

Instituto **Nacional de Saúde**
Doutor Ricardo Jorge



1.º Relatório semestral de Execução do Plano Anticorrupção

Lisboa, agosto 2015

Relatório semestral de Execução do Plano Anticorrupção

Direção de Gestão de Recursos Humanos: Responsável - Dr.^a Paula Caires da Luz

Riscos identificados, respetiva graduação e ações a implementar para eliminar ou reduzir esses mesmos riscos:

Riscos:

_Risco de designação de elementos que integrem os júris dos procedimentos concursais e concurso, que possam por impedimento ou suspeição prevista nos artigos 44.º e seguintes do CPA, por em risco a isenção dos resultados. Grau3

_Risco do recurso a trabalho extraordinário, contratações a termo ou a prestações de serviços, como forma de suprir necessidades permanentes dos serviços. Grau2

_Risco de acumulação de funções públicas ou/e privadas sem autorização superior. Grau2

_Risco de incumprimento do horário estabelecido. Grau2

_Risco de irregularidades/falhas no processamento de vencimentos e abonos dos trabalhadores. Grau3

_Risco de baixa execução do Plano Anual de Formação. Grau 2

_Risco de desajustamento entre as necessidades de formação e a formação efetivamente fornecida. Grau 2

_Risco de financiamento de formações, por entidades privadas com interesses ilegítimos, face ao exercício da função pública. Grau 2

Ações a implementar:

_Verificar a composição do júri, no sentido de evitar favorecimento de candidatos promovendo a rotatividade dos elementos do mesmo. Foram abertos no decurso deste semestre 7 procedimentos concursais de recrutamento nos quais participaram como Júri 29 trabalhadores diferentes. Ação implementada.

_Planeamento anual das necessidades do serviço, de forma a recrutar trabalhadores recorrendo a figuras legalmente consagradas tais como lançamento de concursos de pessoal que permitem assegurar as necessidades. Ação implementada.

_Registar todos os pedidos de acumulação de funções privadas/públicas numa base de dados: Foram efetuados 24 pedidos de acumulação de funções. Ação implementada.

_ Regulamento do horário de trabalho a par da existência de um registo biométrico da assiduidade dos trabalhadores, bem como proceder ao envio de mapas mensais com o registo de situações irregulares ao superior hierárquico e solicitar às entidades competentes a eventual verificação domiciliária, sempre que se justifique. Ação implementada.

_Assegurar a segregação de funções no processamento de vencimentos e abonos dos trabalhadores garantindo a intervenção no processo de processamento e entrega de dois ou mais intervenientes: Intervêm 3 ou mais colaboradores Ação implementada.

_Envolvimento das unidades orgânicas no planeamento e na definição das necessidades de formação dos Recursos Humanos:

O processo de Diagnóstico de Necessidades de Formação (DNF) que deu origem ao Programa das Atividades de Formação/ Atualização Científica do INSA, IP., decorreu entre 31 de Outubro de 2014 e 31 de Março de 2015. Este processo envolveu todos os colaboradores e chefias das diferentes Unidades Orgânicas. O DNF seguiu as orientações do procedimento DGRH-PE01, Plano Anual de Formação, tendo sido responsabilidade das unidades orgânicas do INSA a recolha e tratamento dos dados no âmbito do DNF com recurso ao instrumento DGRH-IM13 – Questionário para Diagnóstico de Necessidades de Formação. Ao tratamento dos dados recolhidos seguiu-se o registo do planeamento das atividades formativas necessárias para colmatar as lacunas de

conhecimento e competências identificadas. O planeamento foi registado no impresso próprio DGRH-IM15 – Programa das atividades de formação/atualização científica e compilado no Plano Anual de Formação. As unidades orgânicas enviaram para a DGRH-Área de Formação Interna os respetivos programas anuais das atividades de formação/atualização científica parcelares, os quais foram processados e integrados num impresso único. O Plano anual de formação referente ao ano de 2015 que integra o Programa das Atividades de Formação/ Atualização Científica do INSA, IP., foi remetido para apreciação pelo órgão máximo de gestão, o Conselho Diretivo, em 31 de março de 2015. A ação foi implementada.

_Acompanhamento e controlo da implementação do Plano de Formação pela DGRH: A frequência de todas as atividades de formação/ atualização científica pelos colaboradores do INSA tem sido alvo de registo em base de dados. No caso das ações frequentadas no exterior, estas implicaram o preenchimento de um Pedido de Autorização de Atividade no Exterior que gerou também um registo em base de dados. As ações frequentadas nas instalações do INSA e que respeitam à formação interna dos colaboradores têm sido registadas pela DGRH-Área de Formação Interna, em base de dados própria. A ação está implementada.

