em 2023; 2- Previsto envio ao CNAI identificação dos doentes estrangeiros sem cc no mês de maio. Foram realizadas pelo SPOG auditorias à Qualidade dos Dados Administrativos em julho (1º semestre) e jan 2024 (ano 2023); 3- Quando a realização das auditorias as correções são materializadas. 4- Ligação Hosix RNU conforme nos balcões administrativos sendo que a ligação é automática de acesso imediato na consulta do processo do doente. 5- Não realizadas.

A medida “Correções massivas de dados administrativos com a participação da SPMS” identificada para mitigar o risco “Dados de utentes desatualizados e/ou incorretos”, não foi implementada, devendo ser encetados esforços, junto da SPMS, no sentido de ser possível a implementação da medida identificada.

- **Serviço de Planeamento e Controlo de Gestão**

O Serviço de Planeamento e Controlo de Gestão identificou 7 riscos (1 de nível elevado, 2 de nível moderado, 2 de nível fraco e 2 de nível mínimo) e 12 medidas de prevenção desses riscos. Da monitorização realizada as medidas foram todas implementadas, no ano de 2023, apresentando uma taxa de execução de 100%.

- **Serviço de Gestão Hoteleira**

O Serviço de Gestão Hoteleira identificou 10 riscos (5 de nível moderado, 3 de nível fraco e 2 de nível mínimo) e 28 medidas de prevenção desses riscos. Da monitorização realizada as medidas foram todas implementadas, no ano de 2023, apresentando uma taxa de execução de 100%.

DS
W
M

- **Serviço de Instalações e Equipamentos**

O Serviço de Instalações e Equipamentos identificou 16 riscos (1 de nível máximo, 3 de nível elevado, 4 de nível moderado, 5 de nível fraco e 3 de nível mínimo) e 40 medidas de prevenção desses riscos. Da monitorização realizada as medidas foram todas implementadas, no ano de 2023, apresentando uma taxa de execução de 100%.

- **Serviço de Sistemas de Informação**

O Serviço de Sistemas de Informação identificou 15 riscos (4 de nível elevado, 7 de nível moderado e 4 de nível fraco) e 30 medidas de prevenção desses riscos. Da monitorização realizada as medidas foram todas implementadas, no ano de 2023, apresentando uma taxa de execução de 100%.

- **Serviço de Auditoria Interna**

O Serviço de Auditoria Interna identificou 11 riscos (2 de nível elevado, 5 de nível moderado e 4 de nível fraco) e 22 medidas de prevenção desses riscos. Da monitorização realizada as medidas foram todas implementadas, no ano de 2023, apresentando uma taxa de execução de 100%.

- **Serviço de Qualidade e Segurança**

O Serviço de Qualidade e Segurança identificou 9 riscos (1 de nível elevado, 5 de nível moderado e 3 de nível fraco) e 33 medidas de prevenção desses riscos. Da monitorização realizada as medidas foram todas implementadas, no ano de 2023, apresentando uma taxa de execução de 100%.

Embora todas as medidas tenham sido implementadas, a monitorização do risco *“Comprometimento da Acreditação e Certificação ISO do HFF”*, revelou que este risco ocorreu, uma vez que o Hospital não obteve a Acreditação e por decisão do Conselho de Administração, não renovou o contrato com a entidade Certificadora. No entanto, está em curso a transição para o modelo de Certificação ACSA/DGS, no ano de 2024.

Identificação de Riscos					Ação e Monitorização	
Risco	Consequências	Impacto	Probabilidade	Nível Risco	Ações para Controlo do Risco	Monitorização
Comprometimento da Acreditação e Certificação ISO do HFF	Perda da Acreditação e Certificação Internacional;	2 Médio	2 Média	Risco Moderado	1 - Divulgar e apresentar programa para a Recreditação do HFF; 2 - Acompanhar nível de execução das atividades planeadas e comunicar ao CA; 3 - Dinamizar a preparação dos profissionais e dos serviços; 4 - Acompanhar as reuniões de auditoria externa; 5 - Dinamizar trabalhos para o cumprimento do plano de ação subsequente à auditoria.	O risco materializou-se. O Hospital não obteve a Acreditação e por decisão do CA, não renovou o contrato com a entidade Certificadora. Está em curso a transição para o modelo de Certificação ACSA/DGS.

- **Serviço Social**

O Serviço Social identificou 8 riscos (1 de nível máximo, 5 de nível moderado e 2 de nível fraco) e 13 medidas de prevenção desses riscos.

PS
ZV
KL

Da monitorização realizada, o Serviço referiu que das 13 medidas identificadas, no ano de 2023, não foi implementada 1, apresentando uma taxa de execução de 92,3%. A medida que não foi implementada está associada ao risco abaixo identificado:

Identificação de Riscos					Ação e Monitorização	
Risco	Consequências	Impacto	Probabilidade	Nível Risco	Ações para Controlo do Risco	Monitorização
Carência de recursos para avaliação social atempada dos doentes	Aumento da demora média de internamento do doente / Compromisso da resposta do Hospital	3 Alto	3 Alta	Risco Máximo	1 - Avaliação das necessidades do serviço, identificadas no Relatório de Atividades / Plano de Atividades do Serviço.	Identificação das necessidades (aumento da dotação de recursos humanos), no Relatório de 2023 e Plano de Atividades de 2024. Não se tendo verificado aumento de RH

Conclui-se que a medida não foi implementada, considerando que não se verificou o aumento de Recursos Humanos no Serviço Social, mantendo assim a probabilidade alta do risco ocorrer e a graduação do risco como máximo.

