

Instituto **Nacional de Saúde**
Doutor Ricardo Jorge



Relatório de Execução do Ano de 2017
Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e
Infrações Conexas

Lisboa, Agosto 2018

Relatório Final de Execução do Ano de 2017 do Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas

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

Identificação de Riscos, sua graduação e ações a tendentes a eliminar ou reduzir esses riscos:

Riscos:

Risco de designação de elementos que integrem os júris dos procedimentos concursais e concursos, 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 implementadas:

Foi feita a verificação da composição dos júris, no sentido de evitar favorecimento de candidatos, promovendo a rotatividade dos seus elementos. No ano de 2017 foram abertos 12 (doze) procedimentos concursais de recrutamento nos quais participaram, em júris, 43 (quarenta e três) trabalhadores diferentes. **Ação implementada.**

No âmbito do Plano de Ação Anual, procedeu-se ao 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.**

Na Base de Dados RHV (base de dados em utilização no Ministério da Saúde) são registados todos os pedidos de acumulação de funções privadas/públicas. No ano de 2017 foram efetuados e registados 69 (sessenta e nove) pedidos de acumulação de funções **Ação implementada.**

Através do Registo biométrico da assiduidade dos trabalhadores, da verificação de envio dos mapas mensais ao superior hierárquico, das propostas de Regularização das situações através dos mecanismos legais e de pedidos de verificação, é dado cumprimento ao Regulamento do horário de trabalho. **Ação implementada.**

Com a intervenção de 2 (dois) colaboradores é assegurada a segregação de funções no processamento de vencimentos e abonos dos trabalhadores, garantindo-se a intervenção no processo de processamento e entrega de dois ou mais intervenientes. **Ação implementada.**

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

Direção dos Serviços de Gestão Financeira: Diretora de Serviços – Dr.ª Margarida Alho

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

Riscos:

Risco de falha no planeamento e na avaliação das necessidades e respetivas estimativas de custos. Grau 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. Grau 2

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

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

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

Risco de existência de ambiguidades, lacunas e omissões no clausulado. Grau 2

Risco de falha no controlo da execução do contrato e demais obrigações decorrentes do mesmo. Grau 2

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

Ações a implementar:

Existência de uma estrutura hierarquizada com vários níveis de decisão: Vários interlocutores participam de forma partilhada na tomada de decisão: **Ação implementada.**

Atualização periódica da tabela de preços de artigos a adquirir, de acordo com a evolução dos preços e a inflação registada: **Ação implementada.**

Desenvolvimento de um sistema de custeio, que permita o cálculo real dos custos associados às diferentes atividades desenvolvidas: **Ação em fase de implementação.**

Otimização do Sistema de Gestão Integrado (SGICM), no controlo efetivo de existências de artigos em Stock nos vários Armazéns e controlo de movimentação de artigos entre Armazéns e Serviços: **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: Sendo um procedimento complexo exige recursos afetos a tempo inteiro e com competências muito específicas. **Ação implementada.**

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

Revisão dos indicadores de Avaliação de Fornecedores: **Ação implementada** pelo Departamento da Qualidade.

Publicitar na plataforma eletrónica de compras públicas todos os procedimentos concursais: **Ação implementada.**

Publicitação na plataforma eletrónica Base PortugalGov, da execução 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 – de 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. 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, garantindo 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.**

Promover o arquivo permanente da documentação original em local apropriado e de acesso controlado: **Ação implementada** para o setor do Aprovisionamento, Património e Armazém.

