

Aprovado em reunião
de C.A de 05/11/2024
Divulgue-se os
entidades elencadas
no ponto 7. do presente
relatório.

Aracana

*Nazaris
I de 2024*

**Relatório de Avaliação Intercalar de Execução do
Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações
Conexas - 2024**

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
LISBOA OCIDENTAL, E.P.E.
Conselho de Administração



**UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
LISBOA OCIDENTAL**

Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental

Serviço de Auditoria Interna

25 de Outubro de 2024



RESUMO

Identificação	Relatório de Avaliação Intercalar de Execução do Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas - 2024
Entidade	Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental (ULSLO), E.P.E.
Fundamentação	Alínea a) do n.º 4 do artigo 6º do Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro
Âmbito	Os serviços constantes de Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (2ª Revisão) aprovado pelo CA em 15 de dezembro de 2021 que contém riscos altos de corrupção e infrações conexas.
Objetivos	- Identificar os riscos de corrupção e infrações conexas de níveis altos nas diversas áreas dos serviços minimizando a probabilidade de ocorrência e o impacto que tais riscos podem ter na prossecução dos objetivos institucionais; - Avaliar a execução das medidas de melhoria (preventivas e corretivas) implementadas, parcialmente implementadas ou em curso e a implementar.
Metodologia	Para a avaliação da execução das medidas preventivas e corretivas referentes aos riscos de níveis altos de corrupção e infrações conexas estabelecidos no PGRIC, foi submetido aos serviços uma matriz de avaliação/aferição elaborada pelo SAI, para procederem ao seu preenchimento, tendo em conta o estado de execução das medidas preventivas e corretivas, prazos previstos de execução e reclassificação do nível de risco, bem como, a fundamentação para a não implementação ou implementação parcial ou em curso das medidas previstas na 2ª edição do PGRIC aprovado pelo CA em 15 de dezembro de 2021.
Auditor Interno	Etelvino Moucho Craveiro
Técnica	Sandra Dionísio
Superior	

ÍNDICE

RESUMO	2
ÍNDICE	3
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	4
1. INTRODUÇÃO	5
2. CARACTERIZAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO.....	5
3. ENQUADRAMENTO E ÂMBITO	6
3.2 Qualificação do Risco	6
3.3 Identificação das áreas e atividades.....	7
4. CONTROLO E AVALIAÇÃO.....	9
4.2 Metodologia Adotada	9
5. RESULTADOS	9
6. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	11
7. DISTRIBUIÇÃO DO RELATÓRIO	12
8. Anexos – Matrizes de risco.....	13
Anexo I – Conselho de Administração.....	14
Anexo II – Serviço de Auditoria Interna	15
Anexo III – Serviço de Gestão Hoteleira	16
Anexo V – Serviço Financeiro	19
Anexo VI – Serviço de Gestão do Acesso e Suporte Clínico do Doente	20
Anexo VII – Serviços Farmacêuticos.....	21
Anexo VIII – Serviço de Nutrição Clínica	22

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CA - Conselho de Administração

CHLO - Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE

CPC - Conselho de Prevenção da Corrupção

EPE - Entidade Pública Empresarial

PGRIC - Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas

SAI - Serviço de Auditoria Interna

SF - Serviço Financeiro

SFARM – Serviços Farmacêuticos

SGH - Serviço de Gestão Hoteleira

SNC – Serviço de Nutrição Clínica

SSTI - Serviço de Sistemas e Tecnologias de Informação

SGASCD – Serviço de Gestão do Acesso e Suporte Clínico ao Doente

MENAC – Mecanismo Nacional Anticorrupção

ULSLO – Unidade Local de saúde de Lisboa Ocidental, E.P.E.

1. INTRODUÇÃO

Dando cumprimento ao recomendado no Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro que cria o Mecanismo Nacional Anticorrupção (MENAC), que institui de acordo com a alínea a) do n.º 4 do artigo 6º do referido decreto, a elaboração, no mês de outubro, relatório de avaliação intercalar nas situações identificadas de risco elevado ou máximo, identificados como altos no PGRCIC do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO), E.P.E., aprovado a 30 de julho de 2014 (2ª revisão em 15 de dezembro de 2021) que se encontra em vigor.

Saliente-se que o Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO), E.P.E., foi integrado na Unidade local de Saúde de Lisboa Ocidental, E.P.E. (ULSLO) que entrou em funcionamento no dia 01 de janeiro de 2024. Face ao referido anteriormente, o PGRCIC/PRR necessita de ser alterado em função da nova entidade (ULSLO, E.P.E.). Saliente-se que a ULSLO, E.P.E., ainda não dispõe de Regulamento Interno (em elaboração) e respetivo organograma. Registe-se que de acordo com o CAPÍTULO III, n.º1 do Artigo 6.º do Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro, “As entidades abrangidas adotam e implementam um PPR que abranja toda a sua organização e atividade, incluindo áreas de administração, de direção, operacionais ou de suporte”.

