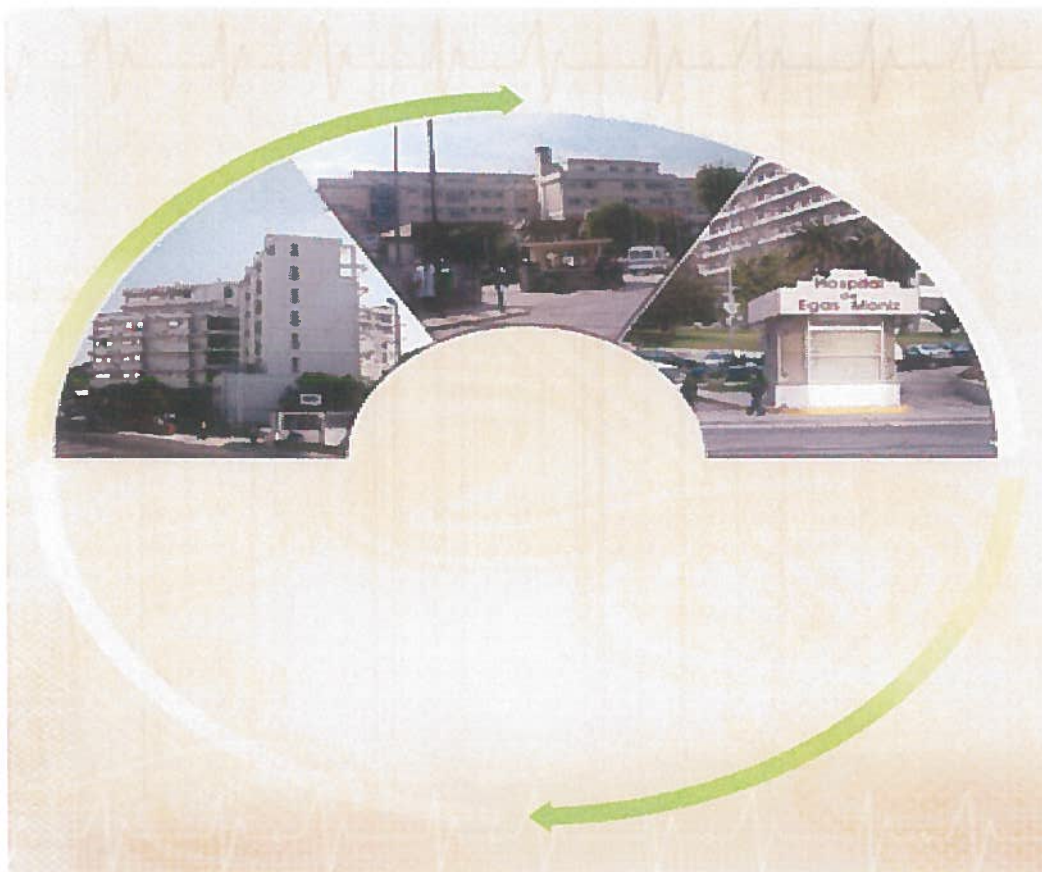


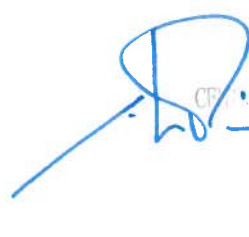
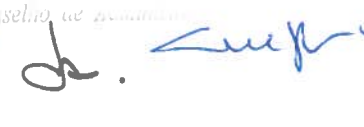


CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL, E.P.E.

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

2017

Aprovado 04/07/2018


CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL, E.P.E.
Conselho de Administração
de. 

Índice

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	3
I. INTRODUÇÃO	4
II. ENQUADRAMENTO	6
1. Caracterização do CHLO	6
2. Missão	6
3. Visão	7
4. Valores	7
5. Código de Ética	7
6. Organização Geral	7
7. Organograma	9
III. PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS (PGRCIC)	10
IV. ATIVIDADE DESENVOLVIDA	10
V. AVALIAÇÃO E RECOMENDAÇÕES	11
VI. CONFLITO DE INTERESSES	14
VII. CONCLUSÃO	15
VIII. DISTRIBUIÇÃO DO RELATÓRIO	15
IX. ANEXOS	16

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CA	Conselho de Administração
CHLO	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE
CPC	Conselho de Prevenção da Corrupção
EPE	Entidade Pública Empresarial
EUG	Espólio - Urgência Geral
HEM	Hospital de Egas Moniz
HSC	Hospital Santa Cruz
HSFX	Hospital São Francisco Xavier
PGRIC	Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas
PO	Probabilidade de Ocorrência
SAI	Serviço de Auditoria Interna
SF	Serviço Financeiro
SFARM	Serviços Farmacêuticos
SG	Secretaria - Geral
SGCLD	Serviço de Gestão de Compras, Logística e Distribuição
SGD	Serviço de Gestão de Doentes
SGERH	Serviço de Gestão Estratégica de Recursos Humanos
SGH	Serviço de Gestão Hoteleira
SIE	Serviço de Instalações e Equipamentos
SJC	Serviço Jurídico e de Contencioso
SPACG	Serviço de Planeamento, Análise e Controlo de Gestão
SSTI	Serviço de Sistemas e Tecnologias de Informação
ST	Serviço de Transportes

I. INTRODUÇÃO

1. O conselho de Prevenção da Corrupção (CPC), criado pela Lei n.º 54/2008, de 4 de setembro, é uma entidade administrativa independente que funciona junto do Tribunal de Contas e desenvolve uma atividade de âmbito nacional no domínio da prevenção da corrupção e infrações conexas.

De acordo com o n.º 2 do artigo 7.º da referida lei, “*são consideradas atividades de risco agravado, designadamente, as que abrangem aquisições de bens e serviços, empreitas de obras públicas e concessões sem concurso, as permutas de imóveis do Estado com imóveis particulares, as decisões de ordenamento e gestão patrimonial, bem como quaisquer outras suscetíveis de propiciar informação privilegiada para aquisições pelos agentes que nelas participem ou seus familiares*”.

2. O CPC, na sua reunião de 4 de março de 2009, deliberou:

a) Reconhecer a necessidade de as entidades, serviços e organismos gestores de dinheiros, valores ou património públicos, adotarem medidas de identificação de riscos de corrupção e infrações conexas, com indicação de medidas preventivas da sua ocorrência e definição dos responsáveis;

b) Aprovar um questionário, destinado a servir de guia na avaliação dos riscos nas áreas da contratação pública e da concessão de benefícios públicos;

c) Solicitar a todos os Dirigentes máximos das entidades, serviços e organismos da Administração Pública Central e Regional, direta e indireta, bem como a todos os Municípios o preenchimento de tal questionário.

3. O CPC aprovou em 1 de julho de 2009 a Recomendação n.º 1/2009, publicada no Diário da República (DR), 2ª Série, N.º 140, de 22 de julho de 2009 através da qual definiu orientações para a elaboração do Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PGRIC), incluindo, entre outros, os seguintes elementos:

- Identificação, relativamente a cada área ou departamento, dos riscos de corrupção e infrações conexas;
- Com base na referida identificação de riscos, indicação das medidas adotadas que previnam a sua ocorrência (por e.g. mecanismos de controlo interno; segregação de funções, definição prévia de critérios gerais e abstratos, designadamente na concessão de benefícios públicos e no recurso a especialistas externos, nomeação de júris diferenciados para cada concurso, programação de ações de formação adequada, etc.);
- Definição e identificação dos vários responsáveis, envolvidos na gestão do plano, sob a direção do órgão máximo;

- Elaboração anual de um relatório sobre a execução do plano.

4. De referir ainda que, de acordo com a Recomendação n.º 5/2012 do CPC, publicada no DR, 2ª Série, N.º 219, de 13 de novembro de 2012, “ *as entidades de natureza pública devem dispor de mecanismos de acompanhamento e gestão de conflitos de interesses, devidamente publicitados, que incluam também o período que sucede ao exercício de funções públicas, com indicação das consequências legais. Devem, ainda, incluir nos seus relatórios sobre a execução dos planos de prevenção de riscos uma referência sobre a gestão de conflitos de interesses*”.

5. Considerando o peso e a importância dos contratos públicos na economia e na despesa do Estado e demais entidades gestoras de recursos públicos, o CPC aprovou a Recomendação n.º 1/2015, de 7 de janeiro de 2015 publicada no DR, 2ª Série, N.º 8, de 13 de janeiro de 2015 dirigida a todas as entidades que celebrem contratos públicos que, de uma forma sintética, frisa a necessidade de serem assegurados mecanismos de controlo na formação e execução dos contratos, devendo, em especial fundamentar sempre a escolha do adjudicatário, incentivar a existência de recursos humanos com formação adequada, reduzir o recurso ao ajuste direto, e garantir a transparência e a publicidade da vontade de contratar.

6. Foi ainda publicada a Recomendação n.º 3/2015 no DR, 2ª Série, N.º 132 de 09 de julho de 2015 que define as seguintes linhas de orientação:

- Os Planos de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas, devem identificar de modo exaustivo os riscos de gestão, incluindo os de corrupção, bem como as correspondentes medidas preventivas;
- Os riscos devem ser identificados relativamente às funções, ações e procedimentos realizados por todas as unidades da estrutura orgânica das entidades, incluindo os gabinetes, as funções e os cargos de direção de topo;
- Os Planos devem designar responsáveis setoriais e um responsável geral pela sua execução e monitorização, bem como pela elaboração dos correspondentes relatórios anuais;
- As entidades devem realizar ações de formação, de divulgação, reflexão e esclarecimento dos seus Planos junto dos trabalhadores e que contribuam para o seu envolvimento numa cultura de prevenção de riscos;
- Os Planos devem ser publicados nos sítios da internet das entidades a que respeitam, excetuando as matérias e as vertentes que apresentem uma natureza reservada, de modo a consolidar a promoção de uma política de transparência na gestão pública.

Serviço de Auditoria Interna

7. Assim, no sentido de dar cumprimento às Recomendações anteriormente referidas do CPC, o Conselho de Administração (CA) do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E. (CHLO) aprovou o primeiro PGRIC no dia 30 de julho de 2014 e a sua primeira revisão, em 02 de dezembro de 2015.

II. ENQUADRAMENTO

1. Caracterização do CHLO

O Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E. é um estabelecimento integrado no Serviço Nacional de Saúde, sendo uma pessoa coletiva de direito público, de natureza empresarial, dotada de personalidade jurídica, com autonomia administrativa, financeira e patrimonial.

Integrou, por fusão, o Hospital de Egas Moniz, SA, o Hospital de Santa Cruz, SA e o Hospital de São Francisco Xavier, SA, os quais, situados em áreas físicas distintas, visam prosseguir, de forma integrada e coordenada, os objetivos do CHLO, EPE.

O Centro Hospitalar rege-se pelo regime jurídico aplicável às entidades públicas empresariais, com as especificidades previstas no Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de Fevereiro e nos Estatutos constantes dos anexos I e II a esse diploma, bem como pelas normas em vigor para o Serviço Nacional de Saúde que os não contrariem e pelo seu regulamento interno.

2. Missão

O CHLO tem como missão a prestação de cuidados de saúde a todos os cidadãos no âmbito das responsabilidades e capacidades das Unidades Hospitalares que o integram, dando execução às definições de política de saúde a nível nacional e regional, aos planos estratégicos e decisões superiormente aprovados.

Intervém de acordo com as áreas de influência e redes de referenciação, cumprindo os contratos – programa celebrados, em articulação com as instituições integradas na rede de prestação de cuidados de saúde.

O CHLO desenvolve ainda atividades complementares como as de ensino pré e pós-graduado, investigação e formação, submetendo-se à regulamentação de âmbito nacional que rege a matéria dos processos de ensino - aprendizagem no domínio da saúde, sem prejuízo da celebração de contratos para efeitos de organização interna, repartição do investimento e compensação dos encargos que forem estipulados.

Nestas suas atividades, o CHLO estabelece ligação e atividades partilhadas com outras instituições de Saúde e de Ensino, em ações de complementaridade.

3. Visão

Na sua visão, o CHLO preocupa-se em ser reconhecido, pelo cidadão em geral, como uma unidade de prestação de cuidados de saúde humanizados, de qualidade e em tempo oportuno, que promova o desenvolvimento de áreas de diferenciação e de referência na prestação de cuidados de saúde.