_Acompanhamento e supervisão da atividade de formação pelo Conselho Diretivo: Todas as ações de formação realizadas com recurso a formador interno eventual, bem como as ações contratadas externamente e ministradas nas instalações do INSA e as ações realizadas externamente, têm sido realizadas mediante autorização prévia do CD para a sua materialização. A ação está implementada.

_Controlo da assiduidade dos formandos: As Fichas de presenças referentes às ações ministradas nas instalações do INSA têm sido analisadas na DGRH-Área de Formação Interna, após execução da ação, dependendo a emissão de Certificado de Formação Profissional da frequência de um mínimo de 90% da carga horária total da ação. Nos casos em que o colaborador não frequente a carga horária atrás referenciada, é emitida uma Declaração de Frequência, sendo que este aspeto tem sido observado. No caso de ações frequentadas no exterior das instalações do INSA, os colaboradores têm entregue na DGRH, via expediente, cópia do Certificado de Formação Profissional, até 45 dias após a conclusão da ação. A ação está implementada.

_Adoção de medidas de gestão previsional com vista a ajudar a identificar e prover as necessidades formativas das unidades orgânicas: A gestão da formação dos recursos humanos da instituição obedece a um procedimento específico definido no âmbito do sistema de gestão da qualidade implementado no Instituto. O Procedimento Específico DGRH-PE01– Plano Anual de Formação, respeita à elaboração do PAF e surge enquadrado nas diferentes etapas do ciclo de formação, a saber, Diagnóstico de Necessidades de Formação (DNF), Planeamento da Formação (elaboração do PAF), Execução (concretização do PAF) e Avaliação da Formação, sendo que da monitorização das diferentes etapas são vertidos contributos que permitem antecipar eventuais ajustes ao processo que se entendam por necessários. As etapas sujeitas a monitorização até à data consistem no DNF e o Planeamento da Formação para 2015, os quais foram concluídos no 1º trimestre do corrente ano, e a Execução das ações de formação, que se iniciou em janeiro para as ações externas e em março para as ações internas. A ação está implementada.

_Controlo/identificação das entidades privadas que financiam formações aos trabalhadores/formandos: Os colaboradores do INSA, IP participantes em iniciativas de formação externa com o apoio de entidades públicas ou privadas, têm declarado na fase de Pedido de Autorização para frequência da ação ao Conselho Diretivo a inexistência de conflitos de interesses (ou suspeição) para o Instituto. Para aquisição de serviços de formação a entidades privadas, a realizar nas instalações do INSA (formação interna), têm sido consultadas para efeitos de proposta formativa e orçamentação um mínimo de três entidades. O processo de aquisição está sujeito a processo de contratação pública, sendo que é selecionada a proposta de preço mais baixo ou a economicamente mais vantajosa em observância pela legislação que vigora nesta matéria. A ação está implementada.

_Executar procedimentos com a finalidade de garantir o aproveitamento das ações de formação e assegurar a difusão dos conhecimentos pelos formandos: Todos os anos decorrem sessões de atualização científica da iniciativa dos departamentos técnico-científicos (DTC), este ano a cargo do DAN, DGH e DPSPDNT, estando estas a decorrer desde o passado mês de Janeiro. Estas consistem em ações que recorrem ao conhecimento e experiência acumulados dos colaboradores de cada DTC. As sessões têm curta duração (entre 1,5 e 2,5 horas), são abertas aos colaboradores interessados e visam a partilha de

informação e o debate em torno dos trabalhos em curso em cada departamento. A ação está implementada.

_Avaliação do processo formativo: Conforme estabelecido no Procedimento Específico DGRH-PE01– Plano Anual de Formação, a avaliação da formação promovida pelo INSA e integrada no PAF contempla 3 níveis de avaliação. A avaliação de Nível 1 – Avaliação-reação, visa identificar os níveis de satisfação dos formandos quanto a diferentes aspetos de conceção e desenvolvimento da ação de formação. A avaliação de Nível 2 – Avaliação das aprendizagens, permite verificar o grau de concretização dos objetivos pedagógicos, sendo realizada para ações com uma duração igual ou superior a 21 horas. A avaliação de Nível 3 – Avaliação da eficácia / impacte no posto de trabalho tem por finalidade verificar se os conhecimentos adquiridos na formação foram ou não transferidos para a situação de trabalho. Esta avaliação tem sido realizada após o termo da formação, em intervalos de tempo distintos e com recurso a instrumentos próprios. Assim, para este propósito, tem sido utilizado o DGRH-IM09 – Questionário de Avaliação da Eficácia da Formação/ Impacte no Posto de Trabalho aplicado entre 3 e 4 meses após a realização de cursos de formação e o Relatório de Atividade no Exterior (INSA-IM33), realizado até 45 dias após as iniciativas de informação/ atualização científica. A ação está implementada.