Com base na avaliação na execução das medidas de melhoria (preventivas e corretivas e mecanismos de mitigação) referentes aos riscos de corrupção e infrações conexas de grau alto dos serviços constantes no PGRCIC existente, de forma a mitigar os riscos, minimizando a probabilidade de ocorrência e o impacto que estes podem ter na prossecução dos objetivos da instituição, é elaborado pelo SAI o presente relatório.

2. CARACTERIZAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO

A ULSLO, E.P.E., é um estabelecimento público do Serviço nacional de Saúde (SNS), dotado de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial, e de natureza empresarial, criada pelo Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, que agregou numa única instituição o Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E., os Agrupamentos de Centros de Saúde Lisboa Ocidental e Oeiras e, sem prejuízo de articulação com o Hospital de Cascais, o Agrupamento de Centros de Saúde de Cascais.

A ULSLO ainda não dispõe de organograma, uma vez que o Regulamento Interno ainda está a ser elaborado.

3. ENQUADRAMENTO E ÂMBITO

O PGRIC tem como referência o risco como o evento, situação ou circunstância futura com probabilidade de ocorrência e potencial consequência positiva ou negativa na obtenção dos objetivos de uma entidade ou organização.

Refletindo a responsabilidade ética e social que os valores fundamentais do serviço público e os deveres profissionais acentuam, pressupõe-se que o PGRIC seja conhecido por todos os colaboradores da instituição de forma a garantir uma abordagem homogênea junto das várias Unidades Orgânicas, clarificando e tipificando os conceitos em causa, designadamente a noção de “Risco”, “Corrupção e Infrações Conexas”.

3.2 Qualificação do Risco

Com o objetivo de melhor adequar o planeamento na adoção de medidas preventivas/corretivas face a uma hierarquia de risco, o PGRIC do CHLO caracteriza os riscos identificados, classificando-os quanto à sua probabilidade de ocorrência e ao seu impacto, obtendo-se uma classificação global do risco, de acordo com uma avaliação enquadrada por uma escala de risco (elevado, moderado e baixo) em função de duas variáveis:

- Probabilidade de ocorrência das situações que comportam o risco;
- Gravidade das consequências das infrações que podem suscitar (impacto previsível)

Neste sentido são igualmente estabelecidas as seguintes classificações:

Probabilidade de Ocorrência

- **Alta**: o risco decorre de um processo corrente e frequente da organização.
- **Média**: o risco está associado a um processo esporádico da organização que se admite que venha a ocorrer ao longo do ano.
- **Baixa**: o risco decorre de um processo que apenas ocorrerá em circunstâncias excecionais.

Impacto:

- **Alto**: quando da situação de risco identificada podem decorrer prejuízos financeiros significativos para o Estado e a violação grave dos princípios associados ao interesse público, lesando a credibilidade do organismo e do próprio Estado.
- **Médio**: a situação de risco pode comportar prejuízos financeiros para o Estado e perturbar o normal funcionamento do organismo.
- **Baixo**: a situação de risco em causa não tem potencial para provocar prejuízos financeiros ao Estado, não sendo as infrações suscetíveis de práticas causadoras de danos relevantes na imagem e operacionalidade da instituição.

Da conjugação das duas variáveis é estabelecida uma matriz com três níveis de risco:

Quadro 1 - Matriz de Níveis de Risco

Grau do Risco = (PO * IP)		Probabilidade de Ocorrência (PO)		
		Baixo	Médio	Alto
Impacto/consequência a previsível (IP)	Alto	Médio	Alto	Alto
	Médio	Baixo	Médio	Alto
	Baixo	Baixo	Baixo	Médio

A identificação das medidas preventivas e os mecanismos de mitigação dos riscos visam:

- Evitar o riscos, eliminando a sua causa;
- Prevenir o risco, minimizando a sua probabilidade de ocorrência e o seu impacto negativo;
- Aceitar o risco e seus efeitos;
- Transferir o risco para terceiros.

3.3 Identificação das áreas e atividades

Conforme estipulado no Artigo 6.º do Decreto-Lei 109-E/2021, de 9 de Dezembro, o PGRIC (PPR) da ULSLO abrange áreas de administração, de direção, operacionais ou de suporte em que

a identificação das várias áreas consideradas como as mais suscetíveis de gerarem riscos, como os eventos de corrupção e/ou infrações conexas, pretende-se avaliar o grau de risco e as medidas preventivas que proporcionem o seu controlo efetivo através dos mecanismos de mitigação.