Da mesma forma, preocupa-se que o acionista o reconheça, como uma organização em que o aumento da eficiência e eficácia, num quadro de equilíbrio económico e financeiro sustentável é uma realidade, sem descorar a:

- Implementação de projetos de prestação de cuidados de saúde em ambulatório e ao domicílio, para minimizar o impacto da hospitalização;
- Promoção da investigação clínica;
- Formação profissional pré e pós graduada.

4. Valores

No desenvolvimento de todas as suas atividades, o CHLO rege-se pelos seguintes valores:

- Humanização e não discriminação;
- Respeito pela dignidade individual de cada doente;
- Promoção da saúde na comunidade;
- Atualização face aos avanços da investigação e da ciência;
- Competência técnico-profissional;
- Ética profissional;
- Promoção da multidisciplinaridade;
- Respeito pelo ambiente.

5. Código de Ética

O combate à corrupção e infrações conexas transcende o processo de identificação de riscos, definição e implementação de medidas preventivas. Exige um compromisso de todos os dirigentes e trabalhadores do CHLO, que devem adotar comportamentos assentes nos valores de integridade, responsabilidade, transparência e isenção, observando os princípios e recomendações vertidos no Código de Ética do CHLO, designadamente no que respeita à matéria referente aos conflitos de interesses.

6. Organização Geral

O Centro Hospitalar organiza-se segundo um modelo que, sob a orientação e responsabilidade do órgão de administração, prevê, para além das unidades operacionais de natureza assistencial no domínio da prestação direta ou indireta de cuidados de saúde, níveis intermédios de gestão e unidades de tipo logístico para apoio e suporte às unidades de natureza assistencial, próprias de cada unidade hospitalar que o integra ou comuns a todas elas.

Serviço de Auditoria Interna

São unidades de natureza assistencial os serviços de ação médica e os centros especializados que sejam criados com a intenção de desenvolver novas áreas de atividade, promovendo nomeadamente a investigação nas áreas clínicas através de protocolos que incluam o financiamento dos projetos.

Os serviços de ação médica são configurados como áreas de prestação direta de cuidados, representando as linhas da produção final do Centro Hospitalar.

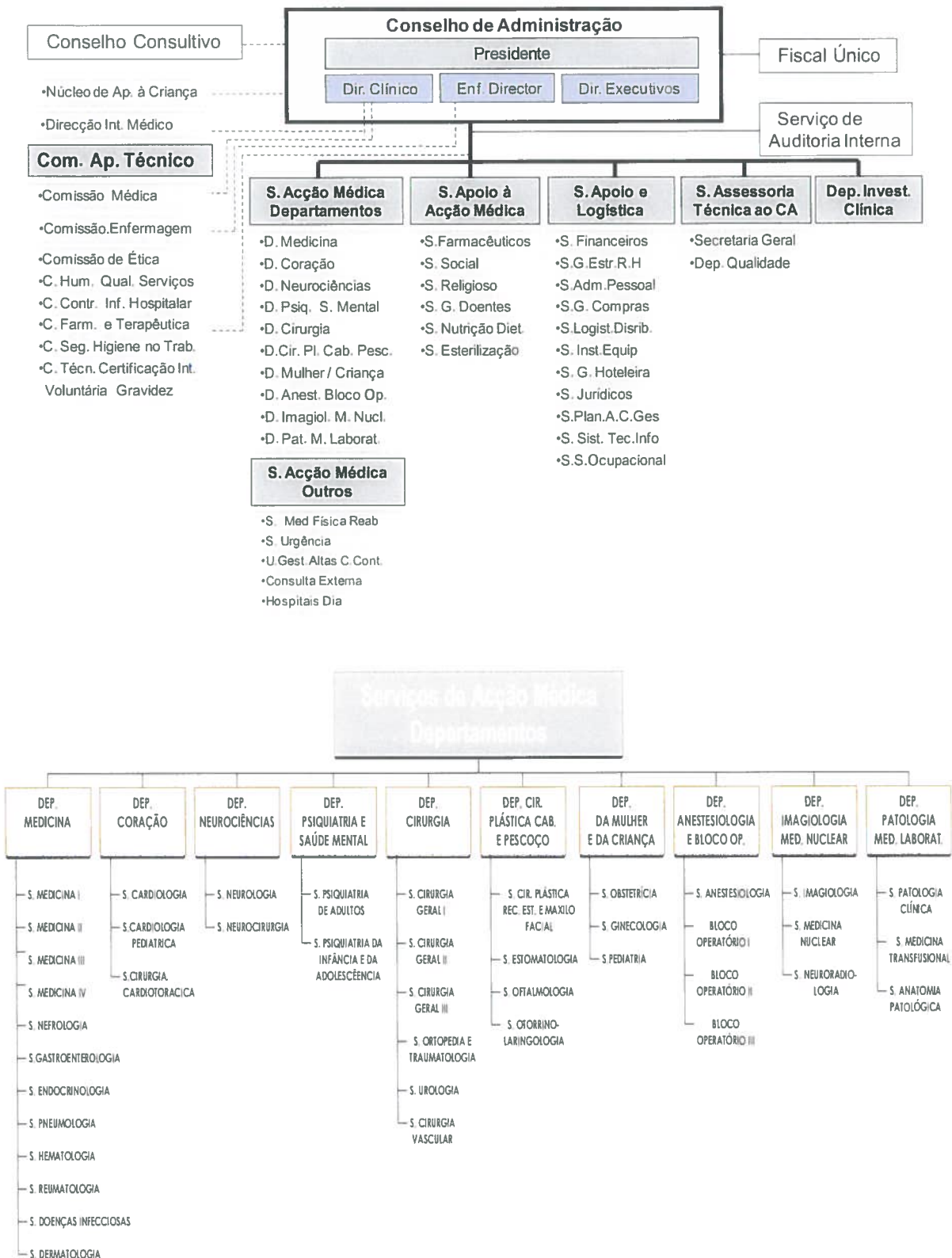
Os serviços de ação médica desenvolvem-se num plano horizontal, juntando competências afins em unidades funcionais tão homogêneas quanto possível, de modo a poderem corresponder e acompanhar, em cada momento, a evolução do conhecimento técnico-científico, dando resposta adequada, em qualidade, prontidão e eficiência, às situações com que se confrontam.

Os serviços de apoio à ação médica e os serviços de apoio geral e logística estruturam-se verticalmente, interpondo-se de modo flexível e oportuno no fluxo de doentes que se integram naquelas linhas de produção assistencial.

Existem ainda serviços de assessoria técnica ao Conselho de Administração, conforme se encontram definidos no Regulamento Interno do CHLO, EPE.

Serviço de Auditoria Interna

7. Organograma



Serviço de Auditoria Interna

III. PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS (PGRIC)

São vários os fatores que podem potenciar situações de risco de corrupção e infrações conexas, tais como:

- A competência da gestão;
- A idoneidade dos gestores e decisores;
- A qualidade do sistema de controlo interno e a sua eficácia;
- A conduta dos colaboradores das instituições e a existência de normas e/ou princípios que pautem a sua atuação;
- A própria legislação, que por vezes não propicia, de forma fácil a tomada de decisões sem riscos. Por vezes, a legislação a aplicar é burocratizante, complexa, vasta e desarticulada, condicionando uma gestão flexível e ágil da gestão dos recursos públicos (financeiros, humanos e materiais) que potencia o risco de existência de irregularidades.

Os Serviços que atualmente constituem parte integrante do PGRIC do CHLO são os seguintes:

- Conselho de Administração (CA);
- Serviço de Auditoria Interna (SAI);
- Serviço Jurídico e de Contencioso (SJC);
- Serviço de Planeamento, Análise e Controlo de Gestão (SPACG);
- Serviço de Gestão de Compras, Logística e Distribuição (SGCLD);
- Serviço de Gestão Hoteleira (SGH);
- Serviço de Sistemas e Tecnologias de Informação (SSTI);
- Serviço Financeiro (SF);
- Serviço de Gestão Estratégica de Recursos Humanos (SGERH);
- Serviço de Gestão de Doentes (SGD);
- Serviço de Instalações e Equipamentos (SIE);
- Secretaria – Geral (SG);
- Serviço de Transportes (ST);
- Serviços Farmacêuticos (SFARM);
- Espólio – Urgência Geral (EUG);
- Áreas Clínicas (AC).

IV. ATIVIDADE DESENVOLVIDA

Em cumprimento do estabelecido na alínea d), do ponto 1.1, da Recomendação n.º 1/2009 do CPC e no n.º 1 do Art.º 46º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de Outubro, considerando o Plano em vigor, elabora-se o Relatório Anual de Execução do PGRIC do CHLO de 2017.

Serviço de Auditoria Interna

Este Relatório Anual de Execução é alicerçado na aferição das medidas de melhoria (preventivas/corretivas) que constam no Plano, se foram, ou não, implementadas/executadas durante o ano de 2017, tendo em consideração os prazos definidos, no sentido de mitigar ou dirimir os riscos correspondentes.

Para o efeito, o SAI desenvolveu o seguinte trabalho:

- 1) Elaboração de um questionário, aprovado pelo CA, que foi submetido a todos os diretores/responsáveis dos Serviços que fazem parte do Plano (com exceção das áreas Clínicas) para procederem ao seu preenchimento. Após a receção das respostas, foi efetuada a sua avaliação;
- 2) Foi solicitado a todos os Serviços, referidos no Ponto III, acima, (com exceção das Áreas Clínicas), para se pronunciarem sobre o estado da execução das “Medidas de Melhorias (Preventivas/Corretivas) que constam no Plano em vigor, uma vez que todos contribuíram para a sua elaboração, bem como a apresentação de informação complementar, no sentido da sua atualização. Com base na informação recebida, identificou-se o nível de aplicabilidade das medidas propostas (vide Quadro I e ANEXOS “Matrizes de Riscos dos Serviços”).

V. AVALIAÇÃO E RECOMENDAÇÕES

- i) Relativamente ao QUESTIONÁRIO RELATIVO À AVALIAÇÃO/EXECUÇÃO DO PGRCIC – 2017, resume-se de seguida as perguntas formuladas e as respostas obtidas:

1. IDENTIFICAÇÃO DO RISCO

Atualmente os riscos mencionados no Plano em vigor, são adequados e suficientes?

A totalidade dos Serviços (17) respondeu, SIM.

2. PROBABILIDADE DE OCORRÊNCIA (Baixa, Média e Alta)

À data atual, a escala apresentada para os respetivos riscos é a adequada?

A totalidade dos Serviços (17) respondeu, SIM.

3. ESCALA DE RISCO (Baixa, Média e Alta)

À data atual, a escala apresentada para os respetivos riscos é a adequada?

A totalidade dos Serviços (17) respondeu, SIM.

4. MECANISMO (S) DE CONTROLO INTERNO EXISTENTES (S)

Os mecanismos de controlo interno que constam no Plano são suficientes para mitigar/dirimir os riscos apresentados?

A totalidade dos Serviços (17) respondeu, SIM.

PLANO DE AÇÃO

5. MEDIDAS DE MELHORIAS (PREVENTIVAS / CORRETIVAS)

A implementação das medidas supracitadas garante a robustez (eficácia/eficiência) dos mecanismos de Controlo Interno, que constam no Plano?

A totalidade dos Serviços (17) respondeu, SIM.

6. O RESPONSÁVEL (EIS) PELA EXECUÇÃO DAS MEDIDAS REFERIDAS NO PONTO 5.

Os responsáveis pela implementação e execução das medidas de melhoria mantêm-se?

No CA e ST (2 Serviços / 11,76%) os responsáveis mudaram.

7. PRAZO DE EXECUÇÃO

Os prazos de execução apresentados no Plano, estão a ser cumpridos consoante os timings definidos?

O SGCLD, SGH-S/A (sem a área da alimentação), SF e SFARM (4 Serviços / 23,53%) responderam, NÃO.

7.1. Se respondeu NÃO, indique de forma discriminada as razões da não execução ou da execução parcial das medidas.

- No SGCLD apenas a implementação do sistema de videovigilância não ocorreu dentro do previsto, apesar do Concurso Público para a aquisição do equipamento já estar concluído;
- No SGH-S/A as auditorias internas propostas por este serviço não estão a ser realizadas de acordo com os prazos estabelecidos no Plano;
- No SF algumas medidas não têm sido executadas devido aos Recursos Humanos e Financeiros escassos, tendo em consideração as restrições orçamentais;
- Os SFARM solicitaram a integração/aquisição de Câmaras de videovigilância, continuando a aguardar a sua colocação ou funcionamento.