Direção dos Serviços de Gestão Financeira: Responsável - Dr. Filipe Sousa

Riscos identificados, respetiva graduação e ações a implementar para eliminar ou reduzir esses mesmos riscos

Riscos:

_Risco de falha no planeamento e na avaliação das necessidades e respetivas estimativas de custos. Gau 2

_Risco de violação dos procedimentos, princípios e regras legalmente consagrados na legislação referente à contratação pública, de forma a favorecer fornecedores de serviços/produtos. Gau 2

_Risco de violação dos princípios da concorrência; igualdade; imparcialidade; proporcionalidade; transparência; publicidade e da boa-fé. Gau 2

_Risco de interesses privados contrários à função pública, dos membros do júri no contrato a celebrar. Gau 2

_Risco de falta de correspondência entre as cláusulas contratuais e as estabelecidas nas peças do respetivo concurso. Gau 2

_Risco de existência de ambiguidades, lacunas e omissões no clausulado. Gau 2

_Risco de falha no controlo da execução do contrato e demais obrigações decorrentes do mesmo. Gau 2

_Risco de extravio dos documentos ou a sua inutilização, por ação humana ou causas naturais. Gau 2

_Risco de perda de valores ativos. Gau 2

_Risco de falhas na aplicação de normas, procedimentos e regulamentos de natureza financeira. Gau 2

Ações a implementar:

_Existência de uma estrutura hierarquizada com vários níveis de decisão: A decisão é tomada de forma partilhada por diferentes interlocutores: Ação implementada.

_Implementar um plano estruturado de avaliação das necessidades através de indicadores que permitam a monitorização da execução dos procedimentos aquisitivos, execução da despesa e cálculo de custos: Pela complexidade do procedimento em causa que exige recursos afetos a tempo inteiro e com competências muito específicas. Ação implementada.

_Definir de forma objetiva e perceptível da metodologia de avaliação das propostas dos concorrentes: Ação implementada pela Comissão Técnica de compras (CTC).

_Publicitar na plataforma eletrónica de compras públicas, de todos os procedimentos concursais: Ação implementada.

_Promover a rotatividade na designação dos elementos que constituem o júri dos processos de contratação: Ação implementada.

_Promover o recurso mais frequente ao concurso público - preferência com publicidade internacional - em prejuízo do ajuste direto com base em critérios de valor: Ação implementada.

_Garantir maior transparência e isenção na avaliação de propostas de fornecedores. Nomeadamente no ajuste direto com base em critérios de valor, promover uma

rotatividade, sempre que possível, dos fornecedores de bens e prestadores de serviços.
Ação implementada .

_Promover o controlo interno pelos serviços, que garanta que as cláusulas contratuais são legais e que o contrato está a ser executado de acordo com o inicialmente contratualizado.
Ação implementada.

_ Realização de ações periódicas de verificação do cumprimento das regras de utilização/manuseamento dos documentos: Ação implementada.

_Garantir a conferências da informação intermédia e final através da segregação de funções e acompanhamento e supervisão da chefia direta e Conselho Diretivo: É mensalmente feita a conferência aos valores em caixa com elaboração de ata, existindo um controlo sobre os mesmos. Ação implementada.

_Segregação de funções e responsabilização das operações, rotatividade periódica de funções e acompanhamento e supervisão direta pela chefia competente: Ação implementada.

Direção de Gestão de Recursos Técnicos: Responsável - Dr. José Gancho

Riscos identificados, respetiva graduação e ações a implementar para eliminar ou reduzir esses mesmos riscos

Riscos:

_Riscos inerentes à inexistência de um Plano Estratégico de Tecnologias de Informação e Comunicação - Plano Diretor de Sistemas de Informação. Gau 2

_Risco de falta de orientações estratégicas e de enquadramento organizacional. Gau 2

_Risco de planeamento das atividades do DRT/STI, sem uma definição clara dos objetivos de médio/longo prazo que a organização pretende atingir. Gau 2

_Riscos inerentes à inexistência de um Plano de Segurança de Informação do INSA, I.P.
Gau 2

_Risco de Fuga de informação - uso e fornecimento de informação de saúde não autorizada a particulares e/ou outras entidades. Gau 2

_Risco de utilização de dados dos sistemas de informação para fins privados. Gau 2

_Risco de apropriação indevida e desaparecimento de bens (hardware e software). Gau 3

_Riscos de perda de informação, modificação ou adulteração de informação por intrusão e de perda do controlo do meio físico e ambiental que protege e rodeia os recursos tecnológicos - catástrofes naturais, terremotos, inundações, incêndios, etc. Gau 2

Ações a implementar:

_Elaboração de um Plano Estratégico de Tecnologias de Informação, devidamente alinhado com o Plano Estratégico do INSA I.P: Encontra-se em aprovação uma Proposta de Plano Operacional de SI/TI para o período 2013-2017, devidamente alinhada com o plano estratégico do INSA I.P e em articulação com a SPMS, E.P.E. Ação implementada.