Assim, em consideração ao exposto foram identificadas as áreas/serviços que o CHLO considera como tendo maior exposição:

- Conselho de Administração;
- Serviço de Auditoria Interna;
- Serviço Jurídico e Contencioso;
- Serviço de Planeamento, Análise e Controlo de Gestão;
- Serviço de Gestão de Compras;
- Serviço de Logística e Distribuição;
- Serviço de Gestão Hoteleira¹;
- Serviço de Sistemas e Tecnologias de Informação;
- Serviço Financeiro;
- Serviço de Gestão e Estratégia de Recursos Humanos;
- Serviço de Gestão de Acesso e Suporte Clínico ao Doente²;
- Serviço de Instalações e Equipamentos;
- Serviço de Comunicação e Imagem³;
- Serviços Farmacêuticos;
- Serviço de Nutrição Clínica⁵;
- Serviço Social⁶.

De acordo com o Regulamento Interno do CHLO aprovado em janeiro de 2022:

- ¹ A Unidade Funcional de Gestão de Transporte e Parques de Estacionamento foi integrada no Serviço de Gestão Hoteleira.
- ² Serviço de Gestão de Doentes passou a designar-se por Serviço de Gestão de Acesso e Suporte Clínico ao Doente.
- ³ A Secretaria- Geral passou a designar-se por Serviço de Comunicação em Imagem.
- ⁵ O Serviço de Nutrição Clínica ainda não consta no PGRIC.
- ⁶ O Serviço Social ainda não consta no PGRIC.

4. CONTROLO E AVALIAÇÃO

4.2 Metodologia Adotada

De acordo com a alínea a) do n.º 4 do artigo 6.º do Decreto-Lei n.109-E/2021, de 9 de Dezembro o SAI aferiu a implementação das medidas estabelecidas no PGRIC para mitigar os riscos de grau alto.

O SAI submeteu uma matriz de verificação aos serviços para procederem ao seu preenchimento, tendo em conta o estado de execução das medidas preventivas e corretivas, prazos previstos de execução e reclassificação do nível de risco constantes do plano em vigor e a fundamentação para a não implementação ou implementação parcial/em curso das medidas previstas na 2ª edição do PGRIC.

Com base na informação recebida e após a avaliação realizada pelo SAI, procedeu-se à análise dos resultados.

5. RESULTADOS

Dos 8 Serviços em análise (que contêm riscos de grau altos no Plano em vigor) foram identificados um total de 41 riscos de grau Alto, 48 medidas preventivas e corretivas, das quais, 41 (85%) se encontram implementadas/em execução e 7 (15%) parcialmente implementadas ou em curso. Em consequência das 41 medidas preventivas e corretivas implementadas resultou na diminuição dos 41 riscos de grau alto para 10 riscos (24%) com o mesmo grau.

Tabela 1. Situação das Medidas Preventivas e Corretivas Referentes aos Riscos Altos por Serviço

Serviços	Riscos Altos no plano em vigor	Total das Medidas preventivas e corretivas	Implementadas	Parcialmente implementadas/em curso	Não implementadas	Riscos Altos atuais-10/2024
Conselho de Administração (CA)	1	1	1	-	-	0
Serviço de Auditoria Interna (SAI)	3	3	3	-	-	1
Serviço de Gestão Hoteleira (SGH)	18	18	16	2	-	3
Serviço de Sistemas e Tecnologias de Informação (SSTI)	4	6	5	1	-	3
Serviço Financeiro (SF)	6	6	4	2	-	1
Serviço de Gestão do Acesso e Suporte Clínico ao Doente (SGASCD)	7	10	10	-	-	0
Serviços Farmacêuticos (SFARM)	1	2	-	2	-	1
Serviço de Nutrição Clínica (SNC)	1	2	2	-	-	1
Total	41	48	41	7	0	10
%	-	-	85%	15%	0%	24%

Conselho de Administração

Está identificado 1 risco de grau Alto e 1 medida preventiva e corretiva associada implementada.
(Ver anexo I)

Serviço de Auditoria interna

Estão identificados 3 riscos de grau Alto e 3 medidas preventivas e corretivas associadas implementadas. (Ver anexo II)

Serviço de Gestão Hoteleira

Estão identificados 18 riscos de grau Alto e 18 medidas preventivas e corretivas associadas, das quais, 16 estão implementadas e 2 encontram-se parcialmente implementadas ou em curso.
(Ver anexo III)