Serviço de Auditoria Interna

8. EXECUÇÃO DO PLANO

Têm existido dificuldades na execução do Plano?

O SGH-S/A, SSTI, SF e SFARM (4 Serviços / 23,53%) reponderam, SIM.

8.1. Se respondeu SIM, identifique o (s) tipo (s) de dificuldade (s)

- No SGH-S/A as auditorias internas propostas por este serviço não estão a ser realizadas de acordo com os prazos estabelecidos no Plano;
- O SSTI alega a falta de Recursos Humanos para a sua execução;
- O SF alega a carência de Recursos Humanos com conhecimentos técnicos para desempenhar e melhorar determinados procedimentos considerados mais técnicos;
- Os SFARM solicitaram a integração/aquisição de Câmaras de videovigilância, continuando a aguardar a sua colocação ou funcionamento.

Recomendação

Relativamente aos factos anteriormente referidos nos pontos 7.1 e 8.1, o SAI recomenda aos seus responsáveis que desenvolvam/adotem os procedimentos necessários ao cumprimento da execução/implementação das respetivas medidas preventivas/corretivas de acordo com o estipulado no PGRCIC de modo a evitar eventuais situações desfavoráveis que delas possam surgir.

- ii) Relativamente à aferição da execução das “Medidas de Melhorias (Preventivas/Corretivas) que constam no Plano em vigor, pelos diretores/responsáveis dos serviços, apresenta-se resumidamente o nível (resultado) de aplicabilidade das medidas propostas no mapa seguinte:

Serviço de Auditoria Interna

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

MAPA RESUMO DAS MEDIDAS IMPLEMENTADAS / EXECUTADAS - ANO DE 2017

QUADRO I

SERVIÇOS/ÁREAS	Número de Medidas	Nº de Medidas Implementadas	Nº de Medidas Parcialmente Implementadas	Nº de Medidas Não Implementadas	A Não Considerar
Conselho de Administração (CA) - (*)	44 (*)	44 (*)			
Serviço de Auditoria Interna (SAI)	17	17			
Serviço Jurídico e de Contencioso (SJC)	5	5			
Serviço de Planejamento, Análise e Controle de Gestão (SPACG)	12	12			
Serviço de Gestão de Compras (SGC)	7	7			
Serviço de Logística e Distribuição (SLD)	3	2	1		
Serviço de Gestão Hoteleira (SGH)	10	7	3		
Serviço de Gestão Hoteleira - Alimentação (SGHA)	2	2			
Serviço de Sistemas e Tecnologias de Informação (SSTI)	2	2			
Serviço Financeiro (SF)	22	19	1	2	
Serviço de Gestão Estratégica de Recursos Humanos (SGERH)	13	13			
Serviço de Gestão de Doentes (SGD)	30	28	2		
Serviço de Instalações e Equipamentos (SIE)	11	10	1		
Secretaria-Geral (SG)	4	4			
Serviço de Transportes (ST)	6	2		2	2
Serviços Farmacêuticos (SFARM)	3			3	
Espólio- Urgência Geral (EUG)	6	6			
TOTAIS	197	180	8	7	2
%	100,00%	91,37%	4,06%	3,55%	1,02%

(*) Mecanismos de Controlo Existentes

De acordo com os dados apresentados no quadro acima, foram identificadas 197 medidas, decompondo-se da seguinte forma:

- Medidas implementadas: 180 (+91,37%);
- Medidas parcialmente implementadas: 8 (+4,06%);
- Medidas não implementadas: 7 (+3,55%);
- Medidas a não considerar: 2 (+1,02%).

Recomendação

Relativamente às medidas não implementadas “vide anexos” (excluindo as duas a não considerar) o SAI recomenda aos seus responsáveis que desenvolvam/adotem os mecanismos necessários ao cumprimento da sua implementação/execução conforme o estipulado no PGRCIC de modo a evitar situações nefastas que delas possam surgir, especialmente no que diz respeito ao SGH (com exceção da área alimentar), uma vez que as suas matrizes do PGRCIC referem em todas as áreas, níveis de probabilidade de ocorrência e escala de risco (impacto), médios e altos, tendo em vista uma melhoria generalizada dos níveis anteriormente referidos, e consequentes benefícios para os serviços, utentes e organização.

VI. CONFLITO DE INTERESSES

Conforme referido no n.º 4 do Ponto I. “ Os relatórios sobre a execução dos planos de prevenção de riscos devem incluir uma referência sobre a gestão de conflitos de interesses”.

Serviço de Auditoria Interna

O conflito de interesses nas entidades de natureza pública ocorre quando os seus agentes no exercício das suas funções intervêm em processos que envolvem interesses particulares, podendo advir vantagens para si ou para terceiros, pondo em causa a sua atuação com isenção e a prossecução do interesse público.

Em matéria de conflitos de interesses foram identificadas e constam no PGRIC as principais áreas de risco; as potenciais situações que possam originar este tipo de conflitos e a implementação de mecanismos e medidas adequadas (preventivas/corretivas) de modo a preveni-los ou geri-los. Por outro lado, foram elaborados Manuais de boas práticas, desencadeadas ações de sensibilização sobre esta temática e a obrigatoriedade da subscrição pelos colaboradores de declarações de compromisso de inexistência de conflitos de interesse em processos que possam de alguma forma colocar em causa a sua isenção/honestidade.

VII. CONCLUSÃO

Da análise realizada, conclui-se que o número de medidas implementadas são 180 (91,37%) de um total de 197 constantes no PGRIC, demonstrando um razoável nível de controlo das atividades.

Independentemente do número de medidas constantes no PGRIC (implementadas ou não), este documento/instrumento tem servido e serve para promover o debate e a divulgação dos princípios éticos e da boa gestão que deve presidir à gestão hospitalar, bem como alertar e sensibilizar para uma cultura de boas práticas, nomeadamente para a existência de um sistema de controlo interno mais exigente e rigoroso que permita aumentar a sua eficácia e eficiência em todas as atividades do CHLO, de modo a garantir a salvaguarda dos seus ativos, a prevenir e detetar situações de ilegalidade, fraude e erro, garantir a exatidão dos registos e procedimentos de controlo, permitindo alcançar os objetivos pretendidos.

Sendo o PGRIC um instrumento fundamental para gestão, este deve ser entendido como dinâmico, sujeito a um aperfeiçoamento contínuo, através da experiência que vai sendo adquirida e tendo em consideração o contexto atual e as novas situações que vão surgindo no seio da organização (CHLO) e a nível externo.

VIII. DISTRIBUIÇÃO DO RELATÓRIO

Nos termos da Recomendação n.º 1/2009 do CPC, publicada no DR, 2ª Série, N.º 140, de 22 de julho de 2009 e n.º 2 do artigo 46.º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro, devem ser enviadas cópias para:

- ✓ Divulgação na internet e intranet do CHLO;
- ✓ Conselho de Prevenção da Corrupção;
- ✓ Órgãos de superintendência, tutela e controlo (MS, ARSLVT, ACSS, IGAS, DGTF e IGF).

Serviço de Auditoria Interna

Lisboa, 29 de Junho de 2018

O Auditor Interno



Etelvino Craveiro

IX. ANEXOS

MATRIZES DE RISCO DOS SERVIÇOS

UNIDADE ORGÂNICA: **Conselho de Administração**
Responsável pelas Medidas de Melhoria (Preventivas/Corretivas): Dra. Rita Perez (Presidente)

Principais Atividades	Riscos Identificados	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismos de Controle Interno Existentes	Medidas de Melhoria (Preventivas/Corretivas)	Ponto de Situação de Execução de 2017
Estratégia	Risco de não propor/ não definir as linhas de orientação dos planos de ação anuais e plurianuais e respetivos orçamentos, bem como os demais instrumentos de gestão previsional legalmente previstos e assegurar a respetiva execução.	Baixa (Remota)	Alta	Obrigatoriedade de efetuar a Contratação Interna, anual, de atividades, com cada um dos serviços; existência de um plano, anual, de reuniões individuais mantidas entre o Conselho de Administração (CA) e cada um dos Serviços onde é discutida e posteriormente contratualizada a atividade (que vai ser objeto de acompanhamento mensal); existência de instrumentos de controlo de gestão mensalmente executados para acompanhamento da atividade/planos/orçamentos.		Implementados
	Risco de não celebrar contratos programa com a ARSLVT; risco de não manter atualizada a plataforma SICA.	Baixa (Remota)	Alta	Existência de mecanismos de controlo por parte da ARSLVT; alertas automáticas de controlo de prazos.		Implementados
	Risco de não definir as linhas de orientação a que devem obedecer a organização e o funcionamento do hospital E. P. E. nas áreas clínicas e não clínicas, propondo a criação de novos serviços, sua extinção ou modificação; risco de não definir as políticas referentes a recursos humanos, incluindo as remunerações dos trabalhadores e dos titulares dos cargos de direção e chefia.	Baixa (Remota)	Alta	As tabelas salariais são as resultantes de diplomas legais, outros acréscimos estão previstos no Regulamento Interno do CHLO. Não existem delegações de competências que permitam autonomia na criação de novas áreas ou sectores sem a correspondente aprovação do Conselho de Administração.		Implementados
	Risco de não submeter a homologação do membro do governo responsável pela área da saúde o regulamento interno e fazer cumprir as demais disposições legais e regulamentares aplicáveis.	Baixa (Remota)	Alta	Grande articulação com a Tutela, o CA recebe diariamente todas as alterações à lei com implicações nos hospitais EPE; Gabinete Jurídico acompanha de perto a atividade em geral, propondo/recomendendo as ações necessárias ao CA.		Implementados
	Risco de não acompanhar e avaliar sistematicamente a atividade desenvolvida pelo Centro Hospitalar, designadamente no que se refere à responsabilização dos demais diretores de serviço pela utilização adequada dos meios postos à sua disposição.	Baixa (Remota)	Média	O CHLO tem instituído, um modelo de governação descentralizado/ gestão intermédia, negociação de objetivos /contratualização interna com os serviços clínicos e avaliação mensal destes.		Implementados
	Risco de não acompanhar a execução do orçamento, aplicando as medidas destinadas a corrigir os desvios em relação às previsões realizadas; Risco de não exercer a devida competência em matéria disciplinar prevista na lei.	Baixa (Remota)	Alta	Desenvolvimento de uma ferramenta Business Intelligence que faz o controlo mensal da atividade, compara com o orçamento, apura desvios. Os Diretores de Serviços são chamados a justificar os desvios sempre que o CA considera necessário e quando os mesmos acontecem apenas por razões intrínsecas.		Implementados

Principais Atividades	Riscos Identificados	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismos de Controle Interno Existentes	Medidas de Melhoria (Preventivas/Corretivas)	Ponto de Situação de Execução de 2017
Operações	Risco de não definir as políticas e as boas práticas referentes a recursos humanos, incluindo decidir sobre a admissão e gestão do pessoal e as suas remunerações (dos titulares dos cargos de direção e chefia e dos trabalhadores em geral); risco de não controlar a realização de trabalho extraordinário e de prevenção dos trabalhadores, independentemente do seu estatuto, bem como autorizar o respetivo pagamento; risco de não fazer aprovar o regulamento disciplinar do pessoal e as condições de prestação e disciplina do trabalho, em particular, de não fazer aplicar todas as modalidades de regimes de trabalho legalmente admissíveis; Risco de não fazer exercer a competência em matéria disciplinar prevista na lei, independentemente da relação jurídica de emprego;	Média (Possível)	Média	Atividade desenvolvida pelo CA em estreita colaboração com as demais entidades responsáveis. Uniformização de políticas e práticas, de acordo com a Lei em vigor; acompanhamento de todos os processos; procedimentos de supervisão e controlo, com vista à garantia da não omissão de fatores relevantes (em conjunto com os especialistas); sujeição de todos os dirigentes a sanções quando identificados os incumprimentos e a Lei não é cumprida; publicação na intranet de deveres, direitos, responsabilidades; revisão anual da situação; avaliação sistemática dos níveis de segurança.		Implementados
	Risco de exercício indevido da autoridade delegada ou abuso desse poder.	Média (Possível)	Média	Identificação formal, por escrito, em todos os documentos corporativos, por recurso a assinatura pessoal dos elementos do CA, em todas as tomadas de decisão; Existência de sanções em caso de violação dos normativos legais, publicados em Diário da República.		Implementados
Finanças	Risco de não tomar as providências necessárias à conservação do património afeto ao desenvolvimento da sua atividade e autorizar as despesas inerentes, previstas no plano de investimentos.	Baixa (Remota)	Média	Obrigatoriedade em manter os equipamentos e demais bens afetos à atividade em produção contínua, sob pena de grave prejuízo para os utentes; existência de níveis de alerta e comunicação para o CA das situações que urgem resolver e tomar posição; Articulação entre os demais intervenientes (Serviços/SIE/Património/CA).		Implementados
	Risco de não assegurar a regularidade da cobrança das dívidas e autorizar a realização do pagamento da despesa do Centro Hospitalar.	Média (Possível)	Baixa	Estabelecimento de regras muito bem definidas de cobrança e controlo; sistema de sanções para o incumprimento; comunicação regular e atempada ao CA sobre os níveis de atraso nas cobranças.		Implementados