_Promover a elaboração do Plano de Segurança Informática do INSA I.P: Encontra-se em elaboração o plano de segurança informática a par da elaboração de normas e regulamentos de utilização dos recursos de TI e divulgação da política de segurança através da Intranet e outros meios para posterior sensibilização dos trabalhadores do INSA I.P através de ações de formação, para a necessidade de adotar comportamentos seguros, na utilização dos serviços TI que lhe são disponibilizados. Ação parcialmente implementada, uma vez que foram criadas políticas de segurança para os sistemas de informação INSA, IP, que neste momento se encontram em revisão para que sejam brevemente disponibilizadas através da Intranet.

_Avaliar os níveis de segurança e controlo de acessos aos sistemas aplicativos de suporte ao negócio do INSA I.P, dependente de processo de autenticação e, respeitando o princípio de que só se "vê" o estritamente necessário e indispensável para o exercício das suas funções: Relativamente ao acesso dos sistemas aplicativos de suporte dependente do processo de autenticação e, respeitando o princípio de que só se "vê" o estritamente necessário e indispensável para o exercício das suas funções. Ação implementada.

_Revisão periódica dos perfis de acesso aos sistemas de informação críticos, que contêm informação sensível da organização: Ação em curso devido ao elevado número de utilizadores do INSA I.P. encontra-se em análise uma solução informática que proceda à esta revisão periódica dos perfis de acesso. A solução deve seguir as práticas conhecidas no mercado como Gestão de Identidades.

_Responsabilização dos titulares pela utilização das passwords de acesso e consequente alteração das passwords de acesso aos sistemas informáticos, de forma regular e periódica: Encontra-se implementada uma política de gestão de passwords que obriga a alteração das passwords dos utilizadores de 60 em 60 dias no Diretório Central de Utilizadores. Todos os sistemas de informação que se baseiam neste diretório central para validação dos utilizadores estão indiretamente abrangidos pela mesma política. Ação implementada. Todos os outros sistemas de informação com repositório próprio, é necessário desenvolvimento extra por parte dos fornecedores.

_Remoção imediata de privilégios de acesso aos sistemas informáticos, sempre que ocorra cessação do vínculo laboral: Procede-se à remoção de privilégios de acesso aos sistemas informáticos, sempre que ocorre cessação do vínculo laboral. Ação implementada.

_Melhorar as funcionalidades de segurança, das aplicações "core" de suporte às atividades do INSA I.P. e/ou substituição das existentes, caso não obedeçam a requisitos mínimos de segurança informática: Houve um aperfeiçoamento das funcionalidades de segurança, das aplicações "core" de suporte às atividades do INSA I.P quando não obedecem a requisitos mínimos de segurança informática. Ação em curso devido ao elevado número de sistemas de informação, que implica indiretamente um elevado número de fornecedores, é necessário proceder ao desenvolvimento extra por parte dos mesmos para que estes requisitos mínimos de segurança sejam garantidos.

_Garantir a etiquetagem e o registo patrimonial de todos os equipamentos informáticos, bem como registar o seu empréstimo a trabalhadores do INSA I.P e definir os procedimentos internos para esse mesmo empréstimo: Procedeu-se à etiquetagem e ao registo patrimonial de todos os equipamentos informáticos, bem como ao registo do empréstimo dos mesmos seguindo um procedimento interno estabelecido para o efeito. Ação implementada.

_Construção de uma sala técnica de sistemas para serviços de Informática e comunicações no edifício sede em Lisboa - Datacenter, dotando o INSA de um espaço devidamente infraestruturado que dê garantias de proteção à sua informação e infraestrutura tecnológica. Acesso físico ao datacenter controlado e restringido - Segurança física - : Encontra-se criada uma sala técnica de sistemas para serviços de Informática e comunicações no edifício sede em Lisboa - datacenter, dotando o INSA I.P de um espaço devidamente infraestruturado que dá garantias de proteção à sua informação e infraestrutura tecnológica e o acesso “físico” ao datacenter é controlado e restrito. Ação implementada.