Serviço de Sistemas e Tecnologias de Informação

Estão identificados 4 riscos de grau Alto e 6 medidas preventivas e corretivas associadas, das quais, 5 estão implementadas e 1 encontra-se parcialmente implementada. (Ver anexo IV)

Serviço Financeiro

Estão identificados 6 riscos de grau Alto e 6 medidas preventivas e corretivas associadas, das quais, 4 estão implementadas e 2 encontram-se parcialmente implementadas ou em curso. (Ver anexo V)

Serviço de Gestão do Acesso e Suporte Clínico do Doente

Estão identificados 7 riscos de grau Alto e 10 medidas preventivas e corretivas associadas implementadas. (Ver anexo VI)

Serviços Farmacêuticos

Está identificado 1 risco de grau Alto e 2 medidas preventivas e corretivas associadas parcialmente implementadas. (Ver anexo VII)

Serviço de Nutrição Clínica

Está identificado 1 risco de grau Alto e 1 medida implementada. (Ver anexo VIII)

6. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Conclusões:

Dos 8 Serviços em análise (que contêm riscos de grau altos no Plano em vigor) foram identificados um total de 41 riscos de grau Alto, 48 medidas preventivas e corretivas, das quais, 41 (85%) se encontram implementadas/em execução e 7 (15%) parcialmente implementadas ou em curso. Em consequência das 41 medidas preventivas e corretivas implementadas resultou na diminuição dos 41 riscos de grau alto para 10 (24%) riscos com o mesmo grau.

Recomendações:

- A necessidade de atualização do Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas em vigor, em resultado da integração do CHLO na ULSLO, E.P.E. e no cumprimento do CAPÍTULO III, Artigos 5.º e 6.º do Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro e demais legislação subjacente, após a aprovação do Regulamento Interno da ULSLO, E.P.E., que se encontra em elaboração, procurando identificar eventuais riscos de gestão e de corrupção e infrações conexas não identificados no plano atual;
- Que sejam encetados esforços pelos serviços na aplicabilidade das medidas preventivas não implementadas ou parcialmente implementadas ou em curso constantes no PGRIC/PRR com a maior brevidade, de modo a reduzir a probabilidade de ocorrência e o impacto dos riscos e situações identificados;
- Assegurar a permanente monitorização dos processos de gestão de risco e redefinição das medidas preventivas a implementar;
- Melhorar os mecanismos de controlo face aos riscos identificados ou a identificar;
- Manter os manuais de procedimentos dos serviços envolvidos atualizados, visto ser um dos instrumentos de trabalho com as linhas orientadoras necessárias para a prevenção da ocorrência de riscos;
- Nas áreas mais técnicas e operacionais, que se efetuem ações de controlo periódicas pelos serviços de modo a garantir a efetividade das medidas implementadas e consequentemente mitigação de riscos;
- Que o PGRIC/PRR seja considerado um instrumento fundamental para a gestão e entendido como dinâmico, sujeito a uma atualização e aperfeiçoamento contínuos,

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;

- A realização de ações de formação com o objetivo de sensibilizar e alinhar toda a instituição para o cumprimento adequado das medidas previstas nos diversos instrumentos de gestão, nomeadamente, o do Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas.

7. DISTRIBUIÇÃO DO RELATÓRIO

De acordo com o n.º 7 do Art.º 6 do anexo do Decreto-Lei n.109-E/2021, de 9 de dezembro o presente relatório deve ser enviado (até 31 de outubro) e divulgado para o abaixo indicado:

- Órgãos de superintendência tutela e controlo:
 - Ministério da Saúde;
 - Ministério das Finanças;
 - Administração Central dos Sistemas de Saúde;
 - Inspeção Geral das Atividades em Saúde;
 - Direção Geral do Tesouro e Finanças;
 - Inspeção Geral de Finanças;
 - MENAC – geral@mec-anticorruptao.pt
- Divulgação na internet e intranet do CHLO (no prazo de 10 dias após a data do relatório).

8. Anexos – Matrizes de risco

Anexo I – Conselho de Administração

Conselho de Administração (CA) Responsável: Dra. Isabel Aldir						Grau de Risco que consta no PGRIC (PPR)		Nova Escala de Risco face às medidas apresentadas		
Serviço	Identificação do Risco	Medidas preventivas e corretivas	Estado das medidas	Evidências apresentadas pelos serviços e analisadas pelo SAI	Probabilidade de Ocorrência	Impacto	Grau do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Impacto	Grau do Risco
Gestão do Conhecimento										
CA	Risco de perda de funcionários chave e, bem assim, de designação inapropriada de pessoas para cargos de direção e chefia	1 - Aceitação do risco de perda de funcionários chave, pois o SNS não consegue concorrer com os atrativos que a Saúde Privada está a oferecer, especialmente a médicos.	IMPLEMENTADA	Desenlaceamento de concursos/manifestações de interesse para cargos de direção e coordenação conforme Regulamento Interno do CHLO aprovado em 17 de Janeiro de 2022.	Média	Alto	Alto	Média	Médio	Médio
		2 - Obrigatoriedade de abertura de procedimento para cargos de direção.								

