



Relatório de Avaliação Intercalar das situações de risco elevado - 2024

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



Índice

1. Introdução	3
2. Avaliação das situações identificadas de risco elevado ou máximo	3
3. Conclusões e Recomendações	14



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). 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 identificados com nível elevado ou máximo, 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 2024.

Este relatório dá cumprimento ao determinado pela alínea a) 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 outubro, de relatório de avaliação intercalar nas situações identificadas de risco elevado ou máximo”*.

Quando o Regulamento Interno da Unidade Local de Saúde de Amadora/Sintra (ULSASI), que define a nova orgânica da Unidade, for homologado, será preparada uma nova versão do Plano de Prevenção de Riscos de Gestão, incluindo os Riscos de Corrupção e de Infrações Conexas, por forma a incluir matrizes dos Cuidados de Saúde Primárias e novas unidades que sejam eventualmente criadas no HFF.

2. Avaliação das situações identificadas de risco elevado ou máximo

O objetivo do acompanhamento e avaliação do Plano de Prevenção de Riscos é o de criar mecanismos que diminuam a probabilidade de ocorrência de situações que potenciem os riscos, bem como dotar a ULS 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 setoriais das matrizes cabe o levantamento 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 de Prevenção de Riscos.

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

Desta forma, foram recebidas as monitorizações das áreas que apresentam riscos de nível elevado ou máximo:

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

De seguida apresenta-se o resultado da análise realizada:

- **Conselho de Administração**

O Conselho de Administração identificou um risco de nível elevado “*Falta de meios no que concerne a conservação do património afeto ao desenvolvimento da atividade*” tendo definido cinco medidas para diminuir a probabilidade desse risco ocorrer.

Identificação de Riscos					Ação e Monitorização	
Risco	Consequências	Impacto	Probabilidade	Nível Risco	Ações para Controlo do Risco	Monitorização
Falta de meios no que concerne a conservação do património afeto ao desenvolvimento da atividade	Degradação dos espaços e dos equipamentos Desmotivação dos utilizadores	3 Alto	2 Média	Risco Elevado	1 - Definição de um Plano de Investimentos; 2 - Atualização e renovação dos espaços; 3 - Candidaturas a programas de financiamento; 4 - Reforçar o trabalho desenvolvido com as Câmaras; 5 - Monitorização da execução dos contratos de aquisição de serviços de manutenção.	1 – O plano de investimento foi submetido no Plano de Desenvolvimento Organizacional. Contempla a identificação da descrição do projeto, classificação do investimento, localização, proveniência do financiamento e ano de encargo do montante. 2 – Em 2024 foram efetuadas diversas intervenções e empreitadas de renovação dos espaços, nomeadamente: Alargamento do Internamento da Unidade de Psiquiatria (a decorrer), pintura dos corredores principais do HFF, requalificação do pavimento da Cirurgia C, construção armazém Manutenção, criação da Unidade Insuficiência Cardíaca, criação da Unidade de Paliativos (a decorrer), requalificação do anfiteatro e requalificação de contentor para a Unidade de Hospitalização Domiciliária, Pinturas de estacionamento, substituição de tubagem da rede de água; 3 – Assegurados os seguintes financiamentos: Construção da Unidade de Psiquiatria (PRR), Bloco de Partos (CP), Aquisição de Equipamentos para o HPS (PRR), Robot cirúrgico (PRR) e Gastro (CP); 4 – O Hospital de Sintra está em fase de construção e é da responsabilidade do Município de Sintra. A aquisição dos equipamentos clínicos e não clínicos é efetuada pela ULS Amadora/Sintra, EPE. Ambos os investimentos são financiados pelo PRR e irão permitir aumentar a capacidade de resposta, na prestação de cuidados de saúde, na sua área de influência. Relativamente à Câmara Municipal da Amadora encontra-se a decorrer o processo de transferência de competências em matérias de saúde, que decorre do Decreto-Lei nº 23/2019, de 30 de Janeiro. 5 - Efetuada a contratação externa de empresas de fiscalização com o apoio do SIE no caso das empreitadas. Acompanhamento semanal da execução do contrato de manutenção de acordo com o previsto nos respetivos contratos.

Da monitorização realizada conclui-se que as cinco medidas foram implementadas, não tendo ocorrido novos eventos, que requeiram medidas adicionais de controlo interno ou alteração da graduação do risco.

- **Áreas Clínicas**

Nas Áreas Clínicas foram identificados 4 riscos de nível elevado “Omissão de registo de ato clínico / Registo de ato clínico incompleto”, “Acesso indevido à informação clínica”, “Recurso indevido à produção adicional em detrimento da produção no horário de trabalho” e “Comprometimento da Certificação dos Centros de Referência”, tendo sido definidas 15 medidas para diminuir a probabilidade de ocorrência desses riscos.