_Promover a concentração de Servidores e outros equipamentos, distribuídos pelos edifícios do INSA I.P no Porto (CSPGF e CGMJM) e em Águas de Moura num único local, possibilitando uma maior racionalização de recursos e facilitando a sua gestão e monitorização: Iniciou-se a concentração de Servidores e outros equipamentos, distribuídos pelos edifícios do INSA no Porto (CSPGF e CGMJM) e em Águas de Moura num único local. Ação implementada.

_Centralização da informação e da plataforma tecnológica de segurança de forma a diminuir o número de pontos de acesso vulneráveis: Foi implementada uma solução que centraliza e controla todos os pontos de acesso vulneráveis. Ação implementada.

Área funcional da Qualidade: Responsável - Eng^a Helena Torgal

Riscos identificados, respetiva graduação e ações a implementar para eliminar ou reduzir esses mesmos riscos

Riscos:

_Risco de falha do controlo de qualidade dos procedimentos. Gau 2

_Risco de redução da qualidade das auditorias internas. Gau 2

_Risco de falhas de uniformização na aplicação das normas de qualidade, respetivos métodos e técnicas associadas. Gau 2

_Risco de deficiente acompanhamento pelas unidades orgânicas das recomendações aprovadas e proferidas no âmbito da gestão da qualidade. Gau 2

Ações a implementar :

_Supervisão e revisão dos procedimentos adotados, adoção e difusão das melhores práticas e conhecimentos bem como segregação de funções. Supervisão e revisão dos procedimentos adotados e dos produtos adquiridos, adoção e difusão das melhores práticas e conhecimentos, existindo uma segregação de funções: Manual de Boas Práticas que é cumprido através do Manual da Qualidade e Manual de Colheitas. Ação implementada.

_Mecanismos de recolha e documentação de todos os elementos de prova da auditoria de qualidade e de outros elementos de suporte à respetiva auditoria bem como acompanhamento e supervisão permanente das diferentes fases do processo de auditoria de qualidade: O INSA I.P. foi avaliado (auditado em Maio e Junho de 2015) pelo IPAC (entidade externa) com sucesso. Ação implementada.

_Desenvolvimento integrado de sistemas de informação para a gestão da qualidade e consequente comunicação e divulgação técnica das normas de qualidade e respetivos métodos e técnicas: Plataforma eletrónica integrada para gestão da qualidade ao nível do agendamento, execução da auditoria de qualidade e divulgação interna/externa dos resultados obtidos. Melhoria continua dos dois programas de informação na parametrização do PGO(Programa de gestão de ocorrências) no Documentum. Fase de teses programado para o 2º semestre de 2015. Ação implementada

_Necessidade de um plano de acompanhamento das auditorias de qualidade realizadas: Plano de Acompanhamento das Auditorias de Qualidade. Ação implementada.

_Ações de formação direcionadas para uma maior eficácia e adequação aos objetivos do controlo de qualidade: Ações previstas para Outubro e Novembro de 2015. Ação implementada.

Área do Ambiente e Segurança - Responsável - Dr.ª Elizabete Almeida

Riscos identificados, respetiva graduação e ações a implementar para eliminar ou reduzir esses mesmos riscos.

Riscos:

_Risco de acesso (entradas/saídas) indevido de pessoas estranhas ao Instituto. Gau 2

_Risco de saída indevida de bens propriedade do INSA I.P. Gau 2

Ações a implementar:

_Implementar uma plataforma eletrónica de gestão dos acessos físicos desde a entrada nas portarias até ao registo dos vários serviços contactados até ao momento da saída: A aplicação informática está implementada nas portarias de INSA, I.P. em Lisboa e no CGF no Porto.

_Implementar um sistema de videovigilância atualizado em pontos fulcrais de acesso ao INSA I.P: O sistema de videovigilância está implementado em Lisboa e Porto. O sistema de controlo de acessos por registo biométrico está implementado no INSA, I.P. – Lisboa, em salas identificadas com um nível de risco mais elevado: salas de ultracongeladores do DDI e sala de servidores – piso 1. Ação implementada.

_Reforçar a equipa de vigilância com mais um ou dois vigilantes, com mobilidade total para identificação interior e exterior de pessoas e bens articulado com a equipa não móvel. Ação implementada.

Departamentos do INSA I.P. – Área Laboratorial - Responsáveis - Coordenadores dos Departamentos

Riscos identificados, respetiva graduação e ações a implementar para eliminar ou reduzir esses mesmos riscos

Riscos:

_Risco de entrada de amostras para análise sem registo em base de dados e eventual falseamento/erro no tratamento e envio das mesmas. Grau 2

_Risco de favorecimento de clientes através da aplicação de condições contratuais não previstas no preçário oficial. Grau 2

Ações a implementar:

_Implementar a segregação por etapas no processo de entrada, tratamento e entrega de resultados, de forma a garantir a confidencialidade da amostra e o efetivo controlo de

documentos técnico-científicos: As amostras para análises são rececionadas e registadas, num núcleo/serviço de apoio do Instituto ou estrutura com idênticas funções no próprio Departamento e a validação dos resultados, é no mínimo, feita por dois técnicos, que visa nomeadamente, avaliar a não concordância de resultados: Ação implementada

_Implementar no Departamento um Manual da Qualidade e/ou Manual de Colheitas: Ação implementada.