Alargar a aplicação da gestão documental com recurso aos sistemas de informação: **Ação implementada.**

Garantir a conferência 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 com supervisão direta pela chefia competente: **Ação implementada.**

Promover a revisão periódica dos procedimentos: **Ação implementada**

Direção de Gestão de Recursos Técnicos: Diretor de Serviços – Arq.º Jorge Jerónimo

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. Grau 2

Risco de falta de orientações estratégicas e de enquadramento organizacional. Grau 2

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

Riscos inerentes à inexistência de um Plano de Segurança de Informação do INSA. Grau 2

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

Risco de utilização de dados dos sistemas de informação para fins privados. Grau 2

Risco de apropriação indevida e desaparecimento de bens (hardware e software). Grau 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. Grau 2

Ações a implementar:

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

Promover a elaboração do Plano de Segurança Informática do INSA. Encontra-se em aprovação uma revisão à proposta de políticas e normas de segurança de informação, a par com normas e regulamentos de utilização dos recursos de TIC. **Ação implementada.**

Avaliar os níveis de segurança e controlo de acessos aos sistemas aplicativos de suporte ao negócio do INSA, 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. O acesso aos sistemas aplicativos de suporte depende do processo de autenticação e, respeita 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. **A Ação mantém-se em curso** devido ao elevado número de utilizadores do INSA estando a terminar a análise de uma solução informática que proceda à revisão periódica dos perfis de acesso, seguindo 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 necessitam de desenvolvimento extra por parte dos fornecedores.

Remoção imediata de privilégios de acesso aos sistemas informáticos, sempre que ocorra cessação do vínculo laboral. Proceder-se-á 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 e/ou substituição das existentes, caso não obedeam a requisitos mínimos de

segurança informática. Houve um aperfeiçoamento das funcionalidades de segurança, das aplicações "core" de suporte às atividades do INSA 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 a desenvolvimentos extra 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 e definir os procedimentos internos para esse empréstimo. **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). **Ação implementada.**

Promover a concentração de Servidores e outros equipamentos, distribuídos pelos edifícios do INSA, no Porto (CSPGF) e em Águas de Moura num único local, possibilitando uma maior racionalização de recursos e facilitando a sua gestão e monitorização. **Ação implementada.** No período 2016-2018 será possível efetuar uma segunda concentração de equipamentos, após implementação do Programa para a Modernização Operacional da Gestão Laboratorial e Interna do INSA (PROMOGLAB) no âmbito do SAMA2020.

Centralização da informação e da plataforma tecnológica de segurança de forma a diminuir o número de pontos acesso vulneráveis. **Ação implementada.**

Área funcional da Qualidade – Eng.ª Helena Torgal

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

Riscos:

Risco de falha do controlo de qualidade dos procedimentos. Grau 2

Risco de redução da qualidade das auditorias internas. Grau 2

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

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

Ações a implementar:

Supervisão e revisão dos procedimentos adotados e dos produtos adquiridos, adoção e difusão das melhores práticas e conhecimentos bem como segregação de funções. Continuam a ser supervisionados e revistos todos os procedimentos. **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 foi avaliado (auditado em 2017) pelo IPAC (entidade Externa). Processo em curso, que continua com resultado expectável de sucesso. **Ação implementada.**

Desenvolvimento integrado de sistemas de informação para a gestão da qualidade ao nível do agendamento, execução da auditoria de qualidade e divulgação interna e externa dos resultados obtidos e conseqüente comunicação e divulgação técnica das normas de qualidade e respetivos métodos e técnicas: Melhoria contínua dos dois programas de informação PGO e PGE. **Ação implementada** através do PGO “programa de gestão de ocorrências”.

O Manual de Boas Práticas é cumprido através do Manual da Qualidade e do Manual de Colheitas: **Ação implementada.**

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

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

Riscos:

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

Risco de saída indevida de bens propriedade do INSA. Grau 2

Ações a implementar:

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

Implementar um sistema de videovigilância atualizado em pontos fulcrais de acesso ao INSA: O sistema de videovigilância está **implementado** em Lisboa e Porto. O sistema de controlo de acessos por registo biométrico está **implementado** no INSA – 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.**

Dando cumprimento do despacho nº 38/2016, emanado Conselho Diretivo em 20 de Dezembro 2016, mantém-se o reforço do controlo das entradas de visitantes e da permanência de pessoas estranhas nas instalações do INSA.