Identificação de Riscos					Ação e Monitorização	
Risco	Consequências	Impacto	Probabilidade	Nível Risco	Ações para Controlo do Risco	Monitorização
Omissão de registo de ato clínico / Registo de ato clínico incompleto	Incorreta prestação de cuidados Incumprimento de legislação Favorecimento de terceiros	3 Alto	2 Média	Risco Elevado	1- Formação e sensibilização dos colaboradores; 2- Atribuição de Médico, do Serviço onde se encontra o doente internado, em tempo útil; 3- Auditoria aos registos pela Comissão de Auditoria Clínica.	Foram realizadas auditorias aos registos clínicos dos serviços Cirúrgicos. O nível de conformidade foi de 70%, abaixo dos 85% recomendado. Os relatórios foram disponibilizados à Direção Clínica e de Enfermagem e às Direções de cada serviço. Foi também solicitado o respectivo plano de melhoria.
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 electrónico pelo EPD.	1- Sessão relativa à Protecção de Dados Passoais no Programa de Acolhimento dos novos profissionais da ULSASI. Periodicidade Mensal. 2- Reclamações apresentadas por utentes, por acesso indevido a registo clínicos integrados na Aplicação Sugira. 3- Submetido ao CA propostas de instauração de Inquérito e/ou processo disciplinar. 4- Programada formação em matéria de protecção de dados, dirigida a todo os profissionais da ULSASI. Previsão de 100 formandos em 2024.5. Assinatura, pelos profissionais, de declaração de compromisso de confidencialidade na altura da admissão à ULSASI. 6- Elaboração e divulgação da Política da Privacidade, divulgada no sítio da internet e integrado no Sistema de Gestão Documental. 7 - Processo definido de acordo com a política de «Atribuição de direitos de acesso e privilégio de forma restrita e controlada» conforme, PO 0017 T GT1 v03- Política de Controlo Acessos à Informação e Sistemas. 8 - As regras e os direitos de acesso a cada aplicação, definidas para cada perfil de utilizador estão segregadas por tipo utilizador, PR 0288 T SSI - Processo de Gestão de acessos.
Recurso indevido à produção adicional em detrimento da produção no horário de trabalho	Impactos financeiros para o HFF com os custos acrescidos com a atividade adicional	2 Médio	3 Alta	Risco Elevado	1- Monitorização da atividade adicional mensalmente, no RADEF; 2- Cruzamento da LIC com a atividade adicional; 3- Controlo do cumprimento do Regulamento para a Produção Adicional.	Disponibilizado relatório mensal produção adicional direções de serviço. Regulamento de produção adicional em revisão.
Comprometimento da Certificação dos Centros de Referência	Perda de Certificação dos Centros de Referência	2 Médio	3 Alta	Risco Elevado	1- Definição de métricas e monitorização regular. 2- Alertar direção do Serviço para a data de validade dos certificados (julho 2024); 3- Colaborar na proposta de candidatura à DGS; 4- Colaborar no desenvolvimento do plano de ação inerente a este processo.	Os trabalhos, fase de autoavaliação, para a Certificação dos Centros de Referência estão em curso. A avaliação externa está planeada para os dias 22 e 27/05/2025.

Da monitorização realizada conclui-se que foram implementadas as medidas preconizadas, por forma a reforçar o controlo interno e diminuir a probabilidade dos riscos ocorrerem, ainda de referir que não se verificaram eventos, nesta área, que requeiram medidas adicionais de controlo interno.

- **Área da Produção**

Na Área da Produção foi identificado um risco de nível máximo “Externalização de atos clínicos que podiam ser realizados pelo Hospital”, tendo sido definidas quatro medidas para diminuir a probabilidade desse risco ocorrer e dois riscos de nível elevado “Produção registada sem execução do respetivo ato” e “Manipulação indevida e

desaparecimento de espólios e valores dos doentes” tendo sido definidas três medidas para diminuir a probabilidade desses riscos ocorrerem.

