

Instituto **Nacional de Saúde**
Doutor Ricardo Jorge



Relatório de Execução do Ano de 2018

Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas

Lisboa, Setembro 2019

Relatório Final de Execução relativo ao Ano de 2018 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 os 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 69.º e seguintes do CPA, por em risco a isenção dos resultados.

Grau 3

Risco do recurso a trabalho extraordinário, contratações a termo ou a prestações de serviços, como forma de suprir necessidades permanentes dos serviços. **Grau 2**

Risco de acumulação de funções públicas ou/e privadas sem autorização superior. **Grau 2**

Risco de incumprimento do horário estabelecido. **Grau 2**

Risco de irregularidades/falhas no processamento de vencimentos e abonos dos trabalhadores. **Grau 3**

Ações implementadas:

Verificação da composição dos júris, no sentido de evitar favorecimento de candidatos, promovendo a rotatividade dos seus elementos, escolhidos de entre os trabalhadores do mapa de pessoal. **Ação implementada.**

No âmbito do Plano de Ação Anual (transversal à área de RH), procedeu-se ao planeamento 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, os quais devem ser apresentados anualmente. **Ação implementada.**

Foi feito o Registo biométrico da assiduidade dos trabalhadores, verificados mensalmente todos os registos de assiduidade, com o devido reporte ao superior hierárquico sempre que necessário. Foram feitas propostas de regularização das situações detetadas através dos mecanismos legais e solicitada, às entidades competentes, a verificação domiciliária, sempre tal se justificou. **Ações implementadas.**

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 processamento e entrega de dois ou mais intervenientes. **Ação implementada.**

Direção de Gestão de Recursos Financeiros

Diretora de Serviços – Dr.^a Margarida Alho

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

As principais ações desenvolvidas durante o ano de 2018 foram:

Cumprimento dos Procedimentos descritos em DRF-PE01_02. Foi desenvolvido o Anexo XIII, de acordo com o n.º 5 do artigo 67.º do CCP;

Foram identificadas as necessidades de formação e cumprido o plano de formação de pessoal afeto à DRF, nomeadamente nas áreas da Contabilidade e da Contratação Pública;

O manual de procedimentos de contratação pública está em fase de revisão por força das alterações no CCP;

Aquando da realização das auditorias promovidas pelo IPAC, foram verificados os *workflow*'s que se encontram definidos para os pedidos de compra, para a emissão de notas de encomenda e para o registo de entrada de mercadorias;

Os processos de contratação de obras, bens ou serviços foram objeto de publicitação em plataforma eletrónica de contratação;

Mantém-se o encerramento em SGICM como "Encerradas Insatisfeitas", de todas as Notas de Encomendas que se encontrem pendentes de satisfação quando é atingido o limite do prazo estabelecido para a finalização do Contrato;

São publicados no Portal dos Contratos Públicos a formação e execução dos contratos de obras, bens ou serviços, de acordo com estipulado no CCP;

Foram cumpridos os Procedimentos descritos em DRF-PE02_01, REG_01_2009, DRF-PE04_02 e DRFIM03;

No âmbito das auditorias promovidas pelo IPAC, verificaram-se os requisitos definidos para o acesso às aplicações informáticas;

Foram cumpridos os Procedimentos descritos em DRF-PE01_02, DRF_IT01 e TSI-PE01_02;

A conferência de faturas é feita de acordo com o documento INSA-IM60-DRF-FACT, onde estão descritos os processos adotados, de acordo com o estipulado no ponto 8.2.1.5 do Procedimento Especifico DRFPE01_02.

O SICCC, permite que sempre que se verifique uma situação de incumprimento por parte de Terceiros, seja emitido pela Contabilidade o documento "Ofício a Devedores", donde resulta a criação de uma notificação por e-mail a enviar à Entidade em incumprimento;

Foram cumpridos os Procedimentos descritos em DRF-PE02_01;

Com o projeto ACRESI - Identificação e caracterização de atividades e pessoal, em resultado de uma candidatura ao SAMA2020 irá ser possível desenvolver, construir e implementar uma aplicação informática com vista a imputar ao produto ou ao serviço, todos os custos a ele relacionados.

Foram cumpridos os Procedimentos descritos em DRF-PE01_02 e DRF-IM06.