Departamentos da Área Laboratorial do INSA I.P. – Coordenadores dos Departamentos

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

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

Ações implementadas:

Na análise e registo de amostras, foi implementada 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. A verificação técnica é feita por dois técnicos com posterior validação pelo Responsável Técnico/ou responsável de Unidade visando-se 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 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. **Ação implementada.**

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

No DAN, em Janeiro e Dezembro de 2017, tiveram lugar Auditorias Internas ao Sistema de Gestão da Qualidade e Requisitos Técnicos segundo a norma 17025.

Em Abril e Maio decorreu a Auditoria do IPAC.

Na prestação de serviços a clientes é feito o registo de todas as amostras para análise num sistema informático que processa automaticamente a faturação. Existe no INSA um sistema informático que procede á correspondência entre os preços cobrados ao cliente e preços tabelados. **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. **Ação implementada.**

Ações de formação, direcionadas para uma maior eficácia e adequação aos objetivos do controlo de qualidade devidamente previstas no Plano Anual de Formação para 2016. **Ação implementada.**

No Departamento de Epidemiologia (DEP) - Programa Nacional de Avaliação Externa da Qualidade (PNAEQ): Coordenador - Doutor Carlos Dias

Risco:

Risco de alteração dos resultados de avaliação externa da qualidade por solicitação do participante, após a 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 não emenda resultados, quando o erro/falha é inerente ao próprio participante: Livro disponível no site do INSA – 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.

Durante o ano de 2016 registaram-se 29 ocorrências (9 no 1º semestre e 20 no 2º semestre), as quais depois de devidamente corrigidas, foram objeto de tratamento estatístico.

Museu da Saúde – Coordenadora Doutora 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.**

Por despacho de Sua Excelência o Ministro da Saúde, o Museu da Saúde passou a coordenar o processo de levantamento do património móvel da saúde.

Delegação do Porto - Centro de Saúde Pública Doutor Gonçalves Ferreira (CSPGF)

– Diretor do CSPGF - Dr. Carlos Pinto

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

Ações a implementar:

Continua a ser garantida e assegurada a segregação por etapas no processo de entrada, tratamento e entrega de resultados: Na Delegação do Porto 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, e o Secretariado do Laboratório de Ar e Saúde Ocupacional. As amostras são processadas nos laboratórios pelos técnicos e os resultados são também elaborados nos laboratórios e enviados aos utentes pelo próprio SAL ou pelos secretariados dos Laboratórios das Unidades (em situações excecionais).

Continuam a verificar-se as 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 próprios serviços (devido à carência de pessoal por situações de doença prolongada no SAL), e ao envio de resultados da Unidade de Rastreio Neonatal que atualmente é 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.

Continua a não se registar alterações quantos à garantia de confidencialidade da amostra e respetivos resultados dos ensaios, **a ação mantém-se implementada.**

Validação dos resultados continua a ser feita, no mínimo, por dois técnicos.

Os resultados dos ensaios são, na grande maioria dos laboratórios do CGF, validados por dois técnicos. Em casos raros, devidos à falta de recursos humanos ou por especificidades do ensaio, a validação é realizada por um único técnico.

A ação mantém-se implementada com as exceções referidas.

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 Setor de Apoio Laboratorial (SAL), enquanto estrutura externa aos departamentos, ou em estruturas específicas das várias Unidades para esse efeito, como por exemplo o Secretariado do Rastreio Neonatal e o Secretariado da Unidade de Ar e Saúde Ocupacional.

Mantêm-se as alterações relativas ao processamento de entrada de amostras: Todas as amostras da Unidade de Ar e Saúde Ocupacional e do DAN continuam a ser registadas pelos próprios serviços. **Ação implementada com exceções.**

Controlo de documentos técnico-científicos.

As unidades laboratoriais da Delegação do Porto possuem documentos técnico-científicos relevantes devidamente identificados, organizados e controlados. As Unidades que têm o Sistema de Gestão da Qualidade implementado seguem os procedimentos da gestão documental.