Identificação de Riscos					Ação e Monitorização	
Risco	Consequências	Impacto	Probabilidade	Nível Risco	Ações para Controlo do Risco	Monitorização
Externalização de atos clínicos que podiam ser realizados pelo Hospital	Não utilização total da capacidade instalada em termos de recursos humanos e físicos; Custos acrescidos com exames feitos no exterior	3 Alto	3 Alta	Risco Máximo	1 - Controlo dos exames realizados no Hospital e no exterior; 2 - Análise da capacidade instalada e tempos de espera por exame; 3 - Análise da taxa de utilização dos equipamentos; 4 - Existência de circuito para a emissão de termo de responsabilidade com vários níveis de autorizações (Direção de Serviço, Conselho de Administração). Existência de delegação de competências para Gestores da Produção.	1- No Serviço de Imagiologia mantém-se o Sistema Tempay que permite monitorizar a utilização da capacidade instalada. 2- Disponibilizada em pasta partilhada a listagem de procedimentos objecto de procedimento concursal para fornecimento de mcdt, com indicação de preço unitário e fornecedor. 3- Os termos de responsabilidade indicam os preços unitários dos procedimentos a fornecer por entidade externa e são objecto de validação e assinatura pelo Director de Serviço e Gestor. 4- Foi aprovado pelo Conselho de Administração delegação de competências para os gestores de produção com indicação do valor limite para aprovação de despesa. Adicionalmente foram feitas as seguintes ações: 5- Com vista à monitorização da prescrição de medicamentos e meios de diagnóstico, foi nomeado um médico Monitor da prescrição terapêutica e de MCDT. 6- Periódicamente são elaborados relatórios periódicos com indicadores relativos às prescrições de medicamentos e mcdt. 7- A ULSASI desenvolve os procedimentos dos processos de compra de MCDT, para os exames para os quais tem a capacidade instalada esgotada, com identificação da quantidade, preço unitário e especificações técnicas. 8- Em 2024 foi dada continuidade ao Sistema de Monitorização do desempenho que avalia o nível de execução dos contratos externos de fornecimento de mcdt. 9- Em 2024 foi elaborado o Plano de Contingência para a Resposta Sazonal - Verão 2024 (Anexo II) e Plano de Contingência Saúde Sazonal - Módulo Inverno 2024/2025.10- Relativamente ao ponto 7 das Acções de Monitorização, foram realizados Relatórios de Execução.10- Internalizados alguns exames no Serviço de Patologia Clínica após análise custo - benefício. 10- Regulamento da Produção Adicional identifica a realização de exames, consultas e procedimentos cirúrgico, assegurando que esta actividade é internalizada, sem recorrer necessária externalização da referida actividade, como alternativa. Pretende-se diminuir a contratação externa de MCDT, com o cumprimento da produção base contratualizada anualmente por cada Área e Serviço de Produção Clínica.
Produção registada sem execução do respetivo ato	Afetação da verdadeira imagem dos atos realizados na ULSASI, com impacto no processo de contratualização	3 Alto	2 Média	Risco Elevado	1 - Auditorias, de forma a aferir os registos em sistema informático com os registos no processo clínico do utente e as diversas aplicações informáticas.	1- Realizadas auditorias entre os Sistemas de Informação e o processo clínico do utente, em 2024, para aferir os registos em sistema informático da produção hospitalar.2- Registo em ficheiro onde é reunida a informação sobre as Auditorias da Qualidade de Dados.3- Realizadas auditorias nos meses de abril e de julho. 4- Continuidade da execução da planificação desta actividade com mais uma auditoria programada início de dezembro. 5- Validação das correções a realizar até ao final do ano.
Manipulação indevida e desaparecimento de espólios e valores dos doentes	1- Desvio de ativos. 2- Danos reputacionais. Impacto financeiro via indemnizações lesados.	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.	1- Procedimento actualizado e integrado no Sistema de Gestão documental da ULSASI. 2- Elaborados diversos documentos, enquadreadores do tratamento de bens dos doentes: (i)PR.1807/T.CA - Regulamento de Artigos de Uso Pessoal e realização de Espólio. (ii) IT.0234/E.CARD. - Organização do Espólio do Doente. (iii) IMP.1297/E.Espólios Medicina II. Relativamente aos bens em falta e após avaliação individual do respectivo processo, são adoptados os seguintes procedimentos: 3- Inserção da reclamação em Sugira e encaminhada ao responsável. 4. Situações mais frequentes: - Bens reclamados por desaparecimento na ULSASI com comunicação posterior que os mesmos foram localizados no domicílio e/ou entregas a familiares; - Bens posteriormente localizados na ULSASI e devolvidos; - Bens reclamados e não localizados, comunicado ao utente sem contra resposta; 5. Bens reclamados e não localizados: C/indemnização: 5.1 Na sequência de averiguação interna, indemnização da ULSASI, com aprovação pelo após submissão no Portal do Executivo Foram entretanto adoptadas medidas que visaram mitigar o risco de incidentes desta natureza: retomar a identificação dos bens à guarda do Hospital, não misturar com a roupa dos utentes e entrega dos bens, sempre que possível, a familiares e acompanhante.

Da monitorização realizada conclui-se que as medidas identificadas para o risco de nível máximo, foram implementadas, tendo inclusive sido identificadas mais cinco medidas que reforçaram o controlo interno existente nesta área, devendo no entanto manter-se a graduação do risco como máximo, considerando o impacto de o mesmo ocorrer. Em relação aos riscos elevados, as medidas também foram implementadas, não tendo ocorrido novos eventos, que requeiram medidas adicionais de controlo interno ou alteração da graduação do risco.