_Registo de todas as amostras para análise num sistema informático que processe automaticamente a faturação. Existe no INSA I.P. um sistema informático que procede á correspondência entre os preços cobrados ao cliente e preços tabelados. Ação implementada.

_Segregação de funções no processo de contratualização de serviços: O contacto com o cliente e a elaboração de orçamentos, e supervisão jurídica dos contratos são realizados por uma equipa de contratualização externa ao Departamento, nomeada pelo Conselho Diretivo do INSA I.P. Ação implementada

_Realização de auditorias/elaboração dos respetivos relatórios, em consonância com o Sistema de Gestão da Qualidade do INSA I.P. Ação implementada.

_No Departamento de Epidemiologia (DEP) no âmbito do Programa Nacional de Avaliação Externa da qualidade (PNAEQ) : Responsável: Coordenador - Dr. Carlos Dias

Risco:

_Risco de alteração dos resultados de avaliação externa da qualidade por solicitação do participante, pós data final de entrega de resultados, quando o erro/falha é inerente ao próprio participante. Grau 2

Ação a implementar:

_ Informação antecipada a todos os participantes, através do livro explicativo do PNAEQ, que o INSA I.P não emenda resultados, quando o erro/falha é inerente ao próprio participante: Livro disponível no site do INSA I.P. – PNAEQ com a informação, pagina 9

“_O PNAEQ apenas efetuará correção de relatório, caso o erro seja da sua responsabilidade.” Ação implementada.

_Registo dos pedidos dos participantes a solicitar alterações ao relatório de avaliação: Através das simulações de cada programa, disponíveis no software do PNAEQ as correções apenas são realizadas por erro inerente ao PNAEQ. No presente semestre houve alguns registos dos participantes a solicitarem alterações ao relatório de avaliação. Foi feita a correção quando o erro foi do PNAEQ, por exemplo quando introduziu erradamente os resultados do laboratório ou quando por engano, não efetuou a inscrição do laboratório no programa de MSP. Foi recebida a resposta e tratada estatisticamente Foi feita a correção
Ação implementada.

_Relatório comprovativo do resultado inicial sem a alteração solicitada: Através das simulações estatísticas e relatório individuais de cada programa disponíveis no software do PNAEQ e pelos resultados enviados pelo participante/resultados introduzidos no software. Ação implementada.

Museu da Saúde – Responsável: Coordenadora Dr.^a Helena Rebelo de Andrade

Risco:

_Risco de perda/extravio do espólio museológico constante do Museu da Saúde. Grau 1

Ação a implementar:

_Registo, inventariação e classificação do acervo que está afeto ao Museu, mantendo atualizados todos os registos documentais referentes nomeadamente a novas incorporações do espólio museológico: Ação implementada.

Centro de Saúde Pública Doutor Gonçalves Ferreira (CSPGF) – Porto

Responsável – Diretor do CSPGF - Dr. Carlos Pinto

Riscos identificados, respetiva graduação e ações a implementar para eliminar ou reduzir esses mesmos riscos

Riscos nas unidades laboratoriais.

_Risco de entrada de amostras para análise sem registo em base de dados e eventual falseamento/erro no tratamento e envio das mesmas. Grau 2

_Risco de favorecimento de clientes através da aplicação de condições contratuais não previstas no preçário oficial. Grau 2

_Risco de falhas de uniformização na aplicação das normas de qualidade, respetivos métodos e técnicas associadas Grau 2.

Ações a implementar:

_Segregação por etapas no processo de entrada, tratamento e entrega de resultados: No CGF o processamento de amostras está segregado por etapas; as amostras são registadas no Serviço de Apoio Laboratorial (SAL) ou em estruturas específicas das Unidades para esse efeito como por exemplo o Secretariado do Rastreio Neonatal, da Unidade de Genética Humana e o Secretariado do Laboratório de Ar e Saúde Ocupacional, da Unidade de Saúde Ambiental. As amostras são processadas nos laboratórios pelos técnicos e os resultados são também elaborados nos laboratórios e enviados aos utentes pelo SAL (maioria) ou pelos secretariados dos Laboratórios das Unidades (exceções). Foram registadas algumas alterações relativas ao processamento de entrada de amostras: todas as amostras do Laboratório de Ar e Saúde Ocupacional e da Unidade de Alimentação e Nutrição são, agora, registadas pelos respetivos secretariados (devido a alguns assistentes técnicos, do SAL, encontrarem-se em situação de doença prolongada), também o envio de resultados do Rastreio Neonatal é atualmente efetuado pelo seu secretariado. Ação implementada com algumas exceções.