As unidades laboratoriais com sistema de gestão da qualidade implementado em razão dos seus processos de acreditação de ensaios têm vindo a aumentar.

Verifica-se que outras unidades laboratoriais estão a finalizar a fase de implementação do sistema de gestão da qualidade.

Ação implementada.

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

Ações a implementar:

Todas as amostras para análise são registadas num sistema informático que processa automaticamente a faturação.

Todas as amostras que dão entrada no CGF são registadas no programa SIGALIS que processa de forma automática a faturação. No rastreio Neonatal as amostras são registadas no programa NEOBOX, migrando posteriormente para o SIGALIS.

No Porto as vendas a dinheiro são processadas automaticamente pelo SIGALIS.

A faturação é realizada na sede, em Lisboa.

A ação mantém-se implementada.

Segregação de funções: O contacto com o cliente e a elaboração de orçamentos e a supervisão jurídica são realizados pela equipa da contratualização externa ao Departamento.

No CGF, os orçamentos e os contratos são elaborados, fornecidos e supervisionados pelo setor de contratualização da Sede do INSA.

Não se verificaram alterações, **Ação implementada.**

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

Ações a implementar:

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 decorre em obediência ao procedimento de auditorias internas INSA-PG08, e as externas de acordo com as determinações dos auditores externos.

O programa, o plano e o relatório de auditorias são ferramentas que garantem um adequado acompanhamento de todo o processo de auditoria. Existem, no entanto, algumas, poucas áreas laboratoriais que não possuem ainda sistema de gestão da qualidade implementado.

Ação implementada.

Ações de formação direcionadas para uma maior eficácia e adequação aos objetivos do controlo de qualidade.

Em todas as unidades laboratoriais, no âmbito da gestão da formação, foi identificada a necessidade de realização de ações de formação no âmbito da gestão da qualidade.

Na maioria das unidades as necessidades identificadas foram já colmatadas, por recurso a ações de formação promovidas ou patrocinadas pelo INSA.

O INSA 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.

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.

Sem alterações, a ação mantém-se implementada.

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

Ações a implementar:

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 INSA.

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.

Sem alterações, a ação mantém-se implementada.

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

Ações a implementar:

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 INSA, a elaboração de um Plano de Gestão Documental.

Continua a decorrer a elaboração do plano de gestão documental. Ação ainda em curso.

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

Ações a implementar:

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 maneiio 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.

Risco de perda de valores ativos. Grau 2.

Ações a implementar:

Criação de instruções, formulários e definição de prazos obrigatórios para recolha de dados.

A gestão do fundo de maneió é, no CGF, realizada de acordo com o regulamento de fundo de maneió e documentos conexos.

Sem alterações, a ação mantém-se implementada.

Inventário cíclico e de final de ano.

Inventário inicial na fase final de conclusão.

Ação não implementada.

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

Ações a implementar:

Promoção da rotatividade dos colaboradores afetos à receção de encomendas.

Foi consolidada a rotatividade dos colaboradores.

Ação implementada.

Risco de acesso (entradas/saídas) indevido de pessoas estranha ao Instituto. Grau 2.

Ações a implementar:

Implementação de uma política de controlo geral de acessos ao Instituto.

O CGF cumpre a política de controlo geral de acessos definida pelo INSA.

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.

Sem alterações

Dando cumprimento ao despacho do Conselho Diretivo nº 38/2016, de 20 de Dezembro 2016, mantêm-se o reforço do controlo de entradas dos visitantes e da permanência nas instalações de pessoas estranhas ao INSA.

Ação implementada.

Risco de saída indevida de bens propriedade e de acuidade na inventariação e gestão de imobilizado. Grau 2.

Ações a implementar:

Inventário cíclico e de final de ano.

Não está a ser efetuado, no CGF, inventário cíclico e de final de ano, dado que o inventário inicial ainda se encontra em fase de execução. (área de instalações e equipamentos)

Ação não implementada.

Relativamente ao armazém são realizados inventários trimestrais e de final de ano.

Ação implementada.