Anexo II – Serviço de Auditoria Interna

Serviço de Auditoria Interna (SAI) Responsável: Dr. Belvino Craveiro					Grau de Risco que consta no PGRCIC (PPR)		Nova Escala de Risco face às medidas apresentadas			
Serviço	Identificação do Risco	Medidas preventivas e corretivas	Estado das medidas	Evidências apresentadas pelos serviços e analisadas pelo SAI	Probabilidade de Ocorrência	Impacto	Grau do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Impacto	Grau do Risco
SAI	Relatórios de Auditoria Interna									
	Que os relatórios elaborados pela auditoria interna tenham pouca qualidade, isto é, que não espelhem os resultados / objetivos pretendidos.	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 fundamentado e credível (verídico) contrapondo ao que o relatório refere ou ignora.	IMPLEMENTADA	Adoção de novas metodologias e mecanismos nas ações desenvolvidas pelo SAI; e Formação contínua.	Média	Alto	Alto	Média	Alto	Alto
	Gestão de Riscos									
	Deficiente avaliação e supervisão da execução do Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas provocando falhas no reporte.	Avaliação sistemática do Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas com a realidade e 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).	IMPLEMENTADA	Realização de follow-up em articulação com os serviços nos prazos estipulados para a implementação das medidas recomendadas.	Média	Alto	Alto	Média	Médio	Médio
Competências Técnicas										
	Inadequação do perfil técnico, Inadequado e comportamental para o exercício das funções.	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 comprometer 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.	IMPLEMENTADA	Partilha de conhecimentos; Frequência de formação profissional contínua e adequada às funções e desenvolvimento de técnicas e metodologias individuais e coletivas; Avaliação da qualidade da atividade desenvolvida.	Média	Alto	Alto	Média	Médio	Médio

Anexo III – Serviço de Gestão Hoteleira

Serviço de Gestão Hoteleira (SGH) Responsável: Dra. Susana Teotónio Pereira				Grau de Risco que consta no PGRCIC (PPR)		Nova Escala de Risco face às medidas apresentadas	
Serviço	Identificação do Risco	Medidas preventivas e corretivas	Estado das medidas	Evidências apresentadas pelos serviços e analisadas pelo SAI	Probabilidade de Ocorrência	Impacto	Grau do Risco
SGH	Rouparia e Lavandaria						
	Diminuição do tempo de vida útil da roupa hospitalar por inutilização precoce	Elaborar lista de entidades receptoras de doentes transferidos e contactá-las trimestralmente para recuperação de roupa do CHLO que indevidamente tenha ficado retida.	IMPLEMENTADA	A entidade transportadora tem devolvido a roupa que acompanha os doentes aquando das transferências/altas	Média	Médio	Alto
	Furtos/desaparecimento de roupa	Implementação de sistema de rastreio de roupa hospitalar	EM CURSO	Já adquirido o equipamento de rastreio de roupa hospitalar, em fase de implementação	Alta	Alto	Alto
	Limpeza						
	Incumprimento dos horários	1 - Realização de Auditorias Internas com periodicidade mais curta.	IMPLEMENTADA	Foram apresentados relatórios da qualidade da limpeza.	Alta	Alto	Médio
	Incumprimento do quadro de pessoal previsto no Caderno de Encargos	2 - Facultar a cada serviço a parte do Caderno de Encargos que lhe diz respeito	IMPLEMENTADA	São efetuadas reuniões com o intuito de avaliar o cumprimento do estipulado no caderno de encargos.	Alta	Alto	Médio
	Não fornecimento dos consumíveis em quantidade e qualidade	3 - Análise das reclamações ao Gabinete do Utente e pedido de responsabilidade à prestadora de serviços.	IMPLEMENTADA	É efetuado pelos SGH e pelos responsáveis de cada serviço um controlo do fornecimento de consumíveis a cada serviço.	Alta	Alto	Médio
	Resíduos						
	Incumprimento dos horários previstos	1 - Realização de auditorias Internas transversais (ecoponto, serviços, equipamentos e pessoal, por equipa multidisciplinar, com presença da SUCH.	IMPLEMENTADA	São realizadas auditorias periódicas pelos SGH para acompanhamento do cumprimento do previsto no caderno de encargos.	Alta	Alto	Baixo
	Incumprimento do quadro de pessoal previsto no Caderno de Encargos	2 - Formação aos colaboradores do CHLO, pela SUCH e pelo Serviço de Formação do CHLO.	IMPLEMENTADA	Está contemplado no Plano de formação do CHLO ações de formação para sensibilização para o cumprimento das normas estabelecidas.	Alta	Alto	Baixo
	Não fornecimento dos recipientes de recolha e transporte em quantidade e condições de higiene	3 - Registo de incidentes (por más práticas, contentores mal higienizados e mal fechados, incumprimentos diversos que originam reclamações) e respetivas resoluções.	IMPLEMENTADA	São registados todos os eventos adversos ocorridos e efetuadas as respetivas correções.	Alta	Alto	Baixo