Principais Atividades	Riscos Identificados	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismos de Controle Interno Existentes	Medidas de Melhoria (Preventivas/Corretivas)	Ponto de Situação de Execução de 2017
Gestão do conhecimento	Risco de perda de funcionários chave e, bem assim, de designação inapropriada de pessoas para cargos de direção e chefia.	Média (Possível)	Alta	Infelizmente o SNS não consegue concorrer com os atrativos que a Saúde Privada está a oferecer aos funcionários, especialmente a médicos. Quanto à designação inapropriada de pessoas para cargos de chefia, o CA analisa com cuidado e ponderação toda e qualquer proposta de nomeação para minimizar esse risco.		Implementados
	Risco de não apresentar os documentos de prestação de contas, nos termos definidos na lei.	Baixa (Remota)	Alta	Política de sanções altamente penalizante para os responsáveis pela infração.		Implementados
	Risco de não decidir sobre a realização de ensaios clínicos e terapêuticos, ouvida a comissão de ética, sem prejuízo do cumprimento das disposições aplicáveis.	Baixa (Remota)	Baixa	Obrigatoriedade de resposta do CA a todos os pedidos de realização de ensaios clínicos; existência de uma política que fomenta a existência de ensaios clínicos.		Implementados
	Risco de não tomar conhecimento e determinar as medidas adequadas, se for caso disso, sobre as queixas e reclamações apresentadas pelos utentes.	Baixa (Remota)	Baixa	Obrigatoriedade de um membro do CA rever toda e qualquer reclamação, solicitar aos respetivos serviços a justificação e, bem assim, enviar resposta escrita a todos os utentes que reclamam.		Implementados
Conformidade	Risco de favorecimento; risco de quebra de sigilo; risco de prestação de informação inadequada, em geral, no atendimento e no relacionamento com entidades terceiras partes.	Baixa (Remota)	Baixa	Existência de estruturas hierarquizadas com diferentes níveis de decisão; Promoção de decisões em colégio; Existência de registos informáticos com acessos controlados por palavras-passe; Sistema informático que regista os utilizadores que acederam às diferentes aplicações; Existência de mecanismos legais de sanção em caso de incumprimento.		Implementados
	Acumulação de funções; risco de utilização de recursos públicos em atividade privada; exercício de atividades não autorizadas ou, quando autorizada, efetuada em horário de trabalho; risco de não existência da declaração de conflito de interesses.	Baixa (Remota)	Média	Ratificação de atos praticados, elaboração de protocolos de acordo com os normativos legais; Existência de medidas de controlo de acesso e reporte; Obrigatoriedade de serem efetuadas declarações de incompatibilidade e impedimentos de titulares em cargos públicos; Realização de inspeções /auditorias/pedidos de informação realizados por instâncias superiores (Tribunal Constitucional, Tribunal de Contas, IGAS, IGF, etc.; Existência de sanções em caso de violação dos normativos legais.		Implementados

UNIDADE ORGÂNICA: **Serviço de Auditoria Interna**
Responsável Pelas Medidas de Melhoria (Preventivas/Corretivas): Etelvino Craveiro

Principais Atividades	Riscos Identificados	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismos de Controlo Interno Existentes	Medidas de Melhoria (Preventivas/Corretivas)	Ponto de Situação de Execução de 2017
Relatórios de Auditoria Interna	Que os relatórios elaborados, pela auditoria interna tenham pouca qualidade, isto é, que não espelhem os resultados / objetivos pretendidos.	Média (Possível)	Alta	O contínuo aperfeiçoamento das metodologias aplicadas nas várias etapas inerentes à elaboração dos relatórios de auditoria. Mediante a avaliação de forma isenta do referido em sede do contraditório quando devidamente fundamentada e credível (verídico) contrapondo ao que o relatório refere ou ignora.	● Aperfeiçoamento dos mecanismos / procedimentos de recolha e análise de todos os elementos de prova da auditoria e outros elementos de suporte. ● Acompanhamento e avaliação sistemática das diferentes fases dos processos de auditoria. ● Formação contínua com vista a uma maior eficácia no alcance dos objetivos de auditoria.	Implementadas
Acompanhamento das Auditorias Efetuadas-Follow-up(s)	Deficiente acompanhamento pelo Serviço de Auditoria Interna das recomendações aprovadas em relatórios de auditoria anteriores.	Média (Possível)	Média	Elencar todas as recomendações e os prazos estabelecidos (caso tenham sido definidos) para a implementação das mesmas e criar mecanismos que permitam de forma prática e eficaz controlar esse acompanhamento. Criação de matrizes específicas para cada auditoria com a informação necessária para o efeito.	● Incremento de regras de acompanhamento de acordo com os prazos estabelecidos para a implementação das recomendações.	Implementada
Gestão de Riscos	Deficiente avaliação e supervisão da execução do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (incluindo os de Gestão), provocando falhas no reporte.	Média (Possível)	Alta	Avaliação sistemática do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PPRCIC) com a realidade ajustando-o consoante as situações que ocorrem e que não estavam previstas, bem como a inclusão de novos riscos face a implementação de novas áreas de atuação ou alteração de processos devido à dinâmica da organização e da implementação de novas políticas (internas e externas).	● Acompanhamento rigoroso da execução das medidas previstas no plano. Identificação de novas situações suscetíveis de gerarem novos riscos graves.	Implementada

Principais Atividades	Riscos Identificados	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismos de Controle Interno Existentes	Medidas de Melhoria (Preventivas/Corretivas)	Ponto de Situação de Execução de 2017
Exercício Ético e Profissional das Funções	O incumprimento dos deveres funcionais e valores, tais como a independência, integridade, responsabilidade, transparência, objetividade, imparcialidade e confidencialidade.	Baixa (Remota)	Alta	Analisar e verificar se os procedimentos utilizados e a conduta dos colaboradores são concordantes com o estabelecido no Manual do SAI e no Código Deontológico dos Auditores. A atuação individual e coletiva em termos funcionais deve assentar nas boas práticas (regras/normas adequadas conjuntamente com a ética).	● Aplicabilidade do cumprimento das regras definidas no manual de procedimentos do SAI. ● Verificação das medidas conducentes a prevenir a quebra de sigilo, designadamente quanto aos mecanismos de acesso e acompanhamento restrito dos processos, nas suas diferentes fases. ● Observância de orientações e procedimentos que garantam a prevenção e o cumprimento dos princípios e valores éticos. ● Verificação da aplicabilidade do Código Deontológico dos Auditores - o respeitar das normas e conduta- boas práticas inerentes o exercício das funções do auditor interno.	Implementadas
Competências Técnicas	Inadequação do perfil técnico, inadequado e comportamental para o exercício das funções.	Média (possível)	Alta	Este binómio, componente técnica e comportamental é crucial para o desempenho de qualquer atividade, com especial destaque na função de auditor, sendo inadequado pode ser fatal ou comprometedor para o desempenho da função e do serviço. Há que promover todos os esforços no sentido de colmatar este tipo de situações, através da partilha de conhecimentos, formação contínua e adequada, ajustamento dos colaboradores às funções, aplicação de técnicas de motivação, metodologias de liderança individual e/ou coletiva.	● Partilha de conhecimentos, experiências e obtenção de conhecimentos técnicos. ● Motivação individual e coletiva (equipa). ● Adequação das necessidades formativas ao perfil exigido. ● Verificação do comportamento individual e coletivo no exercício das funções em cada tipo de ação (auditoria).	Implementadas
Receção e Comunicação de Irregularidades	Omissão da informação comunicada (não dar conhecimento ao CA e ao GCCI segundo a Instrução n.º 2/2016 de 15 de Junho de 2016). Tratamento inadequado. Não exercer o dever de tratar a informação recebida de forma confidencial e não garantir o anonimato do seu autor quando este manifeste essa vontade.	Baixa (Remota)	Alta	A comunicação de irregularidades deverá ser feita diretamente ao Serviço de Auditoria Interna via e-mail de acesso exclusivo deste e através de correspondência com a menção de confidencialidade conforme consta no Regulamento de Comunicação de Irregularidades. Existência de uma matriz em Excel para efetuar o controlo desta informação contendo as seguintes colunas: Nº da comunicação, Data da comunicação, Data da receção pelo SAI, Modo de Transmissão, ações desenvolvidas, Comunicação à IGAS caso se justifique, A situação de cada caso, Solicitação de esclarecimentos pela IGAS e informação prestada ao CA.	● Comunicação das irregularidades em tempo útil, isto é, de forma imediata à ocorrência das situações irregulares ou após a tomada de conhecimento das mesmas. ● Desencadeamento das ações adequadas a cada caso logo após o conhecimento das situações pelos serviços com competências para o efeito com a autorização do CA.	Implementadas

Principais Atividades	Riscos Identificados	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismos de Controle Interno Existentes	Medidas de Melhoria (Preventivas/Corretivas)	Ponto de Situação de Execução de 2017
Gestão da Informação	Prática de atividades não autorizadas, de comprometimento da isenção e de imparcialidade exigidas no desempenho das funções e participação em atividades ou relações tais, que possam estar em conflito com os interesses da organização e beneficiando da informação para fins pessoais ou para outras entidades.	Baixa (Remota)	Alta	Os colaboradores do Serviço de Auditoria Interna devem pautar a sua atuação de acordo com as regras, normas e procedimentos definidos no Manual de Procedimentos do SAI, de acordo com as normas internacionais de auditoria e no respeito ao estipulado no Código de Ética e no Regulamento Interno do CHLO.	● Adoção de medidas que visem certificar se a atividade desenvolvida pelos colaboradores do SAI visa apenas e somente os interesses do CHLO (Prevenção dos conflitos de interesses). ● Avaliação se a conduta/ comportamento e postura perante as funções que lhe são confinadas são desenvolvidas com honestidade, ética e integridade prestigiando o seu trabalho e dignificando-se a si próprios.	Implementada
	Dar a conhecer, divulgar ou fornecer a terceiros informação não autorizada, desrespeitando um dos princípios da conduta dos auditores que é a confidencialidade (Dever de Sigilo).	Baixa (remota)	Alta	Os colaboradores do Serviço de Auditoria Interna devem pautar a sua atuação de acordo com as regras, normas e procedimentos definidos no Manual de Procedimentos do SAI, de acordo com as normas internacionais de auditoria e no respeito ao estipulado no Código de Ética e no Regulamento Interno do CHLO.	● Verificar e controlar se os colaboradores do SAI agem com discrição (sigilo), empenho, ética, retidão e transparência, salvaguardando o seu bom nome e a boa imagem do serviço.	Implementada

UNIDADE ORGÂNICA: **Serviço Jurídico e Contencioso**

Responsável Pelas Medidas de Melhoria (Preventivas/Corretivas): Dra. Aida Ferraria