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

O Serviço de Planeamento e Controlo de Gestão identificou um risco de nível elevado “Falta de análise dos desvios dos consumos/gastos”, tendo sido definidas duas medidas para diminuir a probabilidade desse risco ocorrer.

Identificação de Riscos					Ação e Monitorização	
Risco	Consequências	Impacto	Probabilidade	Nível Risco	Ações para Controlo do Risco	Monitorização
Falta de análise dos desvios dos consumos/gastos	Inexistência de controlo dos desvios dos consumos	3 Alto	2 Média	Risco Elevado	1 - Reuniões de análise e controlo de custos entre o Serviço de Planeamento e Controlo e o Serviço de Compras e Logística; 2 - Análise dos serviços de maior consumo e identificação dos materiais a acompanhar com maior proximidade pelo volume de utilização e pelo montante do mesmo.	A ULS implementou um sistema de monitorização de desvios as diferentes rubricas de gastos. Mensalmente é solicitado aos responsáveis de cada rubrica de análise o desempenho da mesma e que proponham e implementem medidas corretivas dos desvios. Também mensalmente é promovida uma reunião de monitorização com o CA.

Da monitorização realizada conclui-se que as medidas identificadas foram implementadas, devendo a probabilidade de ocorrência diminuir para baixa. Não ocorreram novos eventos, nesta área, que requeiram medidas adicionais de controlo interno.

- **Serviço de Recursos Humanos**

O Serviço de Recursos Humanos identificou um risco de nível elevado *“Incumprimento dos deveres de assiduidade, designadamente com o registo biométrico”* tendo sido definidas quatro medidas para diminuir a probabilidade desse risco ocorrer.

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 e nos pedidos de alteração de horário é reforçada a mensagem da obrigatoriedade em causa. 2, 3 e 4 - Executado mensalmente, não tendo sido detetadas irregularidades, com exceção do mencionado grupo profissional médico

Da monitorização realizada as quatro medidas foram implementadas, no entanto o dever de registo biométrico ao não ser cumprido por todos os grupos profissionais, deve 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.

- **Serviço de Gestão Financeira**

O Serviço de Gestão Financeira identificou um risco de nível máximo *“Incumprimento de prazos de pagamento a fornecedores”* tendo sido definidas três medidas para diminuir a probabilidade desse risco ocorrer.

Identificação de Riscos					Ação e Monitorização	
Risco	Consequências	Impacto	Probabilidade	Nível Risco	Ações para Controlo do Risco	Monitorização
Incumprimento de prazos de pagamento a fornecedores	Quebra de fornecimento, cobrança de juros de mora e aumento dos pagamentos em atraso	3 Alto	3 Alta	Risco Máximo	1 - Extração e análise mensal de listas de valores em dívida a fornecedores; 2 - Pagamentos efetuados com base na antiguidade da dívida; 3 - Pedido de reforço de dotação orçamental.	O HFF recebeu no final do ano 2023, dotação para regularizar dívida a fornecedores. Isto permitiu que os pagamentos em atraso tivessem um decréscimo substancial e que a “folga” financeira para o início de 2024, como ULSASI, permitisse equilibrar os pagamentos a fornecedores de forma consistente. Mensalmente extrairmos ficheiros com o valor em dívida a fornecedores e efetuamos propostas de pagamentos tendo em conta a antiguidade da dívida. As ações para controlo do risco, estão a ser executadas.

Da monitorização realizada conclui-se que as três medidas foram implementadas, no entanto deve ser mantida a probabilidade de ocorrência e o impacto deste risco como alto, por forma a manter um acompanhamento e uma monitorização semestral. Não ocorreram novos eventos, nesta área, que requeiram medidas adicionais de controlo interno.

- **Serviço de Compras e Logística**

O Serviço de Compras e Logística identificou dois riscos de nível máximo “Aquisição de bens - repetição de procedimentos de aquisição do mesmo bem ao longo do ano (fracionamento da despesa)” e “Renovação de contratos - não existe sistema de alerta dos termos dos contratos, sem possibilidade de avaliação da necessidade de renovação”, tendo definido três medidas para diminuir a probabilidade desses riscos ocorrerem e um risco de nível elevado “Aquisições de bens e serviços por ajuste direto e Consulta Prévia - ao mesmo fornecedor” tendo sido definidas três medidas para diminuir a probabilidade desse risco ocorrer.