Serviço de Gestão Hoteleira (SGH) Responsável: Dra. Susana Teotónio Pereira			Grau de Risco que consta no PPRCIC (PPR)				Nova Escala de Risco face às medidas apresentadas				
Serviço	Identificação do Risco	Medidas preventivas e corretivas	Estado das medidas	Evidências apresentadas pelos serviços e analisadas pelo SAI	Probabilidade de Ocorrência	Impacto	Grau do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Impacto	Grau do Risco	
SGH	Alimentação										
	Incumprimento do quadro de pessoal previsto no Caderno de Encargos	1 - Realização de auditorias internas transversais, por equipa multidisciplinar.	IMPLEMENTADA	São realizadas avaliações periódicas das condições estruturais e de higiene de instalações e o cumprimento do Caderno de Encargos.	Alta	Alto	Alto	Média	Médio	Médio	
		2 - Análise das reclamações ao Gabinete do Cidadão e/ou dos serviços, sendo pedido responsabilidade à prestadora.	IMPLEMENTADA		Alta	Alto	Alto	Média	Médio	Médio	
		3 - Implementação de registo biométrico, por unidade	IMPLEMENTADA		Alta	Médio	Alto	Média	Médio	Médio	
	Segurança e Vigilância										
	Captação de imagens - RGPD	Mecanismos de controlo na captação de imagens na ótica do RGPD	IMPLEMENTADA	Foram apresentadas evidências ao SAI da avaliação/controlo à posição das câmaras nas 3 Unidades Hospitalares	Média	Alto	Alto	Baixa	Alto	Médio	
		Diminuição de recursos humanos disponibilizados pelo prestador do serviço, de forma a aumentar a rentabilidade do contrato	Os vigilantes tem locais pré-definidos onde executam as suas funções, podendo a cada momento, saber-se o número de vigilantes presentes nas instalações.	IMPLEMENTADA	Foram apresentadas evidências de que são realizados levantamentos diários dos Recursos Humanos presentes nas instalações e em cada local pré-definido	Média	Alto	Alto	Baixa	Médio	Baixo
	Desinfestação										
	Diminuição do número de intervenções programadas, de forma a aumentar a rentabilidade do contrato.	Controlo do agendamento e intervenções de acordo com o estipulado em caderno de Encargos	IMPLEMENTADA	Apresentação de relatórios das intervenções realizadas pelos técnicos especialistas.	Média	Alto	Alto	Baixa	Médio	Baixo	
		Morgue									
	Os agentes funerários podem solicitar informação privilegiada para aceder aos serviços	Os agentes funerários podem solicitar informação privilegiada para aceder aos serviços	IMPLEMENTADA	O SGH monitoriza e acompanha os colaboradores no cumprimento do manual de procedimentos "Confidencialidade e Rastreabilidade da Informação Clínica", elaborado pelo Departamento de Qualidade, não existindo qualquer queixa/reclamação que indique o contrário.	Média	Alto	Alto	Baixa	Médio	Baixo	
		Unidade Funcional de Gestão de Transporte e Parques de Estacionamento									
	Incumprimento de normas administrativas no Transporte de Doente Crítico	Manual de procedimentos (2020)	IMPLEMENTADA	Várias Instruções de trabalho implementadas	Média	Alto	Alto	Baixa	Médio	Baixo	
		Atraso significativo nos transportes	Implementação de Plataforma de controlo de gestão dos pedidos	EM CURSO	Projecto em execução (SSTI)	Média	Alto	Alto	Média	Alto	Alto
		Acesso a Dados sensíveis	Atribuição de Acessos muito reduzidos	IMPLEMENTADA	Mecanismos de mitigação implementados e atualização permanente.	Média	Alto	Alto	Baixa	Alto	Médio