Principais Atividades	Riscos Identificados	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismos de Controlo Interno Existentes	Medidas de Melhoria (Preventivas/Corretivas)	Ponto de Situação de Execução de 2017
Jurídica e de Contencioso	Pedidos de declaração de incobrabilidade de dívidas por prestação de cuidados de saúde com fundamentação insuficiente.	Baixa	Baixa	Apreciação dos juristas e, sempre que possível, com despacho confirmativo da Diretora do Serviço.	● Descrição o mais detalhada possível sobre os fundamentos da incobrabilidade da dívida.	Em execução
	Utilização indevida de informação sigilosa relativa a utentes, trabalhadores, Órgãos e Serviços do Centro Hospitalar.	Baixa	Baixa	Acompanhamento da Diretora de Serviços e/ou dos juristas, das situações alvo de risco.	● Sensibilização e alertas mais frequentes sobre a matéria referente ao segredo profissional, com indicação clara das consequências disciplinares e outras relevantes para o efeito. ● Restrição de acesso aos dados mais sensíveis aos trabalhadores que intervêm diretamente no tratamento dos mesmos.	Em execução
	Favorecimento indevido de terceiros na emissão de pareceres jurídicos ou na instrução de processos de inquérito ou de natureza disciplinar.	Baixa	Baixa	Informação intermédia da Diretora de Serviços para submissão dos mesmos à consideração superior ou intervenção posterior da mesma, propondo ao CA a alteração da nomeação do instrutor.	● Sensibilização e alertas mais frequentes sobre a matéria referente ao dever de isenção, com indicação clara das consequências disciplinares e outras relevantes para o efeito.	Em execução
	Possibilidade de existência de conflitos de interesses por parte dos advogados do CHLO, EPE na representação do mesmo em ações judiciais instauradas por terceiros ou propostas pelo CHLO, EPE contra estes.	Baixa	Baixa	Acompanhamento e avaliação das peças processuais e das informações apresentadas pelos Advogados por parte dos juristas do Serviço.	● Distribuição dos processos por cada Advogado com prévia avaliação de eventual conflito de interesses.	Em execução

UNIDADE ORGÂNICA: **Serviço de Planejamento, Análise e Controle de Gestão**
Responsável Pelas Medidas de Melhoria (Preventivas/Corretivas): Dr. Mahomed Tayob

Principais Atividades	Riscos Identificados	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismos de Controle Interno Existentes	Medidas de Melhoria (Preventivas/Corretivas)	Ponto de Situação de Execução de 2017
Reporte de Informação Institucional	Incumprimento dos prazos instituídos de reporte de informação.	Baixa	Alta	Alerta das aplicações informáticas. Cronograma do Plano de Atividades do Serviço.	- Monitorização regular da informação constante nas aplicações informáticas internas com as de âmbito oficial "SONHO" e outras aplicações existentes nos Serviços. - Recolha e fornecimento atempado da informação junto dos diversos Serviços do CHLO.	Implementadas
Contrato Programa ACSS/ARSLVT	Desvio da estimativa da valorização mensal da Produção no âmbito do Contrato Programa.	Baixa	Alta	Comparação homóloga e análise da evolução histórica da Valorização da Produção.	- Aperfeiçoamento e contínua atualização da informação constante nas aplicações informáticas. - Registo apurado e atempado do movimento Assistencial.	Implementadas
Apoio Técnico ao Órgão de Administração	Qualidade da informação prestada e do apoio técnico ao Conselho de Administração.	Baixa	Média	Validação da informação por 2 elementos do Serviço. Acompanhamento e supervisão da atividade pelo dirigente.	- Melhoramento da informação constante nas aplicações informáticas. - Solicitação e recolha atempada da informação a outros serviços internos e externos.	Implementadas
Informação Para o Exterior	Qualidade da informação enviada/submetida para instituições exteriores.	Baixa	Baixa	Validação da informação por 2 elementos do Serviço. Acompanhamento e supervisão da atividade pelo dirigente.	- Verificação e conciliação de informações similares já elaboradas e/ou enviadas anteriormente. - Melhoramento da informação constante nas aplicações informáticas. - Backup documental na rede informática. - Alerta atempado do espaço disponível na rede.	Implementadas
Documentação	Extravio de documentos por ação humana ou causas naturais.	Baixa	Baixa	Arquivo material e desmaterializado dos documentos. Verificação periódica do estado dos documentos mais importantes.	Observância de orientações e mecanismos que garantam o cumprimento dos princípios estabelecidos na Missão e Objetivos do CHLO.	Implementada
Responsabilidade Profissional	Quebra dos deveres funcionais tais como a responsabilidade, transparência, objetividade, imparcialidade e confidencialidade.	Baixa	Baixa	Acompanhamento e supervisão de todas as atividades por parte do dirigente.	Utilização das aplicações informáticas no processo de Contratação Interna, bem como na sua monitorização. Homogeneização dos outputs das diversas fontes de informação.	Implementada
Contratualização Interna	Desarticulação com os Serviços no processo de Contratação Interna.	Baixa	Baixa	Adoção de procedimentos articulados entre o SPACG, Administradores Hospitalares/Gestores de apoio e Diretores dos Serviços, que incluem objetivos partilhados.		Implementada

UNIDADE ORGÂNICA: **Serviço de Gestão de Compras**

Responsável Pelas Medidas de Melhoria (Preventivas/Corretivas): Dra. Susana Teotónio Pereira

Principais Atividades	Riscos Identificados	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismos de Controlo Interno Existentes	Medidas de Melhoria (Preventivas/Corretivas)	Ponto de Situação de Execução de 2017
Aquisições	Violação de deveres funcionais e valores como independência, integridade, transparência, responsabilidade e imparcialidade.	Baixa	Alta	Existência de manual de procedimentos e respetiva divulgação.	● Elaboração, aprovação e divulgação do manual de procedimentos.	Implementado
	Solicitação de aquisição de bens/serviços/obras desadequados às necessidades da Instituição.	Baixa	Alta	Segregação de funções (quem faz o pedido, quem avalia e quem autoriza).	● Implementação de um sistema estruturado de avaliação das necessidades.	Implementado
	Favorecimento de fornecedores.	Baixa	Alta	Utilização da plataforma eletrónica e da sua lista de fornecedores como referência.	● Utilização da plataforma eletrónica e da sua lista de fornecedores como referência, no maior número de procedimentos. ● Integração de todas as apresentações espontâneas de fornecedores numa base de dados.	● Implementadas; Quanto ao segundo ponto, conclui-se que a base de dados da Plataforma Eletrónica é a indicada para ter a informação estruturada sobre os fornecedores.
	Cadernos de encargos pouco claros, incompletos ou discriminatórios.	Baixa	Alta	Existência de manual de procedimentos e respetiva divulgação.	● Validação pelas comissões de avaliação técnica das cláusulas técnicas e cadernos de encargos. ● Envolvimento de pelo menos duas pessoas na elaboração das especificações técnicas. ● Acompanhamento e supervisão do trabalho desenvolvido pelos funcionários pelos responsáveis dos sectores.	Implementadas

UNIDADE ORGÂNICA: **Serviço de Logística e Distribuição**

Responsável Pelas Medidas de Melhoria (Preventivas/Corretivas): Dra. Susana Teotônio Pereira

Principais Atividades	Riscos Identificados	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismos de Controle Interno Existentes	Medidas de Melhoria (Preventivas/Corretivas)	Ponto de Situação de Execução de 2017
Armazéns	Conluio entre fornecedores e colaboradores dos armazéns.	Baixa	Baixa	Contagens periódicas e Inventário de final de ano; Diferentes níveis de conferência de existências; Promoção da segregação de funções.	● Contagens periódicas e Inventário de final de ano.	Implementadas
	Apropriação indevida de existências por colaboradores ou terceiros.	Baixa	Baixa	Restrições de acesso físico aos armazéns; Contagens periódicas e Inventário de final de ano; Promoção da segregação de funções.	● Projeto de implementação de controle de acesso aos armazéns (Ex. Videovigilância).	A implementação do Sistema de Videovigilância não ocorreu dentro do prazo previsto, apesar do Concurso Público para a aquisição do respectivo equipamento já estar concluído.
	Movimentos de existências não registrados ou não controlados nos armazéns e/ou nos serviços.	Baixa	Média	Conferência diária dos movimentos de existências; Contagens periódicas e Inventário de final de ano; Acompanhamento periódico da atividade pelas chefias.	● Projeto para reorganização dos serviços com criação de armazéns avançados, assegurando um controle rigoroso das existências.	Implementado

UNIDADE ORGÂNICA: **Serviço de Gestão Hoteleira**
Responsável Pelas Medidas de Melhoria (Preventivas/Corretivas): Dra. Natércia Pina

Principais Atividades	Riscos Identificados	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismos de Controlo Interno Existentes	Medidas de Melhoria (Preventivas/Corretivas)	Ponto de Situação de Execução de 2017
Rouparia / Lavandaria	Incumprimento dos horários de entrega da roupa tratada.	Média	Média	Acompanhamento presencial das entregas de roupa tratada e da roupa suja. Monitorização diária da roupa rececionada. Exigir os testes microbiológicos trimestrais à roupa tratada, por organismo devidamente certificado.	- Realização de auditorias internas com inquéritos de satisfação. - Realização de vistorias/visitas à lavandaria de forma aleatória.	Medidas implementadas. Exceto a realização das auditorias de acordo com o estabelecido no Plano (incumprimento).
	Deficiente tratamento da roupa hospitalar.	Média	Média	Pesagens diárias da roupa, em balanças adequadas e calibradas, presenciadas e registadas por colaborador do CHLO.	Campanha de sensibilização para o uso sustentado da roupa hospitalar pelos serviços.	
	Erros nas pesagens da roupa suja e limpa.	Média	Média	Análise do processo de lavagem da Lavandaria (o descrito em proposta versus resultados práticos).	Elaborar lista de entidades recetoras de doentes transferidos, contactá-las trimestralmente para recuperação de roupa do CHLO que indevidamente aí tenha ficado retida.	
	Diminuição do tempo de vida útil da roupa hospitalar por inutilização precoce.	Média	Média	Balanço anual de roupa nova. Comparação dos pesos entre roupa suja e limpa (diferença aceite 6%).		
	Furtos/desaparecimento de roupa.	Alta	Alta	Monitorização direta (SH) e indireta (Chefias de Enfermagem) dos horários e colaboradores previstos em CE. Auditorias abrangente à execução prevista no CE. Entrega mensal do registo de ponto dos colaboradores da empresa.	- Realização de auditorias internas com periodicidade mais curta. - Facultar a cada serviço a parte do Caderno de Encargos que lhe diz respeito. - Análise das Reclamações ao Gabinete do Utente e pedido de responsabilidade à prestadora.	
Limpeza	Metodologias de limpeza prevista em CE.	Média	Média	Monitorização direta e indireta, por serviços, e áreas públicas.		Medidas implementadas. Exceto a realização das auditorias de acordo com o estabelecido no Plano (incumprimento).
	Obrigatoriedade de uso de sinalética, de alerta de perigo - piso molhado, nas áreas em processo de higienização.	Média	Média	Realização de auditorias internas.		
	Incumprimento dos horários previstos.	Alta	Alta	Monitorização diária pelos Serviços Hoteleiros.	Realização de auditorias internas transversais (ecoponto, serviços, equipamentos e pessoal), por equipa multidisciplinar, com presença da SUCH.	
	Incumprimento do quadro de pessoal previsto em Caderno de Encargos (CE).	Alta	Alta	Monitorização direta (SH) e indireta (Chefias de Enfermagem) dos horários e colaboradores previstos em CE. Auditorias abrangentes à execução prevista no CE.	- Formação aos colaboradores do CHLO, pela SUCH e pelo Serviço de Formação do CHLO. - Registo de incidentes (por más práticas, contentores mal higienizados e mal fechados, incumprimentos diversos que originam reclamação) e respetiva resolução.	
Resíduos	Não fornecimento dos recipientes de recolha e transporte em quantidade e condições de higiene.	Alta	Alta	Monitorização direta e indireta, por serviços, e ecoponto.		Medidas implementadas. Exceto a realização das auditorias de acordo com o estabelecido no Plano (incumprimento).
	Erros nas pesagens dos resíduos, por grupo.	Média	Média	Pesagens diárias dos resíduos produzidos, presenciadas e registadas por colaborador do CHLO e da SUCH, em balanças adequadas e calibradas.		