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 os 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. Irá ser implementado o Plano Operacional de SI/TI, que estando alinhado com o plano estratégico do INSA se deverá articular com a SPMS, E.P.E. **Ação implementada.**

Promoção do reforço ao nível do Plano de Segurança Informática do INSA. Decorre a revisão das políticas e normas de segurança de informação, e das 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 que seja considerado indispensável para o exercício das respetivas 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 funções. **Ação implementada.**

Revisão periódica dos perfis de acesso aos sistemas de informação considerados críticos contendo informação sensível do Instituto. **A Ação mantém-se em curso** devido ao elevado número de utilizadores do INSA, devendo num futuro próximo ser implementada uma ferramenta informática que procederá à revisão periódica dos perfis de acesso, de acordo com as práticas conhecidas no mercado como Gestão de Identidades.

Responsabilização dos titulares pela utilização das *passwords* de acesso e pela necessária 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 e que é feita 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. Procede-se à remoção dos privilégios de acesso aos sistemas informáticos, sempre que ocorre a cessação do vínculo laboral. **Ação implementada.**

Melhoria das funcionalidades de segurança, das aplicações "core" de suporte às atividades do INSA e/ou substituição das existentes, caso não obedecem 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. Estão indiretamente envolvidos muitos fornecedores, sendo 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 proceder ao registo do empréstimo a trabalhadores do INSA, definindo 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. O acesso físico ao *datacenter* deve ser 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.** Numa segunda fase irá ser possível efetuar uma nova 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 os 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 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 consequente 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”

Foi executado o Plano de Acompanhamento das Auditorias de Qualidade. Ação implementada.

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 os 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:

Implementação de 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.

Implementação de 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.**

Reforço da equipa de vigilância com mais vigilantes, com mobilidade total para identificação interior e exterior de pessoas e bens, em articulação 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 os 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, por outro lado, é o sistema informático que procede à correspondência entre os preços cobrados ao cliente e preços tabelados. **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 fevereiro de 2018, foi feita uma Auditoria Interna ao Sistema de Gestão da Qualidade e Requisitos Técnicos segundo a norma 17025.

Em abril e maio de 2018 foi feita 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. **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**

Ações 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, página 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. Foi feita a correção **Ação implementada.**

Em 2018 foram rececionados 27 pedidos dos participantes para emissão/correção de relatórios.

Desses pedidos, 14 foram respeitantes a “Pedidos de emissão de relatório”, em que doze foram da responsabilidade do PNAEQ, (falha na receção/impressão dos formulários de resposta), um da responsabilidade do participante e um da responsabilidade da empresa transportadora.

Foram registados 13 pedidos de “Correção de informação”, em que doze são da responsabilidade do PNAEQ.

Conclusão: em relação aos anos anteriores, verificaram-se mais 12 registos de pedidos, aumentando o número de pedidos da responsabilidade do PNAEQ. Este aumento deve-se à integração de dois elementos administrativos na UAEQ.

Não há evidência de realização de correção por parte do PNAEQ sem a devida justificação.

Ação implementada.

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:

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.

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.**

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 os riscos

Riscos nas unidades laboratoriais.

1. 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:

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 Setor 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 ao utente pelo SAL (maioria) ou pelos secretariados das Unidades (exceções).

Mantêm-se as alterações relativas ao processamento de entrada de amostras: Todas as amostras da Unidade de Ar e Saúde Ocupacional e da unidade de Alimentação e Nutrição do Porto continuam a ser registadas pelos próprios serviços, o envio de resultados da Unidade do Rastreio Neonatal, é atualmente realizado 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. **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.

Ação 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), estrutura externa aos departamentos, ou em estruturas específicas das 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 são agora registadas pelos próprios serviços.

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.

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

Grau 2

Ações a implementar:

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 rastreio Neonatal são inicialmente registadas no programa NEOBOX, mas migram posteriormente para o SIGALIS.

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

A faturação é realizada na sede em Lisboa

Ação implementada.

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

No CGF, os orçamentos e os contratos são elaborados, fornecidos e supervisionados pelo setor de contratualização existente na 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 o 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.

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 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.

2. Riscos nos Setores de Apoio

Risco de irregularidades/falhas no processamento de vencimentos e abonos dos trabalhadores. **Grau 3.**

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. **Ação implementada.**

Risco de registo de tempo de trabalho e controlo de assiduidade inadequado. **Grau 2.**

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. **Ação 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 maneo 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 maneiio é, no CGF, realizada de acordo com o regulamento de fundo de maneiio e documentos conexos.

Sem alterações. **Ação implementada.**

Inventário cíclico e de final de ano.

Inventário inicial em fase 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

Foi reforçada em razão de despacho do Conselho Diretivo o controlo de entradas dos visitantes e da permanência de pessoas estranhas ao INSA nas suas instalações

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.