Anexo IV – Serviço de Sistemas e Tecnologias de Informação

Serviço de Sistemas e Tecnologias de Informação (SSTI) Responsável: Eng. Jorge Alves				Grau de Risco que consta no PGRIC (PPR)		Nova Escala de Risco face às medidas apresentadas	
Serviço	Identificação do Risco	Medidas preventivas e corretivas	Estado das medidas	Probabilidade de Ocorrência	Impacto	Probabilidade de Ocorrência	Impacto
SSTI	Acesso						
	Integração deficitária de dados entre aplicações	Adoção de interfaces de integração standardizadas pela SPMS, como seja a Light usando HL7	IMPLEMENTADA PARCIALMENTE	Média	Alto	Alta	Alto
	Perda/Roubo de Informação	1-Backup de segurança em caso de ataques de Cibersegurança	IMPLEMENTADA	Média	Alto	Média	Médio
		2- Planos de Contingência	IMPLEMENTADA			Média	Médio
	Equipamentos						
	Falhas na proteção contra softwares maliciosos	Verificar se estão implementados controlos de deteção, prevenção e recuperação para proteger contra códigos maliciosos (utilização de anti-virus atualizados).	IMPLEMENTADA	Alta	Alto	Média	Alto
SSTI	O CHLO utiliza <i>firewall</i> , <i>software</i> Cortex XDR em produção na ULISLO apresenta, segundo a fundação tecnológica de avaliação a ataques MITRE Engenuity, um score de 100% para proteção e deteção deste tipo de ameaças, além de que ao acesso exterior a nossa rede informática é somente via RIS (Rede Informática da Saúde).						
	Falhas na gestão da segurança de redes	1- Manter atualizada a política de utilização da rede; 2- Assegurar que na revisão dos contratos com entidades externas constem cláusulas que visem melhorar as condições de acesso/utilização da informação garantindo a necessária confidencialidade de dados.	IMPLEMENTADA	Média	Alto	Média	Alto

Anexo V – Serviço Financeiro

Serviço Financeiro (SF) Responsável: Dra. Maria de Lurdes Teodósio				Grau de Risco que consta no PGRCIC (PPR)		Nova Escala de Risco face às medidas apresentadas	
Serviço	Identificação do Risco	Medidas preventivas e corretivas	Estado das medidas	Evidências apresentadas pelos serviços e analisadas pelo SAI	Probabilidade de Ocorrência	Impacto	Grau do Risco
SF	Pagamentos e Contas a Pagar						
	Adiantamentos a Fornecedores	1 - Autorização exclusiva para situações que coloquem em causa o funcionamento do serviço, e.g. não fornecimento de medicamentos	IMPLEMENTADA	Fluxo EDOC adiantamentos	Alta	Médio	Alto
	Rendimentos e Contas a Receber						
	Recebimentos diferentes da dívida em conta corrente	1 - Segregação de funções; 2 - Responsabilização das funções inerentes a cada profissional através do acompanhamento e supervisão das mesmas	IMPLEMENTADA PARCIALMENTE	Fluxo EDOC Anulação de Receita. Foram apresentados relatórios da intervenção de vários elementos ao longo dos vários processos com os diferentes intervenientes	Alta	Alto	Médio
	Prescrição da Faturação		IMPLEMENTADA	Acompanhamento da Receita. Foram apresentados relatórios da intervenção de vários elementos ao longo dos vários processos com os diferentes intervenientes	Alta	Alto	Médio
	Atos Clínicos não faturados	Assegurar a implementação de procedimentos de obtenção automática de informação que identifique atos não faturados	IMPLEMENTADA	Acompanhamento da Faturação. Verificou-se, através de documentação submetida ao SAI, que os SF procedem a um acompanhamento e solicitação de retificação constantes de atos não faturados.	Alta	Alto	Médio
	Ativos Tangíveis						
	Ocorrência de desvios/roubos de equipamentos	Organizar a função e o circuito de responsabilidade a uma salvaguarda de ativos (incluindo a conservação, uso e localização)	IMPLEMENTADA	Foi apresentado o procedimento do circuito final de responsabilidade do roubo de equipamento e os trâmites precedentes ao ocorrido.	Média	Alto	Baixo
	Organização e Sistemas de Informação						
	Ausência de integração de dados entre aplicações	Procedimentos instituídos - análises dos relatórios de erros das interfaces entre as diferentes aplicações e o SICC da contabilidade, bem como a validação da respetiva informação.	EM CURSO	Reconciliação CPC/SICC + Sonho/SICC. Em funcionamento desde Janeiro de 2023, o interface automático entre a GLINTT do SGC e o SICC no que diz respeito à gestão dos fundos disponíveis. Relativamente às restantes integrações de informação, são feitas através de ficheiros.	Alta	Alto	Baixo