UNIDADE ORGÂNICA: **Serviço de Gestão Hoteleira/Alimentação**
Responsável pelas Medidas de Melhoria (Preventivas/Corretivas): Clara Ramalho

Principais Atividades	Riscos Identificados	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismos de Controlo Interno Existentes	Medidas de Melhoria (Preventivas/Corretivas)	Ponto de Situação de Execução de 2017
Alimentação	Incumprimento do quadro de pessoal previsto em Caderno de Encargos (CE)	Alta	Alta	Monitorização direta (Serviços Hoteleiros e Serviço de Nutrição e Dietética) dos horários e colaboradores previstos em Caderno de Encargos. Auditorias abrangentes à execução prevista no Caderno de Encargos.	● Realização semestral de auditorias internas transversais, por equipa multidisciplinar (SGH/SND). ● Análise das Reclamações pelo SGH e/ou SND no prazo de 3 dias úteis após a sua receção dirigidas ao Gabinete do Utente, e aos Serviços, sendo pedido responsabilidade à empresa prestadora do Serviço.	● Durante o ano de 2017, foram realizadas auditorias/vistorias trimestrais aos Serviços de Alimentação por parte do Serviço de Nutrição e Dietética dos três hospitais do CHLO. ● Sempre que é feita uma reclamação ao Gabinete do Utente e aos Serviços é encaminhada para o SGH/SND, a mesma é analisada e avaliada as responsabilidades que são partilhadas com a empresa prestadora de alimentação. ● A implementação do registo biométrico é da competência e responsabilidade da empresa concessionária da alimentação.
	Incumprimento na quantidade e qualidade da palamenta envolvida em todo o processo de confeção e consumo das refeições.	Alta	Alta			
	Má higienização e não cumprimento das regras HACCP do espaço e equipamentos hoteleiros.	Alta	Alta			
	Incumprimentos dos horários de distribuição das refeições, com responsabilidade do prestador.	Média	Média	Monitorização diária pelos Assistentes Operacionais e Enfermagem de cada serviço utilizador e pelo Serviço de Nutrição e Dietética.		
	Erros e trocas de refeições, por doente.	Média	Média	Colaborador do CHLO, a monitorizar e apoiar na linha de empratamento.		

Principais Atividades	Riscos Identificados	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismos de Controlo Interno Existentes	Medidas de Melhoria (Preventivas/Corretivas)	Ponto de Situação de Execução de 2017
Sistemas de Informação	Permitir acesso a consulta e manipulação de dados informáticos.	Média	Média	Acessos dados somente por pedido dos responsáveis de serviço, via e-mail para o Help Desk da informática. Alguns dados mais críticos, o acesso permitido é feito a dois níveis, no SSTI e no próprio serviço que gere a aplicação.	● Implementar auditorias internas trimestrais, para analisar as permissões de dados informáticos. ● Divisão das tarefas internas no SSTI, de maneira a haver mais de um elemento a intervir no processo de dar permissões aos dados informáticos.	Implementadas

UNIDADE ORGÂNICA: **Serviço Financeiro**

Responsável Pelas Medidas de Melhoria (Preventivas/Corretivas): Dra. Maria de Lurdes Santos Carvalho Teodósio (Diretora Financeira) e Dr. João Manuel Gonçalves (Contabilista Certificado)

VERSÃO ATUALIZADA

Principais Atividades	Riscos Identificados	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismos de Controle Interno Existentes	Medidas de Melhoria (Preventivas/Corretivas)	Ponto de Situação de Execução de 2017
Contas a Pagar	Pagamentos diferentes da dívida em conta corrente.	Baixa	Alta	Segregação de funções; Responsabilização das funções inerentes a cada profissional através do acompanhamento e supervisão das mesmas.	- Conferências mensais e anuais da informação produzida. - Não efetuar pagamentos sem a reconciliação da conta corrente efetuada. - Circularização anual de saldos. - Reconciliação bancária mensal. - Conferências mensais da rubrica de adiantamentos.	Ambas em execução, com restrição/limitação na execução das reconciliações das contas correntes.
	Adiantamentos a Fornecedores.	Alta	Baixa	Autorização exclusiva para situações que coloquem em causa o funcionamento do serviço, e.g. não fornecimento de medicamentos.		
	Duplicação de lançamentos de documentos de anos anteriores.	Média	Média	Uniformizar o método de numeração dos documentos aquando do seu lançamento.		
Contas a Receber	Recebimentos diferentes da dívida em conta corrente.	Alta	Baixa	Segregação de funções; Responsabilização das funções inerentes a cada profissional através do acompanhamento e supervisão das mesmas.	- Anulação/Ajustamento de receita, registadas apenas com autorização do Conselho de Administração. - Circularização anual de saldos. - Reconciliação bancária mensal. - Análise Mensal da Antiguidade da Dívida e respetiva monotorização.	Ambas em execução
	Prescrição da Faturação.	Alta	Alta	Segregação de funções; Responsabilização das funções inerentes a cada profissional através do acompanhamento e supervisão das mesmas.		
Tesouraria	Desvio de Fundos: 1 - Correspondência incorreta entre o IBAN e a entidade a pagar. 2 - Transferência/pagamento do valor diferente do autorizado.	Alta	Alta	Segregação de funções, anexo ao pagamento o IBAN. Maior realização de pagamentos por ficheiro, utilização restrita a pagamentos por caixa.	- Restrição de acesso ao Modulo das Tabelas. - Segregação de funções, entre quem processa e autoriza. Quem processa não autoriza. - Implementação de um sistema de videovigilância na Tesouraria Central.	Os dois primeiros pontos já se encontram implementados. O sistema de videovigilância ainda não está concretizado.
	Apropriação indevida de valores. Justificação da entrega de valores à ESEGUR.	Baixa	Alta	Restrições de acesso físico à Tesouraria Central.	- Implementação de plano de integração para cada posto de trabalho. - Conhecimento de todos os colaboradores do Código de Ética do CHLO.	O primeiro ponto a implementar , segundo já implementado.
Serviço Financeiro	Quebra de sigilo ou de outros deveres funcionais e valores, tais como a integridade, responsabilidade, imparcialidade e prossecução do interesse público.	Baixa	Alta	Responsabilização das funções inerentes a cada profissional através do acompanhamento e supervisão das mesmas.	- Reavaliação periódica das normas e procedimentos internos, de modo a reforçar as medidas de prevenção de riscos e infrações conexas. - Parque de Equipamentos: armazen em local vedado de equipamentos mais apetecíveis.	Em execução

VERSÃO ATUALIZADA

Principais Atividades	Riscos Identificados	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismos de Controlo Interno Existentes	Medidas de Melhoria (Preventivas/Corretivas)	Ponto de Situação de Execução de 2017
Património	Abates sem autorização.	Baixa	Alta	Elaboração de Manual de procedimentos sobre Abate de Equipamento.	● Elaboração, aprovação e divulgação do manual de procedimentos. ● Todos os bens propostos para abate terão de ter autorização do Conselho de Administração.	Em execução
	Ofertas ao Centro Hospitalar, com eventual apropriação ou utilização indevida dos bens.	Baixa	Alta	Verificação através de controlo interno do cumprimento das normas de procedimentos internos.	● Inventariação dos bens doados no sistema informático, com a respetiva autorização do CA e reunindo todos os pressupostos referente ao processo de doação de bens. ● Controlo trimestral dos equipamentos afetos a alguns centros de custos selecionados aleatoriamente.	Em execução
Contabilidade	Diferenças de Stocks entre a Contabilidade e o Serviço de Aprovisionamento.	Média	Média	Contagens Físicas Intercalares.	● Implementação de contagens físicas intercalares numa base de amostragem ou de forma rotativa. Reconciliação mensal entre a contabilidade e a Logística- informação fornecida pelo "SW da empresa Glint" .	Em execução
	Sistema de Faturação vulnerável.	Alta	Alta	Reconciliação entre sistemas informáticos	● Reconciliação mensal entre a contabilidade e o SONHO.	Em execução

UNIDADE ORGÂNICA: **Serviço de Gestão Estratégica de Recursos Humanos**
Responsável Pelas Medidas de Melhoria (Preventivas/Corretivas): Dra. Isabel Eliário

VERSÃO ATUALIZADA

Principais Atividades	Riscos Identificados	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismos de Controlo Interno Existentes	Medidas de Melhoria (Preventivas/Corretivas)	Ponto de Situação de Execução de 2017
Recursos Humanos	Risco de quebra dos deveres de transparência no Processo de Recrutamento e Seleção.	Média	Média	Verificação integral do cumprimento de todas as fases constantes no Manual de Recrutamento e Seleção existente no CHLO.	- Nomeação de júris diferenciados para cada procedimento. - Demonstração inequívoca da necessidade de contratação de elementos (cálculo de necessidades tendo por base rácios e fórmulas publicadas) e obrigatoriedade de existência da respetiva autorização de contratação pelo CA, para posterior pedido de autorização à tutela.	Em execução
Mobilidade e Cadastro	Alteração irregular de contratos de trabalho a termo incerto por falta de sistema de alerta, provocando a passagem automática a sem termo.	Baixa	Alta	Controlo rigoroso exercido pelo responsável pela gestão dos contratos.	- Verificação mensal das situações contratuais em questão. - Bloquear o acesso ao SISQUAL do trabalhador ausente.	Em execução
Vencimentos e Cadastro	Risco de incorreção no registo de informação na base de Dados de Pessoal (RHV). Informação incorreta ou desatualizada.	Média	Média	Verificação de todas as alterações (criação, alteração e eliminação), devidamente autorizadas e corretamente atualizadas no respetivo sistema (RHV).	Conferencia na altura do pré-processamento e cruzamento de Informação através de Listagem mensal.	Em execução
Vencimentos	Sistema de suporte à gestão de Recursos Humanos (RHV). Processo de pré-processamento salarial.	Baixa	Alta	Verificação mensal e análise dos desvios dos vários códigos de abono relativamente aos meses anteriores.	Análise comparativa, dos valores mensais processados (Folha de cálculo com monitorização dos diferentes códigos).	Em execução
	Processamento indevido de abonos e descontos.	Baixa	Alta	Segregação de Funções, submissão de todos os abonos extraordinários a aprovação superior.	Análise mensal da razoabilidade dos abonos processados.	Em execução
Assiduidade e SISQUAL	Processo de Registo da Assiduidade e utilização inadequada do registo biométrico (Registo através de Sistema biométrico - SISQUAL).	Baixa	Média	Monitorização de erros antes e após processamento e aferição mensal dos registos inadequados.	- Cumprimento das normas de procedimento interno que constam no manual de procedimentos. - Identificação das situações incorretas, com conhecimento superior.	Em execução
Mobilidade e Carreiras	Incumprimento dos prazos que se referem a licenças sem vencimento.	Média	Média	Listagem do SAG/RHV com todas as licenças sem vencimento, controlo manual.	Verificação caso a caso dos respetivos prazos de duração.	Em execução
	Incumprimento do prazo de decisão do CA relativamente dos processos de Acumulação de funções (90 dias).	Alta	Alta	Cumprimento do procedimento estabelecido relativamente aos processos de acumulação de funções de acordo com a legislação.	Verificação do cumprimento dos prazos de acordo com a legislação.	Em execução
	Processo de Gestão da Formação.	Média	Média	Análise/verificação anual dos indicadores de formação (Nº formandos/grupo profissional; taxa de participação).	Promoção de atividades de formação, no âmbito das necessidades identificadas, que reduzam possíveis assimetrias.	Em execução
Formação	Ausência de equidade dos profissionais nas iniciativas de formação interna.	Média	Média	Rotatividade de formandos e formadores respeitando objetivos e público-alvo.	Informação semestral aos serviços.	Em execução

UNIDADE ORGÂNICA: **Serviço de Gestão de Doentes**

Responsável Pelas Medidas de Melhoria (Preventivas/Corretivas): Dra. Isabel Cabral