- **Gabinete Jurídico**

O Gabinete Jurídico identificou 10 riscos (7 de nível moderado, 2 de nível fraco e 1 de nível mínimo) e 17 medidas de prevenção desses riscos.

Da monitorização realizada, o Gabinete referiu que das 17 medidas identificadas, no ano de 2023, não foi implementada 1, apresentando uma taxa de execução de 94%. A medida que não foi implementada está associada ao risco abaixo identificado:

Identificação de Riscos					Ação e Monitorização	
Risco	Consequências	Impacto	Probabilidade	Nível Risco	Ações para Controlo do Risco	Monitorização
Dependência excessiva em determinados funcionários (Falta de gestão de conhecimento)	Demora na resposta e decisão e perda de conhecimento	2 Médio	2 Média	Risco Moderado	1 - Adequar os recursos humanos (internos ou outsourcing) à quantidade e complexidade da atividade; 2 - Partilhar conhecimento e distribuir tarefas.	1- Existe necessidade de reforço da equipa interna 2- implementado

Para se conseguir mitigar a ocorrência deste risco “*Dependência excessiva em determinados funcionários (Falta de gestão de conhecimento)*”, foi identificada a medida “*Adequar os recursos humanos (internos ou outsourcing) à quantidade e complexidade da atividade*”, no entanto foi verificado que a mesma não foi implementada, continuando a ser necessário reforçar a equipa do Gabinete Jurídico.

- **Unidade de Comunicação e Informação**

A Unidade de Comunicação e Informação identificou 9 riscos (1 de nível máximo, 6 de nível moderado, 1 de nível fraco e 1 de nível mínimo) e 13 medidas de prevenção desses riscos.

AS
JV
ML

Da monitorização realizada, a Unidade referiu que das 13 medidas identificadas, no ano de 2023, não foi implementada 1, apresentando uma taxa de execução de 92,3%. A medida que não foi implementada está associada ao risco abaixo identificado:

Identificação de Riscos					Ação e Monitorização	
Risco	Consequências	Impacto	Probabilidade	Nível Risco	Ações para Controlo do Risco	Monitorização
Acesso indevido à informação	Difusão de informação imprecisa ou incorreta	3 Alto	1 Baixa	Risco Moderado	1- Segmentar a informação conforme os diferentes destinatários, nas diferentes situações/temas a comunicar; 2- Utilizar cadeado em pcs, acesso apenas por password a pcs e a canais de comunicação do hospital/ULS (site, intranet).	1- A informação é segmentada de acordo com estruturas hierárquicas e existentes e necessários fluxos existentes. 2- Não existe ainda cadeado em pcs. Os restantes acessos estão garantidos por password e seguem as indicações do Serviço que na instituição emanda orientações nessa matéria, o da área de Tecnologias de Informação e de acordo com a política da instituição para essa área

Para se mitigar o risco de “Acesso indevido à informação”, foi definida como medida “Utilizar cadeado em pcs, acesso apenas por password a pcs e a canais de comunicação do hospital/ULS (site, intranet)”, no entanto de acordo com a Unidade ainda não existem cadeados nos computadores, pelo que se recomenda que seja efetuado o pedido ao Serviço de Sistemas de Informação para implementação desta medida.

5. Conclusões e Recomendações

- **Conclusões**

O Plano de Prevenção de Riscos de Gestão, incluindo os Riscos de Corrupção e de Infrações Conexas, apresenta identificados 203 riscos e 504 medidas de prevenção. Todos os responsáveis setoriais procederam à monitorização das medidas de prevenção de risco aplicadas e enviaram os resultados para o Grupo de Trabalho, evidenciando de forma positiva a cultura existente no HFF no que respeita a prevenção dos riscos e o controlo sobre a implementação das medidas identificadas.

Da análise efetuada conclui-se que as medidas de prevenção de riscos mostraram-se adequadas, contribuindo para mitigar a ocorrência os riscos identificados, e por essa razão se terem mantido para o ano de 2023. Conclui-se ainda que das 504 medidas, apenas não foram implementadas 12, resultando num grau de implementação das medidas definidas de 97,6%. A elevada taxa de execução das medidas de mitigação dos riscos deve-se, em larga medida, ao facto de os responsáveis setoriais reconhecerem o plano de prevenção de riscos como um elemento importante para identificarem e mitigarem riscos inerentes às suas atividades.

- **Recomendações**

Da análise realizada apresentam-se as seguintes recomendações:

- Assegurar a continuidade da monitorização dos riscos e das medidas preventivas a adotar;
- Aumentar o nível de monitorização dos riscos que apresentaram ocorrências durante o ano de 2023, devendo a probabilidade de ocorrência ser alterada para um nível superior, numa futura atualização do Plano de Riscos, bem como avaliação das medidas identificadas;
- Para as medidas que não foram aplicadas, fazer uma análise da dificuldade de implementação e redefinição de novas medidas, numa futura atualização do Plano de Riscos, bem como avaliação das medidas identificadas.



Grupo de trabalho para o acompanhamento do Plano de Prevenção de Riscos de Gestão, incluindo Riscos de Corrupção e de Infrações Conexas