_Confidencialidade da amostra: Os laboratórios tramitam a informação relativa aos ensaios realizados tendo em consideração a necessidade de garantir a confidencialidade das amostras e respetivos resultados dos ensaios. Como garantia os colaboradores assinam uma declaração de ética, na qual se comprometem com princípios de confidencialidade. O acesso à informação relevante, tanto em suporte de papel como em suporte digital, é condicionado de acordo com o perfil profissional e responsabilidade de cada colaborador. Não foram registadas alterações relativas à garantia de confidencialidade da amostra e respetivos resultados dos ensaios, a ação mantém-se implementada. Ação implementada.

_Validação dos resultados feita, no mínimo, por dois técnicos: Os resultados dos ensaios são, na grande maioria dos laboratórios do CGF, validados por dois técnicos. Em determinados casos, por escassez de recursos humanos ou por especificidades do ensaio, a validação tem que ser realizada por um único técnico. A ação mantém-se implementada, mantendo-se no entanto as exceções acima referidas. Ação implementada.

_Obrigatoriedade de todas as amostras para análises serem rececionadas e registadas num serviço externo ao departamento ou específico do departamento com esta função:

No CGF, as amostras são registadas no Serviço de Apoio Laboratorial, estrutura externa aos departamentos, ou em estruturas específicas das Unidades para esse efeito, como por exemplo o Secretariado do Rastreio Neonatal, da Unidade de Genética Humana e o Secretariado do Laboratório da Unidade de Ar e Saúde Ocupacional, da Unidade de Saúde Ambiental. Foram registadas algumas alterações relativas ao processamento de entrada de amostras: Todas as amostras do Laboratório de Ar e Saúde Ocupacional e da Unidade de Alimentação e Nutrição, do Porto, são agora registadas pelos respetivos secretariados (devido a alguns assistentes técnicos, do SAL, encontrarem-se em situação de doença prolongada). Ação implementada com algumas exceções.

_Controlo de documentos técnico-científicos: As unidades laboratoriais do CGF têm os documentos técnico-científicos relevantes devidamente identificados, organizados e controlados. As Unidades com Sistema de Gestão da Qualidade implementado seguem os procedimentos da gestão documental. Verificou-se um aumento de unidades laboratoriais com sistema de gestão da qualidade implementado em razão dos seus processos de

acreditação de ensaios. Verificou-se ainda que outras unidades laboratoriais estão em fase final de implementação do sistema de gestão da qualidade. Ação implementada.

_Registo de todas as amostras para análise num sistema informático que processe automaticamente a faturação: Todas as amostras que dão entrada no CGF são registadas no programa SIGALIS que processa automaticamente a faturação. As amostras do Rastreo Neonatal são inicialmente registadas no programa NEOBOX, mas migram posteriormente para o SIGALIS. No Porto, as vendas a dinheiro são processadas automaticamente pelo SIGALIS, mas a faturação é realizada pela sede. A ação implementada.

_Segregação de funções: No CGF, os orçamentos e os contratos são elaborados, fornecidos e supervisionados pelo setor de contratualização existente na sede do Instituto. Ação implementada.

_Mecanismos de recolha e documentação de todos os elementos de prova da auditoria de qualidade e de outros elementos de suporte à respetiva auditoria bem como acompanhamento e supervisão permanente das diferentes fases do processo de auditoria de qualidade: Nas unidades laboratoriais do CGF com Sistema de Gestão da Qualidade implementado, a realização de auditorias é efetuada de acordo com o procedimento de auditorias internas INSA-PG08, e as externas de acordo com as determinações dos auditores externos. O programa, plano e relatório de auditorias são ferramentas que garantem um adequado acompanhamento de todo o processo de auditoria. Existem, no entanto, um pequeno número de áreas laboratoriais que não possuem sistema de gestão da qualidade implementado. O laboratório de referência de micobactérias, da Unidade de Doenças Infeciosas, terminou o processo de implementação do seu sistema de gestão da qualidade. Ação implementada.