VERSÃO ATUALIZADA

Principais Atividades	Riscos Identificados	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismos de Controlo Interno Existentes	Medidas de Melhoria (Preventivas/Corretivas)	Ponto de Situação de Execução de 2017
	Termo de Responsabilidade (exame requisitado ao exterior) favorecimento de entidades externas/profissionais do CHLO que trabalham nessas entidades. Utilização parcial da capacidade instalada de recursos humanos e físicos.	Média	Baixa	Circuito muito "apertado", raramente o médico escolhe a clínica onde o utente realiza o exame. Hierarquia de autorizações: Médico (prescritor), Diretor de Serviço, Assistente Técnico verifica os acordos/contratos, a Direção do Serviço de MCDT's pronuncia-se sobre a incapacidade de realização no CHLO; CA autoriza a realização no exterior. Mensalmente a Direção do SGD elabora relatórios dos MCDT'S mais frequentes e as clínicas onde foram realizados.	- Concurso ou negociação de preços em todas as áreas com nº de pedidos que o justifique. - Acompanhamento dos serviços que mais requisitam. - Designação de secretariados que farão o confronto mensal entre os pedidos feitos e as clínicas contratadas. - Em 2016 iniciámos em conjugação com o Serviço de Imagiologia a desmaterialização da requisição e a responsabilização da Direção da Imagiologia pelo envio para o exterior, após verificação dos requisitos pelos Assistentes Técnicos do Serviço de Gestão de Doentes.	- Foram realizados procedimentos concursais e negociação de preços para a realização de alguns MCDT'S no exterior. "Execucionam-se situações muito pontuais que passam por uma rede de autorizações apertada, desde os Diretores de Serviço ao Diretor de Serviço responsável pela execução dos exames ao Administrador do SGD". - Foram validados e implementados novos procedimentos com a nova Direção do Serviço de Imagiologia.
	Recebimento de Taxas Moderadoras: risco de entrega de valores incorretos à Tesouraria do Serviço Financeiro. Recebimento de taxas moderadoras no momento da admissão, colocam o dinheiro num envelope e no final do turno (20h e 08h) extraem a folha de caixa, confirmam o valor e guardam o mesmo em local fechado. Durante o turno da manhã entregam os mesmos na Tesouraria - Serviço Financeiro.	Média	Alta	Envelopes guardados em local fechado. Dupla conferência dos valores por Serviços diferentes: Serviço Gestão Doentes (Admissão Doentes) e Tesouraria do Serviço Financeiro. Verificação no início e fim de cada turno se os fundos de maneiio estão completos.	- Obrigatoriedade de conferência em cada mudança de turno, das caixas que contem/mantêm o fundo maneiio estipulado (25,00€/caixa) duas caixas na SUG e duas no SUOG. - Obrigatoriedade de cada turno entregar os valores na Tesouraria do SF se estiver aberta, ou no cofre com ranhura existente no SGD sob responsabilidade dos próprios. - Orientação para guardar os valores em cofres fechados.	Implementadas - Execução diária.
	Acesso dos doentes ao Hospital - favorecimento de familiares e amigos, eventualidade de realização de atos médicos não registados.	Baixa	Baixa	As prescrições médicas implicam registo do ato, sensibilização dos profissionais no sentido de agirem corretamente. Cada vez menos provável dada a desmaterialização do papel em curso.	- Manual de Procedimentos. - Desencadear ações tendentes a atenuar o risco, designadamente: ações de motivação, ajustamento de personalidades/locais de trabalho. - Responsabilização dos Assistentes Técnicos (AT'S) pelas consequências; impedimento de serem fornecidas receitas "manuais" sem ser por falha informática.	- Manual de Procedimentos concluído. - Levantamentos mensais da identificação deste risco através de visitas aleatórias e sem aviso prévio. Implementação de questionários de satisfação anónimos centrados em duas questões fundamentais: a) o que mais gostou no atendimento? b) o que menos gostou no atendimento?

Urgência /S.O.

VERSÃO ATUALIZADA

Principais Atividades	Riscos Identificados	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismos de Controlo Interno Existentes	Medidas de Melhoria (Preventivas/Corretivas)	Ponto de Situação de Execução de 2017
	Abuso de poder no contacto com os utentes porque se detém informações importantes.	Baixa	Baixa	Manual de boas práticas, Formação. Análise profunda das Reclamações.	- Manual de Procedimentos concluído. - Rotatividade de pessoal. - Responsabilização do próprio colaborador e medidas corretivas decorrentes das reclamações.	Implementadas
	Quebra de sigilo, acesso às informações clínicas, manuseamento do Processo Clínico.	Baixa	Média	Cada vez menos provável devido à implementação do Processo Clínico Eletrónico.	Manual de Procedimentos.	Implementado.
	Quando ocorre um óbito é solicitado aos familiares que se dirijam ao hospital, quando os mesmos perguntam se conhecem alguma funerária existe risco de favorecimento.	Média	Alta	Os colaboradores do CHLO nunca devem dar indicações, ainda que solicitados. Medidas de controlo interno. Registo manual de procedimento.	- Manual de Procedimentos. - Responsabilização do próprio.	Manual com procedimentos rigorosos nesta matéria (aprovado em 2015).
	Favorecimento de doentes na ordem da LIC.	Alta	Média	Monitorização de todos os serviços cirúrgicos, alertando para as desconformidades (ordem de prioridade + ordem cronológica). Regulamentação "apertada".	Manual de Procedimentos e boas práticas.	Implementado. Aprovado em CA a 16 de Outubro de 2014. Manual de Procedimentos e Boas Práticas em fase de revisão.
	Tráfego de influência / pressão que influencia a resolução cirúrgica de um doente face a outros.	Média	Média	Formação; procedimentos; manuais boas práticas. A influência que se exerce é sempre no sentido de proteger os doentes e a Instituição de penalizações.	- Mensalmente verificar por prioridade, a ordem cronológica da LIC e especialmente a da realização da Cirurgia Adicional. Este favorecimento só é aceitável em prol do doente por questões clínicas muito atendíveis. - Auditorias aleatórias por serviço - Trimestralmente.	Manual de Procedimentos e Boas Prática em fase de revisão.
	Tráfego de influência externo e suborno induzindo doentes para determinados clínicos / hospitais do sector convencionado.	Baixa	Baixa	Manual de boas práticas, impedimento de indicar apenas uma clínica, sobretudo se os médicos trabalham na Instituição, monitorização das transferências e vales cirúrgicos. Em qualquer circunstância não se pode indicar o Hospital convencionado. Apenas a judar o utente a ultrapassar as dificuldades decorrentes.	Manual de Procedimentos e boas práticas.	Manual de Procedimentos e Boas Prática em fase de revisão.

VERSÃO ATUALIZADA

Principais Atividades	Riscos Identificados	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismos de Controlo Interno Existentes	Medidas de Melhoria (Preventivas/Corretivas)	Ponto de Situação de Execução de 2017
UHGIC (Unidade Hospitalar de Gestão Inscritos Para Cirurgia)	Informação a prestar ao doente não ser completa/esclarecedora.	Alta	Baixa	Formação; manual de boas práticas; interação com os serviços cirúrgicos. Plataforma de apoio ao utente Teleq na Ginecologia, ortopedia e ORL. Concentração da Direção do Serviço para respostas completas.	● Inquérito de satisfação. Base de dados de todos os contactos, qualquer via, retorno destes contactos por um elemento da UHGIC, periodicamente para saber se o utente ficou satisfeito, esclarecido, assunto resolvido e concluído.	Manual de Procedimentos e Boas Prática em fase de revisão.
	Riscos nas cirurgias adicionais de duplicações e/ou erros de apresentação de valores incorretos. Volume progressivamente maior de títulos a pagamento.	Alta	Alta	Reforço de hierarquia de controlo, base de dados com ferramentas que evitam duplicações com afetação de um elemento fora do gabinete do SIGIC/UHGIC.		Em execução
	Cirurgia Adicional- processamento de pagamentos às Equipas - favorecimentos pessoais e das Equipas. Duplicação de processamentos.	Alta	Baixa	Regulamento, Contratos com os Serviços, Base de dados de Controlo; Hierarquias diferenciadas de validação (Serviço, UHGIC e Coordenação, SGERH e CA). Maior rigor no processo de codificação e evidências comprovativas do que se paga. Ferramentas informáticas - simuladores de contas.	● Ao longo do Ano de 2015, as medidas de controlo interno adotadas baixaram significativamente este risco. Semanalmente é apresentada ao CA a produção que cada serviço realiza em Cirurgia Adicional - evolução a vários níveis com ênfase nos cirurgões intervenientes. ● Separação da equipa que apresenta as contas a pagamento da que regista a distribuição dos montantes. ● Responsabilização da equipa cirúrgia interveniente. ● Em 2016 introduziu-se a folha de declaração das equipas garantindo a não sobreposição horária.	Ambas as medidas em execução
	Profissionais com vínculo ao CHLO, desviarem/canalizarem doentes para o sector convencional.	Alta	Baixa	É feito o cruzamento de dados em todas as faturas com a base de dados atualizada fornecida pelo SGERH.	● Esta informação ainda é sujeita a conferência/validação por duas entidades oficiais (ARS e ACSS).	Em execução

VERSÃO ATUALIZADA

Principais Atividades	Riscos Identificados	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismos de Controlo Interno Existentes	Medidas de Melhoria (Preventivas/Corretivas)	Ponto de Situação de Execução de 2017
	Termo de Responsabilidade (exame requisitado ao exterior) favorecimento de entidades externas/profissionais do CHLO que trabalham nessas entidades. Utilização parcial da capacidade instalada de recursos humanos e físicos.	Média	Baixa	Circuito muito "apertado", raramente o médico escolhe a clínica onde o utente realiza o exame. Hierarquia de autorizações: médico (prescritor);Diretor Serviço (valida);Assistente Técnico (verifica os acordos/contratos), Direção do Serviço de MCDT's pronuncia-se sobre a incapacidade de realização no CHLO; CA autoriza a realização no exterior. Mensalmente a DSGD elabora relatórios dos MCDT'S mais frequentes e as clínicas onde foram realizados. Manual de procedimentos administrativos (em fase de atualização). Controlo mensal e aleatório dos requisitos pelo SGD. O Departamento de Imagiologia faz o controlo diário de MCDT por médico executante; define e publica a capacidade instalada por exame e tempo médio de espera. No laboratório todos os pedidos ao exterior são verificados pelo DS, o qual assume ainda o seu envio para o exterior quando a capacidade instalada não o permite. O mesmo se passa com os exames da Medicina Nuclear. Todos os MCDT'S enviados ao exterior passaram pelo DS que "potencialmente" os executa. No âmbito do SGD o risco é baixo porque estão adaptados os procedimentos que estão celebrados no Manual. Autonomia Funcional e Hierárquica implica que o risco seja cada vez menor do lado do SGD.	- Concurso ou negociação de preços em todas as áreas com o nº de pedidos que o justifique. - Acompanhamento dos serviços que mais requisitam. - Desmaterialização da requisição que se pretende alargar também aos internamentos. - Decisão de envio para o exterior do serviço executor do(s) MCDT(s) com verificação dos requisitos pelos AT'S do serviço prescritor. Foram efetuados procedimentos concursais e negociação de preços para a realização de alguns MCDT'S no exterior. Manual de Procedimentos aprovado em 21-04-2016 com o Serviço de Imagiologia.	
Internamentos / Consultas Externas	Recebimento de taxas moderadoras: risco de entrega de valores incorretos à Tesouraria do Serviço Financeiro.	Média	Baixa	Envelopes guardados em local fechado. Dupla conferência dos valores por Serviços diferentes: Serviço Gestão Doentes (Admissão Doentes) e Tesouraria -Serviços Financeiros, os quais não recebem se o valor não coincidir com a folha do SIH. Pelas medidas e procedimentos aprovados, todos os funcionários foram advertidos que a diferença de valores é assumida por cada um (Manual já aprovado).	- Sensibilização/recomendação da entrega diária do dinheiro, que, quando não cumprido responsabiliza o próprio. - Obrigatoriamente o secretariado que entrega o envelope ou o que recolhe o mesmo é acompanhado de um colega, nalguns casos com folha de registo.	Manual aprovado em 11 de fevereiro de 2015, com republicação em 15 de março de 2017 e adenda prevenindo riscos na anulação de consultas na mesma data.

VERSÃO ATUALIZADA

Principais Atividades	Riscos Identificados	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismos de Controlo Interno Existentes	Medidas de Melhoria (Preventivas/Corretivas)	Ponto de Situação de Execução de 2017
	Abuso de poder no contacto com os utentes porque se detém informações importantes.	Baixa	Baixa	Manual de boas práticas, formação. Análise profunda das Reclamações. Rotatividade do pessoal		Processo Clínico Electrónico
	Quebra de sigilo, acesso às informações clínicas, manuseamento do Processo Clínico.	Baixa	Média	Cada vez menos provável devido à implementação do Processo Clínico Electrónico. Formação e interdição de atribuição de perfis de acesso à informação clínica. Cumprimento do sigilo profissional.		Processo Clínico Electrónico
	Acesso dos doentes ao Hospital - favorecimento de familiares e amigos, eventualidade de realização de atos médicos não registados.	Baixa	Baixa	As prescrições médicas implicam registo do ato, sensibilização dos profissionais no sentido de agirem corretamente. O acesso aos cuidados de saúde é crescentemente efetuado através de SIH'S intercomunicantes.	● Manual de Procedimentos assentes na responsabilização individual; impedimento de serem fornecidas receitas "manuais" sem falência do sistema informático. ● Constante rotatividade de pessoal.	Manual de Procedimentos aprovado pelo CA em 15 de março de 2017. Rotatividade de pessoal constante.
	Quando ocorre um óbito é solicitado aos familiares que se dirijam ao hospital, quando os mesmos perguntam se conhecem alguma funerária existe risco de favorecimento.	Média	Alta	Dificuldade de monitorização, pelo que a responsabilidade é do próprio. Nunca devem dar indicação ainda que solicitados. Manual de procedimentos.	● Manual de Procedimentos.	Manual de Procedimentos aprovado pelo CA em 2015.