Identificação de Riscos					Ação e Monitorização	
Risco	Consequências	Impacto	Probabilidade	Nível Risco	Ações para Controlo do Risco	Monitorização
Aquisições de bens e serviços por ajuste direto e Consulta Prévia - ao mesmo fornecedor	Corrupção passiva para ato ilícito; Tráfico de influência, participação económica em negócio, abuso de poder	3 Alto	2 Média	Risco Elevado	1- Fundamentação e justificação da necessidade de aquisição; 2- Qualificar e selecionar os fornecedores, capazes de satisfazer as necessidades do hospital; 3- Aferição do previsto no artigo 113.º do CCP.	O gestor do procedimento antes da criação do processo, afere através da consulta do ERP em uso (SAP), através das transações criadas para o efeito (ZFI_REL_NOTAS_ENC e ZFI_REL_CONTRATOS), na qual verificam o tipo de procedimento instruído e se é possível convidar essa entidade em cumprimento do disposto no artigo 113.º do CCP. Em caso de impossibilidade entra em contato com o Requiritante, por quanto de informar a impossibilidade de consulta a tal entidade, solicitando-se identificação de novas empresas ou fundamentação caso se verifique a necessidade de contratuar com determinada entidade. No que concerne à fundamentação para a necessidade de aquisição e seleção das entidades, o SCL - Unidade de Compras criou um documento identificado "Guidelines pedido aquisição", a qual em falta dos elementos é remetido ao Serviço Requiritante, por forma a que o mesmo possa ser devidamente preenchido pelo Serviço Requiritante. O SCL - Unidade de Compras, por forma a reforçar estas necessidades junto dos Serviços Requiritantes, efetuou no ano 2023 formação "Prática da Contratação Pública Vs aspetos prévios à decisão de contratar". Mantem-se as evidências anteriormente remetida Não se registaram ocorrências.
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 Requiritantes para levantamento de necessidades.	Plano de compras em determinadas áreas de compras, a saber: Produtos Farmacêuticos; Prestações de Serviços. O SCL por forma a antecipar as necessidades, questiona os Serviços Requiritantes sobre a manutenção da necessidade para o ano económico seguinte, mantendo-se a evidência anteriormente remetida. Apesar de não ter sido efetuado plano para as retentas áreas, a execução do mesmo está pendente dos utilizadores. 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 requiritante do risco inerente. Entrou em produtivo a alteração do sistema em 2022, permitindo aos Serviços fazerem requisições. Todos os Requiritantes/Clientes internos do HFF, elaboram requisições de compra as quais estão desagregadas em Requisições Manuais e Requisições Anuais. O mantendo-se o mesmo nível de risco.
Renovação de contratos - não existe sistema de alerta dos termos dos contratos, sem possibilidade de avaliação da necessidade de renovação	Não cumprimento do contrato.	3 Alto	3 Alta	Risco Máximo	1- Acompanhamento da execução dos contratos em sistema informático SAP, por forma a garantir o respeito pela renovação do contrato com a emissão de n.º de compromisso válido e sequencial na respetiva nota de encomenda.	Toda a tramitação do processo de contratação ocorre em SAP, inclusive o início da necessidade, dispondo agora de mecanismos, para os processos criados desde essa data, de controlo, sendo possível retirar relatórios em que se afere quais os processos que produzem efeitos em mais do que um ano económico, mantendo-se a evidência anteriormente remetida. Não se registaram quaisquer ocorrências associadas a este risco.

Da monitorização realizada cinco medidas foram totalmente implementadas e a medida “Elaboração de plano de compras anuais” foi implementada apenas de forma parcial, uma vez que apenas foi feito plano de compras para Produtos Farmacêuticos e Prestações de Serviços. Conclui-se que não ocorreram novos eventos, nesta área, que requeiram medidas adicionais de controlo interno, devendo manter os níveis de risco.

- **Serviço de Instalações e Equipamentos**

O Serviço de Instalações e Equipamentos identificou um risco de nível máximo “*Entrada de equipamentos não autorizados e sem conhecimento do SIE*”, tendo definido duas medidas para diminuir a probabilidade de ocorrência desse risco e três riscos de nível elevado “*Falta de controlo na execução das empreitadas não respeitando o caderno de encargos*”, “*Acesso indevido de pessoas estranhas ao Serviço/Hospital*” e “*Fuga de doentes dos Serviços*”, tendo sido definidas dez medidas para diminuir a probabilidade desses riscos ocorrerem.