Anexo VI – Serviço de Gestão do Acesso e Suporte Clínico do Doente

Serviço de Gestão do Acesso e Suporte Clínico do Doente (SGASCD) Responsável: Dr. Tiago Soares				Grau de Risco que consta no PGRCC (PPR)		Nova Escala de Risco face às medidas apresentadas	
Serviço	Identificação do Risco	Medidas preventivas e corretivas	Estado das medidas	Evidências apresentadas pelos serviços e analisadas pelo SAI	Probabilidade de Ocorrência	Impacto	Grau de Risco
SGASCD	Urgência/SO, Consulta Externa e Serviço de Internamento						
	1 - Obrigatoriedade de conferência em cada mudança de turno;						
	2 - Obrigatoriedade de no final de cada turno os valores serem entregues nos SF, se a abertos, ou no cofre com anhuira existente no SGD, sob responsabilidade dos próprios.			IMPLEMENTADA			
	1 - Implementação das normas constantes no Manual de Procedimentos			IMPLEMENTADA			
	1 - Todos os recibos anulados devem ser entregues com registo do motivo da anulação;			IMPLEMENTADA			
	2 - Os pedidos de reembolso devem estar devidamente documentados.						
	1 - Cumprimento das normas de boas práticas existentes no Manual de Procedimentos			IMPLEMENTADA			
	Prestar informação privilegiada a agentes funerários ou outros prestadores de Serviço						
	Unidade Local de Gestão de Acesso - ULGA						
	1 - Conferência de dados reportados para faturação é realizada por mais de um elemento.			IMPLEMENTADA			
SGASCD	2 - Implementação do Cumprimento das normas do Manual de Procedimentos						
	1 - Implementação de Código de Conduta e Ética, a acrescer aos Manuais dos Secretários Clínicos e não clínicos.			IMPLEMENTADA			
	Núcleo de Controlo e Monitorização da Atividade						
SGASCD	Envio atempado da faturação à ACSS			IMPLEMENTADA			
	Assegurar que a faturação é enviada em tempo útil à ACSS						

Anexo VII – Serviços Farmacêuticos

Serviços Farmacêuticos (SFARM) Responsável: Prof. Fátima Falcão				Grau de Risco que consta no PGRCIC (PPR)		Nova Escala de Risco face às medidas apresentadas	
Serviço	Identificação do Risco	Medidas preventivas e corretivas	Estado das medidas	Evidências apresentadas pelos serviços e analisadas pelo SAI	Probabilidade de Ocorrência	Impacto	Grau do Risco
SFARM	Armazenamento						
	Deterioração das existências dos bens/produtos em armazéns	1 - Dotar as instalações físicas de condições adequadas para o acondicionamento de bens e produtos. 2 - Garantir condições de higiene e limpeza.	PARCIALMENTE IMPLEMENTADA	Aguarda-se adequação das instalações: - Serviços Farmacêuticos do HSFX: Área da produção de medicamentos; - Serviços Farmacêuticos do HSFX: área da oncologia; - Serviços Farmacêuticos do HEM: requisição e alargamento das instalações; - Serviços Farmacêuticos do HSC: inflamáveis. Estas intervenções já foram solicitadas pelos Serviços Farmacêuticos, não sendo conhecido o prazo previsível para a sua realização.	Média	Alto	Alto
					Média	Alto	Alto

Anexo VIII – Serviço de Nutrição Clínica

Serviço de Nutrição Clínica (SNC) Responsável: Dr. João Henriques		Grau de Risco que consta no PGRIC (PPR)			Nova Escala de Risco face às medidas apresentadas		
Serviço	Identificação do Risco	Medidas preventivas e corretivas	Estado das medidas	Evidências apresentadas pelos serviços e analisadas pelo SAI	Probabilidade de Ocorrência	Impacto	Grau do Risco
SNC	Risco Nutricional/Desnutrição, associado a aumento do tempo de internamento, morbilidade, mortalidade.	1 - Aplicação sistemática da ferramenta de Identificação de Risco Nutricional de validade preditiva (NRS 2002); 2 - Implementação de plano de cuidados nutricionais através de dieta, plano alimentar personalizado, com suplementação oral, ou suporte nutricional artificial (total ou parcial), entérico ou parentérico, adequado e atempado, de acordo com os diagnósticos clínicos e nutricionais e situação clínica.	IMPLEMENTADA	Indicadores de atividade do SNC, disponibilizados pelas aplicações SONHO e SClinico; Satisfação percebida com a alimentação fornecida.	Alta	Alto	Alto
					Alta	Alto	Alto