_Ações de formação direcionadas para uma maior eficácia e adequação aos objetivos do controlo de qualidade: Todas as unidades laboratoriais, no âmbito da gestão da formação, identificaram a necessidade de realização de ações de formação no âmbito da gestão da qualidade. Na maioria das unidades, as necessidades identificadas foram colmatadas, através de ações de formação promovidas ou patrocinadas pelo Instituto. O Instituto Ricardo Jorge continua a proporcionar aos seus colaboradores, de acordo com as necessidades formativas identificadas, a realização de ações de formação no âmbito da gestão e controlo da qualidade. Ação implementada.

Riscos nos Setores de Apoio

_Risco de irregularidades/falhas no processamento de vencimentos e abonos dos trabalhadores. Grau3.

_Risco de registo de tempo de trabalho e controlo de assiduidade inadequado. Grau2.

_Risco de extravio dos documentos ou a sua inutilização, por ação humana ou causas naturais. Grau 2.

_Risco de perda de valores ativos. Grau 2.

_Risco de falhas na aplicação de normas, procedimentos e regulamentos de natureza financeira. Grau 2.

_Risco de receção não controlada física e qualitativamente de bens. Grau 2.

_Risco de acesso (entradas/saídas) indevido de pessoas estranhas ao Instituto. Grau 2.

_Risco de saída indevida de bens propriedade e de acuidade na inventariação e gestão de Imobilizado. Grau 2

Ações a implementar:

_Assegurar a segregação de funções no processamento de vencimentos e abonos dos trabalhadores garantindo a intervenção no processo de processamento e entrega de dois ou mais intervenientes: A segregação de funções no processamento de vencimentos e abonos dos trabalhadores é garantida pela conferência, de dois intervenientes, dos mapas de ausências/assiduidade mensais e das listagens dos movimentos dos trabalhadores do Programa RHV. A ação implementada.

_ Regulamento do horário de trabalho a par da existência de um registo biométrico da assiduidade dos trabalhadores, bem como proceder ao envio de mapas mensais com o registo de situações irregulares ao superior hierárquico e solicitar às entidades competentes a eventual verificação domiciliária, sempre que se justifique: O CGF adota o regulamento de horário de trabalho instituído pelo Instituto Ricardo Jorge. É realizado o controlo biométrico da assiduidade e pontualidade dos trabalhadores através do programa *Kélio*. As irregularidades detetadas são comunicadas aos superiores hierárquicos através do envio de

mapas de assiduidade. Na situação de doença, é realizada verificação domiciliária por poder discricionário da Direção do Centro Gonçalves Ferreira. A ação implementada.

_Promover ações periódicas de verificação do cumprimento das regras de utilização/manuseamento dos documentos: No CGF, as diversas estruturas orgânicas têm os documentos devidamente organizados e controlados, garantindo condições de confidencialidade, segurança e conservação. No entanto, foi identificada a necessidade de estruturar toda a gestão documental estando assim em curso, no Instituto Ricardo Jorge, a elaboração de um Plano de Gestão Documental. Continua a decorrer a elaboração do plano de gestão documental. Ação ainda em curso.

_Garantir a conferências da informação intermédia e final através da segregação de funções e acompanhamento e supervisão da chefia direta: As autorizações de despesa com o Fundo de Maneio são validadas pelos responsáveis das Unidades e pelo Diretor do CGF. O Mapa mensal de fundo de manei do CGF é conferido por um colaborador da sede. O resumo de receita diária (folhas de caixa e faturas) passou a ser feito mensalmente, sendo agora confirmado por um colaborador da sede. Ação implementada.

_Criação de instruções, formulários e definição de prazos obrigatórios para a recolha de dados: A gestão do fundo de manei é, no CGF, realizada de acordo com o regulamento de fundo de manei e documentos conexos. Ação implementada.

_Promoção da rotatividade dos colaboradores afetos à receção de encomendas: Foi consolidada a rotatividade dos colaboradores. Foi consolidada a rotatividade dos colaboradores.

_Implementação de uma política de controlo geral de acessos ao Instituto: O CGF cumpre a política de controlo geral de acessos definida pelo Instituto Ricardo Jorge. O controlo de entrada dos colaboradores é efetuado através do programa *Kélio* É realizado o controlo de acesso dos visitantes e colaboradores externos e internos (bolseiros, estagiários e colaboradores no âmbito de atividades de investigação e desenvolvimento) através da aplicação SIGAP. É também efetuado um controlo da entrada dos visitantes através de um documento que permite confrontar a hora a que o visitante deixou a entidade visitada com a hora em que saiu do edifício. Periodicamente é efetuado um controlo do acesso dos colaboradores externos para verificar o estado de regularização desses colaboradores. implementada.

_Inventário cíclico: Relativamente ao armazém são realizados inventários trimestrais. Ação implementada. Inventário inicial em fase de conclusão (área de instalações e equipamentos).