Identificação de Riscos				Ação e Monitorização		
Risco	Consequências	Consequência	Probabilidade	Nível Risco	Ações para Controlo do Risco	Monitorização
Falta de controlo na execução das empreitadas não respeitando o caderno de encargos	Benefício de terceiros Obras sem qualidade Prejuízo para o Hospital Condicionamento de Serviços	2 Médio	3 Alta	Risco Elevado	1- Verificação do cumprimento das especificações do caderno de encargos; 2- Aplicação de penalidades em caso de incumprimentos, previstas em caderno de encargos e contrato.	O SIE acompanha todas as empreitadas em curso, diretamente ou com apoio de equipas de fiscalização externas. O acompanhamento e execução tem de cumprir o estipulado em CE. Não foram aplicadas penalidades contratuais
Acesso indevido de pessoas estranhas ao Serviço/Hospital	Roubo de bens Prejuízo nas instalações Rapto de pessoas	3 Alto	2 Média	Risco Elevado	1- Existência de uma equipa de segurança 24/7; 2- Rondas com viatura em pontos estratégicos exteriores; 3- Rondas interiores; 4- Colocação de pontos de controlo de acesso; 5- Videovigilância.	O SIE recebe e monitoriza os relatórios enviados pela equipa de segurança e analisa a assiduidade da equipa diariamente. São feitas reuniões de acompanhamento com a coordenação da equipa de segurança. de prejuízo nas instalações.
Fuga de doentes dos Serviços	Risco para os doentes à guarda do Hospital	2 Médio	3 Alta	Risco Elevado	1- Controlo Através das rondas do serviço de segurança; 2- Controlo de entradas e saídas pela equipa de segurança; 3- Resposta imediata a alertas de fuga.	O SIE recebe e monitoriza os relatórios enviados pela equipa de segurança. Todas as fugas de doentes são comunicadas à equipa de segurança. Foram reportadas 1 fuga de doente
Entrada de equipamentos não autorizados e sem conhecimento do SIE	Entrada de equipamentos sem controlo do HFF e que possam acarretar custos	3 Alto	3 Alta	Risco Máximo	1- Todos os equipamentos de empréstimo e demonstração são aprovados pelo CA; 2- Preenchimento do formulário de empréstimo/demonstração.	O SIE valida e envia para autorização do CA após receber o impresso 2104/TSIE devidamente assinado pelo diretor de Serviço e Gestor.

Da monitorização realizada as medidas foram implementadas, no entanto existiu uma ocorrência do risco “*Fuga de doentes dos Serviços*”, pelo que deve elevar-se a graduação do risco para máximo, devendo ainda ser equacionada a identificação de medidas adicionais de controlo interno e aplicação de penalidades às empresas prestadoras de serviço em caso de não estarem a cumprir com o preconizado em contrato celebrado.

• **Serviço de Farmácia**

O Serviço de Farmácia identificou um risco de nível máximo “*Desvio de medicação durante o transporte*”, tendo definido três medidas para diminuir a probabilidade desse risco ocorrer e dois riscos de nível elevado “*Desvio na utilização dos produtos farmacêuticos armazenados na Farmácia*” e “*Falha no circuito de medicamentos de uso restrito*” tendo sido definidas sete medidas para diminuir a probabilidade desse risco ocorrer.

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 (quando aplicável)	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+); 3- Não estão definidos stocks mínimos para medicamentos de uso esporádico; 4- É utilizado mais de um sistema de prescrição e existem prescrições manuais.
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 às 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- O Serviço de Farmácia não detetou possíveis situações de desvio de medicamentos; 5- Existem câmaras de vigilância no acesso à Farmácia; 6- O armazém dos medicamentos de Ambulatório está segregado e o acesso ao seu interior na porta principal, é efetuado através de cartão; 7- Identifica-se a fragilidade de nem todas as portas de acesso ao interior do SF e FA terem acesso controlado por cartão de identificação; 8- 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 iniciem 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 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 ao Serviço de 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 iniciem 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 um risco de nível elevado “*Introdução de isenções de pagamento de taxas moderadoras de forma indevida*” tendo sido definidas três medidas para diminuir a probabilidade desse risco ocorrer.

Identificação de Riscos					Ação e Monitorização	
Risco	Consequências	Impacto	Probabilidade	Nível Risco	Ações para Controlo do Risco	Monitorização
Introdução de isenções de pagamento de taxas moderadoras de forma indevida	Favorecimento de terceiros; Prejuízo para o HFF	3 Alto	2 Média	Risco Elevado	1 - Auditoria trimestral das isenções atribuídas que não estejam coerentes com o princípio da dispensa; 2 - Regularização das situações não conformes, retirar listagens e promover a correção junto da equipa para sensibilização ao processo; 3 - Existência de manual de procedimentos sobre isenções/dispensas.	Efetuada auditoria pelo SU, nomeadamente aos codigos: 132 – planeamento familiar 135 – diabetes 140 – doença oncológica 143 – referência CTH – consulta 518 – decreto lei. Foram executadas as regularizações. Manual procedimentos: IT..0773/E.SGD

Da monitorização realizada conclui-se que as três medidas foram implementadas, no entanto face ao impacto que este risco apresenta em caso do mesmo ocorrer, deve o mesmo manter-se como alto e a graduação do risco como elevada. Não ocorreram novos eventos, nesta área, que requeiram medidas adicionais de controlo interno.

- **Serviço de Sistemas de Informação**

O Serviço de Sistemas de Informação identificou quatro riscos de nível elevado “*Ocorrência de eventos que possam causar interrupções nos servidores e rede informática em geral levando a indisponibilidade dos sistemas de forma ligeira, parcial ou total*”, “*Avaria de servidores fora de suporte por parte dos fabricantes*”, “*Ausência de normalização dos postos de trabalho*” e “*Exposição a riscos de cibersegurança*”, tendo identificado oito medidas para diminuir a probabilidade desses riscos ocorrerem.