UNIDADE ORGÂNICA: **Serviço de Instalações e Equipamentos**
Responsável Pelas Medidas de Melhoria (Preventivas/Corretivas): Eng. Rogério Santos

Principais Atividades	Riscos Identificados	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismos de Controle Interno Existentes	Medidas de Melhoria (Preventivas/Corretivas)	Ponto de Situação de Execução de 2017
Empreitadas e Manutenção	Avaliação de projetos técnicos elaborados por especialistas externos	Baixa	Alta	a) Verificação se os concorrentes a um determinado projeto, não têm, ou tiveram, qualquer ligação direta ou indireta ao CHLO;	● Assegurar que os concorrentes não tenham qualquer tipo de envolvimento, direto ou indireto, na elaboração das peças de um procedimento de uma empreitada de obra pública.	● Medida assegurada. Não ocorreu qualquer ocorrência em 2017.
				b) Verificação de que as cláusulas técnicas definidas no caderno de encargos não reportam a qualquer marca ou denominação comercial.	● Assegurar a transparência das cláusulas técnicas do caderno de encargos de uma empreitada de obra pública.	● Foi tida atenção, para as cláusulas serem transparentes.
	Acompanhamento e Fiscalização de empreitadas de obras públicas.	Baixa	Alta	a) Enquadramento dos trabalhos a mais de acordo com a legislação atual e em vigor efetuado pela fiscalização externa, validado pelo coordenador do SIE e posteriormente submetido à aprovação do CA através de informação;	● Assegurar a correta fundamentação de trabalhos de natureza imprevista, "trabalhos a mais", caso existam, justificando que estes não podem ser tecnicamente separáveis do objeto do contrato sem inconveniente grave para o dono de obra, ou, embora separáveis, sejam estritamente necessários à conclusão da obra.	● Assegurado. Não houve trabalhos a mais nas obras que decorreram em 2017.
				b) Verificação dos autos de trabalhos mensais, devidamente validados pela fiscalização, onde é garantida a qualidade e quantidade dos trabalhos executados, antes da validação das respetivas faturas;	● Realizar vistoria para efeitos de receção provisória e definitiva em consonância com os pressupostos definidos na legislação atual e em vigor.	● Vistorias efetuadas.
				c) Execução de vistoria ao local dos trabalhos anteriormente à validação da receção provisória / definitiva.		
Prestação de Serviços	Acompanhamento e monitorização de prestação de serviços.	Baixa	Alta	a) Verificação e avaliação mensal das diversas prestações de serviços.	● Assegurar a qualidade e quantidade dos serviços prestados.	● O CHLO fiscalizou as obras e garantiu a quantidade e qualidade dos trabalhos.
Aquisições de Materiais e Equipamentos	Adequação dos materiais e equipamentos a adquirir.	Alta	Baixa	a) Pedidos verificados pela chefia.	● Rubrica do coordenador em todos os pedidos do SIE. ● Na escolha dos equipamentos estará sempre envolvido o SIE.	● Diretor ou coordenador rubricam todos os pedidos do SIE. ● Na escolha dos equipamentos está sempre envolvido o SIE.

Principais Atividades	Riscos Identificados	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismos de Controlo Interno Existentes	Medidas de Melhoria (Preventivas/Corretivas)	Ponto de Situação de Execução de 2017
Articulação com o Núcleo de Património	Contribuir para que o equipamento existente coincida com o equipamento registado no Património.	Alta	Baixa	a) Potencializar a aplicação existente.	● Verificação se na aplicação existente o equipamento existente tem nº de património. ● Sempre que um equipamento vai reparar, verificar nº de Património. ● Verificar se o serviço que pede uma reparação é o detentor patrimonial do equipamento. ● Avisar o Património de todas as discrepâncias encontradas para regularização.	● Está em curso a finalização da ligação das aplicações do Património e o SIE que obrigam esta situação. ● Sempre que um equipamento vai reparar é verificado o nº de Património. ● É verificado se o serviço que pede uma reparação é o detentor patrimonial do equipamento e caso não seja é regularizado com indicação ao Património. ● As discrepâncias encontradas são enviadas ao Património para regularização. A ligação das aplicações permitirá uma atualização/detecção mais eficaz de eventuais discrepâncias.

UNIDADE ORGÂNICA: **Serviço de Transportes**
Responsável Pelas Medidas de Melhoria (Preventivas/Corretivas): Tiago Serralheiro

Principais Atividades	Riscos Identificados	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismos de Controlo Interno Existentes	Medidas de Melhoria (Preventivas/Corretivas)	Ponto de Situação de Execução de 2017
Transportes	Utilização das viaturas fora dos circuitos definidos.	Baixa	Média	Controlo dos Km's percorridos a ser efetuado por controlo eletrónico por recurso a aplicação de gestão de frotas com GPS.	● Aquisição de Software de Gestão de Frotas.	● Não concretizado. A aquisição de novas viaturas em AOV (concurso SPMS), pelo que a aquisição e instalação será efetuada nas mesmas.
	Condução inadequada.	Baixa	Alta	Rondas aleatórias por parte do coordenador.		● Implementado
	Atrasos significativos.	Média	Alta	Controlo por parte dos Secretariados dos serviços requisitantes e reporte ao Serviço de Transportes que diligencia no sentido das necessárias correções; Sanções para os infratores.	● Revisão do Regulamento de Gestão de Vagas. ● Aquisição de Software de Gestão de Frotas. ● Alteração de Circulação Rodoviária e circuitos para transferências no HEM. ● Envolvimento de Assistentes Operacionais para acompanhamento dos utentes quando se deslocam às consultas e a MCDT's no exterior nas viaturas do CHLO.	● Aquisição de novas viaturas em AOV (concurso SPMS), pelo que a aquisição e instalação será efetuada nas mesmas. ● Propõe-se que os restantes itens sejam retirados, visto ultrapassarem o ST. O transporte de utentes deixou entretanto de ser efetuado em viaturas do CHLO.
	Risco de falha de conferência de documentos (faturas e demais comprovativos).	Baixa	Média	Conferência de extratos. Controlo das médias do consumo de combustível e outros gastos por viatura, através da análise dos registos efetuados em mapas internos que poderá ser melhorado com recurso a meios eletrónicos.	● Aquisição de Software de Gestão de Frotas.	● Não concretizado. A aquisição de novas viaturas em AOV (concurso SPMS), pelo que a aquisição e instalação será efetuada nas mesmas.
	Risco de não ter documentos justificativos dos transportes efetuados aos serviços ou dos gastos inerentes ao Serviço de Transportes.	Baixa	Média	O ST não realiza transportes sem ter o documento de requisição do respetivo serviço, inclusive nos transportes de materiais sem ter o nº de guia obtido do Portal das Finanças pelos serviços requisitantes.		
	Risco de utilização indevida das viaturas, por parte de terceiros não autorizados.	Baixa	Alta	Nas viaturas atribuídas ao serviço de Transportes é feito o cruzamento das requisições com os Km's percorridos e o registo do levantamento e entrega de chaves das viaturas. Contudo, o controlo poderá ser melhorado com o recurso a meios eletrónicos.	● Aquisição de Software de Gestão de Frotas.	● Não concretizado. A aquisição de novas viaturas em AOV (concurso SPMS), pelo que a aquisição e instalação será efetuada nas mesmas.

Principais Atividades	Riscos Identificados	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismos de Controlo Interno Existentes	Medidas de Melhoria (Preventivas/Corretivas)	Ponto de Situação de Execução de 2017
	Risco da não uniformização da aplicação das normas e demais orientações e gerar favorecimento de terceiros, em detrimento de outros.	Baixa	Baixa	Implementação da Plataforma Eletrónica de Serviço de Gestão do Transporte de Doentes (SGTD).	Entrada em vigor da Plataforma Eletrónica de Serviço de Gestão do Transporte de Doentes (SGTD).	Implementada
	Risco de redução de qualidade do serviço a prestar, pelo facto de o CHLO estar dependente de terceiros prestadores.	Baixa	Média	Possibilidade de recorrer a várias entidades externas e não a uma única.	Utilização da Plataforma Eletrónica de Serviço de Gestão do Transporte de Doentes (SGTD)	Implementada
				Possibilidade de introdução e utilização da Plataforma Eletrónica de Serviço de Gestão do Transporte de Doentes (SGTD)		

UNIDADE ORGÂNICA: **Secretaria Geral**
Responsável Pelas Medidas de Melhoria (Preventivas/Corretivas): Dra. Alexandra Flores

Principais Atividades	Riscos Identificados	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismos de Controle Interno Existentes	Medidas de Melhoria (Preventivas/Corretivas)	Ponto de Situação de Execução de 2017
Comunicação e Imagem	Dispersão da informação veiculada para os órgãos de comunicação social.	Média	Média	Centralização da informação na assessoria de imprensa do CHLO.	Elaboração, aprovação e divulgação de manual de procedimentos.	Procedimento implementado
	Acesso de visitas aos serviços - favorecimento de visitas e acompanhantes fora dos horários estabelecidos	Baixa	Baixa	Cumprimento das normas de acesso aos serviços de internamento.	Elaboração, aprovação e divulgação do regulamento de visitas.	Elaborado em 2016 e aprovado em 2017.
Gabinete do Cidadão	Envio de respostas aos reclamantes fora do prazo previsto pela lei (10 dias úteis)	Média	Média	Informação e sensibilização dos diretores de serviço. Envio de alertas periódicos.	Divulgação da legislação em vigor.	Procedimento implementado
Receção /Atendimento ao Público	Acesso de utentes ao serviço de Urgência Geral - favorecimento para realização de atos médicos sem registo.	Baixa	Baixo	Para emissão de receitas, observação ou realização de exames, os utentes são sempre encaminhados para a Admissão de Doentes do Serviço de Urgência para registo do ato médico.	Elaboração, aprovação e divulgação do manual de procedimentos.	Procedimento implementado

Principais Atividades	Riscos Identificados	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismos de Controle Interno Existentes	Medidas de Melhoria (Preventivas/Corretivas)	Ponto de Situação de Execução de 2017
Armazenamento de Medicamentos e Produtos Farmacêuticos	Apropriação indevida de existências por colaboradores ou terceiros.	Média	Baixa	Existência de câmaras de videovigilância no HEM e HSFX. Contagem periódica de existências	● Renovar pedido de arranjo das câmaras que não se encontram a funcionar no HSFX. ● Renovar pedido de arranjo das câmaras que não se encontram a funcionar no HEM. ● Pedido de aquisição de câmaras de videovigilância para os SF do HSC.	● As câmaras de videovigilância instaladas no HEM e HSFX não estão a funcionar. A instalação de câmaras de videovigilância no HSC ainda não foi concretizada. O Concurso Público para o efeito está a decorrer.

Principais Atividades	Riscos Identificados	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismos de Controlo Interno Existentes	Medidas de Melhoria (Preventivas/Corretivas)	Ponto de Situação de Execução de 2017
Espólio	Quebra de sigilo profissional a que todo o pessoal técnico está sujeito	Baixa	Baixa	Análise das reclamações e propostas concretas.	● Manual de Boas Práticas. ● Avaliação de Desempenho com base nas reclamações dirigidas aos profissionais.	Implementadas
	Apropriação indevida de material hospitalar por colaboradores ou terceiros	Alta	Alto	Identificar por observação direta as faltas de material. Contagem diária e reposição de acordo com listagem existente;	● Contagem Diária realizada pelos Assistentes Operacionais do sector. ● Revisão das Listagens de contagem do material.	Implementadas
	Ocorrência de roubos/desvios de pertences dos utentes.	Alta	Alto	Identificar por observação direta os valores que os utentes trazem e solicitar que os mesmos sejam acondicionados ou guardados por pessoa significativa.	● Controlo na passagem de turno de ocorrências no espólio. ● Norma de Realização de Espólios.	Implementadas