Identificação de Riscos					Ação e Monitorização	
Risco	Consequências	Consequência	Probabilidade	Nível Risco	Ações para Controlo do Risco	Monitorização
Ocorrência de eventos que possam causar interrupções nos servidores e rede informática em geral levando a indisponibilidade dos sistemas de forma ligeira, parcial ou total.	Impossibilidade de acesso à informação	3 Alto	2 Média	Risco Elevado	1 - Criação de Plano de Contingência, com backups locais por forma a manter a continuidade do negócio.	Foi verificado apagão total no Datacenter devido a falha elétrica. O acesso à informação foi reposto faseadamente. Com a renovação tecnológica no Datacenter e após a sua conclusão, o Plano de Contingência ser atualizado conforme nova infraestrutura.
Avaria de servidores fora de suporte por parte dos fabricantes	Perda de dados	3 Alto	2 Média	Risco Elevado	1 - Identificação de servidores e aplicações instaladas. 2 - Plano de investimento para migração de dados relevantes; 3 - Criação de alarmística na falha de backup.	Não foram verificados incidentes de perda de dados. Nesta nova remodelação as medidas propostas estão salvaguardadas.
Ausência de normalização dos postos de trabalho	Vários cenários de testes, nas atualizações e colocação de dispositivos (impressoras, ou outros) há maior taxa de incidentes e de indisponibilidade para a prestação da atividade	2 Médio	3 Alta	Risco Elevado	1 - Aquisições em maior escala, para permitir maior homogeneidade no equipamento (não obstante não ser permitido a escolha de marca+modelo).	Ao nível de printing o serviço vai ser externalizado via agregação da SPMS, podendo uniformizar o parque de impressoras (impressora de gabinete e multifunções). Ao nível de postos de trabalho vai ser adquirido via agregação de modo a permitir maior homogeneidade
Exposição a riscos de cibersegurança	Perda ou roubo de informação	3 Alto	2 Média	Risco Elevado	1 - Ações de sensibilização; 2 - Prever em orçamento substituição de tecnologia obsoleta por tecnologia robusta; 3 - Realização de updates aplicativos sempre que necessário.	Não foram verificados incidentes de perda de dados dos vários polos/edifícios da ULS. As medidas foram implementadas. Com a ligação ao Hospital de Sintra vai ser adquirido um conjunto de firewalles que vai reforçar as medidas de segurança implementadas a fazer uma avaliação de eventuais riscos por criticidade

Da monitorização realizada as medidas foram implementadas. Foram verificadas paragens não programadas no risco “Ocorrência de eventos que possam causar interrupções nos servidores e rede informática em geral levando a indisponibilidade dos sistemas de forma ligeira, parcial ou total”, pelo que deve ser aumentado o nível de probabilidade do risco ocorrer. Das restantes medidas preconizadas as mesmas foram implementadas ou foram tomadas ações para a sua implementação.

- **Serviço Social**

O Serviço Social identificou um risco de nível máximo “Carência de recursos para avaliação social atempada dos doentes” tendo sido definida uma medida para diminuir a probabilidade desse risco ocorrer.

Identificação de Riscos					Ação e Monitorização	
Risco	Consequências	Consequência	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 de recursos humanos do serviço em Orçamento RH, para o ano 2025, já enviado superiormente; paralelamente será colocada novamente a informação das necessidades do serviço no Relatório 2024 / PA do SS 2025.

Da monitorização realizada conclui-se que a medida não foi totalmente implementada, pese embora tenham sido tomadas ações para a sua implementação, considerando que o Serviço continua a necessitar de reforço de Recursos Humanos, mantendo assim a probabilidade alta do risco ocorrer e a graduação do risco como máximo.

- **Unidade de Comunicação e Informação**

A Unidade de Comunicação identificou um risco de nível máximo “Dependência excessiva em determinados funcionários (Falta de gestão de conhecimento)” tendo sido definidas três medidas para diminuir a probabilidade desse risco ocorrer.

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)	Perda de conhecimento e eficácia na implementação de projetos, podendo condicionar a concretização dos mesmos, o que pode conduzir à redução da visibilidade para o hospital.	3 Alto	3 Alta	Risco Máximo	1 - Partilha de tarefas; 2 - Passagem de conhecimento de tarefas, entre membros da equipa; 3 - Reforço de recursos humanos.	1- Foi incluída a figura da coordenação interna e implementada a estratégia de partilha de tarefas bem como de transferência de conhecimento. Promoveu-se assim uma maior distribuição das responsabilidades da equipa. 2- Foram criados documentos e definidos métodos para que os pedidos e os processos sejam analisados e documentados de forma a promover uma cultura de colaboração entre todos os elementos. 3- A equipa ainda necessita de ser reforçada com mais colaboradores para garantir que o volume de trabalho seja devidamente distribuído e que o conhecimento seja amplamente partilhado, minimizando o risco de sobrecarga ou falta de pessoal especializado e para não limitar a capacidade de resposta.

Da monitorização realizada conclui-se que foi incluída a figura da coordenação interna e implementada a estratégia de partilha de tarefas bem como de transferência de conhecimento, promovendo-se assim uma maior distribuição das responsabilidades da equipa, deve baixar-se a probabilidade de ocorrência do risco, baixando assim a graduação do risco.

- **Serviço de Auditoria Interna**

O Serviço de Auditoria Interna identificou dois riscos de nível elevado “*Não cumprimento do Plano Anual de Auditoria Interna*” e “*Dependência excessiva em determinados funcionários (Falta de gestão de conhecimento)*” tendo sido definidas cinco medidas para diminuir a probabilidade desses riscos ocorrerem.

Identificação de Riscos					Ação e Monitorização	
Risco	Consequências	Impacto	Probabilidade	Nível Risco	Ações para Controlo do Risco	Monitorização
Não cumprimento do Plano Anual de Auditoria Interna	Auditorias planeadas não realizadas	2 Médio	3 Alta	Risco Elevado	1 - Elaboração do Plano Anual de Auditoria Interna consistente com a avaliação de risco realizada; 2 - Monitorização da execução do Plano Anual de Auditoria Interna; 3 - Registo das atividades extra Plano Anual de Auditoria Interna definido.	1 - Foi elaborado e aprovado pelo Conselho de Administração o Plano Anual de Auditoria para o ano de 2024; 2 - Em relatório de atividades do ano de 2024, será feito o reporte de toda a atividade elaborada por este Serviço, a percentagem de execução do Plano Anual de Auditoria, bem como todas as atividades extra plano.
Dependência excessiva em determinados funcionários (Falta de gestão de conhecimento)	Perda de informação na saída de colaboradores ou em ausências prolongadas	2 Médio	3 Alta	Risco Elevado	1 - Colocação de toda a informação do Serviço em pasta da rede; 2 - Necessidade de reforço da equipa do Serviço de Auditoria Interna.	1 - Toda a informação produzida pelo SAI é colocada na pasta de rede, para arquivo e acesso para todos os funcionários do SAI. 2 - O SAI é constituído apenas por um elemento, estando previsto em PDO de 2024, um TS.

Da monitorização realizada conclui-se que as medidas foram implementadas, estando apenas a aguardar que a equipa seja reforçada, estando dependente da aprovação do PDO. Não ocorreram novos eventos, nesta área, que requeiram medidas adicionais de controlo interno.

- **Serviço de Qualidade e Segurança**

O Serviço de Qualidade e Segurança identificou um risco de nível elevado “*Gestão Documental manual e de difícil controlo*” tendo sido definidas quatro medidas para diminuir a probabilidade desse risco ocorrer.

Identificação de Riscos					Ação e Monitorização	
Risco	Consequências	Impacto	Probabilidade	Nível Risco	Ações para Controlo do Risco	Monitorização
Gestão Documental manual e de difícil controlo.	Desatualização da documentação relevantes; Gestão inadequada dos documentos (validade, atualização boas práticas...)	2 Médio	3 Alta	Risco Elevado	1 - Divulgação da documentação produzida de novo, revista e a obsoleta; 2 - Promover a emissão de alertas para documentação relevante; 3 - Enviar periodicamente ponto de situação às direções de serviço para a documentação em fim de validade; 4 - Fomentar a aquisição de sistema automatizado para a gestão documental.	Mantém-se o risco e as ações para controlo. Não foram reportadas inconformidades com a Documentação do Sistema de Gestão da Qualidade.

Da monitorização realizada conclui-se que as medidas foram implementadas. Não ocorreram novos eventos, nesta área, que requeiram medidas adicionais de controlo interno.

3. Conclusões e Recomendações

- **Conclusões**

O Plano de Prevenção de Riscos de Gestão, incluindo os Riscos de Corrupção e de Infrações Conexas, apresenta identificados 8 riscos de nível máximo com 19 medidas identificadas para diminuição da probabilidade dos riscos ocorrerem e 23 riscos de nível elevado com 69 medidas identificadas 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 na ULSASI 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 dos riscos identificados. Conclui-se ainda que das 88 medidas, foram parcialmente implementadas 6, resultando num grau de implementação das medidas definidas de 93%. A elevada taxa de execução das medidas de mitigação dos riscos deve-se, em larga medida, ao facto de os responsáveis sectoriais 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 de nível máximo e elevado e das medidas preventivas a adotar;
- Para as medidas que não foram aplicadas, fazer uma análise da dificuldade de implementação e redefinição de novas medidas, caso necessário.

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